

Mon patient est atteint de démence, mais jusqu'à maintenant, cela ne va pas si mal...

par Guy Frenette
et Guy Béland

Quelques mois plus tard... M. Légaré vit chez lui avec son épouse et prend un médicament anticholinestérasique. Vous avez fait le ménage de ses médicaments et éliminé tout ce qui pouvait être anticholinergique. Vous le voyez une fois par mois, et son état semble stable. Vous savez que cela ne durera pas, vous vous demandez quoi surveiller... et que faire avec les autres problèmes de santé de votre patient. De plus, vous sentez bien que vous devriez mettre cette période à profit pour lui conseiller de régler certains aspects légaux et financiers. Mais sa fille vous pose une nouvelle question : se pourrait-il que son père déprime ?

Reconnaître et contrôler les troubles de l'humeur et (ou) l'anxiété

La maladie dépressive est plus fréquente chez les personnes âgées atteintes de démence, mais le tableau n'est pas toujours franc. Jusqu'à 30 % des patients atteints de démence souffrent d'une dépression majeure¹ ; les formes mitigées sont fréquentes. De plus, il peut s'avérer ardu de poser un diagnostic de dépression chez une personne démente qui communique difficilement².

Les critères diagnostiques peuvent être bien cernés si on reste attentif aux symptômes particuliers souvent associés aux déficits cognitifs. Le *tableau I* donne des exemples des signes et symptômes de dépression plus spécifiques à la personne âgée souffrant de démence.

Rappelons que le diagnostic de dépression implique, selon le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (*DSM-IV*), la présence de cinq symptômes (incluant l'humeur triste ou l'anhédonie) pendant deux semaines

Le Dr Guy Frenette, omnipraticien, est chef du service de gériatrie ambulatoire du CHUQ-CHUL, à Québec. Le Dr Guy Béland, omnipraticien, enseigne en médecine familiale et en gériatrie et est chef du service de gériatrie de l'Hôpital Laval, à Québec. Il est également directeur adjoint de l'unité de médecine familiale de l'Hôpital Laval.

T A B L E A U I

Symptômes dépressifs dans la démence

- Humeur triste
- Anhédonie (perte d'intérêt), apathie, retrait des activités
- Troubles du sommeil : insomnie, réveil précoce, errance nocturne, hypersomnie
- Agitation, demandes répétitives, cris, agressivité
- Culpabilité exagérée, regrets par rapport au passé, remords, perte d'estime de soi
- Asthénie, fatigue, hypersomnie diurne, passivité
- Baisse de l'attention, de la concentration
- Perte d'appétit, perte de poids
- Pensées morbides, souhait de mort

ou plus causant une détresse importante ou un changement par rapport au niveau de fonctionnement antérieur³.

Les malades atteints de démence ainsi que leurs proches encourent plus de risques de suicide⁴. Il faut savoir en reconnaître les facteurs de risque. Le *tableau II* résume les éléments à surveiller.

Certains symptômes sont communs autant à la dépression qu'à la démence (passivité, apathie, perte de poids, etc.) (voir le *tableau I* de l'article du Dr Jean-Pierre Beauchemin

T A B L E A U II

Suicide : facteurs de risque

Sexe	Les hommes encourent quatre fois plus de risques que les femmes.
Âge	Les personnes de 75 ans et plus présentent le taux de suicide le plus élevé dans la population.
Dépression	La dépression augmente le risque de suicide (voir le <i>tableau I</i>).
Antécédents	Une tentative antérieure de suicide multiplie le risque de suicide par 10 (attention aux trois premiers mois suivant une tentative ratée).
Éthylisme	Pour soulager la détresse ? Peut aussi affecter le jugement.
Pertes	Deuil, changement de rôle, maladie débilante qui diminue le jugement (ex : démence)
Solitude	Absence de réseau, absence de conjoint
Plan	Un plan précis de suicide augmente le risque.
Douleurs	Maladies chroniques, souffrances physiques mal soulagées

intitulé « Avant de commencer... quelques questions et réponses »). L'installation relativement rapide des symptômes de retrait et d'apathie fera soupçonner qu'un état dépressif s'est ajouté à la démence.

