

À PROPOS DES AUTEURS



PAUL HARASYMOWYCZ, M.D. : Fondateur et directeur médical des cliniques d'ophtalmologie Bellevue et de l'Institut de glaucome de Montréal, et professeur associé à l'Université de Montréal, le Dr Harasymowycz travaille comme clinicien et chercheur au CUO (Centre universitaire d'ophtalmologie) et au Centre de recherche Guy-Bernier depuis 2001. Il a été chef de glaucome à l'Université de Montréal pendant plus de 15 ans et est membre du corps professoral de l'International Congress of glaucoma Surgery. Il est également directeur médical de la Fondation du Glaucome du Québec créée en 2007. Le Dr Harasymowycz est membre du comité de glaucome au l'ASCRS (American Society of Cataract and Refractive Surgery) et juge international pour le XOVA Excellence in Ophthalmology Vision Award. Il concentre ses recherches sur les nouvelles techniques diagnostiques en glaucome, incluant l'imagerie de l'œil, les traitements chirurgicaux en glaucome et la chirurgie de la cataracte. Depuis plus de 20 ans, le Dr Harasymowycz se démarque par ses multiples recherches et ses 88 publications dans diverses revues scientifiques au niveau national et international, ainsi que pour ses chapitres de livre.



OKSANA KAMINSKA, M.D. : Elle a achevé sa formation médicale à l'Université médicale nationale d'Ivano-Frankivsk, en Ukraine, avant d'y effectuer sa résidence en ophtalmologie. Elle a été chef du département d'ophtalmologie à l'hôpital régional central de Lysets, dans le district de Tysmenytsja. Elle est actuellement ophtalmologue résidente à l'Université de Montréal.

Dépistage de la dépression et du risque de suicide : un élément important des soins du glaucome

Dr Paul Harasymowycz et Dre Oksana Kaminska

Tableau clinique :

À la fin 2014, un jeune patient, M. Y, présentait un glaucome juvénile qui avait déjà été diagnostiqué et qui était traité au moyen de gouttes. M. Y ne respectait pas son traitement et avait arrêté ses médicaments trois ans avant cette visite. Lors de l'examen, son acuité visuelle était de 20/25 et de 20/50 +2 dans les yeux droit et gauche, respectivement. Sa pression intraoculaire (PIO) était de 49 mm Hg (O.D.) et de 52 mm Hg (O.L.). Le champ visuel présentait une vision excentrique de 5 degrés pour l'œil droit et de 5 à 10 degrés pour l'œil gauche. Le patient a été mis sous traitement médical à la dose maximale tolérée, comprenant un médicament oral pour traiter le glaucome. Un mois plus tard, il a subi la première de deux chirurgies non pénétrantes pour le glaucome, à laquelle a fait suite un suivi mensuel. Plusieurs mois plus tard, il a subi la même chirurgie pour le second œil et a repris les suivis mensuels avec ponction à l'aiguille des bulles de filtration et injections d'anti-FCEV. Lors de ce dernier rendez-vous, M. Y a refusé le test d'acuité visuelle et sa PIO était de 17 mm Hg (O.D.) et de 18 mm Hg (O.L.) alors qu'il était sous traitement médical à la dose maximale tolérée. Il a été décidé à ce moment de placer un implant de drainage dans l'œil gauche, puis d'opérer l'œil droit à une date ultérieure. Tous les risques et bienfaits de l'intervention ont été soigneusement expliqués, y compris la possibilité d'une perte de vision.

M. Y ne s'est pas présenté à la date de la chirurgie et nous avons appris plus tard qu'il s'était suicidé. Son suicide a soulevé de nombreuses questions sur l'association potentielle entre son diagnostic de glaucome de stade avancé et le suicide, notamment à savoir s'il aurait été possible de faire quoi que ce soit pour éviter une issue aussi tragique.

