



HAL
open science

Application de la thérapie comportementale dialectique à une personne avancée en âge à risque suicidaire

Anaïs Bonte-Baert

► **To cite this version:**

Anaïs Bonte-Baert. Application de la thérapie comportementale dialectique à une personne avancée en âge à risque suicidaire. Psychiatrie et santé mentale. 2020. dumas-02925988

HAL Id: dumas-02925988

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02925988v1>

Submitted on 31 Aug 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE

UFR MÉDECINE – AMIENS- Année 2020



Thèse n°

**Application de la thérapie comportementale
dialectique à une personne avancée en âge à risque
suicidaire**

THÈSE de DOCTORAT EN MEDECINE
(DIPLÔME D'ÉTAT)
SPÉCIALITÉ PSYCHIATRIE

PRESENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 16 juin 2020

PAR

Anaïs BONTE-BAERT

Président du jury : Monsieur le Professeur Alain DERVAUX

Jury de thèse : Madame le Professeur Claire ANDREJAK

Jury de thèse : Monsieur le Professeur Pascal BERNA

Jury de thèse : Monsieur le Professeur Jean-Pierre MAROLLEAU

Jury de thèse : Madame le Docteur Marie-Cécile BRALET

Directrice de thèse : Madame le Docteur Laetitia de ROBIEN

Remerciements

Monsieur le Professeur Alain DERVAUX

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
Psychiatrie Adultes

Vous me faites l'honneur de présider ce jury.
Je vous remercie de l'intérêt que vous avez bien voulu porter à mon travail, vos nombreux conseils et votre soutien. Soyez assuré de ma sincère reconnaissance.

Monsieur le Professeur Jean-Pierre MAROLLEAU

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier
(Hématologie , transfusion)
Chef du Service d'hématologie clinique et de thérapie cellulaire
Chef du Pôle "Oncopôle"

Tu as spontanément accepté de juger cette thèse et c'est un grand honneur. Je te remercie d'être présent ce jour pour assister à ma thèse. Rien ne serait pareil aujourd'hui sans toi et pour cela je t'adresse mes sincères remerciements et toute ma considération.

Madame le Professeur Claire ANDREJAK

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
(Pneumologie)

Tu me fais le plaisir et l'honneur d'évaluer ce travail. Ton expérience et ton savoir en réanimation rendent ton jugement précieux. Je te remercie pour ton écoute toujours bienveillante et ton soutien. Reçois l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.

Monsieur le Professeur Pascal BERNA

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Chef de Service de Chirurgie Thoracique et des Soins Continus Vasculaires et Thoraciques
Coordinateur Adjoint du Pôle "Thorax - Coeur - Vaisseaux"

Tu me fais l'honneur de siéger parmi les membres du jury. Ton expérience et ton avis avisés ne peuvent qu'être bénéfique à l'évaluation de mon sujet. Reçois ici tous mes remerciements et l'expression de mon profond respect.

Madame le Docteur Marie-Cécile BRALET

Praticien Hospitalier

(Psychiatrie)

Chef de service CRISALID

Chef du Pôle « PREPS »

Tu as bien volontiers donné ton accord pour participer à ce jury. Je te remercie pour tous tes conseils. Tes mails très tôt le matin et tard le soir qui m'ont permis de réaliser de nombreux posters en congrès. Ton énergie est une force, Merci pour ta confiance. Accepte ici l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.

Madame le Docteur Laetitia de ROBIEN

Praticien Hospitalier

(Psychiatrie)

Chef du service de Psychogériatrie et Psychiatrie de la Personne Agée

Chère Laetitia, tu as tout de suite accepté de diriger ma thèse, ce qui est un immense honneur pour moi. Tu m'as transmis la passion de la psychiatrie de la personne âgée. Je te remercie pour cette année passée à tes côtés. Tu as toujours été là pour répondre à mes questions et mes inquiétudes avec beaucoup de bienveillance. Tu es pour moi une personne et un médecin formidable, un exemple à suivre.

Je souhaite remercier toute ma famille pour son soutien dans tous les combats de la vie qui nous mènent à ce jour,

Mon Mari,

Maxime, qui jamais ne m'a laissée tomber. Tu es mon plus grand soutien, ma raison de vivre. Merci pour tout tes conseils pour la rédaction de ma thèse. J'admire ton courage et ta force. Aujourd'hui, je suis là grâce à toi et ton amour immense. Je t'aimais, je t'aime et je t'aimerais ...

Mes parents,

Maman, mon moi, tu m'as donnée plus d'amour qu'un enfant ne peut espérer. Je suis fière de la femme que tu es en parcourant le monde pour ton patchwork adoré. Merci pour avoir toujours été à mes côtés. Tu bats en moi à jamais, je t'aime de tout mon cœur.

Papa, merci de m'avoir transmis ton amour pour l'art et la littérature. Tu as coloré les grandes étapes de ma vie avec tes aquarelles. J'attends avec impatience celle de ma thèse. Merci pour ton amour, tes conseils et nos fous rires. Je t'aime très fort

Mon frère et ma sœur,

Léopold, mon kikinours toi l'espagnol de cœur et le cœur italien, tu as toujours su me protéger. Ta sensibilité, ta force et ton humour font de toi un homme incroyable. Merci pour toutes nos bêtises. Tu as trouvé ta Kikina, et je vous souhaite beaucoup d'amour. Je serais toujours là pour toi. Je t'aime.

Gabrielle, ponpon ma petite sœur que j'ai toujours voulu protéger. Aujourd'hui tu es une femme indépendante. Ta détermination et ton courage font de toi une femme d'affaire et avocate redoutable. Je garde en tête tes blagues et bêtises aussi. Tu pourras toujours compter sur moi. Je t'aime.

Muñeca et Oslo, nos ronron ronron ronron ronron...

Mes Grands-parents maternels,

Mamou, peut-être la femme la plus forte que je connaisse, celle que j'admire tant. Ton parcours est la définition même de la résilience. Je suis très fière de toi et je te remercie pour avoir toujours été auprès de moi pour être une grand-mère et infirmière extraordinaire. Je t'aime.

Papou, tu es parti trop tôt...je sais que tu es fier que je reprenne le flambeau familial. Ce goût pour la médecine je l'ai eu en étant avec toi quand tu étais dans ton bureau. Je pense bien à toi en ce jour, merci de m'avoir donné la force de poursuivre mes études après la maladie.

Mes grands-parents paternels

Papi et Mamie, vous êtes dans mon cœur aujourd'hui. Vous adoriez tous les deux votre médecin. Vous m'avez transmis beaucoup de valeurs. Mamie l'amour du cinéma et de la littérature et Papi celui de la peinture et de la musique. Je vous remercie pour l'ouverture que vous m'avez donnée.

Ma tante, mon oncle, mes cousins, Mogambo et Muxu,

Tante do, ma marraine, merci pour tout ton amour et tes conseils durant ces années. Fixou, tu es un warrior comme moi et j'ai beaucoup de respect pour toi. Les petits, Raphi , Zélou et Cloclo vous avez été les cousins dont j'ai toujours rêvé. Raphael, je suis fière de ton succès en médecine à Descartes, Zélie je suis certaine que tu vas nous régaler après tes études culinaires et Cloclo continue de m'impressionner avec tes créations. Votre Nanie sera toujours là pour vous.

Ma grand-tante, Annie et mes cousins Diaz et Garcia, je vous remercie pour ces moments de partage en famille. Nous sommes unis malgré la distance mais je ne vous oublie pas et vous êtes dans mes pensées ce jour.

Ma belle-famille

Claire, merci de m'avoir tout de suite acceptée parmi vous. J'aime passer des moments avec toi et surtout t'entendre rire avec ce joli accent du sud-ouest. Merci surtout d'avoir mis au monde cet être si parfait il y a quelques années...

Gilles, j'ai découvert en toi un beau-père extraordinaire. Ta sensibilité et ton goût pour les mots m'ont toujours beaucoup fascinée. Tu as transmis l'amour de la musique et du surf à Maxime ce qui me réjouit chaque jour.

Clémence, je t'ai vu passer de l'adolescence au statut de femme. Tu es toujours là quand on a besoin de toi. Je te remercie d'être toujours disponible pour soutenir Maxou.

Nicole et Jean-Marie, mes grands-parents de cœur. Vous avez toujours été là pour moi. Vos pensées et mots m'ont permis de surmonter beaucoup de choses. Votre générosité est immense et pour cela je vous en remercie.

Charles, vous nous avez quitté cette année. Je sais que vous auriez aimé revenir dans votre région natale pour ma thèse. Je pense bien à vous en ce jour. Merci pour toute votre douceur durant ces années.

Sylvie et Didier, merci de m'avoir adoptée tout de suite. Je me régale de vos bons petits plats et photos de voyage. Nos points communs font de nous encore plus une famille.

Famille Terral , merci pour votre soutien durant ces années, je vous souhaite beaucoup de bonheur à tous.

Famille Umbricht, merci pour vos pensées, nous avons passé des moments inoubliables. Vous avez toujours répondu présents pour les grandes occasions et je vous en remercie.

Famille Dubois, merci pour vos témoignages tout au long de ces années. Nous avons partagés beaucoup de bons moments. Je vous souhaite beaucoup de réussite et je pense fort à Julien pour son concours

Mon parrain, Pierrot qui est toujours là, un pilier dans vie. Merci pour tes messages de soutien et d'amour.

Je remercie également mes collègues qui m'ont aidée, formée et fait aimer ce métier.

Le service de l'antenne au CHU, et son équipe si dynamique.

Le service point virgule, chez qui j'ai passé ma plus belle année. Sophie, Véronique, Laetitia, Céline, Amid, Laure-Anne, Marie-Cécile et toute l'équipe soignante qui m'a fait confiance et avec qui j'ai tellement appris...

Le service de l'UAU de Fitz James, merci pour vos conseils et votre soutien durant mes gardes. J'ai passé des moments incroyables à vos côtés.

Le CMP pédopsychiatrie Sud et l'hôpital de jour « la capucine », pour son accueil.

Le service de l'UMA au CHU d'Amiens pour son soutien et sa formation.

Mes co-internes et amies, mes housewives, Anna, Camille, Victoria et Amandine. Merci pour ces années passées ensemble. Je garde en tête nos fous rires et notre solidarité à toute épreuve.

Mes co-internes, Laura, Alexandre, Thomas, Nico, Stéphanie, Léonard, Sofian, Hélène, Caro, Sandra, Jérôme, Benoit, Sylvain, Emmanuel, Claire, Dimitri, Sophie, Joséphine pour votre soutien.

Je tiens à remercier mes amis qui ont toujours été là

Mes amis pour la vie, Justine et Antoine, Hélène et Clément, Alix et Thomas, Lucie et Ossama, Damien et Harmony, Batou et Sasha, Anne-Charlotte et Nathan. Et leurs enfants, Gabrielle et Adèle, Hortense, Alix et Isaac.

Le groupe des ORL, Cyril, Aurélie et Julien, Nathalie et Valentin, Caro et Julien, Amandine et Rody, Elodie et Mathieu, Marie et Philippe, Marie et Jérôme, Pauline, Laure-Marine, Marie et Benjamin, Gonzague, Alice, Caro, Manon, Renaud, Sarah et Maxime, Céline, Eulalie et Thomas, Mathilde et Nicolas, Lulu et Maxime, Sophie et Guillaume, Marine et Pierre, Delphine et Thibault.

Mes amis, Alex, Sophie, Pag et Fanny, Camille et Benjamin, Ugo, Alexis, Richard, Rodolphe, Guillaume, Maxime, Nizar, Sarah, Céline, Pauline et Pierre Antoine, Ophélie et Nicolas, Anne-Charlotte et Philippe, Vavou et Dachou, Sara et Thomas, Marie et Gregor, Julien et

Morgane, Pierre Alain et Eléonore, Ines et Quentin, Charlotte et David, Laura et Charles, Stéphanie et Cyril, Mathilde et Pierre, Marion et Vincent, Alice et Ludo, Marc, Benoit et Justine, Lisou, Pauline et Carlos, Edouard et Julie, Marie et Pierre Antoine, Guillaume et Victoria, Arthur et Joséphine, Latifa, Manu, Roxanne, Pauline, Margaux, Lilia, Cécile, Marine, Hélène, Flore, Thomas, Julie, Etienne, Clément, Kim, Ophélie, Arvind.

Mes amis du sud-ouest, Dadave et Elsa, Hugo et Adèle, Marenne et Léa, Timon et Manon, Arnaud et Margaux, Antoine et Emilie, Julien et Amélie, Olivier. Et leurs enfants, Juliette, Thaïs, Gabrielle, Lucien et Brune.

Nos familles de cœur, Caro et Jérôme, Phiphi, Flo et Pierre, Maria et Arnaud, Nanard et Emma, Famille Chapon, Famille Trogneux, Famille de Verneuil, Famille Estivin, Famille Carèje, Famille Peyresblanques, Famille Neel, Famille Pinsolle, Famille Suberchicot, Famille Cayeux, Famille Vandermeersch, Famille Soukenik.

Et un merci particulier pour mes anges gardiens ...

Le service d'hématologie du CHU d'Amiens, Jean-Pierre, Bruno, Amandine, Lavinia et Bérengère, les internes devenus chef Emma, Alexis et Matthieu, et toute l'équipe soignante.

Le service d'hématologie de St Louis, Dr Dedhin et tout son service.

Le service de pneumologie de St Louis, Pr Bergeron et tout son service.

Le service de pneumologie et de réanimation du CHU d'Amiens, Claire, Julien, Ugo et le service.

L'équipe de réhabilitation cardio-pulmonaire qui me remet en forme, Julien, Inès, Maxime, Clément, Matthieu, Marie-Laure, Lucas, Laure, Chloé, Audrey, Catherine.

Le Dr Vexiau et le Pr Poirot à St Louis, pour leurs écoutes bienveillantes.

Je remercie le Pr Havet, Pr Copin, Pr Jouniaux, Pr krystkowiak, Pr Chauffert pour votre soutien que vous m'avez apportée lors de la reprise de mes études médicales.

David, tu m'as soutenue et aidé à voir la vie différemment après la greffe. Un immense merci pour tes conseils si bienveillants.

Table des matières

RESUME	12
LISTE DES ABREVIATIONS	14
INTRODUCTION.....	15
1. DEFINITIONS	15
1.1. <i>Le suicide</i>	15
1.2. <i>La tentative de suicide</i>	16
1.3. <i>L'idéation suicidaire</i>	16
1.4. <i>La conduite suicidaire</i>	17
1.5. <i>La crise suicidaire</i>	17
1.6. <i>La personne âgée</i>	17
2. LE SUICIDE CHEZ LA PERSONNE AGEE	18
2.1. <i>Épidémiologie</i>	18
2.2. <i>Les facteurs de risque de suicide du sujet âgé</i>	20
2.3. <i>Les facteurs protecteurs de la personne avancée en âge</i>	25
2.4. <i>Les particularités de la personne avancée en âge</i>	27
3. LES SIMILITUDES ENTRE LES ADOLESCENTS ET LES PERSONNES AVANCEES EN AGE.	29
4. LA THERAPIE COMPORTEMENTALE DIALECTIQUE (TCD) OU DIALECTIC BEHAVIOR THERAPIE (DBT) ^{82,83}	29
4.1. <i>La thérapie comportementale de 1^{ère} génération : le comportementalisme</i>	30
4.2. <i>La thérapie comportementale de deuxième génération : la révolution cognitiviste</i> . 31	
4.3. <i>La thérapie comportementale de troisième génération</i>	31
4.4. <i>La Thérapie Comportementale Dialectique et le sujet âgé</i>	32
MATERIEL ET METHODE.....	35
1. INCLUSION DU PATIENT	35
2. THERAPIE COMPORTEMENTALE DIALECTIQUE ADAPTEE A LA PERSONNE AVANCEE EN AGE 35	
3. INSTRUMENTS D'EVALUATION : TESTS STANDARDISES	36
3.1. <i>Tests pour le bilan initial</i>	36
3.2. <i>Test d'évaluation de l'impact de la TCD</i>	37

RESULTATS.....	39
1. ANAMNESE DU PATIENT	39
2. LA PRISE EN CHARGE ET LES ENTRETIENS.....	41
2.1. <i>Organisation des séances</i>	41
2.2. <i>L'entretien</i>	41
2.3. <i>Travail sur un module de TCD</i>	43
2.4. <i>Fin de l'entretien</i>	44
A. RESULTATS DES TESTS STANDARDISES.....	44
3.1. <i>Les tests réalisés uniquement au début de la prise en charge</i>	44
3.2. <i>Critères de jugement de la TCD</i>	46
DISCUSSION	47
1. LES LIMITES ET BIAIS DE CE CAS.....	48
B. LES PERSPECTIVES	49
CONCLUSION	49
REFERENCES BIBLIOGRAPHIES.....	50
ANNEXE 1 : TROUBLE DEPRESSIF CARACTERISE, DSM-V.....	58
ANNEXE 2 : TROUBLE ANXIEUX, DSM-V:.....	59
ANNEXE N°3 : PLAN SECURITE DE MR C.	61

Résumé

Objectif : En France, la létalité par suicide est très importante chez les personnes avancées en âge. La thérapie comportementale dialectique (TCD) a montré son efficacité chez l'adolescent et l'adulte dans la prévention du risque suicidaire. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'application de la TCD à une personne avancée en âge.

