Suicidalité et troubles neurocognitifs

4ème Congrès de la SF3PA

Dr Martin Comon

Gérontopsychiatre

Centre Hospitalier Le Vinatier

SF3PA

ANIPPA
Association Nationale des Internes de Psychiatrie de la Personne Agée

Centre hospitalier Le Vinatier

Pôle ΨPA

Liens d’intérêt

- Aucun

Plan

SF3PA

- **Introduction**
- **Revue de la littérature : Troubles neurocognitifs et suicide**
  - Étiologie du TNC et suicidalité
  - Le diagnostic : une période critique
  - Profil neuropsychologique
  - TNC, suicidalité et EHPAD
  - Risque suicidaire des aidants
- **Discussion**
- **Perspectives**
- **Conclusion**

Introduction : un problème fréquent …

- 800.000 décès par suicide / an dans le monde

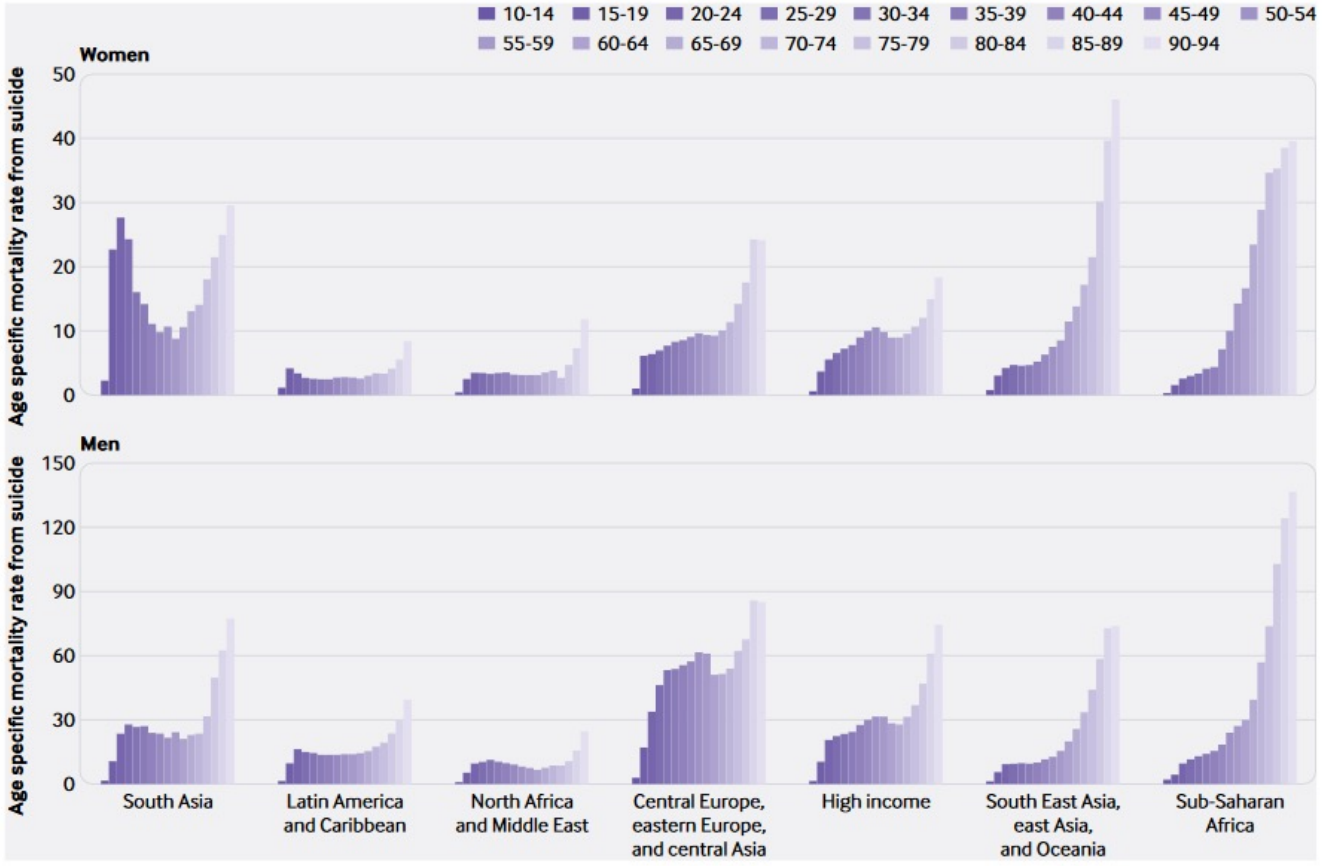
- Dans les 3ères causes de décès des 15-25 ans et les 10ères causes pour les sujets > 60 ans

- Facteurs de risque similaires à tout âge :
  - Sexe masculin
  - Pathologies psychiatriques
  - Stress sociaux

- Prévention focalisée sur les sujets jeunes

- *Naghavi 2019, Global, regional, and national burden of suicide mortality 1990 to 2016: systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016*
- *World Health Organization*

