

Troubles psychiques et soins palliatifs

Vinzenz Mühlstein^{a, b}, Florian Riese^c

^a Psychiatrische Dienste Thurgau

^b Klinik St. Katharinental

^c Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Klinik für Alterspsychiatrie und Abteilung für Psychiatrische Forschung

Quintessence


- Les troubles psychiques (par ex. angoisse, dépression ou états confusionnels) ont une grande importance dans les soins palliatifs.
- La psychiatrie exerce ses compétences clés dans le traitement de ces troubles et peut mettre à disposition des connaissances méthodologiques.
- Mises à part les interventions psychopharmacologiques, la prise en charge repose également sur des approches psychothérapeutiques, qui ont en partie été spécifiquement développées pour le contexte palliatif.



Vinzenz Mühlstein

VM a reçu en 2011 le 1^{er} prix de la Société Suisse de Psychiatrie et Psychothérapie (SSPP) pour son travail, «Ambulante Palliative Care am Beispiel einer präterminalen Psychosepatientin», réalisé en vue de l'obtention du titre de médecin spécialiste.

FR est co-initiateur et managing principle investigator de l'étude «ZULIDAD – Zurich Life and Death with Advanced Dementia», qui est soutenue par le Fonds national Suisse (FNS) dans le cadre du PNR67 «Fin de vie», ainsi que par la Fondation Bangert-Rhyner dans le cadre du programme de soutien «Recherche sur les services de santé».

Plus de 60% de tous les patients en soins palliatifs souffrent d'un trouble psychique. Près d'un quart d'entre eux remplissent même les critères diagnostiques de deux affections psychiques ou plus d'après la Classification internationale des maladies (CIM-10). Un malade psychique en soins palliatifs sur trois n'est pas reconnu en tant que tel et ne bénéficie pas d'un traitement suffisant [1, 2]. Au même titre que les troubles de la cognition, le manque d'entrain et les troubles de la vigilance, les symptômes psychiques comme la dépressivité, l'anxiété et l'agitation intérieure sont associés à une grande souffrance subjective, même en fin de vie. En tant que spécialistes de la santé mentale, les psychiatres et les psychothérapeutes peuvent largement contribuer à améliorer la qualité de vie de ces patients (fig. 1 ). La principale mission consiste à soulager les troubles psychiques en contrôlant les symptômes. L'objectif du traitement palliatif psychiatrique est d'obtenir une diminution rapide, fiable et, idéalement, reproductible, de la souffrance subjective. En cas de nécessité absolue, cela doit se faire aux dépens de la durée de vie restante.

Dans le domaine des soins palliatifs, les psychiatres et les psychothérapeutes traitent fondamentalement deux grands groupes de patients: des patients avec comorbidité psychique dans le cadre de maladies somatiques au stade préterminal; des patients avec troubles psychiques au stade préterminal, dans son sens plus étroit. Il convient d'en distinguer les manifestations neuropsychiatriques de la phase terminale imminente, dont la valeur pathologique est controversée dans la littérature: les personnes mourantes présentent un tableau clinique avec de multiples altérations sensorielles, motrices et végétatives. Il n'est pas toujours évident de faire la distinction entre les processus physiologiques et pathologiques.

Comorbidité psychique en cas de maladies somatiques au stade préterminal

Au cours de la phase terminale d'une maladie somatique, des facteurs de stress psychosociaux interviennent, favorisant la survenue, la récurrence ou la progression de troubles psychiques: limitations de l'autonomie, perte de l'intégrité physique, douleur incontrôlable et/ou stigmatisation due au handicap. L'annonce d'un pronostic défavorable à elle-seule peut être à l'origine de réactions psychiques, qui peuvent devenir pathologiques lorsqu'elles s'accroissent. Parmi les comorbidités psychiques les plus fréquentes au cours de la phase préterminale figurent le trouble de l'adaptation, la dépression, le trouble anxieux et le délire [2–4].

