



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2022

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Suicidalité chez la personne âgée atteinte de troubles
neurocognitifs : revue narrative de la littérature**

Présentée et soutenue publiquement le 14/10/2022 à 17h
au Pôle Formation
par **Maxime GUSELLA**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Guillaume VAIVA

Assesseur :

Monsieur le Docteur Eric DIERS

Directeur de thèse :

Madame le Docteur Alice DEMESMAEKER

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Table des matières

Résumé.....	4
I. Introduction	6
A. Épidémiologie du suicide.....	6
1. Épidémiologie du suicide en population générale.....	6
2. Épidémiologie du suicide chez la population âgée	8
B. Définitions autour du suicide	9
1. Conception sociologique et philosophique.....	10
2. Conception médicale	11
3. La tentative de suicide	12
4. Les idées suicidaires	13
5. Suicidé, Suicidant et suicidaire.....	13
C. Définition des différents troubles neurocognitifs	14
1. La Démence d'Alzheimer (AD)	16
2. La Démence Vasculaire (VD)	19
3. La Démence Fronto-temporale (FTD)	20
4. La Démence à corps de Lewy (LBD)	22
5. Autres Démences ou TNC	23
D. Particularités du suicide chez le sujet âgé.....	23
E. Cognition et suicidalité.....	25
II. Matériel et Méthode	26
III. Résultats	30
A. Prévalence des idées suicidaires et conduites suicidaires chez des patients souffrant de démence	30
1. Prévalence des idées suicidaires chez les sujets déments.....	30
2. Comparaison de la prévalence des idées suicidaires à une population témoin	31
3. Comparaison du taux de suicide à une population témoin	31
B. Délai entre l'annonce du diagnostic et la survenue d'un décès par suicide	36
C. Prévalence des idées suicidaires et du suicide en fonction du type de démence	39
1. Prévalence des idées suicidaires.....	39
2. Prévalence du décès par suicide	39
D. Mode opératoire suicidaire chez les patients déments	46
E. Suicide en fonction de l'âge du patient souffrant de démence	49
IV. Discussion.....	52
A. Relation entre démence et conduites suicidaires.....	52
B. Temporalité du diagnostic de démence et suicide	54
C. Influence du type de démence sur le risque suicidaire.....	57
D. Mode opératoire et suicide	59

E.	Suicide en fonction de l'âge du patient dément.....	60
F.	Limites	63
1.	Limites de notre revue	63
2.	Limites des articles inclus.....	64
G.	La dépression comme pilier central et facteur de confusion dans le lien démence-suicide.	67
H.	Perspectives.....	71
V.	Conclusion	72
VI.	Bibliographie	74

Liste des abréviations

- ATCD : Antécédent
- AD : Alzheimer Dementia / Démence d'Alzheimer
- bvFTD : behaviour variant Frontotemporal Dementia / variant comportemental de la démence fronto-temporale
- FTD : Frontotemporal Dementia / Démence fronto-temporale
- LBD : Lewy Body Dementia / Démence à corps de Lewy
- VD : Vascular Dementia / Démence vasculaire
- SD : Semantic Dementia / Démence sémantique
- MD : Mixed Dementia / Démence mixte
- TS : tentative de suicide
- TNC : trouble neurocognitif
- IDS : idées suicidaires
- CS : conduites suicidaires
- SSI : Scale suicide ideation
- CPRS : Comprehensive Psychopathological Rating Scale
- NPI : Neuropsychiatric inventory
- CSDD : Cornell Scale for Depression in Dementia
- HRSD : Hamilton rating scale for depression
- CPRS : Comprehensive Psychopathological Rating Scale
- GMS–AGECAT : Geriatric Mental State–Automated Geriatric Examination for Computer Assisted Taxonomy
- HAS : Haute Autorité de Santé

Résumé

Introduction : Le suicide chez la personne âgée est un réel enjeu de santé publique.

En France, en 2003, on dénombrait 3500 décès par suicide après 60 ans, ce qui représentait un tiers de l'ensemble des suicides. Depuis, ce chiffre est resté sensiblement le même. L'objectif de notre travail est d'étudier la relation entre suicide et troubles neurocognitifs chez la personne âgée.

Méthode : Une revue narrative de la littérature scientifique a été effectuée à partir d'articles rédigés en anglais, à l'aide de la base électronique Pubmed. Les mots clés (MESH) définis étaient « suicide » « dementia » et « elderly ».

Résultats : 17 articles ont ainsi été inclus. On retrouve une prévalence d'idées suicidaires toute démence confondue de 0,9% à 22,5%. Concernant le taux de suicide, les résultats des différentes études divergent pour définir si la démence constitue un facteur de risque ou un facteur protecteur de suicide. Par ailleurs, le taux de suicide est le plus élevé dans les 6 à 12 premiers mois qui suivent le diagnostic de démence, et notamment à un âge entre 65 et 74 ans. Le risque suicidaire est le plus important dans la démence fronto-temporale comparé aux autres démences. Les modes opératoires suicidaires les plus utilisés sont l'arme à feu et l'intoxication médicamenteuse volontaire.

Conclusion : Le lien entre suicide et démence chez la personne âgée ne bénéficie pas d'un consensus dans la littérature scientifique. On identifie cependant une population à risque suicidaire plus élevé. Il s'agit d'une population ayant eu un diagnostic récent

de trouble neurocognitif, à un âge autour de 65 ans, et notamment lorsqu'il s'agit d'une démence fronto-temporale.

I. Introduction

« Il n'y a qu'un problème philosophique vraiment sérieux : c'est le suicide. Juger que la vie vaut ou ne vaut pas la peine d'être vécue, c'est répondre à la question fondamentale de la philosophie. »

Albert Camus

A. Épidémiologie du suicide

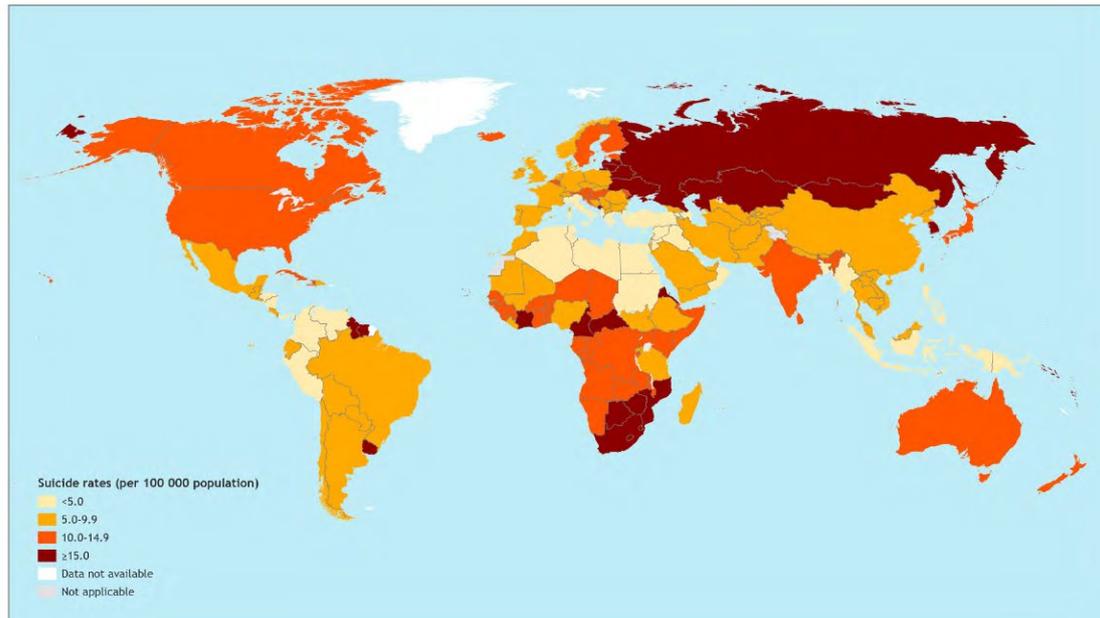
1. Épidémiologie du suicide en population générale

Le suicide est un réel enjeu de santé publique. Selon l'OMS, on dénombre environ un million de personnes qui décèdent par suicide chaque année, dans le monde, et environ 20 fois plus de tentatives de suicide (TS). (1–3)

En 2019, on estime que 703 000 personnes sont mortes par suicide. Le taux de suicide mondial normalisé selon l'âge était de 9,0 pour 100 000 habitants pour 2019. Les taux variaient selon les pays, allant de moins de deux décès par suicide pour 100 000 habitants à plus de 80 pour 100 000 (figure 1). (4)

Figure 1. Taux de suicide (pour 100 000 habitants), en 2019, dans le monde

Figure 1. Age-standardized suicide rates (per 100 000 population), both sexes, 2019



Source: WHO Global Health Estimates 2000-2019

En France, d'après l'union nationale prévention suicide, environ 9 000 personnes se suicident chaque année, cela représente 25 décès par suicide chaque jour sur 685 TS quotidiennes recensées.

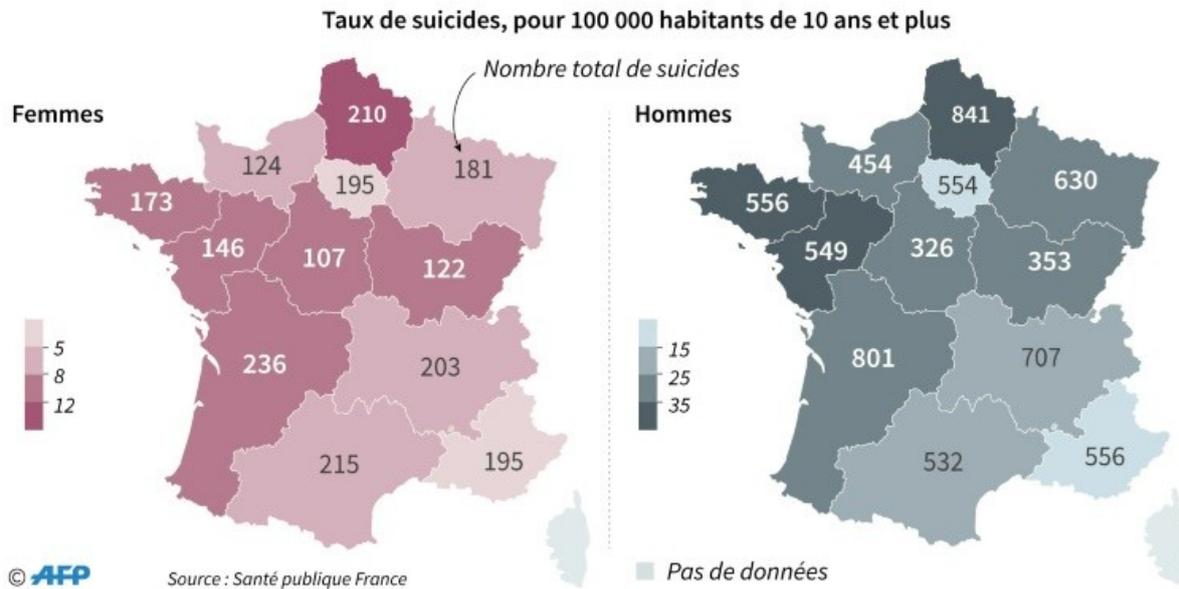
La France avec 18 suicides pour 100 000 habitants, se place parmi les pays européens à taux de suicide les plus élevés après la Finlande, la Belgique et la plupart des pays de l'Est.

On note qu'en France métropolitaine, les taux standardisés de décès par suicide varient par région avec des taux plus élevés en Bretagne, en Basse-Normandie, Hauts-de France, Picardie et Limousin. (Cf. Figure 2) (3)

Figure 2. Taux de suicide (pour 100 000 habitants), en 2015, en France

Les suicides en France en 2015

8 948 décès par suicide en France métropolitaine



2. Épidémiologie du suicide chez la population âgée

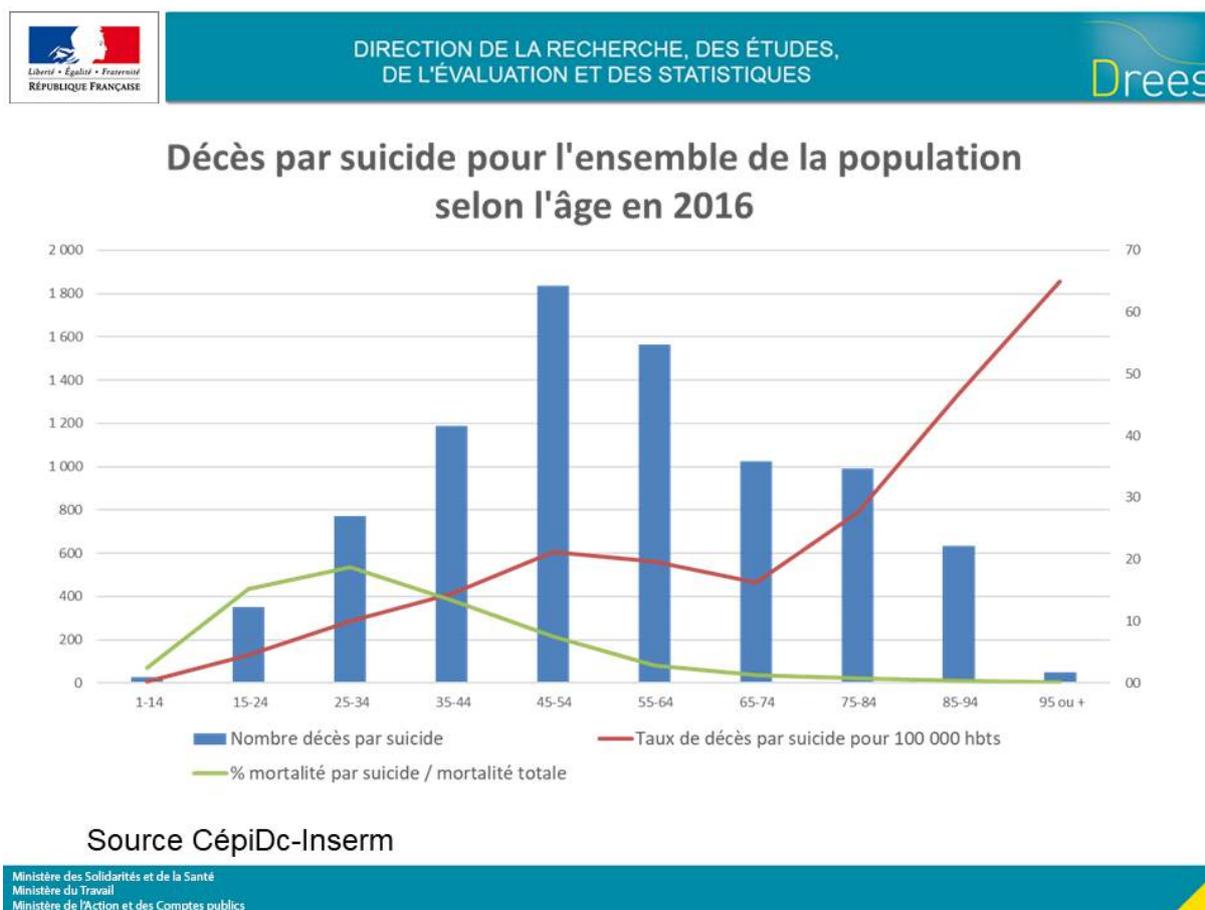
A l'échelle mondiale, selon l'organisation mondiale de la santé, les taux moyens de suicide des personnes âgées de 65 ans et plus sont pour les hommes de 29,3 (0 à 161) pour 100 000 habitants, et pour les femmes de 5 (0 à 71) pour 100 000 habitants. (5)

En France, malgré une espérance de vie qui augmente, on observe que le suicide se montre également fréquent chez les sujets âgés de plus de 65 ans.