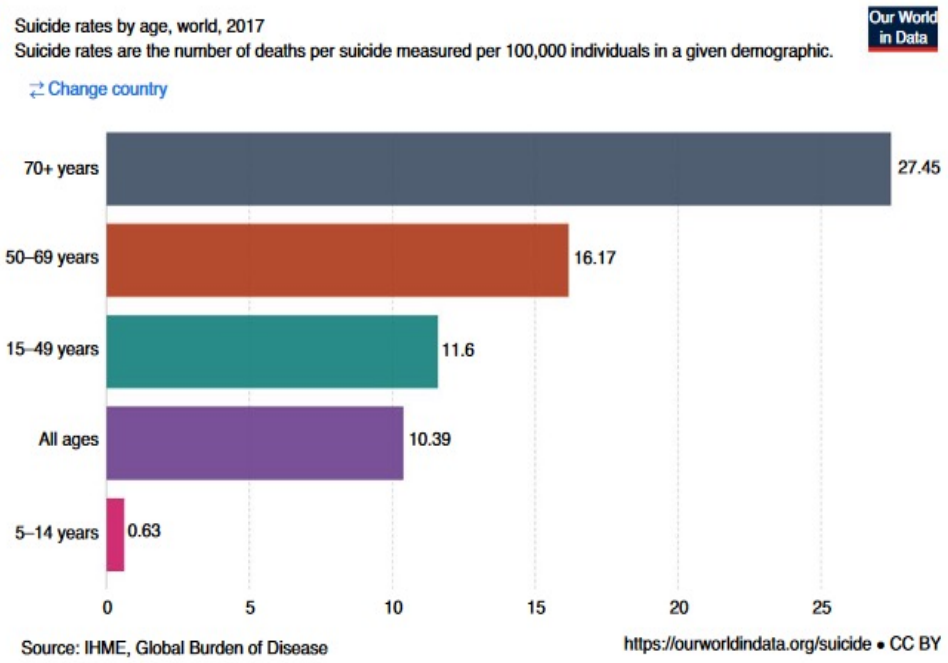
Introduction : un problème fréquent …



- *Naghavi 2019, Global, regional, and national burden of suicide mortality 1990 to 2016: systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016*

Introduction : … à fortiori chez les âgés !

- Taux de suicide plus élevé chez les > 60 ans (20 à 25% du total de suicides)
- Augmentation taux de suicide avec l'âge mais plus de TS dans la tranche 60 – 74 ans
- **4 TS par suicide chez les > 60 ans** vs **25 TS par suicide pour les 15 – 25 ans**
- Risque x2 à x4 pour les hommes âgés



- *Koo 2017, Suicide in older adults: differences between the young-old, middle-old, and oldest old*
- *Conejero 2018, Suicide in older adults: current perspectives*
- *Naghavi 2019, Global, regional, and national burden of suicide mortality 1990 to 2016: systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016*

Introduction : un problème complexe !

SF3PA

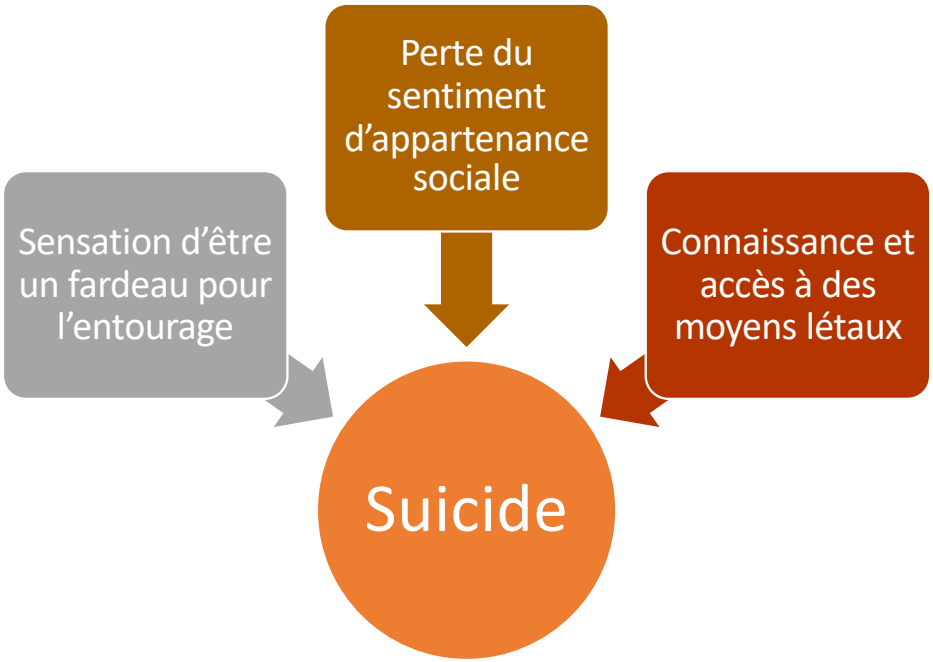
- Sous-estimation du nombre de décès par suicide chez les sujets âgés
  - « Suicide silencieux »
  - « Suicide passif »
  - Mort violente

- Âgisme au sein de la société et des soignants
  - Attitude fataliste vis-à-vis du suicide sujet âgé

- Mauvaise évaluation du risque suicidaire chez les sujets âgés : **45% consultent le MT dans les 4 à 8 semaines avant suicide**

