



HAL
open science

Impact de l'évaluation de l'anxiété et de la dépression sur la prise en charge thérapeutique en Unité de Soins Palliatifs

Laurence Joubé-Gosset

► **To cite this version:**

Laurence Joubé-Gosset. Impact de l'évaluation de l'anxiété et de la dépression sur la prise en charge thérapeutique en Unité de Soins Palliatifs. Sciences du Vivant [q-bio]. 2015. hal-01733029

HAL Id: hal-01733029

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01733029>

Submitted on 14 Mar 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THESE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

Par

Laurence JOUBE-GOSSET

Le 14 Octobre 2015

Impact de l'évaluation de l'anxiété et de la dépression sur la prise en charge thérapeutique en Unité de Soins Palliatifs.

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur Xavier DUCROCQ	Président
M. le Professeur Marc KLEIN	Juge
M. le Professeur Bernard KABUTH	Juge
Mme. Le Docteur Catherine LAMOUILLE- CHEVALIER	Juge
M. le Docteur Bruno BOUVEL	Juge



Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine
Professeur Marc BRAUN

Vice-doyens

Pr Karine ANGIOI-DUPREZ, Vice-Doyen
Pr Marc DEBOUVERIE, Vice-Doyen

Assesseurs :

Premier cycle : Dr Guillaume GAUCHOTTE
Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER
Troisième cycle : Pr Marc DEBOUVERIE

Innovations pédagogiques : Pr Bruno CHENUÉL

Formation à la recherche : Dr Nelly AGRINIER
Animation de la recherche clinique : Pr François ALLA

Affaires juridiques et Relations extérieures : Dr Frédérique CLAUDOT
Vie Facultaire et SIDES : Dr Laure JOLY
Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER
Etudiant : M. Lucas SALVATI

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume GAUCHOTTE
Commission de prospective facultaire : Pr Pierre-Edouard BOLLAERT
Universitarisation des professions paramédicales : Pr Annick BARBAUD
Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER
PACES : Dr Chantal KOHLER
Plan Campus : Pr Bruno LEHEUP
International : Pr Jacques HUBERT

=====

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER
Professeur Henry COUDANE

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY
Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL - Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE
Jean-Louis BOUTROY - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT -
François CHERRIER - Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de
LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS
Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre
GAUCHER
Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Claude HURIET
Christian JANOT - Michèle KESSLER - François KOHLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre
LANDES
Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS

Jean-Pierre MALLIÉ - Michel MANCIAUX - Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Denise MONERET-VAUTRIN Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS
Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON – François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER – Denis REGENT - Michel RENARD - Jacques ROLAND
René-Jean ROYER - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT- Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ Gérard VAILLANT - Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET – Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WAYOFF
Michel WEBER

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Pierre BEY - Professeur Marc-André BIGARD – Professeur Jean-Pierre CRANCE Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeure Michèle KESSLER - Professeur Jacques LECLERE
Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD – Professeur François PLENAT Professeur Jacques POUREL - Professeur Michel SCHMITT – Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT - Professeure Colette VIDAILHET - Professeur Michel VIDAILHET Professeur Michel WAYOFF

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Professeur Bernard FOLIGUET – Professeur Christo CHRISTOV

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médecine)

Professeur Michel CLAUDON – Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et Mycologie)

Professeure Marie MACHOUART

3^{ème} sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD – Professeure Céline PULCINI

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2^{ème} sous-section : (Médecine et santé au travail)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeure Eliane ALBUISSON – Professeur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY - Professeur Didier PEIFFERT

Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie - réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Gérard AUDIBERT

Professeur Thomas FUCHS-BUDER – Professeure Marie-Reine LOSSER

2^{ème} sous-section : (Réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET – Professeur J.Y. JOUZEAU (pharmacien)

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Hervé VESPIGNANI - Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE

Professeur Luc TAILLANDIER - Professeur Louis MAILLARD – Professeure Louise TYVAERT

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN

Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeure Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Thierry FOLLIGUET

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeure Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY - Professeur Athanase BENETOS

Professeure Gisèle KANNY – Professeure Christine PERRET-GUILLAUME

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET

Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO – Professeure Rachel VIEUX

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Olivier MOREL

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Roger JANKOWSKI – Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERRDOD – Professeure Karine ANGIOI

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeure Muriel BRIX

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur Jean-Marc BOIVIN

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Paolo DI PATRIZIO

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteure Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Docteur Edouard BARRAT - Docteure Françoise TOUATI – Docteure Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Docteure Aude MARCHAL – Docteur Guillaume GAUCHOTTE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Docteur Jean-Claude MAYER - Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médecine*)

Docteur Damien MANDRY – Docteur Pedro TEIXEIRA (*stagiaire*)

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN

Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA – Docteur Abderrahim

OUSSALAH (*stagiaire*)

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Docteur Mathias POUSSEL – Docteure Silvia VARECHOVA

3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteure Véronique VENARD – Docteure Hélène JEULIN – Docteure Corentine ALAUZET

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et mycologie (type mixte : biologique)*)

Docteure Anne DEBOURGOGNE (*sciences*)

3^{ème} sous-section : (*Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales*)

Docteure Sandrine HENARD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteure Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN –

Docteure Nelly AGRINIER (*stagiaire*)

2^{ème} sous-section (*Médecine et Santé au Travail*)

Docteure Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (*Médecine légale et droit de la santé*)

Docteur Laurent MARTRILLE

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE
1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion : option hématologique (type mixte : clinique)
Docteur Aurore PERROT (*stagiaire*)

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie : oncologie (type mixte : biologique)
Docteure Lina BOLOTINE

4^{ème} sous-section : (Génétique)
Docteur Christophe PHILIPPE – Docteure Céline BONNET

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)
Docteure Françoise LAPICQUE – Docteur Nicolas GAMBIER – Docteur Julien SCALA-BERTOLA

**50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE
PLASTIQUE**

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Docteure Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénérologie)

Docteure Anne-Claire BURSZTEJN

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)
Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)

Docteur Fabrice VANHUYSE

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Docteur Stéphane ZUILY

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX (*stagiaire*)

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE
**1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ;
addictologie)**

Docteure Laure JOLY

=====

MAÎTRE DE CONFÉRENCE DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteure Elisabeth STEYER

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

60^{ème} Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE
Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA - Madame Nathalie MERCIER – Madame Céline
HUSELSTEIN

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE
Monsieur Nguyen TRAN

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS
Médecine Générale

Docteure Sophie SIEGRIST - Docteur Arnaud MASSON - Docteur Pascal BOUCHE

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de
Kyoto (JAPON)

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS
(1996)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

A notre Président de Thèse,

**Monsieur le Professeur Xavier DUCROCQ
Professeur de neurologie et d'éthique**

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.
Vos enseignements nous ont aidés à enrichir notre parcours professionnel.
Nous vous remercions et nous vous assurons de notre plus profond respect.

A notre Juge,

**Monsieur le Professeur KLEIN
Professeur d'endocrinologie**

Nous vous exprimons notre profonde gratitude pour votre disponibilité et l'intérêt que vous
avez manifesté pour notre travail.

Nous vous remercions pour les soins que vous apportez à une personne qui nous est chère
dans ce combat de tous les jours pour préserver notre santé ou essayer de la retrouver.

Recevez ici l'expression de nos remerciements et de toute notre reconnaissance.

A notre Juge,

Monsieur le Professeur KABUTH
Professeur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

Nous vous remercions d'avoir spontanément accepté de juger ce travail.
Soyez assuré de notre respect et de notre reconnaissance.

A notre Juge,

**Monsieur le Docteur Bruno BOUVEL
Docteur en psychiatrie**

Nous vous remercions de l'intérêt que vous portez à ce travail et de l'investissement que vous
y avez apporté.
Soyez assuré de notre respect et de notre reconnaissance.

A notre Juge et Directrice de Thèse,

**Madame le Docteur en Médecine Catherine LAMOUILLE-CHEVALIER
Praticien Hospitalier en Médecine Générale**

Vous nous avez accompagnés pour la réalisation de ce projet, et c'est avec un grand plaisir
que nous vous retrouvons dans ce jury.
Veuillez trouver dans ce travail la preuve de notre gratitude et de toute notre sympathie.

A ma **Famille** que j'aime tant. Pour qui toutes mes pensées et mon amour sont portés chaque jour.

A mon **Mari** que j'aime infiniment et qui m'aide et me supporte au quotidien dans mes moments d'angoisse et d'incertitude.

A notre petite **Luciole** qui illumine nos vies depuis plus d'un an et qui nous émerveille de ses découvertes et prouesses.

Merci à mes **Amis** qui sont d'une richesse et d'un soutien immenses.

Merci au Service d'Epidémiologie de la Faculté de Médecine de Nancy et particulièrement à Mme Laetitia Minary et Mme Kossar Hosseini.

Merci à Mme le Docteur Latache Clotilde pour son aide dans la mise en place de ce projet.

Merci aux personnes ayant contribuées à enrichir mon expérience et faire de moi ce que je suis aujourd'hui.

Merci à ceux qui veillent sur nous et nos proches.

SERMENT

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

« Les Humains perdent leur santé à faire de l'argent. Par la suite, ils perdent leur argent à tenter de la retrouver. En pensant anxieusement au futur ils oublient le présent, de sorte qu'ils ne vivent ni le présent, ni le futur. Finalement ils vivent comme s'ils n'allaient jamais mourir et meurent comme s'ils n'avaient jamais vécu. »

Confucius.

**Impact de l'évaluation de l'anxiété et de la dépression sur
la prise en charge thérapeutique en Unité de Soins
Palliatifs.**

Tables des matières

<i>SERMENT</i>	16
<i>Liste des abréviations</i>	22
1. INTRODUCTION	25
2. LES SOINS PALLIATIFS	26
2.1. Définition	26
2.2. Historique des soins palliatifs	27
2.3. Les Unités de Soins Palliatifs.....	28
2.4. La vigilance en soins palliatifs	29
3. L'ANXIETE	30
3.1. Définition	30
3.2. Prévalence	31
3.3. Etiologies.....	32
3.4. Clinique	33
3.4.1. Sémiologie.....	33
3.4.2. Classification.....	33
3.4.2.1. Selon le DSM-V	34
3.4.2.2. Selon la CIM-10	36
3.4.2.3. Echelles d'évaluation	36
3.5. Prise en charge thérapeutique.....	37
3.5.1. Traitements non médicamenteux.....	37
3.5.1.1. Mesures générales	37
3.5.1.2. Les psychothérapies	38
3.5.1.2.1. Les psychothérapies non structurées	38
3.5.1.2.2. Les psychothérapies structurées	38
3.5.2. Traitements médicamenteux.....	39
3.5.2.1. Les benzodiazépines.....	39
3.5.2.2. Les antidépresseurs	42
3.6. Spécificités palliatives.....	43
3.6.1. Généralités.....	43
3.6.2. Etiologies.....	44

3.6.3.	Prévalence	45
3.6.4.	Spécificités diagnostiques	45
3.6.4.1.	Les échelles d'évaluation	45
3.6.5.	Spécificités thérapeutiques	46
3.6.5.1.	Généralités.....	47
3.6.5.2.	Traitements non médicamenteux.....	48
3.6.5.3.	Traitements médicamenteux.....	49
3.7.	Synthèse « Anxiété ».....	51
4.	LA DEPRESSION.....	52
4.1.	Définition	52
4.2.	Prévalence	53
4.3.	Etiologies.....	54
4.4.	Manifestations et formes cliniques.....	55
4.5.	Diagnostic.....	57
4.5.1.	Selon le DSM-V	57
4.5.2.	Selon la CIM-10	58
4.5.3.	Echelles d'évaluation	59
4.6.	Prise en charge thérapeutique.....	59
4.6.1.	Traitements non médicamenteux.....	60
4.6.2.	Traitements médicamenteux.....	61
4.7.	Spécificités palliatives.....	68
4.7.1.	Généralités.....	68
4.7.2.	Etiologies.....	69
4.7.3.	Prévalence	70
4.7.4.	Spécificités diagnostiques	70
4.7.4.1.	Généralités.....	70
4.7.5.	Spécificités thérapeutiques.....	71
4.7.5.1.	Généralités.....	71
4.7.5.2.	Traitements non médicamenteux.....	72
4.7.5.3.	Traitements médicamenteux.....	73
4.8.	Synthèse « Dépression »	75
5.	ETUDE.....	76
5.1.	Constats et objectifs	76
5.2.	Etude rétrospective	77
5.2.1.	Modalités.....	77
5.2.2.	Population étudiée.....	78
5.2.3.	Recueil de données.....	78
5.2.4.	Analyses statistiques	79

5.3.	Enquête un jour donné.....	79
5.3.1.	Modalités.....	80
5.3.2.	Population étudiée.....	80
5.3.3.	Recueil des données.....	80
5.3.4.	Analyses statistiques.....	81
5.4.	Résultats.....	81
5.4.1.	Etude rétrospective.....	81
5.4.1.1.	Description de la population.....	81
5.4.1.1.1.	Données épidémiologiques.....	81
5.4.1.1.2.	Données médicales.....	82
5.4.1.2.	Traitements psychotropes et antalgiques.....	92
5.4.1.2.1.	Traitements psychotropes.....	92
5.4.1.2.2.	Traitements antalgiques.....	97
5.4.2.	Enquête un jour donné.....	102
5.4.2.1.	Participation à l'enquête.....	102
5.4.2.2.	Données épidémiologiques.....	102
5.4.2.3.	Informations relatives aux patients.....	103
5.4.2.3.1.	Traitement psychotrope avant évaluation par le questionnaire HADS ..	103
5.4.2.3.2.	Résultats du questionnaire HADS.....	104
5.4.2.3.3.	Impact thérapeutique du questionnaire HADS.....	106
5.4.3.	Confrontation des résultats des deux travaux.....	115
5.5.	Discussion.....	116
5.5.1.	Biais et limites de l'étude.....	116
5.5.2.	Analyse de l'étude rétrospective.....	117
5.5.3.	Analyse de l'enquête un jour donné.....	126
5.5.4.	Etat des lieux de la prise en charge des troubles anxio-dépressifs.....	129
6.	CONCLUSION.....	132
7.	ANNEXES.....	133
8.	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	143

Liste des abréviations

ADP : Antidépresseur

AEG : Altération de l'Etat Général

AINS : Anti-Inflammatoire Non Stéroïdiens

ALAGH : Association Lorraine d'Aide aux Grands Handicapés

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ATCD : Antécédents

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

BDI : Beck Depression Inventory

BZD : Benzodiazépines

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies, 10^e édition

DIRC : Délégations Interrégionales à la Recherche Clinique

DRESS : Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques

DSM-V : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5^e edition

EDD : Echelle de Dépistage du Délirium

EDM : Etat Dépressif Majeur

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour les Personnes Agées Dépendantes

ESA : Etat de Stress Aigu

ESAS : Edmonton Symptom Assessment Scale

ESPT : Etat de Stress Post-Traumatique

HAD : Hospitalisation A Domicile

HADAN : Hospitalisation A Domicile de l'Agglomération Nancéenne

HADS : Hospital Anxiety and Depression Scale

HAS : Haute Autorité de Santé

ICL : Institut de Cancérologie de Lorraine

IMAO : Inhibiteurs de la Mono-Amine Oxydase

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale

InVS : Institut de Veille Sanitaire

IRSNA : Inhibiteurs de la Recapture de la Sérotonine et de la Noradrénaline

ISRS : Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine

LISP : Lits Identifiés de Soins Palliatifs

MADRS : Montgomery and Asberg Depression Rating Scale

MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique

NCCN : National Comprehensive Cancer Network

NRL : Neuroleptique

NUDESC : Nursing Delirium Screening Scale

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONFV : Observatoire National de la Fin de Vie

ORL : Oto-Rhino-Laryngologie

PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SFAP : Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

TAG : Troubles Anxieux Généralisés

TCC : Thérapie Cognitivo-Comportementale

TIP : Thérapie Inter-Personnelle

UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

UPUP : Unité de Post-Urgences Polyvalente

URC : Unités de Recherche Clinique

USLD : Unité de Soins de Longue Durée

USP : Unité de Soins Palliatifs

1. INTRODUCTION

La représentation de la mort a considérablement changé au cours de ces dernières années. Il est devenu beaucoup moins naturel de mourir. Désormais la mort est associée à un échec insupportable. (1) Les patients meurent majoritairement en institution (70%) (2). Ainsi la mort est chassée des maisons et ne fait plus partie intégrante de la vie.

La prise en charge de l'agonie est très fréquemment médicalisée suivant une logique de médicalisation de notre société toute entière. Le décès d'une personne n'est plus vécu comme un processus naturel mais comme un processus pathologique et par conséquent un échec de la médecine. L'idéalisation d'une mort sans souffrance est une croyance qui a émergé ces dernières décennies avec les progrès de la médecine. Mais la mort nous rappelle constamment notre fragilité et notre passage limité sur Terre. Son évocation renvoie à la souffrance et aux sentiments, aux étapes décrits par Kübler -Ross qui sont : le choc et la négation, la colère ou la révolte, le marchandage, la dépression et l'acceptation. Le médecin à travers notre société matérialiste pratique « une médecine d'organes ». L'Homme se retrouve alors morcelé dans des prises en charge spécialisées dont les symptômes psychologiques sont trop souvent éludés et non traités.

Depuis les années 1970, les institutions s'efforcent de « redonner une place au mourant dans la Société ». (3) La psychologie du mourant repose sur l'identification des besoins psychologiques spécifiques, la description des étapes du deuil, le repérage des mécanismes de défense et l'analyse des émotions. Il est nécessaire de soulager la détresse psychique, physique et spirituelle en évaluant les symptômes pour permettre une prise en charge adaptée. En effet savoir de quel symptôme souffre le patient est le premier pas pour pouvoir le prendre en charge efficacement dans sa globalité. Une première avancée a été réalisée à travers la prise en charge antalgique. Les patients en soins palliatifs sont désormais écoutés et soulagés dans un contexte où le corps souffre physiquement. Mais si la douleur est dorénavant le plus souvent traitée, il n'en est pas de même pour les troubles anxio-dépressifs. Les études révèlent pour la plupart une difficulté diagnostique aboutissant à un sous traitement de ces symptômes pénibles. L'objectif de rendre le patient totalement asymptomatique n'est pas un objectif raisonnable. De même, le fait de traiter systématiquement chaque trouble anxio-dépressif par une thérapie médicamenteuse n'est pas un objectif raisonnable.

A cet égard à travers l'évaluation systématique de l'anxiété et de la dépression chez des patients admis en Unité de Soins Palliatifs (USP) nous avons souhaité mettre en évidence son intérêt dans la prise en charge de sorte qu'elle soit la plus adaptée possible aux symptômes du patient. Nous avons également voulu entrevoir comment les troubles anxio-dépressifs étaient pris en charge d'un point de vue médicamenteux.

Dans un premier temps nous avons réalisé une étude rétrospective dans le but de connaître les prescriptions des patients sans qu'aucune évaluation des troubles anxio-dépressifs ne soit faite. Puis dans un deuxième temps nous avons réalisé une enquête un jour donné où un auto-questionnaire a été remis au patient afin d'étudier son intérêt dans la prise en charge thérapeutique.

2. LES SOINS PALLIATIFS

2.1. Définition

Palliatif vient du latin « palliatus » qui signifie « atténuer les symptômes d'une maladie sans agir sur sa cause ».

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les soins palliatifs sont des « soins actifs et complets donnés aux malades dont l'affection ne répond plus au traitement curatif. La lutte contre la douleur et les autres symptômes, ainsi que la prise en considération des problèmes psychologiques, sociaux et spirituels sont primordiaux ».

La Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs (SFAP) en donne une définition plus exhaustive. « Les soins palliatifs sont des soins actifs délivrés dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave, évolutive ou terminale. L'objectif des soins palliatifs est de soulager les douleurs physiques et les autres symptômes, mais aussi de prendre en compte la souffrance psychologique, sociale et spirituelle.

Les soins palliatifs et l'accompagnement sont interdisciplinaires. Ils s'adressent au malade en tant que personne, à sa famille et à ses proches, à domicile ou en institution. La formation et le soutien des soignants et des bénévoles font partie de cette démarche.

Les soins palliatifs et l'accompagnement considèrent le malade comme un être vivant, et la mort comme un processus naturel. Ceux qui dispensent des soins palliatifs cherchent à éviter les investigations et les traitements déraisonnables (communément appelés acharnement thérapeutique). Ils se refusent à provoquer intentionnellement la mort. Ils s'efforcent de préserver la meilleure qualité de vie possible jusqu'au décès et proposent un soutien aux proches en deuil. Ils s'emploient par leur pratique clinique, leur enseignement et leurs travaux de recherche, à ce que ces principes puissent être appliqués. »

Les soins actifs sont au cœur de la prise en charge en étant personnalisés et actualisés pour chaque patient. (1) Les soins palliatifs sont désormais répertoriés dans la classification des Programmes de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI). Ces soins particuliers privilégient la dimension humaine en englobant les aspects psychologique et spirituel du patient et de son entourage. La prise en compte de cette dimension est impérative car environ un tiers des patients en soins palliatifs souffrent de détresse psychologique, augmentant à 50% dans les cas de cancer avancé de mauvais pronostic. (4) Cette détresse psychologique est associée à une altération de la qualité de vie, à des scores douloureux plus élevés, à des effets secondaires médicamenteux plus élevés, et à des durées d'hospitalisation plus longues. (5)

2.2. Historique des soins palliatifs

Au Moyen Age, la notion de soins palliatifs se résumait aux soins des indigents et des incurables dans le cadre des confréries « de la bonne mort » et des Hôtels Dieu.

La première structure en France est fondée en 1842 dans le quartier du Calvaire à Lyon par Jeanne Garnier au sein de l'association des Dames du Calvaire. Toujours sous la même autorité en 1874 Aurélie Jousset crée un hospice à Paris dans le XVème arrondissement, qui aujourd'hui est l'actuelle Maison Jeanne Garnier dont les 80 lits traduisent la plus grande USP en France.

L'émergence des soins palliatifs trouve ses racines outre-mer. Cicely Saunders ancienne infirmière, assistante sociale puis médecin diffuse la notion de « total pain » et surtout de la nécessité de prendre en charge les symptômes notamment douloureux en créant des protocoles antalgiques. Elle fonde en 1967 à Londres le Saint Christopher's Hospice, qui reste aujourd'hui un lieu de référence. (6) La prise en charge de la souffrance physique et psychique devient une priorité.

En France plusieurs avancées sont réalisées par différentes lois, textes législatifs ou associations.

En 1986, la « circulaire Laroque » met l'accent sur la nécessité d'une prise en charge globale, notamment de la douleur physique et de la souffrance psychologique. Cette circulaire est encore aujourd'hui un texte de référence en soins palliatifs.

En 1989 est organisé le premier congrès international des soins palliatifs au Palais des Congrès de Nancy. De nombreuses associations se rapprochent des professionnels de santé (médecins, infirmières, psychologues...) pour fonder la SFAP.

En 1993, les soins palliatifs ne sont plus seulement cantonnés à la fin de vie mais également aux maladies évolutives ou terminales, tout comme le souligne le rapport Delbecq. Ce rapport incite l'accroissement et la diversification des structures ainsi que la nécessité de formation et d'information. Il est centré sur 3 axes :

Le développement des soins palliatifs à domicile,

La planification des centres de soins palliatifs,

Et l'enseignement des soins palliatifs.

La loi du 9 Juin 1999 introduit la notion de droit d'accès non seulement à des soins mais aussi à un accompagnement de toute personne en fin de vie. Cette loi est votée à l'unanimité par le Parlement.

Plusieurs plans triennaux de développement des soins palliatifs ont été mis en place.

Le plan triennal 1999-2001, le plan de 2002-2005 et les plans Cancer de 2003-2007 et 2014-2019.

L'importance de la culture palliative déjà inscrite par l'ordonnance du 4 Septembre 2003 dans les schémas d'organisation sanitaire est réaffirmée par la loi du 22 Avril 2005 dite loi « Léonetti » relative aux droits des malades et à la fin de vie. (7)

2.3. Les Unités de Soins Palliatifs

Les USP existent pour permettre une prise en charge adaptée aux patients en fin de vie. La circulaire Laroque en fixe les objectifs et le cadre.

En 1974, Balfour Mount crée la première unité d'hospitalisation en milieu universitaire à Montréal au Royal Victoria Hospital. Il substitue le terme Hospice trop péjoratif au profit du terme de soins palliatifs. (3) En 1987, le Dr Maurice Abiven ouvre la première USP à l'Hôpital International de la Cité Universitaire de Paris. En 1995, au Canada est lancé le modèle de services de soins palliatifs intégrés de la Région d'Edmonton. Ce modèle est un exemple à suivre dans tous les autres pays. Il intègre les soins dans tous les domaines d'action et permet « d'améliorer la qualité de la vie et la qualité du décès par la compassion, l'éducation, la recherche, le leadership et le rayonnement. » (8) Leur système d'évaluation standardisé, rapide et facile d'utilisation permet un suivi des symptômes dans le temps.

Les USP concernent essentiellement les prises en charge complexes de fin de vie. (9) Elles regroupent en moyenne une dizaine de lits. Leurs domaines d'intervention peuvent également dépasser les limites de l'hôpital. (10) De 1975 à 1984, le Saint Christopher's hospice a étudié la fréquence des symptômes pénibles suite à un interrogatoire de 6677 patients. En voici les pourcentages. (11)

Symptômes	%
Perte de poids	77
Douleur	71
Anorexie	67
Dyspnée	51
Toux	50
Constipation	47
Faiblesse	47
Nausée/vomissement	40
Œdème/Ascite/Epanchement pleural	31
Insomnie	29
Incontinence/Cathétérismes	23
Dysphagie	23
Escarre	19
Hémorragie	14
Somnolence	10
Paralysie	8
ictère	6
Diarrhée	4
Fistule	1

En 2010 la France comptait 107 USP pour 1176 lits. Deux tiers des unités sont concentrées dans 5 des 26 régions (PACA, Rhône-Alpes, Bretagne, Nord-Pas-de-Calais et Île-de-France) soit 71% des lits d'USP pour une représentation de 48% de la population et 42% du total des décès annuels. Cette disparité induit une variation allant de 0,4 à 8,2 lits d'USP pour 100 000 habitants. Les unités se trouvent dans les secteurs de Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO) mais également dans les Soins de Suite et Réadaptation (SSR).

Elles ont pour vocation à piloter la formation universitaire et à animer une dynamique de recherche au niveau régional en coordination avec les Unités de Recherche Clinique (U.R.C), les Délégations Interrégionales à la Recherche Clinique (D.I.R.C) et l'Observatoire National de la Fin de Vie (ONFV).(12)

2.4. La vigilance en soins palliatifs

La phase terminale représente une rude épreuve, rapprochant chacun de sa propre mort. La confusion est l'affection mentale la plus courante chez les mourants. (13) L'agitation terminale peut atteindre 25 à 85% des patients en phase terminale. (14)

La prévalence du syndrome confusionnel varie de 13% chez des patients adressés en consultation de psycho-oncologie à 42% lors du dépistage systématique à l'admission dans une USP, jusqu'à 88% en phase terminale de cancer dans cette unité. L'intérêt de l'échelle Nursing Delirium Screening Scale (NUDESC) ou Echelle de Dépistage du Délirium (EDD) a été suggéré dans une étude. Le syndrome confusionnel génère beaucoup d'anxiété chez le patient, son entourage familial et chez les soignants. (15) Son dépistage est important car la rapidité de mise en place du traitement notamment étiologique conditionne l'évolution de ce trouble.

La confusion mentale terminale commence en moyenne 3,5 jours avant le décès. 88% des patients atteints de cancer avancé présentent un délire 48 à 72 heures avant le décès. Elle est soit hyperactive, soit hypoactive, mixte ou non classée. Les causes sont multifactorielles. (16)

La vigilance et la cognition sont précieuses à sauvegarder chez les patients en soins palliatifs. Elles sont le lien qui les unit à leurs proches dans leurs derniers moments de vie. Par ailleurs c'est aussi un lien important avec l'équipe soignante. Elles permettent la communication avec les autres et par conséquent une meilleure compréhension des symptômes pénibles et de ce fait une meilleure prise en charge de ces derniers.

3. L'ANXIETE

En 2005 l'enquête internationale « European Policy Information Research for Mental Disorders (EPREMED)- European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED) » a estimé qu'un tiers de la population française a souffert d'au moins un trouble mental au cours de sa vie. Les troubles anxieux sont les plus fréquents suivis des troubles de l'humeur. Il est prouvé que l'anxiété mais aussi la douleur et la dépression sont associées à une altération de la qualité de vie. (17) Nous allons dans cette première partie nous intéresser aux troubles anxieux.

3.1. Définition

« L'anxiété est définie comme un sentiment de danger imminent et indéterminé s'accompagnant d'un état de malaise, d'agitation, de désarroi et d'anéantissement devant ce danger. » Dans les formes sévères, les réactions neurovégétatives caractéristiques de l'angoisse s'y ajoutent (palpitations, sueurs froides, sécheresse buccale, nausées, pollakiurie...). (18) L'anxiété est dérivée du latin « anxietas » lui-même dérivé d' « anxius », « angere » signifiant opprimer, serrer la gorge. (19)

L'anxiété est différente de la peur. La peur est présente devant un danger réel ou supposé alors que l'anxiété se manifeste lors d'un danger imprécis à travers un sentiment d'attente menaçante. L'inquiétude quant à elle est un état affectif causé par la crainte, l'appréhension et l'incertitude. (20)

L'anxiété peut être considérée comme un signe vital. Elle est présente chez toutes les espèces animales notamment concernant les situations d'incertitude. C'est une réaction adaptative où interagissent des phénomènes physiques, psychiques, comportementaux, cognitifs et émotionnels. C'est un processus dynamique et évolutif, un continuum.