Malades psychiques en fin de vie

Un traitement intensif ne permet pas toujours d'influencer positivement l'évolution des troubles psychiques sévères («persistant mental illness») [5]. Au même titre que les troubles de stress post-traumatique et l'anorexie mentale, la schizophrénie, la dépression, le trouble bipolaire et les troubles de la personnalité peuvent être à l'origine de limitations fonctionnelles durables au niveau des activités quotidiennes (échelle *Global Assessment of Functioning* [GAF] ≤50) [6]. Par rapport à la population normale, les patients touchés vivent jusqu'à 10 ans de moins [7]. La majorité d'entre eux souffrent en plus de comorbidités somatiques, qui restent souvent sous-diagnostiquées et non traitées [8–10]. L'anorexie mentale est un trouble psychique associé à une mortalité particulièrement élevée. Après 10 ans d'évolution, env. 10% des patients sont décédés et ce, malgré leur jeune âge lorsque la maladie s'est déclarée [11]. Les causes de décès les plus fréquentes incluent le suicide et les événements cardiovasculaires [12].

Contrairement aux maladies physiques, le pronostic d'un trouble psychique préterminal ne peut guère être déterminé par le biais d'examen objectifs, par ex. instrumentaux. Compte tenu de l'absence de critères pronostiques clairs et des recommandations thérapeutiques toujours hétérogènes, l'approche thérapeutique est majoritairement déterminée au cas par cas.

Syndrome dépressif et suicidabilité

Les syndromes dépressifs restent souvent ignorés dans le contexte des soins palliatifs [13]. En l'absence de ques-

tions concrètes à ce sujet posées par le thérapeute, de nombreux malades en fin de vie passent sous silence ou minimisent leurs symptômes, en se disant notamment que ces symptômes pourraient ne pas être traités ou ne nécessitent pas de traitement. Or, la dépression, par ex. chez les patients cancéreux, constitue un facteur prédictif de progression de la maladie somatique sous-jacente et de mortalité accrue [14].

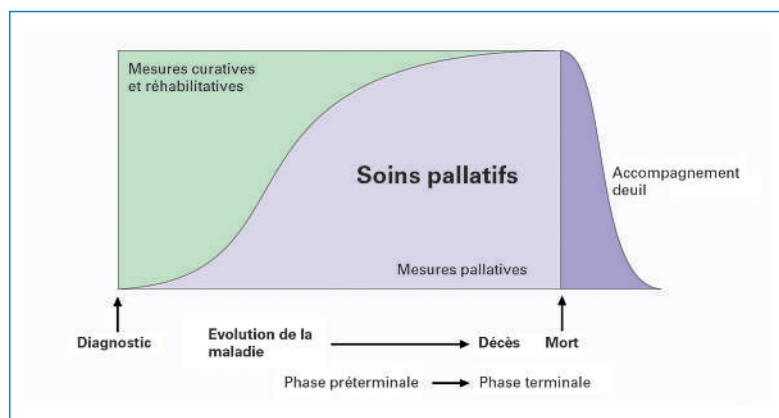


Figure 1
Du traitement curatif au traitement palliatif.

Tableau 1

Brief Edinburgh Depression Scale (BEDS) (traduction réalisée par les auteurs).
Prière de cocher la réponse qui se rapproche le plus de la façon dont vous vous êtes senti(e) au cours des 7 derniers jours (pas simplement comme vous vous sentez aujourd'hui).

1) Je me suis fait des reproches inutilement lorsque les choses allaient mal.

- Oui, la plupart du temps. (3)
 Oui, quelquefois. (2)
 Non, pas très souvent. (1)
 Non, jamais. (0)

2) J'éprouve une sorte de panique comme si quelque chose d'horrible allait se passer.

- Oui, vraiment très fortement. (3)
 Oui, mais pas très fortement. (2)
 Un peu, mais ça ne me tracasse pas. (1)
 Non, pas du tout. (0)

3) Je me suis senti(e) totalement dépassé(e) par la situation.

- Oui, la plupart du temps et je n'ai pas du tout pu faire face. (3)
 Oui, quelquefois, et je n'ai pas pu faire face aussi bien que d'habitude. (2)
 Non, la plupart du temps j'ai pu faire face assez bien. (1)
 Non, j'ai pu faire face aussi bien que d'habitude. (0)

4) J'ai été tellement contrarié(e) que j'ai eu du mal à dormir.

- Oui, la plupart du temps. (3)
 Oui, assez souvent. (2)
 Non, pas très souvent. (1)
 Non, pas du tout. (0)

5) Je me suis senti(e) triste et accablé(e).

- Oui, la plupart du temps. (3)
 Oui, assez souvent. (2)
 Non, pas très souvent. (1)
 Non, pas du tout. (0)

6) J'ai eu des idées de suicide.

- Oui, assez souvent. (3)
 Oui, quelquefois. (2)
 Presque jamais. (1)
 Jamais. (0)

Un total de 6 points ou plus indique un état dépressif.

