
Dépression et démence : ce que les cliniciens doivent savoir (deuxième partie)

Les professionnels de la santé qui voient régulièrement des personnes âgées souffrant de dépression et de démence doivent porter une attention très particulière au risque de suicide au sein de cette population. Ce deuxième volet d'une série de trois sur la dépression et sur la démence connexe s'attarde aux facteurs de risque et aux zones de danger relativement au risque de suicide chez ces patients et aborde le traitement non pharmacologique de la dépression, tel qu'il s'offre à nous aujourd'hui.

par Bernard Groulx, M.D., CSPQ, FRCPC



Le Dr Groulx est professeur agrégé à l'Université McGill et psychiatre en chef à l'Hôpital Sainte-Anne-de-Bellevue, Centre McGill d'études sur le vieillissement, Université McGill, Montréal (Québec).

Comme nous l'avons vu dans la première partie de cette série d'articles¹, le tableau clinique de la dépression chez la personne âgée est très complexe et demande un examen rigoureux, particulièrement s'il est associé à une composante de démence¹. Le présent volet propose un aperçu de l'évaluation de ces patients, ce qui comprend un examen complet et une évaluation du risque suicidaire, et de diverses options thérapeutiques non pharmacologiques.

Suicide

Les personnes âgées atteintes de démence ou les aidants naturels de patients atteints de démence sont plus à risque à l'égard du suicide que les gens d'autres groupes d'âge. Dans tous les pays du monde, à quelques exceptions près, les taux de suicide augmentent en proportion de l'âge, pour atteindre un pic chez la femme et l'homme âgés (Figure 1). En règle générale, les gens âgés n'expriment pas leur désespoir aussi facilement que les jeunes, et leurs tentatives suicidaires sont très sérieuses. De fait, le ratio entre tentative suicidaire et suicide réussi est de 4:1 chez les gens âgés, contre 20:1 dans la

population en général et 200:1 chez les jeunes femmes².

À la lumière de ces statistiques, il devient donc encore plus important pour le médecin de famille d'évaluer le risque de suicide ou de dépression soupçonnée ou confirmée. Le dépistage peut être effectué au moyen de questions directes portant sur un possible sentiment de désespoir chez le patient et son aidant naturel ou sur des pensées concernant la mort ou le suicide³. Il existe dix facteurs de risque bien connus de suicide qui forment un acronyme (anglais) facile à retenir, le SAD PERSONS (Tableau 1). Avec une gymnastique littéraire que vous me pardonnerez j'espère, j'arrive à franchiser tous ses facteurs pour qu'ils forment le même acronyme.

Facteurs de risque de suicide

Sexe. Le risque de suicide est plus élevé chez les hommes que chez les femmes. En effet, on note trois ou quatre fois plus de suicides chez les hommes que chez les femmes.

Âge. Comme nous l'avons mentionné précédemment, le risque de suicide augmente avec l'âge. Chez les femmes, le taux est le plus élevé vers

l'âge de 75 ans et plus (30 suicides par 100 000 femmes). Chez l'homme, on observe la même tendance (75 suicides par 100 000 hommes) pour le même groupe d'âge. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), dans 98 % des pays du monde, les taux de suicide les plus élevés s'observent chez les hommes et chez les femmes de 75 ans et plus⁴. Par ailleurs, depuis 10 ou 15 ans, en Amérique du Nord, 25 % de tous les suicides ont été commis par des personnes de 65 ans et plus.

Dépression. La présence de dépression clinique, ou d'un trouble affectif majeur, joue un rôle de première importance dans le risque suicidaire. (Pour une liste de symptômes de la dépression, voir la première partie de cette série d'articles¹, parue dans le numéro précédent, où apparaît l'acronyme SIG:ECAPS).

Précédents. Globalement, tous groupes d'âges confondus, il y aurait environ dix fois plus de tentatives suicidaires que de suicides proprement dits. Par contre, dans le sous-groupe particulier des sujets qui ont déjà fait une tentative suicidaire (même si cette tentative remonte à plusieurs années), le risque de mourir par suicide est dix fois plus grand que la population en général.