L'anxiété est une émotion banale et nécessaire en réponse à un stress dans la vie quotidienne. Les pensées de l'anxieux sont généralement centrées vers l'avenir. L'anxiété fait partie du registre émotionnel normal de l'être humain. Elle est indissociable de la condition humaine. Elle peut constituer une réponse adaptée à une situation difficile. Elle aide la personne à trouver des ressources suffisantes pour avancer et régler ses problèmes.

Elle est considérée comme normale et réactionnelle si elle est adaptative, transitoire, d'une durée de moins de quinze jours et gérable par le patient. Elle devient pathologique lorsqu'elle persiste. Elle devient invalidante pour le malade en étant une source de détresse psychologique plaçant la personne dans un état intense et désagréable de désespoir, de labilité émotionnelle et d'appréhension. Ce non-contrôle de l'anxiété aboutit à un retentissement fonctionnel, une mise en péril des liens sociaux et familiaux, une non-adhésion au traitement.

D'autre part, l'anxiété peut être créée artificiellement avec l'administration ou l'injection de certaines substances (alcool, tabac, drogues illicites, médicaments anxiogènes) ou de certaines situations comme l'isolement social.

Les troubles anxieux regroupent plusieurs entités. Leur classification a énormément changé durant le XX^{ème} siècle. Ils représentent les syndromes cliniques les plus remaniés au sein des dernières versions des manuels diagnostiques des troubles mentaux. Le terme de névrose d'angoisse basée sur des notions psychodynamiques a été retiré. L'essor des traitements médicamenteux depuis la découverte des benzodiazépines en 1957 a participé à ce changement.

On distingue de nos jours selon le DSM-V (5[°] édition de 2013 du Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux):

Les attaques de panique, les troubles paniques, les Troubles Anxieux Généralisés (TAG), (anciennement la névrose d'angoisse),
Les phobies simples/spécifiques/sociales, l'agoraphobie, (anciennement les névroses phobiques),
Les Troubles Obsessionnels Compulsifs (TOC), (anciennement la névrose de contrainte),
L'Etat de Stress Aigu (ESA),
L'Etat de Stress Post-traumatique (ESPT),
Les troubles de l'adaptation,
Et les troubles anxieux non spécifiés. (21)

La névrose hystérique aux contours cliniques mal ou peu définis a disparu en tant que telle des classifications internationales. Elle se retrouve dans le vaste ensemble des troubles somatoformes sans que de présupposés psychodynamiques y soient associés.

3.2. Prévalence

La prévalence de tous les troubles anxieux (présents ou passés) est de 20% dans la population générale. Au cours de la vie elle est de 3% pour les TAG, 3% pour les troubles paniques, 1,8 % pour l'agoraphobie, 3,9 % pour l'ESPT, 4,7 % pour la phobie sociale, et 11,6 % pour les phobies spécifiques. (22) (23) Les femmes sont deux fois plus nombreuses que les hommes à être anxieuses. Les troubles anxieux débutent relativement tôt dans la vie, pendant l'adolescence et/ou le début de l'âge adulte. La prévalence des TAG durant une vie entière est variable de 2,8 à 4,1% en Europe et aux Etats-Unis. (24)

Les femmes et les personnes jeunes sont plus anxieuses face à la mort. Il existe un pic d'anxiété vers l'âge de 20 ans et un deuxième pic vers l'âge de 50 ans. Des facteurs de personnalité et certaines expériences de vie (événements traumatisants, abus subis durant l'enfance, violence, accident...) influent également. (25)

« L'existence d'un vécu anxieux invalidant augmente de 60% la probabilité de survenue d'une dépression à 10 ans». (26) En effet, la coexistence des troubles anxieux et des troubles dépressifs est très fréquente. « Son association avec un état dépressif constitue un facteur de sévérité, de chronicité et de moins bonne réponse aux antidépresseurs, ainsi qu'un risque suicidaire accru.» (27)

3.3. Etiologies

Le plus souvent l'anxiété est d'origine multifactorielle (situationnelle, psychiatrique, organique et émotionnelle).

Il existe fréquemment des antécédents familiaux et/ou des événements de vie traumatisants précoces (manque d'attention parentale, maltraitance, abus subis durant l'enfance, viol, accident grave, vécu d'abandon...).

Une origine « éducative » et/ou génétique est supposée mais n'a pas été mise en évidence à ce jour.

La notion d'une vulnérabilité biologique préexistante est soulignée mais elle n'est ni obligatoire ni suffisante. (Dérèglement du système d'adaptation métabolique et respiratoire avec hypersensibilité à des modifications de CO₂ et du pH sanguins, mais aussi dysfonctionnement noradrénergique avec hypersensibilité aux stimuli). (28)

De même des hypothèses sur une origine neurobiologique ont été faites. Une hypersensibilité de l'amygdale et de l'hippocampe ainsi qu'un mauvais contrôle des émotions par le cortex seraient présents.

L'approche psychanalytique avec la théorie des névroses explique l'apparition de l'anxiété à travers des conflits inconscients, un refoulement. Freud a élaboré deux théories. Dans la première théorie, le refoulement crée l'angoisse, alors que dans la deuxième c'est l'angoisse qui crée le refoulement.

On retrouve également les hypothèses cognitivo-comportementales avec les théories du conditionnement (renforcement positif et négatif) et des distorsions cognitives.

Différents modèles faisant écho aux définitions du DSM-III révisé de 1987 et DSM-IV de 1994 ont vu le jour. Concernant les TAG, on discerne différents modèles. En voici quelques exemples.

Les modèles cognitifs sont basés sur le fait qu'il existe une erreur dans le traitement de l'information par le patient. Ce dernier a une attention prépondérante concernant les signaux de danger plutôt que ceux de sécurité.

Le modèle métacognitif du souci de Wells et Carter discerne la présence de croyances positives et négatives.

Le modèle de l'intolérance à l'incertitude de Ladouceur évoque la transformation d'un sentiment d'inquiétude en anxiété devant l'incapacité à prédire la réalité future. (29)

3.4. Clinique

3.4.1. Sémiologie

Les manifestations cliniques de l'anxiété correspondent à un hyperfonctionnement du système nerveux autonome, elles sont d'ordre :

- Physique « ce que je ressens ».

Manifestations cardio-vasculaires (palpitations, tachycardie, douleur précordiale, modification labile de la tension artérielle),

Manifestations respiratoires (blocage respiratoire, souffle coupé, hyperventilation, gêne respiratoire, dyspnée, sensation d'étranglement),

Manifestations sensorielles (étourdissements, troubles de l'équilibre, paresthésie, hyperesthésie)

Manifestations neuromusculaires (endolorissement musculaire, contractions, douleur),

Manifestations digestives (douleur abdominale, gêne gastrique, syndrome du colon irritable, diarrhée, sensation de « boule dans la gorge »),

Manifestations vaso-motrices (sueurs, pâleur, bouffées vasomotrices, tremblements, bouche sèche, mains froides et humides).

- Cognitif et affectif, « ce que je me dis ».

Peur de devenir fou, de mourir, de perdre le contrôle, expérience de dépersonnalisation (sentiment de se sentir étranger à son propre corps) et/ou de déréalisation (perte de l'intimité avec le monde environnant habituel).

- Et comportemental, « ce que je fais ».

Manifestations de sidération, agitation, fuite, demande d'aide, prise de toxiques.

3.4.2. Classification

Le DSM-V et la CIM-10 sont des approches catégorielles. Elles étudient les phénomènes psychiques comme des catégories distinctes d'autres catégories. Ce sont des systèmes de critères diagnostiques opérationnels et athéoriques. Elles trouvent leurs limites dans l'existence d'une importante comorbidité syndromique. De même l'existence de niveaux de sévérité dans certaines catégories apporte une note dimensionnelle à ce système surtout catégoriel.

3.4.2.1. Selon le DSM-V

Selon la 5^e édition de 2013 du Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux élaborée par l'Association Américaine de Psychiatrie, les troubles anxieux regroupent diverses entités. Cette classification a pour but d'améliorer la fidélité des jugements diagnostiques.

• Les troubles de l'adaptation

Le trouble de l'adaptation avec humeur anxieuse est l'un des troubles anxieux le plus fréquent. Les symptômes doivent évoluer depuis plus de deux semaines et moins de six mois. Sa prévalence touche un patient sur trois. La verbalisation de l'anxiété par le patient bien que difficile est primordiale.

• Les Troubles Anxieux Généralisés

Les TAG apparaissent au début de l'âge adulte. Ils sont associés à une anxiété et des soucis excessifs, incontrôlables, chroniques, relatifs à des situations réalistes et banales, à l'origine d'un état de souffrance qui altère le fonctionnement quotidien du patient. Le diagnostic est retenu lorsque les troubles persistent plus de 6 mois et sont associés à une anxiété sévère, incontrôlable avec l'impression permanente de nervosité associée à des symptômes physiques à l'origine d'une détresse importante.

• L'attaque de panique et le trouble panique (expression d'une peur très intense) avec ou sans agoraphobie

L'attaque de panique est de début brutal. Elle est liée à la sensation de perte de contrôle. Elle dure quelques minutes à quelques heures et s'associe à des symptômes somatiques et psychiques intenses. Elle est nocturne dans 15 à 30% des cas et peut être confondue avec des cauchemars ou des phases de confusion. Le risque de récurrence est élevé et le risque suicidaire augmenté. Le trouble panique se traduit par la répétition d'attaques de panique. Ces troubles apparaissent vers l'âge de 20 à 30 ans. Le traitement n'est pas du ressort des anxiolytiques mais des antidépresseurs.

Une anxiété anticipatoire est à ne pas méconnaître car elle est souvent associée à une mauvaise observance voire un abandon des soins.

Le syndrome dépressif et le risque suicidaire sont souvent associés. Ils peuvent compliquer le trouble panique dans 60 à 70% des cas et les TAG dans 38,6% des cas. (30)

• Les troubles phobiques (phobies simples, phobies spécifiques, phobies sociales avec ou sans agoraphobie)

Les phobies sont les troubles anxieux les plus fréquents. Elles sont toutes caractérisées par une peur intense d'objets ou de situations sans danger réel.

Les phobies spécifiques sont définies par des crises d'angoisse face à des objets ou des situations définies. (Par exemple : animaux divers, lieux en hauteur, obscurité, avion, vue du sang, eau...)

La phobie sociale est une anxiété persistante et excessive créée par des interactions sociales ou de performance devant autrui sous-tendue par une crainte du jugement et un sentiment de honte ou d'humiliation. La timidité, l'introversion excessive ayant un retentissement très négatif sur la vie quotidienne doivent faire rechercher ce trouble. Elle se traduit par une crainte excessive du jugement d'autrui, la peur d'une évaluation négative qui aboutissent à un évitement systématique ou une fuite du patient. Les situations redoutées sont d'intervenir dans une réunion, de prendre la parole en public, de se sentir observer par les autres, de rougir... Ce trouble débute dans l'enfance ou l'adolescence. Il évolue généralement vers la chronicité. Des comorbidités telles que la dépression, d'autres troubles anxieux et l'abus de substances peuvent y être associées. Elles sont fréquentes, de l'ordre de 70 à 80% des cas. Elles augmentent le risque suicidaire.

L'agoraphobie se traduit par une peur des situations ou des lieux dans lesquels on ne peut pas sortir facilement et où l'on ne peut pas être assisté rapidement en cas de problème.

- *Les TOC* (angoisse accompagnée d'idées obsédantes ou de rites)

Ils surviennent pendant l'adolescence. La honte et le sentiment de culpabilité sont souvent éprouvés par les patients. Ils existent 4 types d'obsession qui sont la souillure, le désordre/l'erreur, l'agression ou phobie d'impulsion et la superstition. Des rituels sont élaborés afin de les contenir (par exemple le lavage, la vérification, le rangement, la répétition de phrases, compter mentalement, répéter des gestes...).

- *Le stress aigu* (anxiété aiguë dissociative après un traumatisme)

Il survient dans les 4 semaines suivant le traumatisme (accident de la circulation, guerre...). Il dure entre 2 jours et 4 semaines. Un syndrome de reviviscence existe. S'il perdure plus de 4 semaines, on parle d'un ESPT.

- *L'Etat de Stress Post Traumatique* (anxiété chronique après un traumatisme)

Le syndrome de Stress Post-Traumatique fait suite à un événement traumatique. Il s'accompagne d'une reviviscence du traumatisme.

- *L'anxiété secondaire à une pathologie organique ou induite par la prise d'une substance.*

Une affection organique à expression anxieuse peut exister comme l'hyperthyroïdie, le phéochromocytome, l'épilepsie temporale, l'état confusionnel. La prise de toxique comme l'alcool, les amphétamines, la cocaïne, le cannabis, les sédatifs ou autre peut également être une grande pourvoyeuse d'anxiété.

- *Limites de la classification*

Cette classification est sujette à de nombreuses critiques. Certains évoquent une médication trop présente et systématique des troubles ainsi qu'une réduction du champ de la normalité. Par exemple dans la nouvelle version de 2013, les réactions excessives de deuil sont considérées comme pathologiques. (31) (32)

3.4.2.2. Selon la CIM-10

(Classification Internationale des Troubles Mentaux et des Troubles du Comportement 10^e édition, 1992)

On retrouve beaucoup de similitude avec le DSM-V. On distingue :

- Les troubles anxieux phobiques (trouble panique avec ou sans agoraphobie, phobie sociale, phobie spécifique)

- Les TOC (avec idées ou ruminations obsédantes au premier plan, ou avec comportements compulsifs au premier plan)

- Les autres troubles anxieux (trouble panique, anxiété généralisée, trouble anxieux et dépressif mixte)

- Les réactions à un facteur de stress important et troubles de l'adaptation (réaction aiguë à un facteur de stress, ESPT, trouble de l'adaptation)

Les TAG sont définis par la présence de 4 symptômes au sein d'une liste de 22 comprenant 5 des 6 symptômes du DSM-V. (33)

Une nouvelle édition « CIM-11 » est en cours.

3.4.2.3. Echelles d'évaluation

Les échelles et les questionnaires de sévérité clinique entrent dans le cadre d'une approche dimensionnelle. Cette approche étudie les phénomènes psychiques comme des grandeurs non mesurables directement. Ils sont mesurés à travers le cumul d'indicateurs (items) directement mesurables.

La Haute Autorité de Santé (HAS) répertorie 7 échelles de mesure traduites en Français et totalement ou partiellement validées. On retrouve :

L'échelle d'anxiété d'Hamilton ou HARS (1959) évaluant l'intensité de l'anxiété,

L'échelle de Covi de Lipman (1976),

Le questionnaire sur les inquiétudes du Penn State de Meyer évaluant le TAG,

« Pourquoi s'inquiéter ? » de Rhéaume,

L'« Intolérance à l'incertitude » de Freeston,

L'inventaire d'anxiété état-trait de Spielberger (1983),

Et de l'échelle d'anxiété-dépression utilisée à l'hôpital (Hospital And Depression Scale : HADS).

Par ailleurs il existe 2 échelles élaborées en France qui sont :

Le diagramme « FARD » de Ferreri (1988),
Et le questionnaire d'anxiété trait-état de de Bonis (1975).

L'échelle de Covi citée précédemment et le questionnaire HADS peuvent constituer une aide en pratique courante, alors que les autres échelles sont majoritairement utilisées en recherche clinique.

L'échelle HADS (annexes) de Zigmond et Snaith date de 1983. Elle comporte 14 items dont 7 items concernent l'anxiété et 7 autres la dépression. Chaque item est coté de 0 à 3. La lecture des scores de l'anxiété et de la dépression est indépendante. Il s'agit d'un auto-questionnaire. Par ailleurs l'HADS donne un aperçu de la sévérité des symptômes. Un score inférieur à 7 oriente vers l'absence de troubles anxieux ou dépressifs. Un score compris entre 8 et 10 est douteux. Un score supérieur ou égal à 11 oriente vers un cas certain d'anxiété ou de dépression.

Il existe également d'autres outils d'évaluation spécifiques. Ils sont utilisés par les spécialistes. Concernant les TAG on note le questionnaire des domaines d'inquiétude (Tallis) et l'inventaire d'anxiété de Beck (Beck). (31) Les phobies sont surtout mesurées par les auto-questionnaires (Echelle des peurs de Wolpe et Lang et échelle d'affirmation de soi de Ranthus). Les obsessions quant à elles peuvent être mesurées par la liste des activités compulsives de Marks et l'échelle d'obsession-compulsion de Yale Brown. L'agoraphobie et les attaques de panique peuvent être mesurées par le questionnaire des peurs (Marks et Mathews) et le questionnaire des cognitions agoraphobiques (Chambless). (34) Enfin l'ESPT peut être évalué par l'échelle modifiée des symptômes traumatiques (Falsetti) et l'échelle d'impact de l'évènement révisée (Weiss et Marmar). (31)

Ces échelles ne sont pas des échelles diagnostiques mais sont utiles comme outils de dépistage ou d'évaluation de l'intensité des symptômes. Le diagnostic doit être posé par une évaluation psychiatrique et reste clinique.

3.5. Prise en charge thérapeutique

3.5.1. Traitements non médicamenteux

3.5.1.1. Mesures générales

L'information du patient sur la maladie, son évolution et les traitements possibles sont les premiers pas d'une prise en charge efficace et personnalisée.

Une adaptation du mode de vie est également nécessaire, avec un sommeil de qualité, une alimentation équilibrée, l'arrêt du tabac et de l'alcool, une diminution de la consommation de café, une activité physique régulière. Les associations de patient peuvent par ailleurs être une aide utile pour l'écoute et l'échange d'expériences.

3.5.1.2. Les psychothérapies

3.5.1.2.1. Les psychothérapies non structurées

Les psychothérapies non structurées ne font pas référence à une technique particulière. Elles reposent sur l'accompagnement, le soutien psychologique, l'écoute attentive et la délivrance de conseils.

- La relaxation

Il existe des techniques de détente comme le contrôle respiratoire. Il permet un retour au calme à travers une respiration lente et ventrale. Le contrôle cardiaque quant à lui permet à travers une hyperpression abdominale de diminuer la fréquence cardiaque par stimulation vagale. (35)

La relaxation n'est pas innée. Elle s'acquiert par la pratique régulière de nombreuses techniques. Les effets attendus sont des actions combinées du système nerveux autonome, du système hormonal et du cortex cérébral dans un but relaxant. La relaxation musculaire progressive de Jacobson met en relation les états émotionnels et les tensions musculaires. Elle permet une réponse antagoniste à un état de contraction. Elle favorise une prise de conscience de son état de contraction musculaire. Dans un même registre le training autogène de Schultz permet une relaxation en utilisant les suggestions par la parole. (35)

Ils existent aussi d'autres méthodes comme l'hypnose, le yoga, la méditation. La pratique régulière de ces méthodes est fondamentale.

3.5.1.2.2. Les psychothérapies structurées

Les psychothérapies structurées reposent quant à elles sur des concepts précis qui doivent être expliqués au patient, notamment la manière dont le patient perçoit le facteur anxiogène. Elles sont constituées des Thérapies Cognitivo-Comportementales (TCC), des Psychothérapies d'Inspiration Analytique, de la Psychanalyse, ou de thérapie dite « Self-Help » (gestion de l'anxiété par soi-même). (36) Nous allons nous intéresser aux TCC.

- Les Thérapies Cognitivo-Comportementales

Les TCC sont des thérapies majoritairement brèves, ciblant les problèmes actuels et les facteurs de maintien. Le plus souvent 12 à 15 séances de 45 minutes sont nécessaires. Elles permettent une analyse fonctionnelle détaillée des problèmes rencontrés par le patient.

Elles sont validées scientifiquement et regroupent des exercices de différentes natures :

Des exercices comportementaux qui visent un apprentissage de nouveaux comportements comme par exemple l'affirmation de soi.

Des exercices cognitifs qui ciblent les pensées inadaptées et irréalistes en apprenant à les modifier, à construire et à stabiliser de nouvelles façons de penser plus adaptées. Ils permettent d'identifier les processus de pensées négatifs et de ce fait permettent de modifier les schémas/postulats profonds anxiogènes.

Des exercices émotionnels qui développent l'acceptation et la conscience des différentes émotions pour apprendre à mieux les réguler.

Et des exercices corporels, qui permettent l'apprentissage de la détente physique et psychologique. (37)

On retrouve également les techniques d'exposition qui sont basées sur le principe de l'habituation. Elles permettent une diminution progressive de l'anxiété lorsque l'organisme est soumis à un stress très prolongé. Elles sont utilisées dans le traitement des attaques de panique.

Lors de la présence d'une phobie sociale d'autres techniques peuvent être utilisées. On retrouve l'entraînement aux compétences sociales (c'est-à-dire l'ensemble des comportements verbaux et non verbaux intervenant dans les interactions sociales), les thérapies d'exposition, la restructuration cognitive (aide à la prise de conscience de ses erreurs d'évaluation des situations et de leurs interprétations). (35) Les thérapies de groupe d'expression sont efficaces dans la réduction de la détresse émotionnelle. (38) Elles sont essentielles dans le traitement des phobies sociales.

3.5.2. Traitements médicamenteux

3.5.2.1. Les benzodiazépines

Le début de la commercialisation des benzodiazépines (BZD) s'est fait avec le LIBRIUM® en 1960 et le VALIUM® en 1963. Les BZD regroupent les tranquillisants et les hypnotiques. Leur action est anxiolytique, myorelaxante, anti-convulsivante, sédative et amnésiante.

• Etats des lieux

L'utilisation des BZD en France en 2008 montre une durée moyenne des ordonnances située entre 39 et 50 jours. Le nombre important de renouvellement marque une pharmacodépendance élevée. Il existe un pic de prescription des anxiolytiques au-delà de 70 ans. (39)

Chaque année, un Français sur cinq consomme au moins une BZD ou une molécule apparentée. On dénombre ainsi plus de 25 millions de personnes qui ont été exposées à ces molécules entre mi-2006 et mi-2011. Près de 60% des consommateurs sont des femmes. Au cours du suivi de 5 ans de patients traités, dans 21,1% des cas le traitement par BZD est associé à un traitement antidépresseur (ADP) et dans 4,9% des cas à un traitement antipsychotique. (40)

Les Français sont de gros consommateurs de BZD et médicaments en général. Ils consomment trois fois plus de comprimés par jour que les Anglais et deux fois plus que les Américains et les Allemands. L'accès aisé aux soins et l'importance de la couverture sociale en sont des explications. Un tiers des consultations de médecine générale porte sur les troubles anxieux. (41)

Les résultats d'une enquête concernant la santé mentale en population générale en France métropolitaine datant de 2006 suggèrent que la mise sur le marché des ADP de type Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine (ISRS) n'a pas entraîné une diminution de la consommation d'anxiolytiques mais plutôt une addition ADP et anxiolytiques/hypnotiques. (42) De même, une autre étude montre une prescription d'anxiolytiques supérieure aux ADP dans les troubles anxieux. (43)

- Modalité de prescription

Le choix d'une BZD est primordial.

Il repose sur la demi-vie de la molécule choisie. Le lorazépam TEMESTA®, le temazépam RESTORIL® sont peu métabolisés par voie hépatique.

Le fonctionnement du cerveau repose sur un équilibre entre des signaux d'excitation et des signaux d'inhibition. Le principal neuromédiateur inhibiteur est l'Acide Gamma-AminoButyrique (GABA). Les récepteurs GABA constituent un système de freinage du cerveau. Les BZD se fixent sélectivement sur ces récepteurs et renforcent l'action inhibitrice du GABA.

Le diagnostic doit être correctement établi, et la vérification de l'existence d'interactions médicamenteuses éventuelles effectuée. Il existe entre 35 et 50 BZD disponibles sur le marché international. En France en 2011, 22 BZD ou apparentées étaient commercialisées. Les BZD demeurent l'un des 3 choix privilégiés par les psychiatres dans le traitement d'un trouble anxieux réfractaire à un ADP. (44)

BZD les plus utilisées :

Molécules	1/2 vie (heures)
SERESTA® (oxazépam)	10 h
XANAX® (alprazolam)	12 h
TEMESTA® (lorazépam)	12 h
LYSANXIA® (prazepam)	30-150 h
LEXOMIL® (bromazepam)	20 h
VALIUM® (diazepam)	30-150 h
TRANXENE® (clorazepate dipotassique)	40 h
HYPNOVEL® (midazolam)	2-4 h

La prescription des BZD est réglementée avec une limitation de durée à 12 semaines au maximum sevrage inclus. (Arrêté du 7/10/1991). Leur prescription dans les TAG peut se faire lors des phases d'exacerbations anxieuses. Les BZD peuvent également être prescrites comme traitement d'appoint durant l'initiation d'un traitement ADP. (45)

La recherche et le traitement de comorbidités psychiatriques et addictologiques sont indispensables. (30)

L'indication des BZD n'est pas recommandée dans le traitement des ESPT car le risque d'une comorbidité dépressive serait augmenté. (44)

Si l'anxiété est durable, une BZD à demi-vie longue est préférable (supérieure à 24h). Si elle est variable en durée et intensité, une demi-vie courte ou intermédiaire est préconisée.

• Particularités des personnes âgées

Les BZD sont les médicaments les plus prescrits dans le traitement des troubles du sommeil et de l'anxiété chez les personnes âgées. Elles représentent 27% des prescriptions alors que les patients âgés ne représentent que 14% de la population. 43% des primo-consommateurs restent anxieux malgré le traitement et 23% deviennent dépendants après trois mois de traitement. (46)

Par ailleurs plusieurs études suggèrent un lien statistique possible entre BZD et démences. Mais les résultats de ces publications sont discordants. Cinq études concluent à un lien statistique causal entre la consommation de BZD et l'apparition d'une démence, 4 ne peuvent conclure pour des raisons de manque de puissance et l'une conclut à un effet protecteur des BZD dans l'apparition d'une démence. (40)

• Autres molécules anxiolytiques non benzodiazépiniques

On retrouve le BUSPAR® buspirone qui est un agoniste de la 5HT1A dont la demi-vie est de 4-8 heures. Son délai d'efficacité est d'une dizaine de jours mais peut atteindre trois semaines. La buspirone n'est ni sédative ni amnésiante contrairement aux BZD. Elle n'interagit pas avec l'alcool. Elle ne produit pas de syndrome de sevrage ou de rebond de l'anxiété à l'arrêt du traitement. Elle n'entraîne pas de risque de dépendance. Elle est à privilégier chez les patients âgés, alcooliques, en Soins Palliatifs ou qui présentent d'autres dépendances dont l'anxiété n'est pas majeure. Elle améliore les sensations de dyspnée en cas de dyspnée chronique. (45)

L'ATARAX® hydroxyzine agit sur les récepteurs histaminergiques H1 et les récepteurs sérotoninergiques 5HT2C. Il n'a pas un effet déprimeur respiratoire. Sa demi-vie est de 6-8 heures. C'est un antihistaminique, anxiolytique et antalgique modéré. Il est également sédatif et anticholinergique central.

Le STRESAM® étifoxine est indiqué dans les manifestations cardiovasculaires de l'anxiété (action régulatrice neurovégétative). Elle n'entraîne pas de dépendance, ni d'accoutumance, ni d'effet rebond. Son efficacité reste modérée sur l'anxiété en tant que telle.

Les carbamates et les barbituriques ont beaucoup d'effets secondaires et sont très peu utilisés. Ils ont été retirés du marché.

3.5.2.2. Les antidépresseurs

Un traitement de fond par ADP est préconisé en première intention excepté dans la phobie spécifique où aucun médicament n'a fait la preuve de son efficacité.

L'évaluation de l'efficacité du traitement ADP doit se faire au bout de douze semaines. S'il est efficace, il doit être poursuivi pour une durée de six à douze mois après la disparition des symptômes. Les ISRS et IRSNA (Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la Noradrénaline) sont recommandés en première ligne dans le traitement de l'anxiété. (24) La paroxétine DEROXAT® possède l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) dans tous les troubles anxieux hors phobie spécifique. La posologie est de 20 à 50mg/jour (40 à 60 mg lors d'un trouble panique). Elle doit être augmentée progressivement selon la tolérance jusqu'à la dose minimale efficace.

Les ISRS comme la paroxétine DEROXAT®, la fluoxétine PROZAC®, la sertraline ZOLOFT®, le citalopram SEROPRAM® sont efficaces dans la prise en charge des attaques de panique en traitement de fond et dans les TOC. Les IRSNA comme la venlafaxine EFFEXOR® à dose de 75mg/jour sont à prescrire en première intention dans la phobie sociale, les TAG, le trouble panique. L'association en début de traitement avec une BZD peut être indiquée lorsqu'un contrôle rapide des symptômes est nécessaire.

L'anxiété de performance (anxiété sociale) est davantage traitée par bêtabloquant de type propranolol AVLOCARDYL®. Les BZD tout comme l'alcool sont à éviter car ils ont tendance à renforcer ce trouble.

La réévaluation est préconisée au bout de une à deux semaines, puis tous les mois pendant trois mois. (30)

Parmi les antidépresseurs tricycliques, l'imipramine TOFRANIL® a été le premier ADP à montrer son efficacité dans le traitement des troubles paniques ainsi que des TOC. De même les Inhibiteurs de la Mono-Amine Oxydase (IMAO) non sélectifs furent les premiers à montrer leur efficacité dans la phobie sociale généralisée. Ils sont utilisés exceptionnellement. (47)

Par ailleurs la prégabaline LYRICA®, agoniste gabaergique, antiépileptique dont l'efficacité est rapide (moins d'une semaine), a l'AMM en France depuis 2006 dans le traitement des TAG. (48)

3.6. Spécificités palliatives

Etre confronté à la mort bouleverse la vie psychique du patient. Ce dernier doit affronter la maladie, rechercher et créer un système de soutien et de sécurité mais aussi trouver un sens à la vie et créer un héritage. (49) Le patient doit apprendre à continuer à vivre en trouvant de nouveaux repères.