Une dépression peut donc apparaître tout au long du processus démentiel, mais c'est au début de la démence dégénérative ou à la suite d'un accident vasculaire cérébral (AVC) qu'elle se manifeste le plus souvent. Cet état dépressif des premiers stades de la démence est avant tout d'origine neurobiologique : le déséquilibre du fonctionnement neurochimique cause la dépression (« l'humeur, c'est chimique ! »). Bien sûr, le fait que le patient se rende compte de ses pertes (cognitives et autres) joue également sur l'humeur dépressive.

Le concept de pseudodémence développé dans le passé semble périmé : un malade du troisième âge, sans antécédents dysthymiques, qui présente une dépression majeure

avec déficits cognitifs est, jusqu'à preuve du contraire, au début d'un processus démentiel. Certes, il faut absolument traiter les symptômes dépressifs, mais sans oublier de vérifier régulièrement les performances cognitives de ce malade pour les années à venir. La dépression entraîne une détérioration des performances cognitives (mémoire, concentration, jugement). L'atténuation des symptômes dépressifs s'accompagne d'une amélioration cognitive.

La dépression durant la démence est une cause de détresse et de souffrance réelles ; la tristesse excessive et les pleurs, les troubles du sommeil, la perte d'appétit, l'isolement, les idées suicidaires ou la culpabilité exagérée sont autant de symptômes qui justifient un traitement énergétique⁴.

Rappelons que le traitement non pharmacologique comprend l'information, le soutien aux aidants naturels et l'orientation vers les organismes d'aide (Société Alzheimer, CLSC, etc.) (voir l'article intitulé « C'est triste, mais c'est vrai : oui, votre père est atteint de démence »).

Traitement pharmacologique (dépression et démence)

En règle générale, le choix d'un antidépresseur pour un patient âgé dément est le même que pour un patient âgé non dément (*tableau III*). L'approche pharmacologique sera déterminée selon le tableau clinique, le degré d'urgence et la liste des problèmes médicaux connexes.

La notion d'urgence est déterminée par le risque suicidaire ou par l'apparition d'un « syndrome de glissement », tout aussi dévastateur : le patient âgé, dément ou non, habituellement après un événement majeur comme la perte du conjoint ou une maladie aiguë (accident vasculaire cérébral), va tout simplement cesser de manger, de boire, de communiquer, et se laisser rapidement « glisser » vers la mort. Il faut envisager alors de lui donner du méthylphénidate à doses croissantes, pour sa rapidité d'action et son effet psychostimulant puissant : si le résultat s'avère positif, un antidépresseur plus traditionnel peut prendre le relais à moyen terme pendant qu'on diminue tout doucement la dose de méthylphénidate.

En général, il faut éviter de prescrire des antidépresseurs tricycliques au patient dément, car ils sont souvent très

Le concept de pseudodémence développé dans le passé semble périmé : un malade du troisième âge, sans antécédents dysthymiques, qui présente une dépression majeure avec déficits cognitifs est, jusqu'à preuve du contraire, au début d'un processus démentiel.

anticholinergiques, donc susceptibles d'aggraver les déficits cognitifs ou de causer un état confusionnel. Les deux « moins pires » de cette classe sont la désipramine et la nortriptyline. On envisagera un traitement avec un antidépresseur tricyclique (ATC) si le patient a déjà bien répondu à ce type d'antidépresseur lors d'un épisode antérieur. Attention : les ATC ont un haut potentiel toxique en surdose ! Bref, leur usage pour un patient atteint de démence devrait être exceptionnel.

Le premier choix s'avère, pour un patient dément, un inhibiteur sélectif du recaptage de la sérotonine (ISRS). Sauf la fluoxétine (Prozac®), déconseillée pour les personnes âgées à cause de sa trop longue demi-vie, tous les ISRS sont indiqués. On choisira l'un ou l'autre selon qu'on recherche un effet sédatif ou plutôt stimulant, et en fonction des interactions possibles avec d'autres médicaments. Ces médicaments sont sécuritaires.