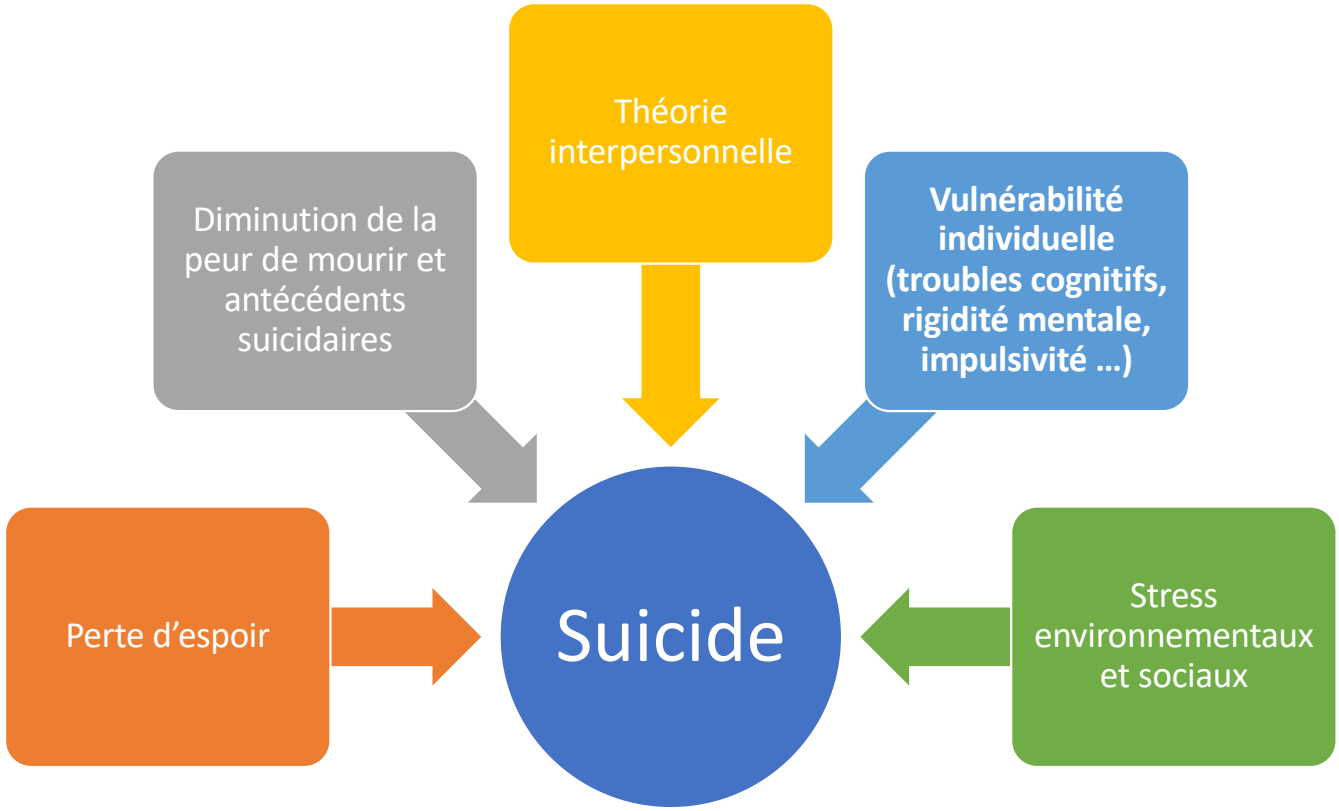
- *Fazel 2020, Suicide*
- *De Leo 2022, Late-life suicide in an aging world*

Introduction : Théorie interpersonnelle du suicide



- *Joiner 2010, The interpersonal theory of suicide*
- *Van Heeringen 2012, Stress–Diathesis Model of Suicidal Behavior*
- *Conejero 2018, Suicide in older adults: current perspectives*