3.6.1. Généralités

L'anxiété vis-à-vis de la mort est une expérience subjective. « C'est l'ensemble des attitudes face à la mort caractérisées par la peur, la menace, l'inconfort, le malaise, l'inquiétude, de même qu'à des sentiments négatifs similaires à l'anxiété au sens psychodynamique de peur diffuse et sans objet.» La création d'un projet de vie fait partie intégrante de la gestion de cette angoisse face à la mort.(50) Le réel, l'action, la planification sont des antidotes à cette angoisse ; tout comme l'angoisse et l'espérance sont deux entités indissociables.

La détresse psychologique des patients en soins palliatifs forme un long continuum en association avec la prise de conscience de la maladie qui nécessite différentes étapes vers l'acceptation de la maladie.(51) Comme le souligne le NCCN (National Comprehensive Cancer Network) en définissant la détresse par : « Une expérience émotionnelle désagréable multifactorielle, d'ordre psychologique, cognitive, comportementale, émotionnelle, sociale et / ou spirituelle. Cette détresse s'étend le long d'un continuum de sentiments banaux tels que la vulnérabilité, la tristesse à des sentiments plus invalidants tels que la dépression, l'anxiété, l'isolement social et la crise existentielle et spirituelle.» (52)

Le clinicien Robert Buckman propose un modèle en 3 étapes du processus de la mort.

La première étape inclut diverses réactions comprenant la peur, l'anxiété, l'incrédulité, la culpabilité, l'humeur, l'espoir-désespoir et le marchandage.

La deuxième étape est qualifiée d'expérience de la maladie associée à une diminution/résolution des sentiments précédents et l'apparition fréquente d'une dépression.

La dernière étape est celle de l'acceptation par le patient de sa mort.(53)

L'anxiété n'est pas obligatoirement pathologique. Elle le devient lorsqu'elle interfère négativement dans la vie quotidienne du patient en étant pénible, éprouvante, paralysante. Elle est considérée comme non pathologique quand elle est adaptative, transitoire et gérable par le patient. Il existe une notion d'intensité de souffrance ressentie, d'interférence avec la vie relationnelle et d'acceptation des soins. (5)

Concernant l'attaque de panique, elle se traduit par une crise anxieuse aigue qui est nocturne dans 15 à 30% des cas. Elle est associée à un risque de récurrence accrue et à un risque suicidaire multiplié par dix par rapport à celui de la population générale. (5)

Par ailleurs il est normal d'éprouver de l'anxiété pendant 1 à 2 semaines après l'annonce d'une mauvaise nouvelle. Si cette anxiété persiste au delà de 3 semaines alors elle est hautement prédictive d'anxiété 6 mois plus tard. (54)

Les patients sont davantage anxieux lorsque la mort est probable plutôt que certaine. (55) De même que l'économie de la vérité ou « la conspiration du silence » se traduit cliniquement par une exacerbation de la peur, de l'anxiété et de la confusion. Des informations erronées ne permettent pas au patient et à ses proches une réorganisation/une adaptation de leur vie vers des objectifs réalisables et réalistes d'espoir. (56) La communication avec le patient notamment l'information sur sa maladie est une base indispensable à sa prise en charge.

A noter qu'une enquête auprès du grand public a montré que l'angoisse la plus fréquemment citée était celle de mourir seul. (57)

3.6.2. Etiologies

Diverses étiologies peuvent en être à l'origine. On retrouve principalement la menace existentielle, la maladie somatique, l'affection psychiatrique, la iatrogénie, l'anxiété transmise par l'entourage, celle liée aux soins.

Les facteurs favorisants sont des exigences inadaptées à l'égard du patient (entourage, soignants), la douleur non contrôlée, la dyspnée, l'hypoxémie, la fièvre, la confusion, les troubles métaboliques et endocriniens, la iatrogénie, le syndrome de sevrage (BZD/alcool/antiépileptiques/clonidine/corticoides/nicotine/opiacés), l'anxiété par contagiosité, les croyances, la dépression sous-jacente, l'atteinte du concept de soi. Le traitement étiologique est donc primordial.

Le patient en soins palliatifs est vulnérable psychologiquement dans un contexte où son existence est menacée de manière avérée, durable, sans possibilité de guérison.

3.6.3. Prévalence

Jusqu'à 77% des patients en situation palliative présentent des symptômes anxieux. (58)

Dans le cadre d'une maladie évolutive avancée, la prévalence de l'anxiété fluctue entre 28% et 79%. Les variations sont dues à la population étudiée, au lieu, à l'avancement de la maladie et aux outils d'évaluation utilisés. (59) Elle varie entre 10 et 30% en utilisant des entretiens psychiatriques standardisés et en appliquant des critères diagnostiques plus étroits. (60) (61)

Si l'on associe le diagnostic d'anxiété à celui de l'agitation terminale survenant au cours des derniers jours ou heures de vie, son estimation varie de 25 à 85%. (14)

Dans un contexte de soins palliatifs, environ 10 à 20% des patients développeront un trouble psychiatrique. C'est pourquoi le suivi au long cours de ces troubles est important afin que le patient puisse bénéficier d'un traitement précoce et adapté. (62)

3.6.4. Spécificités diagnostiques

Les patients en soins palliatifs présentent des symptômes plus importants en fréquence et en intensité comparativement à la population générale. L'évaluation des troubles de l'humeur doit tendre vers une systématisation. (63)

Par ailleurs la recherche de douleur, d'anxiété, de dépression et le sentiment de mal être doivent être systématiquement recherchés chez des patients en soins palliatifs présentant des troubles du sommeil car ces symptômes sont significativement plus élevés. (64)

Une étude montre que les auto-questionnaires et l'impression clinique du médecin ont une faible concordance, d'où l'intérêt d'une évaluation standardisée régulière. (65)

3.6.4.1. Les échelles d'évaluation

Les échelles d'évaluation doivent être valides, rapides, fiables, faciles à comprendre, faciles à compléter et à interpréter.

• *Le questionnaire Hospital Anxiety and Depression Scale*

Comme nous l'avons déjà abordé dans l'évaluation des troubles anxieux. Il s'agit d'un auto-questionnaire de Sigmond et Snaith de 1983, comportant 14 items destinés à dépister rapidement les troubles anxio-dépressifs. Ce questionnaire comporte 2 parties distinctes, à analyser séparément. L'une des parties comporte 7 items axés sur l'anxiété. L'autre partie comporte également 7 items axés sur la dépression. Chaque score donne un total maximal de 21 points. L'état dépressif ou anxieux est certain si le score est supérieur à 10. Il est douteux s'il se situe entre 8 et 10.

C'est un outil de dépistage efficace de la dépression et de l'anxiété des patients en soins palliatifs et non un outil de diagnostic. (66) La sensibilité du test est de 0,82 pour une spécificité de 0,94. (67)

Il peut aider le médecin généraliste dans l'amélioration du dépistage des TAG et des Etats Dépressifs Majeurs (EDM). (68) Il peut être utilisé en soins primaires. De plus il est sensible au changement au cours de la maladie. Il permet le suivi de la réponse au traitement. (69) Par ailleurs il peut être un outil de dépistage des troubles anxio-dépressifs chez les aidants naturels. (70)

• *L'Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS)*

L'ESAS est une échelle d'évaluation quotidienne de neuf symptômes courants : la douleur, la fatigue, les nausées, la dépression, l'anxiété, la somnolence, l'appétit, le bien-être et la brièveté du souffle. C'est un instrument fiable, valide, réalisable pour l'évaluation des symptômes physiques en routine des patients en soins palliatifs. (71) Il est surtout utilisé pour l'évaluation des symptômes physiques. (72) Il a une faible spécificité en ce qui concerne les symptômes anxieux et dépressifs. (73) Il nécessite une formation particulière et son utilisation est uniquement pertinente dans certains pays (notamment Canada et Etats-Unis) où les infirmières sont davantage cliniciennes.

3.6.5. Spécificités thérapeutiques

La détection précoce de l'anxiété est cruciale d'autant plus qu'il existe des traitements efficaces. La prise en charge se base sur l'évaluation des différentes étiologies possibles, une individualisation des prescriptions, le maintien de l'autonomie et des facultés relationnelles du patient.

3.6.5.1. Généralités

• Etat des lieux

Une étude effectuée entre 2002 et 2009 sur 840 patients en soins palliatifs montre une augmentation des prescriptions de benzodiazépines, d'antipsychotiques, d'antidépresseurs de manière significative. Alors que paradoxalement un certain nombre d'études montre que près de 30% des patients sont sous-diagnostiqués et sous-traités. (74)

Une autre étude portant sur 93 personnes en soins palliatifs montre une prévalence de la dépression de 20,7% et de 13,9% pour les troubles anxieux alors que 39,8% étaient traités par antidépresseurs et 66,7% par benzodiazépines. (75) La dépression dont le traitement médicamenteux repose sur les antidépresseurs est plus fréquente que l'anxiété alors que les benzodiazépines sont les traitements les plus prescrits.

De même dans une étude datant de 2012 (de faible puissance) portant sur des patients ayant un cancer métastasé montrait que la première prescription était basée sur les opioïdes suivie du midazolam HYPNOVEL® et des glucocorticoïdes. (76) Les benzodiazépines semblent être très prescrites chez les patients en fin de vie.

Une étude de 2006 montre que 58% des patients ont eu une prescription de BZD soit en milieu hospitalier soit en soins primaires durant leur prise en charge palliative. Ces prescriptions sont davantage faites chez les patients jeunes et ayant déjà une prescription d'opioïdes ou d'antipsychotiques avec des posologies plus élevées. Elles sont surtout prescrites les trois dernières semaines de vie. Près de 36% des hôpitaux rapportent une prescription de midazolam HYPNOVEL® sous-cutanée. Les indications sont surtout l'anxiété et l'agitation. Le midazolam HYPNOVEL® est prescrit dans 1/3 des cas suivi du lorazépam TEMESTA®. La médiane d'administration est de 18 jours. Les antécédents psychiatriques ne sont pas corrélés à une prescription plus importante de BZD. Les prescriptions émanaient principalement des palliatologues. (77)

Les effets secondaires des BZD ne sont pas négligeables chez des patients en soins palliatifs davantage vulnérables au surdosage du fait d'une altération fréquente des fonctions hépatiques et rénales. Les chutes, les troubles mnésiques, les réactions paradoxales, la fatigue, la somnolence, la difficulté de concentration et la diminution de l'attention, mais aussi le syndrome de sevrage (dans un délai de deux à dix jours) peuvent se surajouter aux symptômes du patient et altérer d'autant plus sa qualité de vie.

• Information du patient

L'information du patient sur les effets secondaires du traitement est importante. Une étude sur la vigilance et l'évaluation des fonctions cognitives chez des patients en soins palliatifs a montré que si les patients étaient majoritairement éveillés, 73% présentaient une altération des fonctions cognitives. Dans la moitié des cas il existait une volonté d'améliorer cette vigilance. (78)

- Prise en charge du patient et de son entourage

Il existe une différence entre la peur de mourir et l'angoisse de mort. La peur de mourir est une réaction consciente face à une menace de mort imminente alors que l'angoisse de mort est un processus inconscient qui peut être majoré par la douleur physique et l'isolement. Cette angoisse de mort contamine les proches qui vont à leur tour renforcer les angoisses du patient. C'est pourquoi le soutien du patient et de ses proches est primordial afin de leur permettre d'exprimer les conflits intérieurs auxquels ils sont exposés face au décès qui approche.

Ces conflits intérieurs sont entre autre marqués par un sentiment de culpabilité pouvant être conscient ou non. L'entourage peut ainsi éprouver des sentiments s'étendant de l'abnégation à un comportement d'agressivité ou de rejet des soignants, des autres proches ou du patient lui-même.

D'autre part l'exposition aux angoisses de mort et de néantisation des proches peut être à l'origine de réaction dépressive passant d'autant plus inaperçue que les personnes sont âgées et que cette réaction insidieuse est mise sur le compte d'un effet du vieillissement.

Par ailleurs la confrontation à la maladie peut à défaut d'unir davantage certaines familles faire ressurgir d'anciennes querelles restées silencieuses jusqu'alors. (57)

Des groupes de parole, un suivi par un psychologue ou un psychiatre, une vigilance exacerbée du médecin traitant peuvent trouver leur place dans la prise en charge des proches du patient en fin de vie.

3.6.5.2. Traitements non médicamenteux

- La psychothérapie

La psycho-oncologie traite la détresse émotionnelle, sociale, spirituelle, dont il faut savoir différencier la détresse attendue et transitoire associée au cancer, de la détresse excessive nécessitant une évaluation et un traitement. Les troubles les plus fréquents sont la dépression, les troubles anxieux et les troubles de l'adaptation. (79) Un travail de deuil est nécessaire. Il est basé sur l'acceptation d'une vie difficile, risquée, fatigante, angoissante et incertaine. (41)

L'efficacité des psychothérapies est établie dans l'amélioration de l'anxiété et de la dépression chez des patients atteints de cancer mais ces thérapies nécessitent du temps et un état général satisfaisant. (80) Ces deux conditions peuvent cruellement faire défaut au patient en fin de vie.

Une étude de faible puissance a montré l'amélioration de 8 patients en soins palliatifs sur 11 ayant reçu une Thérapie Cognitivo-Comportementale (TCC). Cette thérapie a l'avantage d'être acceptable et peu onéreuse. (81)

Les recommandations de la National Institute of Clinical Excellence suggèrent la TCC comme traitement de choix de la dépression. Si celle-ci est sévère l'association à un traitement médicamenteux est préconisée.

Les thérapies de groupe peuvent aider les patients à verbaliser leur détresse émotionnelle dans le but de la réduire. (65)

- Médecines complémentaires

Diverses médecines complémentaires existent (les techniques de détente, la relaxation, la sophrologie, l'hypnose, la musicothérapie, l'activité physique, les massages, le shiatsu, l'acupuncture, la musicothérapie, l'art-thérapie, la méditation, l'aromathérapie). Certaines études tendent à montrer un intérêt dans le contrôle des symptômes des patients en soins palliatifs. Mais ces études doivent être validées par des essais contrôlés randomisés. (82)

Certaines études suggèrent un bénéfice des bienfaits de l'aromathérapie sur l'anxiété. Mais ces études manquent de puissance du fait d'un trop faible échantillon de patients. (83) (84)

Une étude a montré un bénéfice durable à long terme (12 semaines) de l'acupuncture sur la dépression, l'anxiété, la fatigue et la douleur, à raison de plusieurs séances sur une période de 8 semaines. Mais ce travail est seulement une étude pilote qui nécessite un essai contrôlé afin de valider cette mise en évidence. (85)

Une autre étude suggère une efficacité de l'acupuncture sur les douleurs liés au cancer, l'asthénie post-chimiothérapie, l'insomnie et l'anxiété. Elle améliorerait l'anxiété et la dépression en association au traitement habituel. Encore une fois la faiblesse de l'échantillon ne permet pas de conclure. Elle conclut seulement sur l'amélioration des nausées/vomissements induits par la chimiothérapie. (86)

Par ailleurs la musicothérapie permettrait de réduire la douleur et l'anxiété chez les personnes atteintes de cancer hospitalisées et/ou suivies en oncologie. (87)

3.6.5.3. Traitements médicamenteux

Parmi les médicaments anxiolytiques on distingue les benzodiazépines et les anxiolytiques non benzodiazépiniques, les neuroleptiques, les antidépresseurs. Le traitement étiologique (antalgiques, traitements à visée eupnéisante, concentrés globulaires rouges, hypocalcémiants...) est également fondamental. (5)

• Les benzodiazépines

Un traitement par BZD est préconisé en urgence dans le traitement des crises de paniques non compliquées. Un traitement médicamenteux est nécessaire dans les troubles du sommeil en favorisant les hypnotiques concernant les troubles de l'endormissement et les BZD concernant la présence de plusieurs réveils nocturnes. (10)

Le clonazépam RIVOTRIL® dont la demi-vie est de 32-38h est davantage utilisé si les états anxieux sont associés à des pathologies cérébrales avec comitialité ou des douleurs neuropathiques. (10)

• Les antidépresseurs

Le traitement des états anxieux récurrents ou persistants est basé sur les ADP. Le traitement au long cours est représenté par les IRS ou IRSNA ; Paroxétine (DEROXAT®), citalopram (SEROPRAM®), venlafaxine (EFFEXOR®), mirtazapine (NORSET®).

L'utilisation des antidépresseurs lorsqu'une dépression est associée est préconisée.

• Les neuroleptiques (NRL)

Ce sont des antipsychotiques. On trouve parmi eux l'halopéridol (HALDOL®), la chlorpromazine (LARGACTIL®), la risperidone (RISPERDAL®). Ils créent un état d'indifférence psychomotrice lors d'états d'excitation, d'agitation, de délire et d'hallucinations.

Les NRL quant à eux sont davantage utilisés contre l'angoisse dans le cadre d'un délire associé. Ils peuvent être prescrits lorsqu'il existe des problèmes respiratoires sous BZD.

Les effets secondaires des NRL sédatifs sont neurovégétatifs (hypotension, tachycardie à très fortes doses), neurologiques avec des dyskinésies précoces et tardives (effets extrapyramidaux). On observe également des effets anti-cholinergiques (rétention aiguë d'urine, constipation, troubles de la vue, hyposialie), un syndrome de sécrétion inappropriée d'hormone antidiurétique (SIADH), plus rarement une photosensibilisation, un rash cutané. Il ne faut pas méconnaître le risque de syndrome malin des NRL. (5)

• Particularités

Lorsqu'il y a un trop grand risque de décompensation respiratoire ou de syndrome confusionnel, il faut préconiser la bupirone BUSPAR®, l'hydroxyzine ATARAX® ou les NRL. (5) (10)

L'hydroxyzine ATARAX® est également à privilégier dans le traitement de l'anxiété chez des patients douloureux et chez l'alcoolique. (10)

3.7. Synthèse « Anxiété »

L'anxiété est un sentiment de danger imminent et indéterminé. Elle est un sentiment nécessaire. Elle est adaptative. Si elle perdure dans le temps et si son intensité est trop forte, elle peut devenir pathologique impliquant un retentissement global (fonctionnel avec une exacerbation des symptômes somatiques, social, familial ou d'adhérence aux soins).

Dans la population générale, sa prévalence tous troubles anxieux confondus présents ou passés atteint 20%.

Son étiologie est multifactorielle : situationnelle, psychiatrique, organique et émotionnelle.

Ses manifestations sont physiques, cognitives, affectives et comportementales.

La classification des troubles anxieux repose essentiellement sur le DSM-V et la CIM-10. Les troubles anxieux regroupent les troubles de l'adaptation, les TAG, le trouble panique avec ou sans agoraphobies, les troubles phobiques, les TOC, l'Etat de Stress Aigu, l'Etat de Stress Post Traumatique et l'anxiété secondaire à une pathologie organique ou induite par la prise d'une substance.

Son évaluation peut être effectuée par des échelles. Ces échelles sont des outils de dépistage et non de diagnostique. Le questionnaire HADS fait partie de ces échelles.

Sa prise en charge repose d'une part sur des traitements non médicamenteux (Les psychothérapies non structurées : relaxation, soutien psychologique, accompagnement, écoute attentive et les psychothérapies structurées : TCC, Psychothérapies d'Inspiration Analytique, Psychanalyse). D'autre part les soins reposent également sur des traitements médicamenteux : BZD ou autres molécules anxiolytiques non benzodiazépiniques (BUSPAR®, ATARAX®, STRESAM®) et surtout sur les ADP qui constituent le traitement de fond des troubles anxieux.

Durant la maladie notamment cancéreuse des résurgences anxieuses peuvent être présentes notamment lors de l'annonce de la maladie, du début du traitement, de l'arrêt du traitement, des phases de rémission, des récurrences, de l'extension de la maladie/des métastases, de la phase palliative et de la fin de vie.

Les patients en soins palliatifs sont donc particulièrement à risque. Jusqu'à 77% des patients en fin de vie présentent des symptômes anxieux.

4. LA DEPRESSION

Alors que l'anxiété concerne le futur et place la personne angoissée dans l'attente d'un évènement négatif venant de l'extérieur. La dépression contrairement à cette dernière est centrée sur le passé. La personne dépressive n'arrive pas à surmonter ce qui lui arrive. Le mal être vient de l'intérieur. (28)

4.1. Définition

La dépression est définie par une baisse du tonus neuropsychique associée à un sentiment de tristesse et à une inhibition psychomotrice et/ou un ralentissement idéomoteur. Sa forme extrême est la mélancolie. (18)

Le sentiment d'échec et les pertes sont souvent à l'origine de ce trouble en dehors bien sûr des maladies maniaco-dépressives. On peut associer la dépression à une mise en économie d'énergie de la personne. D'autres émotions que la tristesse sont également notables comme la honte, le sentiment de solitude, la culpabilité, la perception négative du monde. Ces sentiments s'intègrent dans une dérégulation émotionnelle globale : dérégulation psychomotrice, cognitive, végétative et conative (symptômes procédant d'une diminution des capacités d'effort et d'initiative, d'un fléchissement des tendances à agir et de la volonté).

Le chômage, des conditions de vie précaire et l'isolement sont associés à une fréquence plus élevée de dépression. Les maladies chroniques et certaines pathologies mentales comme les troubles anxieux ou les troubles psychiques le sont également. Le risque de décès par suicide est dix fois plus élevé chez les patients déprimés que dans la population générale. (88) La perte de la performance fonctionnelle est une variable importante de la dépression.

Selon un rapport de l'Académie de Médecine, en cas d'épisode dépressif, le risque de tentative de suicide est multiplié par vingt et un. Ce risque est multiplié par quatre lors des rémissions partielles. Au final entre 5 à 20% des patients se suicident. La majorité d'entre eux n'ont pas reçu de traitement ADP. (89)

L'anxiété dans la dépression est souvent sous-estimée et considérée comme indépendante. Chez les personnes âgées, plus la dépression est sévère, plus l'association avec les troubles anxieux dont les TAG est importante. (90)

L'évolution est récurrente. La rechute est le principal facteur de risque à moyen et long terme. 50% des patients rechutent dans l'année suivant le premier épisode, et 90% rechutent après le deuxième épisode. Par ailleurs il est estimé que 20% des patients souffrent de dépression chronique. (91)

4.2. Prévalence

D'après la publication de la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques), la dépression est l'une des maladies psychiques les plus répandues en France. Elle concernerait plus de 3 millions de personnes. Près de 1,5 million de personnes sont concernées par des épisodes d'intensité sévère. (92)

La prévalence de la dépression dans la population générale est de 6 à 10%. (93) Elle atteint 22% chez les patients hospitalisés pour des problèmes médicaux tous confondus et 30% en population gériatrique institutionnalisée. (67) Elle touche tous les âges. La prévalence est estimée entre 2,1 et 3,4% chez l'enfant et 14% chez l'adolescent. (89) Dans la population générale, les symptômes dépressifs concernent environ 15% des individus de plus de 65ans. Dans les institutions d'hébergement et chez les personnes âgées hospitalisées le taux de prévalence de l'épisode dépressif majeur est plus élevé allant de 5 à 30% selon les études. (94)

Les personnes âgées sont souvent poly-pathologiques et la dépression est souvent une comorbidité. La prévalence d'un épisode dépressif majeur est estimée à 17% dans le cadre des suites d'un accident vasculaire cérébral, à 25% dans la maladie d'Alzheimer, à 20% dans la maladie de Parkinson et à 38% dans la maladie à corps de Lewy. (95) Les trois quarts des personnes âgées qui commettent un suicide ont consulté un médecin dans le mois précédent leur mort. Le taux de suicide est le double de celui de la population générale. La dépression en est la principale cause. (96)

L'OMS estime que 25% de la population mondiale est concernée à un moment ou un autre de sa vie par un trouble mental. Elle identifie cinq maladies mentales (dont la dépression) parmi les dix pathologies les plus préoccupantes du XXIème siècle.

Il est estimé que près d'une personne sur cinq a souffert ou souffrira d'une dépression au cours de sa vie (soit près de 9 millions de personnes).

L'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) a publié une enquête en 2012 « La dépression en France (2005-2010) ». (92) Selon cette enquête, en 2010, 7,5 % des français âgés de 15 à 85 ans ont souffert de dépression au cours des 12 derniers mois, avec une prévalence deux fois plus importante chez les femmes que chez les hommes (soit près de 3 millions de personnes). Il existe deux pics. Le premier se situe entre 20 et 30 ans et le second entre 50 et 60 ans. Les femmes sont également plus exposées aux rechutes et à la chronicisation de la maladie. En comparaison, la fréquence de l'EDM en Suisse est estimée à 7% et varie entre 3 et 5% aux USA, au Canada et en Italie. (89)

Selon l'OMS il existe 100 millions de déprimés dans le monde sur une période d'un an. Elle considère qu'en 2020, la dépression sera l'affection qui entrainera les plus gros coûts de santé après les maladies cardiovasculaires et la première cause d'incapacité en 2030. (92)

Le plan psychiatrique et santé mentale de « 2005-2008 » a consacré une partie importante à cette maladie, tout comme celui de « 2011-2015 ».

La France est l'un des pays européens avec le plus fort taux de mortalité par suicide avec environ 16 personnes pour 100 000 habitants soit presque un décès sur cinquante. La dépression est présente dans 29 à 88 % des suicides selon l'Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (INSERM). (89)

Le médecin généraliste est le principal professionnel impliqué. Il est présent dans 67% des parcours de soins dont la moitié où il est exclusivement consulté. Les psychiatres et les psychologues sont les deux autres catégories de professionnels fortement impliquées. (92)

4.3. Etiologies

L'hypothèse d'une origine multifactorielle est évoquée. Les aspects biologiques, cognitifs, émotionnels et comportementaux du fonctionnement humain sont en constante interaction. Une modification de l'un entraîne une modification des autres. Les différents facteurs à évoquer sont :

Une vulnérabilité génétique/biologique. Le rôle de l'amygdale située dans le lobe temporal, centre de relai aux réseaux traitant les émotions et la cognition peut être en partie responsable. Une déficience en monoamines cérébrales (dopamine, sérotonine, noradrénaline) est une piste de réflexion. La sérotonine, neuromédiateur entrant dans la gestion du stress, de l'anxiété et de la dépression serait responsable des symptômes à travers la diminution de sa recapture (patient porteur d'un allèle « court »), tout comme la noradrénaline. D'autres mécanismes seraient également visés comme un déficit dans la régulation du système de réponse au stress (axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien).

Composante psychologique : traits de la personnalité.

Selon Beck, la personne dépressive a tendance à évaluer son environnement de manière négative et pessimiste. C'est ce que l'on appelle les interprétations négatives de la réalité.

De même *les croyances* sont importantes. (Je dois toujours réussir, être le meilleur. Si je fais une erreur cela prouve mon incompetence. Je dois toujours être aimé de tout le monde. Je ne pourrai jamais me débrouiller tout seul). Elles sont souvent inflexibles et inconditionnelles. Elles se développent tôt dans l'enfance et sont basées sur des interprétations biaisées de la réalité :

La pensée dépressive dichotomique : les choses sont soit bonnes soit mauvaises.

L'abstraction sélective : importance donnée à une critique sans conséquence.

La maximalisation des erreurs et la minimalisation des réussites.

La surgénéralisation : à partir d'un incident isolé, la personne en tire des conclusions générales.

Et l'inférence arbitraire : tirer des conclusions sans preuve. (28)

Les facteurs sociodémographiques (sexe féminin, isolement social, bas niveau socio-économique)

Les évènements de vie. Des facteurs de développement individuel (perte, deuil, maltraitance, violences sexuelles, vécu de violence inter-parentale, chômage, difficulté financière, séparation, changement brusque de style de vie, échec professionnel) sont à prendre en considération dans les origines possibles des troubles dépressifs.

4.4. Manifestations et formes cliniques

- Manifestations cliniques de la dépression

Troubles végétatifs : avec notamment troubles de l'appétit, troubles du sommeil, asthénie, troubles de la sexualité, plaintes somatiques diverses (céphalées, constipation, polyalgies...)

Troubles des fonctions motivationnelles : perte de l'élan vital, anhédonie, repli sur soi ou dépendance vis-à-vis des autres.

Troubles des fonctions cognitives : tristesse pathologique, douleur morale, perte de l'estime de soi, auto-dévalorisation, trouble de l'attention, trouble de la concentration et de la mémoire, vision pessimiste de soi et du monde, désespoir.

Troubles du comportement : ralentissement psychomoteur (bradypsychie), aboulie, visage hypo-mimique, ton monocorde, lenteur de la marche, comportement passif et improductif ou au contraire agitation psychomotrice.

Troubles anxieux

- Formes cliniques de la dépression

Lors de la maladie maniaco-dépressive, la dépression peut se manifester sous forme dépressive pure (forme unipolaire) ou sous forme dépressive alternant ou associant un état d'excitation maniaque (forme bipolaire).

Forme unipolaire mineure : présence d'une humeur triste et d'au moins deux symptômes dépressifs durant deux ans.

Forme unipolaire majeure : épisode isolé ou récurrent. Le terme majeur signifie caractérisé. Il ne préjuge en rien de la sévérité de la dépression.

Troubles bipolaires : association ou alternance d'épisodes d'excitation maniaque (euphorie, grandiosité, insomnie) et d'épisodes dépressifs.

Forme mélancolique : les troubles des fonctions végétatives sont au premier plan avec un risque suicidaire souvent lié à des idées délirantes d'indignité et de culpabilité pouvant aller jusqu'à la damnation éternelle, le pourrissement du corps ou la négation du corps/du monde appelé syndrome de Cotard. (21)

Dysthymie : forme chronique atténuée (d'une durée supérieure à deux ans).