De plus en plus de patients consultent Internet pour obtenir des renseignements médicaux après un diagnostic ou avant de consentir à un traitement médical ou chirurgical. Une recherche rapide sur Google pour la question « Que se passe-t-il si on me diagnostique un glaucome? » donne lieu à des résultats bien décourageants, notamment « Le glaucome peut entraîner la cécité ». De nombreuses personnes ne liront pas plus loin pour apprendre qu'avec un traitement et un suivi appropriés, elles peuvent conserver une bonne vision fonctionnelle toute leur vie. Elles se focalisent plutôt sur les conséquences négatives potentielles, telles que la perte d'emploi, la perte d'indépendance et une qualité de vie considérablement réduite. Il est important de se rappeler que « l'évaluation par le patient de sa situation objective peut différer considérablement de l'évaluation et du pronostic du médecin¹ ». Au moment du diagnostic, les patients ont besoin de connaître et d'entendre les « bonnes nouvelles », comme les traitements possibles et les solutions de rechange en cas d'échec du traitement. Le fait d'expliquer la stratégie de traitement peut contribuer à prévenir, ou du moins à réduire, l'anxiété. La gestion des attentes peut contribuer à instaurer un climat de confiance entre le patient et le médecin et donner au patient confiance dans son plan de traitement.

L'ANNONCE D'UNE MAUVAISE NOUVELLE

Malheureusement, les médecins devront parfois fournir un diagnostic difficile ou un pronostic à long terme. L'une des méthodes permettant d'annoncer une mauvaise nouvelle implique l'utilisation du protocole SPIKES, qui comporte six étapes (figure 1)^{2,3}. La première consiste à préparer l'entrevue. Invitez le patient dans une pièce calme et fermez la porte pour préserver la confidentialité. Demandez au patient s'il souhaite qu'un membre de sa famille ou un ami

l'accompagne pour le soutenir. Établissez une relation avec le patient et veillez à ce que votre temps avec lui soit sans interruption et suffisant pour répondre à toutes ses questions. La deuxième étape consiste à évaluer la perception du problème par le patient. Demandez au patient ce qu'il sait déjà du glaucome pour vous donner une idée de son niveau de compréhension de la maladie, ainsi que pour connaître ses craintes sur la base de ses connaissances; vous pourrez ainsi orienter la discussion.

La troisième étape consiste à obtenir la permission du patient de lui transmettre de l'information sur sa maladie. Cette étape est souvent négligée, mais on rappelle aux cliniciens que certains patients souhaitent retarder le moment ou éviter de parler de leur maladie. La quatrième étape se concentre sur la transmission des connaissances et de l'information au patient. Le médecin ou le personnel de la clinique doit fournir au patient de l'information sur la maladie et les options de traitement possibles. L'information transmise doit être concise et adaptée aux connaissances du patient et à sa culture de base en matière de santé. À cette étape, il est crucial de faire part des aspects positifs, comme la disponibilité du ou des traitements et leur taux de réussite dans le traitement de la maladie. La cinquième étape consiste à accueillir les émotions. Identifiez les émotions exprimées par le patient et essayez d'en déterminer la cause. Veillez à ce que le patient ait la possibilité d'exprimer ses émotions afin de pouvoir y répondre correctement, de manière à lui démontrer que vous comprenez ses émotions et leur cause. N'oubliez pas que le patient qui semble calme peut avoir des inquiétudes et des craintes qu'il n'exprime pas ouvertement. La sixième étape constitue le résumé. Demandez au patient s'il a d'autres questions, en particulier s'il ne s'est pas beaucoup exprimé, puis expliquez-lui les

ÉTAPE 1 : S – SCÈNE PROPICE À L'ENTREVUE

- Prévoir un espace privé
- Impliquer des proches
- S'asseoir
- Établir une connexion et une relation avec le patient
- Gérer les contraintes de temps et les interruptions

ÉTAPE 2 : P – ÉVALUATION DE LA PERCEPTION DU PATIENT

- Déterminer ce que le patient sait de son état de santé ou ce qu'il soupçonne
- Écouter le patient et évaluer son niveau de compréhension
- Accepter le déni mais éviter la confrontation à ce stade