Matériel et Méthodes : Nous avons proposé une prise en charge par TCD à un patient associant des symptômes anxieux et dépressifs, à risque suicidaire. Nous avons évalué les troubles mentaux du patient, le degré d'anxiété et de dépression à l'aide de tests standardisés. Nous avons travaillé sur les 4 modules de TCD comprenant la gestion des émotions, la tolérance à la détresse, les relations interpersonnelles et la mindfulness lors de 12 séances individuelles.

Résultats : Le patient a été bien compliant à la prise en charge et s'est dit aidé par la thérapie. On a constaté une diminution des scores évaluant l'anxiété ainsi qu'une meilleure gestion des situations négatives. La dépression a été stabilisée avec une diminution du traitement. La TCD a permis au patient de bénéficier d'outils pour lutter contre la crise suicidaire.

Conclusion : Cette étude a montré que la TCD était applicable à la personne avancée en âge. En prenant en charge de manière personnalisée l'anxiété et la dépression du patient, nous avons pu diminuer le risque suicidaire. La TCD semble intéressante à étendre à l'ensemble des personnes âgées à risque de passage à l'acte.

Mots-clés : suicide, tentative de suicide, prévention, thérapie comportementale dialectique, personne âgée

Summary

Objective : In France, suicide lethality is really elevated in the elderly. Dialectical behavior therapy (DBT) is an effective method to prevent adolescents and adults suicide. Study objective was to assess the application of DBT to an elderly person.

Methods : DBT has been applied to a patient with anxious and depressive symptoms, considered to be at suicidal risk. We assessed patient mental disorder, anxiety and depression using standardized tests. We worked on the 4 DBT modules, including emotion management, distress tolerance, interpersonal relationships and mindfulness in 12 individual sessions.

Results : The patient was very compliant and felt helped by the therapy. We noticed a decrease in anxiety scores and a better handling of negative situations. Depression was stabilized, with a treatment decrease. With DBT, patient was able to develop tools to prevent suicide crisis.

Conclusion : This study showed that elderly can benefit from DBT. By individually managing the patient's anxiety and depression, we were able to reduce the suicide risk. Extending DBT to elderly people seems to be an interesting way to reduce suicide lethality.

Keywords : suicide, suicide attempt, prevention, dialectical behaviour therapy, old person

Liste des abréviations

ALD	Affection de Longue Durée
ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
APA	Aide aux personnes âgées
ARS	Agence Régionale de la Santé
CEpiDC	Centre d'Epidémiologie sur les causes médicales de Décès
CHI	Centre Hospitalier Isarien
CLIC	Centre Local d'Informations et de Coordination
DBT	Dialectical behavior therapy
DGS	Direction Générale de la Santé
DSM	manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux
EHPAD	Etablissement pour Personnes Agées Dépendantes
GDS	Geriatric Depression Scale : Echelle de dépression gériatrique
HAS	Haute Autorité de Santé
OMS	Organisation mondiale de la santé
P3A	Psychiatrie du sujet âgé et psychogériatrie
TCD	Thérapie comportementale dialectique

Introduction

La personne de plus de 75 ans a un taux de suicide deux fois plus important qu'un adulte avec un âge compris entre 25 et 54 ans.¹ On note une réelle volonté de létalité chez les personnes âgées, expliquée par la perte d'autonomie, l'isolement et le vieillissement pathologique.² La dépression est la principale cause de suicide chez les plus de 80 ans.³ En raison du vieillissement démographique, le suicide risque de devenir un problème majeur de santé publique en l'absence de modification des prises en charges.

L'adolescence et la vieillesse ont en commun d'être une charnière transitionnelle et une période de vulnérabilité. La thérapie comportementale dialectique (TCD) a montré son efficacité chez les adolescents ainsi que chez les adultes ayant des symptômes et des comportements associés aux troubles de l'humeur pouvant amener au geste suicidaire.⁴ Il semble donc intéressant d'évaluer la TCD pour une population plus âgée.

L'objectif de ce travail était de montrer l'intérêt que peut avoir un modèle basé sur la thérapie comportementale dialectique chez le sujet avancé en âge dans un but de prévention du risque suicidaire.

1. Définitions

1.1. Le suicide

Le mot suicide vient du latin *suicidium*, soit *sui* : « soi » et *caedere* « tuer », le fait de mettre fin à sa propre vie de manière volontaire. L'abbé Desfontaines introduit en France le mot suicide dans « Observations sur les écrits modernes ». Il figure dans le dictionnaire de l'académie française de 1762. Avant, on parlait de « meurtre de soi ». Le sociologue Émile Durkheim (1897) appelle suicide « tout cas de mort qui résulte directement ou indirectement d'un acte, positif ou négatif, accompli par la victime elle-même et qu'elle savait devoir produire ce résultat. »⁵ Son originalité est d'inscrire le suicide dans une réalité sociale : le suicide résulte « d'une dégradation de la cohésion sociale ». Il distinguait 4 catégories de suicide : l'égoïste, l'altruiste, l'anomique et le fataliste. Pour Albert Camus, dans « *Le Mythe de Sisyphe* » (1942), le suicide occupe une place centrale dans la réflexion philosophique et pose la question du sens de la vie.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit le suicide comme « la responsabilité, la connaissance du potentiel léthal de l'acte, l'intention de mourir/provoquer des changements que le sujet assume préférer comme « condition pour vivre », le contraire étant perçu comme insupportable ». ⁶

En épidémiologie, on distingue une mortalité suicidaire, qui se différencie des autres causes : naturelles, accidentelles ou homicidaires.

1.2. La tentative de suicide

Émile Durkheim définit la tentative de suicide comme « un acte de suicide arrêté avant que la mort en soit résulté ». ⁵

Un suicidant est une personne qui survit à un geste auto destructeur et un suicidé est celui qui en décède. Ainsi, on définit la morbidité pour les sujets suicidants et la mortalité suicidaire pour les sujets suicidés. On distingue les récidivistes des primo-suicidants. Le Dr Pommereau parlera dans son livre « *l'Adolescent suicidaire* » de suicide abouti plutôt que réussi afin de préserver l'entourage et d'éviter le sentiment d'échec pour celui qui n'aurait pas réussi à se suicider. L'OMS la définit comme « tout comportement suicidaire non mortel » et à « un acte d'auto-intoxication, d'automutilation ou d'auto agression avec intention de mourir ou pas ». ⁶

Les actes non suicidaires se définissent par l'absence d'intentionnalité. Celle-ci est essentielle à la définition du suicide et de la tentative de suicide. Silverman distingue l'intentionnalité explicite, qui est exprimée par le sujet, et l'intentionnalité implicite, qui est masquée. ⁷

1.3. L'idéation suicidaire

Il s'agit de « toutes pensées concernant le désir et la méthode pour commettre un suicide » selon Beck. ⁸ Elle peut être active ou passive. Elle peut aller des pensées passagères jusqu'à la scénarisation. Pélicier décrit trois formes d'idéation suicidaire : ⁹

- l'idéation suicidaire par étrangeté au monde et à soi, qui est le sentiment que le monde a évolué trop rapidement et que la personne n'y appartient plus. Elle ne se reconnaît plus ni socialement ni personnellement et a l'impression de perdre ce qui faisait sens dans sa vie.

- l'idéation suicidaire par anticipation, qui comporte deux groupes. Le premier redoute la « mal-mort solitaire », c'est à dire la peur de vieillir seul ou sans celui qui donnait un but à l'existence. Le second correspond aux militantistes, qui voient la vieillesse comme un « naufrage sénile ».

- l'idéation suicidaire de deuil, qui est une incapacité à surmonter la perte de quelque chose ou quelqu'un, quel qu'en soit la nature. C'est le sentiment de perdre une partie de son histoire de vie.

1.4. La conduite suicidaire

Elle regroupe à la fois les idées suicidaires, les tentatives de suicides et les équivalents suicidaires. Un équivalent suicidaire est une conduite ou un comportement où la prise de risque est importante même sans intention suicidaire exprimée.

1.5. La crise suicidaire

La crise suicidaire est caractérisée par l'état que ressent une personne lorsqu'elle est dans une souffrance psychique telle qu'elle ne voit pas d'autre issue possible que la mort. Elle est composée de plusieurs étapes : les flashes puis les pensées suicidaires qui se renforcent jusqu'à la programmation du geste avec passage à l'acte.¹⁰ Le risque majeur de la crise suicidaire est le suicide. Elle reste à tout moment réversible et dépend de l'intensité des idées suicidaires et des ressources du sujet.

1.6. La personne âgée

L'OMS la définit comme une personne de plus de 65 ans.¹¹ L'INSEE projette un allongement de l'espérance de vie en 2060 à 86 ans pour les hommes et 91 ans pour les femmes. Selon le ministère des solidarités et de la santé, les personnes de plus de 80 ans passeront de 1,4 millions aujourd'hui à 5 millions en 2060. On compte 1,2 millions bénéficiaires de l'Aide pour la Personne Âgée dont 60% à domicile et 40% en établissement.¹² Le système de santé doit s'adapter à cette explosion démographique.

Selon Serge Guérin, l'âge est « un construit social qui évolue en fonction des normes que se donne la société ». Pour lui, la représentation de l'âge a « rajeuni » du fait de l'augmentation de l'espérance de vie et de l'amélioration de la santé des plus de 60 ans. Il parle de la « Silver Generation ». Monfort estime dans son ouvrage « *La Psychogériatrie* » que dans

notre société la notion de personne âgée n'a pas de sens. On parle aujourd'hui de 4^{ème} âge. Il convient alors de privilégier le terme de personne avancée en âge. C'est une période de vie charnière qui se caractérise par des diminutions physiques, psychiques et sociales. Il en résulte des difficultés d'adaptation aux situations de la vie courante.

Le vieillissement normal est défini comme un état hétérogène sans pathologie repérable. Le vieillissement pathologique correspond à l'apparition de comorbidités somatiques et psychiatriques. Lors de cette période, l'anxiété peut se majorer avec l'apparition d'attaques de panique. Certaines thématiques d'anxiété ressortent spécialement chez les personnes âgées, comme la peur de la mort et de la maladie, les phobies de déplacement par peur de tomber et la peur des agressions.¹³ Ces éléments peuvent favoriser l'apparition d'un syndrome dépressif, lui-même pouvant conduire à un passage à l'acte.

2. Le suicide chez la personne âgée

Simone de Beauvoir parle du suicide de la personne âgée en distinguant deux catégories de passage à l'acte : « 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».¹⁴

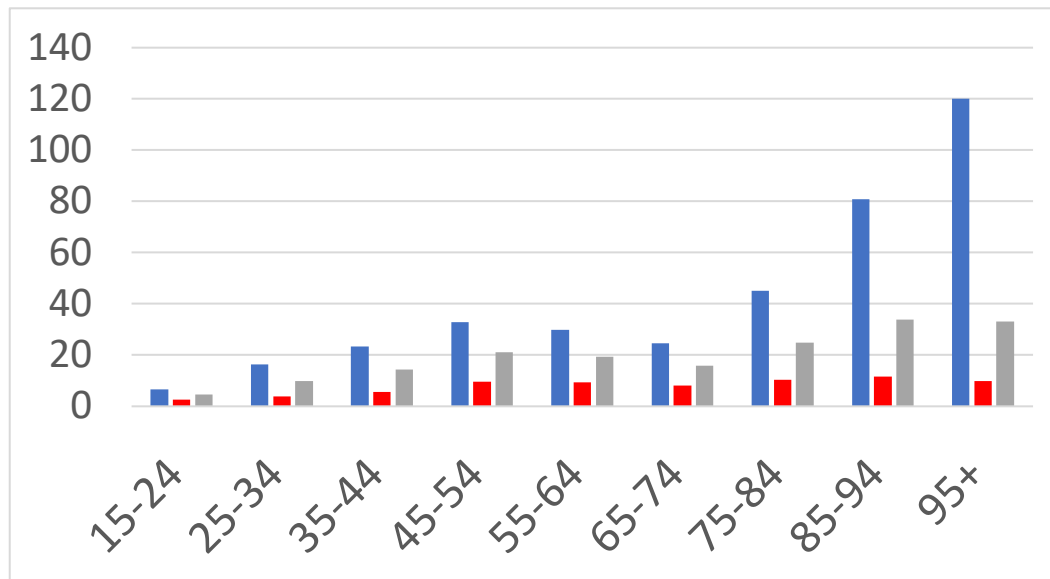
2.1. Épidémiologie

En France, les données épidémiologiques sur le suicide sont recensées par le centre épidémiologique sur les causes médicales de décès (CépiDC), qui dépend de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. En 2016, 32 % des suicides ont concerné des personnes âgées de plus de 65 ans selon l'INSERM.¹⁶

En Europe, la France est le 3^{ème} pays où le taux de suicide chez les hommes de plus de 75 ans est le plus élevé.¹⁷

Au niveau mondial, selon l'OMS, le taux de suicide le plus élevé se retrouve chez les personnes âgées de plus de 70 ans.⁶

On observe une augmentation de la mortalité par suicide avec l'avancée en âge.



*Figure n°1 : Taux de suicide pour 100000 habitants en France en 2016, par tranche d'âge et par sexe, réalisée à partir de la base de donnée du CépiDC.¹⁷
Femme : rouge ; Homme : bleu ; Total : gris*

L'autopsie psychologique introduite dans les années 60 par Robins est un outil qui permet de déterminer les facteurs prédictifs et explicatifs du suicide, d'un homicide ou d'une mort suspecte de manière retrospective.¹⁸

On retrouve dans 2 /3 des cas une préméditation et dans 42% un courrier expliquant le geste suicidaire. Il y a une réelle intentionnalité létale avec une majorité de pendaison (53%) et de prise médicamenteuse volontaire (14%). Les suicides par armes à feu (14%) sont plus fréquents en Amérique du Nord (46%) qu'en Europe (4,5%) du fait d'un accès plus facile.¹⁹

Les données sur le suicide sont sous estimées : en 2006, on observe une sous-évaluation de la mortalité par suicide de 10%.¹ On a tendance à ne pas recenser ou faire une autopsie aux personnes avancées en âge en estimant qu'il y a une certaine fatalité. Le suicide est la 3^o cause de décès après les cancers et les accidents cardio-vasculaires chez la personne avancée en âge. On pense donc à tort que les sujets âgés ne se suicident pas.

Toutes ces données nous montrent donc l'importance de repenser la prise en charge du suicide chez la personne avancée en âge.