La durée du traitement ? Strict minimum : un an. De plus en plus, on tend à maintenir indéfiniment un traitement efficace chez un malade âgé, à moins que ne surgissent des effets secondaires.

Lorsque l'on soupçonne une dépression psychotique chez un patient dément, il faut d'abord traiter le trouble délirant et (ou) les hallucinations associées. Le traitement avec des antipsychotiques (voir l'article qui suit) peut apporter un soulagement rapide des symptômes psychotiques et soulager d'autant la détresse associée. Les symptômes dépressifs persistants seront traités dans un deuxième temps avec un antidépresseur, et le traitement antipsychotique sera poursuivi à la dose efficace.

Enfin, dans les cas de dépressions majeures réfractaires au traitement ou mettant en danger la vie du patient, l'orientation vers un spécialiste est à considérer : un traitement potentialisateur de l'antidépresseur, une hospitalisation ou des électrochocs seront peut-être indiqués.

Suivre la façon dont le patient s'organise à domicile

Un des rôles déterminants du médecin à ce stade de la

maladie (démence de légère à modérée) est de conseiller judicieusement les proches quant aux attitudes à adopter concernant la sécurité à domicile. Mille et un petits trucs peuvent faire la différence entre un maintien à domicile relativement facile et une demande urgente de placement en hébergement. Une liste de conseils est publiée dans l'article intitulé « Adapter l'environnement : un moyen pour aider à compenser les déficits cognitifs », que l'on pourra garder sous la main au cabinet ou remettre aux proches comme aide-mémoire.

Régler la question des aspects légaux

Les aspects légaux doivent être réglés à ce stade de la démence, si cela n'a pas été fait auparavant. Nous verrons ici brièvement quelques principes généraux concernant l'évaluation de l'aptitude, puis nous discuterons quelques aspects pratiques plus spécifiques à la situation du patient dément.

Principes généraux

La notion d'aptitude peut se définir comme la capacité à :

- comprendre les différentes possibilités qui s'offrent dans une situation donnée ;
- comprendre les conséquences prévisibles de chacune de ces possibilités ;
- exprimer clairement son choix.

Tout patient est présumé apte jusqu'à preuve du contraire. On procédera à l'évaluation de l'aptitude seulement si cette évaluation devient nécessaire : soit pour protéger l'autonomie du patient (par exemple, pour obtenir un consentement qui soit vraiment libre et éclairé), soit pour protéger le patient inapte ou ses biens.

Cette évaluation doit servir les intérêts du patient et se faire dans les meilleures conditions possibles. Plusieurs facteurs doivent être considérés, notamment les difficultés de communication (aphasie, surdité) et les différences culturelles. De plus, n'oublions pas qu'un patient peut être capable de donner un consentement éclairé malgré certains déficits (pertes de mémoire, désorientation, baisse d'attention) :

Un des rôles déterminants du médecin à ce stade de la maladie est de conseiller judicieusement les proches quant aux attitudes à adopter concernant la sécurité à domicile. Mille et un petits trucs peuvent faire la différence entre un maintien à domicile relativement facile et une demande urgente de placement en hébergement.