La France fait partie des pays industrialisés les plus concernés par ce phénomène. On compte 30 % des décès par suicide chez le sujet vieillissant, soit 3000 à 4000 sur les 11 000 décès par suicide enregistrés chaque année. (6)

La fréquence des TS est élevée chez le sujet jeune et décroît progressivement. (7) Par contre, le taux de suicide s'accroît entre 15 et 50 ans, décroît ensuite jusqu'à 65 ans, puis s'accroît à nouveau de manière beaucoup plus nette pour atteindre son niveau maximal après 85 ans (2) (Cf. Figure 3).

Figure 3. Décès par suicide selon l'âge en 2016, en France



B. Définitions autour du suicide

La définition du suicide a été soumise à de nombreux changements au cours de notre temps. L'origine du mot n'est pas si ancienne puisqu'elle apparaît au XVIII^e siècle sous la plume de l'abbé Prévost dans son journal « Le Pour et le Contre ». Le terme vient

du latin Sui : soi et Caedere. : tuer. L'abbé Desfontaines (1737) puis Voltaire le définiront par le « meurtre de soi-même ».

Néanmoins, le sens du terme reste ambiguë lorsqu'il s'agit d'aborder l'intentionnalité autodestructrice, l'état de conscience du sujet, l'ambivalence dans le désir de mourir et les incertitudes suite au décès (3). C'est pourquoi, ce concept s'est confronté à la lecture des philosophes, des sociologues et autres experts en sciences humaines et médicales.

1. Conception sociologique et philosophique

Lorsque Emile Durkheim rédige sa thèse en 1897 sur le concept du suicide, il définit le suicide comme « 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 »

Le sociologue distingue plusieurs types de suicide (8) :

- Les suicides « altruistes » correspondent à une société particulièrement structurée, hiérarchisée, accordant peu de liberté à ses membres, sinon celle de se sacrifier pour elle le cas échéant.
- Les suicides « égoïstes » sont ceux commis dans le cadre de sociétés tolérantes où l'individualisme est favorisé.
- Les suicides « anomiques » opèrent dans des moments de crise sociale, où des valeurs antérieurement vécues comme solides volent en éclat.
- Les suicides « fatalistes » s'effectuent lorsque l'individu a le sentiment qu'il n'a plus d'avenir possible, que la situation est sans issue, voir totalement injuste.

On peut ajouter que son élève Maurice Halbwach a particulièrement bien saisi la pensée de son maître à savoir le rôle déterminant de la relation entre les humains et la nécessité vitale d'appartenance, d'être intégré afin de se sentir exister. (9)

Sur un plan plus philosophique, deux conceptions antagonistes existent depuis très longtemps : la condamnation ou la justification. D'un côté, des philosophes condamnant le suicide : il s'agit historiquement de Platon et d'Aristote, puis de Saint Augustin au Ve siècle et de Thomas d'Aquin au XIIIe siècle. D'un autre côté, les stoïciens reconnaissent le suicide comme un acte libre, sauvegardant ou manifestant la dignité de l'homme, avec l'idée d'un homme maître de sa vie et de sa mort. (10)

Plus récemment, on peut citer Camus dans le mythe de Sisyphe, qui remettra cette notion au centre du débat philosophique en définissant le suicide comme « l'unique problème philosophique » avec la tentation d'en faire une solution face à l'absurde.

2. Conception médicale

Le suicide est l'acte délibéré de mettre fin à sa propre vie. (11)

Il peut être représenté comme le continuum allant des idées suicidaires vers l'acte suicidaire en tant que tel, qui inclut la tentative de suicide et la mort par suicide.

Parfois, on parle de suicidalité. Ce terme connaît plusieurs définitions selon que l'on aborde ce concept sous l'angle cognitif (idéation suicidaire) ou comportemental (conduite suicidaire).

Selon la Stratégie nationale de prévention du suicide (2001), la suicidalité est « un terme qui inclut pensées suicidaires, idéations, plans, tentatives de suicide et suicide accompli ». (2)

3. La tentative de suicide

La tentative de suicide est un comportement auto-infligé avec intention de mourir sans issue fatale. (11)

Il a fallu attendre la parution du DSM 5 pour que la TS fasse son apparition dans une classification internationale sous le terme de « conduite suicidaire » et soit considéré comme un diagnostic médical à part entière, parmi tous les troubles psychopathologiques. (12)

Les Critères proposés sont les suivants :

A. Au cours des 24 derniers mois, le sujet a fait une tentative de suicide.

N.B. : Une tentative de suicide est une séquence de comportements initiés par un individu qui, au moment de l'initiation, s'attend à ce que cet ensemble d'actions conduise à sa propre mort. (Le « moment de l'initiation » est l'instant où le comportement se manifeste par l'utilisation d'un moyen).

B. L'acte ne satisfait pas aux critères des lésions auto-infligées non suicidaires, c'est-à-dire, ne concerne pas les blessures auto-infligées à la surface du corps réalisées pour soulager des émotions/états cognitifs négatifs ou pour atteindre un état émotionnel positif.

C. Le diagnostic ne s'applique pas aux idéations suicidaires ni aux actes préparatoires.

D. L'acte n'a pas été initié au cours d'un état confusionnel ou d'un delirium.

E. L'acte n'a pas été entrepris uniquement dans un but politique ou religieux.

Spécifier si :

Actuel : Moins de 12 mois depuis la dernière tentative.

En rémission précoce : 12-24 mois depuis la dernière tentative.

4. Les idées suicidaires

Les idées suicidaires correspondent à des pensées englobant le désir et la méthode de se donner la mort.

Elles constituent un continuum allant des idées morbides, vagues et floues jusqu'à une planification élevée avec un scénario établi. (11)

5. Suicidé, Suicidant et suicidaire

La personne « suicidée » est l'individu qui s'est donné la mort volontairement.

La personne « suicidante » désigne l'individu qui survit à sa tentative de suicide.

Le terme « suicidaire » qualifie un individu, une pensée, un processus, une crise, un risque ou un acte, lorsque la mort est appréhendée par l'individu comme seule solution à une situation donnée. (11)

Figure 4. Définitions des conduites suicidaires (suicide, tentatives de suicide et idées suicidaires) et termes utilisés pour définir les personnes concernées (13)

Conduites suicidaires		
Suicide	Geste mortel abouti	Suicidé
Tentative de suicide	Geste non mortel	Suicidant
Idées suicidaires	Pas de passage à l'acte	Suicidaire

C. Définition des différents troubles neurocognitifs

La personne âgée est soumise à des modifications physiologiques et biologiques au cours du temps. Certaines de ses fonctions notamment cognitives peuvent être touchées par ces modifications.

Dans le DSM V, les troubles neurocognitifs (TNC) (anciennement appelés dans le DSM-IV « Démence, delirium, troubles amnésiques et autres troubles cognitifs »), commencent par l'état confusionnel suivi des syndromes de TNC léger, TNC majeur et leur sous types étiologiques. (12)

Les sous types de TNC léger ou majeur sont :

- le TNC lié à la maladie d'Alzheimer,
- le TNC vasculaire,
- le TNC avec corps de Lewy,
- le TNC dû à la maladie de Parkinson,
- le TNC fronto temporal,
- le TNC dû à une lésion cérébrale traumatique,
- le TNC dû à une infection VIH,
- le TNC dû à l'utilisation d'une substance ou d'un médicament,
- le TNC dû à la maladie de Huntington,
- le TNC dû à une maladie à prions,
- le TNC dû à une autre affection médicale,
- le TNC dû à des étiologies multiples,
- le TNC non spécifié.

Le déficit clinique initial commun à tous ces troubles concerne les fonctions cognitives. Bien que l'usage du terme démence ne soit pas exclu dans les sous-types étiologiques, la démence renvoie à l'entité nouvellement nommée TNC majeur. Le DSM-V reconnaît un déficit cognitif d'un moindre degré de sévérité, le TNC léger, qui correspondait au « trouble cognitif non spécifié » dans le DSM-IV.

Selon le DSM-V le diagnostic de trouble neurocognitif majeur se pose en fonction de plusieurs critères :

A. Preuves d'un déclin cognitif significatif par rapport à un niveau antérieur de fonctionnement dans un ou plusieurs domaines cognitifs (attention complexe, fonctions exécutives, apprentissage et mémorisation, langage, activités perceptivo motrices ou cognition sociale) reposant sur :

1. Une préoccupation du sujet, d'un informant fiable, ou du clinicien concernant un déclin significatif du fonctionnement cognitif ; et
2. Une altération importante des performances cognitives, idéalement documentée par un bilan neuropsychologique standardisé ou, à défaut, par une évaluation clinique quantifiée.

B. Les déficits cognitifs interfèrent avec l'autonomie dans les actes du quotidien (c'est-à-dire tout au moins une aide nécessaire dans les activités instrumentales complexes de la vie quotidienne comme payer ses factures ou gérer la prise de ses médicaments).

C. Les déficits cognitifs ne surviennent pas exclusivement dans le contexte d'un état confusionnel (delirium).

D. Les altérations cognitives ne sont pas mieux expliquées par un autre trouble mental (par exemple un trouble dépressif caractérisé, une schizophrénie).

Concernant le trouble neurocognitif léger, les critères diagnostiques sont les suivants :

A. Preuves d'un déclin cognitif modeste par rapport à un niveau antérieur de fonctionnement dans un ou plusieurs domaines cognitifs (attention complexe, fonctions exécutives, apprentissage et mémorisation, langage, activités perceptivo motrices ou cognition sociale) reposant sur :

1. Une préoccupation du sujet, d'un informant fiable ou du clinicien concernant un léger déclin du fonctionnement cognitif ; et
2. Une altération modeste des performances cognitives, idéalement documentée par un bilan neuropsychologique standardisé ou, à défaut, par une évaluation clinique quantifiée.

B. Les déficits cognitifs n'interfèrent pas avec les capacités d'autonomie dans les actes du quotidien (c'est à dire que les activités instrumentales complexes de la vie quotidienne comme payer ses factures ou gérer la prise de ses médicaments sont préservées mais un plus grand effort, des stratégies compensatoires ou un aménagement peuvent être nécessaires).

C. Les déficits cognitifs ne doivent pas survenir exclusivement dans le contexte d'un état confusionnel (delirium).

D. Les déficits cognitifs ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental (par exemple un trouble dépressif caractérisé, une schizophrénie).

(12)

1. La Démence d'Alzheimer (AD)

La maladie d'Alzheimer touche environ 1 000 000 personnes en France. Il s'agit de la première cause de démence. Elle représente 70 à 90% des démences.

Elle est caractérisée par 3 anomalies biologiques : (14)

- L'accumulation anormale de protéines bêta-amyloïde en amas extracellulaire (plaque amyloïde).
- L'accumulation anormale dans les prolongements neuronaux de protéines tau anormalement phosphorylées formant les dégénérescences neuro fibrillaires.
- Une perte neuronale et synaptique conduisant à l'atrophie des régions affectées.

Les critères diagnostiques de trouble neurocognitif majeur ou léger dû à la maladie d'Alzheimer sont les suivants :

A. Les critères d'un trouble neurocognitif majeur ou léger sont remplis.

B. Il y a un début insidieux et une progression graduelle d'une altération dans un ou plusieurs domaines cognitifs (pour le trouble neurocognitif majeur, au moins deux domaines doivent être altérés).

C. Les critères de maladie d'Alzheimer soit probable, soit possible, sont remplis comme suit :

Pour le trouble neurocognitif majeur :

Une maladie d'Alzheimer probable est diagnostiquée si l'un des éléments suivants est présent ; sinon une maladie d'Alzheimer possible sera le diagnostic retenu.

1. Mutation génétique responsable de cette maladie mise en évidence par les antécédents familiaux ou par un test génétique.
2. Les 3 autres critères suivants sont présents, à savoir :
 - La présence évidente d'un déclin se manifestant dans la mémoire, l'apprentissage et dans au moins un autre domaine cognitif.

- Le déclin constant progressif et graduel des fonctions cognitives sans plateaux prolongés.
- L'absence d'étiologie mixte.

Pour le trouble neurocognitif léger :

- Une maladie d'Alzheimer probable est diagnostiquée si une mutation génétique responsable de la maladie d'Alzheimer est mise en évidence par les antécédents familiaux ou par un test génétique.
- Une maladie d'Alzheimer possible est diagnostiquée si aucune mutation génétique responsable de la maladie d'Alzheimer n'est mise en évidence par les antécédents familiaux ou par un test génétique et si les trois critères suivants sont présents :

1. Présence évidente d'un déclin de la mémoire et de l'apprentissage.

2. Déclin constant, progressif et graduel des fonctions cognitives sans plateaux prolongés.

3. Absence d'étiologies mixtes (c'est à dire absence d'une autre maladie neurodégénérative ou cérébrovasculaire, ou d'une autre maladie neurologique ou systémique, ou de toute autre affection pouvant contribuer au déclin cognitif).

D. La perturbation ne peut pas être mieux expliquée par une maladie cérébrovasculaire, une autre maladie neurodégénérative, les effets d'une substance toxique ou médicamenteuse, ou un autre trouble mental, neurologique ou systémique.