ÉTAPE 3 : I – OBTENIR L'INVITATION DU PATIENT

- Demander au patient s'il souhaite connaître les détails de son état de santé et de son traitement
- Accepter le droit du patient de ne pas savoir
- Offrir de répondre à ses questions plus tard s'il le souhaite

ÉTAPE 4 : K – TRANSMISSION DES CONNAISSANCES ET DE L'INFORMATION AU PATIENT

- Utiliser un langage que le patient peut comprendre
- Tenir compte du niveau d'études, du contexte socioculturel et de l'état émotionnel actuel
- Donner l'information graduellement
- Vérifier si le patient a compris l'information
- Répondre aux réactions du patient au fur et à mesure qu'elles surviennent
- Fournir d'abord les aspects positifs, par exemple : le cancer ne s'est pas propagé aux ganglions lymphatiques, il répond très bien au traitement, le traitement est offert à l'échelle locale, etc.
- Donner des renseignements précis sur les options de traitement, le pronostic, les coûts, etc.

ÉTAPE 5 : E – TRAITER LES ÉMOTIONS DU PATIENT AVEC EMPATHIE

1. Identifier les émotions exprimées par le patient (tristesse, silence, choc, etc.)
2. Déterminer la cause/source de l'émotion
3. Donner au patient le temps d'exprimer ses sentiments, puis répondre d'une manière qui montre une reconnaissance du lien entre les points 1 et 2

ÉTAPE 6 : S – STRATÉGIE

- Terminer l'entrevue
- Demander si le patient a besoin de précisions
- Proposer le programme de la prochaine réunion, par exemple : nous discuterons quand nous aurons l'opinion d'un oncologue

Figure 1. SPIKES : Une stratégie en six étapes pour annoncer une mauvaise nouvelle; d'après Singh et coll, 2017.

En anglais : S - setting, P - perception, I - invitation, K - knowledge, E - empathy, S - summary or strategize.

prochaines étapes importantes^{2,3}.

LA DÉPRESSION CHEZ LES PATIENTS ATTEINTS DE GLAUCOME

La dépression chez les patients atteints de glaucome a été décrite et a fait l'objet d'études. Dans une étude de cohorte rétrospective basée sur une population tirée de la base de données de l'Assurance maladie nationale de Taiwan entre le 1^{er} janvier 2001 et le 31 décembre 2011, des patients atteints de glaucome (n = 8 777) ont été comparés à des sujets témoins sans glaucome appariés en fonction de l'âge et du sexe (n = 35 108) pour ce qui est de la dépression. Les résultats de cette étude ont démontré que les patients atteints de glaucome présentaient un risque cumulatif de dépression significativement plus élevé que le groupe témoin ($p < 0,0001$). Selon le modèle de régression de Cox, le groupe du glaucome présentait un risque significativement plus élevé de dépression (RR ajusté = 1,71). Les chercheurs ont également examiné les facteurs prédictifs de la dépression au sein du groupe du glaucome et ont conclu que l'âge avancé, le sexe féminin, les faibles revenus, la toxicomanie et le fait de vivre seul constituaient des facteurs de risque significatifs de dépression. En revanche, l'utilisation de collyres bêtabloquants et le nombre de médicaments contre le glaucome n'étaient pas des facteurs de risque significatifs de dépression⁴.

Dans une autre étude, les chercheurs se sont penchés sur la dépression chez les patients ayant reçu un récent diagnostic de glaucome à angle ouvert et ont constaté que 12,5 % des sujets ont rapporté des symptômes associés à une dépression légère ou plus grave, et que 55,3 % ont signalé au moins un symptôme dépressif. Un an après le début du traitement, les symptômes associés à une dépression légère ou plus grave étaient passés à 6,7 %, et 38,4 % des patients rapportaient au moins un symptôme dépressif. Ces statistiques ont continué de décroître pendant 9 ans⁵. L'étude fait état de plusieurs facteurs prédictifs du risque de dépression. L'association la plus forte concernait la fonction visuelle rapportée par le patient. D'un autre côté, les mesures cliniques, comme l'écart moyen et la PIO, n'ont révélé aucune corrélation avec la dépression⁵. Alors que l'écart moyen et la PIO sont des variables qui jouent un rôle important dans la prise de décision thérapeutique pour le clinicien, les résultats de cette étude suggèrent que les sentiments subjectifs du patient peuvent être aussi importants que les facteurs cliniques dans la prise en charge du glaucome.