Antidépresseurs et personnes âgées atteintes de démence

Nom	Posologie	Caractéristiques
Méthylphénidate (Ritalin®) Classe : psychostimulant	Début : 5 mg b.i.d. (matin et midi) Puis ↑ 5 mg/jour tous les 3 jours Dose gériatrique maximum : 20 à 40 mg/jour	<ul style="list-style-type: none"> ⦿ Début d'action rapide ⦿ Généralement bien toléré si la dose est augmentée progressivement ⦿ Le sevrage doit se faire très lentement.
Désipramine (Norpramin®) Classe : ATC	Début ≤ 25 mg/jour Puis ↑ 25 mg chaque semaine selon la tolérance Dose gériatrique moyenne : 100 à 150 mg/jour	<ul style="list-style-type: none"> ⦿ Effet stimulant ⦿ Donner en début de journée. ⦿ Avantage : faible coût ⦿ Létal en surdose ⦿ Hypotension orthostatique
Nortriptyline (Aventyl®) Classe : ATC	Début ≤ 25 mg/jour Puis ↑ 10 mg/jour tous les 5 à 7 jours Dose gériatrique maximum : 125 mg/jour	<ul style="list-style-type: none"> ⦿ Effet plus sédatif ⦿ Avantage : dosage sérique disponible ⦿ Létal en surdose ⦿ Hypotension
Fluvoxamine (Luvox®) Classe : ISRS	Début : 25 mg en soirée Puis ↑ 25 mg/jour chaque semaine Dose gériatrique moyenne : 100 à 150 mg/jour	<ul style="list-style-type: none"> ⦿ Effet plus sédatif (donner en soirée) ⦿ Interactions principales : β-bloquants, Aricept^{MC}, codéine, dextrométhorphan (DM), Coumadin^{MD}, Viagra^{MC}, Tegretol®, benzodiazépines, Zyprexa®
Paroxétine (Paxil®) Classe : ISRS	Début : 5 mg/jour Puis ↑ 5 mg/jour chaque semaine Dose gériatrique moyenne : 20 mg/jour	<ul style="list-style-type: none"> ⦿ Le plus puissant des ISRS ⦿ Agit rapidement sur l'anxiété. ⦿ Interactions principales : β-bloquants, anti-arythmiques, codéine, DM, Risperdal®, Haldol^{MD}, Aricept^{MC}
Sertraline (Zoloft ^{MC}) Classe : ISRS	Début : 25 mg/jour Puis : ↑ 25 mg/jour chaque semaine Dose gériatrique moyenne : 50 à 100 mg/jour	<ul style="list-style-type: none"> ⦿ Effet plus stimulant ⦿ Interactions faibles : β-bloquants, inhibiteurs calciques, codéine, antipsychotiques, Coumadin^{MD}
Citalopram (Celexa®) Classe : ISRS	Début : 10 mg/jour Puis : ↑ 20 mg/jour Dose gériatrique moyenne : 20 mg/jour	<ul style="list-style-type: none"> ⦿ Le plus sélectif des ISRS ⦿ Peu ou pas de dysfonctions sexuelles ⦿ Un peu sédatif

un diagnostic de démence n'entraîne pas *de facto* une inaptitude à consentir.

L'évaluation de l'aptitude doit être spécifique et portera donc sur une situation donnée, à un moment donné. Ainsi, il peut arriver qu'un patient soit inapte à gérer ses biens mais capable de consentir à une chirurgie ou de décider du choix de son milieu de vie. Si une mesure de protection est jugée nécessaire, on doit toujours choisir l'option la moins contraignante pour le patient.

Il ne nous appartient pas de présenter ici un texte détaillé sur l'aptitude à consentir. Cependant, des lignes directrices concernant l'évaluation de la capacité des personnes âgées à gérer leur entretien financier et personnel

ont été émises par l'Association des psychiatres du Canada en 1989, et constituent toujours un document de référence très pertinent et utile (voir les *lectures suggérées*).

Aspects particuliers à la démence

L'évolution naturelle de la démence nous enseigne que le patient deviendra ultimement inapte à prendre des décisions concernant son propre bien-être et la gestion de ses biens. Il est donc très pertinent, à ce stade-ci de sa maladie, de nous demander s'il est encore apte. L'*encadré* présente certains trucs ou indices qui pourront être utiles au clinicien.