2.2. Les facteurs de risque de suicide du sujet âgé

Les facteurs prédisposant sont la conséquence de l'histoire de vie individuelle, familiale et amicale. Les facteurs contribuant sont tous les éléments qui vont accentuer les troubles déjà présents comme les toxiques ou le manque de ressource. Les facteurs précipitants sont les éléments déclencheurs de la crise qui vont déstabiliser la personne et parfois créer un état de désorganisation. Ils permettent quand ils sont repérés précocement de faire un travail de prévention et d'éviter un passage à l'acte.

1) Le sexe

L'espérance de vie à la naissance en 2019 est de 86 ans pour les femmes contre 80 ans pour les hommes.²⁰ Chez les patients de plus de 75 ans, les hommes se suicident 6 fois plus que les femmes du fait de l'utilisation de moyens plus létaux comme la pendaison ou les armes à feu.^{2,21,22} Les femmes vont être plus exposées aux tentatives de suicide.

Cette différence s'explique par une intentionnalité, des traits de personnalité, des variations hormonales, et une facilité à alerter différentes entres les deux sexes.^{2,23}

2) L'âge

Chez les jeunes entre 15 et 24 ans, la mortalité générale est peu élevée mais le pourcentage de suicide est important (16,2%) : c'est la deuxième cause de décès après les accidents de la voie publique.¹

On observe une augmentation du taux de suicide avec l'âge, bien qu'il représente moins de 1% des causes de décès après 75 ans.¹ Cette tendance s'explique par les angoisses accompagnant le vieillissement pathologique, qui peuvent favoriser les idéations suicidaires.² Les affections somatiques, psychiques et sociales sont souvent difficiles à admettre.²

3) L'isolement

La solitude et la dépendance sont deux facteurs important à évaluer.

On observe un isolement progressif de la personne âgée. Lors de la cessation d'activité professionnelle, on peut vite se sentir inutile à la société car l'individu y perd sa place. L'arrêt de l'activité professionnelle implique une diminution des interactions sociales et des

stimulations intellectuelles. La perte de reconnaissance peut amener à une diminution de l'estime de soi. Le décès du conjoint, en accentuant l'isolement, est un facteur favorisant le passage à l'acte.²⁴

La dépendance est l'impossibilité partielle ou totale pour une personne d'effectuer sans aide les activités de la vie, quels soient physiques, psychiques ou sociales, et de s'adapter à son environnement. Après 85 ans, 20% des personnes sont dépendantes.

4) La situation géographique

En France, on constate des différences significatives entre les régions. La mortalité par suicide est plus élevée dans le nord-ouest de la France (Bretagne, Normandie et Hauts-de-France).¹ Les taux d'hospitalisation après une tentative de suicide sont aussi plus importants, tout sexe confondu.²⁵ Il y a une prédominance des suicides par armes à feu dans le Sud et par pendaison dans le Nord de la France.¹ On observe des taux de suicide jusqu'à six fois plus importants en milieu rural.¹ En 2013, l'observatoire national du suicide a été créé afin de comprendre ses différences. Les appels au SAMU permettent également de mesurer et de comparer le nombre de tentatives de suicide dans chaque région.²⁶

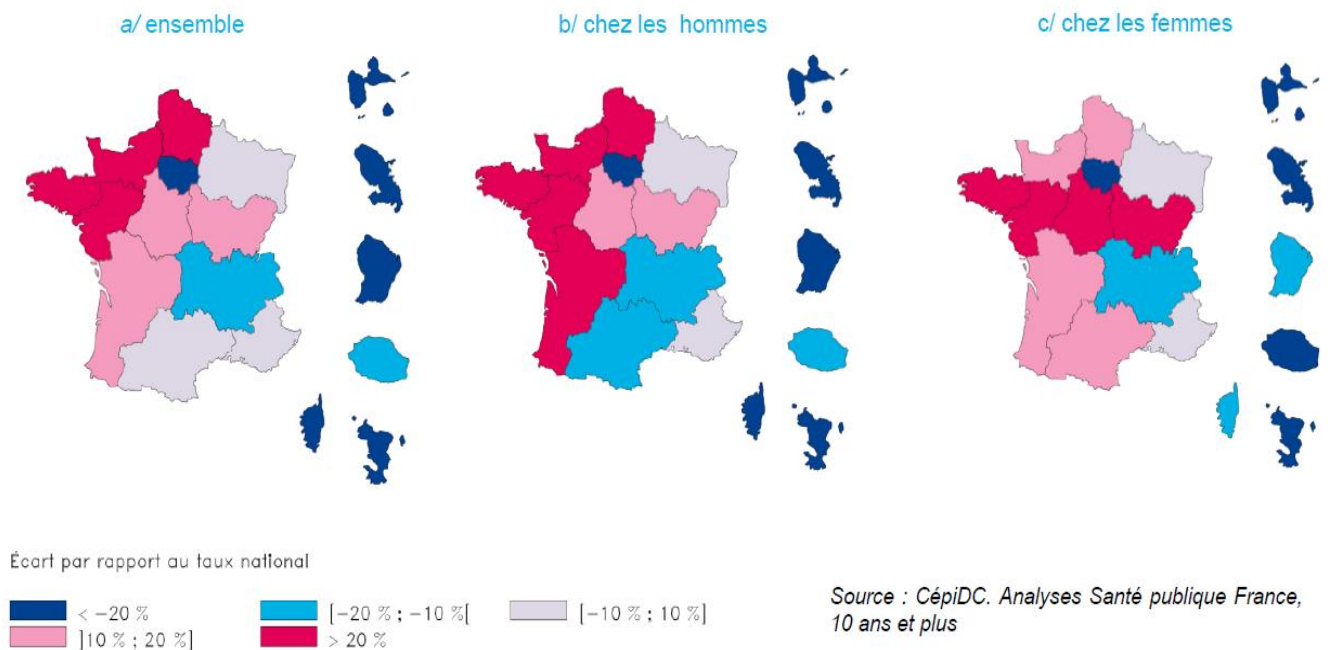


Figure n°2 : Écarts régionaux du taux standardisé de mortalité par suicide selon le sexe pour 100 000 habitants, 2015.²⁷

5) **La précarité financière et sociale**

La précarité est « l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux ». ²⁸

Les sujets en situation précaire sont plus à risque de développer un syndrome anxio-dépressif et d'avoir recours au suicide. ²⁹ D'autre part, les personnes atteintes de troubles psychiques sont plus exposées à la précarité. ³⁰ Le chômage ou la recherche d'emploi multiplie par trois le risque de suicide. ³¹

Toutes les situations de traumatismes ou de stigmatisation favorisent le passage à l'acte. ³² On peut penser aux populations migrantes, aux personnes maltraitées dans l'enfance, aux minorités ethniques ou à la communauté homosexuelle. ³²

6) **Le deuil**

La perte de l'être aimé est à l'origine d'un bouleversement psychique associé à un remaniement du cercle familial et personnel. La dualité toujours connue comme mode de vie va se modifier. Le sujet peut se retrouver face à sa solitude. La dépendance peut alors arriver et peut être insupportable pour l'individu qui voudra rester maître de son corps et de sa fin de vie. ³³

7) **La maison de retraite ou l'EHPAD**

Elle va être une étape importante dans la vie de la personne avancée en âge. Si on ne travaille pas ce projet en amont, elle peut être vécue comme une situation dramatique. En modifiant leurs habitudes et leurs repères, on risque de favoriser les troubles anxieux et la dépression (10% des sujets âgés). ³⁴ Il s'installe également une dépendance à l'autre, surtout lors de l'entrée dans la démence. La personne doit faire le deuil de son ancienne vie. ³⁴

Afin d'anticiper ce changement, on évalue grâce à des échelles adaptées l'intérêt d'une prise en charge spécifique : échelle de dépression de Hamilton, Geriatric depression scale (GDS) et Montgomery-Åsberg depression rating scale (MADRS). ³⁵⁻³⁷ Si nécessaire, on met en place des psychothérapies adaptées et un traitement anti-dépresseur. ^{3,38}

8) Les comorbidités psychiatriques

Les troubles psychiatriques sont un facteur de risque de suicide.³⁹

La dépression chez la personne âgée est la principale pathologie psychiatrique responsable de passage à l'acte.⁴⁰ Chez le patient déprimé, on distingue une triade de pensées: la vision négative de soi, du futur et de l'environnement (Beck).³³ Les critères diagnostiques d'un épisode dépressif caractérisé sont définis par le DSM-V (voir annexe 1). La dépression peut se présenter de manière atypique : une forme hostile, caractérisée par de l'agressivité et une forme masquée, cachée par des plaintes somatiques. La dépression sub-syndromique est une dépression mineure qui ne remplit pas suffisamment les critères du trouble dépressif mais prend tout son sens en gérontopsychiatrie.³³ La mélancolie, la catatonie et le syndrome de Cotard peuvent également constituer un état dépressif.^{33,40}

La Beck Depression Inventory (BDI) est l'échelle proposée, par Beck, pour quantifier l'intensité de la dépression.⁴¹ En cas de troubles cognitifs, avec un MMS < 15, on utilise l'échelle de Cornell. Le Neuro Psychiatric Inventory (NPI) va recueillir des informations sur les troubles du comportement dans la démence.⁴²

Les états anxieux, selon Freud, sont « un état émotionnel désagréable ou une condition de l'organisme humain qui inclut des composantes vécues physiologiques et comportementales ». Le trouble panique chez la personne âgée est méconnu et négligé, en particulier dans la démence, ou mis sur le compte de soi-disant troubles dues à l'âge.⁴³ La mortalité des patients de 65 à 84 ans anxieux est 2,2 fois plus élevée par rapport aux « non paniqueurs ». En 1998, 20% des décès par suicide avait lieu chez des personnes souffrant d'une attaque de panique.⁴³ On peut s'aider de la State Trait Anxiety Inventory (STAI) pour évaluer l'anxiété trait et l'anxiété état, deux notions introduites par Cattell et Cheir puis complété par Spielberger en 1966.⁴⁴

On observe chez 20% des patients atteints de schizophrénie et chez 15% des patients atteints de troubles bipolaires des conduites suicidaires.^{39,45} Les patients souffrant de troubles de la personnalité, comme les personnalités anxieuses, obsessionnelles et dépendantes, vont être fragilisés lors du vieillissement et sont plus à risque de passer à l'acte.⁴⁶

Concernant les addictions, celle à l'alcool est la plus fréquente chez la personne âgée. Il majore le risque par son effet désinhibiteur et son effet dépressogène : 26% de personnes

âgées se sont suicidées suite à un abus d'alcool.⁴⁷ La consommation de psychotrope de manière excessive favorise également les passages à l'acte, surtout les benzodiazépines.^{47,48}

Les personnes âgées ont plus de difficultés à s'adapter aux situations nouvelles ce qui peut induire un stress psychique déclencheur du passage à l'acte. Les dysfonctions cognitives amènent des pensées automatiques et des schémas cognitifs inadaptés. On observe une difficulté d'adaptation aux situations, un changement impossible avec l'âge (CIA) et la banalisation des symptômes dépressifs avec l'âge (BSDA).⁴⁹ Ces éléments montrent la difficulté pour la patient à verbaliser et pour le médecin à diagnostiquer.

9) Les récurrences

Le risque de récurrence est très élevé dans le mois qui suit la tentative de suicide. On estime à 40% le nombre de suicide après un premier geste. Les antécédents familiaux, notamment chez les parents de premier degré, sont associés à un risque de suicide plus important.⁵⁰

10) Les comorbidités somatiques

Le vieillissement physiologique est défini comme l'ensemble des modifications se produisant au cours de l'avancée en âge en dehors de toutes maladies. Le vieillissement devient pathologique lorsque apparaissent des maladies chroniques.³⁴ L'apparition de maladies somatiques va entraîner un état anxieux, qui peut aller jusqu'au trouble dépressif caractérisé. On retrouve chez les patients atteints de maladies cardiovasculaires, neurologiques, de démences ou de néoplasie des taux importants de dépression souvent masqués par la maladie. Pour les patients atteints de cancers, 32% ont eu des idées suicidaires et 22% ont fait une tentative de suicide.⁵¹ Il semble donc essentiel de prévenir le suicide par le dépistage des troubles anxieux et de la dépression.

La douleur physique chronique est un élément important à prendre en compte. On retrouve plus d'épisodes dépressifs chez les patients souffrant de douleurs chroniques. De plus, on observe des circuits similaires entre la douleur psychique et la douleur somatique.⁵² Il y a donc un intérêt supplémentaire à instaurer un traitement antidépresseur par inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine dans les douleurs neuropathiques chroniques.

Le suicide est multifactoriel, et dépend de l'expérience de vie du sujet. Le risque doit être évalué de façon personnalisée en prenant en compte la souffrance physique et psychique.

2.3. Les facteurs protecteurs de la personne avancée en âge

Les facteurs de protection vont agir sur les facteurs contribuant et prédisposant en les diminuant. Les bonnes habiletés sociales, l'entourage et les stratégies d'adaptation adéquates vont protéger l'individu.

1) Les aidants et l'entourage.

Le soutien familial et social est primordial : garder une activité intellectuelle et des relations sociales semble essentiel pour diminuer le risque de développer un syndrome anxio-dépressif.⁵³

Selon le ministère de la santé et des solidarités, 4,3 millions de personnes aident régulièrement leurs aînés.⁵⁴ Parmi ce nombre, 3,9 millions apportent une aide à la vie quotidienne de la personne âgée vivant au domicile. Les aidants sont âgés en moyenne de 59 ans et sont constitués à 53% par des femmes. Les aidants décrivent un épuisement physique et psychique s'ils ne sont pas accompagnés. Parmi les 8 millions d'aidants que compte l'association française des aidants, 48% déclarent avoir des soucis de santé (48% déclarent une maladie chronique, 29% se sentent anxieux et stressés, 25% déclarent ressentir une fatigue physique et morale).

2) Les activités physiques et intellectuelles

Le sport a montré son efficacité lors de la gestion des émotions. Il permet aussi de conserver une bonne capacité physique lors du vieillissement. L'estime de soi passe par l'acceptation de son corps et le bien-être.⁵⁵

Les activités intellectuelles entraînent les cognitions et permettent d'entretenir des habiletés. Il va y avoir un maintien des stratégies d'adaptation, de meilleures capacités à alerter et une bonne vision pour la résolution des problèmes.⁵⁶

3) La spiritualité

Elle regroupe les croyances et la pratique religieuse. Le fait de s'identifier à un groupe relié par un même mode de vie lutte contre le sentiment d'isolement. De plus, le suicide n'est pas reconnu et mal vu dans certaines religions ce qui peut être un frein pour le passage à l'acte.

4) La prévention

En 2014, l’OMS rédige un rapport sur la prévention du suicide qu’il qualifie d’état d’urgence mondial.⁶ En France, les actions de prévention sont encadrées par le conseil national de santé mentale créé en 2016. La stratégie de lutte contre le suicide est définie par le projet territorial de santé mentale de 2017 et par le plan national de santé publique « priorité prévention » de 2018.⁵⁷ La ministre des solidarités et de la santé, Madame Agnès Buzyn, a présenté une feuille de route pour la santé mentale et la psychiatrie en 2018, où la lutte contre le suicide est un des trois axes principaux.⁵⁸

Le dispositif Vigilans permet la prévention de la récurrence suicidaire en gardant contact avec les suicidants par des appels ou cartes postales.⁵⁹

Les associations d’aide à distance en santé permettent une écoute bienveillante et sans jugement lors de détresse psychologique. On nommera SOS Amitié, SOS Suicide Phénix et Suicide Écoute. Ce moyen de prévention semble le plus efficace par sa facilité d’action et sa disponibilité. Un numéro commun doit être mis en place afin de donner une meilleure visibilité à cette pratique.⁶⁰

Les familles endeuillées, notamment par un suicide, peuvent être soutenues par la Fédération Européenne « vivre son deuil ». Elle a pour but d’accompagner et d’éviter la propagation du suicide dans la famille.⁶¹

Pour les équipes soignantes qui sont en contact avec les situations de passage à l’acte, le Groupement d’Etude et de Prévention du Suicide (GEPS) propose des formations sur les bonnes pratiques pour la gestion de la crise suicidaire et de la dépression.⁶²

Il est important de donner les clés aux personnes pour réagir avant d’en arriver au suicide.