Éthylisme. L'alcool semble jouer un rôle dans la majorité des tentatives suicidaires. Les patients peuvent y recourir à titre d'automédication pour soulager une détresse psychologique, alors que l'alcool affecte toujours le jugement. L'alcoolisme chronique ou, pire encore, la réapparition récente d'un problème d'alcoolisme posent un risque très grave, et les médecins de famille ne doivent jamais hésiter à approfondir cette problématique avec leurs patients âgés. En effet, il est plus probable qu'une personne alcoolique âgée, de sexe masculin, qui se dit suicidaire, se retrouve

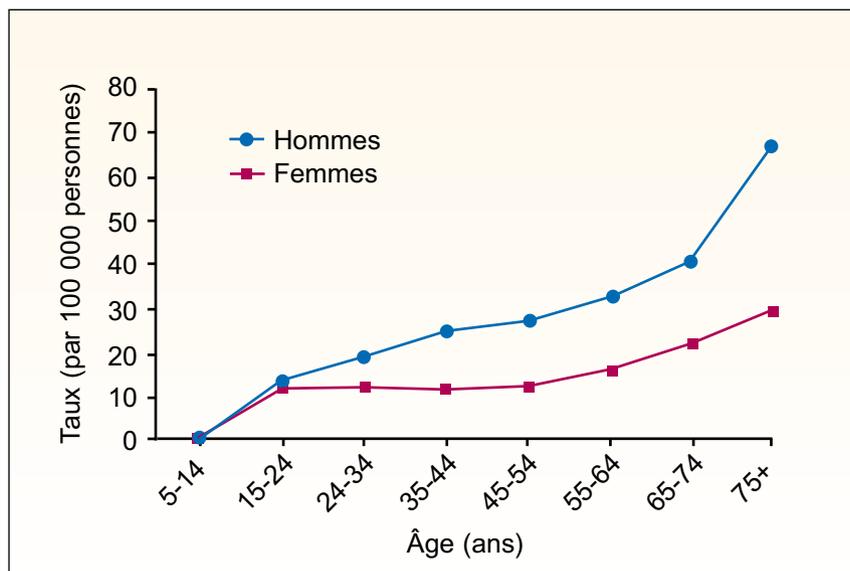


Figure 1 : Taux de suicide à l'échelle mondiale en 1995, selon l'âge et le sexe - OMS.

dans une situation clinique d'une extrême urgence.

Perte Réelle et perte de Rationalité. Le deuil peut prendre des formes très diverses : le décès d'un ami ou d'un proche, le sentiment d'inutilité, le déclin des forces physiques et une piètre estime de soi. Ce sont tous d'importants facteurs. La perte de rationalité fait référence ici aux déficits affectant le jugement qui apparaissent aux premiers stades de la démence et touchant particulièrement les lobes frontaux (comme c'est souvent le cas dans la maladie d'Alzheimer).

Solitude. L'absence de soutien social ou de liens avec la communauté contribue à faire augmenter le risque de suicide. Le fait de vivre seul et la solitude en général sont des facteurs de risque.

Plan Organisé. Des idées suicidaires très précises et organisées représentent d'importants signaux d'alarme pour le médecin de famille et les autres professionnels de la santé.

Conjoint. On a mentionné plus haut que la solitude est en soi un facteur de risque, mais l'absence spécifique d'un conjoint ou d'un être cher est aussi important comme

facteur de risque distinct. Il est important de se souvenir que l'absence d'un conjoint peut être la cause ou la conséquence de la dépression.

Souffrance associée à la maladie.

La coexistence de problèmes de santé physique, particulièrement de maladies chroniques et de surcroît douloureuses, est d'une grande importance lors de l'évaluation du risque suicidaire.

Zones de danger

En plus des facteurs de risque mentionnés auparavant, il existe plusieurs zones de danger bien connues à l'égard du suicide.

La règle des « trois mois ». On note un risque réel de récurrence trois mois après une première tentative suicidaire. Des facteurs psychologiques peuvent être en cause ici. Au cours des quelques semaines suivant une tentative suicidaire, la mobilisation du médecin, du personnel soignant, des amis et des proches crée habituellement une forte impression sur le patient. Toutefois, après un certain temps, ces rapprochements et cet intérêt s'atténuent pour laisser de nouveau place à la solitude et au désespoir.

Tableau 1

Facteurs de risque
à l'égard du suicide :
l'acronyme SAD PERSONS

- Sexe
- Âge
- Dépression
- Précédents
- Éthylisme
- Perte Réelle et perte de Rationalité
- Solitude
- Plan Organisé
- CoNjoint
- Souffrance associée à la maladie

La règle des « 30 jours ». Voilà une règle absolue que ne doit jamais oublier un professionnel de la santé. Si, malheureusement, un patient âgé, atteint ou non de démence, se suicide, le risque suicidaire est immense chez tous ceux qui ont été en contact avec lui. En effet, quiconque tisse des liens émotionnels, professionnels, sympathiques ou empathiques avec une personne qui a attenté à ses jours risque d'avoir des idées noires (par exemple, sur le sens de la vie) au cours des semaines qui suivent. Si s'ajoute une fragilité relative à ce moment (peu importe la raison), le risque de suicide est grave. On pense ici à tous les autres patients de l'unité si le patient était dans un hôpital ou une maison de retraite de même qu'à tous les proches, les amis et le personnel soignant.