Si le patient est encore apte, on doit l'encourager et en-

T A B L E A U III (SUITE)

Nom	Posologie	Caractéristiques
Néfazodone (Serzone®) Classe : ISRS	Début : 25 mg b.i.d. Puis : ↑ 25 mg/jour chaque semaine Dose gériatrique moyenne : 200 à 300 mg/jour	<ul style="list-style-type: none"> ⊙ Peu de dysfonctions sexuelles ⊙ Beaucoup moins sélectif ⊙ Interactions : Attention : syndrome sérotoninergique avec des antimigraineux agonistes des récepteurs de la sérotonine
Venlafaxine (Effexor®) Classe : ISRS à petite dose + IRN à dose moyenne + IRD léger à forte dose	Début : 1 comprimé de 37,5 mg b.i.d. Puis : ↑ 1 comprimé/jour chaque semaine Dose gériatrique moyenne : 150 mg/jour	<ul style="list-style-type: none"> ⊙ ↑ possible du pouls et de la TA (attention en cas d'HTA ou d'insuffisance cardiaque) ⊙ Peu d'interactions, sauf avec la cimétidine
Bupropion (Wellbutrin®) Classe : IRN + IRD	Début : 100 mg/jour, le matin Puis : ↑ par paliers de 50 mg toutes les 1 à 2 semaines Dose maximum : 300 mg/jour	<ul style="list-style-type: none"> ⊙ Effet stimulant (+++) ⊙ À éviter pour tous les patients souffrant d'un trouble obsessionnel compulsif ou d'anxiété ⊙ Risque de convulsions à dose élevée ⊙ Aucune activité sérotoninergique ⊙ Interaction possible avec la nicotine (trous de mémoire) ⊙ Interaction avec la cimétidine
Moclobémide (Manerix®) Classe : IRMAO (type A)	Début : 100 mg b.i.d. Puis : ↑ par paliers de 50 mg/jour chaque semaine Dose maximum : 600 mg/jour	<ul style="list-style-type: none"> ⊙ Efficacité souvent liée à la posologie maximale ⊙ Demi-vie courte ⊙ Vérifier la TA. ⊙ Interactions possibles : DM, Demerol®, Tagamet®, Haldol^{MD}, Risperdal®, β-bloquants
Mirtazapine (Remeron ^{MD}) Classe : IRN et ISRS	Début : 7,5 mg/jour au coucher Dose maximum : 30 mg/jour	<ul style="list-style-type: none"> ⊙ Somnolence ⊙ Gain de poids ⊙ Vertiges

Lexique : ATC : antidépresseur tricyclique; HTA : hypertension artérielle; ISRS : inhibiteur sélectif du recaptage de la sérotonine; IRN : inhibiteur du recaptage de la noradrénaline; IRD : inhibiteur du recaptage de la dopamine; IRMAO : inhibiteur réversible de la monoamine oxydase; TA : tension artérielle.

Formation continue

courager ses proches à prendre certaines dispositions pendant qu'il est encore temps : parler de ses volontés en matière d'hébergement et de gestion financière, discuter de ses volontés en cas de maladie sérieuse, rédiger un mandat en cas d'incapacité, rédiger ou réviser un testament.

Si le patient nous apparaît déjà inapte à prendre certaines décisions, il faut **considérer** la mise en place d'un régime de protection. Comme nous l'avons déjà mentionné, on doit cependant rechercher l'option la moins contraignante pour le patient et s'assurer d'agir vraiment dans son intérêt et selon les valeurs qui lui sont propres. À titre d'exemple, si un mandat en cas d'incapacité a déjà été rédigé, il n'est pas toujours dans l'intérêt du patient de le

faire homologuer, puisqu'il s'agit d'une formule plus rigide, qui risque de le priver de son autonomie.

L'aide d'un travailleur social et (ou) d'un notaire est souvent requise à ce stade. Certains facteurs inciteront davantage à nommer un mandataire, notamment des opinions divergentes ou des conflits au sein de la famille ou le besoin de préserver certains intérêts financiers. Dans la plupart des cas, cependant, il n'y a pas de problème et il n'est pas requis de nommer officiellement un mandataire.

Le suivi des autres problèmes de santé

Le diagnostic de démence ne dispense évidemment pas de continuer à suivre les autres problèmes de santé du patient.

Le vieil adage qui dit que « le patient atteint de la maladie d'Alzheimer n'est jamais malade » est un mythe.