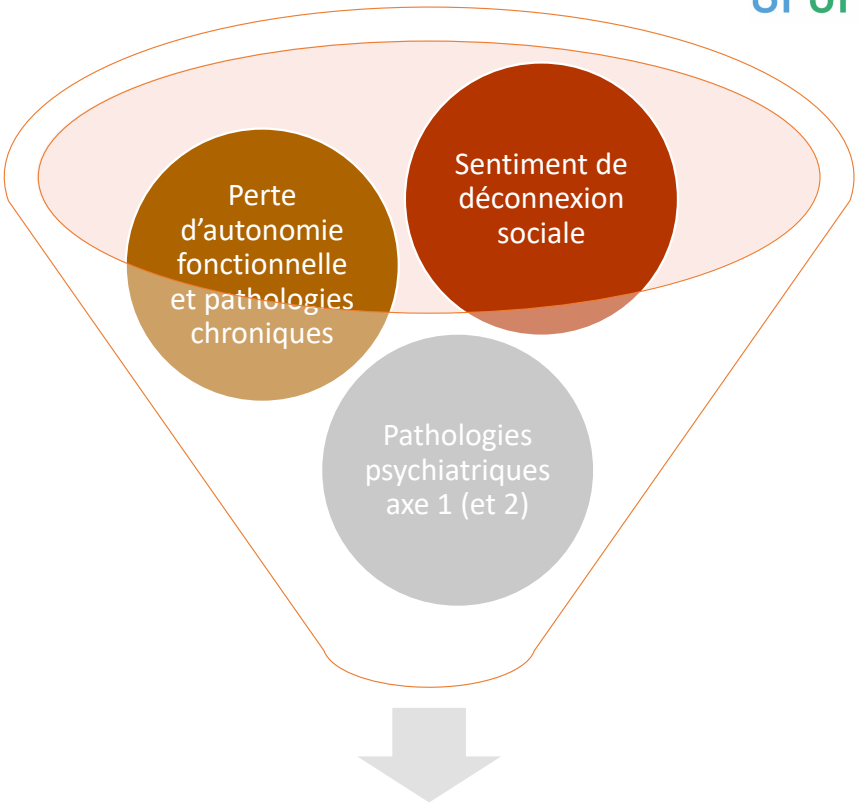
Introduction : Modèle Stress-Diathesis



- *Joiner 2010, The interpersonal theory of suicide*
- *Van Heeringen 2012, Stress–Diathesis Model of Suicidal Behavior*
- *Conejero 2018, Suicide in older adults: current perspectives*

Introduction : modèle du suicide de l'âgé

- Isolement social, deuils, désinsertion vie communautaire et réduction activités hédoniques
- Perte d'autonomie fonctionnelle et perte de contrôle des fonctions corporelles
- Pathologies cancéreuses, arthrose/arthrite, **troubles neurologiques dont TNC**, troubles génito-urinaires (homme)
- Troubles affectifs (EDC ++), antécédents suicidaires



Suicide du sujet âgé

- *Conwell 2011, Suicide in older adults*
- *Fassberg 2012, A systematic review of social factors and suicidal behavior in older adulthood*
- *Fassberg 2016, A systematic review of physical illness, functional disability, and suicidal behaviour among older adults*

Revue de la littérature : Points généraux

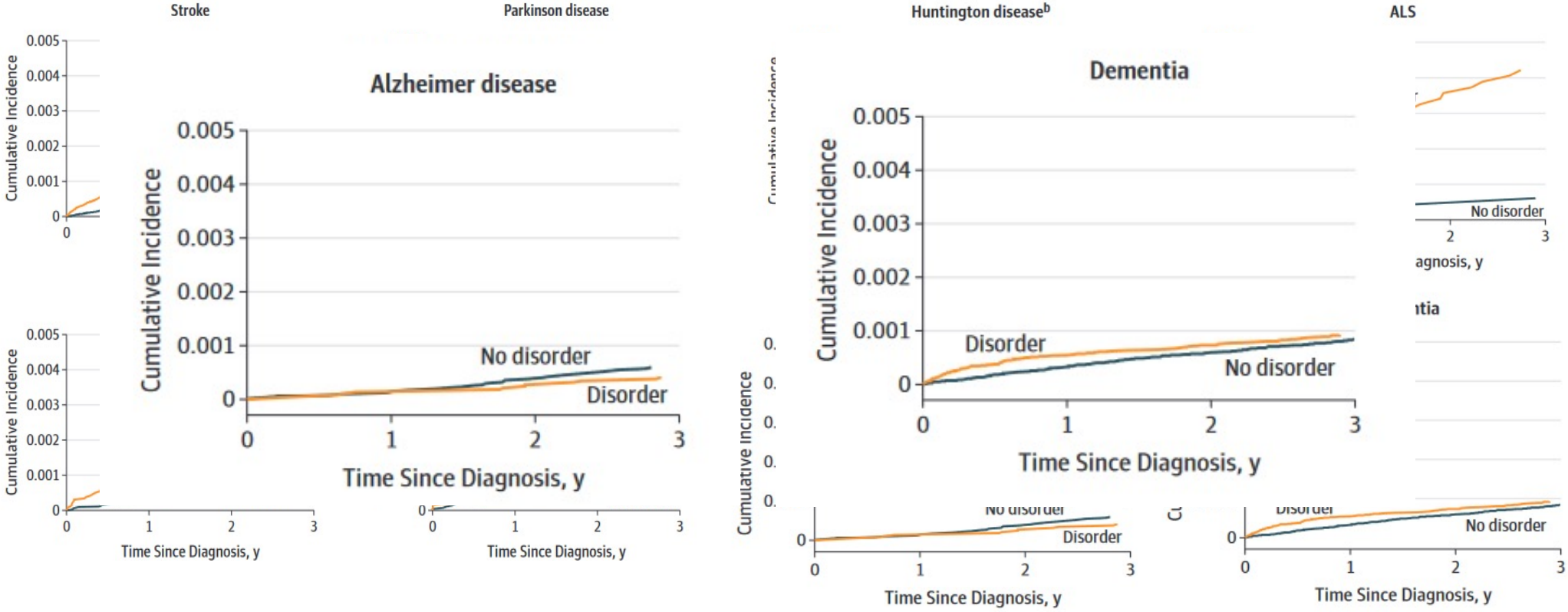
- TNC : 1ère cause de perte d'autonomie du sujet âgé et fréquence élevée

- Population très hétérogène : âge, étiologie et origine génétique, profil neuropsychologique, conditions socio-économiques, comorbidités somatiques et psychiatriques, déclin autonomie …