A l'heure actuelle, il n'existe pas de critères CIM-10 ou DSM-IV spécifiques et obligatoires pour le diagnostic d'une dépression en soins palliatifs, alors que déjà de légères différences au niveau de l'évaluation des symptômes sont à l'origine de fortes divergences dans la pose du diagnostic [15]. D'après les principes de base des soins palliatifs, il est dès lors recommandé d'adopter une démarche pragmatique et basée sur la souffrance du patient [16]. Pour dépister une dépression au cours de la phase terminale, il convient toujours de poser la question élémentaire «Vous sentez-vous déprimé(e)?» [17]. Au stade préterminal, c'est avant tout la détection de l'anhédonie (la perte de la capacité individuelle à éprouver de la joie et du plaisir) qui est utile et parfois déterminante pour le diagnostic différentiel [18, 19]. Dans ce contexte, les troubles de la vitalité, les troubles de la vigilance et la baisse d'entrain ne sont pas des signes certains d'une évolution dépressive [20]. Ces symptômes surviennent aussi souvent de manière non spécifique dans le cadre d'une affection maligne, par ex. sous forme de fatigue associée au cancer, suite à une perte de poids, à une hypercalcémie ou à des états douloureux, ou en tant qu'effets indésirables d'une chimiothérapie ou d'une radiothérapie.

Pour le dépistage systématique des symptômes dépressifs, il est recommandé d'utiliser un instrument de mesure standardisé comme l'échelle *Hamilton Rating Scale for Depression* (HAM-D), dont l'emploi est également validé en phase terminale [21]. Pour le dépistage simplifié de la dépression (*bedside screening*) chez les patients atteints d'un cancer au stade avancé, l'échelle *Brief Edinburgh Depression Scale* (BEDS) a par ailleurs été développée (tab. 1) [22–24]. Grâce à six questions facilement compréhensibles, cette échelle permet de déterminer rapidement et avec fiabilité l'existence d'un trouble dépressif en se basant sur le niveau de détresse subjective. Les symptômes physiques sont volontairement laissés de côté.

A la différence de la dépression classique, l'importance clinique de la démoralisation («syndrome de démoralisation») est jusqu'à présent relativement peu connue (tab. 2). Les approches pharmacologiques traditionnelles du traitement de la dépression semblent néanmoins être moins efficaces dans le cadre de ce trouble prolongé de l'adaptation [25, 26].

Indépendamment de la maladie sous-jacente, 30–45% de tous les patients en phase préterminale sont en proie à des désirs de mourir transitoires et 5–15% à des désirs de mourir permanents [27]. En dehors des fantasmes suicidaires vagues et du refus des mesures destinées à prolonger la vie, le patient peut même éprouver le souhait de recourir à l'aide active à mourir [28]. La dépressivité persistante, le désespoir, la perte de contrôle subjective, les états douloureux indomptables et l'isolement social sont les principaux facteurs prédictifs du désir de mourir en phase préterminale [28, 29]. Ces facteurs devraient être pris en compte lors de l'évaluation différenciée de la suicidalité et de la détermination de l'approche thérapeutique.

Jusqu'à présent, les recommandations pour le traitement pharmacologique d'une dépression préterminale ne reposent sur pratiquement aucune étude spécifique, toutes

Tableau 2

Différences suggérées entre le syndrome de démoralisation et le syndrome dépressif.

Démoralisation	Dépression
Généralement déclenchée par des facteurs exogènes (par ex. événements stressants)	Accentuée par des facteurs exogènes
Sentiment d'inutilité, détresse, désespoir, sentiments d'incompétence, découragement, sentiments d'emprisonnement	Humeur dépressive, manque d'intérêt, absence d'envies, fatigabilité
Conservation de la capacité à éprouver du plaisir (sur le moment présent) mais perte de la joie anticipée	Anhédonie
Pas de troubles cognitifs	Troubles de la concentration et de la mémoire
Réponse insuffisante aux antidépresseurs	Réponse aux antidépresseurs

Tableau 3

L'angoisse dans le contexte des soins palliatifs.