Le patient dément pose plusieurs défis au médecin :

- Souvent, il ne se plaint pas, nie être malade, ou est incapable de préciser ses symptômes ou leur chronologie.
- Il ne collabore pas toujours à l'examen clinique ou aux examens complémentaires.
- Il ne peut ou ne veut pas toujours participer au traitement.

À ce défi purement médical s'ajoutent les questions éthiques : par exemple, que faire si...

- le patient qui semble avoir encore une bonne espérance de vie et une belle qualité de vie refuse une évaluation et (ou) un traitement qui pourraient être déterminants (masse au sein, angine instable, ischémie cérébrale transitoire, etc.) ;
- le patient à un stade de démence plus « avancé » a des problèmes médicaux qui exigeraient une intervention plus vigoureuse (fracture de la hanche, insuffisance artérielle aiguë d'un membre, insuffisance respiratoire aiguë, cholestyrite, etc.) ;
- les proches du patient exigent des soins qui nous apparaissent disproportionnés (contraires au principe de bien-faisance et [ou] au principe de justice).

Évidemment, **la discussion concernant le niveau de soins et l'ordonnance de non-réanimation prend ici toute son importance.** Il ne suffit pas de savoir que la feuille relative au niveau de soins est signée et se trouve quelque part au dossier, il faut maintenir le dialogue avec le patient et ses proches pour adapter le niveau de soins au fur et à mesure que la maladie évolue. Il est tellement plus facile de discuter à l'avance, calmement, que de demander à des proches de prendre une décision capitale en toute hâte, dans un contexte d'urgence, avec des intervenants qui ne connaissent pas le patient et qui n'ont peut-être pas le temps ou la capacité d'aider à prendre une décision éclairée.

De façon pratique, trois situations se présentent : que fait-on des problèmes pour lesquels le patient est déjà

Si le patient nous apparaît déjà inapte à prendre certaines décisions, il faut considérer la mise en place d'un régime de protection. On doit cependant rechercher l'option la moins contraignante pour le patient et s'assurer d'agir vraiment dans son intérêt et selon les valeurs qui lui sont propres.

R E P È R E

suivi ? Comment réagir devant les problèmes nouveaux qui surviennent ? Et qu'en est-il de l'examen médical périodique (prévention et dépistage) du patient dément ?

Problèmes déjà connus

- Il faut continuer le suivi ! Il n'y a aucune raison de croire qu'il n'est plus justifié de traiter les autres problèmes de santé d'un patient dément : angine, asthme, diabète, hypertension, glaucome, cataractes, fibrillation auriculaire, néoplasme (sein, prostate), arthrose, ostéoporose, etc.
- Il faut toutefois adapter le suivi selon les capacités et les attentes du patient, et selon le stade de la maladie.
- Il faut faire le ménage des médicaments (avec et sans ordonnance) : psychotropes, produits qui réduisent la vigilance, anticholinergiques. Le patient dément et âgé est particulièrement sensible aux effets des médicaments (« cerveau fragile »).
- Il faut simplifier le plus possible la posologie, prévoir un pilulier et une supervision.
- Il faut tenter de minimiser le plus possible les risques de complications, comme l'hypoglycémie, l'hypotension, les problèmes de vessie ou d'intestins, les saignements, les chutes.

Problèmes nouveaux

Chaque situation représente un cas particulier et mérite d'être évaluée à la lumière des grands principes d'éthique :

- Principe d'autonomie : le patient est-il en mesure de consentir aux examens et aux traitements ? Le médecin favorise-t-il l'expression d'un consentement libre et éclairé, de la part du patient et (ou) de ses proches ?
- Principe de bienfaisance : le médecin doit veiller à maintenir ou à améliorer la qualité de vie du patient (faire le bien, écarter le mal, prévenir le mal, ne pas nuire).
- Principe de justice : les gestes proposés sont-ils raisonnables (acharnement, futilité) et risquent-ils d'imposer un fardeau indu aux proches ou au système de soins (allocation des ressources) ?