Dépression saisonnière : 15 à 20% de la population ressentirait une plus grande fatigue, un besoin supplémentaire de sommeil et une baisse d'activité de niveau variable pendant les mois d'automne et d'hiver. Le manque de lumière est considéré comme la principale cause de ce type de dépression. Les variations de sécrétion de la mélatonine seraient impliquées. (28)

Dépression du post-partum : le « baby blues » ou « syndrome du troisième jour » disparaît dans les dix jours qui suivent l'accouchement. Si les symptômes perdurent d'une manière plus profonde et continue dans les trois mois qui suivent la délivrance, le diagnostic de dépression du post-partum doit être posé. C'est la complication obstétricale la plus fréquente.

Dépression masquée : cette forme de dépression se manifeste essentiellement par des symptômes somatiques attirant l'attention sur un organe particulier.

On parle de *rémission partielle* lorsque l'on observe une amélioration clinique telle que le patient ne remplit plus les critères diagnostiques d'un épisode tout en souffrant de symptômes non minimes.

On parle de *rémission complète* lorsque le patient est redevenu asymptomatique (fin de la phase aiguë du traitement).

On parle de *guérison* lorsque la rémission complète perdure dans le temps (six mois). La guérison renvoie à l'épisode actuel et non à la maladie.

On parle de *rechute* lorsqu'il y a réapparition des symptômes correspondant aux critères diagnostiques de l'épisode dépressif au cours de la période de rémission avant le délai requis pour parler de guérison.

On parle de *récidive ou récurrence* lorsqu'il y a apparition d'un nouvel épisode chez un patient guéri de l'épisode précédent.

La dépression est dite *chronique* lorsque l'épisode dure plus de deux ans.

La dépression est dite *résistante* lorsque la réponse thérapeutique est insuffisante après deux traitements différents bien conduits (posologie efficace et durée suffisante). (91)

4.5. Diagnostic

Le diagnostic de la dépression répond à des critères très précis. Ces critères diagnostiques sont fixés par l'OMS (CIM-10) et l'Association Américaine de Psychiatrie (DSM-V).

Parmi les principaux critères de la dépression, la durée (plus de quinze jours) et l'intensité des symptômes (souffrance marquée et/ou altération du fonctionnement social, professionnel ou d'autres domaines importants) sont importants à prendre en considération.

4.5.1. Selon le DSM-V

Critères diagnostiques d'un épisode dépressif caractérisé :

Neuf symptômes sont caractéristiques de la dépression. Pour poser le diagnostic le patient doit présenter au moins cinq symptômes, presque tous les jours depuis au moins deux semaines. Ces éléments doivent engendrer un changement par rapport au fonctionnement antérieur de la personne. Au moins l'un des deux premiers symptômes de la liste est obligatoire.

- 1) Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours signalée par le sujet ou observée par les autres.
- 2) Diminution marquée du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours.
- 3) Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime justifié.
- 4) Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
- 5) Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours.
- 6) Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.
- 7) Sentiments de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée presque tous les jours.
- 8) Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours.
- 9) Pensées de mort récurrentes, idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

La présence de cinq à sept symptômes classe la dépression comme légère à modérée. Au-delà de huit, la dépression est dite sévère.

Par ailleurs les symptômes ne répondent pas aux critères d'épisode mixte. Ils induisent une souffrance cliniquement significative avec une altération du fonctionnement social, professionnel, familial ou personnel.

De plus les symptômes ne sont pas consécutifs à un deuil. Ils persistent pendant plus de deux mois ou s'accompagnent d'une altération marquée du fonctionnement, de préoccupations morbides, de dévalorisation, d'idées suicidaires, de symptômes psychotiques ou d'un ralentissement psychomoteur.

Ils ne sont pas attribuables à l'effet physiologique d'une substance (médicaments, toxiques) ou d'une autre affection médicale (hypothyroïdie...). L'épisode dépressif caractérisé n'est pas mieux expliqué par un trouble schizo-affectif, une schizophrénie, un trouble schizo-phréniforme, un trouble délirant, ou un autre trouble psychotique.

Il n'y a jamais eu d'épisode maniaque ou hypomaniaque. (21)

4.5.2. Selon la CIM-10

Cette définition comporte dix critères (contre neuf pour le DSM-V) car la perte de l'estime de soi est différenciée de la culpabilité.

Parmi les troubles de l'humeur on retrouve :

- Les épisodes dépressifs légers et moyens avec ou sans syndrome somatique,
- Les épisodes dépressifs sévères avec ou sans symptômes psychotiques,
- Les autres épisodes dépressifs avec notamment la dépression atypique et l'épisode isolé d'une dépression « masquée ».

Le diagnostic repose sur la présence d'au moins deux des trois symptômes typiques suivants : humeur dépressive, diminution de l'intérêt et du plaisir, augmentation de la fatigabilité, associés à au moins 2 autres symptômes dépressifs pour l'épisode dépressif léger, et 3 autres symptômes dépressifs pour l'épisode dépressif moyen parmi :

- La diminution de la concentration et de l'attention,
- La diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi,
- Des idées de culpabilité ou de dévalorisation,
- Une attitude morose et pessimiste face à l'avenir,
- Des idées ou actes auto-agressifs ou suicidaires,
- Des perturbations du sommeil,
- Une diminution de l'appétit.

L'épisode dépressif sévère inclut la présence des trois symptômes typiques et au moins quatre autres symptômes de la liste ci-dessus. (33)

La CIM-10 distingue également l'épisode dépressif récurrent de l'épisode isolé. Les symptômes doivent être présents depuis plus de quinze jours.

4.5.3. Echelles d'évaluation (34)

Différentes échelles d'évaluation existent. Elles restent des outils d'évaluation et de dépistage et non des outils diagnostiques.

- Echelles d'hétéro évaluation

L'échelle de Hamilton (1967) dont il existe plusieurs formes ; à 17, 21, 23, 26 items avec des paliers variables de 0 à 4. Elle évalue l'intensité de la dépression par un observateur.

L'échelle MADRS (Montgomery and Asberg Depression Rating Scale) (1979) comportant 10 items cotés de 0 à 6. Elle évalue les changements dans l'intensité de la dépression.

On note également l'échelle de Bech-Rafaelsen, l'échelle de Ralentissement Dépressif de Widlöcher et le diagramme de HARD (Humeur, Anxiété, Ralentissement et Danger) de Ferreri et Rufin.

- Echelles d'auto-évaluation

L'échelle de dépression HADS.

L'inventaire de dépression de Beck (BDI : Beck Depression Inventory) (1961) dont il existe 3 versions à 13, 21 et 25 items cotés de 0 à 3. L'intensité de la dépression est évaluée par le patient.

On note également l'échelle de désespoir (Beck), le questionnaire de dépression de Pichot, le questionnaire de Carroll, le questionnaire Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (Radloff), le mini-GDS (Geriatric Depression Scale) pouvant être utilisé chez la personne âgée.

4.6. Prise en charge thérapeutique

Le traitement de la dépression a pour objectif de réduire les symptômes et leurs répercussions dans la vie quotidienne afin d'obtenir une rémission symptomatique complète. Il a aussi pour fonction de prévenir les récurrences ultérieures. Les antidépresseurs associés ou non à une psychothérapie permettent d'obtenir une guérison dans 67% des cas. (89)

4.6.1. Traitements non médicamenteux

- *La psychothérapie*

La psychothérapie est recommandée, seule en cas de dépression légère ou en association avec les ADP dans les formes plus sévères. La TCC a fait la preuve de son efficacité, tout comme les Thérapies Inter-Personnelles (TIP). La plus connue est la Psychanalyse qui est une psychothérapie longue. Il existe également les thérapies de groupe, de couple et familiale.

Les TCC sont développées depuis les années 1960. Elles associent des thérapies comportementales pures (qui s'appuient sur les théories de l'apprentissage de Pavlov et Skinner) et les thérapies cognitives pures (fondées sur la triade : pensées, émotions et actions de Beck). Ce sont des psychothérapies brèves qui comportent douze à vingt séances à rythme hebdomadaire. Des tâches sont à effectuer entre chaque consultation. La relaxation, l'auto-évaluation, le désapprentissage des comportements inadaptés, le renforcement des comportements adaptés et plaisants, l'amélioration des habiletés sociales et renforçateurs positifs, la rectification des distorsions cognitives, des erreurs de logique et des pensées automatiques négatives sont la base du traitement.

Leur efficacité est similaire à celle des ADP dans le cadre des dépressions d'intensité légère à modérée ainsi que la synergie d'action entre TCC et ADP pharmacologiques dans les dépressions d'intensité sévère. (97)

Les TIP datent des années 1970. Elles ont été développées par Klerman et Weissman. « Elles se fondent sur l'existence d'un cercle vicieux d'aggravation réciproque entre dépression et difficultés interpersonnelles sur la base de la théorie biopsychosociale de Meyer, la propension de chaque individu à créer des liens affectifs avec les proches selon Bowlby et l'analyse des événements de vie ». C'est également une psychothérapie brève. 12 à 16 séances hebdomadaires suffisent. Trois phases sont décrites : une phase initiale d'information diagnostique et pronostique, une phase intermédiaire de travail et une phase terminale s'accompagnant d'un bilan des nouvelles compétences acquises et d'informations sur la prévention des rechutes.

Toutes les études validées soulignent la supériorité des psychothérapies (TCC et TIP) associée aux antidépresseurs sur le traitement médicamenteux seul concernant la prévention des rechutes dépressives. (97)

Les Thérapies Psychanalytiques ou Psychodynamiques sont très fréquentes. Elles n'ont pas apporté la preuve méthodologique de leur efficacité dans la dépression. Elles ne visent pas à réduire rapidement les symptômes mais à obtenir un changement profond et durable de la personnalité via l'analyse du transfert et de la résistance. « Le patient transfère dans la relation avec le thérapeute des sentiments positifs et négatifs de sa problématique dépressive qui renvoient aux sentiments antérieurs éprouvés à l'égard des personnes importantes pour lui. La résistance est considérée comme la tentative de maintenir dans l'inconscient les souvenirs ou sentiments pénibles. » Le thérapeute aide le patient à lever ces résistances et lui permet de prendre conscience de l'ensemble de ces mécanismes inconscients. (97)

- Autres thérapies

La photothérapie ou luxthérapie est intéressante dans certaines formes de dépression. Elle peut être associée à la privation de sommeil ou agrypnie.

La stimulation du nerf vague peut être une alternative dans les dépressions résistantes en association au traitement médicamenteux. (97)

L'électro-convulsivothérapie ou sismothérapie est utilisée dans le traitement de la dépression sévère, résistante aux ADP et à la psychothérapie. Son efficacité est de l'ordre de 80 à 90 %. Deux à trois séances sont réalisées toutes les semaines. L'amélioration des symptômes est rapide, après quelques séances.

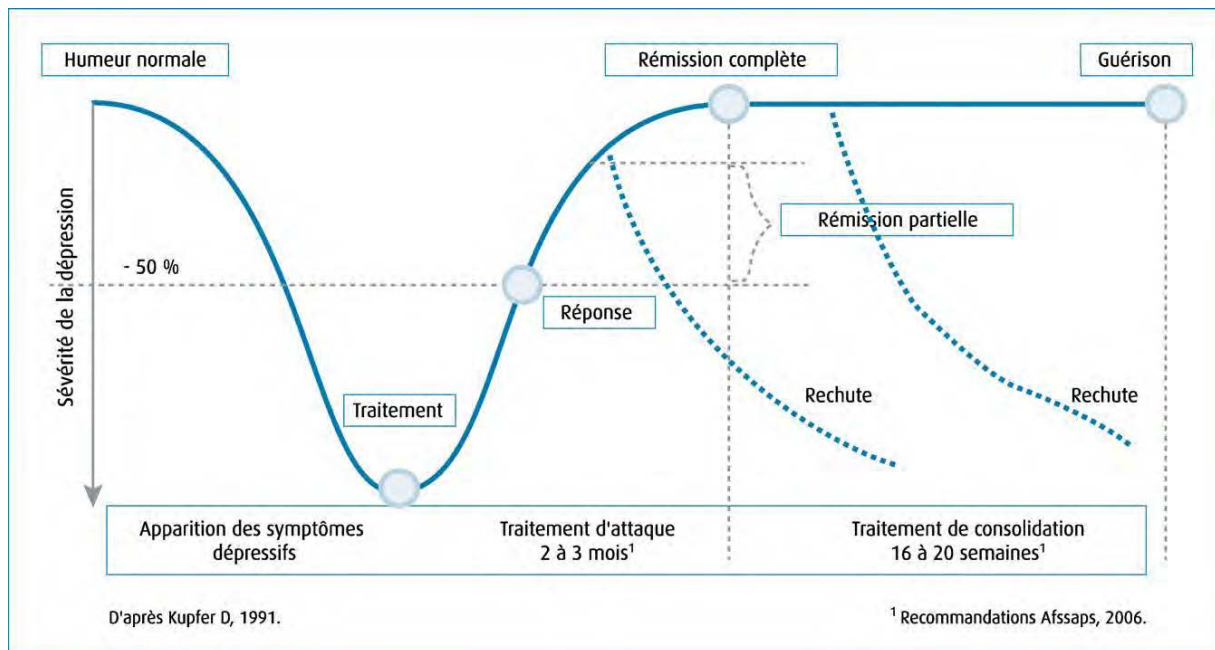
La stimulation magnétique transcrânienne est une alternative thérapeutique possible pour les personnes souffrant de dépression. Elle semble prometteuse dans certaines formes de dépression.

La stimulation cérébrale profonde est surtout expérimentale dans les formes très résistantes de la maladie, seule une dizaine de patients a été éligible à cette thérapeutique en France. (89)

4.6.2. Traitements médicamenteux

L'information du patient est primordiale. Le malade doit comprendre et accepter la durée du traitement. L'observance thérapeutique est un point essentiel du traitement. Le rapport bénéfice/risque doit toujours être évalué.

Le traitement se déroule en deux temps. Le premier temps dit « *d'attaque* » dure environ deux à trois mois et le deuxième temps dit de « *consolidation* » dure environ quatre à cinq mois. Une fois l'état asymptomatique obtenu, la poursuite du traitement est nécessaire pour prévenir les rechutes dépressives à court terme et les récurrences dépressives à long terme. (91)

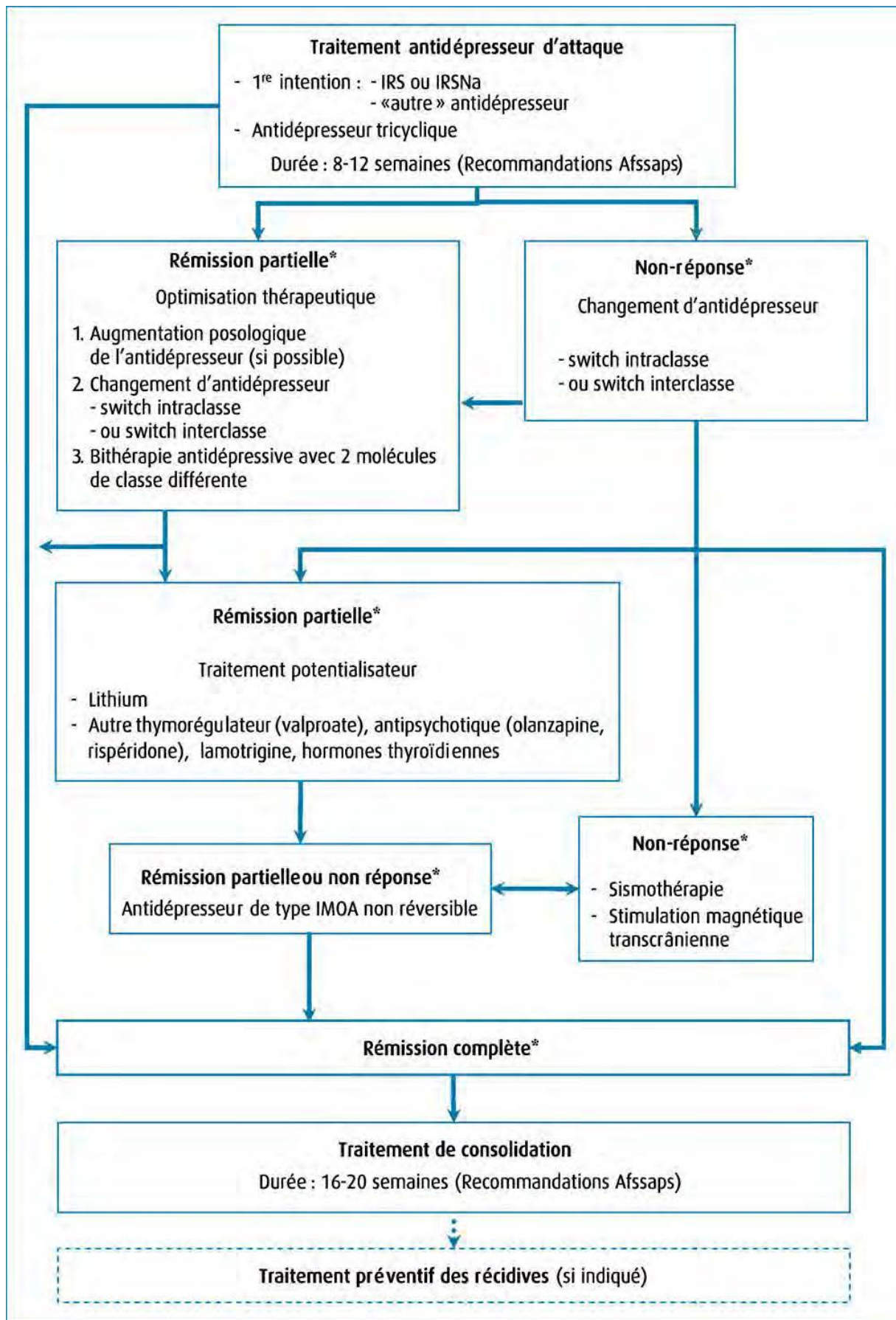


(91)

• Les antidépresseurs

Les médicaments ADP agissent principalement sur la transmission sérotoninergique et/ou noradrénergique et/ou dopaminergique. Ils stimulent la neurotransmission monoaminergique par différents mécanismes. D'autres actions sont supposées : action sur l'activation et l'expression de facteurs de transcription et de facteurs neurotrophiques permettant la survie et la croissance neuronale, la stimulation de la neurogénèse des cellules de l'hippocampe et/ou la correction d'une hypo-fonctionnalité frontale. (91) D'autres grands systèmes de neurotransmission sont également impliqués de manière plus ou moins importante (le système cholinergique, le système Gabaergique, le système dopaminergique, les récepteurs Nméthyl-D-aspartate : NMDA). L'action principale des ADP est d'augmenter le taux de neurotransmetteurs en inhibant la dégradation de ces derniers ou en inhibant leur recapture. (98)

L'amélioration des symptômes s'observe après au moins trois semaines de traitement. Le traitement doit se prolonger quatre à neuf mois pour en maintenir le bénéfice et réduire le risque de rechute. Il peut aller jusqu'à cinq ans lors de plusieurs rechutes. L'arrêt doit se faire de manière progressive sur une durée de quelques semaines. Un syndrome de sevrage peut survenir (anxiété, irritabilité, tension nerveuse, cauchemars, sensations vertigineuses, syndrome pseudo-grippal). Un premier traitement antidépresseur est efficace dans 40 % des cas. (89)



(91)

Les ADP sont répartis en **5 classes**. Ils sont classés selon leur mode d'action.

1) *Les Imipraminiques* (tricycliques ou non)

Ils inhibent la recapture pré-synaptique des neurotransmetteurs (sérotonine et noradrénaline) et diminuent la sensibilité des récepteurs post-synaptiques noradrénergiques. Ce sont des molécules sédatives et anxiolytiques. Leurs effets secondaires sont atropiniques (bouche sèche, tachycardie, constipation, rétention aiguë d'urine) et hypotenseurs. Il existe un sevrage en cas d'arrêt brutal. Le surdosage expose au risque d'arythmie et de trouble de la conduction avec risque de mort subite. Ils possèdent un rôle antalgique intéressant dans le cadre d'algies rebelles. Cette classe est contre-indiquée en cas de troubles sévères de la conduction cardiaque, de glaucome par fermeture d'angle, d'hypertrophie et adénome de la prostate, et d'hypersensibilité à l'un des produits.

<i>Antidépresseurs Imipraminiques</i>
Clomipramine <i>Anafranil</i> ®
Imipramine <i>Tofranil</i> ®
Amoxapine <i>Défanyl</i> ®
Amitriptyline <i>Elavil</i> ® , <i>Laroxyl</i> ®
Opipramol <i>Insidon</i> ®
Maprotiline <i>Ludiomil</i> ®
Desipramine <i>Pertofran</i> ®
Dosulepine <i>Prothiaden</i> ®
Doxepine <i>Quitaxon</i> ®, <i>Sinéquan</i> ®
Trimipramine <i>Surmontil</i> ®

2) *Les Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine*

Ils inhibent de façon sélective la recapture pré-synaptique de la sérotonine. Les effets secondaires concernent essentiellement l'appareil digestif (nausées, vomissements, constipation et anorexie). L'apparition d'un syndrome sérotoninergique justifie l'arrêt du médicament. Ce syndrome se traduit par des symptômes digestifs (diarrhée), des symptômes végétatifs (sueurs, dysrégulation thermique, hypo/hypertension), des symptômes moteurs (myoclonies, tremblements) et des symptômes neuropsychiques (confusion, agitation voire coma). Les interactions médicamenteuses avec les IMAO sont à ne pas méconnaître. (98)

<i>Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine</i>
Citalopram <i>Séopram</i> ®
Fluoxétine <i>Prozac</i> ®
Fluvoxamine <i>Floxyfral</i> ®
Paroxétine <i>Deroxat</i> ®
Sertaline <i>Zoloft</i> ®
Escitalopram <i>Seroplex</i> ®
Duloxétine <i>Cymbalta</i> ®

3) Les Inhibiteurs de la Recapture de la Sérotonine et de la Noradrénaline

Ils inhibent de façon sélective la recapture pré-synaptique de la sérotonine et de la noradrénaline.

<i>Inhibiteurs de la Recapture de la Sérotonine et de la Noradrénaline</i>
Minalcipran <i>Ixel</i> ®
Venlafaxine <i>Effexor</i> ®
Mirtazapine <i>Norset</i> ®

4) Les autres antidépresseurs

Ils possèdent un mécanisme pharmacologique différent.

<i>Autres antidépresseurs</i>
Mianserine <i>Athymil</i> ®
Tianeptine <i>Stablon</i> ®
Viloxazine <i>Vivalan</i> ®

5) Les Inhibiteurs de la Monoamine-Oxydase (agissant sur la MAO-A et la MAO-B)

Ce sont les plus anciens ADP. Ils inhibent l'activité enzymatique des mono-amine-oxydases entraînant une augmentation synaptique des taux de monoamines cérébrales. Ils sont rarement utilisés devant un rapport bénéfice risque peu favorable à leur utilisation. (5)

<i>IMAO* non sélectif</i>
Iproniazide <i>Marsilid</i> ®
<i>IMAO* sélectif A</i>
Moclobemide <i>Moclamine</i> ®
Toloxatone <i>Humoryl</i> ®

Leurs effets secondaires sont atropiniques, hypotenseurs, des troubles du sommeil, un accès brutal de pic hypertensif, des céphalées sévères, des hépatites cytolytiques et des tentatives de suicide par inversion de l'humeur. Ils sont contre-indiqués dans les insuffisances hépatiques, la grossesse, le phéochromocytome, l'insuffisance cardiaque décompensée. (98)

Les IMAO-A sont spécifiques de l'inhibition de la monoamine oxydase de type A. Elle possède un effet antidépresseur psychotonique sans effets sédatif ni anxiolytique.

Les IMAO-B sont spécifiques de l'inhibition de la monoamine oxydase de type B. Seule la sélégiline DEPRENYL® a l'AMM dans la maladie de Parkinson où elle permet de retarder l'introduction de la L-DOPA. (98)

Le choix de la molécule dépend des propriétés recherchées. Les propriétés sédatives sont recherchées chez des patients déprimés anxieux et/ou ayant des troubles du sommeil. Les propriétés stimulantes sont recherchées chez des patients déprimés où le ralentissement psychomoteur prédomine. (91)

Lorsqu'il existe des caractéristiques psychotiques, une association antidépresseur/antipsychotique est le traitement le plus efficace.

Concernant les troubles bipolaires, la prescription d'un ADP en monothérapie est déconseillée devant le risque de virage maniaque. L'association à un thymo-régulateur est conseillée pour les épisodes d'intensité modérée à sévère. Pour les épisodes légers, un thymo-régulateur seul peut parfois suffire.

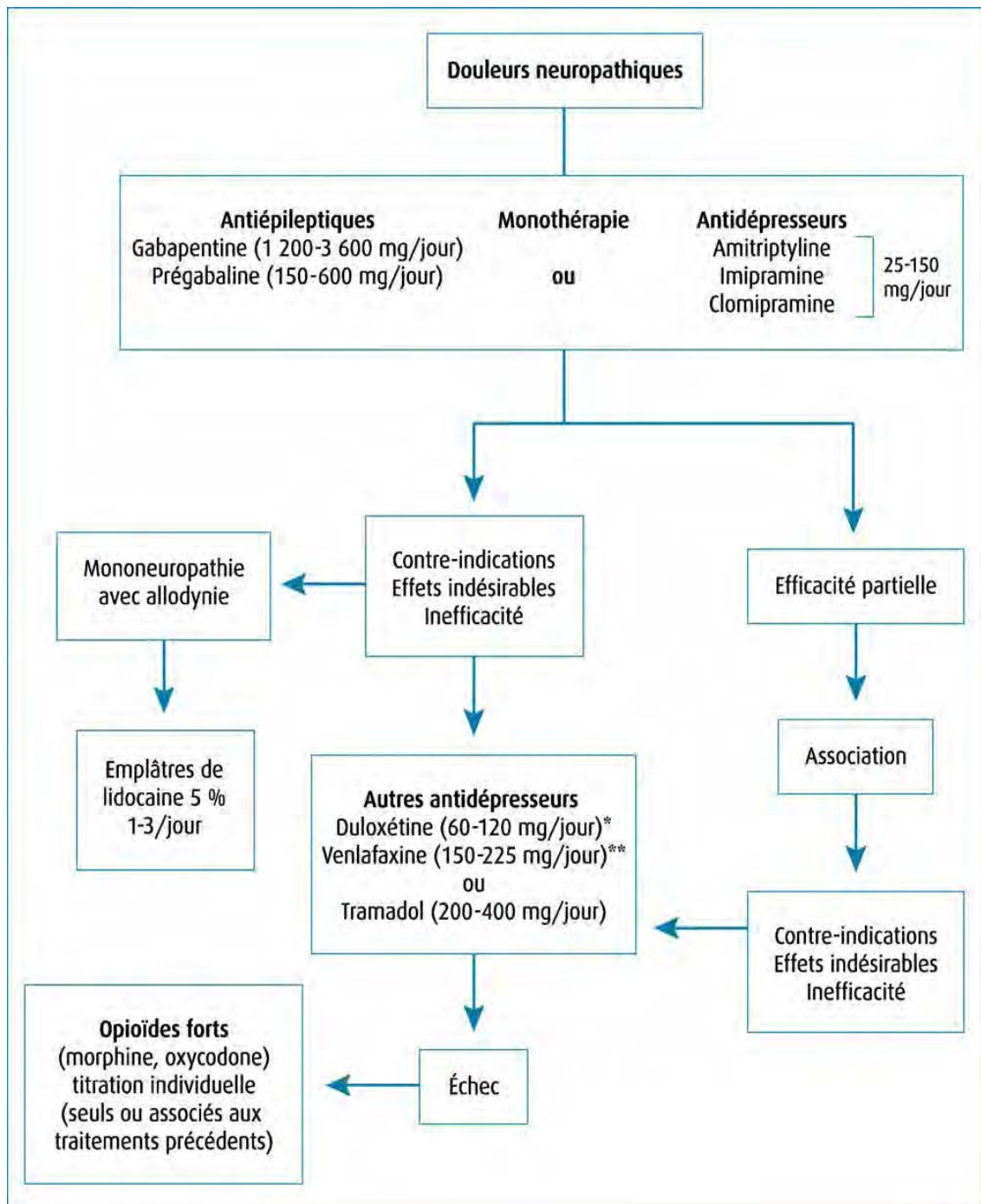
S'il existe des idées suicidaires ou des caractéristiques psychotiques un avis spécialisé ou une hospitalisation doivent être envisagés.

La prescription d'un anxiolytique et/ou d'un hypnotique peut être justifiée en début de traitement s'il existe une insomnie et/ou une anxiété invalidantes. (91)

Les ISRS et IRSNA sont à privilégier chez les personnes âgées. (91)

Dans le cadre de la prévention des récurrences dépressives dans la forme unipolaire, deux antidépresseurs en France ont l'AMM dans cette indication. Ce sont la Venlafaxine EFFEXOR® et la Sertraline ZOLOFT®. Ils sont fortement recommandés chez les sujets ayant présentés deux à trois épisodes dépressifs. (91)

Les ADP sont également indiqués dans le cadre de la prise en charge des douleurs neuropathiques. Les traitements dont l'efficacité est la plus établie dans cette indication sont les antidépresseurs tricycliques (Imipramine TOFRANIL®, Clomipramine ANAFRANIL®, Amitriptyline LAROXYL®), les antiépileptiques (Gabapentine NEURONTIN®, Prégabaline LYRICA®, Carbamazépine TEGRETOL®, Phénytoïne DIHYDAN®) et les opiacés forts. D'autres ADP comme la Duloxétine CYMBALTA®, la Venlafaxine EFFEXOR® et un antalgique comme le TRAMADOL® ont une efficacité établie dans les polyneuropathies douloureuses. La Gabapentine NEURONTIN®, la Prégabaline LYRICA®, les antidépresseurs et les opiacés sont à privilégier car ils ont une efficacité prouvée sur la qualité de vie, les symptômes anxieux ou dépressifs et les troubles du sommeil associés aux douleurs neuropathiques. (99)



(99)

4.7. Spécificités palliatives

4.7.1. Généralités

La souffrance psychologique ne doit pas être considérée comme une évolution normale du processus de mort. Il existe un continuum entre la tristesse normale, le trouble de l'adaptation et la maladie dépressive grave. (67) Les troubles dépressifs amènent à des répercussions sur le fonctionnement social, familial, professionnel et sur la perception de soi.