(12)

2. La Démence Vasculaire (VD)

Il s'agit de la 2e cause la plus fréquente de troubles neuro cognitifs après la maladie d'Alzheimer.

Dans les 3 mois suivant un accident vasculaire cérébral, 20 à 30% des sujets ont un diagnostic de démence.

Les critères diagnostiques sont les suivants :

- A. Les critères du trouble neurocognitif majeur où léger doivent être remplis.
- B. Les caractéristiques cliniques sont compatibles avec une étiologie vasculaire c'est à dire :
 - soit par la survenue de déficits cognitifs en relation temporelle avec un ou plusieurs accidents cérébrovasculaires.
 - soit la mise en évidence d'un déclin notable de l'attention complexe et des fonctions exécutives frontales.
- C. Mise en évidence d'après les antécédents, l'examen clinique et la neuro imagerie de la présence d'une maladie cérébrovasculaire considérée comme suffisante pour expliquer les déficits neuro cognitifs.
- D. Les symptômes ne sont pas mieux expliqués par une autre maladie cérébrale ou un trouble systémique.

Le diagnostic sera probable si l'un des éléments suivants est présent :

- les critères cliniques sont étayés par la mise en évidence en neuro-imagerie d'une atteinte parenchymateuse imputable à une maladie cérébrovasculaire.
- le syndrome neurocognitif est en relation temporelle avec un ou plusieurs accidents cérébraux vasculaires avérés.

- la maladie cérébrovasculaire est mise en évidence à la fois sur le plan clinique et génétique.

(12)

3. La Démence Fronto-temporale (FTD)

Le trouble neurocognitif fronto-temporal majeur ou léger est une cause fréquente de troubles neuro cognitifs à début précoce chez les sujets de moins de 65 ans.

Pour poser le diagnostic, les critères sont les suivants,

A. Les critères d'un trouble neurocognitif majeur ou léger sont remplis.

B. Le trouble a un début insidieux et une progression graduelle.

C. Le trouble présente soit une variante comportementale, soit une variante verbale.

- La variante comportementale se compose de trois ou plus des symptômes comportementaux suivants :
 - Une désinhibition comportementale
 - Une apathie ou inertie
 - Une perte des capacités de sympathie ou d'empathie à l'égard d'autrui
 - Un comportement persévérant stéréotypé ou compulsif ritualisé
 - Une hyperoralité et modification des comportements alimentaires
- En ce qui concerne la variante verbale, il s'agit d'un important déclin des habilités langagières sous la forme d'un appauvrissement du discours, d'un manque de mots, de difficultés dans la dénomination des objets, le respect des règles grammaticales ou la compréhension des mots.

D. Les fonctions d'apprentissage de mémoire et les fonctions perceptives motrices sont relativement préservées

E. La perturbation n'est pas mieux expliquée par une maladie cérébrovasculaire, une autre maladie neurodégénérative, les effets d'une substance toxique ou médicamenteuse ou un autre trouble mental, neurologique ou systémique.

Le diagnostic sera probable si on met en évidence une mutation génétique responsable d'un trouble cognitif fronto-temporale par des antécédents familiaux ou par un test génétique ; ou en mettant en évidence par la neuro-imagerie une atteinte disproportionnée des lobes frontaux ou temporaux.

Le trouble neurocognitif majeur ou léger fronto-temporal comprend deux principales formes syndromiques : la forme comportementale et la forme aphasique. Chacune présente des profils distincts d'atrophie cérébrale et une neuropathologie différente.

Les sujets avec un TNC fronto-temporal majeur ou léger de forme comportementale présentent à des degrés divers une apathie et une désinhibition. Ils peuvent présenter une perte d'intérêt dans les relations sociales, dans les soins personnels et les responsabilités, ou développer des conduites sociales inappropriées.

Les sujets avec un TNC fronto-temporal majeur ou léger de forme aphasique présentent une aphasie progressive primaire de début graduel avec trois sous-types communément décrits : une forme sémantique, une forme agrammatique ou non fluente et une forme logopénique ; chacun de ces sous types ayant des caractéristiques distinctes et une neuropathologie correspondante. (12)

4. La Démence à corps de Lewy (LBD)

Pour poser le diagnostic de démence à corps de Lewy, les critères sont les suivants :

A. Les critères d'un trouble neurocognitif majeur ou léger sont remplis.

B. Le trouble a un début insidieux et une progression graduelle.

C. Le trouble comporte une combinaison de caractéristiques diagnostiques cardinales et évocatrices pour un trouble neurocognitif avec corps de Lewy probable ou possible.

Pour un trouble neurocognitif majeur ou léger probable avec corps de Lewy, la personne présente deux caractéristiques diagnostiques cardinales, ou une caractéristique diagnostique évocatrice avec une ou plusieurs caractéristiques cardinales.

Pour un trouble neurocognitif majeur ou léger possible avec corps de Lewy, la personne présente seulement une caractéristique diagnostique cardinale, ou une ou plusieurs caractéristiques diagnostiques évocatrices.

Les caractéristiques cardinales sont :

- Des fluctuations du fonctionnement cognitif avec des variations prononcées de l'attention et de la vigilance.
- Des hallucinations visuelles répétées bien construites et détaillées.
- Des signes spontanés de syndrome parkinsonien avec un début subséquent au développement de l'atteinte cognitive.

Les caractéristiques diagnostiques évocatrices :

- Les critères du trouble du comportement en sommeil paradoxal sont remplis.
- Une hypersensibilité sévère aux neuroleptiques.

D. La perturbation n'est pas mieux expliquée par une maladie cérébrovasculaire, une autre maladie neurodégénérative, les effets d'une substance toxique ou médicamenteuse ou un autre trouble mental, neurologique ou systémique. (12)

5. Autres Démences ou TNC

Les autres étiologies de TNC (traumatique, médicamenteuse, toxique, VIH, maladie à prions, maladie de Parkinson, maladie de Huntington ou autre affection médicale) ne seront pas développées dans cet exposé.

D. Particularités du suicide chez le sujet âgé

En préambule, et selon l'OMS, nous retiendrons le critère d'âge 65 ans et plus pour définir le sujet âgé.

Au cours du vieillissement, les traits de caractère peuvent se modifier. Le sujet âgé peut rencontrer des difficultés à se tourner vers les autres, ou avoir des changements d'affect à type d'apathie. (2) (3)

Comme décrit précédemment, on note une surmortalité par suicide liée à l'âge dont les raisons restent encore mal comprises. C'est pourquoi, plusieurs revues de la littérature ont tenté de faire la synthèse des facteurs de risque de conduites suicidaires chez la personne âgée (5).

Parmi ceux-ci, on retrouve la dépression sévère. Elle est plus fréquemment retrouvée que chez les sujets jeunes et correspond au trouble psychiatrique le plus fortement associé au suicide (60 à 90 % des cas) et aux TS des personnes âgées.

Les troubles anxieux et addictifs en lien avec un mésusage d'alcool (30 % des cas des suicidés âgés) majorent également le risque de décès par suicide chez le sujet âgé.

On note que l'isolement social et la maladie somatique, notamment lorsqu'elle entraîne douleur et handicap, participent également au risque de conduites suicidaires à cet âge de la vie.

Contrairement au sujet jeune où l'antécédent de TS est le facteur clinique le plus prédictif de récurrence, on retrouve rarement un antécédent de conduite suicidaire chez la personne âgée suicidant ou suicidée. Dans 75% des cas, on ne retrouve pas d'antécédent de tentative de suicide chez le suicidé âgé.

D'autre part, on observe une incidence du taux de suicide qui augmente avec l'âge, alors que le taux de TS décroît. En France, en 2003, on dénombrait 3500 décès par suicide après 60 ans, ce qui représentait un tiers de l'ensemble des suicides. Depuis ce chiffre est resté sensiblement le même.

En effet, le ratio tentative de suicide/suicide est de 4/1 chez les personnes âgées versus 200/1 chez les personnes de moins de 25 ans. Cela s'explique par une intentionnalité suicidaire plus élevée avec l'utilisation de moyens plus létaux chez cette population âgée souvent plus fragile sur le plan somatique. (6)

Par ailleurs, on note une différence entre les genres humains avec un ratio de 1,2 tentative de suicide pour 1 suicide abouti chez l'homme âgé contre 3,3 tentatives pour 1 suicide chez la femme du même âge. (2)

E. Cognition et suicidalité

Si l'on met de côté les facteurs de risque de conduites suicidaires et les propriétés propres aux personnes âgées, il existe des facteurs cognitifs qui semblent jouer un rôle dans les conduites suicidaires pour cette population.

Des études cérébrales post mortem ou d'imagerie in vivo ont émis l'hypothèse que la vulnérabilité suicidaire pourrait résulter d'une plus grande sensibilité des régions préfrontales lors du vieillissement. Le vieillissement cérébral physiologique s'accompagne d'une atteinte initiale des structures du cortex préfrontal d'abord dorsolatéral puis ventromédian. Les modifications neuroanatomiques sont plus importantes au niveau du cortex frontal avec une réduction du volume cérébral de 10% dans cette région contre 1 % dans les autres régions.

L'atrophie cérébrale au cours du vieillissement affecte les circuits fronto-striato-pallido-thalamo-frontaux connectant le cortex frontal aux noyaux gris centraux ; ces boucles jouant un rôle central dans la régulation des comportements, des émotions et des fonctions cognitives complexes. (15)

C'est pourquoi, de nombreux modèles cognitifs ont été proposés au cours des dernières décennies, en représentant le processus suicidaire comme une succession de déficits cognitifs. (2)

Néanmoins, le rôle de la démence comme facteur de risque de suicide reste encore mal compris. (6)

Il semble pertinent de s'interroger sur une association entre démence et suicide chez la population âgée, d'autant que l'espérance de vie grandit et que la proportion de patients atteints de démence augmente en parallèle. Selon l'INSERM, la démence d'Alzheimer touche 2 à 4% de la population après 65 ans et atteint 15% à 80 ans. (16)

Par une étude de la littérature, l'objectif principal de ce travail est de montrer si une association existe entre démence et suicide chez la personne âgée. Les objectifs secondaires sont :

- D'identifier la période à laquelle la prévalence d'idées suicidaires et le taux de suicide sont les plus élevés dans la démence.
- Déterminer le type de démence où le risque suicidaire est le plus élevé.
- Distinguer le mode opératoire le plus utilisé par les patients souffrant de démence, pour se suicider.
- Déterminer l'âge auquel le risque suicidaire est le plus important chez le patient atteint de démence.

II. Matériel et Méthode

Une revue narrative de littérature scientifique a été effectuée à partir d'articles rédigés en anglais, à l'aide de la base électronique Pubmed. Les mots clés (MESH) définis étaient « suicide », « dementia » et « elderly ». De plus, nous avons également étudié les articles cités dans ceux sélectionnés afin d'identifier toute autre étude pertinente. (résultats additionnels) (voir Figure 5)

Les critères d'inclusion étaient :

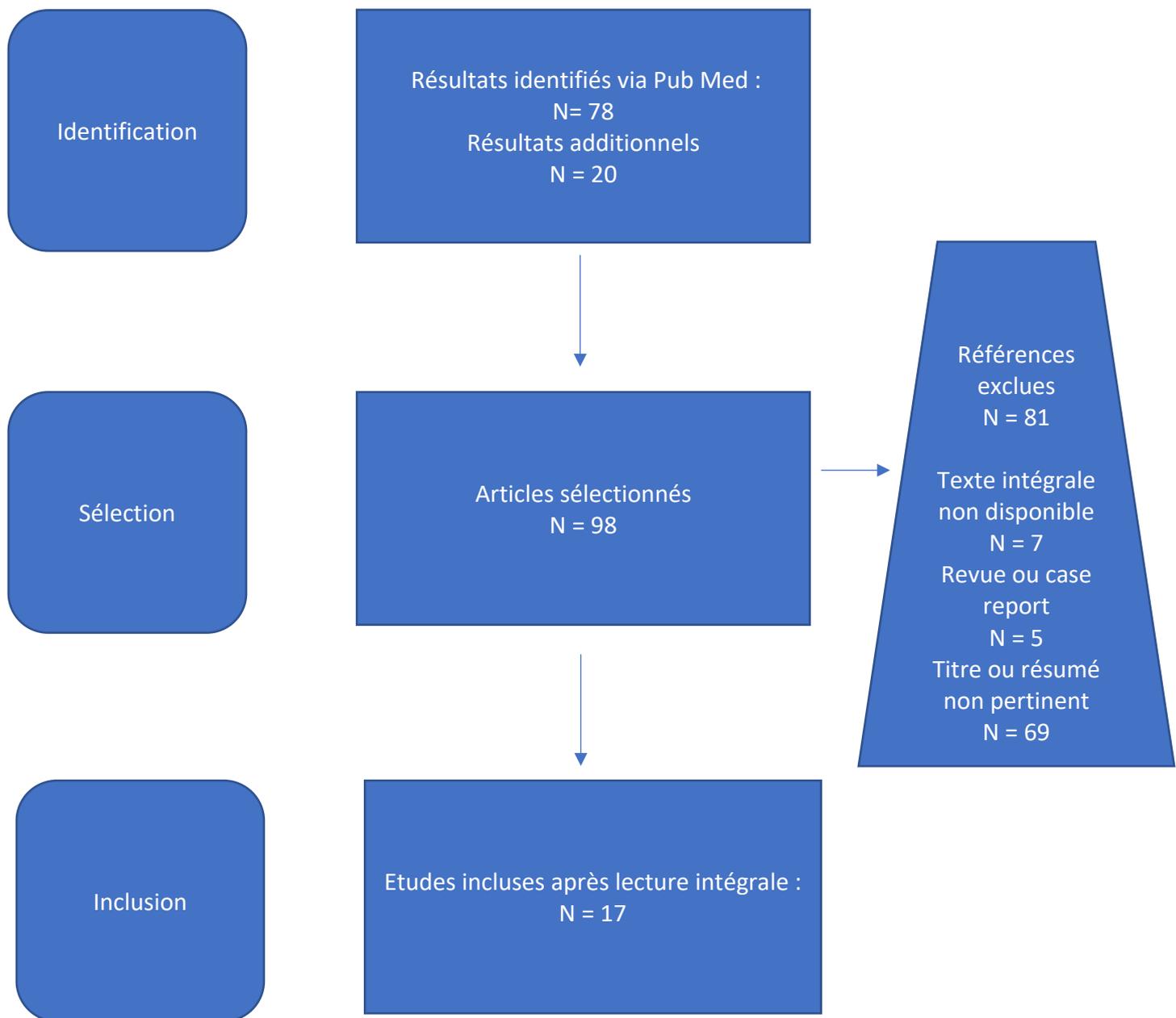
- Type d'article : étude de cohorte et étude cas témoins
- Sans limite de date
- Articles en anglais ou en français
- Population âgée de plus de 50 ans souffrant de démence (Alzheimer, vasculaire, fronto-temporale ou à corps de Lewy) qui ont des idées suicidaires et/ou des conduites suicidaires.