Selon une étude systématique et une méta-analyse, le glaucome se classe au deuxième rang des maladies ophtalmologiques en termes de prévalence de dépression ou de symptômes dépressifs, avec un taux de 25 %⁶.

LE DÉPISTAGE DE LA DÉPRESSION

Dans une étude de 2014, des chercheurs ont constaté qu'un simple questionnaire à deux questions (questionnaire sur la santé du patient PHQ-2) constituait une méthode acceptable à utiliser dans les cliniques d'ophtalmologie pour cibler les signes et symptômes dépressifs⁷. Ce questionnaire cherche à savoir si le patient s'est senti abattu, déprimé ou désespéré et s'il a eu peu d'intérêt ou de plaisir à faire des choses au cours des deux semaines précédentes. Les réponses sont notées sur une échelle de 0 (pas du tout) à 3 (très souvent). Un score égal ou supérieur à 3 présente une sensibilité (83) et une spécificité (92 %) accrues pour la dépression⁸.

LA RELATION ENTRE DÉPRESSION ET SUICIDE

Il semble que les patients déprimés ont un taux de mortalité par suicide plus élevé, ce qui souligne la nécessité du dépistage de la dépression et du risque de suicide⁹. Le dépistage des idées suicidaires peut se faire rapidement à l'aide de cinq questions simples (figure 2)¹⁰.

Selon le rapport de l'Agence de la santé publique du Canada de 2022, 11,8 % de la population affirment avoir eu des pensées suicidaires au cours de leur vie¹¹. Malgré cette statistique inquiétante qui montre qu'environ un patient sur huit a eu des pensées suicidaires dans le passé, le dépistage est rarement effectué.

LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT SUICIDAIRE EN CLINIQUE

Un patient qui a ou qui risque d'avoir des idées suicidaires doit être transféré au service des urgences pour une évaluation psychiatrique et une éventuelle hospitalisation, ou être orienté vers une évaluation psychiatrique en consultation externe. Les cliniciens doivent garder à l'esprit qu'en attendant le transfert, la clinique ophtalmologique est responsable de la sécurité du patient¹². Malheureusement, certains patients peuvent en arriver au suicide, ce qui peut s'avérer difficile à accepter psychologiquement pour le médecin traitant, qui vit alors du stress et de l'anxiété. Il peut être utile de parler à des collègues, notamment ceux qui ont vécu des expériences similaires. Les cliniciens pourraient également vouloir examiner le dossier du patient pour mieux comprendre la situation^{13,14}.

QUE POUVONS-NOUS FAIRE DIFFÉREMMENT?

La prévention du suicide et la réduction du taux de dépression chez les patients atteints de glaucome sont un travail d'équipe. La formation du personnel clinique (c'est-à-dire les assistants et le personnel infirmier) pour travailler avec des patients à basse vision en leur apprenant comment questionner les patients sur la dépression et le suicide peut s'avérer extrêmement utile pour atténuer le risque. Le

personnel peut en effet fournir de l'information de base sur le glaucome, le traitement et les visites de suivi, ainsi qu'un soutien émotionnel. Pour certains patients souffrant d'anxiété ou de dépression, la coordination des soins impliquant des visites de suivi chez un optométriste peut être rassurante. Par ailleurs, les membres de la famille peuvent être utiles, en particulier pour les patients âgés ou présentant des comorbidités, pour l'administration de médicaments topiques et pour les déplacements en vue des rendez-vous de suivi.

L'orientation des patients vers un centre de réadaptation visuelle peut également s'avérer utile lorsque la perte de vision du patient interfère avec ses activités de la vie quotidienne. Les ressources fournies par le centre de réadaptation visuelle ainsi que le soutien apporté par l'interaction avec d'autres patients ayant une perte de vision peuvent aider les patients à accepter leur situation et à s'épanouir malgré qu'ils aient à vivre avec le glaucome.