- Exposition majeure aux facteurs de risque de suicide

- *Fassberg 2016, A systematic review of physical illness, functional disability, and suicidal behaviour among older adults*
- *Sinyor 2016, Suicide in the oldest old: an observational study and cluster analysis: A cluster analysis of suicide in the oldest old*

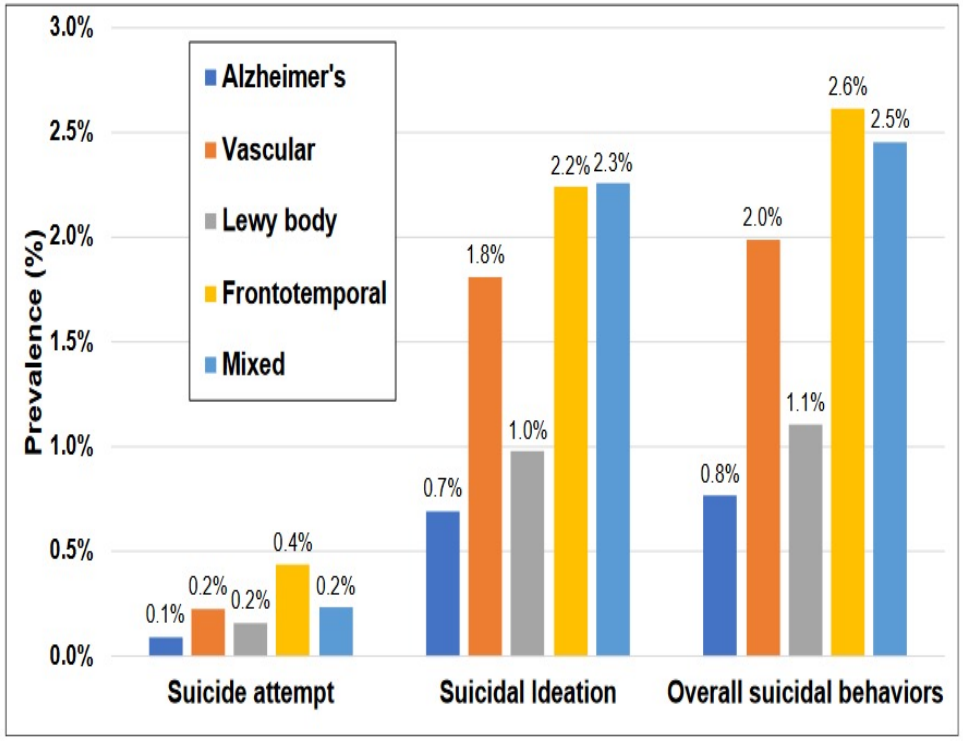
Étiologie du TNC et suicidalité



- *Erlangsen 2020, Association Between Neurological Disorders and Death by Suicide in Denmark*

Étiologie du TNC et suicidalité

- Comportement suicidaire élevé dans les TNC, sauf MA
- Risque plus élevé chez les hommes et les sujets jeunes
- Association fréquente à la dépression et au mésusage d'alcool
- TS médicamenteuses ++



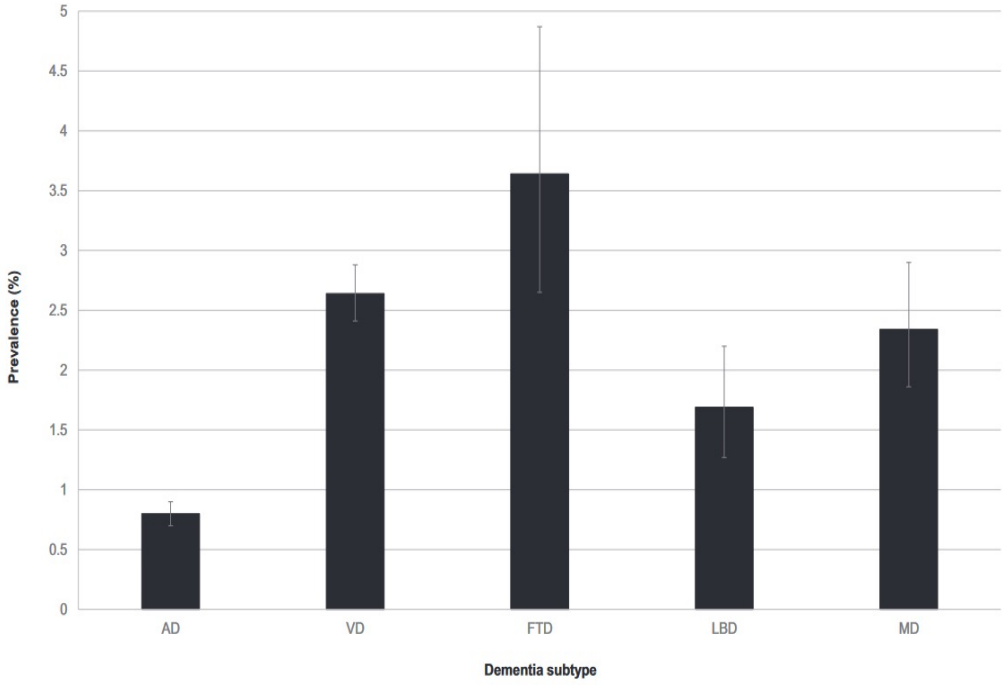
- *Alipour-Haris 2022, Suicidal Ideation and Suicide-Attempt-Related Hospitalizations among People with Alzheimer's Disease (AD) and AD-Related Dementias in the United States during 2016–2018*