Préoccupations existentielles (par ex. mort, perte d'un être cher, famille, finances)
Trouble anxieux au sens plus étroit
Angoisse dans le cadre d'autres syndromes psychiques (par ex. délire)
Angoisse dans le cadre de troubles physiques (par ex. dyspnée, douleur, hypercalcémie)
Effet indésirable médicamenteux (par ex. corticoïdes)

les études disponibles ayant, à quelques exceptions près, été réalisées dans le domaine de l'oncologie [30, 31]. Ainsi, le choix des médicaments repose sur les principes thérapeutiques généraux chez l'adulte, avec une utilisation préférentielle des inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) [31]. Le recours à des psychostimulants comme le méthylphénidate et le modafinil est envisageable au cas par cas, mais l'efficacité d'un tel traitement n'est toutefois pas étayée par des preuves suffisantes [32]. Contrairement aux ISRS, un début d'action intervenant en quelques heures a été décrit avec ces substances. Si tel n'était pas le cas, il faudrait considérer de manière critique la poursuite du traitement. Une approche nouvelle consiste à administrer de la kétamine. Dans deux cas différents, la prise orale de cette substance a réduit les symptômes anxieux et dépressifs de la phase préterminale [33]. Bien entendu, avant d'initier une psychopharmacothérapie spécifique, il convient d'abord d'identifier les autres causes (traitables) des symptômes dépressifs, comme les douleurs, l'hypercalcémie et les autres troubles électrolytiques, les troubles de la fonction thyroïdienne, l'anémie ou la prise de certains médicaments (corticoïdes, agents chimiothérapeutiques, etc.).

Etats anxieux

Les états anxieux pathologiques surviennent à la fois sous forme de phénomène isolé et dans le cadre de syndromes neuropsychiatriques complexes. Dans les soins palliatifs, de nombreux facteurs non psychiques peuvent en outre contribuer à la survenue d'angoisses (tab. 3) [13]. En effet, des sources physiques d'angoisse comme la détresse respiratoire ou la tachycardie s'entremêlent avec les symptômes végétatifs d'une maladie somatique sous-jacente. La première démarche thérapeutique

consiste donc à corriger les troubles causaux potentiels par rétablissement de l'équilibre hydro-électrolytique, intensification de l'analgésie opioïde, etc. Pour la suite du traitement, il est essentiel de faire la distinction fondamentale entre les états anxieux paroxystiques et persistants. Ainsi, la prise en médication de secours de benzodiazépines permet de soulager rapidement et avec fiabilité les crises de panique non compliquées. En soins palliatifs également, les antidépresseurs sont utilisés en complément en cas d'états anxieux récurrents ou persistants, mais il convient tout de même de tenir compte du début d'action retardé de ces substances et de leur effet sédatif plus difficile à contrôler.

Faute de niveaux de preuves plus élevés spécifiques aux soins palliatifs, les recommandations concernant le choix de la substance et de la dose pour les benzodiazépines et les antidépresseurs se basent sur les directives pour l'utilisation de ces substances chez l'adulte et sur des valeurs empiriques personnelles [34–36]. Ces dernières sont avant tout importantes pour les neuroleptiques, les antihistaminiques ou les bêtabloquants à visée anxiolytique. Leur utilisation dans la pratique clinique est tout à fait courante et ces substances ciblent avant tout certaines constellations de symptômes, par ex. les neuroleptiques contre l'angoisse dans le cadre d'un délire. Une approche expérimentale consiste à administrer de la psilocybine, agent hallucinogène sérotoninergique, pour traiter les états anxieux au stade préterminal. Dans une étude pilote, l'administration de psilocybine a eu un effet positif sur l'angoisse et l'humeur, qui était encore détectable plusieurs mois plus tard; cependant, le mécanisme d'action de cette substance n'est aujourd'hui pas encore élucidé [37].

A côté de ces options thérapeutiques psychopharmacologiques, l'efficacité de la relaxation musculaire progressive, une technique de relaxation non spécifique, a également été démontrée dans les états anxieux au stade

Tableau 4

Protocole d'interrogatoire dans le cadre de la psychothérapie de la dignité («dignity therapy») (traduction réalisée par les auteurs).