CONCLUSION

S'ils demeurent attentifs aux possibles émotions négatives entourant le diagnostic et le traitement du glaucome, les cliniciens peuvent intervenir plus tôt en orientant leurs patients vers une consultation avec un psychologue, de manière à prévenir la dépression. Au final, le fait d'écouter les patients et de comprendre leurs perceptions et leurs craintes nous rappelle que nous ne traitons pas seulement la maladie, mais aussi le patient qui en est atteint.

Références :

1. Shahid, Khadija S. Recognizing the Patient at Risk for Depression After Vision Loss. *Mars 2016*. 2022. <<https://crstodayeurope.com/articles/2016-mar/recognizing-the-patient-at-risk-for-depression-after-vision-loss/>>.
2. Buckman, R. "Breaking bad news: the S-P-I-K-E-S strategy." *Community Oncology* 2 (2005): 138-142.
3. Singh, Madhav Madhusudan. "BREAKING BAD NEWS IN CLINICAL SETTING: A SYSTEMATIC REVIEW." *Indian Journal of Applied Research*. 7 (12) (2017): 29-32.
4. Chen, Y, et al. "The association between glaucoma and risk of depression: a nationwide population-based cohort study." *BMC Ophthalmology* 18 (2018): 146.
5. Musch, D. C., et al. "Trends in and Predictors of Depression among Participants in the Collaborative Initial Glaucoma Treatment Study (CIGTS)." *Am J Ophthalmology* 197 (2019): 128-135.
6. Zheng, Y., et al. "The Prevalence of Depression and Depressive Symptoms among Eye Disease Patients: A Systematic Review and Meta-analysis." *Scientific Reports* (2017): 1-9.
7. Holloway, E.E., et al. "Depression screening among older adults attending low-vision rehabilitation and eye-care services: Characteristics of those who screen positive and client acceptability of screening." *Australas J Ageing* 34(4) (2015): 229-234.
8. Kroenke, K., R. L. Spitzer and J. B W Williams. "The Patient Health Questionnaire-2: validity of a two-item depression screener." *Med Care* 41(11) (2003): 1284-1292.
9. Bertolote, J. M., et al. "Psychiatric diagnoses and suicide: revisiting the evidence." *Crisis* 25(4) (2004): 147-155.
10. NIMH Information Resource Center. n.d. 05 2022. <<https://www.nimh.nih.gov/research/research-conducted-at-nimh/asq-toolkit-materials/adults-asq-toolkit/>>.
11. Government of Canada. 04 03 2020. 05 2022. <<https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/healthy-living/suicide-canada-key-statistics-infographic.html>>.
12. Algorithm for level of care for medically stable adults who initially present to their outpatient clinician with suicidal ideation (thoughts); UpToDate. 2022. 05 2022. https://www.uptodate.com/contents/image?imageKey=PSYCH%2F115936&topicKey=PSYCH%2F1708&source=see_link
13. Gliatto, M. F. and A. K. Rai. "Evaluation and treatment of patients with suicidal ideation." *Am Fam Physician* 59(6) (1999): 1500-1506.
14. Simon, R. I. "Suicide risk assessment in managed care settings." *Primary Psychiatry*. 9 (2002): 42-49.

DEMANDEZ AU PATIENT

1. Au cours des dernières semaines, avez-vous souhaité être mort?
2. Au cours des dernières semaines, avez-vous pensé que vous ou votre famille seriez mieux si vous étiez mort?
3. Au cours des dernières semaines, avez-vous pensé à vous suicider?
4. Avez-vous déjà essayé de vous suicider?

SI LE PATIENT RÉPOND OUI À L'UNE DE CES QUESTIONS, POSEZ-LUI CETTE QUESTION RELATIVE À L'ACUITÉ :

5. Pensez-vous en ce moment à vous suicider ¹⁰?

Figure 2 : Questionnaire ASQ; NIMH, consulté en juin 2022.