Étiologie du TNC et suicidalité

- Pathologies psychiatriques = FdR suicidaire dans les TNC

- Comorbidités psychiatriques
  - 45% des DFT
  - 40% des DV
  - 35% des MCL
  - 20% des MA

- **EDC ++ (surtout MCL/DV)**
- **Idées délirantes (jalousie, persécution)**



- *Lai 2018, High Occurrence of Psychiatric Disorders and Suicidal Behavior Across Dementia Subtypes*

Étiologie du TNC et suicidalité

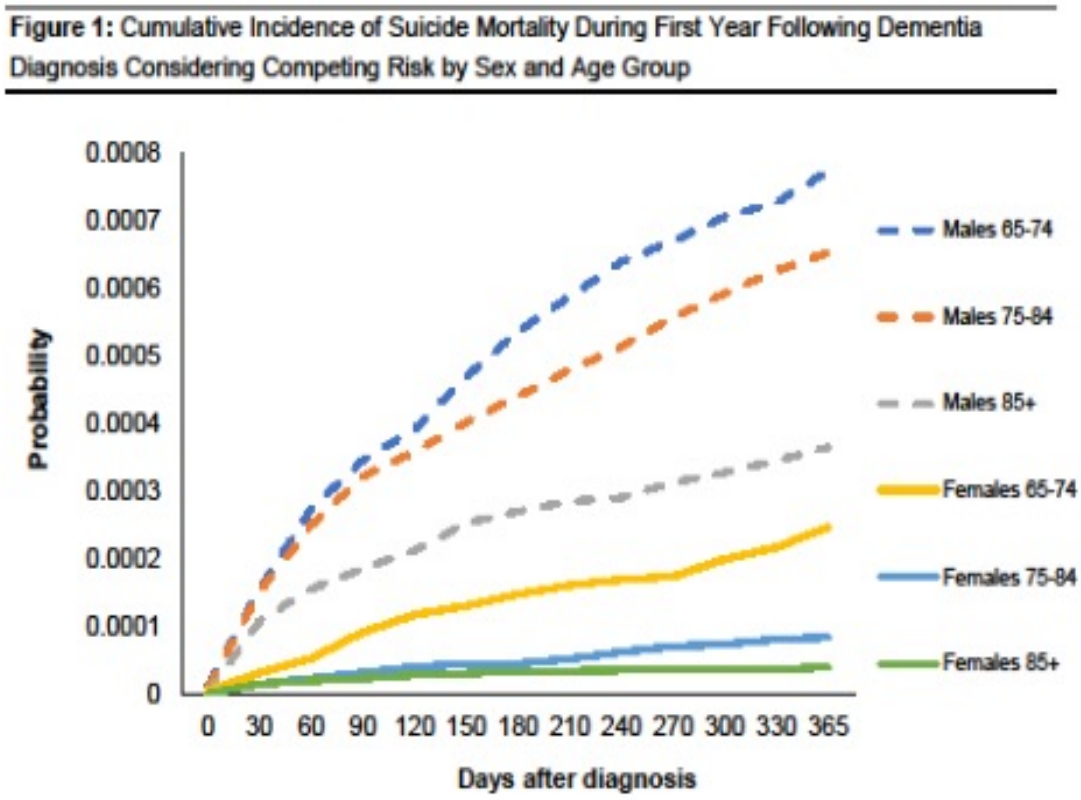
- Plusieurs études retrouvent un risque suicidaire accru dans la DFT
- Zucca 2019 : 35 DFT vs 25 contrôles
  - 40% idées suicidaires dans la DFT vs 8% contrôle sain âgé
  - 4 TS vs 0
  - Association significative au parkinsonisme, sujet jeune, durée évolution

- Rôle de la sérotonine dans les régions préfrontales corticales
- Rôle de la dopamine dans les ganglions de la base (noyau caudé, putamen) et noyau accumbens

- *Zucca 2019, High Risk of Suicide in Behavioral Variant Frontotemporal Dementia*