La pertinence des articles identifiés à partir de la recherche a été déterminée grâce à une analyse de leur titre et résumé.

Les critères d'exclusion étaient les suivants. :

- Population ayant une altération d'une ou plusieurs fonctions cognitives non liée à la démence
- Population souffrant de pathologies neurologiques non associés à un trouble neurocognitif
- Population souffrant d'une démence autre que liée à une maladie d'Alzheimer, vasculaire, fronto-temporale ou à corps de Lewy
- Population ayant recours au suicide assisté

Figure 5. Diagramme de Flux



Dans ces différents articles étudiés, il s'agissait :

- D'évaluer la prévalence des idées suicidaires et conduites suicidaires chez des patients ayant un diagnostic de démence.
- D'identifier certaines caractéristiques cliniques des patients atteints de démences qui se suicident.
- De comparer le risque suicidaire en fonction du type de démence.

Au total, 17 articles ont été sélectionnés pour répondre aux objectifs donnés.

Figure 6. Listes des articles sélectionnés dans cette revue.

Erlangsen et al 2008	Hospital-Diagnosed Dementia and Suicide: A Longitudinal Study Using Prospective, Nationwide Register Data
Borges et al 2015	Suicide ideation, dementia and mental disorders among a community sample of older people in Mexico
Koyama et al 2015	Suicidal ideation and related factors among dementia patients
Holmstrand et al 2021	Associated factors of suicidal ideation among older persons with dementia living at home in eight European countries
Draper et al 1998	Suicidal ideation and the 'wish to die' in dementia patients: the role of depression
Forsell et al 1997	Suicidal thoughts and associated factors in an elderly population
Moretti et al 2006	Behavioral Alterations and Vascular Dementia
Zucca et al 2019	High Risk of Suicide in Behavioral Variant Frontotemporal Dementia
Lawrence et al 2000	Suicide and attempted suicide among older adults in Western Australia
Annor et al 2019	Suicide Among Persons with Dementia, Georgia, 2013 to 2016
Seyfried et al 2011	Predictors of suicide in patients with dementia
Schmutte et al 2022	Suicide risk in first year after dementia diagnosis in older adults
Purandare et al 2009	Suicide in dementia: 9-year national clinical survey in England and Wales (2009)

Lai et al 2018	High Occurrence of Psychiatric Disorders and Suicidal Behavior Across Dementia Subtypes
Sabodash et al 2013	Suicidal Behavior in Dementia: A Special Risk in Semantic Dementia
Korhonen et al 2020	Comparison of Prodromal Symptoms of Patients with Behavioral Variant Frontotemporal Dementia and Alzheimer Disease

III. Résultats

A. Prévalence des idées suicidaires et conduites suicidaires chez des patients souffrant de démence

1. Prévalence des idées suicidaires chez les sujets déments

Dans les 6 études sélectionnées (17–22) sont évaluées la prévalence des idées suicidaires chez des patients atteints de démence.

Une étude s’est intéressée exclusivement à la démence vasculaire, (21) une deuxième à la démence fronto-temporale (22) et les 4 autres (17–20) n’ont pas précisé le type de démence concernée.

Lorsque l’on fait la synthèse des 6 études, on retrouve une prévalence d’idées suicidaires toute démence confondue de 0,9% à 22,5%. Cette prévalence pour la démence vasculaire est de 6 à 12% et pour la forme comportementale de la démence fronto-temporale de 40%.

2. Comparaison de la prévalence des idées suicidaires à une population témoin

La prévalence des idées suicidaires dans une population de patients souffrant de démence a été comparée à une population témoin dans deux études, l'une mexicaine (23) , l'autre australienne (24). Toutes les deux retrouvaient une augmentation de cette prévalence chez les patients déments. L'étude réalisée au Mexique (23) a mis en évidence de manière significative 1,8 fois plus d'idées suicidaires chez les patients déments comparativement aux patients non déments.

Par contre, l'étude australienne de Jorm et al (24) retrouvait un odd ratio non significativement plus élevé d'idées suicidaires chez les patients atteints de troubles cognitifs, par rapport à ceux non atteints.

3. Comparaison du taux de suicide à une population témoin

Par ailleurs, 2 autres études ont comparé le taux de suicide entre les patients déments et non déments avec des résultats divergents. Dans l'étude australienne menée par Lawrence et al (25) sur une population de plus de 60 ans, on retrouve un taux de suicide significativement plus bas chez les patients déments par rapport aux patients non déments. Alors que dans l'étude danoise (26) , on retrouve 3 fois plus de suicides chez les déments que chez les non déments, sachant que la population étudiée était hospitalisée et avait plus de 70 ans.

Voir Tableau 1

Titre de l'article	Auteur	Année et pays	Type d'article	Objectif de l'étude	Échantillon et outils de mesure	Résultats
<u>Hospital-Diagnosed Dementia and Suicide: A Longitudinal Study Using Prospective, Nationwide Register Data</u>	Erlangsen A. et al	2008 Danemark	Registre national de patients Cohorte prospective sur 11 ans	Examiner les facteurs de risque de suicide chez les personnes atteintes de démence durant une hospitalisation (service somatique ou psychiatrique)	Plus de 50 ans N = 2 474 767 patients	Le RR de suicide des patients déments >70 ans comparés aux patients non déments est de 3,13
<u>Suicide ideation, dementia and mental disorders among a community sample of older people in Mexico</u>	Guilherme Borges et al	Janvier 2006 à Juin 2007	Etude transversale répétée	Déterminer si la démence ou un autre trouble mental sont associés aux idéations suicidaires parmi la population âgée de plus de 65 ans	Plus de 65 ans N = 2 003 patients GMS- AGECAT	Prévalence ratio (déments/non déments) des IDS au cours de la vie est de 1,8
<u>Suicidal ideation and related factors among dementia patients</u>	Asuka Koyama et al	Février 2015	Échantillon collecté entre 2007 et 2013 Etude transversale	Examiner les caractéristiques cliniques et sociodémographiques des patients atteints de démence avec des idées suicidaires	634 patients atteints de démence. Parmi eux, 539 ayant un début de démence après 65 ans. NPI	10,6% des patients ayant un diagnostic de démence après 65 ans avait des IDS

<u>Associated factors of suicidal ideation among older persons with dementia living at home in eight European countries</u>	Cecilia Holmstrand et al	2020 Estonie, Finlande, France, Allemagne, Pays Bas, Espagne, Suède et Royaume Uni	Cohorte prospective conduite entre 2010 et 2013	Etudier la survenue d'idées suicidaires chez la personne âgée atteinte de démence vivant au domicile dans 8 pays européens	1 223 patients Plus de 65 ans CSDD	La prévalence des IDS s'étend de 6% (en Espagne) à 22,5% (Pays Bas)
<u>Suicidal ideation and the 'wish to die' in dementia patients: the role of depression</u>	Brian Draper et al	1998 Australie	Cohorte rétrospective à partir d'une base de données recueillie entre 1985 et 1994	Déterminer la prévalence des idées suicidaires chez les patients atteints de démence	221 patients Age médian :71,6 ans HRSD	3,2% expriment le souhait de mourir ou ont des pensées morbides Et 0,9% ont des idées suicidaires
<u>Suicidal thoughts and associated factors in an elderly population</u>	Forsel et al	Suède 1997	Cohorte prospective	Examiner la prévalence des idées suicidaires et les facteurs associés chez la population âgée	1304 sujets Plus de 75 ans CPRS	13,2% expriment des IDS sur les 2 dernières semaines

<u>Behavioral Alterations and Vascular Dementia</u>	Moretti et al	Italie 2006	Etude de cohorte prospective sur 24 mois	Etudier les caractéristiques cliniques des patients atteints de démence vasculaire	240 patients entre 62 et 85 ans	Prévalence des IDS va de 6 à 11% en fonction du sous type de démence vasculaire Prévalence des IDS au bout de 24 mois : 2 à 12%
<u>High Risk of Suicide in Behavioral Variant Frontotemporal Dementia</u>	Milena Zucca et al	2018 Italie	Etude cas control	Déterminer la prévalence des IDS et des TS chez des patients atteints de la forme comportementale de la démence fronto-temporale.	Cas : 35 bvFTD Controls : 25 SSI	40% des bvFTD ont des idées suicidaires comparés aux sujets sains qui en ont dans 8% des cas.
<u>Suicide and attempted suicide among older adults in Western Australia</u>	Lawrence et al	2000 Australie	Etude retrospective	Étudier la relation entre comportement suicidaire et contact avec les soins psychiatriques dans la population gériatrique	Plus de 60 ans qui ont eu un contact préalable avec un service de psychiatrie	RR = 0,19 pour les suicides

<u>Factors associated with the Wish to Die in Elderly People</u>	Jorm et al	1995 Australie	Etude cas témoins sur 2 semaines	Déterminer la prévalence d'idées suicidaires chez la personne âgée et les facteurs associés aux idées suicidaires.	923 sujets >70 ans	OR : 2,1 fois plus d'idées suicidaires chez les patients atteints de trouble cognitifs par rapport au sujets témoins (OR non significatif)
------------------------------------------------------------------	------------	-------------------	----------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

BvFTD : variant comportemental de la démence fronto-temporale

SSI : Scale suicide ideation ; CPRS : Comprehensive Psychopathological Rating Scale ;

NPI : Neuropsychiatric inventory ; CSDD : Cornell Scale for Depression in Dementia ;

HRSD : Hamilton rating scale for depression ;

CPRS : Comprehensive Psychopathological Rating Scale ;

GMS-AGECAT : Geriatric Mental State-Automated Geriatric Examination for Computer Assisted Taxonomy

OR = Odd ratio. ; RR = Risque relatif

Tableau 1 : Résultats des articles présentés précédemment concernant la prévalence des idées suicidaires et des conduites suicidaires chez les patients atteints de démence

B. Délai entre l'annonce du diagnostic et la survenue d'un décès par suicide

Parmi l'ensemble des articles inclus dans cette revue, 4 (26–29) évaluent le taux de suicide les 6 à 12 premiers mois qui suivent le diagnostic de démence. Dans 2 de ces articles (26,28), le risque suicidaire (en odd ratio), est significativement plus élevé par rapport à la population gériatrique non atteinte de démence, et l'intervalle de confiance de l'odd ratio oscille entre 1,53 et 13,7.

Néanmoins, dans l'étude britannique de Purandare et al (29) on note l'absence d'augmentation du taux de suicide dans les 6 premiers mois suivant le diagnostic avec un odd ratio de 0,34.

Concernant l'étude menée en Géorgie (27) on retrouve un taux de suicide plus important dans les 12 mois qui suivent le diagnostic de démence, comparé aux sujets ayant le diagnostic de démence depuis plus de 2 ans.

Lorsqu'il s'agit d'évaluer le risque suicidaire 5 ans après le diagnostic de démence, entre sujets déments et sujets non déments, les résultats sont divers. Comme le montre l'étude danoise (26), le risque de suicide est plus important chez les sujets déments de plus de 50 ans (RR : 3 pour les hommes et RR : 4,9 pour les femmes). Dans l'étude britannique de Purandare et al (29) le risque de suicide est inférieur chez des patients déments de plus de 65 ans (OR : 0,53) par rapport aux patients non déments du même âge.

Voir Tableau 2

Titre de l'article	Auteur	Année et pays	Type d'article	Objectif de l'étude	Echantillon	Résultats
<u>Suicide Among Persons With Dementia, Georgia, 2013 to 2016</u>	Francis B. Annor et al	2018 Géorgie	Etude rétrospective	Examiner les facteurs de risque de suicide chez les personnes âgées atteintes de démence	141 592 patients atteints de démences 91 patients atteints de démence qui se sont suicidés	Dans les 6 à 12 premiers mois suite au diagnostic OR ajusté est de 6 -> les patients ayant eu un diagnostic de démence les 12 derniers mois ont un risque de suicide 6 fois plus important que ceux ayant eu ce diagnostic il y a plus de 24 mois.
<u>Hospital-Diagnosed Dementia and Suicide: A Longitudinal Study Using Prospective, Nationwide Register Data</u>	Erlangsen, A. et al	2008 Dannemark	Registre national de patients Cohorte prospective sur 11 ans	Examiner les facteurs de risque de suicide chez les personnes atteintes de démence durant une hospitalisation (service somatique ou psychiatrique)	N = 2 474 767 patients de plus de 50 ans	Le RR est de 13,5 (H) et 13,7 (F) pour les patients ayant eu le diagnostic de démence lors des 6 derniers mois alors qu'il est de 3 (H) et 4,9 (F) pour ceux ayant eu le diagnostic il y a plus de 5 ans ; les patients non déments étant la référence.

<u>Suicide risk in first year after dementia diagnosis in older adults</u>	Timothy Schmutte et al	2021 Etats Unis	Echantillon collecté entre 2012 et 2015 Cohorte longitudinale rétrospective	Examiner le risque suicidaire 1 an après le diagnostic de démence dans la population gériatrique	2 667 987 sujets de plus de 65 ans Evaluer le risque suicidaire pendant la première année qui fait suite au diagnostic de démence	SMR (=OR) : 1,53 Le taux de suicides chez les patients déments est 53% plus élevé que dans la population générale, les 12 premiers mois qui font suite au diagnostic de démence
<u>Suicide in dementia: 9-year national clinical survey in England and Wales (2009)</u>	Nitin Purandare Et al	2009 Angleterre et pays de Galles	Etude de cas témoins rétrospective	Décrire les caractéristiques des patients déments qui décèdent par suicide	118 patients atteints de démence 492 patients non atteints de démence 92 patients de plus de 65 ans	OR de 0,53 lorsque le diagnostic date de plus de 5 ans, en comparant déments et non déments de plus de 65 ans

(H) : Hommes ; (F) : Femmes ;

SMR : standardized mortality ratio OR : odd ratio

Tableau 2 : Résultats des articles présentés précédemment concernant le lien entre temporalité du diagnostic de démence et prévalence du suicide.