Par ailleurs la dépression est un facteur prédictif de progression de la maladie somatique sous jacente et de mortalité accrue. (23)

« Elle induit une impossibilité de poursuivre son travail émotionnel consistant à préparer son propre deuil, ses multiples pertes, la séparation avec sa famille et ses amis. Elle érige un mur de séparation pouvant engendrer une attitude d'empathie grossière, de comportement d'inattention, un sentiment de malaise pour l'entourage, d'inconfort et d'impuissance qui renforcent les sources d'angoisse ». (67)

La peur du patient de parler de sa souffrance, le manque de temps des soignants, l'ambivalence du patient, la croyance que la souffrance fait partie de la maladie, qu'elle est inéluctable et intraitable ne doivent pas faire méconnaître cette maladie dont le risque suicidaire est à évaluer systématiquement. En effet la dépression est la cause majeure des tendances suicidaires chez les patients cancéreux. (100)

Les patients déprimés sont souvent inhibés, un mur de séparation se crée, ce qui peut entraîner une exacerbation des symptômes, une mauvaise compliance thérapeutique voire un refus de médication. Ces troubles peuvent également aboutir à une demande d'euthanasie passive, active ou à des propos suicidaires.

Une étude a montré que plus la dépression est sévère, plus son association avec les troubles anxieux dont le TAG est importante. (90)

Le syndrome de démoralisation est une réponse psychologique normale à l'adversité, face à une situation difficile, le plus souvent réactionnelle à la maladie. Il peut être précurseur d'un EDM ou être la comorbidité d'un syndrome dépressif.

4.7.2. Etiologies

- *Facteurs de risque*

Les patients en soins palliatifs sont davantage vulnérables psychologiquement. Ils doivent traverser une crise existentielle sans précédent. Certains facteurs de risque peuvent aggraver cette vulnérabilité voire la provoquer.

Les facteurs de risque de dépression sont l'anxiété associée, le pronostic, la peur de la mort, la présence de symptômes physiques (douleur/nausées...), les effets secondaires des traitements, la perte des capacités d'indépendance, la pauvreté de la communication, les traits de la personnalité.

De même les facteurs de risque suicidaire sont une douleur non contrôlée, l'avancement de la maladie, le pronostic sombre, la dépression, le délire, la tristesse, l'existence d'une pathologie psychiatrique sous-jacente, l'abus de substances, les antécédents de tentative de suicide, la fatigue et l'isolement social. (101)

- *Notion de regroupement de symptômes*

Par ailleurs il existe une notion de regroupement de symptômes. L'impact de l'anxiété sur l'anorexie, la dépression, l'insomnie, l'irritabilité est présente. 90% des patients ayant une dépression auront une plainte sur la qualité de leur sommeil. De même les troubles du sommeil favorisent la survenue d'un premier épisode de dépression, et augmentent la sévérité et la durée de cette dernière. Ils en facilitent la rechute. Il existe une corrélation entre la fatigue et la dépression de 55%, entre la dépression et l'insomnie de 45% et entre la fatigue et l'insomnie de 34%. L'anxiété et la dépression sont co-occurentes et ont montré leurs effets négatifs sur le sommeil et réciproquement. (102) Les liens entre troubles anxio-dépressifs et douleur sont mis en évidence, même si les mécanismes biologiques ne sont pas encore élucidés. (103)

De plus il existe des liens génétiques entre la dépression et l'anxiété généralisée mais aussi des liens phénoménologiques (sentiment d'une vulnérabilité face à l'adversité, au sentiment de ne pas avoir les capacités pour faire face à cette adversité). L'idée de regrouper les troubles émotionnels dans le nouveau DSM-V sous le nom d'une famille intitulée « Distress Disorders » incluant les Episodes Dépressifs Majeurs, la dysthymie et l'anxiété généralisée a été suggérée mais non retenue. (104)

4.7.3. Prévalence

Chez les patients atteints de cancer non en phase palliative, la prévalence de l'anxiété et de la dépression est aux alentours de 10 à 30%. Elle varie selon le type de cancer, son stade, le traitement, la date du diagnostic, le sexe et la méthodologie utilisée pour porter le diagnostic. (105) Près de 80% des comorbidités psychiatriques chez les patients cancéreux ne sont pas diagnostiquées ni traitées. (93) En phase palliative, selon la méthodologie utilisée elle varie de 5 à 58%. (106) (107) (108) (109) Quelques études montrent un taux commun approximatif de 25%. (67) (93) (110) Elle est d'environ 30% après un entretien psychiatrique. (74)

Dans le cancer du poumon on note des scores de dépression davantage élevés. (109)

Une méta-analyse a montré une relation statistique faible mais significative entre la présence d'une dépression et le développement ultérieur de cancers. (111) La relation entre la dépression et le développement ultérieur de cancer n'est pas formellement établie.

4.7.4. Spécificités diagnostiques

4.7.4.1. Généralités

L'existence de nombreux problèmes somatiques rend l'identification de la dépression difficile. En effet si l'on considère l'ensemble des troubles somatiques : la perte de poids, l'anorexie, l'asthénie, les troubles du sommeil, les difficultés de concentration, ainsi que l'ensemble des troubles neurovégétatifs, ce raisonnement peut conduire à une surestimation de ce trouble aboutissant à un risque de faux positifs élevé (personnes non malades traitées). Une sur-évaluation est toutefois davantage éthique et respectueuse. En effet une évaluation trop stricte exposerait à un risque de faux négatif trop élevé (personnes malades non traitées). Il n'est pas rare d'avoir recours à une confirmation diagnostique par un entretien clinique et structuré effectué par un spécialiste. (67)

Il n'existe pas de critères spécifiques et obligatoires pour diagnostiquer la dépression selon la CIM-10 ou le DSM-V. L'anhédonie est essentielle et permet parfois de faire la différence avec les autres diagnostics différentiels.

La non reconnaissance de la dépression peut être due à une stigmatisation de cette maladie, aux difficultés diagnostiques inhérentes dans cette population, au contre-transfert émotionnel, au doute sur l'efficacité du traitement et de son délai d'action, aux barrières structurales et logistiques. (67)

4.7.4.2. Evaluations

L'utilisation d'échelles systématiques modifie les prescriptions. (112)

L'évaluation peut se faire à travers différentes échelles déjà citées par ailleurs.

Le versant dépressif de l'auto-questionnaire HADS est moins pertinent car l'anhédonie n'est pas pathognomonique de la maladie dépressive. La pathologie évolutive du patient peut elle-même être responsable des symptômes. Elle est un outil de dépistage satisfaisant mais non de diagnostic. (113) Cet outil est acceptable, permet un suivi dans le temps et une ouverture à la discussion sur ce trouble souvent négligé. (114)

L'HAM-D (Hamilton Rating Scale for Depression) est validée lors de la phase terminale de la maladie. Elle comporte 14 items cotés de 0 à 4.

La question : « êtes-vous déprimé ? » proposée par Chochinov est surtout utilisée lors du stade préterminal.

Ce sont des outils de dépistage et non des outils de diagnostic. (67)

4.7.5. Spécificités thérapeutiques

La meilleure reconnaissance des troubles dépressifs ainsi que la mise en place d'un traitement en phase terminale améliorent la qualité de vie des patients. Elles améliorent également la tolérance et l'acceptation du traitement. Elles diminuent le désir de mort prématurée (naturelle ou par suicide). (115) Son influence pronostique est probable. C'est pourquoi en cas de doute, il est recommandé d'introduire un traitement médicamenteux d'épreuve associé à une approche psychothérapeutique. (116)

La prise en charge doit inclure le patient mais également son entourage et les aidants.

4.7.5.1. Généralités

La stratégie thérapeutique nécessite un projet de soins avec des consignes thérapeutiques bien établies.

La communication verbale et non verbale est fondamentale au sein des soignants. En effet la souffrance de l'autre peut constituer une agression pour celui qui l'écoute. Le sentiment d'impuissance, le scénario d'identification, le deuil de son propre désir de toute puissance sont des obstacles à surmonter chez les soignants.

La pluridisciplinarité de la prise en charge, le rôle de la verbalisation et les groupes de parole sont fondamentaux pour pouvoir accompagner le patient dans une prise en charge efficace. (117) Une vision globale du patient est indispensable, des échanges intermultidisciplinaires entre professionnels de santé, soignants, patient et entourage doivent être au cœur de la prise en charge.

La prise en charge doit être globale et doit cibler plusieurs symptômes. Par exemple les thérapies combinées de la dépression et de l'insomnie sont plus efficaces que la thérapie dépressive seule chez les patients en dépression majeure. (70)

Les « a priori », les fausses croyances, la peur ne doivent pas empêcher la prise en charge de ce trouble. Selon Chochinov, 45% des patients admis en soins palliatifs ont exprimé au moins une fois le désir de mourir (dont 58% avaient des critères de dépression majeure sévère). Seulement 8,5% avaient toujours ces pensées morbides après identification et traitement de la dépression. Chez les patients en refus de soins, après un traitement de la dépression, un quart ont accepté de nouveau un traitement. (67)

4.7.5.2. Traitements non médicamenteux

Un traitement par psychothérapie avec une écoute active, une relation d'aide, une réassurance et du réconfort est un premier socle dans la prise en charge thérapeutique du patient. Il n'est pas toujours possible en contexte palliatif. (118)

- Les thérapies non directives

Elles regroupent :

Le soutien thérapeutique (qui nécessite une bonne cohésion des équipes, un climat de confiance, de la disponibilité et de l'écoute),

Les Thérapies Inter-Personnelles ou de soutien par le conseil (qui aident à la verbalisation et nécessitent également une disponibilité importante),

La Psychothérapie Analytique (peu utilisée en soins palliatifs),

Et le soutien spirituel. (10)

- Les thérapies directives

Elles regroupent les techniques d'imagerie mentale, de pensées positives, de biofeedback, de relaxation, la sophrologie, les techniques distractives. Elles visent à modifier à la fois le système de pensée et les comportements. Leur efficacité est validée en psychoncologie dans le traitement des patients anxieux et dépressifs atteints d'une forme peu évoluée de cancer du sein. (5)

La sophrologie est une harmonisation du corps et de l'esprit. Elle intègre de la relaxation et des techniques de visualisation dans le but d'une meilleure connaissance de soi, de confiance en soi, de contrôle de son corps et de ses symptômes.

L'hypnose, les thérapies occupationnelles comme l'art-thérapie, la musicothérapie, l'écriture peuvent également être proposées. Les thérapies corporelles comme le toucher massage, le shiatsu (digipression) peuvent être intéressantes parce qu'elles ne nécessitent pas d'avoir des facultés mentales intactes. (5)

Une étude montre l'intérêt de l'aromathérapie sur le sommeil et la dépression. Elle suggère que plus les patients ont un niveau élevé de souffrance, plus ils sont répondeurs à cette thérapeutique. (119)

Ces types de traitement nécessitent du temps, d'autant plus qu'il faille laisser au patient le temps nécessaire à son cheminement, au respect de ses capacités d'introspection (conflits internes et externes non résolus).

4.7.5.3. Traitements médicamenteux

Les traitements ADP sont prescrits seulement à 1-3% des patients cancéreux, 10% en soins palliatifs dont 6% durant les six dernières semaines de vie et 3% la toute dernière semaine. (118) Le délai d'action thérapeutique est de trois à quatre semaines mais l'amélioration sur l'anxiété et l'insomnie est beaucoup plus rapide. Les ADP doivent être débutés à dose minimum, augmentés progressivement, réévalués régulièrement. Le patient doit être informé ainsi que ses proches de l'indication du traitement, des effets thérapeutiques attendus et des potentiels effets secondaires encourus. Cette information a pour but d'apporter une meilleure compréhension du traitement afin d'obtenir une meilleure observance thérapeutique et ainsi une meilleure efficacité du traitement. (118)

Parmi l'ensemble des ADP (Antidépresseurs Tricycliques, ISRS, IRSNA, Antidépresseurs Atypiques), les ISRS sont à privilégier. (120) La Fluoxétine n'est pas utilisée en soins palliatifs car sa demi-vie est longue (de deux à quatre jours) et elle possède une action anorexigène. (10) Jusqu'à 70% des patients dépressifs s'améliorent sous traitement médicamenteux ou psychothérapeutique. Seuls les ISRS sont reconnus comme premier choix. Ils ont également un rôle dans les douleurs neuropathiques et les douleurs chroniques. (67)

L'association à une BZD les premières semaines après son introduction est souhaitable et permet une meilleure observance du traitement. L'efficacité des ADP est démontrée (60% contre 35% pour le placebo). Ils permettent d'améliorer la qualité de vie. (120)

Devant la présence de douleurs neuropathiques ou chroniques, les antidépresseurs tricycliques et la venlafaxine EFFEXOR® sont à privilégier. Les antidépresseurs tricycliques améliorent les patients dans près de 80% des cas. (120) Ils ont un intérêt également dans le traitement de la douleur et des troubles du sommeil. Si une insuffisance respiratoire existe on orientera le traitement vers la miansérine ATHYMIL®. (5)

Les psychostimulants comme le méthylphénidate RITALINE®, la destroamphétamine DEXEDRINE®, la pémoline CYLERT® peuvent être prescrits. Ils ont une action rapide 48-72 heures sur la thymie et ont également des propriétés analgésiques adjuvantes aux opioïdes. Leurs effets secondaires sont l'agitation psychomotrice, l'état confusionnel, la psychose paranoïaque. Ils sont surtout prescrits dans les pays Anglo-Saxons. (67)

4.8. Synthèse « Dépression »

La dépression est associée à un sentiment de tristesse et d'inhibition psychomotrice avec ralentissement, dans un contexte de dérégulation émotionnelle globale.

Le risque de décès par suicide est dix fois plus élevé chez les patients déprimés que dans la population générale.

L'évolution est récurrente et le risque de rechute important.

La prévalence dans la population générale est de 6 à 10%, atteignant 30% en population gériatrique institutionnalisée.

Son étiologie est multifactorielle (biologique, cognitive, émotionnelle, comportementale).

Ses manifestations sont représentées sous forme de troubles végétatifs, de troubles des fonctions motivationnelles, de troubles des fonctions cognitives et comportementales et enfin de troubles anxieux.

Ses formes cliniques sont diverses (forme unipolaire mineure/majeure, forme bipolaire, forme mélancolique, dysthymie, dépression saisonnière, dépression du post-partum, dépression masquée).

Son diagnostic repose sur la CIM-10 ou le DSM-V. La durée et l'intensité de la dépression sont des éléments déterminants. Son évaluation repose entre autre sur des échelles (Hamilton, MADRS) ou des questionnaires (HADS, BDI). Ces outils permettent un dépistage de la maladie et non un diagnostic.

La prise en charge repose sur des traitements non médicamenteux (psychothérapies : TCC, TIP, Thérapies Psychanalytiques/Psychodynamiques, mais aussi la photothérapie, la stimulation du nerf vague, l'électro-convulsivothérapie-thérapie, la sismothérapie, la stimulation cérébrale profonde). Elle repose également sur des traitements médicamenteux. Les ADP sont prescrits dans les formes unipolaires comme traitement d'attaque puis d'entretien/de consolidation. Les ADP associés ou non à une psychothérapie permettent une guérison dans 67% des cas.

En soins palliatifs, la dépression ne permet plus au patient de poursuivre le travail émotionnel de son propre deuil. Près d'1/4 des patients dans cette population palliative serait déprimé. Le diagnostic est très difficile à établir car les symptômes dépressifs et ceux de la maladie évolutive s'entremêlent. Les traitements médicamenteux ou psychothérapeutiques permettraient d'améliorer jusqu'à 70% des patients dépressifs en contexte palliatif.

5. ETUDE

5.1. Constats et objectifs

Difficulté diagnostique des troubles anxio-dépressifs en soins palliatifs

Les troubles anxio-dépressifs en soins palliatifs sont fréquents. La reconnaissance de ces troubles repose essentiellement sur un diagnostic clinique. En effet aucun marqueur biologique ni examen complémentaire ne permettent de poser un diagnostic avec certitude.

Par ailleurs ces sentiments font partie du registre émotionnel normal de l'Homme. Leur caractère pathologique n'est pas facilement mis en évidence. Et ce d'autant plus que les patients en soins palliatifs sont fragiles et que la communication est souvent difficile. Une prise en charge adaptée nécessite de connaître le patient, l'histoire de sa maladie dans le but d'obtenir des éléments pertinents afin de pouvoir juger du caractère pathologique des symptômes présentés par le malade.

Egalement les antécédents de maladie maniaco-dépressive ou de troubles anxieux ne sont pas toujours renseignés dans les courriers médicaux ni évoqués spontanément par le patient. Leur abord est délicat dans ce contexte de fin de vie qui est inéluctablement associé à la souffrance, la peur et la tristesse. Le patient peut aisément négliger ces symptômes pensant qu'ils sont une fatalité et qu'aucune aide ne peut lui être apportée. L'intensité et la durée de ces troubles et leur retentissement sur le quotidien du patient orientent vers le caractère pathologique et une nécessité de prise en charge qu'elle soit médicamenteuse ou non.

Prise en charge des troubles anxio-dépressifs en soins palliatifs.

L'HAS recommande une prise en charge de la souffrance globale du patient. « Les sources de souffrance doivent être identifiées et bénéficier d'un accompagnement (écoute, communication, réconfort, respect de l'autre) et d'une prise en charge thérapeutique éventuelle (soutien psychologique, médicaments, etc) ». (7) Le suivi de l'état psychique du patient est une part importante de la prise en charge du malade en fin de vie. Le vécu de la crise existentielle doit être reconnu et un accompagnement effectué même si les symptômes sont contrôlés.

La reconnaissance des troubles anxieux et de la dépression est fondamentale car il existe un arsenal thérapeutique étendu et efficace pouvant apporter une aide non négligeable au patient. (121)

→ *Les troubles anxieux*

Les troubles anxieux sont à prendre en charge rapidement car ils sont mal supportés par le patient et son entourage. L'écoute est le premier pas du traitement. L'évaluation de l'intensité de la détresse du patient est recommandée, tout comme le recours au psychologue ou au psychiatre qui peut être nécessaire. Des techniques corporelles (relaxation, massage), un traitement par BZD à demi-vie courte n'excédant pas quelques semaines de prescription sont indiqués.

Si l'anxiété est durable, un traitement de fond par ADP est à mettre en place. La mise en place d'un tel traitement ne doit pas être retardée car le délai d'action des ADP est de l'ordre de 3 à 4 semaines dans un contexte où le patient peut avoir un pronostic vital engagé à court ou moyen terme.

→ *La dépression*

La perte d'intérêt ou de plaisir pour presque toutes les activités de la vie quotidienne pendant plus de 2 semaines oriente vers un épisode dépressif. L'accompagnement, le recours au psychologue/psychiatre et/ou l'association à un traitement antidépresseur sont également à envisager.

Les traitements médicamenteux sont efficaces mais certains possèdent des effets secondaires importants dont notamment les troubles de la vigilance. Leurs indications doivent être pertinentes. En effet le diagnostic des troubles anxio-dépressifs doit ainsi être le plus juste possible. Les fonctions cognitives sont précieuses à préserver en fin de vie car elles sont le dernier lien objectif des patients avec leurs proches.

Objectifs de notre étude

L'objectif de ce travail est d'une part, d'étudier les prescriptions des traitements psychotropes et de les comparer aux recommandations en la matière à l'Unité de Soins Palliatifs de Nancy, d'autre part, d'étudier la pertinence d'une évaluation de l'anxiété et de la dépression dans l'adaptation du traitement psychotrope. Pour cela, nous avons effectué une enquête un jour donné dans toutes les unités de soins palliatifs de France.

5.2. Etude rétrospective

5.2.1. Modalités

L'étude rétrospective monocentrique a consisté en l'analyse des dossiers cliniques et des prescriptions informatisées des patients admis à l'USP du CHU de Nancy entre le 1^{er} Janvier 2014 et le 30 Juin 2014.

5.2.2. Population étudiée

Critères d'inclusion

Les patients communicants ou non, âgés de plus de 18 ans ont été inclus dans l'étude rétrospective durant une période de 6 mois s'étendant du 1^{er} Janvier 2014 au 30 Juin 2014 dans l'USP du CHU de Nancy.

Critères d'exclusion

Les critères d'exclusion de l'étude rétrospective ont été la mauvaise tenue des dossiers médicaux les rendant inexploitable, la perte des dossiers au sein du service des archives, la poursuite de l'hospitalisation au 1^{er} Janvier 2015 des patients inclus durant la période de l'étude.

5.2.3. Recueil de données

Le recueil des données de l'étude rétrospective a été réalisé au sein du service central des archives médicales de Brabois et à l'unité de soins palliatifs du centre Paul Spillmann sur une période s'étendant de Juin à Septembre 2014. Pour chaque patient seule la dernière hospitalisation durant la période de l'étude a été prise en compte. Les traitements des patients durant leur séjour ont été recueillis à partir du logiciel de prescription « Pharma ».

L'ensemble du recueil a été reporté sur le logiciel Epidata version 3.1. Les critères d'évaluation étaient les suivants :

Sexe , âge

Date de début d'hospitalisation, sortie d'hospitalisation ou de décès

Provenance du patient avant son entrée en USP, ***destination de sortie***

Motif d'hospitalisation/pathologie en cours, date du diagnostic de la pathologie en cours

Antécédents de troubles anxieux, de troubles dépressifs, d'une consommation éthylique, de troubles du sommeil

Présence d'un soutien de l'entourage, d'un psychologue/psychiatre, du passage des bénévoles

Statut marital, parité

Présence d'un protocole de sédation

Présence d'effets secondaires des traitements opiacés, des traitements psychotropes

Présence des mots « anxieux/angoissé, triste, agité, confus, inquiet, peur de mourir, vouloir mourir, agressif, pleurs, moral bas, mal être, refus de soins, idées suicidaires »

Présence des mots « troubles de la vigilance/somnolent, comateux/peu communiquant »

Traitement psychotropes à l'entrée (NRL, BZD, ADP, hypnotiques, ATARAX®, DEPAKINE®, pas de traitement psychotrope prescrit)

Prescriptions de traitements psychotropes durant le séjour (NRL, BZD, ADP, hypnotiques, ATARAX®, DEPAKINE®, pas de traitement psychotrope prescrit)

Traitements psychotropes le dernier jour du séjour du patient (BZD, ADP, NRL, hypnotiques, DEPAKINE®, ATARAX®, pas de traitement psychotrope prescrit)

Traitements antalgiques à l'entrée (palier 1, palier 2, palier 3, AINS, LYRICA®, SPASFON®, pas de traitement antalgique prescrit)

Prescriptions de traitements antalgiques durant le séjour (palier 1, palier 2, palier 3, AINS, LYRICA®, SPASFON®, KETAMINE®, VERSATIS®, pas de traitement antalgique prescrit)

Traitements antalgiques prescrits le dernier jour du séjour du patient (palier 1, palier 2, palier 3, AINS, LYRICA®, SPASFON®, pas de traitement antalgique prescrit)

Par mesure de simplification les traitements psychotropes et les traitements antalgiques ont été dans la majorité des cas renseignés par classe médicamenteuse. Les thymorégulateurs ont été renseignés par la DEPAKINE®, les anxiolytiques non benzodiazépiniques par l'ATARAX® et certains antalgiques ont été explicités comme le LYRICA® et le SPASFON®.

5.2.4. Analyses statistiques

L'analyse statistique s'est effectuée grâce à l'aide des épidémiologistes du service d'épidémiologie et d'évaluation clinique de la faculté du CHU de Nancy. Les résultats ont été reportés sur le logiciel Epidata 3.1. Les résultats sont entièrement descriptifs et seront confrontés par la suite à ceux retrouvés dans la littérature.

5.3. Enquête un jour donné

Notre étude s'apparente à une évaluation des pratiques professionnelles, sans pour autant répondre aux critères d'une étude interventionnelle. L'intervention du questionnaire HADS a uniquement un but informatif concernant les troubles anxio-dépressifs. Le prescripteur est libre de modifier le traitement selon ses propres critères de jugement. De ce fait, aucune autorisation auprès du comité de protection des personnes n'a été nécessaire conjointement avec l'accord d'un médecin du centre d'investigation clinique.

5.3.1. Modalités

L'enquête un jour donné s'est déroulée dans toutes les USP de France qui ont acceptées de participer à cette enquête durant la semaine du 2 au 6 Février 2015 Une lettre d'information concernant l'étude a été envoyée le 12 Janvier 2015 à l'ensemble des USP de France. Ce premier contact a permis d'expliquer les modalités de l'enquête. Il a aussi permis de mettre à jour le mailing. Ce mailing de toutes les USP de France a été répertorié sur le site de la SFAP rubrique « répertoire ». Un total de 132 mails a été envoyé.

L'enquête a été effectuée par email via le logiciel « Monkey Survey ». Chaque patient en capacité de répondre au questionnaire HADS a été sollicité. Le questionnaire en ligne comportait 2 parties, l'une portait sur les généralités du service et l'autre sur le patient. Les enquêteurs ont eu le libre choix sur le jour de l'étude durant la période impartie. Par la suite les données ont été reportées sur le logiciel Epidata version 3.1.

5.3.2. Population étudiée

Critères d'inclusion

Dans l'enquête un jour donné concernant toutes les USP de France s'étendant du 2 au 6 Février 2015 seuls les patients communicants âgés de plus de 18 ans ont été inclus. L'enquête a inclus uniquement des patients admis en USP. Les patients étaient bien entendu libres de refuser de répondre au questionnaire HADS et de participer à l'étude.

5.3.3. Recueil des données

Le questionnaire de l'enquête un jour donné comportait 2 parties. La première partie portait sur les généralités du service et la seconde sur le recueil de données des patients (fiche patient).

1° partie : Généralités sur le service : une fiche par service

Nom de la structure et ville

Présence d'un psychologue ou d'un psychiatre dans le service

Utilisez-vous en pratique courante le questionnaire HADS ?

Utilisez-vous en pratique courante d'autres échelles d'anxiété ou de dépression ? Si oui la ou lesquelles

Nombre de lits dans le service

Nombre de patients présents dans le service le jour de l'enquête

Nombre de patients cohérents et capables de répondre à un auto- questionnaire

Nombre de questionnaires recueillis

2° partie : Fiche patient : une fiche par patient ayant accepté de participer à l'enquête

Sexe, âge

Antécédents (troubles anxieux, troubles dépressifs, troubles du sommeil, intoxication éthylique)

Evaluation médicale le jour de l'enquête (troubles anxieux constatés, troubles dépressifs constatés, troubles du sommeil constatés)

Traitements psychotropes en cours (BZD à visée anxiolytique, hypnotiques, NRL, ADP, autres molécules non benzodiazépiniques à visée anxiolytique)

Score HADS (Anxiété/Dépression)

Questionnaire HADS non réalisé (refus du patient, barrière de la langue, autres)

Au vu du questionnaire HADS, envisagez-vous (la poursuite du traitement à l'identique, l'introduction d'une BZD, le renforcement du traitement par BZD, l'introduction d'un traitement ADP, le renforcement du traitement ADP, l'introduction d'un anxiolytique non benzodiazépinique)

5.3.4. Analyses statistiques

L'analyse statistique s'est effectuée grâce à l'aide des épidémiologistes du service d'épidémiologie et d'évaluation clinique de la faculté du CHU de Nancy. Les résultats ont été reportés sur le logiciel Epidata 3.1. Le Test exact de Fisher a été utilisé pour l'analyse des résultats.

5.4. Résultats

5.4.1. Etude rétrospective

Durant la période du 1 Janvier 2014 au 30 Juin 2014, 137 patients ont été hospitalisés à l'USP Paul Spillmann du CHU de Nancy. Ont été exclus 14 dossiers pour cause de séjours multiples, 10 dossiers n'ont pu être retrouvés au sein du service des archives de Brabois et 1 dossier a été exclu pour cause de poursuite d'hospitalisation au 1^{er} Janvier 2015. Les dossiers de 112 patients ont ainsi pu être analysés.

5.4.1.1. Description de la population

5.4.1.1.1. Données épidémiologiques

Sur 112 patients hospitalisés à l'USP durant cette période, 59 patients étaient des **hommes** soit **52,7%** et 53 patientes étaient des **femmes** soit **47,3%**.

L'âge moyen au jour du décès ou de la sortie du patient était de **74,1 ans** avec un écart type de 12,2 ans. L'âge médian au jour du décès ou de la sortie du patient était de 78,5 ans. Le patient le plus jeune était âgé de 34 ans, et le plus âgé de 100 ans.

La durée moyenne du séjour était de **17,6 jours** avec un écart type de 18,1 jours. La durée médiane de séjour était de 29 jours. La durée du séjour la plus courte était de un jour et la plus longue de 84 jours.

Statut marital et parité des patients hospitalisés à l'USP.

Statut marital/Parité	Nombre de patients	%
<i>Statut marital</i>		
Marié(e)	57	50,9
Veuf/veuve	32	28,6
Divorcé(e)	11	9,8
Célibataire	9	8
Concubinage	3	2,7
Total	112	100
<i>Parité</i>		
Oui	96	85,7
<i>Dont enfants décédés</i>	13	13,5
Non	16	14,3
Total	112	100

Parmi les personnes veuves, 10 patients soit **31,2%** étaient des hommes et 22 patients soit **68,8%** étaient des femmes. L'âge moyen de ces patients était de **80,6 ans** et l'âge médian de 82 ans.