Le diagnostic : une période critique

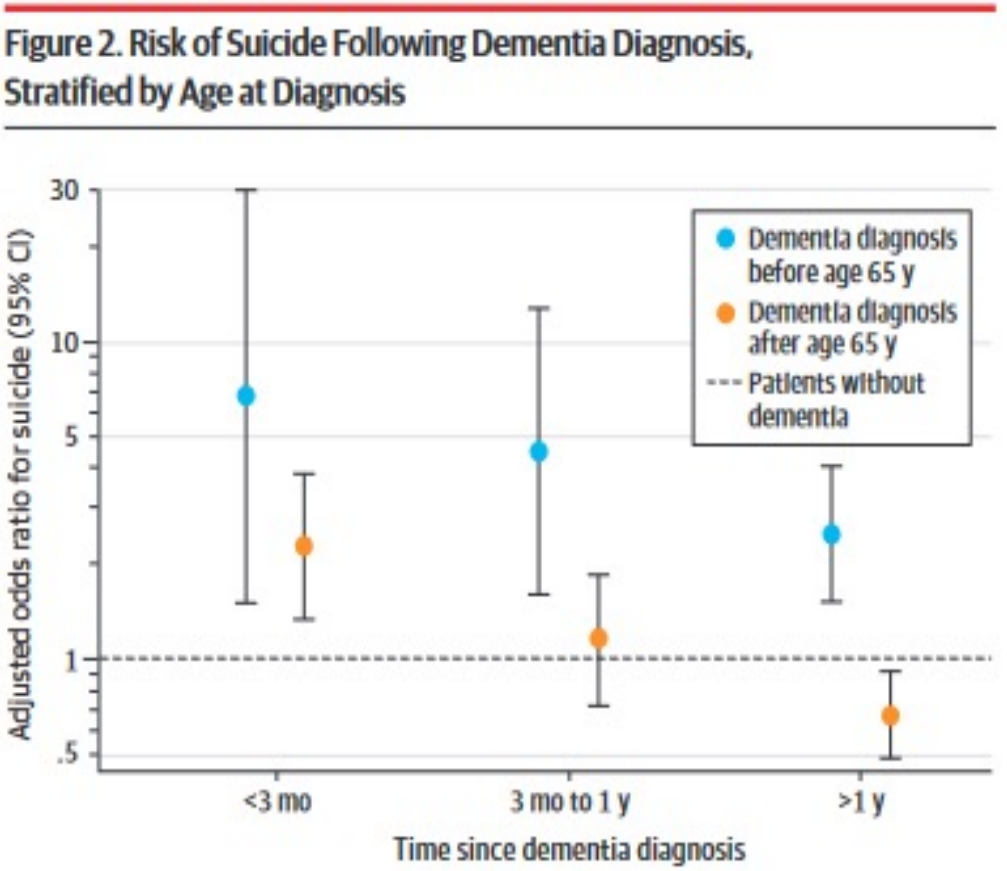
- Décès par suicide plus fréquent dans les TNC vs contrôle : RR 1,53
- 50% des suicides dans les 90 jours suivant le diagnostic
- Association à la douleur chronique, mésusage alcool, comorbidités psychiatriques
- DFT +++, VD & MCL +



- *Schmutte 2022, Suicide risk in first year following dementia diagnosis in older adults*

Le diagnostic : une période critique

- **Pas de surrisque suicidaire dans les TNC**
- OR 2,82 pour les sujets < 65 ans avec TNC
- OR 2,47 dans les 3 mois suivants le diagnostic de TNC
- OR 1,52 pour les patients avec comorbidités psychiatriques et TNC
- OR 6,69 pour les sujets < 65 ans et diagnostic récent



- *Alothman 2022, Risk of suicide after dementia diagnosis*

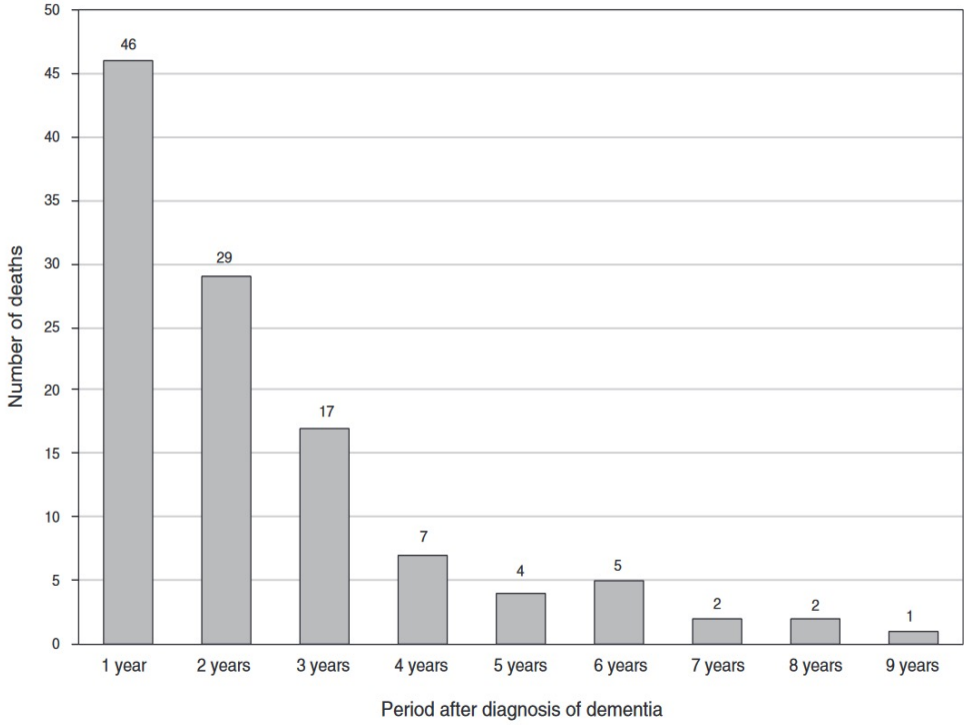
Le diagnostic : une période critique

- Risque suicidaire majeur la 1ère année

- HR 2,57 décès suicide sujets avec TNC vs sujets sains
  - HR 2,5 MA
  - HR 4,32 autres TNC

- Risque plus élevé si comorbidités psychiatriques, **surtout si diagnostic ancien et si sujet jeune**

- **Pas de surrisque en l'absence de comorbidités somatiques ou psychiatriques !**



- *Choi 2021, Suicide risk within 1 year of dementia diagnosis in older adults: a nationwide retrospective cohort study*

Profil neuropsychologique et suicidalité

- Défaut d'insight
  - Faible conscience du TNC et de ses conséquences interpersonnelles : **diminution du risque suicidaire**

- Atteinte des fonctions exécutives
  - Moindre capacité à planifier le suicide ?
  - Moindre flexibilité mentale et moindre capacité à inhiber les idées suicidaires ?
  - Impulsivité ?