C. Prévalence des idées suicidaires et du suicide en fonction du type de démence

Parmi les articles inclus dans cette revue, 8 études se sont intéressées à évaluer le risque suicidaire en fonction du type de démence dont est atteint le sujet âgé.

1. Prévalence des idées suicidaires

Dans 3 articles (17,18,30), la prévalence des idées suicidaires a été évaluée selon le type de démence dont souffre le patient. Lorsqu'on compare les différents types de démence, les résultats divergent.

Dans l'étude européenne (18) et japonaise (17), les patients atteints de démence fronto-temporale sont ceux qui verbalisent le moins d'idées suicidaires.

Alors que dans l'étude américaine (30), les patients souffrants de démence fronto-temporale sont ceux qui rapportent le plus d'idées suicidaires. Ce sont les patients atteints de démence à corps de Lewy puis ceux atteints de démence vasculaire qui sont ensuite les plus touchés.

2. Prévalence du décès par suicide

En ce qui concerne le risque suicidaire, on remarque que dans plusieurs articles, il est le plus élevé chez les patients atteints de démence fronto-temporale comparés aux autres démences.

Une étude américaine (28) compare la démence sémantique (un sous type de démence fronto-temporale) à la démence d'Alzheimer et retrouve un risque suicidaire plus important dans la démence sémantique.

Une étude finlandaise (31) quant à elle, compare la suicidalité entre la démence fronto-temporale et la démence d'Alzheimer et retrouve une suicidalité plus importante chez les patients souffrant de démence fronto-temporale.

L'étude danoise (26) a comparé les patients atteints de démence d'Alzheimer, de démence vasculaire et autres types de démences par rapport à des sujets sains concernant le risque de suicide.

Le taux de suicide le plus élevé est retrouvé chez les femmes atteintes de démence d'Alzheimer. Ce taux de suicide reste élevé dans les autres types de démence tout sexe confondu.

Les sujets souffrants de démence vasculaire ont le risque suicidaire le plus faible.

On peut noter que l'étude de Seyfried et al (32) est la seule étude qui ne retrouve pas de différence significative concernant le risque suicidaire entre démences spécifiques et démences non spécifiques.

Voir Tableau 3

Titre de l'article	Auteur	Année et pays	Type d'article	Objectif de l'étude	Echantillon et échelle de mesure	Conduites suicidaires en fonction du type de démence
<u>Associated factors of suicidal ideation among older persons with dementia living at home in eight European countries</u>	Cecilia Holmstrand et al	2020 Estonie, Finlande, France, Allemagne, Pays Bas, Espagne, Suède et Royaume Uni	Cohorte prospective conduite de 2010 à 2013	Evaluer la survenue d'IDS et les facteurs associés chez les personnes âgées atteintes de démence vivants au domicile dans 8 pays européens.	1 223 Plus de 65 ans CSDD	Les IDS sont les plus fréquentes chez les patients atteints de LBD (22% des cas), puis en seconde position, les patients atteints de VD (19%) et en troisième, les patients atteints de FTD (17%)

<u>High Occurrence of Psychiatric Disorders and Suicidal Behavior Across Dementia Subtypes</u>	Amy X. Lai et al	2018 États unis	Etude rétrospective à partir de 2 bases de données nationales	Comparer l'incidence des troubles psychiatriques et des conduites suicidaires parmi les différents types de démences sur une période de 2 ans	56 296 individus de plus de 50 ans avec AD, VD, FTD, LBD et MD	Pour la FTD, la prévalence sur 2 ans d'IDS est de 4% Pour la VD et la LBD, cette même prévalence est respectivement de 3% et 2%.
<u>Suicidal ideation and related factors among dementia patients</u>	Asuka Koyama et al	Février 2015 Japon	Échantillon collecté entre juin 2007 et juillet 2013	Examiner les caractéristiques cliniques et sociodémographiques des patients atteints de démences avec des idées suicidaires	634 patients atteints de démences vivant au domicile et non dans un centre médicalisé NPI	Parmi les patients déments qui verbalisent des IDS, les patients atteints de FTD sont ceux qui verbalisent moins d'IDS (3,8%) Pour les autres types de démence AD, VD et LBD cela oscille entre 10,3 et 11,1%

<u>Hospital-Diagnosed Dementia and Suicide: A Longitudinal Study Using Prospective, Nationwide Register Data</u>	Erlangsen, A. et al	2008 Dannemark	Registre national de patients Cohorte prospective sur 11 ans	Examiner les facteurs de risque de suicide chez les personnes atteintes de démence durant une hospitalisation (service somatique ou psychiatrique)	Plus de 50 ans N = 2 474 767 patients	Risqué relatif de suicide pour la démence d'Alzheimer est de 4,4 (H) et 8,9 (F) celui pour démence vasculaire de 2,1(H) et 2,4 (F) et pour les autres démences de 5,4 (H) et 5 (F)
<u>Suicide risk in first year after dementia diagnosis in older adults</u>	Timothy Schmutte et al	2021 Etats Unis	Echantillon collecté entre 2012 et 2015 Cohorte longitudinale rétrospective	Examiner le risque suicidaire 1 an après le diagnostic de démence dans la population gériatrique Evaluer le risque suicidaire pendant la première année qui fait suite au diagnostic de démence	Plus de 65 ans N = 2 667 987	Le taux de suicide s'étend de 124,63 pour 100 000 personnes par an pour la FTD à 23,74 pour 100 000 personnes par an pour la AD. Sachant que le taux de suicide de la cohorte sur la première année est de 26,42/100 000

<u>Suicidal Behavior in Dementia: A Special Risk in Semantic Dementia</u>	Valeriy Sabodash et al	2013 Etats Unis	Etude rétrospective à partir d'un échantillon de patients qui ont été suivis entre 2000 et 2012	Comparer risque suicidaire chez le patient atteint une démence sémantique et des patients atteints d'une démence d'Alzheimer	136 patients 25 avec SD 111 avec AD	20% avec SD ont eu une conduite suicidaire comparé à 0,9% chez les AD 48% des SD développe des symptômes dépressifs contre 24,3% chez les AD
<u>Comparison of Prodromal Symptoms of Patients with Behavioral Variant Frontotemporal Dementia and Alzheimer Disease</u>	Korhonen et al	2020 Finlande	Etude retrospective	Identifier les différences de symptômes précoces entre la forme comportementale de la démence fronto temporelle (bvFTD) et la démence d'Alzheimer.	158 patients 75 avec une bvFTD 83 avec une AD	Prévalence de la suicidalité est de 10,7% chez les bvFTD et 0 chez les AD

<u>Predictors of suicide in patients with dementia</u>	Lisa S. Seyfried et al	2011 Etats Unis	Cohorte rétrospective	Comparer le risque suicidaire chez les démences spécifiques versus démences non spécifiques	294 952 sujets de plus de 60 ans souffrant de démence	Pas de différence significative entre démences spécifiques et démences non spécifiques concernant le risque de suicide
--------------------------------------------------------	------------------------	--------------------	-----------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

IDS = idées suicidaires,

SD = Démence sémantique ;

AD = Démence d'Alzheimer ;

FTD : Démence fronto-temporale ; BvFTD : variant comportemental de la démence fronto-temporale

LBD : démence à corps de Lewy ;

MD : Démence mixte

CSDD : Cornell Scale for Depression in Dementia

H = Homme ; F = Femme

Tableau 3 : Résultats des articles présentés précédemment concernant la prévalence des idées suicidaires et des conduites suicidaires en fonction du type de démence.

D. Mode opératoire suicidaire chez les patients déments

Dans 4 articles, sont analysés le mode opératoire suicidaire chez des patients atteints de démence.

Dans 3 de ces articles (27,28,32), le mode opératoire suicidaire le plus utilisé est l'arme à feu avec une prévalence de 55% à 72,6%.

L'intoxication médicamenteuse volontaire est retrouvée comme le mode opératoire le plus fréquemment utilisé dans le 4^e article (étude européenne) (29) et comme second moyen dans les 3 autres études précitées.

On peut noter, selon l'étude de Purandare et al (29), que ce sont les analgésiques les plus utilisés dans l'intoxication médicamenteuse avec comme chef de file le paracétamol.

Voir Tableau 4

Titre de l'article	Auteur	Année et pays	Type d'article	Objectif de l'étude	Echantillon	Résultats
<u>Suicide Among Persons With Dementia, Georgia, 2013 to 2016</u>	Francis B. Annor et al	2018 Géorgie	Etude rétrospective	Examiner les facteurs de risqué de suicide chez les personnes âgées atteintes de démence	141 592 Atteints de démences 91 patients atteints de démence qui se sont suicidés	55% des suicides surviennent par arme à feu.
<u>Suicide in dementia: 9-year national clinical survey in England and Wales (2009)</u>	<u>Nitin Purandare</u> Et al	2009 Angleterre et pays de Galles	Etude de cas témoins rétrospective	Décrire les caractéristiques des patients déments qui décèdent par suicide	118 patients atteints de démence 492 patients non atteints de démence 92 patients de plus de 65 ans	Intoxication volontaire représente 28% des suicides. Ce qui constitue la méthode la plus utilisée

<u>Predictors of suicide in patients with dementia</u>	Lisa S. Seyfried et al	2011 Etats Unis	Cohorte rétrospective	Comparer le risque suicidaire chez les démences spécifiques versus démences non spécifiques	294 952 sujets de plus de 60 ans souffrant de démence	La méthode utilisée pour la majorité des suicides l'arme à feu (72,6%). Ensuite viennent l'intoxication volontaire et la pendaison (9,5% chacun)
<u>Suicide risk in first year after dementia diagnosis in older adults</u>	Timothy Schmutte et al	2021 Etats Unis	Cohorte retrospective longitudinale	Examiner le risque suicidaire 1 an après le diagnostic de démence dans la population gériatrique	2 667 987 de plus de 65 ans Evaluer le risque suicidaire pendant la première année qui fait suite au diagnostic de démence	L'arme à feu est la méthode suicidaire utilisée dans 63,3% des cas, puis l'intoxication médicamenteuse dans 15,6%

Tableau 4 : Résultats des articles présentés précédemment concernant le mode opératoire suicidaire chez les patients souffrant de démence.

E. Suicide en fonction de l'âge du patient souffrant de démence

4 études (26–28,32) se sont intéressées au taux de suicide en fonction de l'âge du patient souffrant de démence.

Pour l'étude géorgienne (27), le taux de suicide est le plus élevé chez les patients ayant le diagnostic de démence entre 65 et 74 ans, puis le taux de suicide diminue lorsque le diagnostic est posé à un âge plus avancé.

Dans deux de ces études, on observe que ce sont les patients âgés atteints de démence entre 65 et 74 ans (28) et ceux entre 70 et 79 ans (32) qui se suicident le plus. Ensuite le taux de suicide diminue avec l'âge.

Dans l'étude danoise (26), lorsque l'on compare des patients souffrant de démence à une population témoin, le risque suicidaire est le plus élevé entre 50 et 69 ans.

Voir Tableau 5

Titre de l'article	Auteur	Année et pays	Type d'article	Objectif de l'étude	Echantillon	Résultats
<u>Suicide Among Persons With Dementia, Georgia, 2013 to 2016</u>	Francis B. Annor et al	2018 Géorgie	Etude rétrospective	Examiner les facteurs de risque de suicide chez les personnes âgées atteintes de démence	141 592 Atteints de démences 91 patients atteints de démence qui se sont suicidés	Taux de suicide de 11,6 pour 100 000 chez des sujets ayant un diagnostic de démence entre 65 et 74 ans Il est de 6,5 pour 100 000 pour les sujets ayant le diagnostic après 75 ans Les patients entre 65 et 74 ont un risque de suicide significativement 2,3 fois plus élevé que ceux ayant plus de 75 ans. (OR : 2,3)
<u>Suicide risk in first year after dementia diagnosis in older adults</u>	Timothy Schmutte et al	2021 Etats Unis	Cohorte retrospective longitudinale	Examiner le risque suicidaire 1 an après le diagnostic de démence dans la population gériatrique	2 667 987 de plus de 65 ans Evaluer le risque suicidaire pendant la première année qui fait suite au diagnostic de démence	SMR : 3,4 pour les patients entre 65 et 74 ans 1,87 pour les patients entre 75 et 84 ans 0,78 pour les patients de plus de 85 ans

<u>Predictors of suicide in patients with dementia</u>	Lisa S. Seyfried et al	2011 Etats Unis	Cohorte rétrospective	Comparer les sujets déments qui se suicident et qui ne se suicident pas	294 952 sujets de plus de 60 ans souffrant de démence	44,8% des patients qui se suicident ont entre 70 et 79 ans alors que ceux ayant entre 60 et 69 ans et ceux ayant plus de 80 ans représentent respectivement 27,4% et 27,8% des suicidés.
<u>Hospital-Diagnosed Dementia and Suicide: A Longitudinal Study Using Prospective, Nationwide Register Data</u>	Erlangsen, A. et al	2008 Dannemark	Registre national de patients Cohorte prospective sur 11 ans	Examiner les facteurs de risque de suicide chez les personnes atteintes de démence durant une hospitalisation (service somatique ou psychiatrique)	Plus de 50 ans N = 2 474 767 patients	Chez les patients déments âgés de 50 à 69 ans, le risqué relatif de suicide est de 8,5 (H) et 10,8 (F) par rapport à la même tranche d'âge de patients non déments. Il est de 4,7 (H) et 3,4 (F) chez les patients déments de plus de 70 ans lorsqu'on les compare à des patients non déments âgés de 50 à 69 ans.

Tableau 5 : Résultats des articles présentés précédemment concernant le suicide selon l'âge du patient souffrant de démence.

IV. Discussion

A. Relation entre démence et conduites suicidaires

Les relations entre démence et suicide semblent encore mal comprises. En effet, la prévalence des idées suicidaires semble plus importante chez les sujets souffrant de démence par rapport à la population générale, mais les études s'intéressant à la relation entre démence et décès par suicide retrouvent des résultats contradictoires.

Dans les articles que nous avons étudiés, la prévalence d'idées suicidaires chez des sujets âgés souffrant de démence s'étend de 0,9% à 22,5%.

A titre de comparaison, nous avons repris plusieurs articles étudiant la prévalence d'idées suicidaires chez une population âgée.

La prévalence de désespoir et d'idées suicidaires chez la population âgée, retrouvée dans différents articles inclus dans une revue clinique irlandaise (33) variait entre 0,7-1,2% et 17%.