Parlez-moi de votre vie. De quels moments vous souvenez-vous particulièrement bien? Quels événements ont été particulièrement importants pour vous? Quand vous êtes-vous senti le plus vivant?
Y a-t-il des aspects spécifiques vous concernant que vous souhaiteriez que votre famille connaisse ou dont vous voudriez qu'ils se souviennent?
Quels sont les rôles les plus importants que vous ayez joués dans votre vie (par ex. famille, profession, engagement social, etc.)? Pourquoi ont-ils été si importants pour vous et qu'avez-vous accompli au travers de ces différents rôles?
Quelles sont vos réalisations les plus importantes? De quoi êtes-vous le plus fier?
Y a-t-il des choses que vous aimeriez encore dire à vos proches? Y a-t-il des choses que vous souhaiteriez pouvoir redire à vos proches?
Quels sont vos espoirs et vos rêves pour ceux que vous aimez?
Qu'avez-vous appris de la vie que vous aimeriez transmettre? Quel conseil souhaiteriez-vous donner ou quels mots souhaiteriez-vous léguer à: votre fils, fille, mari, épouse, parents, autre(s)?
Y a-t-il des conseils ou peut-être même des instructions concrètes que vous voudriez donner à votre famille pour les aider à mieux préparer le futur?
Y a-t-il encore quelque chose d'autre que vous souhaiteriez inclure dans cet enregistrement?

préterminal [38]. La relaxation musculaire progressive présuppose toutefois un apprentissage et un entraînement adéquats.

Psychothérapie dans les soins palliatifs

Au cours de la phase préterminale, la mort et la finitude de la vie en tant que défis existentiels occupent une place grandissante dans le quotidien du patient et de son entourage. Dans un souci de préserver au mieux leur intégrité psychique, les personnes touchées optent le plus souvent pour les stratégies de *coping* qui se sont jusqu'à présent révélées payantes au cours de leur vie. Par le biais de conversations de soutien, le médecin peut donner de l'espoir, atténuer les peurs et accompagner le processus de deuil des proches. La psychothérapie en soins palliatifs, dans son sens plus strict, prépare quant à elle les sujets à mieux affronter la mort imminente. Toutefois, tous les patients ne le souhaitent pas et cela n'est d'ailleurs pas du tout possible en cas de limitations cognitives. Les aspects spirituels et moraux sont des composantes essentielles pour l'établissement d'une relation thérapeutique solide, qui constitue le principal facteur d'efficacité de toute psychothérapie [39]. Les différentes écoles de psychothérapie ont toutes leur propre approche pour aborder les idées et émotions douloureuses.

Dans des entretiens avec des patients cancéreux à un stade avancé de la maladie, la présence de manifestations et de préoccupations inhérentes à la fin de vie a été systématiquement recherchée: 55% des participants se considéraient comme un poids pour les autres, 37% avaient peur de perdre le contrôle, 27% reniaient tous leurs centres d'intérêts, 18% abandonnaient tout espoir et pratiquement 20% se sentaient dépouillés de leur dignité humaine [40]. La psychothérapie de la dignité («dignity therapy») a été développée en tant qu'approche psychothérapeutique spécifique aux soins palliatifs. Les entretiens individuels semi-structurés (tab. 4 ↻) sont enregistrés pour ensuite pouvoir consigner par écrit une narration qui leur soit connexe. Les éléments positifs sont assemblés pour former un résumé réconfortant («Malgré tout, j'ai eu une belle vie»). Le document écrit sert

de base au processus psychothérapeutique ultérieur et peut être laissé en souvenir aux proches [41]. Il a été montré que la psychothérapie de la dignité améliorerait la qualité de vie par rapport au traitement palliatif médical standard et aux simples entretiens de soutien [42].

Etats confusionnels dans les soins palliatifs

La prévalence des états confusionnels (dans le sens d'un délire d'après la CIM-10) est comprise entre 20 et 88% en fonction du type et du stade de la maladie préterminale [43]. Ainsi, le délire fait partie des troubles psychiques les plus fréquents dans les soins palliatifs. La caractéristique commune à tous les états délirants est l'altération impérative de la conscience, de l'orientation et de l'attention, souvent avec une évolution fluctuante [43]. Il convient de distinguer différentes formes évolutives de délire: forme hyperactive, forme hypoactive et forme mixte. En raison de ses manifestations cliniques discrètes, le délire hypoactif passe souvent inaperçu ou est confondu avec une humeur dépressive ou une sédation d'origine médicamenteuse. Dans les soins palliatifs, il s'agit néanmoins de la forme prédominante, représentant >80% des cas de délire [44]. Pour cette raison, le recours systématique à des instruments de dépistage du délire comme l'échelle *Delirium Observation Screening* (DOS) *scale* et la *Confusion Assessment Method* (CAM) a fait ses preuves; ces outils sont à présent également disponibles en langue allemande [45].