Synthèse

La population durant la période de l'étude était davantage constituée d'hommes. La majorité des patients étaient mariés. Il existait également une part non négligeable de patients veufs dont la moyenne d'âge était élevée, ce qui traduit un vieillissement de la population.

5.4.1.1.2. Données médicales

• Pathologies à l'admission des patients

91 patients soit **81,2%** étaient atteints de **pathologies cancéreuses** et 21 patients soit **18,8%** étaient atteints de **pathologies non cancéreuses**.

Pathologies cancéreuses à l'admission des patients.

Type de cancer	Nombre de patients	%
Cancer digestif	26	28,6
Cancer pulmonaire	24	26,4
Cancer gynécologique	14	15,4
Cancer ORL	8	8,8
Cancer rein/vessie/prostate	7	7,7
Hémopathie	5	5,5
Cancer cutané	3	3,3
Tumeur cérébrale primitive	2	2,2
Cancer inconnu	2	2,2
Total	91	100

Pathologies non cancéreuses à l'admission des patients.

Type de pathologies	Nombre de patients	%
AVC	8	38,1
Défaillance d'organe	8	38,1
Démence évoluée	2	9,5
Sepsis sévère	2	9,5
Sclérose latérale amyotrophique	1	4,8
Total	21	100

• Durée entre l'établissement du diagnostic de la maladie incurable et l'hospitalisation du patient à l'USP durant la période de l'étude.

Maladie diagnostiquée	Nombre de patients	%
Moins de 1 an	62	55,4
Entre 1 et 3 ans	19	17
Plus de 3 ans	31	27,6
Total	112	100

La durée moyenne du diagnostic de la pathologie évolutive mortelle était de **2,3 ans** avec un écart type de 4,8 ans. La durée médiane était de 6,7 ans.

Le délai le plus court entre le diagnostic et le décès était de un jour et le délai le plus long de 16 ans et 4 mois.

Synthèse

Environ 4/5ème des patients hospitalisés à l'USP étaient atteints de pathologies cancéreuses. Les principaux cancers observés étaient les cancers digestifs, les cancers pulmonaires et les cancers gynécologiques. Les cancers ORL étaient également fortement observés alors que contrairement aux cancers précédemment cités, leur prévalence est moindre. Ils représentent 15% de la totalité des cancers chez l'homme et 2% chez la femme.(122)

La durée entre l'établissement du diagnostic de la maladie évolutive mortelle et l'hospitalisation du patient à l'USP variait énormément. Plus de la moitié des patients avait une durée de diagnostic qui datait de moins de 1 an. La rapidité d'évolution de la pathologie et/ou la gravité établie lors de la découverte de celle-ci peuvent expliquer la nécessité d'une prise en charge dans une structure palliative auprès d'une équipe pluridisciplinaire. Les mots recueillis qui pouvaient faire évoquer de l'anxiété ou de la dépression n'étaient pas prédominants chez ces patients comme nous allons le voir par la suite.

• Provenance des patients hospitalisés en USP

11 patients soit **9,8%** venaient du **domicile** contre 101 patients soit **90,2%** d'un **service hospitalier**.

Parmi les 11 patients qui venaient du domicile :

Deux patients soit **1,8%** étaient pris en charge par l'Hospitalisation A Domicile de l'Agglomération Nancéenne (HADAN).

Un patient soit **0,9%** qui était aussi en relation avec l'HADAN a été hospitalisé dans le service via le Service d'Accueil des Urgences (SAU)).

Un patient soit **0,9%** était pris en charge par le Réseau de Soins Palliatifs Trait d'Union.

Les mots recueillis pouvant traduire de l'anxiété ou de la dépression chez ces patients n'étaient pas plus importants que chez les patients venant d'un service hospitalier comme nous allons le voir par la suite.

Provenance des patients à l'admission à l'USP.

Provenance des patients	Nombre de patients	%
UHCD*/SAU/UPUP*	31	27,7
CHU de Nancy	27	24,1
Institut de Cancérologie de Lorraine	17	15,2
Domicile	11	9,8
Polyclinique de Gentilly (hors SAU)	11	9,8
SSR	10	8,9
Hôpitaux périphériques	5	4,5
Total	112	100

*Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD),

*Unité de Post-Urgence Polyvalente (UPUP).

La majorité des patients hospitalisés à l'USP venaient du SAU ou d'une structure d'urgence apparentée. Nous avons voulu nous intéresser aux motifs de recours des patients à ces services.

Motifs d'hospitalisation des patients dans un service d'urgence ou une structure apparentée.

Motifs d'hospitalisation	Nombre de patients	%
AEG*	5	16,1
Troubles de la vigilance	8	25,8
<i>Dont surdosage en morphinique</i>	<i>3</i>	<i>37,5</i>
Dyspnée	6	19,4
AVC	7	22,6
Fièvre	2	6,5
Hématurie macroscopique	1	3,2
Douleur	1	3,2
Malaise	1	3,2
Total	31	100

*Altération de l'Etat Général (AEG)

Synthèse

La majorité des patients hospitalisés à l'USP venaient d'un service hospitalier notamment le SAU ou une structure d'urgence apparentée.

Les troubles de la vigilance représentaient le premier motif d'hospitalisation dans ces services. Parmi les troubles de la vigilance observés, 37,5% étaient dus à un surdosage en opioïdes. Les traitements antalgiques étaient fortement pourvoyeurs d'effets indésirables. Les patients en fin de vie dont les fonctions rénales et hépatiques peuvent être altérées sont particulièrement fragiles. Nous le constaterons également lors de l'analyse de cette étude.

Les mots recueillis pouvant orienter vers le diagnostic d'anxiété ou de dépression n'étaient pas prédominants chez ces patients comme nous allons le constater par la suite.

La dyspnée était le 3^o motif d'hospitalisation. L'anxiété peut être une étiologie à ce symptôme, y être associée ou en aggraver le ressenti. Le fait que les mots recueillis orientant vers de l'anxiété ou de la dépression étaient prépondérants chez les patients atteints de cancers respiratoires (pulmonaires et ORL) est en accord avec ce constat.

• Symptomatologie psychiatrique des patients admis en USP.

Il y avait 3 patients soit **2,7%** aux antécédents anxieux et 8 patients soit **7,1%** aux antécédents dépressifs. Il existait une notion d'éthylisme sevré ou non chez 17 patients soit **15,2%**.

37 patients soit **33%** avaient des troubles du sommeil uniques ou récurrents notés dans leur dossier durant leur séjour.

La présence d'un ou plusieurs mots pouvant orienter le personnel soignant vers une symptomatologie anxieuse ou dépressive a été retrouvée chez 81 patients soit **72,3%**. Plusieurs mots par patients ont pu être recueillis.

Mots recueillis dans les dossiers pouvant orienter vers le diagnostic d'anxiété et de dépression.

Mots recueillis	Nombre de patients	%
Anxieux	38	33,9
Confus	33	29,5
Agité	31	27,7
Moral bas	10	8,9
Pleurs	9	8
Triste	8	7,1
Peur de mourir	8	7,1
Inquiet	8	7,1
Refus de soins	7	6,2
Vouloir mourir	7	6,2
Agressif	6	5,4
Idées suicidaires	3	2,7
Mal être	2	1,8
Pas de mots recueillis	31	27,7

Mots recueillis selon la provenance des patients :

Parmi les 11 patients qui venaient du **domicile**, 8 patients soit **72,7%** avaient des mots recueillis pouvant orienter le diagnostic vers des troubles anxio-dépressifs.

Parmi les 101 patients qui venaient d'un **milieu hospitalier**, 73 patients soit **72,3%** avaient des mots recueillis pouvant orienter le diagnostic vers des troubles anxio-dépressifs.

Parmi les 31 patients qui venaient d'une **structure d'urgence**, 18 patients soit **58,1%** avaient des mots recueillis pouvant orienter le diagnostic vers des troubles anxio-dépressifs.

Parmi les 81 patients qui venaient d'une **autre structure que les urgences**, 63 patients soit **77,8%** avaient des mots recueillis pouvant orienter le diagnostic vers des troubles anxio-dépressifs.

Mots recueillis selon la durée entre l'établissement du diagnostic de la maladie incurable et l'hospitalisation du patient à l'USP :

Parmi les 62 patients dont la durée entre l'établissement de la maladie incurable et l'hospitalisation du patient était **inférieure à un an**, 45 soit **72,6%** avaient des mots recueillis pouvant orienter le diagnostic vers des troubles anxio-dépressifs.

Parmi les 19 patients dont la durée entre l'établissement de la maladie incurable et l'hospitalisation du patient **était comprise entre 1 et 3 ans**, 13 soit **68,4%** avaient des mots recueillis pouvant orienter le diagnostic vers des troubles anxio-dépressifs.

Parmi les 31 patients dont la durée entre l'établissement de la maladie incurable et l'hospitalisation du patient était **supérieure à 3 ans**, 23 soit **74,2%** avaient des mots recueillis pouvant orienter le diagnostic vers des troubles anxio-dépressifs.

Mots recueillis selon le type de pathologie :

Parmi les 21 patients atteints de **maladies non cancéreuses**, 11 soit **52,4%** avaient des mots recueillis pouvant orienter le diagnostic vers des troubles anxio-dépressifs.

Parmi les 91 patients atteints de **pathologies cancéreuses**, 70 soit **79,1%** avaient des mots recueillis pouvant orienter le diagnostic vers des troubles anxio-dépressifs.

Parmi les 24 patients atteints de **pathologies néoplasiques pulmonaires**, 22 patients soit **91,7 %** avaient des mots recueillis pouvant orienter le diagnostic vers des troubles anxio-dépressifs. Les 8 patients atteints de **cancers ORL** avaient **tous** des mots recueillis pouvant orienter le diagnostic vers des troubles anxio-dépressifs.

Ces résultats montrent que les cancers respiratoires étaient davantage associés à une souffrance essentiellement liée à la symptomatologie dyspnéique où l'agitation du patient, l'agressivité, la peur de mourir « étouffé » étaient prépondérantes.

Proportion de mots recueillis parmi les 32 patients atteints de pathologies cancéreuses ORL ou pulmonaires selon la proportion de chaque mot.

Mots recueillis	Cancers ORL/pulmonaires	Autres
Confus	11 (33,3%)	22 (66,7%)
Agité	13 (41,9%)	18 (58,1%)
Anxieux	12 (31,6%)	26 (68,4%)
Moral bas	4 (40%)	6 (60%)
Vouloir mourir	1 (14,3%)	6 (85,7%)
Triste	3 (37,5%)	5 (62,5%)
Pleurs	1 (11,1%)	8 (88,9%)
Agressif	3 (50%)	3 (50%)
Inquiet	3 (37,5%)	5 (62,5%)
Peur de mourir	6 (75%)	2 (25%)
Mal être	1 (50%)	1 (50%)
Idées suicidaires	2 (66,7%)	1 (33,3%)
Pas de mots recueillis	2 (6,5%)	29 (93,5%)

Synthèse

Peu de patients avaient des ATCD anxio-dépressifs notés dans leur dossier. La recherche des ATCD psychiatriques et notamment des troubles anxio-dépressifs n'est pas aussi systématique que celle des pathologies médicales, chirurgicales ou des allergies et habitus.

Les troubles du sommeil durant une partie ou la totalité du séjour étaient fréquents (environ 1/3 des patients). Ils expliquent pour une part le recours à des traitements psychotropes.

Les mots pouvant traduire de l'anxiété et/ou de la dépression étaient présent chez plus de 2/3 des patients. Parmi les mots recueillis pouvant traduire de l'anxiété, les mots « anxieux », « confus » et « agité » étaient prépondérants. Ils témoignaient pour la plupart du ressenti des soignants car aucun outil d'évaluation n'était alors utilisé. Les troubles anxieux étaient rarement verbalisés par le patient. Les mots « moral bas », « vouloir mourir », « triste », « pleurs », et « idées suicidaires » traduisaient davantage un syndrome dépressif. Ces mots étaient quant à eux davantage verbalisés par le patient.

Les patients atteints de maladies non cancéreuses avaient moins de mots recueillis pouvant orienter le diagnostic vers des troubles anxio-dépressifs que les patients atteints de pathologies cancéreuses. A noter que l'état de vigilance peut être un facteur de confusion. En effet les troubles de la vigilance comme nous allons le voir avoisinaient chez les patients atteints de pathologies non cancéreuses 90,5% dont 76,2% étaient en faveur d'une vigilance très altérée.

La difficulté de prise en charge des symptômes notamment respiratoires expose fortement les malades à des troubles anxio-dépressifs. D'autant plus que ces symptômes perdurent et s'aggravent dans le temps. Ces pathologies représentaient 35,2% des pathologies cancéreuses. (123) Les mots recueillis qui pouvaient interpeller vers un trouble anxieux et/ou dépressif étaient prépondérants au sein des patients atteints de cancer ORL ou pulmonaires.

• Vigilance des patients admis en USP.

Des troubles de la vigilance au cours de l'hospitalisation étaient présents chez 80 patients soit **72,4%**.

Etat de vigilance des patients hospitalisés à l'USP.

Vigilance	Nombre de patients	%
Non altérée	32	28,6
Somnolence +/- confusion	46	41,1
Confusion sans somnolence	7	6,2
Comateux ou peu communicant	27	24,1
Total	112	100

Pathologies observées selon l'état de vigilance des patients hospitalisés à l'USP

Pathologies	Patients dont la vigilance n'était pas altérée	Patients dont la vigilance était altérée*	Patients dont la vigilance était très altérée*
Cancer digestif	11 (34,4%)	10 (18,9%)	4 (14,8%)
Cancers pulmonaire et ORL	9 (28,1%)	20 (37,8%)	3 (11,1%)
Cancer gynécologique	3 (9,4%)	8 (15,1%)	3 (11,1%)
Hémopathie	3 (9,4%)	3 (5,7%)	
Cancer urologie/prostatique	3 (9,4%)	4 (7,5%)	
Cancer cutané	1 (3,1%)	2 (3,8%)	
AVC			8 (29,6%)
Pathologies non cancéreuses (hors AVC)	2 (6,2%)	3 (5,7%)	8 (29,6%)
Cancer inconnu		2 (3,8%)	
Tumeur cérébrale		1 (1,9%)	1 (3,7%)
Total	32 (100%)	53 (100%)	27 (100%)

*Etat de vigilance altérée : patient somnolent et/ou confus.

*Etat de vigilance très altérée : patient comateux ou peu communiquant.

Synthèse

La vigilance des patients était fréquemment altérée chez 80 patients soit 71,4%. Les pathologies responsables étaient surtout représentées par les cancers respiratoires, les cancers digestifs et les cancers gynécologiques qui étaient également les trois types de cancer les plus fréquemment retrouvés.

Les patients atteints de cancers digestifs avaient une vigilance altérée dans environ la moitié des cas. Les patients atteints de néoplasies pulmonaires ou ORL avaient des troubles de la vigilance dans plus de 2/3 des cas. Et les patients atteints de néoplasies gynécologiques avaient des troubles de la vigilance dans près de 4/5 des cas.

L'état de vigilance des patients est une problématique particulière en soins palliatifs. Les difficultés de communication entre le patient et les soignants complexifient beaucoup la prise en charge. L'auto-évaluation devient impossible. Des études ont mis en évidence que l'impression des soignants concernant les symptômes notamment douloureux n'est pas fiable. L'hétéro-évaluation est alors un relai nécessaire au dépistage des symptômes pénibles, lorsque des outils d'évaluation adaptés existent. (124)

• Protocole de sédation anticipé.

Un protocole de sédation anticipé était présent chez 24 patients soit **21,4%**.

Il était prescrit à 14 hommes soit **58,3%** et à 10 femmes soit **41,7%**.

L'âge moyen des patients était de **65,9 ans** et l'âge médian de 67 ans. Le patient le plus jeune était âgé de 42 ans et le plus âgé de 91 ans.

Pathologies qui nécessitent l'anticipation d'une éventuelle sédation

Pathologies	Nombre de patients	%
Cancers pulmonaires	9	37,5
Cancers ORL	5	20,8
Cancers digestifs	5	20,8
Cancers du sein	3	12,5
Maladie cirrhotique décompensée	1	4,2
Insuffisance respiratoire terminale	1	4,2
Total	24	100

Synthèse

Les néoplasies pulmonaires et ORL étaient prédominantes dans l'indication d'un protocole de sédation anticipé du fait des risques hémorragiques et asphyxiques majeurs. La proportion d'hommes était plus importante en lien avec ces pathologies. (8 hommes pour 14 patients soit 57,1%)

Le risque de détresse respiratoire asphyxique était prépondérant chez 17 patients soit 70,8%. Le risque hémorragique était présent chez 4 patients soit 16,7%. Il existait un risque mixte chez 3 patients soit 12,5%.

• Relation d'aide et soutien psychologique des patients

93 patients soit **83%** bénéficiaient de la *présence d'au moins un proche*.

94 patients soit **83,9%** bénéficiaient d'un *soutien psychologique*.

Et 48 patients soit **42,8%** ont bénéficié du *passage des bénévoles*.

Un avis auprès du psychiatre de l'équipe a été demandé pour 14 patients soit **12,5%**.

8 patients soit **57,1%** étaient des hommes et 6 patients soit **42,9%** étaient des femmes.

L'âge moyen concernant la population masculine était de **77,6 ans** et la population féminine de **75,2 ans**.

Les principales pathologies retrouvées chez ces patients étaient :

Les *cancers respiratoires* chez 5 patients soit **35,7%%**,

Les *cancers digestifs* chez 4 patients soit **28,6%%**,

Les *cancers du rein* chez 2 patients soit **14,3%**,

Une *hémopathie* chez un patient soit **7,1%**,

Un *cancer de l'ovaire* chez un patient soit **7,1%**,

Et un *contexte de polyopathie* chez un patient soit **7,1%**.

Lors des consultations concernant ces 14 patients, les traitements introduits par le psychiatre étaient les suivants :

4 introductions de traitement ADP

La Mirtazapine NORSET®,
La Miansérine ATHYMIL® à 2 reprises
Et le Citalopram SEROPRAM®.

4 changements de traitement ADP

L'Escitalopram SEROPLEX® pour de la Miansérine ATHYMIL®,
La Fluoxétine PROZAC® pour de la Miansérine ATHYMIL®,
La Paroxétine DEROXAT® pour de l'Escitalopram SEROPLEX®,
Et le Citalopram SEROPRAM® pour de l'Amitriptyline LAROXYL®
et adjonction de BZD type midazolam HYPNOVEL®.

Une introduction de thymorégulateur (Acide Valproïque DEPAKINE®) et
adjonction de BZD type oxazépam SERESTA®.

Une introduction de BZD (Oxazépam SERESTA®).

2 introductions de NRL : Tiapride TIAPRIDAL® ainsi que LOXAPAC
remplacé par risperidone RISPERDAL® et adjonction de BZD type
oxazépam SERESTA®.

Aucune nouvelle introduction de traitement dans un cas devant la suspicion
d'une probable psychose vieillie.

Synthèse

L'avis du spécialiste a été demandé dans environ 1/10^{ème} des cas. Il a abouti dans
57,1% des cas à une **introduction d'ADP** ou à un **changement de classe d'ADP**. Ces ADP
avaient tous une action anxiolytique.

• Destination de sortie des patients.

Destination de sortie des patients de l'USP Paul Spillmann

Destination de sortie	Nombre de patients	%
Décédés	85	75,9
SSR*/EHPAD*/USLD*	13	9,8
Domicile	11	11,6
<i>Dont HAD</i>	<i>4</i>	<i>36,4</i>
Autres services*	3	2,7
Total	112	100

*Etablissement d'Hébergement pour les Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) *Unité de Soins de Longue Durée (USLD).

* Autres services : ALAGH (Association Lorraine d'Aide aux Grands Handicapés), service d'urologie de Brabois et centre hospitalier de Gray.

* SSR : Les transferts vers ces services ont été réalisés dans le cadre des LISP (Lits Identifiés de Soins Palliatifs).

Synthèse

Environ 3/4 des patients sont décédés dans le service. Le retour à domicile était la 2^o destination de sortie des patients. L'HAD n'était pas systématiquement mise en place.

5.4.1.2. Traitements psychotropes et antalgiques

Il a été retrouvé des effets secondaires des traitements antalgiques chez 31 patients soit **27,7%** et des effets secondaires des traitements psychotropes chez 10 patients soit **8,9%**. 5 patients soit **4,5%** avaient des effets secondaires appartenant aux antalgiques et aux psychotropes.

Synthèse

Les effets secondaires des traitements antalgiques étaient environ 3 fois plus fréquents que ceux des traitements psychotropes.

5.4.1.2.1. Traitements psychotropes

• Traitements psychotropes à l'entrée en USP.

66 patients soit **58,9%** avaient un traitement psychotrope à l'entrée.

Traitement psychotrope à l'entrée des patients à l'USP.

Traitement psychotrope à l'entrée	Nombre de patients	%
Benzodiazépines	42	37,5
Antidépresseurs	26	23,2
Neuroleptiques	14	12,5
Hypnotiques	9	8
ATARAX®	11	9,8
DEPAKINE®	2	1,8
Pas de traitement	46	41,1

Synthèse

Plus de la moitié des patients à l'admission dans le service recevait un traitement psychotrope.

Les BZD représentaient la classe thérapeutique la plus importante. L'ensemble des traitements par benzodiazépines et hypnotiques représentait près de la moitié des traitements psychotropes. Ces classes médicamenteuses sont par ailleurs les plus pourvoyeuses d'effets indésirables.

Le RIVOTRIL® n'a pas été répertorié dans le traitement des BZD car sa fonction première n'était pas anxiolytique. C'est son action anti-convulsivante qui était recherchée. Les neuroleptiques étaient principalement prescrits dans un but antiémétique et non sédatif.

• Traitements psychotropes durant l'hospitalisation en USP.

98 patients soit **87,5%** avaient un traitement psychotrope durant leur séjour, soit une augmentation de 32 patients ou **28,6%** en comparaison au traitement psychotrope à l'admission.

Répartition des traitements psychotropes durant le séjour des patients à l'USP.

Psychotropes durant le séjour	Nombre de patients	%
BZD	71	63,4
ADP	39	34,8
NRL (hors visée antiémétique)	20	17,9
Hypnotiques	15	13,4
ATARAX	31	27,7
DEPAKINE	3	2,7
Pas traitement psychotrope	14	12,5

6 patients soit **5,4%** ont reçu des neuroleptiques à visée antiémétique.

• Evolution des prescriptions des traitements psychotropes durant l'hospitalisation des patients à l'USP.

Traitements psychotropes	Nombre de patients <i>Traitements psychotropes à l'entrée</i>	Nombre de patients <i>Traitements psychotropes durant le séjour à l'USP</i>	Différence (%)
BZD	42 (37,5%)	71 (63,4%)	+25,9
ADP	26 (23,2%)	39 (34,8%)	+11,6
ATARAX®	11 (9,8%)	31 (27,7%)	+17,9
NRL (hors visée antiémétique)	14 (12,5%)	20 (17,9%)	+ 5,4
Hypnotiques	9 (8%)	15 (13,4%)	+5,4
DEPAKINE®	2 (1,8%)	3 (2,7%)	+0,9
Pas de traitement	46 (41,1%)	14 (12,5%)	-29,5

Synthèse

Les BZD représentaient la classe thérapeutique la plus prescrite et celle dont l'augmentation était la plus importante durant le séjour. Les anxiolytiques benzodiazépiniques et non benzodiazépiniques (BZD et ATARAX®) étaient 2,6 fois plus prescrits que les traitements ADP.

Les traitements de fond des troubles anxieux par ADP semblent peu prescrits. Les ADP représentaient la 3^o classe médicamenteuse concernant l'augmentation des traitements psychotropes. La réticence d'une introduction de traitement ADP est peut être liée à la durée de vie limitée du patient et au délai d'action des ADP.

- Modification des traitements psychotropes entre les prescriptions des traitements durant le séjour et au jour du décès ou de la sortie du patient.

Traitements psychotropes	Nombre de patients <i>Durant le séjour des patients</i>	Nombre de patients <i>Le dernier jour d'hospitalisation des patients</i>	Différence
BZD	71 (63,4%)	45 (40,2%)	-23,2
ADP	39 (34,8%)	25 (22,3%)	-12,5
Hypnotiques	15 (13,4%)	6 (5,4%)	-8
NRL	20 (17,9%)	13 (11,6%)	-6,3
ATARAX®	31 (27,7%)	12 (10,7%)	-17
DEPAKINE®	3 (2,7%)	3 (2,7%)	0
Pas de traitement	14 (12,5%)	40 (35,7%)	+23,2

Synthèse

Seule la prescription de DEPAKINE® ; thymorégulateur était inchangée. Les modifications des traitements psychotropes des patients le dernier jour d'hospitalisation par rapport au traitement durant leur séjour étaient orientées vers la diminution ou l'arrêt des médicaments psychotropes.

- Traitements psychotropes et vigilance du patient.

Traitements psychotropes des 32 patients soit 28,6% dont la vigilance n'était pas altérée.

Traitements psychotropes	Nombre de patients <i>Traitement psychotrope à l'entrée</i>	Nombre de patients <i>Traitement psychotrope durant le séjour</i>	différence
BZD	12 (37,5%)	18 (56,2%)	+18,7
ADP	6 (18,7%)	13 (40,6%)	+21,9
ATARAX®	2 (6,2%)	11 (34,4%)	+28,2
Hypnotiques	2 (6,2%)	5 (15,6%)	+9,4
NRL	1 (3,1%)	3 (9,4%)	+6,3
Pas de traitement	16 (50%)	3 (9,4%)	-40,6

Traitements psychotropes des 53 patients soit 47,3% dont la vigilance était altérée*.

Traitements psychotropes	Nombre de patients <i>Traitement psychotrope à l'entrée</i>	Nombre de patients <i>Traitement psychotrope durant le séjour</i>	différence
BZD	24 (45,3%)	46 (86,8%)	+41,3
ADP	16 (30,2%)	24 (45,3%)	+15,1
ATARAX®	7 (13,2%)	17 (32,1%)	+18,9
Hypnotiques	5 (9,4%)	9 (17%)	+7,6
NRL	10 (18,9%)	14 (26,4%)	+7,5
DEPAKINE®	1 (1,9%)	2 (3,8%)	+1,9
Pas de traitement	15 (28,3%)	1 (1,9%)	-26,4

*Etat de vigilance altérée : patient somnolent et/ou confus.

Traitements psychotropes des 27 patients soit 24,1% dont la vigilance était très altérée*.

Traitements psychotropes	Nombre de patients <i>Traitement psychotrope à l'entrée</i>	Nombre de patients <i>Traitement psychotrope durant le séjour</i>	différence
BZD	6 (22,2%)	7 (25,9%)	+3,7
ADP	4 (14,8%)	2 (7,4%)	-7,4
ATARAX®	2 (7,4%)	3 (11,1%)	3,7
Hypnotiques	2 (7,4%)	1 (3,7%)	-3,7
NRL	3 (11,1%)	3 (11,1%)	0
DEPAKINE®	1 (3,7%)	1 (3,7%)	0
Pas de traitement	15 (55,6%)	10 (37%)	-18,9

*Etat de vigilance très altérée : patient comateux ou peu communicant.

Synthèse

Les prescriptions de traitement par BZD prédominaient chez les patients dont la vigilance était altérée. Les effets secondaires des traitements par BZD étaient constatés dans 90% des cas chez les patients dont l'état de vigilance était altéré. La poly-médication, les troubles du sommeil présents chez 35,8% de ces patients, l'avancement de la pathologie peuvent également être des étiologies possibles à ces troubles de la vigilance.

Lorsque la vigilance n'était pas altérée, l'augmentation des prescriptions de traitement par ADP étaient plus importantes que celle des BZD. L'ATARAX® représentait la plus importante augmentation des traitements psychotropes.

• Traitements psychotropes des patients en fonction des mots recueillis qui orientent vers une pathologie anxio-dépressive.

Mots recueillis	Traitements	Aucun	BZD	ADP	Hypnotiques	NRL	ATARAX®	DEPAKINE®
Confus = 33 patients	A l'entrée	13 (39,4%)	11 (33,3%)	6 (18,2%)	2 (6,1%)	7 (21,2%)	2 (6,1%)	-
	Pendant le séjour	3 (9,1%)	22 (66,7%)	9 (27,3%)	5 (15,2%)	7 (21,2%)	9 (27,3%)	1 (3%)
	Le dernier jour	9 (27,3%)	14 (42,4%)	5 (15,2%)	2 (6,1%)	5 (15,2%)	4 (12,1%)	1 (3%)
Agité Agressif = 37 patients	A l'entrée	12 (32,4%)	12 (32,4%)	5 (13,5%)	3 (8,1%)	6 (16,2%)	6 (16,2%)	1 (2,7%)
	Pendant le séjour	3 (8,1%)	24 (64,9%)	11 (29,7%)	2 (5,4%)	11 (29,7%)	12 (32,4%)	2 (5,4%)
	Le dernier jour	12 (32,4%)	17 (45,9%)	4 (10,8%)	2 (5,4%)	3 (8,1%)	1 (2,7%)	2 (5,4%)
Anxieux Angoissé Inquiet Peur de mourir = 54 patients	A l'entrée	11 (20,4%)	21 (38,9%)	13 (24,1%)	5 (9,3%)	5 (9,3%)	6 (11,1%)	-
	Pendant le séjour	1 (1,9%)	36 (66,7%)	19 (35,2%)	11 (20,4%)	8 (14,8%)	15 (27,8%)	-
	Le dernier jour	10 (18,5%)	27 (50%)	9 (16,7%)	4 (7,4%)	6 (11,1%)	5 (9,3%)	-
Moral bas Triste Pleurs Vouloir mourir Mal être Refus de soins Idées suicidaires = 46 patients	A l'entrée	8 (17,4%)	19 (41,3%)	12 (26,1%)	4 (8,7%)	6 (13%)	4 (8,7%)	-
	Pendant le séjour	1 (2,2%)	28 (60,7%)	19 (41,3%)	8 (17,4%)	6 (13%)	14 (30,4%)	1 (2,2%)
	Le dernier jour	4 (8,7%)	18 (39,1%)	15 (32,6%)	3 (6,5%)	5 (10,9%)	4 (8,7%)	1 (2,2%)

Mots recueillis	Traitements	Aucun	BZD	ADP	Hypnotiques	NRL	ATARAX®	DEPAKINE®
Pas de mots recueillis = 31 patients	A l'entrée	20 (64,5%)	8 (25,8%)	8 (25,8%)	1 (3,2%)	2 (6,5%)	1 (3,2%)	-
	Pendant le séjour	13 (41,9%)	14 (45,2%)	10 (32,3%)	1 (3,2%)	3 (9,7%)	4 (12,9%)	1 (3,2%)
	Le dernier jour	18 (58,1%)	6 (19,4%)	6 (19,4%)	-	4 (12,9%)	1 (3,2%)	1 (3,2%)

Synthèse

L'anxiété, l'inquiétude et la peur de mourir étaient traitées de manière plus importante par BZD. Ce qui nous montre que le principal traitement des troubles anxieux semblerait être davantage axé sur les BZD que sur les ADP.