La prévalence des idées suicidaires était de 2,3%, chez une population australienne âgée de plus de 70 ans (24) et de 4,8% pour une population âgée de plus de 60 ans de même nationalité vivant en collectivité (34). Enfin, lorsque l'on se concentre sur une population âgée de plus de 65 ans vivant à Liverpool, on retrouve une prévalence du souhait de mourir de 4,9%. (35)

Cette variation de prévalence chez la population âgée peut s'expliquer, entre autres choses, par l'absence de consensus dans l'utilisation des outils pour évaluer les idées

suicidaires. De plus, la prévalence d'idées suicidaires varie selon qu'on s'intéresse à une population gériatrique ambulatoire ou un groupe de patients âgés hospitalisés. (36)

De fait, lorsque l'on compare ces résultats dans ces populations âgées souffrant de démence avec ceux des populations âgées en général, il semble difficile d'apporter une conclusion.

En revanche, dans notre revue, 2 études (23) (24) se sont intéressées à comparer population âgée démente versus non démente, et ont retrouvé une prévalence d'idées suicidaires plus importante chez la population démente (même si dans l'une des études le résultat n'est pas significatif).

Ces résultats sont à prendre avec précaution, mais indique l'existence d'une association sans pouvoir établir de relation de cause à effet entre démence et idées suicidaires.

En ce qui concerne le suicide, on identifie 2 études dont les résultats divergent. Tandis que l'étude australienne a tendance à mettre la démence du côté des facteurs protecteurs, l'étude danoise place la démence comme un facteur de risque de suicide.

La revue de littérature menée en 2009 par Haw et al (37) conclue que le suicide n'est pas une cause fréquente de décès chez les patients atteints de démence. Les auteurs suggèrent que le taux de suicide est plus bas chez les patients déments que chez la population générale. Ces résultats sont à relativiser dans cette revue car elle ne

s'intéresse pas à la population âgée spécifiquement mais à la population générale atteinte de démence.

Dans un article publié dans le journal « Psychiatric Clinics of North America » (38) 4 études cas témoins tentent de mettre en évidence une association entre démence et suicide. Une seule d'entre elles (Harwood et al., 2001), qui s'est intéressée à une population anglaise de 100 sujets ayant plus de 60 ans, a montré de manière significative que la démence constitue un facteur protecteur vis-à-vis du suicide.

Au vu de ces résultats, il est difficile de connaître l'impact de la démence sur la suicidalité chez le sujet âgé.

B. Temporalité du diagnostic de démence et suicide

Les résultats de plusieurs articles montrent un risque suicidaire particulièrement élevé un an après le diagnostic de démence. En effet, les articles analysés (26,28) mettent en avant un risque suicidaire plus important chez une population ayant reçu le diagnostic de démence dans les douze derniers mois, par rapport à la population générale, et ce quel que soit le sexe.

De plus, dans les travaux d'Annor (27) on relève un risque de suicide plus élevé dans les 12 premiers mois que dans les 24 premiers mois qui suivent le diagnostic.

Ces résultats peuvent s'expliquer par le stress généré par le diagnostic de la maladie et la prise de conscience de l'altération progressive de ses fonctions cognitives. Durant cette période, le plus souvent, le patient a un meilleur insight de sa pathologie et a ses

fonctions exécutives conservées (capacités de planification, d'initiative, de prise de décision et d'exécution). (27)

Par ailleurs, l'étude de Purandare (29) révèle que les symptômes dépressifs peuvent être sous-estimés, et ce, surtout au stade initial du processus démentiel. Cela peut entraîner un défaut de prise en charge et donc expliquer une prévalence plus forte de suicide dans la phase précoce de démence. En outre, dans cette même étude, les suicides ne surviennent pas dans les 12 premiers mois qui suivent le diagnostic mais restent prédominants dans la première moitié du processus démentiel ou en tout cas entre 1 et 5 ans. Les auteurs expliquent ces résultats en émettant l'hypothèse que le risque suicidaire atteint son point culminant lorsque le sujet fait l'expérience des difficultés dans les tâches du quotidien en lien avec la symptomatologie démentielle, tout en gardant un bon insight de sa pathologie. Cette hypothèse est confortée par le travail mené par Seyfried (32) qui affirme que les idéations suicidaires surviennent surtout lorsque la démence est peu sévère.

D'autre part, on retrouve un taux de suicide plus important chez les patients hospitalisés par rapport à ceux non hospitalisés, comme il est rapporté dans l'étude danoise (26). Avoir un diagnostic de démence a des implications sociales. Suite à l'annonce diagnostique, le patient peut ressentir un sentiment de honte, de perte de contrôle et la crainte d'être rejeté par une partie de la société pouvant amener à un isolement social (27). Et l'on sait que l'isolement social constitue un facteur de risque de suicide. Néanmoins, dans cette même étude danoise (26), les hommes souffrant d'une démence ont un taux de suicide plus important quand ils vivent avec quelqu'un que lorsqu'ils vivent seuls. Les auteurs interprètent ce résultat en émettant l'hypothèse

que le sentiment de dépendance aux soins et d'être un fardeau auprès de ses proches peut être tellement fort et paraître tellement insupportable pour les personnes âgées, que certaines sont amenées à avoir des conduites suicidaires.

Cela incite l'entourage du patient quand il le peut, et encore plus le personnel soignant d'être particulièrement vigilant et disponible auprès du patient. Car l'on sait la charge émotionnelle que peut constituer pour l'entourage de s'occuper d'un patient atteint de démence et les troubles psychiques que cela peut engendrer chez ces aidants.

L'évaluation de l'anxiété et des idées suicidaires par les soignants après le diagnostic de démence peut constituer l'une des pistes à la prévention du suicide.

L'étude d'Annor rapporte que 77% des suicidés avaient vu un médecin dans les 3 mois qui précédaient le suicide. Cela suppose qu'une opportunité existe pour les services de soins d'identifier les sujets âgés avec un risque suicidaire important et de fournir les soins adaptés. (27) (39)

Il a été prouvé dans l'étude de Seyfried (32) que les soins infirmiers à domicile réduisent le nombre de suicide. La formation de sentinelles dans les maisons de retraite et les structures de soins pour personnes âgées permettrait également de réduire le taux de suicide chez les patients âgés atteints de démence. (40)

Enfin, dans l'étude danoise (26), on peut noter que 1 suicide sur 6 survient 10 ans après le diagnostic. C'est pourquoi il est nécessaire de rester prudent vis-à-vis des conduites suicidaires même plusieurs années après le diagnostic.

C. Influence du type de démence sur le risque suicidaire

Au vu des résultats, le risque suicidaire semble plus élevé chez les patients atteints de démences fronto-temporales comparés à des sujets en bonne santé mais aussi lorsqu'on les compare à des patients souffrant d'autres types de démences à savoir la démence d'Alzheimer, la démence vasculaire et la démence à corps de Lewy.

Cela pourrait s'expliquer par le tableau clinique spécifique de la démence fronto-temporale :

- Une désinhibition comportementale et une impulsivité qui mènerait plus souvent à un passage à l'acte auto agressif. Le fait que l'impulsivité soit un facteur de risque de suicide est clairement évoqué dans les travaux de Hawton et de Mann. (1) (41)
- Une apathie qui rendrait plus difficile l'évaluation du risque suicidaire par l'entourage et les soignants.
- Le déclin des facultés langagières constituerait un obstacle supplémentaire pour le patient dans l'expression de sa souffrance psychique et plus particulièrement dans la verbalisation des idées suicidaires. Ce qui pourrait expliquer que dans certains articles, on retrouve une prévalence des idées suicidaires plus faible dans la démence fronto-temporale par rapport aux autres démences.

Un cas de démence sémantique (42) explique que les tentatives de suicides sont dues à l'incapacité au sens cognitif du terme, de se projeter vers l'avenir, source d'une perte de sens, bien que le sujet soit encore capable d'encoder et de garder en mémoire des expériences passées.

L'étude américaine de Sabodash (43) explique que les patients avec une démence sémantique, comparés à ceux souffrant d'une démence d'Alzheimer, souffrent plus

fréquemment d'une dépression et présentent plus souvent des conduites suicidaires. Les patients atteints d'une démence sémantique et ayant un comportement suicidaire, ont un bon insight de leur déficit mais tendent à être obsédés par leur trouble cognitif. Quatre des cinq patients avec une démence sémantique et un comportement suicidaire ont une histoire de dépression. D'autre part, on retrouverait également plus d'impulsivité dans les démences sémantiques, ce qui expliquerait un nombre plus élevé de passage à l'acte.

Dans la continuité de ces résultats, une méta-analyse de 2005 a révélé que l'humeur dépressive était plus fréquente chez les patients atteints de démence fronto-temporale par rapport aux autres démences à savoir, la démence d'Alzheimer, la démence vasculaire et celle à corps de Lewy. (44)

Ces résultats sont cependant à relativiser. Non seulement la dépression ne s'avère pas être présente de manière équivalente dans tous les types de démence, mais aussi elle semble ne pas avoir le même impact suivant le type de démence. Dans l'étude australienne (19), il est mis en évidence une association significative entre idées suicidaires et symptômes dépressifs dans la démence d'Alzheimer ; cette association n'étant pas retrouvée pour les autres types de démences. Il se pourrait que les patients atteints de la maladie d'Alzheimer avec des symptômes dépressifs soient plus préoccupés par le suicide ou la mort que les patients souffrants de symptômes dépressifs et d'une autre démence.

Des séries de cas suggèrent un lien entre suicide, conduites auto-agressives et forme comportementale de la démence fronto-temporale. Les auteurs supposent que le

C9orf72 expansion associé à la bvDFT pourrait être le facteur génétique qui tisse le lien entre démence fronto-temporale dans sa forme comportementale et le suicide (45). Il se pourrait donc qu'un terrain génétique explique cette plus forte suicidalité chez les patients atteints de démence fronto-temporale.

D. Mode opératoire et suicide

D'après les différents articles, l'arme à feu et l'intoxication médicamenteuse volontaire constituent les deux méthodes suicidaires les plus utilisées chez les patients souffrant de démence.

Selon l'article de Purandare et al publié dans le British Journal of Psychiatry en 2009, le mode opératoire ne semble pas être différent entre des patients atteints de démence et des patients ne souffrant pas de trouble neurocognitif. Ces données sont évidemment à mettre en perspective avec la législation américaine qui autorise le port d'arme à feu dans certains Etats. On estime que la moitié des personnes âgées américaines ont une arme à feu à leur domicile (28) et qu'un quart aurait leur arme chargée (46). Selon une autre étude, la présence d'une arme à feu serait un facteur de risque de suicide indépendamment de la présence d'un trouble psychiatrique. (47) En effet, dans cette étude rétrospective menée par Conwell et al (47), il a été montré que chez une population âgée de plus de 65 ans, le fait d'avoir une arme à feu, augmentait le risque suicidaire d'un ratio de 2,43.

Il se pourrait, qu'à la suite du diagnostic de démence posé par le professionnel de santé, une dispensation des traitements par un infirmier à domicile, tout au moins dans un premier temps, et la restriction à l'accès aux armes à feu, permettent de réduire le

nombre de suicides. Une éducation sur le stockage des armes à feu auprès des familles pourrait être un des multiples leviers pour diminuer le suicide. Justement, un travail mené par Mann montre que la restriction d'accès aux armes à feu réduisait la mortalité de 1,5 à 9,5 %. A contrario, dans une autre étude, Zalsman apporte une conclusion différente concernant la restriction de l'accès aux armes à feu, en estimant qu'elle a des effets très modestes, voire non prouvés. En revanche, la limitation du nombre de comprimés par paquet de paracétamol et la limitation des possibilités d'accès voire le retrait du marché de certains autres médicaments (barbituriques, association de paracétamol et dextropropoxyphène au Royaume-Uni en 2005) ont montré leur efficacité dans plusieurs études rétrospectives. (40)

Une revue de littérature de 2007 menée par Humeau (48) a recensé 15 études sur 16 qui montrent une diminution du taux de suicide par arme à feu suite à la mise en place d'une législation plus stricte en matière de détention d'arme. Cependant, seules sept études sur 16 révèlent que cette réglementation a entraîné une baisse du taux global de suicide, c'est-à-dire que, le plus souvent, la baisse observée ne concernait que les suicides par arme à feu et non le taux global (aucune modification pour sept de ces études), ce qui peut laisser penser qu'il s'est passé une substitution de moyen.

E. Suicide en fonction de l'âge du patient dément

Le taux de suicide serait le plus élevé chez les patients ayant le diagnostic de démence entre 65 et 74 ans, puis le taux de suicide diminuerait lorsque le diagnostic est posé à un âge plus avancé. Dans 2 études, on observe que ce sont les patients âgés entre 65 et 74 ans (28) et ceux entre 70 et 79 ans (32) qui se suicident le plus. Ensuite le taux de suicide diminue avec l'avancée en âge. Néanmoins, dans l'étude danoise,

lorsque l'on compare des patients souffrant de démence à une population témoin, le risque suicidaire est le plus élevé chez les sujets âgés de 50 à 69 ans.

Dans deux études (27) (28), on retrouve non seulement un risque suicidaire important à la suite du diagnostic mais également un taux plus important de suicides chez les patients âgés entre 65 et 74 ans par rapport à ceux ayant plus de 75 ans.

Si l'on s'intéresse à la population de plus de 50 ans et pas uniquement à ceux ayant plus de 65 ans, on observe que le taux le plus important de suicide se trouve chez les patients diagnostiqués de démence avant 65 ans. En effet, dans l'étude d'Annor et al (27), le taux de suicide est significativement plus important chez les patients ayant le diagnostic de démence lorsqu'ils avaient moins de 65 ans par rapport à ceux ayant eu le diagnostic entre 65 et 74 ans. De plus, le risque suicidaire serait plus élevé chez les 50 à 69 ans souffrant de démence par rapport à une population en bonne santé.

Néanmoins, des résultats contradictoires ont été retrouvés dans l'étude de Purandare (29) qui comptait beaucoup plus de suicides chez des patients atteints de démence après 65 ans qu'avant 65 ans.

Il semble intéressant de mettre en perspective ces résultats avec le taux de suicide chez une population du même âge ne souffrant pas de trouble neurocognitif.

Dans une population australienne de plus de 60 ans, ne souffrant pas de trouble neurocognitif (25), Lawrence a retrouvé le taux de suicide le plus élevé entre 65 et 74 ans comparativement à la tranche d'âge 60-65 ans. Puis ce taux diminuait avec l'âge après 75 ans.