Examen médical périodique

- La vaccination antigrippale et antipneumococcique est de mise, autant pour la protection individuelle que collective.
- La mise à jour de la vaccination antitétanique doit être considérée pour les patients qui font des chutes ou risquent des blessures répétées.
- Le dépistage et la correction des troubles visuels et auditifs peuvent aider à maintenir plus longtemps la qualité de

Évaluation de la capacité à assurer son entretien personnel

- Recueillir de l'information auprès de l'entourage, tant sur le plan psychosocial que fonctionnel (AVQ-AVD).
- Procéder à un examen médical et aux examens complémentaires pertinents.
- Évaluer les fonctions cérébrales supérieures et l'autonomie fonctionnelle. On peut se faire aider au besoin par un ergothérapeute ou un neuropsychologue.
- Évaluer si le patient est en mesure de bien apprécier ses capacités et ses difficultés en ce qui a trait à ses décisions en matière d'alimentation, d'hygiène, de vêtements, de prise de médicaments, de logement et de sécurité ou de salubrité de son environnement.
- Évaluer s'il est en mesure de demander de l'aide ou d'accepter de l'assistance si son état l'exige.

Évaluation de la capacité à gérer ses biens

- Procéder à un examen médical et aux examens complémentaires pertinents (bilan sanguin, etc.).
- Recueillir de l'information auprès des proches tant sur le plan psychosocial que fonctionnel (AVQ-AVD).
- Procéder à une évaluation des fonctions cérébrales supérieures. On peut se faire aider au besoin par un ergothérapeute ou un neuropsychologue.
- Vérifier si le patient connaît la valeur de son patrimoine.
- Vérifier si le patient connaît de façon raisonnable la source de ses revenus, de ses dépenses et de ses dettes. Exemple : coût du loyer mensuel ou des taxes liées à la résidence, coût des vêtements, coût d'une épicerie, prix des aliments habituellement achetés.
- Évaluer la capacité du patient à faire des chèques et à reconnaître la valeur des pièces de monnaie et des billets de banque.
- Évaluer sa capacité à effectuer des opérations arithmétiques de base.
- S'informer s'il fait preuve de jugement dans la gestion de ses biens.
- Vérifier les répercussions sur le patient, sa famille ou d'autres personnes d'une mauvaise gestion financière.
- Vérifier si le patient peut avoir recours à une personne fiable pour l'aider en cas de besoin.
- Vérifier s'il souffre de délire, d'hallucinations, de déficience intellectuelle ou de déficits cognitifs pouvant compromettre sa capacité à gérer ses biens.
- Évaluer sa capacité à prendre des décisions raisonnables en ce qui concerne son entretien personnel.

vie du patient et de ses proches ;

- Le dépistage des maladies à évolution lente (par exemple le cancer du sein, le cancer de la prostate, l'ostéoporose, l'hypertension, etc.) sera moins énergique à mesure que la démence progressera ;
- Le suivi de l'autonomie (AVQ-AVD) permet de suivre l'évolution de la maladie, d'adapter les services aux besoins et de prévoir les démarches de placement en hébergement en temps utile.
- Une attention particulière doit être portée aux signes d'exploitation, de négligence et de violence, ainsi qu'aux signes d'épuisement des aidants.

Niveau de soins et ordonnance de non-réanimation

Une discussion concernant le niveau de soins et l'ordonnance de non-réanimation devrait avoir lieu à ce stade, si ce n'est déjà fait. Il est certain que le médecin doit faire preuve de beaucoup de circonspection pour éviter que le patient et ses proches ne perçoivent cette discussion comme un signe que la mort approche ou qu'il veut laisser mourir son patient sans lui donner les soins requis. Cette discussion s'étale parfois sur quelques entrevues, pour laisser le temps au patient et à sa famille de réfléchir et de discuter. À l'occasion, une rencontre avec les proches est requise

ici encore. Pour un exposé plus détaillé sur ce sujet, voir l'article intitulé « Les niveaux de soins et l'ordonnance de non-réanimation », dans la section « Le fil d'Ariane » de ce numéro.