5) Culture et Media

La culture et les médias sont des facteurs ambivalents : ils peuvent être protecteurs mais aussi initiateurs d’idées suicidaires, voire de passage à l’acte.

Goethe dans *les souffrances du jeune Werther*, romance le suicide d’un jeune homme. A l’époque, ce récit avait poussé de jeunes allemands à des suicides massifs. Il fut donc interdit.

On appelle aujourd'hui « effet Werther » la contagion et l'imitation du suicide liée à la médiatisation chez des personnes fragiles.⁶³

On le retrouve de nos jours avec les suicides des personnalités. Avec l'hypermédiatisation par les réseaux sociaux et les médias, nous sommes constamment en projection avec les stars. Il y a parfois des identifications pathologiques. Ainsi, lors du suicide de Marilyn Monroe, il y a eu une augmentation de 12,5% des suicides aux USA chez les femmes du même âge.⁶³

Il a été constaté au cours de la diffusion de la première saison de « 13 reasons why » une augmentation de 20% des suicides chez les garçons et 10% chez les filles. Cette série retrace les 13 motivations du suicide du personnage principal. La production a dû accentuer la prévention. Dans la deuxième saison, chaque épisode débute par des informations données par un des acteurs sur le suicide. Le site internet « *13reasonswhy.info* » a même été dédié à l'écoute et à la prise en charge des personnes ayant des idées suicidaires. Le nombre d'appels du numéro d'urgence a augmenté lors de la diffusion de la deuxième saison aux États-Unis.

Papageno, un programme de prévention française, sensibilise les internes en psychiatrie et les étudiants en journalisme lors de rencontres afin de destigmatiser et de prévenir le suicide.^{64,65}

2.4. Les particularités de la personne avancée en âge.

2.4.1. L'homicide suicide

C'est un meurtre (ou tentative de meurtre) qui est suivi par un suicide dans un délai bref. Pour Esquirol et de Clérambault la mélancolie peut amener au meurtre suicide.^{66,67,68} Génil-Perrin, dans *l'Altruisme morbide* (1911) et dans *Crime et altruisme* (1913), introduit l'expression d'« homicide par altruisme » qu'il distingue de la mélancolie.^{69,70} En 1947, Deshaies souligne l'agressivité de ces passages à l'acte.⁷¹ Il existe une relation entre dépression, suicide et homicide : le potentiel criminogène des déprimés est sous-estimé.^{72,73}

Ce type de suicide est caractérisé, dans 25% des cas, par la présence d'une maladie chronique et par l'absence de conflit dans le couple.⁷⁴ L'homme est dans 85% des cas l'auteur du meurtre.⁷⁴ La moyenne d'âge pour les homicides-suicides est plus élevée que pour les homicides seuls.⁷⁵

Une étude a comparé les caractéristiques médicales, psychopathologiques et sociologiques des auteurs d'homicide-suicide et des auteurs de suicide.⁷⁶ Le conjoint est atteint d'une maladie chronique dans 50 % des auteurs d'homicide-suicide contre seulement 17% des auteurs de suicide. La dépression est présente de manière identique dans les 2 groupes.

2.4.2. Le pacte suicidaire

Le pacte suicidaire est « un accord mutuel, généralement entre deux personnes décidant de mourir ensemble, le plus souvent au même endroit ».⁷⁷ La moitié des pactes suicides concerne des couples mariés de plus de 65 ans sans conflit. C'est un sujet d'actualité qui pose débat sur la fin de vie, l'euthanasie et le droit de mourir dignement. Ce geste, qualifié parfois d'acte romantique, reste le reflet de souffrances profondes. Il devient insupportable pour l'autre de voir souffrir ou dépérir l'être aimé. Aux douleurs chroniques peuvent se rajouter des problématiques d'isolement, de perte d'autonomie et financières.

Le couple s'organise autour de la maladie somatique et développe des symptômes anxio-dépressifs conduisant aux idées suicidaires. Il se crée alors une dépendance à l'autre dans le couple.

Il est angoissant pour l'aidant d'imaginer placer ou hospitaliser son conjoint, ce qui le renvoie à son incapacité à prendre soin de l'être aimé. Il préférera donc partir en même temps que lui afin de ne pas souffrir. On peut le qualifier d'acte d'amour qui conduit avec le désespoir à la mort. Cette image renvoie aux auteurs romantiques de la littérature.⁷⁸ Plus récemment, le film « Amour », réalisé par Michael Haneke, met en lumière comment un couple se retrouve prisonnier pour l'un de son corps malade et pour l'autre de son amour pour son épouse qui les amène vers le pacte suicidaire, seule issue à leurs yeux.

2.4.3. Le syndrome de glissement

On parle de syndrome de glissement lorsque l'état d'un patient âgé se dégrade de manière très rapide après une affection aigüe, qu'elle soit psychique ou somatique. Une anorexie, un météorisme avec arrêt du transit et une dépression sévère avec désir de mort verbalisé sont retrouvés cliniquement. Il peut en l'absence de prise en charge amener au décès du patient.⁷⁹

Toutefois, ce syndrome n'apparaît pas comme une nosographie dans la CIM 10 : il est une précision dans de nombreux codes diagnostics comme dans la sénilité. Il ne fait pas l'objet

de validations fondées sur les preuves.⁸⁰ Il est souvent la conséquence d'autres troubles comme l'apathie, la dépression ou les délires. La discussion thérapeutique doit s'orienter sur la cause de ce syndrome afin d'adapter les thérapeutiques adaptés.

Néanmoins, il ne faut pas occulter les pensées, symptômes ou désirs de mourir des patients avancées en âge qui seront alors considérées comme un comportement suicidaire.

3. Les similitudes entre les adolescents et les personnes avancées en âge.

On observe dans ces deux catégories les taux de suicide les plus importants de la population, avec une létalité plus marquée chez les personnes âgées.⁸¹

Ces deux stades de vie sont caractérisés par une crise identitaire. Ce sont des périodes de transition, avec le passage de l'enfant à l'adulte et de l'adulte au sujet âgé. Il peut y avoir une dépendance à l'autre et une autonomie restreinte. Il existe des modifications hormonales et physiques importantes nécessitant d'accepter ce nouveau corps. L'estime de soi peut être altérée et à reconstruire. La place au sein de la famille va être redéfini avec de nouveaux rapports à l'autre. Ces deux groupes présentent une impulsivité avec une désinhibition chez le sujet âgé et une confrontation à l'interdit chez l'adolescent.

Ces deux périodes de vie sont donc très similaires. L'angoisse, la dépression et le suicide peuvent plus facilement y apparaître. La DBT ayant montré son efficacité pour la prise en charge des troubles de l'humeur chez l'adolescent, Il nous a semblé intéressant de la proposer chez la personne avancée en âge.

4. La Thérapie Comportementale Dialectique (TCD) ou Dialectic Behavior Therapie (DBT)^{82,83}

Les principes des thérapies comportementales apparaissent dès le 19^{ème} siècle avec Lassègue, Leuret, Brissaud et Pitres. Mais il faut attendre les années soixante pour qu'elles soient regroupées par Skinner, Solomon et Lindsley sous le terme de thérapie comportementale (« behavior therapy »). On distingue trois courants :

4.1. La thérapie comportementale de 1^{ère} génération : le comportementalisme.

La première vague est initiée par Pavlov avec le conditionnement classique ou répondant : l'objectif est d'obtenir, après un conditionnement, une réaction physiologique suite à un stimulus neutre.

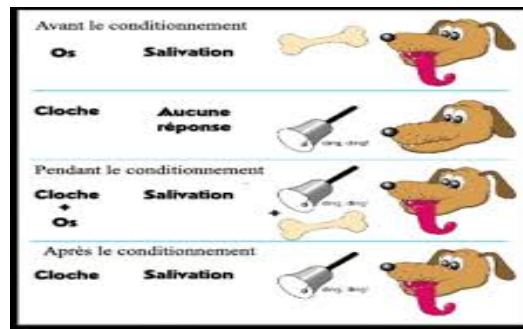


Figure n°3 : Schéma du conditionnement de Pavlov.

Pavlov part d'un stimulus à l'origine d'une réaction innée (exemple : l'os fait saliver le chien). En associant régulièrement ce stimulus à un stimulus neutre (exemple : le son d'une cloche), il va réaliser un conditionnement. Ainsi, le stimulus neutre sera seul à l'origine de la réaction initiale (exemple : le chien salive au son de la cloche).

Skinner a poursuivi les travaux de Thorndike pour aboutir au conditionnement opérant. Celui-ci se distingue du conditionnement classique par le fait qu'il ne cherche pas une réaction reflexe mais un comportement reproductif et associatif. Il introduit les notions de renforcement et de punition : le renforcement favorise un comportement, la punition l'évite.

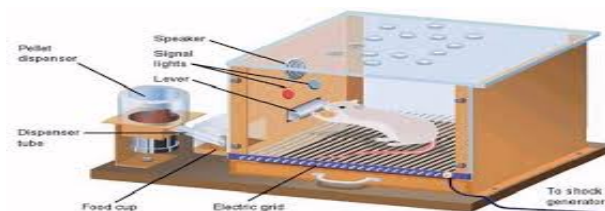


Figure n°4 : Schéma du conditionnement opérant de Skinner.

Dans cet exemple, un rat est placé dans une cage avec un levier. Lorsqu'il appuie sur le levier, il obtient de la nourriture : son comportement est récompensé, il s'agit d'un renforcement

positif. Ceci augmente la probabilité que le rat ait de nouveau ce comportement dans une situation identique.

Le renforcement négatif est un comportement orienté vers la disparition d'un effet négatif. Dans la même expérience, un courant électrique est appliqué au planche de la cage : l'activation du levier fait disparaître ce courant. Ainsi le rat est récompensé non pas par l'ajout de quelque chose comme précédemment, mais par le retrait d'une gêne.

La punition est l'opposé de la récompense : l'activation du levier serait à l'origine d'un courant électrique (punition positive) ou du retrait de nourriture (punition négative).

4.2. La thérapie comportementale de deuxième génération : la révolution cognitiviste.

L'étude du comportement sera secondaire et 4 variantes cognitives vont se dégager. La première variante est définie par le modèle de l'apprentissage social de Bandura, qui est un prolongement normal de la psychologie scientifique.

La deuxième vague voit le jour avec les travaux d'Ellis sur la thérapie rationnelle émotive. Il change l'objet de l'étude psychologique et s'intéresse aux phénomènes mentaux. Il y voit une science du comportement.

La troisième met l'accent sur le sujet qui est initiateur de ses conduites. Beck va parler de modèle cognitivo-comportemental. Il se développe avec l'étude de la dépression. Il y aura une phase comportementale qui sert à identifier les pensées irrationnelles et leurs liens aux symptômes.

La quatrième vague est dirigée par les travaux de Meichenbaum sur le modèle du self instructional training. Il a étudié les comportements influencés par l'auto verbalisation en s'inspirant des travaux de Vigotski et Lurial.

4.3. La thérapie comportementale de troisième génération.

C'est Hayes, chef du service de psychologie de l'université du Nevada qui va approfondir l'analyse des contextes et fonctions du comportement : « Enracinée dans une approche empirique, la troisième vague de thérapies comportementales et cognitives est particulièrement attentive au contexte et aux fonctions des phénomènes psychologiques, pas seulement à leurs formes ». L'originalité de cette réflexion tient dans la prise en compte des émotions dans la thérapie.

On reconnaît quatre approches qui marquent ce mouvement. Hayes, Strosahi et Wilson initient, en 1999, la thérapie d'acceptation et d'engagement ou ACT. Linehan s'inscrit dans cette réflexion avec la thérapie dialectique comportementale. Young définit la thérapie des schémas. Et Segal, Teasdale et Williams vont développer les thérapies cognitives basées sur la pleine conscience en 2006.

4.4. La Thérapie Comportementale Dialectique et le sujet âgé.

La thérapie comportementale dialectique a été développée par Linehan. Elle prend en charge les pathologies de l'agir comme les troubles de personnalité limités, puis les troubles de l'humeur.⁸⁴ Elle s'inscrit dans la 3^{ème} vague de thérapie comportementale cognitive. Elle a pour but de faire accepter aux patients les spécificités individuelles et les particularités de leur trouble. Le programme de soin proposé valorise et donne un sens à ses particularités.

Linehan a montré l'intérêt de cette thérapie sur les personnalités borderline et sur les troubles anxieux de l'adolescent et de l'adulte. La TCD a montré une diminution du nombre d'hospitalisation, du nombre de tentative de suicide, de la prescription de psychotropes et une amélioration de la qualité de vie.⁸⁵⁻⁸⁸ La méta-analyse des études portant sur les thérapies cognitivo-comportementales de troisième génération montre que la TCD réduit les idées suicidaires ($p < 0,001$) et les conduites auto-agressives ($p < 0,001$).⁸⁹

Elle est proposée aux patients avec des conduites suicidaires, des blessures auto-infligées, et des abus de substance. Ces sujets ont une forte mortalité et une consommation de soin importante. Les patients suivis en TCD sont souvent dans un état de vulnérabilité avec une hyper-réactivité émotionnelle et un environnement invalidant.

La dialectique fonctionne avec quatre notions : la validation et l'acceptation d'une part, et l'engagement et le changement d'autre part. Linehan⁸⁴ pense «qu'une vulnérabilité émotionnelle peut être exacerbée par un environnement entravant l'apprentissage de l'autorégulation des émotions». Elle souligne le fait que certains patients ont une plus grande réactivité émotionnelle à certains stimuli par rapport à la population générale. La réponse émotionnelle sera plus intense avec une escalade émotionnelle et une difficulté à résoudre les problèmes de manière adaptée. Le retour à un état de base sera plus long.

On parle de dysrégulation émotionnelle chez un sujet qui sera accentué par un environnement invalidant. Le patient va avoir des fragilités sur le plan comportemental,

personnel, interpersonnel et émotionnel. Le travail de TCD va reposer sur 4 modules avec une compétence psycho sociale à acquérir .

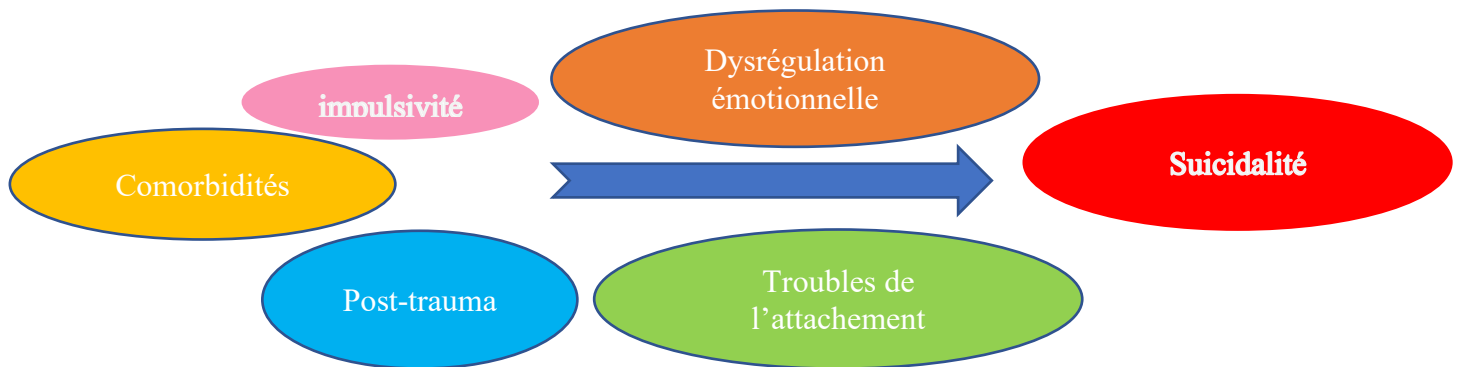


Figure n°5 : Schéma des facteurs favorisant le suicide

La régulation des émotions qui va permettre de reconnaître les émotions et de lutter contre l'instabilité émotionnelle. Elle repose sur 3 axes : accepter son expérience émotionnelle, diminuer la vulnérabilité émotionnelle et réduire la souffrance émotionnelle.