Les ADP étaient davantage prescrits chez les patients le dernier jour du séjour comparativement au traitement d'entrée parmi ceux dont les mots recueillis orientaient davantage le diagnostic vers un trouble dépressif (moral bas, triste, pleurs...). Dans les autres catégories de mots, les ADP étaient tous moins fréquemment prescrits le dernier jour du séjour comparativement au traitement d'entrée du patient.

5.4.1.2.2. Traitements antalgiques

- Traitement antalgique à l'entrée des patients à l'USP.

105 patients soit **93,7%** avaient un traitement antalgique à l'entrée à l'USP.

Traitement antalgique des patients à l'entrée à l'USP.

Traitements antalgiques à l'entrée	Nombre de patients	%
Palier 1	93	83
Palier 2	13	11,6
Palier 3	55	49,1
AINS	3	2,7
LYRICA®	12	10,7
SPASFON®	13	11,6
Pas de traitement antalgique	7	6,2

L'ACUPAN® qui fait parti des antalgiques du palier 1 était présent chez 20 patients soit **17,9%** en association avec le PARACETAMOL® et chez 3 patients soit **2,7%** en traitement unique.

Synthèse

La prise en charge antalgique des patients à l'entrée du séjour était importante. Ce chiffre traduit les efforts d'évaluation systématique de la douleur et de son traitement. L'association du palier 1 avec le palier 3 pour son effet co-antalgique était fréquente.

• Traitements antalgiques durant l'hospitalisation en USP.

109 patients soit **97,3%** avaient un traitement antalgique durant leur séjour, soit une augmentation de 4 patients ou **3,6%** en comparaison au traitement antalgique à l'admission.

Répartition des traitements antalgiques durant le séjour des patients à l'USP.

Traitements antalgiques	Nombre de patients	%
Palier 1	104	92,9
Palier 2	34	30,4
Palier 3	68	60,7
SPASFON®	35	31,2
LYRICA®	18	16,1
AINS	8	7,1
VERSATIS®	1	0,9
KETAMINE®	1	0,9
Pas de traitement antalgique	3	2,7

Une rotation des opioïdes a été effectuée chez 15 patients soit **13,4%**.

L'ACUPAN® qui fait partie des antalgiques du palier 1 était présent chez 30 patients soit **26,8%** systématiquement en association avec le PARACETAMOL®.

Synthèse

La quasi totalité des patients avaient un traitement antalgique durant leur séjour. Le palier 1 était prédominant. Le palier 3 était le deuxième type d'antalgique prescrit. La prise en charge antalgique était importante et l'utilisation des opioïdes intégrée à la pratique courante.

La rotation des opioïdes montre toute la réactivité des prescriptions des traitements antalgiques dans l'évolution des symptômes douloureux du malade.

- Evolution des prescriptions des traitements antalgiques durant l'hospitalisation des patients à l'USP.

Traitements antalgiques	Nombre de patients	Nombre de patients	Différence (%)
	<i>Traitements antalgiques à l'entrée</i>	<i>Traitements antalgiques durant le séjour à l'USP</i>	
Palier 1	93 (83%)	104 (92,9%)	+9,9
Palier 2	13 (11,6%)	34 (30,4%)	+18,8
Palier 3	55 (49,7%)	68 (60,7%)	+ 11
SPASFON®	13 (11,6%)	35 (31,2%)	+ 19,6
LYRICA®	12 (10,7%)	18 (16,1%)	+ 5,4
AINS	3 (2,7%)	8 (7,1%)	+ 4,4
KETAMINE®	0	1 (0,9%)	+ 0,9
Pas de traitement	7 (6,2%)	3 (2,7%)	- 3,5
VERSATIS®	0	1 (0,9%)	+0,9

34 patients ont reçu un palier 2 et 68 patients ont reçu un palier 3. Il est possible qu'un même patient ait reçu les deux traitements dans le cadre d'une adaptation du traitement antalgique. En effet certains patients ont pu soit diminuer de classe antalgique soit augmenter de classe antalgique selon la symptomatologie douloureuse, les interactions médicamenteuses et les effets indésirables rencontrés.

Synthèse

Il existait une augmentation de l'ensemble des traitements antalgiques durant le séjour. Le palier 2 ainsi que le SPASFON® étaient les deux traitements antalgiques les plus introduits.

- Modification des traitements antalgiques entre les prescriptions des traitements durant le séjour et au jour du décès ou de la sortie du patient.

Traitements antalgiques	Nombre de patients <i>Durant la totalité du séjour des patients</i>	Nombre de patients <i>Le dernier jour d'hospitalisation des patients</i>	Différence
Palier 1	104 (92,9%)	95 (84,8%)	-8,1
Palier 2	34 (30,4%)	14 (12,5%)	-17,9
Palier 3	68 (60,7%)	51 (45,5%)	-15,2
LYRICA®	18 (16,1%)	9 (8%)	-8,1
SPASFON®	35 (31,2%)	20 (17,9%)	-13,3
AINS	8 (7,1%)	2 (1,8%)	-5,3
Pas de traitement	3 (2,7%)	7 (6,2%)	+3,5

Synthèse

Les traitements antalgiques avant la sortie ou le décès des patients étaient globalement en faveur d'une diminution ou d'un arrêt comparativement aux traitements antalgiques reçus sur l'ensemble du séjour. La diminution des traitements antalgiques de palier 2 et 3 étaient prédominantes. Ces classes étaient les plus pourvoyeuses d'effets indésirables.

- Traitements antalgiques et vigilance du patient.

Traitements antalgiques des 32 patients soit 28,6% dont la vigilance n'était pas altérée.

Traitements antalgiques	Nombre de patients <i>Traitement antalgique à l'entrée</i>	Nombre de patients <i>Traitement antalgique durant le séjour</i>	différence
Palier 1	25 (78,1%)	28 (87,5%)	+9,4
Palier 2	5 (15,6%)	10 (31,2%)	+15,6
Palier 3	19 (59,4%)	22 (68,7%)	+9,3
SPASFON®	5 (15,6%)	12 (37,5%)	+21,9
LYRICA®	3 (9,4%)	7 (21,9%)	+12,5
Pas de traitement	3 (9,4%)	2 (6,2%)	-3,2
AINS	2 (6,2%)	2 (6,2%)	0
VERSATIS®		1 (3,2%)	+3,2

Traitements antalgiques des 53 patients soit 47,3% dont la vigilance était altérée.

Traitements antalgiques	Nombre de patients	Nombre de patients	différence
	Traitement antalgique à l'entrée	Traitement antalgique durant le séjour	
Palier 1	41 (77,4%)	50 (94,4%)	+17
Palier 2	5 (9,4%)	14 (26,4%)	+17
Palier 3	27 (50,9%)	35 (66%)	+15,1
SPASFON®	7 (13,2%)	17 (32%)	+18,8
LYRICA®	8 (15,1%)	10 (18,9%)	+3,8
KETAMINE®	0	1 (1,9%)	+1,9
Pas de traitement	2 (3,8%)	0	-3,8
AINS	1 (1,9%)	4 (7,5%)	+3,7
VERSATIS®	0	1 (1,9%)	+1,9

*Etat de vigilance altérée : patient somnolent et/ou confus.

Traitements antalgiques des 27 patients soit 24,1% dont la vigilance était très altérée.

Traitements antalgiques	Nombre de patients	Nombre de patients	différence
	Traitement antalgique à l'entrée	Traitement antalgique durant le séjour	
Palier 1	24 (88,9%)	26 (96,3%)	+7,4
Palier 2	3 (11,1%)	9 (29,6%)	+18,5
Palier 3	9 (29,6%)	11 (40,7%)	+11,1
SPASFON®	1 (3,7%)	6 (22,2%)	+18,5
LYRICA®	1 (3,7%)	1 (3,7%)	0
AINS	0	2 (7,4%)	+7,4
Pas de traitement	2 (7,4%)	1 (3,7%)	-3,7

*Etat de vigilance très altérée : patient comateux ou peu communicant.

Synthèse

L'augmentation du palier 2 était prédominante chez les patients dont la vigilance était très altérée.

L'augmentation du palier 2 et du SPASFON® était prédominante chez les patients dont la vigilance n'était pas altérée.

Le LYRICA® était essentiellement prescrit chez les patients dont l'état de vigilance n'était pas altéré. Ces résultats sont logiques car le patient doit être en capacité à pouvoir prendre un traitement per os ce qui n'est pas possible chez les patients dont l'état de vigilance est très altéré. Par ailleurs l'évaluation des douleurs neuropathiques nécessite un état cognitif permettant la réalisation du questionnaire DN4.

L'augmentation des différentes classes d'antalgiques était similaire chez les patients dont la vigilance était altérée.

5.4.2. Enquête un jour donné

5.4.2.1. Participation à l'enquête

L'enquête a recueilli parmi les **132** mails envoyés **13** réponses complètes soit un taux de participation d'environ **9,8%**.

Un total de **71** « **fiches patient** » a ainsi pu être analysé.

• Refus de participation des USP durant la semaine de réalisation de l'enquête

A noter qu'après le mail d'information envoyé avant l'envoi des questionnaires, 20 USP soit **15,2%** avaient répondu favorablement à la participation de cette enquête. Un refus soit **0,8%** était comptabilisé.

Parmi les refus de participation on observe que :

2 USP soit **1,5%** n'ont pas participé à l'enquête pour des problèmes de disponibilité étant déjà fortement sollicitées et étant également confrontées à des problèmes internes.

6 USP soit **4,5%** ont dénoncé l'intérêt d'une évaluation par le questionnaire HADS le jugeant inadapté voire délétère pour le patient. 5 USP se sont désistées alors qu'elles avaient auparavant accepté de participer à l'enquête.

Une USP soit **0,8%** a rencontré des difficultés à l'ouverture du questionnaire en ligne et une USP soit **0,8%** dans l'utilisation du questionnaire. Elles n'ont également pas pris part à l'enquête.

Par ailleurs une USP soit **0,8%** a répondu utiliser en pratique courante le questionnaire HADS ou parfois l'ESAS. Cette USP n'a pas pris part à l'étude.

5.4.2.2. Données épidémiologiques

• Généralités sur les services

16 USP ont renseigné cette partie soit **12,1%**.

Concernant l'évaluation des troubles anxio-dépressifs, 13 USP soit **81,3%** n'utilisent pas de questionnaire en pratique courante. L'évaluation lorsqu'elle est faite dans **18,8%** est effectuée par le questionnaire HADS. Parmi les USP qui utilisent le questionnaire HADS, une USP utilise également les critères diagnostiques du DSM-V.

Le nombre moyen de lits dans les services était de **10,6** avec un écart type de 2,5. Le nombre moyen de patients présents dans le service le jour de l'enquête était de **9,6** avec un écart type de 2,6. Le taux d'occupation des lits était de **89,9%**.

Le nombre moyen de patients cohérents et capables de répondre au questionnaire était de **5,6** avec un écart type de 1,8 ; soit presque la moitié des patients des services (58,3%). Le nombre moyen de questionnaires recueillis était de **4,4** avec un écart type 2,6.

Le taux de participation à l'enquête par rapport au taux d'occupation des lits était de **56%**. Le taux de participation à l'enquête par rapport au nombre de patients cohérents et capables de répondre au questionnaire était de **78,6%**.

5.4.2.3. Informations relatives aux patients

13 USP ont renseigné cette partie soit 9,8%.

Un total de **71 « fiches patients »** a été récolté.

Parmi ce recueil, **53,5%** des patients étaient des hommes et **46,5%** des femmes.

L'âge moyen le jour de l'enquête des patients était de **64,2 ans** avec un écart type de 15,2. L'âge médian au jour de l'enquête des patients était de 67,5 ans. Le patient le plus jeune était âgé de 28 ans, et le plus âgé de 94 ans.

Toutes les USP étaient accompagnées d'un psychologue ou d'un psychiatre.

Il y avait 28 patients soit **39,4%** aux antécédents d'anxiété et 17 patients soit **23,9%** aux antécédents dépressifs. Il existait une notion d'éthylisme sévère ou non chez 11 patients soit **15,5 %**.

Les troubles anxio-dépressifs constatés par le personnel sans réalisation d'une évaluation standardisée étaient les suivants :

64,8% soit 46 patients étaient considérés comme anxieux.

Et **35,2%** soit 25 patients étaient considérés comme dépressifs.

15 patients soit **21,1%** des patients présentaient des troubles du sommeil constatés par l'équipe le jour de l'enquête.

5.4.2.3.1. Traitement psychotrope avant évaluation par le questionnaire HADS

Un traitement psychotrope était prescrit chez 53 patients soit **74,6%**. (Pour rappel dans l'étude rétrospective un traitement psychotrope à l'entrée était prescrit chez 58,9% des patients et durant l'hospitalisation chez 87,5%).

Traitements psychotropes des patients des différentes USP avant réalisation de l'auto-questionnaire HADS.

Traitements psychotropes	Nombre de patients	%
Benzodiazépines	30	42,3
Antidépresseurs	23	32,4
Hypnotiques	15	21,1
Neuroleptiques	7	9,9
Autres molécules anxiolytiques non BZD	7	9,9
Pas de traitement	18	24,5

30 patients soit **56,6%** avaient une seule classe de traitement psychotrope prescrite. La classe médicamenteuse prédominante était les BZD. Les BZD étaient prescrites chez 24 patients soit **80%** des prescriptions uniques des traitements psychotropes.

23 patients soit **32,4%** avaient plusieurs traitements psychotropes associés. Les BZD étaient présentes dans **95,7%** de ces associations médicamenteuses.

A noter que parmi les 18 patients soit **24,5%** qui n'avaient pas de traitement psychotrope, 2 patients soit **2,8%** n'avaient pas de traitement de renseigné.

Synthèse

Les BZD représentaient la classe médicamenteuse des traitements psychotropes la plus prescrite. Si l'on associe les BZD aux hypnotiques, la représentation de ces 2 classes atteignait 63,4% des prescriptions.

5.4.2.3.2. Résultats du questionnaire HADS

64 patients soit **90,1%** avaient accepté de répondre au questionnaire.

Parmi les 7 patients soit **9,9%** qui n'avaient pas rempli le questionnaire, 5 patients soit **71,4%** avaient refusé, un patient soit **14,3%** n'avait pas été soumis à l'échelle devant une trop grande vulnérabilité psychique ressentie par l'équipe soignante, et un patient soit **14,3%** n'avait pu y répondre pour des raisons familiales le jour de l'enquête.

Les traitements psychotropes prescrits étaient :

Des *BZD* chez 4 patients soit **57,1%**,
 Des *ADP* chez 4 patients soit **57,1%**,
 Des *NRL* chez un patient soit **14,3%**
 Et un *hypnotique* chez un patient soit **14,3%**.

Les traitements n'étaient pas renseignés chez 2 patients soit **28,6%**.

Synthèse

Les refus n'étaient présents que chez 5 patients soit 7% de l'ensemble des patients.
 Le taux de participation des patients était important, ce qui montre une acceptabilité importante du questionnaire.

Résultats du questionnaire HADS.

Score HADS	Nombre de patients	%
<i>Anxiété</i>		
0-8 (pas d'anxiété)	26	40,6
8-10(douteux)	14	21,9
>11 (anxiété certaine)	24	37,5
Total	64	100
<i>Dépression</i>		
0-8 (pas de dépression)	28	43,7
8-10 (douteux)	16	25
>11 (dépression certaine)	20	31,3
Total	64	100

Synthèse

Les résultats du score HADS permettaient d'orienter le médecin vers la présence ou l'absence de troubles anxieux dans 78,1% des cas et vers la présence ou l'absence de troubles dépressifs dans 75% des cas. Ces résultats montrent que le questionnaire permettrait de conclure dans une grande majorité de cas.

Estimation des troubles anxio-dépressifs et évaluation par l'auto-questionnaire HADS.

	Nombre de patients	Nombre de patient	Différence
	<i>Troubles anxio-dépressifs estimés</i>	<i>Troubles anxio-dépressifs évalués</i>	
Anxiété	46 (64,8%)	24 (37,5%)	+27,3%
Dépression	25 (35,2%)	20 (31,2%)	+4%
Total	71	44	

Synthèse

L'anxiété estimée était surestimée de plus d'1/4 en comparaison à l'anxiété évaluée par l'auto-questionnaire HADS. Concernant les troubles dépressifs, il existait également une surestimation mais bien moindre.

5.4.2.3.3. Impact thérapeutique du questionnaire

HADS

Modifications du traitement psychotrope envisagées suite aux résultats du questionnaire HADS.

Modification du traitement psychotrope	Nombre de patients	%
Poursuite du traitement	44	68,7
Introduction d'une BZD	4	6,2
Renforcement du traitement par BZD	7	10,9
Introduction d'un ADP	7	10,9
Renforcement du traitement ADP	7	10,9
Introduction d'autres molécules*	2	3,1

*Molécules anxiolytiques non benzodiazépiniques

Synthèse

Dans près des 2/3 des cas, il n'était pas envisagé de changement de traitement psychotrope suite à l'évaluation des troubles anxio-dépressifs par le questionnaire HADS. L'introduction de traitement ADP ou son renforcement était envisagé dans 21,8% des cas alors que l'introduction ou le renforcement de tous les traitements anxiolytiques confondus n'était que de 20,2%.

Traitements psychotropes envisagés selon les scores du questionnaire HADS parmi les 64 patients qui ont répondu au questionnaire.

Score HADS	Pas de traitement	Poursuite BZD et ADP	Renf. ou intro BZD ou molécules non BZD	Renf. Ou intro ADP	Poursuite BZD ou molécules non BZD	Renf. BZD et intro ADP	Intro BZD et ADP	Nombre de patient
Scores positifs (+)	1	5	1	4		1		12 (18,7%)
Scores négatifs (-)	6				10			16 (25%)
Scores douteux (+/-)	2			1	4			7 (10,9%)
Anxiété +		2	3	1				6 (9,4%)
Dépression +	1	1	2	2				6 (9,4%)
Anxiété +/-	1				4			5 (7,8%)
Dépression +/-			1		3			4 (6,2%)
Anxiété+/Dépression+/-			3	1		1	1	6 (9,4%)
Dépression+/Anxiété +/-		2						2 (3,1%)

Les pourcentages représentent la proportion des patients en fonction des différents scores retrouvés.

Synthèse

Plus de la moitié des patients dont le score d'anxiété et de dépression était négatif recevaient un traitement par BZD.

Un patient qui avait un score de dépression positif n'a eu aucune introduction de traitement psychotrope.

Seule la moitié des patients dont le score de dépression était positif ont reçu un traitement ADP.

Lorsque l'anxiété était certaine, 50% des patients avaient un traitement par ADP.

Traitements psychotropes après estimation des troubles anxio-dépressifs et traitements psychotropes après évaluation par l'auto-questionnaire HADS.

Traitements psychotropes	Nombre de patients	Nombre de patients	différence
	<i>Après estimation des troubles anxio-dépressifs</i>	<i>Après évaluation des troubles anxio-dépressifs</i>	
BZD/Hypnotiques	45 (63,4%)	49 (69%)	+4 (5,6%)
ADP	23 (32,4%)	30 (42,3%)	+7 (9,9%)
NRL	7 (9,9%)	7 (9,9%)	-
Autres molécules*	7 (9,9%)	9 (12,7%)	+2 (2,8%)

*Molécules anxiolytiques non benzodiazépiniques.

A noter que les traitements psychotropes des deux patients qui n'avaient pas été renseignés dans l'enquête ont été intégrés dans les résultats après estimation et après évaluation des troubles anxio-dépressifs.

Synthèse

Les ADP semblent davantage prescrits lorsqu'une évaluation standardisée est réalisée.

Du fait du faible échantillon de patients qui ont répondu au questionnaire HADS, le test du chi2 ne peut s'appliquer dans notre travail c'est pourquoi nous avons eu recours au test exact de Fisher pour variables qualitatives. Les tableaux ci-dessous nous orientent vers la présence ou non d'une différence significative en se basant sur le risque α , c'est-à-dire un risque équivalent à une erreur de se tromper de 5%. Les résultats sont analysés en fonction des différents scores du questionnaire HADS tantôt concernant le versant anxieux du test puis tantôt concernant son versant dépressif.

		Total			PAS ANXIETE			ETAT DOUTEUX			ANXIETE CERTAINE			p**
		N= 64			N=26			N=14			N=24			
					(40,6%)			(21,9%)			(37,5%)			
		N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*	
Sexe														0,068
	Homme	33	51,6		18	69,2		6	42,9		9	37,5		
	Femme	31	48,4		8	30,8		8	57,1		15	62,5		
Age		64	65,2	12,3	26	65,5	13	14	64,3	9,7	24	65,3	13,5	0,954
ATCD de troubles anxieux														0,757
	Non	39	60,9		17	65,4		9	64,3		13	54,2		
	Oui	25	39,1		9	34,6		5	35,7		11	45,8		
ATCD de troubles dépressif														0,469
	Non	52	81,3		23	88,5		11	78,6		18	75		
	Oui	12	18,8		3	11,5		3	21,4		6	25		
ATCD de troubles du sommeil														0,183
	Non	53	82,8		23	88,5		13	92,9		17	70,8		
	Oui	11	17,2		3	11,5		1	7,1		7	29,2		
ATCD d'éthylisme														0,915
	Non	53	82,8		22	84,6		11	78,6		20	83,3		
	Oui	11	17,2		4	15,4		3	21,4		4	16,7		
Constat de troubles anxieux														0,062
	Non	22	34,4		12	46,2		6	42,9		4	16,7		
	Oui	42	65,6		14	53,8		8	57,1		20	83,3		
Constat de troubles dépressif														0,031
	Non	42	65,6		19	73,1		12	85,7		11	45,8		
	Oui	22	34,4		7	26,9		2	14,3		13	54,2		
Constat de troubles du sommeil														0,799
	Non	50	78,1		21	80,8		10	71,4		19	79,2		
	Oui	14	21,9		5	19,2		4	28,6		5	20,8		

		Total		PAS ANXIETE			ETAT DOUTEUX			ANXIETE CERTAINE			p**
		N= 64		N=26			N=14			N=24			
				(40,6%)			(21,9%)			(37,5%)			
		N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*
Traitements psychotropes en cours													0,4637
	Non	16	25		8	30,8		4	28,6		4	16,7	
	Oui	48	75		18	69,2		10	71,4		20	83,3	
Benzodiazépines à visée anxiolytique													0,3402
	Non	28	43,8		14	53,8		6	42,9		8	33,3	
	Oui	36	56,3		12	46,2		8	57,1		16	66,7	
Neuroleptiques													0,7432
	Non	58	90,6		24	92,3		12	85,7		22	91,7	
	Oui	6	9,4		2	7,7		2	14,3		2	8,3	
Antidépresseurs													0,0006
	Non	45	70,3		23	88,5		12	85,7		10	41,7	
	Oui	19	29,7		3	11,5		2	14,3		14	58,3	
Autres mol. à visée anxiolytique non benzodiaz.													0,3145
	Non	47	73,4		20	76,9		8	57,1		19	79,2	
	Oui	17	26,6		6	23,1		6	42,9		5	20,8	
Poursuite du traitement à l'identique													0,0005
	Non	19	29,7		4	15,4		1	7,1		14	58,3	
	Oui	45	70,3		22	84,6		13	92,9		10	41,7	
Introduction d'une benzodiazépine													0,7903
	Non	61	95,3		24	92,3		14	100		23	95,8	
	Oui	3	4,7		2	7,7		0	0		1	4,2	
Renforcement du traitement par benzodiazépine													0,0032
	Non	58	90,6		26	100		14	100		18	75	
	Oui	6	9,4		0	0		0	0		6	25	
Introduction d'un traitement anti-dépresseur													0,866
	Non	58	90,6		24	92,3		13	92,9		21	87,5	
	Oui	6	9,4		2	7,7		1	7,1		3	12,5	
Renforcement du traitement anti-dépresseur													0,0032
	Non	58	90,6		26	100		14	100		18	75	
	Oui	6	9,4		0	0		0	0		6	25	
Introduction d'un autre anxiolytique non-benzo													0,182
	Non	62	96,9		26	100		14	100		22	91,7	
	Oui	2	3,1		0	0		0	0		2	8,3	

*Ecart-type

** Test exact de Fisher pour variables qualitatives, test issu d'une analyse de variance pour les variables quantitatives.

Synthèse

24 patients soit 37,5% présentaient un trouble anxieux. La différence entre les sexes n'était pas significative ($p=0,0682$), de même il n'y avait pas de différence significative concernant l'âge ($p=0,9537$), les patients aux ATCD anxieux ou non ($p=0,7571$), aux ATCD dépressifs ou non ($p=0,4687$), aux ATCD d'éthylisme ou non ($p=0,9145$), et aux ATCD de troubles du sommeil ou non ($p=0,1825$).

La différence entre le constat de troubles anxieux ou leur absence n'était pas significative ($p=0,062$) tout comme le constat de troubles du sommeil ou leur absence ($p=0,7993$). La différence était statistiquement significative concernant le constat de troubles dépressifs ou leur absence ($p=0,0305$). Les troubles dépressifs étaient davantage constatés lorsque l'anxiété était certaine.

Il n'existait pas de différence significative entre les patients traités par psychotropes et ceux non traités ($p=0,4637$). Par contre concernant les traitements ADP, il existait une différence statistiquement significative ($p=0,0006$) ; les ADP étaient davantage prescrits lorsque les patients avaient une anxiété certaine. Ce qui est en accord avec les recommandations des traitements des troubles anxieux.

Il existait une différence statistiquement significative concernant la poursuite ou non du traitement psychotrope après la réalisation du questionnaire HADS ($p=0,0005$). Le traitement était davantage reconduit à l'identique lorsque le score d'anxiété était nul ou douteux.

Il existait également une différence statistiquement significative ($P=0,0032$) concernant le renforcement du traitement par BZD ou par ADP. Ces traitements étaient prescrits uniquement lorsque l'anxiété était certaine.

		Total			PAS DEPRESSION			ETAT DOUTEUX			DEPRESSION CERTAINE			p**
		N= 64			N=28			N=16			N=20			
					(43,8%)			(25,0%)			(31,3%)			
		N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*	
Sexe														0,8534
	Homme	33	51,6		15	53,6		9	56,3		9	45		
	Femme	31	48,4		13	46,4		7	43,8		11	55		
Age		64	65,2	12,3	28	66,7	10,2	16	61,9	12,2	20	65,6	15	0,4636
ATCD de troubles anxieux														0,6456
	Non	39	60,9		19	67,9		9	56,3		11	55		
	Oui	25	39,1		9	32,1		7	43,8		9	45		
ATCD de troubles dépressif														0,0003
	Non	52	81,3		28	100		12	75		12	60		
	Oui	12	18,8		0	0		4	25		8	40		
ATCD de troubles du sommeil														0,0107
	Non	53	82,8		27	96,4		10	62,5		16	80		
	Oui	11	17,2		1	3,6		6	37,5		4	20		
ATCD d'éthylisme														0,9156
	Non	53	82,8		23	82,1		14	87,5		16	80		
	Oui	11	17,2		5	17,9		2	12,5		4	20		
Constat de troubles anxieux														0,0151
	Non	22	34,4		12	42,9		8	50		2	10		
	Oui	42	65,6		16	57,1		8	50		18	90		
Constat de troubles dépressif														0,0004
	Non	42	65,6		23	82,1		13	81,3		6	30		
	Oui	22	34,4		5	17,9		3	18,8		14	70		
Constat de troubles du sommeil														0,7951
	Non	50	78,1		23	82,1		12	75		15	75		
	Oui	14	21,9		5	17,9		4	25		5	25		

		Total		PAS DEPRESSION			ETAT DOUTEUX			DEPRESSION CERTAINE			p**
		N= 64		N=28			N=16			N=20			
				(43,8%)			(25,0%)			(31,3%)			
		N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*
Traitements psychotropes en cours													0,4127
	Non	16	25		9	32,1		4	25		3	15	
	Oui	48	75		19	67,9		12	75		17	85	
Benzodiazépines à visée anxiolytique													0,4521
	Non	28	43,8		12	42,9		9	56,3		7	35	
	Oui	36	56,3		16	57,1		7	43,8		13	65	
Neuroleptiques													0,1066
	Non	58	90,6		26	92,9		16	100		16	80	
	Oui	6	9,4		2	7,1		0	0		4	20	
Antidépresseurs													0,0002
	Non	45	70,3		24	85,7		14	87,5		7	35	
	Oui	19	29,7		4	14,3		2	12,5		13	65	
Autres mol. à visée anxiolytique non benzodiaz.													0,8759
	Non	47	73,4		21	75		11	68,8		15	75	
	Oui	17	26,6		7	25		5	31,5		5	25	
Poursuite du traitement à l'identique													0,0627
	Non	19	29,7		4	14,3		7	43,8		8	40	
	Oui	45	70,3		24	85,7		9	56,3		12	60	
Introduction d'une benzodiazépine													0,0984
	Non	61	95,3		28	100		14	87,5		19	95	
	Oui	3	4,7		0	0		2	12,5		1	5	
Renforcement du traitement par benzodiazépine													0,2587
	Non	58	90,6		27	96,4		13	81,3		18	90	
	Oui	6	9,4		1	3,6		3	18,8		2	10	
Introduction d'un traitement anti-dépresseur													0,0384
	Non	58	90,6		28	100		13	81,3		17	85	
	Oui	6	9,4		0	0		3	18,8		3	15	
Renforcement du traitement anti-dépresseur													0,1862
	Non	58	90,6		27	96,4		15	93,8		16	80	
	Oui	6	9,4		1	3,6		1	6,3		4	20	
Introduction d'un autre anxiolytique non-benzo													0,5
	Non	62	96,9		26	92,9		16	100		20	100	
	Oui	2	3,1		2	7,1		0	0		0	0	

*Ecart-type

** Test exact de Fisher pour variables qualitatives, test issu d'une analyse de variance pour les variables quantitatives.