Au vu de ces études, on se rend compte que le taux de suicide est le plus élevé dans la même tranche d'âge (65-74 ans) chez les patients déments ou non déments.

On peut donc suggérer que le fait d'être atteint de démence ne soit pas le facteur prépondérant responsable d'un taux de suicide plus élevé dans cette tranche d'âge (65-74 ans).

On sait que le vieillissement a des effets physiologiques et psychologiques sur la personne. Le niveau de performance est diminué en lien avec une baisse des capacités de réserve fonctionnelle, une crainte de la solitude et de l'apparition d'une maladie pour soi et les autres.

D'autre part, on retrouve un changement de statut social avec perte de reconnaissance par son milieu professionnel et souvent baisse de ses revenus. Ces remaniements physiologiques, psychologiques et sociaux induits par le vieillissement, associés à l'altération des capacités d'adaptation du sujet pour y faire face, peuvent justifier un taux de suicide plus élevé autour de 65 ans. (49)

Un risque suicidaire plus élevé chez les patients de moins de 69 ans peut s'expliquer par le fait que le diagnostic de démence semble moins commun et beaucoup plus inattendu pour cette tranche d'âge. On peut supposer que cette population ait plus de difficulté à supporter cette dépendance auprès de ses proches et ressente davantage un sentiment de fardeau pour son entourage. (26)

Restons tout de même vigilants car, même en l'absence de démence, le risque suicidaire persiste à un âge avancé.

F. Limites

1. Limites de notre revue

Ce travail comporte de nombreux biais :

- Un trop faible nombre d'articles inclus dans cette revue, rend les résultats peu reproductibles. Il aurait été souhaitable d'avoir à disposition un plus grand nombre d'articles pour explorer le lien entre démence et conduites suicidaires.
- Nous avons utilisé une seule base de données à savoir Pub Med pour sélectionner nos articles.
- Une partie de ces études sont des études rétrospectives et l'on sait qu'elles sont connues pour un bas niveau de preuve selon la HAS.
- Par ailleurs, nous nous sommes intéressés uniquement à certains types de démences à savoir la démence d'Alzheimer, la démence fronto-temporale, la démence à corps de Lewy et la démence vasculaire, et non aux autres démences comme par exemple le trouble neurocognitif secondaire à la maladie de Huntington qui serait responsable d'un risque suicidaire plus important par rapport à la population générale selon certaines études (37,50,51).
- Nous n'avons retrouvé qu'une seule étude (25) s'intéressant aux TS chez les sujets atteints de troubles neurocognitifs, et celle-ci n'apportait pas de résultats significatifs.

2. Limites des articles inclus

On retrouve des biais de sélection :

- Les populations traitées pouvaient être hétérogènes selon l'âge, le sexe, la nationalité. Plusieurs études recrutaient des populations à partir de 50 ou 60 ans ; sachant que 65 ans est l'âge à partir duquel on classe la personne parmi la population gériatrique selon l'OMS. Une autre étude ne s'est intéressée qu'à la population masculine (32). Les travaux sélectionnés s'intéressent à des populations de différents pays dans le monde. Cela offre une bonne validité externe mais crée des biais de sélection et peut avoir un impact sur le mode opératoire utilisé notamment par rapport à la législation du pays. En effet, l'arme à feu est retrouvée en tête des moyens les plus utilisés aux Etats-Unis, et non dans les pays d'Europe en partie lié à une législation différente.
- De plus, des études se sont intéressées à des populations uniquement hospitalières (26) ou uniquement à domicile.
- Dans certaines études, on ne retrouve pas les antécédents ou les traitements du patient qui pourraient exercer une influence sur la suicidalité. On connaît par exemple l'influence d'un antécédent de tentative de suicide sur un prochain passage à l'acte suicidaire et certains traitements médicamenteux de la démence type inhibiteurs de l'acétylcholinestérase ou la mémantine peuvent réduire les idées suicidaires. (18)

On retrouve des biais de classement :

- Il existe des biais concernant la prévalence des idées suicidaires.

D'une part, les échelles de mesure pour évaluer la présence ou non d'idées suicidaires ou le risque suicidaire sont différentes en fonction des études.

D'autre part, Il existe des divergences entre pays concernant l'attitude vis-à-vis des idées suicidaires et des conduites suicidaires plus en général. Le fait d'exprimer des idées suicidaires peut être perçu différemment selon la culture, les pratiques religieuses ou le système de soins du pays. (18). Une étude s'est intéressée à comparer une population coréenne et australienne. Celle-ci mettait en évidence que les australiens semblaient davantage préoccupés lorsqu'un sujet verbalisait des idées suicidaires ; ils encourageaient plus cette personne à en parler ou à aller voir un médecin alors que les coréens semblaient davantage banaliser les idées suicidaires. (52)

Par exemple, dans l'étude géorgienne (27), sachant que le système de soins géorgien n'offre la medicare uniquement pour les patients âgés de plus de 65 ans, il n'est pas étonnant de retrouver une plus faible proportion de patients de moins de 65 ans dans le système de soins par manque de moyens financiers de ces derniers.

- Selon le pays, la démence n'est pas perçue de la même manière. Dans certains pays la démence est considérée comme un trouble mental et il peut y avoir un tabou autour des idées suicidaires. Par exemple, dans les pays où l'euthanasie

est autorisée, les patients seraient plus incités à évoquer leurs idées suicidaires.

(18)

- Les idées suicidaires ne sont pas recueillies directement auprès du patient. Dans l'étude de Cecilia Holmstranda et al (18), les idées suicidaires sont recueillies auprès de l'entourage du patient et non auprès du patient lui-même. De même dans l'étude japonaise (17), l'échelle utilisée pour évaluer les idées suicidaires (NPI) s'adresse aux aidants des patients.

Dans l'étude européenne (18), ce sont le patient et l'aidant qui répondent aux questionnaires.

- Le suicide ne constitue pas une cause fréquente de décès chez des personnes atteintes de démence. Mais ce chiffre est à prendre avec précaution car le diagnostic de démence est souvent omis dans la rédaction des certificats de décès. (53)
- De manière générale, la démence fronto-temporale est souvent caractérisée par des changements de comportement et de personnalité pouvant conduire à un diagnostic psychiatrique erroné (31). Des comportements impulsifs ou imprudents sont des symptômes qui peuvent être présents plusieurs années avant que ne surviennent les symptômes cognitifs dans la forme comportementale de la démence fronto-temporale (45).

On retrouve des biais de confusion :

- Dans plusieurs articles, certains patients présentent des comorbidités type trouble addictif, anxieux ou notamment dépressif, avec une sévérité plus ou moins importante. Plus particulièrement, la dépression qu'elle soit dans sa forme unipolaire ou bipolaire avec ou sans composante psychotique, la récurrence des épisodes dépressifs ou l'apparition du premier épisode dépressif à un âge tardif, la présence ou non d'un traitement antidépresseur, sont autant de facteurs pouvant altérer de manière plus ou moins importante les capacités cognitives.

G. La dépression comme pilier central et facteur de confusion dans le lien démence-suicide

Comme dit précédemment, la dépression constitue l'un des principaux facteurs de risque de conduites suicidaires chez la personne âgée.

Chez les suicidés âgés, le taux de sujets dépressifs est estimé entre 75% et 82,4% (54,55). Chez les personnes âgées de plus de 75 ans, un épisode dépressif majeur a été retrouvé dans 80% des cas de suicide.(56)

Rappelons que la dépression, dans son tableau clinique et son étiopathogénie est une affection hétérogène. La dépression chez la personne âgée se distingue de celle de la population adulte. En effet, la dépression du patient de plus de 65 ans se manifeste davantage par des plaintes somatiques, une irritabilité, des troubles du sommeil, des troubles cognitifs et moins par une humeur dépressive ou la présence d'idées suicidaires.

Il n'est donc pas étonnant de remarquer que les symptômes dépressifs soient sous diagnostiqués chez la personne âgée et donc insuffisamment traités. Cela s'argumente de plusieurs manières :

- D'une part, certaines personnes âgées rencontrent des difficultés à se reconnaître dépressives et à s'en plaindre. Une plus grande prévalence à l'alexithymie retrouvée dans cette population pourrait expliquer ces difficultés (57).
- D'autre part, certains états mentaux négatifs comme le ralentissement psychomoteur ou la tristesse de l'humeur, peuvent être mis sur le compte d'une perte d'autonomie liée à l'âge (58), ou bien se confondre avec des symptômes de maladies comorbides, comme la démence. Dans la première moitié du processus démentiel, non seulement les capacités cognitives sont préservées, mais les symptômes dépressifs semblent prédominants et sous diagnostiqués, alors que c'est l'apathie qui prédomine dans la seconde moitié du processus démentiel. (29,59)

D'après ce même article (29), on retrouve moins de symptômes psychiatriques, lors du dernier contact avec un professionnel de santé, qui a précédé le suicide. Cela peut s'expliquer par le fait que les symptômes de démence prédominent ou que les symptômes de dépression soient sous diagnostiqués et faussement assimilés à des symptômes de démence.

En pratique clinique, dans le cadre du bilan étiologique des troubles cognitifs du sujet âgé, il reste difficile de faire la part entre une dépression et un début de démence. Les deux pathologies partagent des symptômes en commun et peuvent se confondre ou

se chevaucher. On estime que 10 à 15% des patients âgés dépressifs reçoivent à tort un diagnostic de démence (60).

Parfois, la dépression précède le déclin cognitif. Parfois, elle constitue un facteur de risque de développer une démence. Elle peut même avoir tendance à l'aggraver. Un traitement d'épreuve par antidépresseur peut aider au diagnostic différentiel avec une démence débutante, sans éliminer définitivement un risque d'évolution démentielle ultérieure.

Des études montrent que parmi les patients souffrants de dépression d'apparition tardive (sénile), plus du tiers développeront une maladie d'Alzheimer dans les 2 ans (60).

La maladie dépressive peut également être un trouble secondaire à la démence, lié soit à des facteurs neurodégénératifs, soit à la prise de conscience des troubles cognitifs par le patient (61).

Jorm a résumé les liens entre dépression et démence selon 6 hypothèses théoriques, non exclusives les unes des autres :

- les traitements de la dépression pourraient faciliter la démence
- démence et dépression ont une communauté de facteurs de risque
- la dépression de la personne âgée est un prodrome de la démence
- la dépression est réactionnelle au déclin cognitif
- la dépression favorise une révélation précoce des signes de démence
- la dépression entraînerait, enfin, des altérations structurales au niveau de l'hippocampe par le biais des hormones glucocorticoïdes. (62)

Concernant les conduites suicidaires chez la personne âgée, elles semblent également plus difficiles à prévoir car cette population n'exprime pas son désespoir aussi facilement que pourraient le faire certains jeunes adultes.

Selon l'étude d'Erlangen (26), le risque suicidaire, tout sexe confondu, est augmenté chez les patients ayant un diagnostic de démence et de trouble de l'humeur par rapport aux personnes atteintes uniquement de démence. Le risque suicidaire est plus important chez les patients atteints de démence sans troubles de l'humeur par rapport aux patients ne souffrant d'aucun trouble. Plus généralement, on retrouve un risque relatif de suicide plus important chez les patients atteints de démence sans autre trouble psychiatrique, comparé aux patients ne souffrant pas de démence. On peut donc suggérer que le trouble de l'humeur joue un rôle dans la vulnérabilité suicidaire sans constituer un facteur suffisant ou nécessaire à un passage à l'acte suicidaire chez la personne âgée souffrant de démence (26).

De plus, la dépression paraît exercer une influence variable suivant le type de démence. Comme il est noté dans l'étude australienne (19), il existe une association significative entre idées suicidaires et symptômes dépressifs dans la démence d'Alzheimer, ce qui n'est pas le cas pour les autres démences. Il se pourrait que les patients atteints de la maladie d'Alzheimer avec des symptômes dépressifs soient plus tourmentés par le suicide ou la mort que les patients souffrants de symptômes dépressifs et d'une autre démence.

H. Perspectives

Ces résultats ouvrent plusieurs perspectives. Pour éclairer ce lien entre démence et suicide, il pourrait être intéressant de s'interroger sur les différentes causes de décès chez les patients souffrant de démence, et savoir quel part le suicide occupe parmi toutes ces causes de décès dans la population âgée touchée par des troubles neurocognitifs.

Au vu d'un risque suicidaire plus élevé dans l'année qui suit le diagnostic de démence, d'après notre travail, il serait judicieux de pratiquer un examen psychiatrique systématique à la suite de l'annonce de diagnostic de démence chez une population âgée avec un suivi rapproché effectué par un psychiatre pour améliorer la prévention primaire et secondaire du suicide chez cette population.

Des travaux pourraient être également menés pour la recherche de facteurs de prédictibilité. Sur le plan génétique, on a évoqué la possible existence d'un facteur génétique qui ferait le lien entre la forme comportementale de la démence fronto-temporale et le suicide. On peut se questionner sur l'existence de facteurs génétiques communs au suicide et aux troubles neuro cognitifs.

Sur le plan neuroanatomique, on présume que l'atteinte des régions du cortex frontal, ventro médian, dorso médian, orbito frontal, cingulaire antérieur lors de troubles neuro cognitifs constitue un terrain de prédisposition aux conduites suicidaires. (15)

Par conséquent, des marqueurs neurocognitifs potentiels pourraient-ils en association avec des signes et symptômes cliniques participer à améliorer la prédiction des actes suicidaires chez les patients à haut risque ? Autrement dit, la combinaison d'un

examen psychiatrique et l'utilisation de tests neurocognitifs, dans les suites du diagnostic pourraient permettre d'identifier des patients à haut risque de suicide.

Enfin, on sait qu'il existe une étroite relation entre dépression et conduites suicidaires, même chez les sujets souffrant de démence ; et que la dépression provoque des altérations cognitives qui constituent un facteur favorisant le passage à l'acte suicidaire. Dans ce cadre, on pourrait s'interroger sur le degré d'efficacité de l'initiation d'un traitement antidépresseur sur la réduction de la détresse psychique du patient et sur le risque de comportement suicidaire. Cela pourrait mériter l'objet d'une étude évaluant l'efficacité d'un antidépresseur sur les conduites suicidaires chez la population âgée atteinte de démence.

V. Conclusion

Ce travail a permis de souligner le peu de données scientifiques sur cette association entre démence et suicide chez la personne âgée. Il démontre que le lien entre démence et suicide ne bénéficie pas d'un consensus parmi tous les auteurs.