En dehors des soins palliatifs, le délire constitue toujours une urgence médicale, alors qu'en fin de vie, tout état confusionnel ne doit pas nécessairement être traité; certains auteurs interprètent même les états confusionnels comme une composante physiologique du processus de décès [46]. L'initiation du traitement dépend de la volonté supposée du patient et de son degré de souffrance tel qu'il est perçu de l'extérieur. Souvent, il est pertinent d'initier au préalable une pharmacothérapie probatoire afin de pouvoir, en cas de régression éventuelle des troubles cognitifs, discuter des options thérapeutiques ultérieures avec le patient. Les symptômes délirants peuvent être incompréhensibles pour les pro-

Tableau 5

Documents pertinents en matière de soins palliatifs en Suisse (liste non exhaustive).

Titre	Editeur
Stratégie nationale en matière de soins palliatifs 2013–2015	Office fédéral de la santé publique
Principes et directives pour la pratique de la médecine des soins palliatifs en Suisse (en allemand)	Société suisse de médecine et de soins palliatifs
Soins palliatifs: directives et recommandations médico-éthiques	Académie suisse des sciences médicales

fanés en médecine et être à l'origine de peurs diffuses [47]. L'implication précoce des proches peut réduire leurs souffrances liées à la «double perte» d'une personne, qui voit tout d'abord ses capacités mentales et communicatives disparaître avant de décéder [43, 48].

Dans le contexte des soins palliatifs également, une multitude de facteurs systémiques ou cérébraux peuvent déclencher ou favoriser un état confusionnel; il s'agit entre autres de la douleur, d'effets indésirables du traitement (médicamenteux), de manifestations de sevrage, de syndromes paranéoplasiques, d'infections, d'hypoxémie ou de rétention urinaire [49]. Il n'est néanmoins pas toujours possible de traiter efficacement ces facteurs causaux. De surcroît, dans une étude, une cause évidente a uniquement pu être identifiée chez moins de 50% des patients [50]. Malgré la genèse le plus souvent multifactorielle des états confusionnels, un diagnostic différentiel exact est généralement profitable car de nombreux facteurs déclenchants sont facilement influençables: la correction d'une déshydratation ou la réduction acceptable de la dose d'opiacés et d'autres médicaments psychotropes permet généralement une amélioration rapide [51, 52]. Il convient également de signaler que les benzodiazépines peuvent tout particulièrement causer ou accentuer des délires.

Le traitement symptomatique du délire repose sur l'administration d'antipsychotiques, mais les preuves disponibles sont limitées même pour le traitement clinique standard par halopéridol [53]. D'ailleurs, la recommandation d'une revue Cochrane pour le cas spécifique du délire préterminal ne s'appuie que sur une seule étude conduite avec 30 participants [54]. Pour le délire hyperactif dans le cadre d'un cancer au stade terminal, de premiers indices suggèrent la possibilité d'utiliser l'olanzapine par voie sous-cutanée en cas d'échec du traitement par halopéridol [55].

Même après traitement réussi des symptômes confusionnels, le pronostic global de la maladie reste mauvais et c'est pourquoi le délire est considéré comme le

signe avant-coureur de la mort dans la littérature anglophone [43, 56]. L'efficacité des mesures destinées à prévenir le délire dans le contexte des soins palliatifs n'a pour l'instant pas été évaluée et ces mesures s'inspirent des recommandations générales pour la prévention des états confusionnels post-opératoires, à savoir amélioration des capacités sensorielles (lunettes, prothèses auditives), mesures de soutien de l'orientation spatiale et temporelle, mobilisation et correction de la déshydratation [57, 58].

Conclusions

Au cours des dernières années, les soins palliatifs ont véritablement pris leur essor en Suisse, notamment grâce à la Stratégie nationale en matière de soins palliatifs (tab. 5 [↩](#)). L'implication de la psychiatrie et de la psychothérapie peut donner des impulsions supplémentaires dans le développement de concepts et méthodes. Il serait souhaitable que la «pensée palliative» soit intégrée dans la pratique médicale quotidienne pour toutes les spécialités médicales.

Remerciements

Les auteurs remercient le Dr E. Savaskan pour sa relecture critique du manuscrit.

Correspondance:

Dr Florian Riese
 Psychiatrisches Universitätsspital
 Minervastrasse 145
 CH-8008 Zürich
[florian.riese\[at\]bli.uzh.ch](mailto:florian.riese[at]bli.uzh.ch)

Références

La liste complète des références numérotées est disponible sous www.medicalforum.ch.