La tolérance à la détresse qui va lutter contre les comportements à risque comme l'automutilation, l'impulsivité et les conduites suicidaires. Linehan définit comme objectif pour ce module : la capacité de « percevoir son environnement tel qu'il est et non de se persuader qu'il est tout différent, d'expérimenter un état émotionnel sans chercher à le changer et d'observer ses propres réflexions et comportements sans essayer de les contrôler ou de les arrêter». ⁸⁷

Les relations interpersonnelles pour gérer le contact à l'autre avec parfois des angoisses de l'abandon. Linehan fixe comme objectif « l'apprentissage de stratégies efficaces pour satisfaire ses besoins, refuser, gérer les conflits interpersonnels ».

la mindfulness pour l'acceptation de soi et la lutte de la sensation de vide. Elle va permettre d'accéder à la pleine conscience de manière bienveillante et non jugeante.

Chez l'adulte, le programme de TCD proposé par Linehan dès 1991⁹⁴, validé scientifiquement ^{88,89} offre quatre modalités d'intervention : une thérapie individuelle cognitive comportementale, un entraînement de groupe, un soutien téléphonique et une supervision d'équipe.

Chez l'adolescent, la première adaptation du programme de TCD de Linehan est proposée par Miller et al. sous le vocable de *dialectical behavior therapy for adolescents* (TCD-A)⁹⁰ elle a été adaptée de la TCD originale car on observait un absentéisme important des adolescents. Les séances sont plus courtes et moins nombreuses que pour l'adulte : 12 séances en tout sur les 4 modules.⁹¹ le contenu des modules d'apprentissage de compétences a été simplifié pour qu'il soit plus accessible à cette tranche d'âge. On a intégré les parents à la prise en charge en proposant des groupes de paroles pour eux. En conclusion, le programme de TCD-A proposait : une thérapie individuelle cognitive comportementale, un entraînement de groupe auquel participaient adolescents et parents, un soutien téléphonique et une supervision d'équipe.⁹²

En 2002 Rathus et Miller ont publié un essai avec des résultats significatifs évaluant la TCD-A.⁹³ D'autres études anglophones ont confirmées ces résultats.^{94,95} En France, un modèle est proposé au CHU d'Amiens dans l'unité de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent. Le protocole mis en place s'inspire de celui rédigé par Labelle et Janelle^{96,97} la TCD-A augmente les stratégies d'adaptation productives et diminue les conduites auto-dommageables et les traits de personnalité limite.

Chez la personne âgée, on constate une grande fragilité émotionnelle accompagnée par des crises existentielles. Ils ont des difficultés à reconnaître et identifier leurs émotions. Il nous a semblé intéressant de leur proposer la TCD : une thérapie qui va aider à la gestion des affects, permettre la pleine conscience et l'acceptation de soi. Le but est de retrouver un équilibre homéostatique.

Il existe un modèle de TCD différent pour l'adulte et pour l'adolescent. Nous avons décidé de proposer celui pour l'adolescent car il semble plus adapté aux sujets âgés. En effet, leurs comportements et leurs émotions sont proches comme : le sentiment d'abandon, la solitude, l'isolement, la transition de vie et l'impulsivité.

Matériel et méthode.

1. Inclusion du patient

Les critères d'inclusion étaient les suivants : un âge supérieur à 65 ans et l'absence de trouble cognitif, afin de permettre la coopération et l'adhésion aux soins. Il devait également présenter des signes de dépression et d'anxiété, tel que définis par le DSM-V (voir annexe 2), avec un risque de passage à l'acte.

2. Thérapie comportementale dialectique adaptée à la personne avancée en âge

Nous avons défini 12 séances de travail en individuel. Le programme était partagé en 4 séances de régulation des émotions, 4 séances sur les relations interpersonnelles et 4 séances sur la tolérance à la détresse.

Chaque entretien se terminait par 15 minutes de méditation en pleine conscience (mindfulness). Ce choix a été motivé par l'efficacité de cette pratique dans la diminution de l'anxiété et de la dépression.^{98,99} Le MBCAS, est un programme de mindfulness dédié à la personne âgée pour aider à la bienveillance et l'acceptation du vieillissement. Le projet européen « Silver Santé Study », dirigé par le Dr Gaël Chételat, est en train d'évaluer les bienfaits de cette pratique pour la personne âgée en utilisant des critères biologiques et d'imagerie fonctionnelle.

Un des objectifs de la TCD était de fournir au patient des outils de médiation, afin de l'aider à gérer les angoisses et les crises suicidaires. A chaque séance était remis un cahier d'exercices à réaliser dans la semaine. Le patient devait analyser ses angoisses à domicile. Les entretiens étaient l'occasion de revenir sur ses angoisses à l'aide d'analyse en chaîne. Le patient réalisait également des séances de méditation en pleine conscience à l'aide de l'application Petit Bambou. A la fin de la prise en charge, un plan sécurité devait être réalisé. Il avait pour but de lister les ressources évitant l'escalade de la crise suicidaire.

Afin de s'adapter à la personne avancée en âge, plusieurs éléments ont été pris en compte. Les entretiens devaient être courts pour tenir compte de la fatigabilité du patient. Ils devaient être à intervalle régulier, les informations étaient répétées, et des supports illustrés étaient utilisés. Le but était de favoriser les mécanismes de mémorisation.¹⁰⁰ Enfin, les troubles auditifs

étant fréquent à cet âge, une attention particulière était apportée sur l'intensité de la voix et le débit vocal.

3. Instruments d'évaluation : tests standardisés

Afin d'évaluer notre prise en charge, nous avons utilisé des hétéro-questionnaires et des auto-questionnaires. Certains ont été réalisés pour évaluer les ressources, les difficultés et les troubles du patient. Les autres tests étaient nécessaires afin d'évaluer l'impact de la prise en charge par TCD. Compte tenu de l'âge, nous avons choisi des échelles courtes et simples, en répétant plusieurs fois les consignes. Les tests pouvaient être réalisés au domicile ou en consultation.

3.1. Tests pour le bilan initial

Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI).

Ce test, proposé par Lecrubier (1997), est un entretien structuré d'aide au diagnostic dont les questions fermées balayent les principaux troubles psychiatriques de l'axe I du DSM-IV. Le temps de réalisation est en moyenne de 20 minutes.¹⁰¹ Ce test a été inclus pour confirmer la présence de troubles dépressifs et anxieux, et pour ne pas méconnaître d'autres pathologies psychiatriques.

Echelle d'anxiété sociale de Liebowitz (EASL)

Il s'agit d'un auto-questionnaire de 24 items. Cette échelle mesure l'anxiété et l'évitement d'une personne, dans des situations d'interaction sociale et de performance.¹⁰²

Post traumatic Stress Disorder Checklist Scale (PCL-S)

C'est une échelle qui dépiste un état de stress post-traumatique. Elle est très utilisée dans la pratique car elle est facile à comprendre et à réaliser. Elle se compose de 17 items, évaluant les critères de l'état de stress post traumatique (ESPT) tels que décrits dans le DSM IV.¹⁰³

Échelle de Zarit

Aussi appelée « inventaire du fardeau », elle quantifie la charge psychique que peut avoir un proche malade sur son aidant. A partir de 22 items, on obtient un score entre 0 et 88 : Un score inférieur ou égal à 20 indique une charge faible ou nulle ; un score entre 21 et 40 indique une charge légère ; un score entre 41 et 60 indique une charge modérée ; un score supérieur à 60 indique une charge sévère.^{104,105} Cette échelle a été incluse compte tenu de la fréquence de maladies chroniques dans les couples avancés en âge.

Social Support Questionary (SSQ6)

C'est un auto-questionnaire de 6 items. Ces auteurs se sont inspirés de la théorie de l'attachement de Bowlby qui considère le soutien social comme un besoin fondamental.¹⁰⁶ La première étape consiste à lister les aidants, réalisant un réseau. La deuxième étape évalue la qualité du soutien social apporté.

3.2. Test d'évaluation de l'impact de la TCD

Réalisés avant et après la réalisation de la TCD, ces tests avaient pour objectif d'évaluer son effet.

State-Trait anxiety Inventory (STAI)

Spielberger propose en 1993 une auto-évaluation de 40 items. L'anxiété-état, évaluée par 20 items, reflète l'état émotionnel actuel de nervosité et d'inquiétude. L'anxiété-trait, également évaluée par 20 items, correspond à l'état émotionnel de fond.⁴⁴ Ce test a été inclus pour préciser l'intensité du trouble anxieux.

Beck Depression Inventory (BDI) :

L'échelle de dépression de Beck est une auto-évaluation de l'état dépressif comprenant 21 items. Le score varie de 0 à 39.⁴¹ Ce test a été inclus pour préciser l'intensité du trouble dépressif.

Score	Résultat
0 à 3	Pas de dépression
4 à 7	Dépression légère
8 à 15	Dépression modérée
> 15	Dépression sévère

Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)

Cette échelle évalue les difficultés de régulation des émotions à travers 6 dimensions :

- N (Non acceptance) : non acceptation de sa réponse émotionnelle ;
- G (Goals) : difficultés à adopter des comportements orientés vers un but dans un contexte émotionnel négatif ;
- I (Impulse) : difficultés à se contrôler dans un contexte émotionnel négatif ;
- A (Awareness) : manque de conscience émotionnelle ;
- S (Strategies) : difficultés à mettre en place des stratégies de régulation des émotions dans un contexte émotionnel négatif,
- C (Clarity) : difficultés à identifier ses propres émotions.

Plus le score est élevé, plus le sujet présente des difficultés dans la régulation de ses émotions.¹⁰⁸

Échelle Visuelle Analogique (EVA)

L'anxiété du patient était évaluée en début et en fin d'entretien à l'aide d'une EVA : 0 correspondant à l'absence d'angoisse, 10 étant la pire angoisse imaginable. Afin de faciliter la compréhension, nous avons recours à un modèle papier identique à chaque consultation.

Résultats

Nous avons inclus Mr C., âgé de 83 ans : il était présent depuis 1 mois dans un service de psychiatrie et remplissait les critères d'inclusion. Il avait été hospitalisé initialement en réanimation pour une détresse respiratoire, puis il avait été transféré dans un service de psychiatrie de la personne âgée et de psychogériatrie.

1. Anamnèse du patient

Sur le plan psychiatrique, Mr C déclarait avoir toujours eu une personnalité anxieuse. On notait dans son passé plusieurs épisodes dépressifs caractérisés, un trouble anxieux généralisé et un trouble de panique débuté vers 26 ans qu'il associait à une hyperactivité professionnelle. Il avait déjà rencontré un psychiatre mais n'avait jamais fait de travail de psychothérapie et n'avait jamais été hospitalisé. Au moment de la prise en charge, il était dans un processus de deuil suite à la mort récente de 3 membres de sa famille proche : son frère et son neveu, décédés d'un cancer, et sa belle-sœur, décédée brutalement d'un infarctus du myocarde.

Sur le plan des addictions, il a consommé de l'alcool dans un but festif puis d'anxiolyse de 26 à 40 ans. Il avait réussi un sevrage grâce au soutien de son entourage.

Sur le plan somatique, Mr C. avait comme principaux antécédents 4 cancers en rémission : il les évoque comme des événements de vie qu'il a réussi à surmonter mais ayant laissé des traces douloureuses. Il présentait également de l'asbestose, déclarée comme maladie professionnelle, des infections urinaires à répétitions et une prothèse du col du fémur.

Son entourage était composé en premier lieu de sa femme, avec qui il était marié depuis 60 ans. Ils vivaient dans une maison à la campagne. Sa fille, divorcée depuis 3 ans, était proche puisqu'elle vivait dans une dépendance de la maison. Mr C avait deux petits-enfants. Il a été retrouvé chez chacun d'eux un trouble du spectre autistique.

Mr C. était retraité, ancien menuisier et charpentier. Ses principaux centres d'intérêt étaient la pêche, les promenades et s'occuper de sa famille.

Mr C avait initialement été pris en charge en réanimation pour une infection pulmonaire à l'origine d'une détresse respiratoire. Dans les jours suivants, Mr C a présenté de multiples

crises, quotidiennes, associant dyspnée, sueurs, palpitations, vertiges. Après avoir éliminé une origine somatique, il s'est avéré que Mr C présentait des attaques de paniques : la pathologie somatique initiale avait aggravé le trouble psychique sous-jacent. La suite de la prise en charge a donc été réalisée en service de psychiatrie.

“L'attaque de panique est un épisode anxieux aigu dont la survenue est le plus souvent imprévisible, non déclenchée par des stimuli ou des situations particulières, et qui s'accompagne d'une anxiété anticipatoire (peur de la survenue d'une nouvelle crise) [...] et parfois de comportements d'évitement.” (Servant, 2012)

Chez Mr C, il s'agissait d'attaques de panique sans agoraphobie chez un patient avec une personnalité anxieuse. Le patient adhérait complètement à ses crises et ne les critiquait pas. Mr C présentait également une anxiété anticipatoire associée à une hypersensibilité aux symptômes de la pneumopathie. On ne constatait pas de conduite d'évitement. Il a fait part à de nombreuses reprises de son inquiétude pour sa famille. Il pouvait exprimer se sentir inutile dans la sphère familiale. Il multipliait les attaques de panique même au domicile sans réussir à les critiquer et avait peur d'un acte impulsif.

Il présentait également un épisode dépressif majeur. L'examen retrouvait une anhédonie, une aboulie, une asthénie importante et un ralentissement psychomoteur. Les attaques de paniques étaient suivies de pensées noires, correspondant à des distorsions cognitives, avec un sentiment de catastrophes imminentes : “je vais faire un malaise”, “ je vais mourir ”.

Devant ce tableau de trouble dépressif avec détresse anxieuse légère, nous avons instauré un traitement associant un antidépresseur inhibiteur sélectif du récepteur à la sérotonine (Fluoxétine ,20mg par jour) et une benzodiazépine à demi-vie courte (Oxazepam,10mg matin et soir) afin de limiter les effets secondaires pouvant survenir sur une personne avancée en âge.

Malheureusement, le patient a appris au cours de son séjour dans le service que sa femme présentait une maladie d'Alzheimer. Les troubles amnésiques étaient déjà présents avant l'hospitalisation et son médecin traitant avait initié un bilan. La confirmation du diagnostic de sa femme a renforcé les symptômes du patient. Il a exprimé des idées noires pouvant faire suspecter un homicide-suicide quelques temps après l'annonce. Mr C. pouvait exprimer une grande fatalité lors de cette période.

Mr C a dès lors été considéré comme à risque de passage à l'acte. De nombreux facteurs de risque étaient bien identifiés : le contexte de deuil récent, l'aggravation du trouble anxieux lié à l'épisode de détresse respiratoire, la prise de conscience de son vieillissement avec les multiples annonces de troubles somatiques (arythmie cardiaque, hypertension artérielle, dyslipidémie), l'affaiblissement de l'entourage.

Mr C présentait donc des signes de dépression et d'anxiété, avec un risque de passage à l'acte. Nous lui avons proposé une TCD adaptée à la personne âgée.

2. La prise en charge et les entretiens.

2.1. .Organisation des séances

Après l'hospitalisation dans le service de Psychiatrie de la personne âgée, le suivi a été réalisé par des consultations en ambulatoire. La thérapie dialectique comportementale a été instaurée au cours de ce suivi.