La règle des anniversaires. Les anniversaires de mariage, de naissance ou de décès d'un proche ainsi que les fêtes spéciales, comme Noël, exercent une grande influence psychodynamique sur le risque suicidaire.

La règle de la « post-opération ». Dans la population âgée, le risque de suicide augmente après une intervention chirurgicale (même s'il s'agit d'une intervention relativement

mineure) et certaines situations cliniques (par exemple, une infection) qui prennent du temps à guérir.

Le traitement

Il est important de garder à l'esprit les objectifs du traitement de la dépression chez le patient âgé, quel qu'il soit⁵. Parmi ces objectifs, mentionnons l'élimination ou l'atténuation des symptômes dépressifs, la réduction du risque de rechute ou de récurrence éventuelle d'un épisode dépressif et l'augmentation de la qualité de vie du patient. Il ne faut pas oublier que, chez les patients âgés, le traitement approprié de la dépression améliore aussi l'état de santé général.

Traitement non pharmacologique

Les proches de patients atteints de démence ont un lourd fardeau à porter et, s'ils sont fragiles émotionnellement, ils peuvent éventuellement souffrir aussi de problèmes d'ordre psychiatrique, tels que la dépression. Pour eux, être rassurés, informés et soutenus, parfois même à l'aide d'une psychothérapie, procure des bienfaits indéniables. De plus, ces interventions retardent souvent l'institutionnalisation du patient.

Les patients qui ont des symptômes de dépression au début de leur démence peuvent répondre selon leur capacité d'introspection et la nature de leurs problèmes à des techniques psychothérapeutiques, comme le *counselling*, la psychothérapie de type introspectif, les bilans et le traitement par réminiscences. Il s'agit d'approches interpersonnelles sous forme de rencontres individuelles, familiales ou en groupe, qui aident à clarifier certaines questions, à soulager l'isolement social et à faire face aux chagrins. La thérapie cognitive, qui aide à revoir les modes de pensée, les perceptions, les attitudes et les croyances mal adaptés, peut aussi se révéler utile⁶.

Les symptômes de la dépression qui apparaissent plus tard dans un tableau de démence sont plus susceptibles de répondre à des techniques d'orientation dans la réalité en séances individuelles ou de groupe. La thérapie comportementale contribuera à modifier certains comportements problématiques en manipulant l'environnement. D'autres approches, y compris les techniques de relaxation, la musique, l'art-thérapie et même l'aromathérapie agissent dans certains cas.

Les médecins doivent encourager leurs patients atteints de démence et leurs aidants naturels âgés à participer aux activités organisées par les cercles de l'âge d'or de leur localité ou par des groupes bénévoles. Il faut également encourager leur participation aux activités de la vie courante, comme le magasinage, les activités sociales et les divertissements. Bien sûr, comme toujours, la section locale de la Société d'Alzheimer reste une source remarquable de soutien.

Dans le troisième et dernier volet de cet article qui paraîtra dans le prochain numéro, nous aborderons plus en détails les différentes options thérapeutiques pharmacologiques offertes pour la dépression chez cette population de patients.

Références :

1. Groulx B. « Dépression et démence : ce que les cliniciens doivent savoir », *Revue canadienne de la maladie d'Alzheimer*, novembre 2000, vol. 4, n° 2, p. 9-11.
2. Fremouw WJM et coll. *Archives of General Psychiatry*, 1990, 10, p. 547-553.
3. Bhatia SC, Bhatia SK. « Major depression: selecting safe and effective treatment », *American Family Physician*, 1997, 55, p. 1683-1694.
4. Pearson JL, Conwell Y. *International Psychogeriatrics*, 1995, 7, n° 2, p. 131-136.
5. « NIH Consensus Development Panel on Depression in Late Life. Diagnosis and treatment of depression in late life », *JAMA*, 1992, 268, p.1018-1024.
6. Weiss KJ. « Management of anxiety and depression syndromes in the elderly », *J Clin Psychiatry*, 1994, 55, p. 5-12.