- Trouble de la mémoire épisodique et auto-noétique
  - Moindre utilisation des souvenirs spécifiques pour inhiber idées suicidaires ?
  - Moindre capacité à se projeter dans un futur positif

- *Cipriani 2013, Dementia and suicidal behavior*
- *Hemachandra 2014, Impaired executive function in contemplated and attempted suicide in late life*
- *Richard-Devantoy 2015, Suicidal behaviour and memory: A systematic review and meta-analysis*
- *Serafini 2016, Suicide risk in Alzheimer's Disease: A systematic review*

TNC, suicidalité et EHPAD

SF3PA

- 40% des résident en EHPAD ont un TNC (aux USA)
- 2/3 des sujets TNC âgés décèdent en EHPAD (aux USA)
- Peu d'études sur cette population spécifique

- Diminution du risque suicidaire des patients TNC en EHPAD
  - Moindre accès à des moyens létaux
  - Encadrement paramédical et médical
  - Stade modéré à évolué du TNC

- Mais perte d'autonomie majeure, comorbidités somatiques et psychiatriques très fréquentes
- Isolement de la famille : sujet marié

- *Joshaghani 2022, How Residing in a Long-Term Care Facility Affects Suicidal Risk in Patients With Dementia: A Systematic Review*

Et le risque suicidaire des aidants ?

SF3PA

- 80% des patients avec TNC ont un aidant-principal familial

- Charge mentale majeure, risque augmenté d'EDC/anxiété, négligence de la santé physique et mentale, retrait de la vie sociale

- 1/3 des aidants ont des idées suicidaires, **surtout les aidants < 65 ans**
  - Trop peu d'études pour définir l'épidémiologie du suicide de l'aidant

- Diminution des idées suicidaires corrélée au sentiment d'efficacité personnelle et d'utilité
  - Rôle de la psychoéducation aidant !

- *Vitaliano 2003, Is caregiving hazardous to one's physical health? A meta-analysis*
- *Solimando 2022, Suicide risk in caregivers of people with dementia: a systematic review and meta-analysis*

Discussion : un débat ouvert !

- Difficultés à mener des études sur une population hétérogène et complexe (diagnostic, suivi, consentement, lien avec comorbidités, contrôle des évènements suicidaires, culture)
  - Résultats parfois contradictoires !

- Risque élevé d'idéation suicidaire/TS et risque légèrement plus élevé de décès par suicide *vs population générale*
  - À fortiori DFT et VD !

- *Alvarez Munoz 2020, Suicide and dementia: Systematic review and meta-analysis*

Discussion : un débat ouvert !

SF3PA

- Importance des comorbidités psychiatriques (EDC) et facteurs psychosociaux
  - Comorbidités psychiatriques ou prodrome (MBA) / SPCD ?

- Plus l'âge au diagnostic est bas, plus le risque suicidaire est élevé

- Risque plus élevé période post-diagnostic et stade débutant TNC
  - Théorie interpersonnelle du suicide
  - Fonctions cognitives partiellement préservées
  - Insight relativement intact

  - Définition de la période post-diagnostic ne fait pas consensus !

- *Alvarez Munoz 2020, Suicide and dementia: Systematic review and meta-analysis*

Perspectives cliniques

- Systématiser le dépistage des idées suicidaires pour les patients *(et les aidants)* au sein des consultations mémoires

- Soutien psychologique et/ou psychiatrique à proposer systématiquement aux populations à risque (patient jeune, pathologies génétiques, pathologies psychiatriques comorbides) en période critique (diagnostic, institutionnalisation)
  - **Stratification du risque et profil de patients**

- **Favoriser la connexion entre consultation mémoire et psychiatrie : former les neurologues et gériatres à l'évaluation suicidaire**

- Psychoéducation des aidants

- Renforcer la prévention primaire du risque suicidaire de l'âgé (à fortiori avec troubles cognitifs)

Conclusion

- FdR majeurs TNC et suicide : âge jeune, pathologies génétiques, pathologies psychiatriques comorbides, statut d'aidant
- Temporalité : diagnostic et entrée en institution
- Identifier le risque suicidaire du patient et de l'aidant lors de la prise en charge en soins primaires/secondaires
  - ✓ **Questionner systématiquement**
  - ✓ **Adapter la prise en charge au profil du patient**

- Modification de la perception sociale du suicide du sujet âgé et évolution de la prise en charge des TNC
  - Rôle des nouvelles thérapeutiques à venir
- Euthanasie et suicide assisté : de nouvelles perspectives !

SF3PA