En revanche, on peut identifier une population avec un taux de suicide plus important ou pour le moins, à risque suicidaire plus élevé. Il s'agit d'une population ayant eu un diagnostic récent de trouble neurocognitif, à un âge autour de 65 ans, et notamment lorsqu'il s'agit d'une démence fronto-temporale. On peut ajouter que ces sujets utilisent principalement l'arme à feu et l'intoxication médicamenteuse pour se suicider.

Cela montre l'importance de la vigilance à apporter au patient de la part des soignants mais aussi des aidants, concernant le risque suicidaire à la suite du diagnostic de trouble neurocognitif. D'autant qu'il peut être plus difficile pour le patient dément, en raison de ses difficultés cognitives, de prévenir son entourage d'une velléité de passage à l'acte suicidaire.

VI. Bibliographie

1. Hawton K, van Heeringen K. Suicide. *The Lancet*. 2009 Apr;373(9672):1372–81.
2. Courtet P. Suicides et tentatives de suicide. Lavoisier; 2010.
3. Julien Daniel Guelfi & Frédéric Rouillon. Manuel de psychiatrie. 3e édition. 2017.
4. World Health Organization. Suicide worldwide in 2019: global health estimates. 2021.
5. Richard-Devantoy S, Jollant F. Le suicide de la personne âgée : existe-t-il des spécificités liées à l'âge ? *Sante Ment Que*. 2013 Mar 18;37(2):151–73.
6. Stéphane Richard Devantoy et al. Peut-on parler de libre choix dans le déterminisme cognitif des conduites suicidaires des aînés ? *Inf Psychiatr*. 2015;
7. Conejero I, Lopez-Castroman J, Giner L, Baca-Garcia E. Sociodemographic Antecedent Validators of Suicidal Behavior: A Review of Recent Literature. *Curr Psychiatry Rep*. 2016 Oct 5;18(10):94.
8. Emile Durkheim. *Le suicide*. 1897.
9. Halbwachs M. causes du suicide. Chicoutimi: J.-M. Tremblay; 2003.
10. Kiledjian É. Le suicide, ultime liberté ou détresse profonde ? Jusqu'à la mort accompagner la vie. 2013 Dec 1;n° 115(4):5–10.
11. Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrie. Référentiel de psychiatrie et d'addictologie. 3e édition. 2021.
12. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. American Psychiatric Association Publishing; 2022.
13. Dr Stéphane Richard-Devantoy PPDDBGJBG. Conduite suicidaire chez l'enfant et l'adolescent. *Revue du praticien*. 2010;
14. Yannick Béjot ACLD et MM. Collège des enseignants de neurologie. 6e édition. 2021.
15. Richard-Devantoy S, Jollant F, Deguigne F, Letourneau G. Neurocognitive markers of suicide vulnerability in the elderly: a review. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement*. 2013 Dec;11(4):367–78.
16. David Blum LBFP. *Maladie d'Alzheimer Une maladie neurodégénérative complexe mais de mieux en mieux comprise*. INSERM. 2019.
17. Koyama A, Fujise N, Matsushita M, Ishikawa T, Hashimoto M, Ikeda M. Suicidal ideation and related factors among dementia patients. *J Affect Disord*. 2015 Jun;178:66–70.
18. Holmstrand C, Rahm Hallberg I, Saks K, Leino-Kilpi H, Renom Guiteras A, Verbeek H, et al. Associated factors of suicidal ideation among older persons with dementia living at home in eight European countries. *Aging Ment Health*. 2021 Sep 2;25(9):1730–9.
19. Draper B, MacCuspie-Moore C, Brodaty H. Suicidal ideation and the "wish to die" in dementia patients: the role of depression. *Age Ageing*. 1998 Jul 1;27(4):503–7.
20. Forsell Y, Jorm AF, Winblad B. Suicidal thoughts and associated factors in an elderly population. *Acta Psychiatr Scand*. 1997 Feb;95(2):108–11.
21. Moretti R, Torre P, Antonello RM, Cazzato G. Behavioral Alterations and Vascular Dementia. *Neurologist*. 2006 Jan;12(1):43–7.
22. Zucca M, Rubino E, Vacca A, Govone F, Gai A, de Martino P, et al. High Risk of Suicide in Behavioral Variant Frontotemporal Dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementiasr*. 2019 Jun 17;34(4):265–71.
23. Borges G, Acosta I, Sosa AL. Suicide ideation, dementia and mental disorders among a community sample of older people in Mexico. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2015 Mar;30(3):247–55.

24. JORM AF, HENDERSON AS, SCOTT R, KORTEN AE, CHRISTENSEN H, MACKINNON AJ. Factors associated with the Wish to Die in Elderly People. *Age Ageing*. 1995;24(5):389–92.
25. LAWRENCE D, ALMEIDA OP, HULSE GK, JABLENSKY A v., D’ARCY J. HOLMAN C. Suicide and attempted suicide among older adults in Western Australia. *Psychol Med*. 2000 Jul;30(4):S0033291799002391.
26. Erlangsen A, Zarit SH, Conwell Y. Hospital-Diagnosed Dementia and Suicide: A Longitudinal Study Using Prospective, Nationwide Register Data. *American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2008 Mar 1;16(3):220–8.
27. Annor FB, Bayakly RA, Morrison RA, Bryan MJ, Gilbert LK, Ivey-Stephenson AZ, et al. Suicide Among Persons With Dementia, Georgia, 2013 to 2016. *J Geriatr Psychiatry Neurol*. 2019 Jan 26;32(1):31–9.
28. Schmutte T, Olfson M, Maust DT, Xie M, Marcus SC. Suicide risk in first year after dementia diagnosis in older adults. *Alzheimer’s & Dementia*. 2022 Feb 25;18(2):262–71.
29. Purandare N, Voshaar RCO, Rodway C, Bickley H, Burns A, Kapur N. Suicide in dementia: 9-year national clinical survey in England and Wales. *British Journal of Psychiatry*. 2009 Feb 2;194(2):175–80.
30. Lai AX, Kaup AR, Yaffe K, Byers AL. High Occurrence of Psychiatric Disorders and Suicidal Behavior Across Dementia Subtypes. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2018 Dec;26(12):1191–201.
31. Korhonen T, Katisko K, Cajanus A, Hartikainen P, Koivisto AM, Haapasalo A, et al. Comparison of Prodromal Symptoms of Patients with Behavioral Variant Frontotemporal Dementia and Alzheimer Disease. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2020;49(1):98–106.
32. Seyfried LS, Kales HC, Ignacio R v., Conwell Y, Valenstein M. Predictors of suicide in patients with dementia. *Alzheimer’s & Dementia*. 2011 Nov;7(6):567–73.
33. O’Connell H, Chin AV, Cunningham C, Lawlor BA. Recent developments: Suicide in older people. *BMJ*. 2004 Oct 16;329(7471):895–9.
34. Almeida OP, Draper B, Snowdon J, Lautenschlager NT, Pirkis J, Byrne G, et al. Factors associated with suicidal thoughts in a large community study of older adults. *British Journal of Psychiatry*. 2012 Dec 2;201(6):466–72.
35. DEWEY ME, DAVIDSON IA, COPELAND JRM. Expressed Wish to Die and Mortality in Older People: A Community Replication. *Age Ageing*. 1993;22(2):109–13.
36. Guenegou AL, Behar F, Abdallah F, Mobarak W, Veyseyre O, Ballanger E. Risque suicidaire et spécificités gériatriques : évaluation dans une unité de géronto-psychiatrie. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*. 2012 Dec;12(72):283–7.
37. Haw C, Harwood D, Hawton K. Dementia and suicidal behavior: a review of the literature. *Int Psychogeriatr*. 2009 Jun 16;21(03):440.
38. Conwell Y, Thompson C. Suicidal Behavior in Elders. *Psychiatric Clinics of North America*. 2008 Jun;31(2):333–56.
39. de Leo D, Draper BM, Snowdon J, Kølves K. Contacts with health professionals before suicide: Missed opportunities for prevention? *Compr Psychiatry*. 2013 Oct;54(7):1117–23.
40. Nicolas Chauliac. Prévenir le suicide des personnes âgées institutionnalisées. [Lyon]; 2020.

41. Mann JJ. Neurobiology of suicidal behaviour. *Nat Rev Neurosci*. 2003 Oct;4(10):819–28.
42. Hsiao JJ, Kaiser N, Fong SS, Mendez MF. Suicidal Behavior and Loss of the Future Self in Semantic Dementia. *Cognitive and Behavioral Neurology*. 2013 Jun;26(2):85–92.
43. Sabodash V, Mendez MF, Fong S, Hsiao JJ. Suicidal Behavior in Dementia. *American Journal of Alzheimer’s Disease & Other Dementias*. 2013 Sep 1;28(6):592–9.
44. Chakrabarty T, Sepehry AA, Jacova C, Hsiung GYR. The Prevalence of Depressive Symptoms in Frontotemporal Dementia: A Meta-Analysis. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2015;39(5–6):257–71.
45. Solje E, Riipinen P, Helisalmi S, Särkioja T, Laitinen M, Hiltunen M, et al. The role of the FTD-ALS associated C9orf72 expansion in suicide victims. *Amyotroph Lateral Scler Frontotemporal Degener*. 2016 Nov 16;17(7–8):589–92.
46. Morgan ER, Gomez A, Rivara FP, Rowhani-Rahbar A. Household Firearm Ownership and Storage, Suicide Risk Factors, and Memory Loss Among Older Adults: Results From a Statewide Survey. *Ann Intern Med*. 2019 Aug 6;171(3):220.
47. Conwell Y, Duberstein PR, Connor K, Eberly S, Cox C, Caine ED. Access to Firearms and Risk for Suicide in Middle-Aged and Older Adults. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2002 Jul;10(4):407–16.
48. Humeau M, Papet N, Jaafari N, Gotzamanis L, Lafay N, Senon JL. Disponibilité des armes à feu et risque suicidaire: revue de la littérature. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 2007 May;165(4):269–75.
49. Roche J. Analyse de la littérature médicale française et internationale sur la dépression et le suicide des personnes âgées. 2014;
50. Bindler L, Touzeau T, Travers D, Millet B. Le suicide dans la maladie de Huntington : état actuel des connaissances. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 2010 Jun;168(5):338–42.
51. Chaulet S, Annweiler C, Chocard AS, Gohier B, Verny C, Garré JB, et al. Les déterminants du passage à l’acte suicidaire dans la maladie de Huntington. *Inf Psychiatr*. 2010;86(7):611.
52. An S, Cruwys T, Lee H, Chang MXL. Cultural Differences in Reactions to Suicidal Ideation: A Mixed Methods Comparison of Korea and Australia. *Archives of Suicide Research*. 2020 Jul 2;24(3):415–34.
53. Keene J, Hope T, Fairburn CG, Jacoby R. Death and dementia. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2001 Oct;16(10):969–74.
54. Suominen K, Henriksson M, Isometsä E, Conwell Y, Heilä H, Lönnqvist J. Nursing home suicides—a psychological autopsy study. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2003 Dec;18(12):1095–101.
55. Waern M. Burden of illness and suicide in elderly people: case-control study. *BMJ*. 2002 Jun 8;324(7350):1355–1355.
56. Conwell Y. Relationships of age and axis I diagnoses in victims of completed suicide: a psychological autopsy study. *American Journal of Psychiatry*. 1996 Aug;153(8):1001–8.
57. CLEMENT JP ; NASSIF RF ; LEGER JM ; COLLECTIF ; MARCHAN F. Mise au point et contribution à la validation d’une version française brève de la “geriatric depression scale” de Yesavage. *Encephale*. 1997;
58. Snowden J. Is Depression More Prevalent in Old Age? *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2001 Dec 17;35(6):782–7.

59. Ready RE, Ott BR, Grace J, Cahn-Weiner DA. Apathy and Executive Dysfunction in Mild Cognitive Impairment and Alzheimer Disease. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2003 Mar;11(2):222–8.
60. Groulx.B. Dépression et démence : ce que les cliniciens doivent savoir (1e partie). *revue canadienne de la maladie d'Alzheimer*. 2001;
61. Emery VO O te. Update on the dementia spectrum of depression. *American Journal of Psychiatry*. 1992 Mar;149(3):305–17.
62. Jorm AF. History of Depression as a Risk Factor for Dementia: An Updated Review. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2001 Dec 17;35(6):776–81.

AUTEUR : Nom : GUSELLA

Prénom : Maxime

Date de soutenance : 14 octobre 2022

Titre de la thèse : Suicidalité chez la personne âgée atteinte de troubles neurocognitifs

Thèse - Médecine - Lille 2022

Cadre de classement : Psychiatrie

DES + FST/option : Psychiatrie

Mots-clés : Suicide, Suicidalité, Trouble neurocognitif, Démence, Personne âgée

Résumé :

Introduction : Le suicide chez la personne âgée est un réel enjeu de santé publique.

En France, en 2003, on dénombrait 3500 décès par suicide après 60 ans, ce qui représentait un tiers de l'ensemble des suicides. Depuis, ce chiffre est resté sensiblement le même. L'objectif de notre travail est d'étudier la relation entre suicide et troubles neurocognitifs chez la personne âgée.

Méthode : Une revue narrative de la littérature scientifique a été effectuée à partir d'articles rédigés en anglais, à l'aide de la base électronique Pubmed. Les mots clés (MESH) définis étaient « suicide » « dementia » et « elderly ».

Résultats : 17 articles ont ainsi été inclus. On retrouve une prévalence d'idées suicidaires toute démence confondue de 0,9% à 22,5%. Concernant le taux de suicide, les résultats des différentes études divergent pour définir si la démence constitue un facteur de risque ou un facteur protecteur de suicide. Par ailleurs, le taux de suicide est le plus élevé dans les 6 à 12 premiers mois qui suivent le diagnostic de démence, et notamment à un âge entre 65 et 74 ans. Le risque suicidaire est le plus important dans la démence fronto-temporale comparé aux autres démences. Les modes opératoires suicidaires les plus utilisés sont l'arme à feu et l'intoxication médicamenteuse volontaire.

Conclusion : Le lien entre suicide et démence chez la personne âgée ne bénéficie pas d'un consensus dans la littérature scientifique. On identifie cependant une population à risque suicidaire plus élevé. Il s'agit d'une population ayant eu un diagnostic récent de trouble neurocognitif, à un âge autour de 65 ans, et notamment lorsqu'il s'agit d'une démence fronto-temporale.

Composition du Jury :

Président : Pr G.VAIVA

Assesseur : Dr E.DIERS

Directeur de thèse : Dr A.DEMESMAEKER