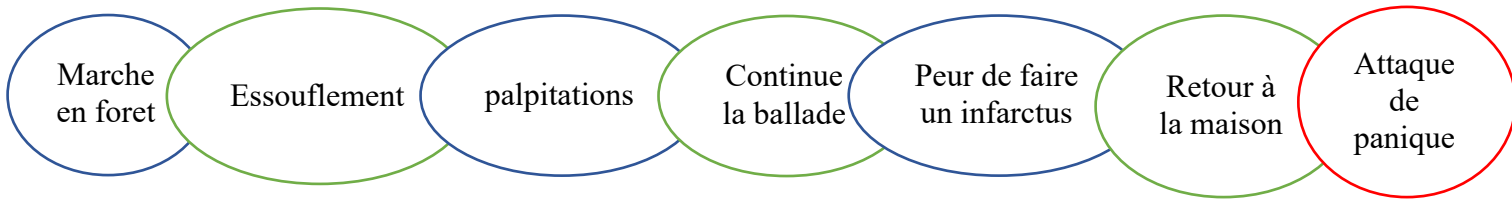
Les séances étaient programmées tous les lundis en fin de matinée. Mr C arrivait en Véhicule Sanitaire Léger car il n'osait plus conduire. Nous avons choisi un bureau avec des chaises adaptées à la personne âgée afin qu'il n'ait pas de difficultés pour se relever. Nous commençons l'entretien par une évaluation de son anxiété à l'aide d'une EVA afin de pouvoir mesurer l'impact de la séance. Les séances ont duré 1 heure en moyenne.

2.2. L'entretien

A l'aide du cahier personnel, nous revenons sur la semaine écoulée pour identifier les situations nécessitant un travail.

Par exemple, Mr C a évoqué lors de sa 5^{ème} séance une balade en forêt à l'origine d'une attaque de panique. Alors qu'il marchait, il a ressenti un essoufflement. Il a immédiatement pensé à un infarctus. Il a continué à marcher en s'angoissant de plus en plus. Une dyspnée et des palpitations sont alors apparues. Au final, Mr C a présenté une nouvelle attaque de panique à son retour à domicile.

Nous avons repris cette histoire à l'aide d'une analyse en chaîne



Nous réfléchissions ensemble sur les différentes étapes de cette attaque de panique. Nous commençons par identifier les émotions et les symptômes survenus avant celle-ci. Nous avons ensuite essayé de mettre en place des stratégies pour éviter l'escalade de la panique, telle que décrite par Clark en 1986

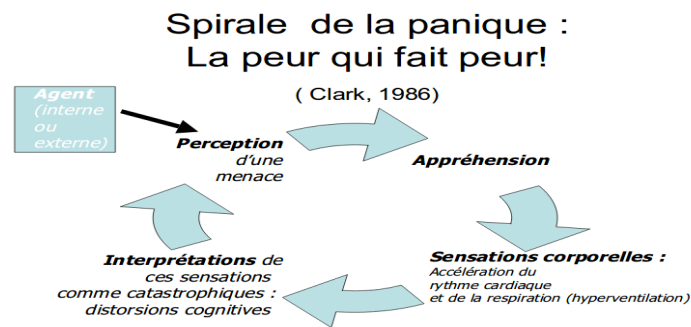


Figure n°6 : Spirale de la panique, Clarck.

Mr C. aurait pu faire une pause dès l'apparition de l'essoufflement, le temps de reprendre son souffle. Ceci lui aurait évité de penser à l'infarctus. Nous avons pris également le temps de lui expliquer que la tachycardie est un phénomène physiologique d'adaptation de son organisme à l'effort.

Nous avons utilisé des supports visuels afin de faciliter la compréhension. Il s'agissait d'un excellent outil de médiation dans le cadre de Mr C. En effet, il aimait repartir avec des livrets explicatifs réalisés pour l'occasion. Il pouvait ainsi prendre le temps de les relire au domicile. Un dessin de Muzo illustrant les attaques de panique a été particulièrement utile. Mr C. s'est bien identifié dans cette illustration et a exprimé un soulagement de ne pas être le seul à souffrir de ces symptômes.

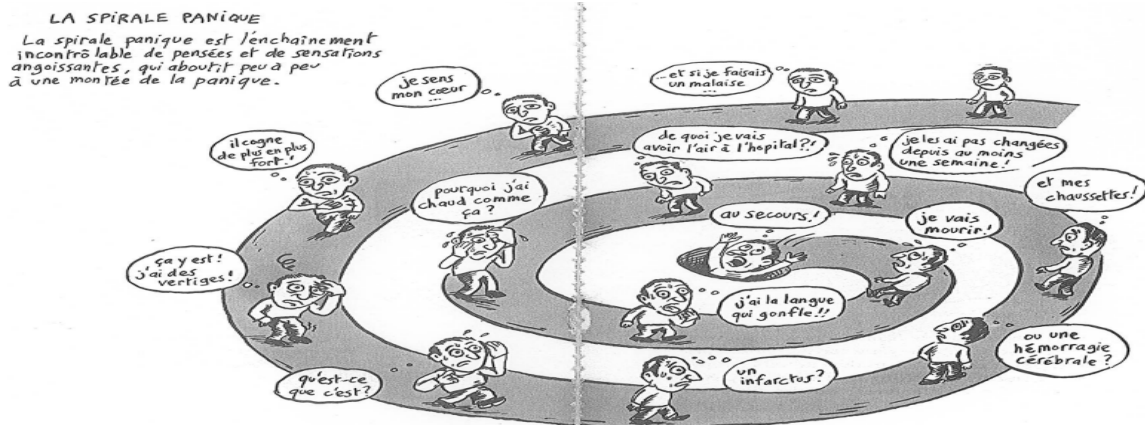


Figure n°7: Muzo , La spirale de la panique. Je dépasse mes peurs et mes angoisses . Christophe André

Les entretiens étaient pour Mr C l'occasion de poser des questions sur la maladie d'Alzheimer et sur le spectre autistique. Nous avons réalisé deux séances d'Éducation Thérapeutiques du Patient (ETP) pour expliquer ces maladies et leurs symptômes. Deux livrets ont été réalisés à cette occasion, un sur la maladie d'Alzheimer et un sur le spectre autistique. Ceci a permis non seulement à Mr C de mieux comprendre ces pathologies mais également d'exprimer des angoisses présentes depuis plusieurs années. Cette personnalisation de la prise en charge a permis d'agir sur l'anxiété de fond de Mr C. Il a montré une résilience importante en surmontant plusieurs cancers, la maladie de sa femme, l'autisme de ses petits-enfants et le divorce de sa fille unique.

2.3. Travail sur un module de TCD

Les 4 modules de la TCD ont pu être abordés au cours des différentes séances.

Le module de gestion des émotions a aidé Mr C à identifier et nommer ses émotions. Il a pu repérer les obstacles au changement d'émotions, réduire la sensibilité émotionnelle, augmenter les émotions positives et prendre conscience de l'ancrage dans le présent.

Le module de tolérance à la détresse a permis de réaliser des listes d'outils pouvant aider Mr C en cas de crise, afin de ne pas répondre de manière impulsive. Un « plan sécurité » a été rédigé avec le patient suite à nos échanges. Il consistait à lister les ressources en cas de montée d'angoisse. Mr C a identifié qu'il pouvait lire le journal dans un premier temps, puis écouter de la musique, puis aller discuter avec sa femme ou sa fille. Si il ne parvenait pas à se calmer les numéros de téléphones de son psychiatre, des urgences psychiatriques et du SAMU étaient notés.(voir annexe 3)

Le module sur les relations interpersonnelles a permis d'analyser les comportements individuels influencés par les autres personnes. Il a appris à s'y opposer ou s'y adapter.

La fin de la séance était consacrée au dernier module : la méditation en pleine conscience. Mr C a tout de suite adhéré à cette pratique : dès la première séance, il a ressenti de l'apaisement. Mr C analysant beaucoup ses émotions et ses symptômes, il a été rapidement attentif à la respiration profonde et à la bienveillance envers lui-même. Il a pu apprendre à écouter les signes de son corps et à adapter son comportement lors d'événements vécus comme catastrophiques. A domicile, Mr C continuait les exercices de méditation en pleine conscience. Il nous a déclaré que son petit-fils aimait bien faire les séances avec son grand père.

2.4. Fin de l'entretien

Nous finissions la séance par une nouvelle évaluation de l'anxiété à l'aide de l'EVA. Le traitement par anti dépresseur était réévalué. Nous définissions ensemble les objectifs de la semaine et les exercices à réaliser à la maison à l'aide du cahier thérapeutique.

Afin de valoriser le patient et de le mettre au centre de sa prise en charge, nous réalisons quelques minutes de renforcement positif sur ses progrès et son observance.

a. Résultats des tests standardisés.

3.1. Les tests réalisés uniquement au début de la prise en charge

Lors du premier entretien, la réalisation du MINI a permis de diagnostiquer les troubles psychiatriques dont souffraient Mr C. : trouble anxieux généralisé, survenues d'attaques de panique sans agoraphobie, phobie sociale, état de choc post traumatique, épisode dépressif majeur.

Bien que nous ayons constaté que Mr C avait des difficultés à gérer ses émotions, L'échelle de Liebowitz n'a pas retrouvé d'anxiété sociale (score de 25).

La PCL-S, évaluant la présence d'un état de stress post traumatique, a retrouvé un score significatif à 45. Mr C. était encore sous le choc des décès dans sa famille et du diagnostic de maladie d'Alzheimer chez sa femme. Il n'évoque pas comme un choc son hospitalisation en réanimation.

L'échelle de Zarit, utilisée pour déterminer l'impact de la maladie d'Alzheimer de son épouse sur son bien être psychique, a évalué la charge à « modérée ».

L'évaluation du soutien de l'entourage par le SSQ6 retrouvait une bonne disponibilité (score de disponibilité à 12). Mr C parlait en premier lieu de sa fille et de son neveu, mais également de son psychiatre. Il était satisfait de la qualité de son soutien social (Score de satisfaction : 96 %), notamment grâce à sa fille et son assistante sociale.

Ainsi, avant la prise en charge par TCD, Mr C présentait à la fois des facteurs protecteurs et prédisposant au suicide. Il associait une symptomatologie anxieuse et dépressive, facilitant le passage à l'acte. Il présentait un bon soutien grâce à sa fille et son psychiatre. Sa femme était très importante pour lui et semblait l'aider à donner un sens à sa vie.

Tests standardisés	Avant la prise en charge	Après la prise en charge
BDI	8 : Dépression légère	8 : dépression légère
DERS		
Manque de clarté émotionnelle	19	12
Manque de conscience émotionnelle	18	11
Manque d'acceptation émotionnelle	26	6
Impulsivité	28	9
Difficulté à agir si émotions négatives	24	14
Acces limité à des stratégies de régulation émotionnelle	29	18
STAI		
Anxiété état :	57, élevée	44, faible
Anxiété trait :	53, moyen	34, très faible

Tableau n°1 : Résultats des tests standardisés avant et après la thérapie comportementale dialectique.

3.2. Critères de jugement de la TCD

L'évaluation de l'anxiété par le STAI a permis de montrer une diminution de l'anxiété-état après la TCD, passant d'un score de 57 (élevé) à 44 (faible). L'anxiété-trait a également diminuée, passant d'un score de 53 (moyen) à 34 (très faible).

L'évaluation de l'épisode dépressif est restée stable à 8 (dépression modérée) sur l'échelle de Beck. Le seul item coté 2 était celui concernant l'asthénie, qui pouvait également s'expliquer par les troubles du sommeil. Ce résultat nuance le constat d'épisode dépressif majeur du MINI. Le traitement antidépresseur a été diminué au cours de la prise en charge à 10mg.

La gestion des émotions, évaluée par la DERS, retrouvait une meilleure régulation émotionnelle et une meilleure gestion des crises : le score « Clarity » est passé de 19 à 12, le score « awareness » est passé de 18 à 11, le score « non acceptation » est passé de 26 à 6, le score « impulse » est passé de 28 à 9, le score « Goals » est passé de 24 à 14, le score « Strategies » est passé de 29 à 18.

Le recueil des EVA en début de séance montre une décroissance progressive. On constate toutefois une augmentation lors de la séance suivant l'attaque de panique en forêt. Toutes les séances ont permis une diminution de l'anxiété. Pour les deux dernières séances, le patient ne ressentait plus d'anxiété.

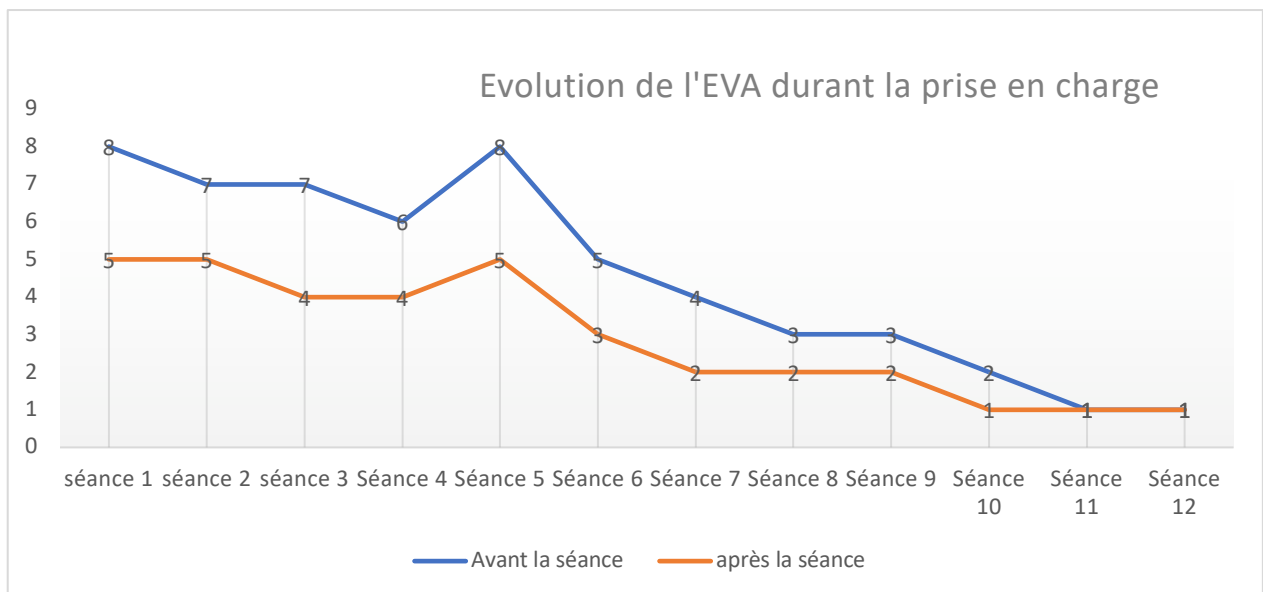


Figure n°8 : Evolution de l'EVA anxieté pré /post séance au cours des séances de TCD

Discussion

Garny De la Rivière avait montré l'efficacité de la TCD chez les adolescents.¹⁴ L'originalité de notre étude est de l'avoir appliqué à la personne avancée en âge à risque suicidaire. Nous avons une excellente alliance thérapeutique avec Mr C, ce qui a permis une bonne adhésion aux soins. La TCD a été efficace sur la symptomatologie anxieuse avec une diminution des scores des tests standardisés. Mr C. a de nouvelles stratégies pour gérer ses angoisses sur le vieillissement et sa peur de la mort. L'anxiété était un facteur identifié de majoration des symptômes dépressifs chez le patient. Lynch a démontré l'intérêt d'associer TCD, coaching téléphonique et anti dépresseur dans la prise en charge de la dépression de la personne âgée.⁹⁸ Chez Mr C la sévérité de l'épisode dépressif est restée stable mais nous avons pu diminuer le traitement antidépresseur. La prise en charge de l'anxiété et de la dépression a permis de diminuer le risque suicidaire. En identifiant de manière personnalisée les facteurs protecteurs et favorisants du suicide on a pu agir sur l'impulsivité suicidaire. La TCD a pour but de donner des outils et d'identifier les émotions qui mènent à l'acte suicidaire.