EN DISCUTANT AVEC SON ÉPOUSE ET SA FILLE, vous vous êtes demandé s'il n'y avait pas chez M. Légaré des éléments laissant soupçonner une dépression sous-jacente. Vous avez fait un essai thérapeutique avec un antidépresseur (inhibiteur sélectif du recaptage de la sérotonine) et avez noté une bonne amélioration sur le plan de l'intérêt. Il a dû être hospitalisé pour une pyélonéphrite aiguë, a présenté un delirium durant trois jours, mais a récupéré aussitôt. On a noté une rétention urinaire importante, avec hypertrophie prostatique grave. Après discussion avec l'urologue et les proches, vous avez recommandé une résection transurétrale. Cette décision a été prise en considérant l'espérance de vie et le risque de récurrence, et pour éviter que M. Légaré doive vivre à domicile avec une sonde vésicale à demeure. La chirurgie s'est assez bien passée (outre un autre épisode de delirium...). Le patient est maintenant de retour à la maison, il ne conduit plus sa voiture et c'est sa femme qui prend toutes les décisions avec l'aide de sa fille. ☞

Date de réception : 15 octobre 2001.

Date d'acceptation : 9 mars 2002.

Mots clés : démence, dépression, traitement, soutien, aspects légaux.

Bibliographie

1. Fitz AG, Teri L. Depression, cognition and functional ability in patients with Alzheimer's disease. *J Am Geriatr Soc* 1994; 42: 186.
2. Thorpe L, Groulx B. Depressive syndromes in dementia. *Can J Neurol Sci* 2001; 28 (Suppl 1): S83-S95.
3. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)*. Washington: APA, 1994.
4. Groulx B. Dépression et démence: ce que les cliniciens doivent savoir (deuxième partie). *La revue canadienne de la maladie d'Alzheimer* mars 2001: 18-20.

S U M M A R Y

My patient has dementia, but up to now, it's not that bad...

Depression can be the first sign of dementia or can occur in the follow-up of a clearly demented patient. One must be able to distinguish symptoms of depression and dementia, and recognize depression superimposed on dementia in order to provide optimal treatment. Suicidal risk must be assessed, and major depressive episodes must be appropriately treated. Useful drugs to treat depression in demented patients are reviewed.

At this stage of the dementing illness, the patient still needs medical attention for other medical problems, periodic health exams, other chronic conditions, etc. It is also important to address the issues of CPR and level of care, if it has not been done previously.

Legal aspects must also be clarified at this stage. The patient's ability to consent or to make financial decisions must be assessed. Some objective criteria are suggested.

At this stage of the disease, the family physician can really make the difference between a premature nursing home placement and a patient staying at home with his family.

Key words: dementia, depression, treatment, support, legal aspects.

5. *The Merck Manual of Geriatrics*. 2^e éd. 1995: 1219.
6. Arcand M, Hottin P. Le traitement de la dépression chez les personnes âgées (l'utilité des psychostimulants). *Le Médecin de famille canadien* 1993; 39: 2420-5.

Lectures suggérées

- Arcand M, Hébert R. *Précis pratique de gériatrie*. 2^e éd. Saint-Hyacinthe, Québec: Edisem, 1997. [Le chapitre 49, portant sur les aspects juridiques, est très intéressant.]
- Gauthier S. *Clinical diagnosis and management of Alzheimer's disease*. 2^e éd. rév. Londres: Martin Dunitz, 2001: 386 pages. [Le chapitre 23 porte sur l'évaluation de la compétence et fournit des bases de réflexion très pertinentes.]
- MacKay MJ. Capacité des personnes âgées de gérer leur entretien financier et personnel (position de l'Association des psychiatres du Canada). *Rev Can Psychiatrie* novembre 1989; 34: 833-6.



FMOQ – Formation continue

La pneumologie

9 et 10 mai 2002, Palais des Congrès, Montréal
Renseignements : (514) 878-1911 ou 1 800 361-8499