Dans une société qui ne cesse de vieillir, il ne faut pas négliger la prise en charge du mal être des aînés. La TCD devrait permettre de diminuer le risque de passage à l'acte et donc d'hospitalisation. La TCD doit pouvoir aider au maintien à domicile, à la fois moins traumatisant et moins coûteux pour les patients.

Le suivi du patient réalisé après cette étude nous a appris que Mr C continuait de bénéficier des bienfaits de la TCD. Il a été hospitalisé 2 mois plus tard pour une décompensation pulmonaire. Sa fille nous a rapporté qu'il avait fait des exercices de mindfulness, des analyses en chaînes et qu'il avait pris avec lui son plan sécurité. En entretien, il explique avoir eu les armes suffisantes pour affronter le stress de l'hospitalisation. A ce jour, il n'a pas refait d'attaque de panique et son traitement anxiolytique a été arrêté. Il continue les exercices avec une neuro-psychologue, la psychothérapie avec son psychiatre référent et la mindfulness avec sa femme et ses petits-enfants.

1. Les limites et biais de ce cas

La principale limite de cette étude est l'application de la TCD à un seul patient. Il s'agissait d'une étude préliminaire donc l'objectif était de déterminer l'intérêt de la TCD chez la personne avancée en âge. Nous souhaitions avoir des patients en capacité de réaliser les tests et les modules de TCD de manière reproductible. Nous avons donc exclu les patients avec des troubles cognitifs et du comportement. Au moment de la réalisation de cette étude, seul un des patients présents dans le service avec un risque suicidaire n'avait pas de troubles cognitifs.

Cette étude a montré que la TCD est applicable à la personne âgée. Il est maintenant nécessaire de la proposer à un plus grand nombre de personne avancée en âge sans trouble cognitif pour démontrer son utilité. Il serait intéressant par la suite d'évaluer si les personnes présentant des troubles du comportement et des troubles cognitifs pourraient également bénéficier de cette thérapie. Une adaptation de la mindfulness est déjà appliquée à des patients atteints de démence.

En adaptant la TCD à la personne âgée, nous avons réduit la durée de prise en charge. Nous n'avons pas réalisé de bilan neuro-psychologique compte tenu des délais. Celui-ci aurait permis une meilleure compréhension des mécanismes cognitifs et émotionnels du patient. De plus, en renouvelant ce bilan, il aurait permis de suivre la progression neuro-dégénérative. La prise en charge d'une personne âgée aurait nécessité la réalisation d'un Mini Mental State Examination (MMSE) et la cotation de la grille Autonomie, Gérontologie Groupe Iso Ressources (AGGIR). Dans le cadre de la TCD, ils n'ont pas été réalisés pour ne pas somatiser la prise en charge et pour ne pas augmenter l'anxiété du patient.

La Mindfulness Based Cognitive Approach for Seniors (MBCAS) est une médiation en pleine conscience pensée pour la personne âgée.¹⁰⁹ Elle permet en 8 mois de travailler sur les problématiques du vieillissement lors de séance. Nous l'avons donc adapté à la TCD en réduisant la durée de la thérapie à 12 séances. La MBCAS est en cours de validation pour mesurer son impact sur les troubles anxieux et dépressifs.

En transposant la TCD à la personne âgée, nous avons conservé les mêmes échelles standardisées. Elles ne sont toutefois pas spécifiques à la personne avancée en âge. Pour l'évaluation de l'anxiété chez le sujet âgé, nous pourrions remplacer la STAI par l'IASTA Y-65.¹¹⁰

b. Les perspectives

Nous souhaiterions appliquer cette prise en charge en hôpital de jour de psychogériatrie à un plus grand nombre de patients, sans trouble cognitif dans un premier temps puis avec des troubles cognitifs par la suite.¹¹⁶ Cette organisation de soin permettrait de travailler les modules de TCD en groupe. Les groupes permettent de renforcer le travail sur les 4 axes de la TCD.⁸⁹ Ils permettent de rompre la solitude, de travailler la communication et de destigmatiser.

Les projets Vigilans chez l'adulte et SECURIPLAN chez l'adolescence sont des programmes mis en place après une hospitalisation pour une tentative de suicide. Vigilans permet d'éviter la récurrence en gardant le contact par des appels ou l'envoi de carte postale. SECURIPLAN est un outil qui permet de regrouper les plans sécurités des patients afin d'aider le SAMU et les psychiatres d'astreintes à gérer les crises suicidaires. Il serait intéressant d'étendre ses projets aux personnes âgées, en renseignant ces bases de données avec les plans sécurité effectués lors des séances de TCD.

Conclusion

Cette étude a montré que la TCD était applicable à la personne avancée en âge. En prenant en charge de manière personnalisée l'anxiété et la dépression du patient, nous avons pu diminuer le risque suicidaire.

La mise en place de la TCD, en anticipant les difficultés pouvant survenir lors du vieillissement, doit pouvoir améliorer la qualité de vie des personnes âgées. En les accompagnant, ils pourront identifier leurs émotions et leurs angoisses. L'élaboration de stratégies permettant d'éviter la spirale de la panique devrait limiter le risque suicidaire. La dépression reste le principal élément favorisant l'isolement et la dégradation du niveau de vie de la personne âgée. En intervenant de manière précoce, on peut limiter les entrées dans la démence, les hospitalisations et donc le suicide.

Kafka a écrit : « le bonheur supprime la vieillesse ». Peut-être avait-il trouvé la solution en son temps déjà ...

Références bibliographiques

1. Observatoire national du suicide. Suicide, connaître pour prévenir : Dimensions nationales, locales et associatives [en ligne]. Paris : Ministère des solidarités et de la santé [consultée le 23 Mars 2020]. Mis à jour en Février 2016. Disponible sur http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ons2016_mel_220216.pdf
2. Courtet P, Collectif. Suicides et tentatives de suicide. Paris: Médecine Sciences Publications ; 2010. p. 350
3. Courtet P. Suicidal risk in recurrent depression. *Encephale* 2010 ;36 : S127-31.
4. Garny De La Rivière S, Houinou Ebo B, Naepels B, Segard V, Gueant A, Rey N, et al. Adaptation de la thérapie comportementale dialectique aux adolescents francophones, une expérience pilote auprès d'adolescentes avec dépression et trouble de personnalité limite. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2017 ;65 : 5-13.
5. Durkheim E. Le suicide. Paris : Presses Universitaires de France, 14^e édition ; 2013. p. 463
6. World Health Organization. Prévention du suicide : l'état d'urgence mondiale. Genève : Organisation Mondiale de la Santé 2014 ;1 : 12
7. Silverman MM, Berman AL, Sanddal ND, O'Carroll PW, Joiner TE. Rebuilding the Tower of Babel: A Revised Nomenclature for the Study of Suicide and Suicidal Behaviors Part 2: Suicide-Related Ideations, Communications, and Behaviors. *Suicide Life Threat Behav* 2007 ;37 : 264-77.
8. Beck A, Steer R, Ranieri W. Scale for suicide ideation: Psychometric properties of a self-report version. *J Clin Psychol* 1988 ;44 : 7.
9. Pélicier Y, Le sujet âgé et la mort. *Actualités Psychiatriques* 1986 ;16 : 11-16
10. Fédération Française de Psychiatrie. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Recommandation de bonne pratique. Paris : HAS 2000 ;1 : 6
11. Ministère des Solidarités et de la Santé. [Solidarites-sante.gouv.fr](http://solidarites-sante.gouv.fr) [en ligne]. Paris : Ministère des Solidarités et de la santé [consulté le 04 avril 2020]. Mis à jour le 02 Mars 2018. Disponible sur <https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/loi-relative-a-l-adaptation-de-la-societe-au-vieillesse/article/personnes-agees-les-chiffres-cles>
12. Giordana JY, Roelandt JL, Porteaux C. La Santé Mentale des personnes âgées : Prévalence et représentations des troubles psychiques. *Encephale* 2010 ;36 : S59-64
13. Rangaraj J, Pelissolo A. Anxiety disorders in the elderly : Clinical and therapeutic aspects. *Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2006 ;4 : 179-87
14. Beauvoir de S. La vieillesse .Paris : Gallimard ;1970. p. 440

15. Ministère des Solidarités et de la Santé. Solidarites-sante.gouv.fr [en ligne]. Paris : Ministère des Solidarités et de la santé [consulté le 04 avril 2020]. Mis à jour le 02 Mars 2018. Disponible sur <https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/loi-relative-a-l-adaptation-de-la-societe-au-vieillessement/article/personnes-agees-les-chiffres-cles>
16. Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès [en ligne]. Le Kremlin-Bicêtre : CépiDC , 2016 [consultée le 23 Mars 2020]. Disponible sur <http://cepidc-data.inserm.fr/inserm/html/index2.htm>
17. Laanani M, Ghosn W, Jouglu E, Rey G. Impact of unemployment variations on suicide mortality in Western European countries (2000-2010). *J Epidemiol Community Health* 2015 ;69 : 103-9
18. Cavanagh JTO, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie SM. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychol Med* 2003 ;33 : 395-405.
19. Conwell Y, Thompson C. Suicidal Behavior in Elders. *Psychiatr Clin North Am* 2008 ;31 : 333-56.
20. Institut national d'étude démographique[en ligne]. Aubervilliers : INED[consultée le 23 Mars 2020]. Disponible sur <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/mortalite-cause-deces/esperance-vie/>
21. Observatoire national du suicide. Suicide, État des lieux des connaissances et perspectives de recherche [en ligne]. Paris : Ministère des solidarités et de la santé [consultée le 23 Mars 2020]. Mis à jour en 2014. Disponible sur <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapportons2014-mel.pdf>
22. Mouquet M-C, Bellamy V. Suicides et tentatives de suicide en France. *Études Résultats* 2006 ;488 : 1-8.
23. Canetto SS, Sakinofsky I. The Gender Paradox in Suicide. *Suicide life threat behav* 1998 ;28 : 1-23.
24. Courtet P, Olié E. La douleur sociale au centre des conduites suicidaires. *L'Encéphale* 2019 ;45 : S7-12.
25. Chan-Chee C. Les hospitalisations pour tentative de suicide dans les établissements de soins de courte durée : évolution entre 2008 et 2017. *Bull Epidémiol Hebd.* 2019 ;(3-4) : 48-54.
26. Vaiva G, Plancke L, Ducrocq F, Wiel E. Les appels au SAMU pour tentatives de suicide peuvent-ils être utilisés pour apprécier le nombre de tentatives dans une population. *La presse médicale* 2011 ;40 : 770-2.

27. Santé publique France. Conduites suicidaires. Bulletin de santé publique Gand Est 2019 ;1 : 1-25
28. Wresinski J. Grande pauvreté et précarité économique et sociale. Journal Officiel de la République française 1987 ;6 : 6
29. De Leo D, Burgis S, Bertolote JM, Kerkhof AJFM, Bille-Brahe U. Definitions of Suicidal Behavior : Lessons Learned from the WHO/EURO Multicentre Study. Crisis 2006 ;27 : 4-15.
30. Bresson M, Le lien entre santé mentale et précarité sociale : une fausse évidence. Cahiers internationaux de sociologie 2003 ;115 : 311-26
31. Guelfi JD, Rouillon F. Manuel de psychiatrie (3e édition). Paris : Elsevier-Masson ; 2017
32. Johnson JG, Cohen P, Gould MS, Kasen S, Brown J, Brook JS. Childhood Adversities, Interpersonal Difficulties, and Risk for Suicide Attempts During Late Adolescence and Early Adulthood. Arch Gen Psychiatry 2002 ;59 : 741-9.
33. Gallarda T, Lôo H. Depression and the elderly. Encephale 2009 ;35 : 269-80
34. Fremont P, Epain V. Dépression du sujet âgé. Gérontologie pour le praticien. Paris : Masson ; 2003. p. 104-7
35. Hamilton M. Rating depressive patients. J clin psychiatry 1980.41;21-4
36. Brink TL, Yesavage JA, Lum O, Heersema P, Adey MB, Rose TL. Screening tests for geriatric depression. Clin Gerontol 1982 ;1 : 37-44
37. Montgomery SA, Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. Br J Psychiatry 1979 ;134 : 382-9
38. Kindynis S, Burlacu S, Louville P, Limosin F. Thérapie des schémas du sujet âgé : impact sur la dépression, l'anxiété et les schémas cognitifs typiques. Encephale 2013 ;39 : 393-400.
39. Ancelin ML, Artero S, Beluche I, Besset A, Boulenger JP, Carrière I, et al. Le projet Esprit: une étude longitudinale en population générale des troubles psychiatriques en France chez des sujets de plus de 65 ans. Encephale 2006 ; 32 : 615-21.
40. Conwell Y, Thompson C. Suicidal behavior in elders. Psychiatr Clin North Am 2008 ;31 : 333-56
41. Beck AT, Ward CH, Mendelson M et al. An inventory for measuring depression. Archives of General Psychiatry. 1961 ;4 : 561-71.
42. Belmin J, Frémont P. Revisiter la dépression gériatrique. Neurologie Psychiatrie Gériatrie 2010 ;10 : 103-5.

43. Thomas P, Hazif-Thomas C. Regard sur le trouble panique des personnes âgées. *La revue de Gériatrie* 1998 ; 23 : 507-16.
44. Gauthier J, Bouchard S. Adaptation canadienne-française de la forme révisée du State-Trait Anxiety Inventory de Spielberger. *Can J Behav Sci* 1993 ; 25 :559-78.
45. Conwell Y, Duberstein PR, Caine ED. Risk factors for suicide in later life. *Biol Psychiatry* 2002 ; 52 : 193-204
46. Harwood D, Hawton K, Hope T, Jacoby R. Psychiatric disorder and personality factors associated with suicide in older people : a descriptive and case-control study. *Int J Geriatr Psychiatry* 2001 ; 16 : 155-65.
47. Jaulin P. Conduites addictives du sujet âgé : masque d'une dépression ou issue psychopathologique spécifique ? *Neurologie Psychiatrie Gériatrie* 2008 ; 8:3-8.
48. Ferry M. « Hors d'âge »,Mais pas (encore) « hors d'usage ». *Neurologie Psychiatrie Gériatrie* 2013 ;13 : 1-3
49. Facy F, Debout M, Le Tessier C. Mesures et indicateurs : quelles sont les spécificités en suicidologie ?. Paris : EDK ; 2006. p. 64-86
50. Alexopoulos GS, Meyers BS, Young RC, Kalayam B, Kakuma T, Gabrielle M et al. Executive dysfunction and long-term outcomes of geriatric depression. *Arch Gen Psychiatry*. 2000 ;57 : 285-90
51. Chastang F, Blot S. Les facteurs de risque du suicide. *La revue du praticien*. 2011 ;61 : 181.
52. Gaillard A. Douleur morale, douleur physique : mécanismes neurobiologiques et traitement. *Annales Médico-psychologiques* 2014 ;172 : 104-7
53. Badoux-Levy A, Grygielski V. Le sentiment de solitude. Paris : Le Journal des psychologues ; 2005. p. 233
54. Soullier N. Aider un proche âgé à domicile : la charge ressentie. *Dress : Etudes et résultats* 2012 ; 799 : 1-8
55. Stubbs B, Vancampfort D, Hallgren M, Firth J, Veronese N, Solmi M et al. EPA guidance on physical activity as a treatment for severe mental illness: a meta-review of the evidence and Position Statement. *Eur Psychiatry* 2018 ;54 : 124-44.
56. Lam LC, Ong PA, Dikot Y, Sofiatin Y, Wang H, Zhao M, et al. Intellectual and physical activities, but not social activities, are associated with better global cognition : a multi-site evaluation of the cognition and lifestyle activity study for seniors in Asia (CLASSA). *Age Ageing* 2015 ;44 : 835-40

57. Comité interministériel pour la santé. Priorité prévention, rester en bonne santé tout au long de la vie [en ligne]. Paris : Ministère des solidarités et de la santé [consultée le 23 Mars 2020]. Mis à jour en 2018. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180326-dossier_de_presse_priorite_prevention.pdf
58. Comité Stratégique de la Santé Mentale et de la Psychiatrie. Feuille de route en santé mentale et psychiatrie [en ligne]. Paris : Ministère des solidarités et de la santé [consultée le 23 Mars 2020]. Mis à jour en 2018. Disponible sur https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180628-cp_sante_mentale_et_psychiatrie_ccmp.pdf
59. Vaiva G, Plancke L, Amariei A, Demarty AL, Lardinois M, Creton A, et al. Évolutions du nombre de tentatives de suicide dans le Nord-Pas de Calais depuis l'implantation de Vigilans : premières estimations. *Encéphale* 2019 ;45 : S22-6.
60. Chan-Chee C. Activité des associations de prévention et d'aide à distance en santé dans le domaine de la prévention du suicide. *Bull Epidémiol Hebd* 2019 ;(3-4) : 83-6.
61. Fédération Européenne Vivre son deuil [En ligne]. [consulté le 23 Mars 2020]. Disponible sur: <http://vivresondeuil.asso.fr/>
62. GEPS [En ligne]. [consulté le 23 Mars 2020]. Mis à jour le 5 octobre 2019. Disponible sur: <https://www.geps.asso.fr/index.php>
63. Phillips D. The influence of suggestion on suicide : substantive and theoretical implications of the werther effect. *Am Sociol Rev* 1974 ;39 : 340-54
64. Notredame C-E, Pauwels N, Vaiva G, Danel T, Walter M. Peut-on faire du journaliste un acteur de la prévention du suicide ? *Encephale* 2016 ;42 : 448-52.
65. Papageno Suicide [En ligne]. [consulté le 23 Mars 2020]. Disponible sur: <https://papageno-suicide.com/>
66. Chocard AS, Juan F. Les meurtres suicides, revue de la littérature. *Forensic* 2002 ; 12 : 47-52
67. Clérambault de G. L'homicide altruiste chez les mélancoliques. *Oeuvres Psychiatriques* 1921. Paris : Frénésie ; 1987. p. 668-78.
68. Esquirol JED. Du suicide. Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal 1838. Paris : Frénésie ; 1989. p. 259-331.
69. Gennil-Perrin G. L'Altruisme morbide. *Année Psychol* 2005 ;17 : 233-50
70. Gennil-Perrin G, Vallon C. Crime et Altruisme. *Arch Anthropol Crim* 1913 ;28 : 161-87.
71. Deshaies G. Psychologie du suicide. Bibliothèque de la philosophie contemporaine. Paris : Presses Universitaires de France ; 1947. p. 376

72. Bénézech M. Dépression et crime : Revue de la littérature et observations originales. *Ann Méd Psychol* 1991 ;149 : 150-65
73. Bénézech M, Bourgeois M. L'homicide est fortement corrélé à la dépression et pas à la manie. *Encephale* 1992 ;18 : 89-90.
74. Feltous AR, Hempel A. Combined homicide-Suicides : A Review. *J Forensic Sci* 1995 ;40 : 846-57
75. Biéder J, Callens H. L'homicide altruiste chez les mélancoliques. *Ann Méd Psychol* 2000 ;158 : 703-9
76. Malphurs JE, Eisdorfer C, Cohen D. A comparison of antecedents of homicide-suicide and suicide in older married men. *Am J Geriatr Psychiatry* 2001 ;9 : 49-57.
77. Le Bihan P, Bénézech M. Pactes suicidaires : une revue de la littérature. *Ann Méd Psychol.* 2006 ;164 : 292-303
78. Brown M, Barraclough B. Epidemiology of suicide pacts in England and Wales. *BMJ* 1997 ;315 : 286-7
79. Robertson RG, Montagnini M. Geriatric failure to thrive. *Am Fam Physician* 2004 ;70 : 343-50.
80. Desmidt T. Le syndrome de glissement. *Rev Prat* 2019 ;69 : 80-2
81. Harwood D, Jacoby R. Suicide chez les sujets âgés. *EMC* 2006 ; 1-8 [Article 37-500-A-80].
82. Linehan MM. *DBT Skills Training Manual*. New York : Guilford Press ; 2015. p. 285–94.
83. Fontaine O, Fontaine P. Modèles et principes généraux des TCC. *Guide clinique de thérapie comportementale et cognitive*. Paris : Retz ; 2007. p. 11-49
84. Linehan M. *Manuel d'entraînement aux compétences pour traiter le trouble de personnalité état-limite*. Chêne-Bourg : Médecine et hygiène ; 2000. p. 215
85. Linehan MM, Armstrong HE, Suarez A, Allmon D, Heard HL. Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry* 1991 ;48 : 1060-4
86. Verheul R, Van Den Bosch LMC, Koeter MWJ, De Ridder MAJ, Stijnen T, Van Den Brink W. Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder: 12-month, randomised clinical trial in The Netherlands. *Br J Psychiatry* 2003 ;182 : 135–40
87. Linehan MM, Comtois KA, Murray AM, Brown MZ, Gallop RJ, Heard HL et al. Two-years randomized controlled trial and follow-up of dialectical behaviour therapy vs therapy by experts for suicidal behaviours and borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2006 ;63 :757-66

88. McMain SF, Links PS, Gnam WH, Guimond T, Cardish RJ, Korman L et al. A randomized trial of dialectical behaviour therapy versus general psychiatric management for borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2009 ;166 :1365-74
89. Labelle R, Pouliot L, Janelle A. A systematic review and meta-analysis of cognitive behavioural treatments for suicidal and self-harm behaviours in adolescents. *Can Psychol Adv* 2015 ;56 : 368-78
90. Bohus M, Haaf B, Stiglmayr C, Pohl U, Böhme R, Linehan M. Evaluation of inpatient dialectical-behavioral therapy for borderline personality disorder – a prospective study. *Behav Res Ther* 2000 ;38 : 875–87
91. Miller AL, Rathus JH, Linehan MM. Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents. *J Pract Psychiatry Behav Health* 1997 ;3 : 67–95
92. Trautman PD, Stewart N, Morishima A. Are adolescent suicide attempters noncompliant with outpatient care? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993 ;32 : 89–94
93. Rathus JH, Miller AL. Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents. *Suicide Life Threat Behav* 2002 ;32 : 146–57
94. Fleischhaker C, Böhme R, Sixt B, Brück C, Schneider C, Schulz E. Dialectical behavioral therapy for adolescents (DBT-A): a clinical trial for patients with suicidal and self-injurious behavior and borderline symptoms with a one-year follow-up. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2011 ;5 : 3
95. Woodberry K, Popenoe E. Implementing dialectical behavior therapy with adolescents and their families in a community outpatient clinic. *Cognit Behav Pract* 2008 ;15 : 277–86
96. Janelle A. *Thérapie comportementale dialectique auprès d'adolescents en milieu psychiatrique : étude pilote et étude évaluative*. Montréal (Canada) : Université du Québec ; 2014
97. Labelle R, Janelle A. La thérapie comportementale dialectique de l'adolescent borderline et suicidaire. *Perspect Psy* 2012 ;51 : 374–85
98. Lynch T.R., Morse JQ, Mendelson T, Robins CJ. Dialectical behavior therapy for depressed older adults : a randomized pilot study. *Am J Geriatr Psychiatry* 2003 ;11 : 33-45.
99. Hofmann SG, Gómez AF. Mindfulness-Based Interventions for Anxiety and Depression. *Psychiatr Clin North Am* 2017 ;40 : 739-49
100. Palazzolo J. Les thérapies comportementales et cognitives du sujet âgé : aspects pratiques et spécifiques. *Neurol psychiatr gériatr* 2019

101. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Y et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998; 59 : S22-33
102. Yao SN, Note I, Fanget F, Albuissou E, Bouvard M, Jalenques I et al. Social anxiety in patients with social phobia: validation of the Liebowitz social anxiety scale: the French version. *Encephale* 1999 ;25 : 429-35
103. Ventureyra VAG, Yao SN, Cottraux J, Note I, De Mey-Guillard C. The Validation of the Posttraumatic Stress Disorder Checklist Scale in Posttraumatic Stress Disorder and Non clinical Subjects. *Psychother Psychosom* 2002 ;71 : 47–53
104. Bocquet H, Pous J, Charlet JP, Grand A. Bocquet H, Pons J et al. Measuring the burden for carers of dependent elderly with the Zarit inventory. *Rev Epidemiol Sante Publique* 1996 ;44 : 57-65.
105. Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *Gerontologist* 1980;20 : 649-55.
106. Rasclé N, Bruchon-Schweitzer M, Sarason IG. Short form of Sarason's Social Support Questionnaire: French adaptation and validation. *Psychol Rep* 2005 ;97 : 195-202.
107. Gauthier JG, Bouchard S. Adaptation canadienne-française de la forme révisée du State-Trait Anxiety Inventory de Spielberger. *Revue Canadienne des Sciences du Comportement* 1993 ;25 : 559–78
108. Dan-Glauser ES, Scherer KR. The Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) : Factor Structure and Consistency of a French Translation. *Swiss Journal of Psychology* 2013 ;72 : 5-11
109. Zellner Keller B , Singh NN, Winton AS. Mindfulness-Based Cognitive Approach for Seniors (MBCAS) : Program Development and Implementation. *Mindfulness* 2014 ;5 : 453–59
110. Bouchard S, Gauthier J, Ivers H, Paradis J. Adaptation de l'inventaire d'anxiété situationnelle et de trait d'anxiété aux personnes âgées de 65 ans et plus (IASTA-Y65+). *Can J Aging* 1996 ;15 : 500-13

Annexe 1 : Trouble dépressif caractérisé, DSM-V

A. Au moins cinq des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée de deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.

NB. Ne pas inclure des symptômes qui sont manifestement imputables à une affection générale.

1. Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (sentiment de tristesse ou vide) ou observée par les autres (pleurs).
2. Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours.
3. Perte ou gain de poids significatif(5%) en l'absence de régime, ou diminution ou augmentation de l'appétit tous les jours.
4. Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
5. Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours.
6. Fatigue ou perte d'énergie tous les jours.
7. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).
8. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
9. Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

B. Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

C. Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'une affection médicale générale.

D. L'épisode ne répond pas aux critères du troubles schizoaffectif et ne se superpose pas à une schizophrénie, à un trouble schizophréniforme, à un trouble délirant ou à une autre trouble psychotique.

E. Il n'y a jamais eu d'épisode maniaque ou hypomaniaque.

Annexe 2 : Trouble anxieux, DSM-V:

- A. Attaques de panique inattendues récurrentes. Une attaque de panique est une montée soudaine de peur ou de malaise intense qui atteint un pic en quelques minutes, et durant laquelle quatre (ou plus) des symptômes suivants se produisent :

Remarque : La montée brusque peut se produire à partir d'un état de calme ou d'un état anxieux.

1. Palpitations, battements de cœur ou accélération du rythme cardiaque.
2. Transpiration.
3. Tremblements ou secousses.
4. Sensations d'essoufflement ou d'étouffement.
5. Sensation d'étranglement.
6. Douleur ou gêne thoraciques.
7. Nausées ou gêne abdominale.
8. Sensation de vertige, d'instabilité, d'étourdissement, ou de faiblesse.
9. Frissons ou sensations de chaleur.
10. Paresthésie (engourdissement ou picotement).
11. Déréalisation (sentiment d'irréalité) ou dépersonnalisation (impression d'être détaché de soi).
12. Peur de perdre le contrôle ou de « devenir fou ».
13. Peur de mourir.

Remarque : des symptômes spécifiques à la culture (par exemple, acouphènes, douleur au cou, maux de tête, cris ou pleurs incontrôlables) peuvent être présents. Ces symptômes ne doivent pas compter comme l'un des quatre symptômes nécessaires au diagnostic.

- B. Au moins une des attaques a été suivie d'un mois (ou plus) de l'un ou l'autre de ce qui suit :
1. Préoccupation persistante ou inquiétude concernant de nouvelles attaques de panique et leurs conséquences (par exemple, peur de perdre le contrôle, d'avoir une crise cardiaque, de « devenir fou »).

2. Changement significatif inadapté de comportement lié aux attaques (par exemple, des comportements visant à éviter d'avoir des attaques, comme l'évitement de l'exercice ou des situations peu familières).
- C. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (par exemple, une drogue d'abus, un médicament) ou à une autre condition médicale (par exemple, hyperthyroïdie, troubles cardio-pulmonaires).
 - D. La perturbation n'est pas mieux expliquée par un autre trouble mental (par exemple, les attaques de panique ne se produisent pas seulement en réponse à des situations sociales redoutées, comme dans le trouble d'anxiété sociale ; en réponse à des objets ou des situations phobiques circonscrits, comme dans la phobie spécifique ; en réponse à des obsessions, comme dans le trouble obsessionnel-compulsif : en réponse à des rappels d'événements traumatiques, comme dans le syndrome de stress post-traumatique ; ou en réponse à la séparation d'avec les figures d'attachement, comme dans le trouble d'anxiété de séparation)

Annexe n°3 : Plan sécurité de Mr C.

Stratégie n°1	Lire le journal
Stratégie n°2	Écouter de la musique
Stratégie n°3	Discuter avec sa femme
Stratégie n°4	Appeler sa fille ou son neveu
Stratégie n°5	<u>Appeler le psychiatre : 0344775097</u>
Stratégie n°6	<u>Appeler les urgences psychiatriques : 0344775142</u>
Stratégie n°7	<u>Appeler le Samu : 15</u>

Application de la thérapie comportementale dialectique à une personne avancée en âge à risque suicidaire

Objectif : En France, la létalité par suicide est très importante chez les personnes avancées en âge. La thérapie comportementale dialectique (TCD) a montré son efficacité chez l'adolescent et l'adulte dans la prévention du risque suicidaire. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'application de la TCD à une personne avancée en âge. **Matériel et Méthodes :** Nous avons proposé une prise en charge par TCD à un patient associant des symptômes anxieux et dépressifs, à risque suicidaire. Nous avons évalué les troubles mentaux du patient, le degré d'anxiété et de dépression à l'aide de tests standardisés. Nous avons travaillé sur les 4 modules de TCD comprenant la gestion des émotions, la tolérance à la détresse, les relations interpersonnelles et la mindfulness lors de 12 séances individuelles. **Résultats :** Le patient a été bien compliant à la prise en charge et s'est dit aidé par la thérapie. On a constaté une diminution des scores évaluant l'anxiété ainsi qu'une meilleure gestion des situations négatives. La dépression a été stabilisée avec une diminution du traitement. La TCD a permis au patient de bénéficier d'outils pour lutter contre la crise suicidaire. **Conclusion :** Cette étude a montré que la TCD était applicable à la personne avancée en âge. En prenant en charge de manière personnalisée l'anxiété et la dépression du patient, nous avons pu diminuer le risque suicidaire. La TCD semble intéressante à étendre à l'ensemble des personnes âgées à risque de passage à l'acte.

Mots-clés : suicide, tentative de suicide, prévention, thérapie comportementale dialectique, personne âgée

Objective : In France, suicide lethality is really elevated in the elderly. Dialectical behavior therapy (DBT) is an effective method to prevent adolescents and adults suicide. Study objective was to assess the application of DBT to an elderly person. **Methods :** DBT has been applied to a patient with anxious and depressive symptoms, considered to be at suicidal risk. We assessed patient mental disorder, anxiety and depression using standardized tests. We worked on the 4 DBT modules, including emotion management, distress tolerance, interpersonal relationships and mindfulness in 12 individual sessions. **Results :** The patient was very compliant and felt helped by the therapy. We noticed a decrease in anxiety scores and a better handling of negative situations. Depression was stabilized, with a treatment decrease. With DBT, patient was able to develop tools to prevent suicide crisis. **Conclusion :** This study showed that elderly can benefit from DBT. By individually managing the patient's anxiety and depression, we were able to reduce the suicide risk. Extending DBT to elderly people seems to be an interesting way to reduce suicide lethality.

Keywords : suicide, suicide attempt, prevention, dialectical behaviour therapy, old person