Synthèse

20 patients soit 31,3% présentaient un trouble dépressif. La différence entre les sexes n'était pas significative ($p=0,8534$), de même il n'y avait pas de différence significative concernant l'âge ($p=0,4636$), les patients aux ATCD anxieux ou non ($p= 0,6456$), aux ATCD d'éthylisme ou non ($p=0,9156$).

Par contre il existait une différence statistiquement significative ($p= 0,0003$) chez les patients aux ATCD dépressifs et ceux n'en ayant pas. En effet les patients qui avaient un ATCD de troubles dépressifs avaient des scores de dépression certains ou douteux. De même il existait une différence significative chez les patients aux ATCD de troubles de sommeil et ceux n'en ayant pas ($p= 0,0107$). Les patients aux ATCD de troubles du sommeil avaient davantage des scores de dépression douteux ou certains.

La différence entre le constat de troubles anxieux ou leur absence était statistiquement significative ($p= 0,0151$) tout comme le constat de troubles dépressifs ou leur absence ($p=0,0004$). Le constat de troubles anxieux était davantage retrouvé lorsque le score de dépression était certain mais il était également constaté dans environ la moitié des cas lorsque le score de dépression était nul ou douteux. Le constat de troubles dépressifs était beaucoup mieux corrélé à un score de dépression certain.

La différence n'était pas statistiquement significative concernant le constat de troubles du sommeil ou leur absence ($p=0,7951$).

Il n'existait pas de différence significative entre les patients traités par psychotropes et ceux non traités ($p=0,4127$). Par contre toujours concernant les traitements ADP, il existait une différence statistiquement significative ($p=0,0002$) ; les ADP étaient davantage prescrits lorsque les patients avaient une dépression certaine. Ce qui est en accord avec les recommandations des traitements des troubles anxieux.

Il n'existait pas de différence statistiquement significative concernant la poursuite ou non du traitement psychotrope après la réalisation du questionnaire HADS ($p=0,00627$).

Il existait seulement une différence statistiquement significative ($P= 0,0384$) concernant l'introduction d'un traitement ADP. Ces traitements étaient prescrits lorsque le score de dépression était douteux ou certain.

5.4.3. Confrontation des résultats des deux travaux

Comparaison des prescriptions des traitements psychotropes entre l'étude rétrospective (traitement durant le séjour) et l'enquête un jour donné (avant réalisation du questionnaire HADS).

Traitements psychotropes	Nombre de patients		Différence
	<i>Etude rétrospective</i>	<i>Enquête un jour donné</i>	
BZD ou Hypnotiques	86 (76,8%)	45 (63,4%)	-13,4%
ADP	39 (34,8%)	23 (32,4%)	-2,4%
NRL	20 (17,9%)	7 (9,9%)	-8%
Autres molécules*	31 (27,7%)	7 (9,9%)	-17,8%
Pas de traitement	14 (12,5%)	18 (24,5%)	+12

Synthèse

On remarque que les traitements psychotropes étaient davantage prescrits au sein du service Paul Spillmann durant l'étude rétrospective notamment concernant les molécules anxiolytiques non benzodiazépiniques (ATARAX®) et les BZD/Hypnotiques.

5.5. Discussion

5.5.1. Biais et limites de l'étude

Concernant l'étude rétrospective

L'étude rétrospective est une étude d'observation. Elle se base sur l'observation des dossiers médicaux. Elle comporte inéluctablement des biais. Les résultats présentés sont donc à analyser avec un certain recul et regard critique. Son caractère monocentrique permet seulement de juger des habitudes du service de l'USP Paul Spillmann du CHU de Nancy, et de comparer cette pratique avec les recommandations et données de la littérature.

Le recueil de données concernant l'ensemble des 112 dossiers de l'étude rétrospective a été réalisé par un unique enquêteur. Il peut par conséquent aboutir à des biais d'information dans le relevé des données même si ces biais sont moindres que s'il y avait eu plusieurs enquêteurs. Le procédé a consisté en une reprise des observations médicales, des comptes-rendus ou courriers médicaux, des transmissions paramédicales et des récapitulatifs des prescriptions médicales réalisée sur le logiciel « pharma ». Des biais dans le recueil des données de cette méthode de travail peuvent exister. En effet, l'archivage des dossiers est soumis au risque de perte de documents. La tenue des dossiers expose au risque de documents mal classés ou illisibles. Ainsi les troubles du sommeil, les mots recueillis pouvant orienter ou faire suspecter des troubles anxio-dépressifs ont pu être sous-estimés.

Des biais de mesure existent également concernant la saisie des données sur la date du diagnostic de la pathologie évolutive. En effet la date du diagnostic dans les dossiers médicaux ou courriers médicaux étant souvent incomplète, la date du 1^{er} Janvier a été enregistrée lorsque seule l'année était renseignée dans les dossiers.

La présence d'un soutien psychologique a pu être surestimée. Il a pu être proposé au patient mais aussi à ses proches et être ainsi confondu dans la rédaction des courriers médicaux.

Les traitements psychotropes à l'entrée des patients à l'USP peuvent être sous estimés dans le cadre d'un manque d'information. En effet les traitements d'entrée n'étaient pas systématiquement renseignés dans le dossier ou notés dans le courrier de transfert.

Concernant l'enquête un jour donné.

Le questionnaire a été volontairement conçu de manière concise dans un souci d'accessibilité des participants à cette enquête. La volonté d'obtenir la meilleure implication possible des médecins ou du personnel de soins ayant renseigné les questionnaires a été l'un des principaux objectifs. Le très faible taux de participation a reflété les difficultés de mener à bien ce type d'enquête dans cette population particulière. De ce fait certains éléments n'ont pu être renseignés dont notamment le type de pathologie en cours, la date du diagnostic de la pathologie évolutive mortelle.

Le questionnaire a été envoyé via un logiciel informatique en ligne (Monkey Survey). Ce type de procédé a permis une plus grande lisibilité et un plus grand contrôle d'envoi des questionnaires. Mais a contrario il a pu être un frein à certaines personnes réticentes et ne maîtrisant pas bien ce type de logiciel. Des problèmes inhérents au serveur en ligne ont également pu être à l'origine d'une perte dans le recueil des données (problème d'ouverture des questionnaires, de compatibilité éventuelle des logiciels).

Le questionnaire pour des raisons pratiques est essentiellement constitué de questions fermées et par conséquent ce procédé est certainement à l'origine de biais dans le recueil des données. En effet certains items ont pu être renseignés par défaut impliquant des biais dans l'analyse.

Le faible taux de participation à l'enquête a également été un frein dans l'analyse des résultats. En effet un petit échantillon de patients implique d'importantes incertitudes tant au niveau de l'échantillonnage qu'à celui de l'interprétation. Le test de Fisher a été utilisé pour cette analyse.

5.5.2. Analyse de l'étude rétrospective

Parité

La parité était globalement respectée ; à noter une légère prédominance d'homme 53,2% qui peut être expliquée par l'importance des pathologies pulmonaires et ORL dont la prévalence est plus importante chez l'homme.

Age des patients

L'âge médian était élevé (78,5 ans). Ces chiffres montrent un vieillissement de la population ainsi qu'une amélioration de l'espérance de vie. Selon l'INSEE en France en 2013, l'espérance de vie à la naissance était en légère augmentation. Dans les conditions de mortalité de 2013, une femme vivait en moyenne 85 ans et un homme 78,7 ans. En dix ans l'espérance de vie des hommes a progressé de 2,9 ans et celle des femmes de 2,1 ans.

Veuvage

Près de 30% des patients durant la période de l'étude étaient veufs ou veuves. Cette particularité est en lien avec le fait que la moyenne d'âge des patients était élevée (80,6 ans). Ce pourcentage montre toute la complexité du maintien à domicile et de la dépendance associée à la maladie à cet âge.

Antécédents éthyliques

15,2% des patients avaient des ATCD d'intoxication éthylique sevrée ou non. La prévalence dans la population générale de personnes buvant tous les jours est comparable. Elle est de l'ordre de 15%. (125)

Antécédents anxio-dépressifs

Les ATCD anxieux avoisinaient 3% et les ATCD dépressifs 7%. Pour rappel dans la population de soins palliatifs, la prévalence des troubles anxieux varie de 28 à 79% selon le type de population, le lieu, l'avancement de la maladie, les outils d'évaluation utilisés. (59)

Une méta-analyse portant sur 70 études montre :

En service d'oncologie et d'hématologie une prévalence de 19,4% des troubles de l'adaptation et de 10,3% des troubles anxieux (ESPT, TAG, troubles paniques).

En service de soins palliatifs, on retrouve une prévalence de 15,4% de troubles de l'adaptation et de 9,8% de troubles anxieux (ESPT, TAG, troubles paniques). (126)

Concernant la prévalence des troubles dépressifs en population palliative, elle est aux alentours de 25% avec également une grande variabilité selon le type de pathologie évolutive létale, le statut hospitalisé ou ambulatoire du patient, le degré de sévérité de la maladie, les critères diagnostiques utilisés, les performances fonctionnelles du malade. (67)

L'interrogatoire est un point essentiel dans le traitement des troubles anxieux car il permet de connaître l'antériorité de la pathologie et ainsi il permet d'orienter la nature du traitement médicamenteux à mettre en place : soit une benzodiazépine en cas de trouble récent de fréquence isolée, soit un antidépresseur devant une récurrence du trouble dans le temps. Cette mise au point permet de ne pas retarder l'introduction d'un traitement ADP car la durée de vie des patients est incertaine. Par ailleurs plus le temps s'écoule et plus les praticiens ont tendance à être réticents à l'introduction de ce type de traitement dont le délai d'action est retardé.

La recherche d'une consommation chronique de BZD ou d'autres psychotropes est également un élément important à cibler. Elle permet de ne surtout pas méconnaître un éventuel syndrome de sevrage. En effet comme nous l'avons vu dans le chapitre sur l'anxiété, un Français sur cinq dans la population générale consomme chaque année au moins une BZD ou molécule apparentée.(40)

Troubles du sommeil

Les troubles du sommeil étaient présents chez 33% des patients. La prévalence des troubles du sommeil dans la population palliative varie de 25% pour les études les plus favorables à 75% dans les stades avancés de cancer. (102) Ces résultats restent cohérents avec ceux observés dans la littérature.

Provenance des patients

La provenance des patients était dans la majorité des cas hospitalière (90%). Une proportion importante (27,7%) de patients était hospitalisée dans le service Paul Spillmann via le SAU ou une structure apparentée au service des urgences.

Par ailleurs on remarque que les motifs de recours à un service d'urgence étaient dominés par les troubles de la vigilance (25,8%). Les effets secondaires médicamenteux sont une étiologie non négligeable dans les troubles de la vigilance. Parmi ces patients atteints de troubles de la vigilance, la iatrogénie intervenait dans 37,5 % des cas. Les traitements antalgiques étaient en cause dans 100% des cas, dont les 2/3 étaient causés par le DUROGESIC®. Cette forme d'antalgique semble peu adaptée aux patients en soins palliatifs.

Les patients qui venaient d'une structure d'urgence n'étaient pas plus anxieux ou dépressifs selon les mots recueillis pouvant orienter vers ces troubles. Ces patients sont décédés dans le service dans 80,6% des cas. Dans 9,7% des cas ils sont retournés à leur domicile sans mise en place d'une HAD et dans 9,7% des cas ils ont été hospitalisés en SSR dans le cadre d'un LISP. La durée moyenne d'hospitalisation de ces patients était de 12,3 jours, ce qui était plus court que la durée moyenne du séjour de l'ensemble des patients de l'étude qui était de 17,6 jours.

L'Observatoire National de la Fin de Vie a montré en 2010 que 14 742 décès étaient survenus dans des services d'urgence. Les patients étaient majoritairement âgés (61% avaient plus de 80 ans) et près de 2/3 étaient suivis pour une maladie relevant vraisemblablement de Soins Palliatifs. Une prise en charge palliative plus précoce est un point important à travailler. Elle peut se faire à travers une meilleure information des patients et de leur famille ainsi qu'une meilleure coordination du médecin traitant avec les médecins spécialistes en charge du patient. Une amélioration de la formation médicale est aussi une piste de travail.

Durée moyenne du diagnostic

La durée moyenne du diagnostic était très courte chez une majorité de patients. 55,4% des patients avaient un diagnostic de maladie incurable qui datait de moins de 1 an. Ces patients n'étaient pas plus anxieux ou dépressifs selon les mots recueillis pouvant orienter vers ces troubles.

Par ailleurs, la part culturelle du deuil s'est estompée en France depuis le début du XXème siècle. Après la Seconde Guerre Mondiale, il y eut une désorganisation des rituels et une perte des croyances en un Dieu protecteur en faveur de la science. Le vécu intime du deuil a pris le dessus. Le deuil collectif a laissé place au solipsiste (référé au soi). Le deuil est vécu solitairement, dans une volonté de mort hâtée, salubre et discrète. Cette intériorisation de la mort est un obstacle supplémentaire à franchir par le patient et son entourage. Un travail de rétablissement des liens sociaux autour de la mortalité et de la fragilité de l'existence pourrait permettre au patient et à ses proches de partager davantage leur peine. (127)

Pathologies cancéreuses

La majorité des patients de l'USP étaient atteints de pathologies cancéreuses (81,2%). Ces patients étaient davantage anxieux et dépressifs par rapport aux patients non cancéreux selon les mots recueillis pouvant orienter vers ces troubles. Mais comme nous l'avons noté, les troubles de la vigilance faussent probablement ces résultats car les patients non cancéreux avaient des troubles de la vigilance beaucoup plus fréquents.

Selon l'Institut National du Cancer en 2012 en France Métropolitaine, il y eut 355 000 nouveaux cas estimés de cancer dont 200 000 hommes (♂) et 155 000 femmes (♀). L'âge médian au diagnostic était de 68 ans chez l'homme et de 67 ans chez la femme. L'âge médian au décès était estimé à 73 ans chez l'homme et 77 ans chez la femme.

Estimation en France Métropolitaine en 2012 selon l'Institut National du Cancer.

Type de cancer	Taux d'incidence	Décès estimés	Taux de mortalité
Prostate	99,4♂ /100 000	8876	10,2♂/100 000
Sein	88♀/100 000	11886	15,7♀/100 000
Colorectal	38,4♂ et 23,7♀/100 000	17722	13,3♂ et 7,9♀/100 000
Poumon	51,7♂ et 18,6♀/100 000	29949	37♂ et 12,9♀/100 000

Parmi les quatre types de cancers les plus fréquents en France, trois types étaient prédominants dans les prises en charge à l'USP (les cancers du sein, les cancers pulmonaires et les cancers colorectaux). Les cancers de la prostate étaient largement sous-représentés et a contrario les cancers ORL étaient sur-représentés.

Les cancers pulmonaires et ORL étaient davantage corrélés aux mots orientant vers le diagnostic de troubles anxio-dépressifs. La dyspnée est un symptôme pourvoyeur de beaucoup d'angoisse et parfois difficilement gérable par le patient.

Selon l'INVS, l'incidence en 2012 était dominée par le cancer de la prostate chez l'homme et du sein chez la femme. La mortalité quant à elle était dominée chez l'homme par le cancer du poumon et chez la femme par le cancer du sein.

L'évolution au cours de la période 1980-2012 a montré une augmentation du nombre de nouveaux cas chez l'homme (+107,6%) et chez la femme (+111,4%). Cette augmentation est expliquée par l'accroissement de la population et de son vieillissement.

La mortalité a également augmenté de 11% chez l'homme et de 20,3% chez la femme. Cette augmentation s'explique aussi par le vieillissement de la population alors que le risque de décès a diminué. Tout comme le taux standardisé de mortalité a diminué de 1,5% par an chez l'homme et de 1% chez la femme durant cette période. Une diminution de la consommation d'alcool et de tabac chez l'homme est une des principales explications de cette baisse.

Alors que l'incidence a augmenté (27,9% chez l'homme et 42,9% chez la femme) suite à une meilleure détection des cancers. On remarque depuis 2005 une diminution du taux d'incidence des cancers du sein et de la prostate ainsi qu'une stabilité de l'incidence de certains autres cancers (colorectal/poumon chez l'homme).

Un diagnostic plus précoce explique ces chiffres. A noter que les efforts de prévention doivent être poursuivis devant une augmentation de l'incidence et de la mortalité des cancers pulmonaires chez la femme et des mélanomes cutanés chez l'homme.

Protocole de sédation

Environ 1/5^{ème} des patients avait un protocole de sédation anticipé. Les pathologies ORL et pulmonaire en étaient majoritairement à l'origine. La connaissance d'un tel protocole semble bien établie à l'USP.

Durant la période de l'étude aucun recours à ce protocole de sédation anticipé n'a été nécessaire. En dehors de son but médicamenteux recherché, ce protocole de sédation permet également d'apporter un « apaisement psychologique » au patient en lui donnant une réponse concrète et technique suite à une possible dégradation brutale et insupportable de son état de santé. Ainsi l'information sur la possibilité d'avoir recours à ce protocole a un but anxiolytique en soi. A contrario, l'explication des causes possibles de recours à cette sédation à savoir les risques d'hémorragies cataclysmiques, les détresses respiratoires asphyxiques ou d'autres symptômes physiques réfractaires vécus comme insupportables par le patient peut elle-même être à l'origine d'une anxiété.

Toutefois devant des symptômes anxieux, une information claire, loyale et appropriée est un fondement des soins apportés au malade. (Article 35 du Code de déontologie médicale) Elle lui permet de s'ancrer dans une réalité concrète. Elle lui donne les moyens de ne pas s'enfermer dans des angoisses terribles où le réel ne trouve plus sa place. Toutefois si une trop grande fragilité du patient existe, son information peut être volontairement restreinte. Par exemple dans le service durant la période de l'étude un patient n'a pas été informé devant le rapport bénéfice/risque en faveur d'une information réduite.

Vigilance des patients

Plus des 2/3 des patients présentaient des troubles de la vigilance pendant leur séjour à l'USP. Seuls 28,6% des patients avaient un état de vigilance compatible avec la réalisation du questionnaire HADS durant la majorité de leur hospitalisation.

Parmi les pathologies cancéreuses, l'état de vigilance était davantage altéré chez les patients atteints de cancers respiratoires, et dans une autre mesure de cancers digestifs et gynécologiques.

Parmi les pathologies non cancéreuses, l'état de vigilance des patients était essentiellement altéré chez des patients atteints d'AVC massif et dans le cadre de pathologies terminales.

L'état de vigilance est précaire chez les patients en Soins Palliatifs. Des troubles francs de la vigilance étaient présents dans 24,1% des cas et des troubles moins marqués dans 47,3% des cas. Une étude un jour donné sur l'état des lieux des fonctions cognitives des patients hospitalisés dans une USP a mis en évidence une altération des fonctions cognitives chez 73% des patients malgré le fait que la majorité des patients était éveillée. (78) Les patients étaient majoritairement éveillés dans notre étude mais la réalisation de l'auto-questionnaire HADS par le malade était limitée à 28,6%.

Confusion

Le mot « confusion » a été retrouvé chez 29,5% des patients. Une partie de cette confusion était expliquée par les effets secondaires des traitements antalgiques et dans une moindre mesure par ceux des traitements psychotropes. Par ailleurs, 71 patients soit 63,4% avaient un traitement par corticoïdes pouvant engendrer ou aggraver un syndrome confusionnel mais a contrario pouvant également être prescrit dans un but anti-confusionnel selon l'étiologie en cause.

En comparaison, la confusion des patients en USP avoisine 42%. Elle peut atteindre jusqu'à 88% des malades à l'approche du décès.(14) Un dépistage du syndrome confusionnel pourrait permettre une prise en charge plus précoce et adaptée, tout comme le souligne une étude sur l'intérêt de l'utilisation de l'échelle Nu-Desc.(15)

Par ailleurs le dépistage des troubles anxio-dépressifs qui peuvent être à l'origine du syndrome confusionnel, pourrait permettre de diminuer la fréquence de ce dernier.

Iatrogénie

Les effets secondaires des traitements opioïdes étaient trois fois plus importants que ceux des traitements psychotropes. La crainte d'avoir des effets secondaires des traitements psychotropes ne doit pas être une justification à la non-prescription de ces derniers. D'autant plus que les nouveaux ADP comme les ISRS et IRSNA sont globalement bien tolérés.

Dans notre étude les effets secondaires des traitements psychotropes étaient majoritairement dus aux BZD et plus spécifiquement à l'HYPNOVEL dans 80% des cas. Parmi les 10 patients pour lesquels des effets secondaires aux BZD étaient notés, les effets se traduisaient chez 6 patients soit 60% par de la somnolence, chez un patient soit 10% par de la confusion et chez 3 patients soit 30% par des effets paradoxaux.

Ressenti des soignants vis-à-vis des troubles anxio-dépressifs des patients.

Les mots recueillis dans les dossiers concernant les troubles anxieux étaient surtout évocateurs d'un ressenti du personnel soignant (semble confus, paraît anxieux, inquiet). Les troubles dépressifs quant à eux étaient plus objectivement constatés et ils étaient davantage verbalisés par les patients (je veux mourir, pleurs, je n'ai pas le moral).

Les troubles anxieux semblaient être davantage le reflet du ressenti des soignants, ce qui nous amène à penser qu'une échelle d'évaluation est nécessaire pour dépister au mieux ces troubles. Cette évaluation permettrait au soignant de confronter son ressenti à un résultat objectif et reproductible. Ainsi les soins seraient moins liés à la subjectivité des soignants. Ces résultats sont concordants avec ceux retrouvés dans l'enquête un jour donné comme nous allons en discuter par la suite.

Prise en charge non médicamenteuse des troubles anxio-dépressifs

La prise en charge non médicamenteuse était omniprésente dans le service. Elle s'est effectuée à travers la proposition systématique d'un soutien psychologique, d'une relation d'aide, du passage des bénévoles dans près de la moitié des cas, de l'aumônier plus ponctuellement. La présence de l'entourage était également très importante. Le temps imparti aux patients et à leurs proches ainsi que l'organisation du service sont des particularités des Unités de Soins Palliatifs. Ils sont essentiels dans cette prise en charge humaine où les temps d'échanges sont intenses.

Une patiente a pu bénéficier de séances de sophrologie durant son séjour. D'autres techniques telles que la relaxation, l'hypno-analgésie, l'acupuncture, l'aromathérapie pourraient également améliorer la prise en charge des troubles anxio-dépressifs en association avec les traitements conventionnels.

Prise en charge médicamenteuse des troubles anxio-dépressifs

Prédominance des BZD

Les traitements psychotropes étaient largement prescrits à l'entrée chez plus de la moitié des patients. Les BZD étaient la classe thérapeutique la plus prescrite.

Durant leur séjour, 87,5% des patients ont reçu un traitement psychotrope. Les BZD étaient également la classe thérapeutique majoritairement prescrite et la plus importante augmentation des prescriptions toutes classes confondues.

Ces résultats sont conformes à ceux retrouvés dans la littérature :

Une étude de 2012 de faible puissance montrait que les BZD représentaient la 2^o prescription chez les patients ayant un cancer métastaté après les antalgiques de palier 3.

Une autre étude de 2006 montrait que 58% des patients avaient eu une prescription de BZD durant leur prise en charge palliative. Dans l'étude rétrospective 63,4% des patients ont reçu un traitement par BZD durant leur séjour.

Les ADP qui sont le traitement de fond des troubles anxieux et de la dépression étaient moins fréquemment prescrits que les BZD. Ainsi le traitement principal des troubles anxieux est dominé par les benzodiazépines. Les antidépresseurs sont majoritairement cantonnés aux traitements des patients dépressifs. Les troubles anxieux dont la plupart des patients souffrent n'ont pas nécessairement de traitement de fond.

Un manque d'information concernant le traitement des troubles anxio-dépressifs ou une réticence à la prescription des traitements ADP concernant leur délai d'efficacité et leur tolérance sont des pistes de réflexions qui peuvent expliquer ce constat.

Prescription d'ATARAX®

A noter que l'ATARAX® a été beaucoup prescrit dans le service du fait des nombreuses contre-indications respiratoires présentes dans le cadre notamment des cancers pulmonaires et ORL.

Synergie du psychiatre dans la prise en charge des patients

L'avis du psychiatre a été demandé dans 12,5% des cas. Ce pourcentage n'est pas négligeable d'autant plus que cet avis a été suivi d'une modification thérapeutique chez 12 patients soit 85,7% des cas. Les modifications thérapeutiques étaient surtout en rapport avec l'introduction d'un traitement ADP ou un changement d'ADP chez 8 patients soit 57,1% des cas. Les ADP prescrits avaient tous une action anxiolytique. Il semblerait que la présence d'un psychiatre puisse aider l'équipe soignante dans les prises en charge particulièrement complexes de certains patients.

Psychotrope, antalgiques et état de vigilance des patients

On remarque qu'il y avait davantage d'introduction d'ADP lorsque les patients n'avaient pas d'altération de la vigilance et dans une autre mesure chez les patients dont l'état de vigilance était altéré mais permettait encore d'avoir des échanges verbaux adaptés avec le corps soignant de manière fluctuante. Les patients dont l'état de vigilance était très altérée n'ont pas eu d'introduction de traitements ADP durant leur séjour. Ce constat paraît logique, car la mise en évidence des troubles dépressifs nécessitent d'être éveillé et d'interagir avec son environnement, de plus le traitement de ces troubles nécessite dans la majorité des cas une prise orale.

Parmi les 10 patients présentant des effets secondaires imputés aux BZD, 9 patients soit 90% avaient une vigilance altérée. Parmi ces 9 patients, 4 patients soit 44,4% avaient également des effets secondaires des traitements opioïdes. Il semblerait que cette catégorie de patients nécessite davantage de médication dans un contexte où les symptômes sont probablement plus difficiles à maîtriser par les diverses thérapeutiques mise en place. A noter également que la prescription d'antalgiques de palier 3 était la plus importante chez ces patients. Les effets secondaires imputés aux opioïdes chez ces malades étaient retrouvés chez 25 patients soit 80,6%. Les effets secondaires des traitements antalgiques sont une étiologie non négligeable des troubles de la vigilance chez les patients en soins palliatifs.

Psychotropes et troubles du sommeil

La présence des troubles du sommeil chez 1/3 des patients était également une explication à la prescription des traitements par BZD et hypnotiques. Les troubles du sommeil sont fréquents. Ils sont une source importante d'angoisse pour les patients. La médication ponctuelle est courante pour permettre au malade de régulariser un rythme jour/nuit satisfaisant. Les causes étant essentiellement multifactorielles, les traitements par ces molécules sont rarement bénéfiques dans le temps. Une étude portant sur la prise en charge des troubles anxio-dépressifs à travers leur évaluation systématique permettrait peut être de mettre en évidence une diminution des troubles du sommeil consécutivement à un traitement plus ciblé et adapté de ces troubles.

Prise en charge antalgique des patients

93,7% des patients avaient un traitement antalgique à l'entrée à l'USP et 97,3% durant leur séjour. Ces chiffres montrent l'omniprésence de la prise en charge antalgique en soins palliatifs. Le souci de soulager le patient était un point crucial dans le service. L'utilisation des morphiniques était bien établie ainsi que la rotation des opioïdes qui étaient présentes dans 13,4% des cas. L'adaptation du traitement antalgique était quotidienne voire pluriquotidienne à travers l'évaluation de la douleur par des échelles d'auto ou d'hétéro-évaluation.

Les modifications des prescriptions antalgiques au jour de la sortie ou du décès du patient étaient en faveur d'une diminution surtout des paliers 2 et 3. Cette diminution peut s'expliquer par l'apparition fréquente d'un syndrome confusionnel avant le décès qui peut être confondu avec un effet secondaire du traitement antalgique.

On remarque une certaine concordance/cohérence des prescriptions des traitements antalgiques chez les patients dont l'état de vigilance n'était pas altéré et ceux dont l'état de vigilance était très altéré (comateux ou peu communicant). Ces chiffres sont en faveur d'une efficacité des échelles d'hétéro-évaluation de la douleur.

Le LYRICA®, traitement de douleurs neuropathiques était uniquement et logiquement prescrits chez les patients en capacité de communiquer sur leur type de douleur et de prendre le traitement par voie orale. Il était davantage prescrit chez les patients dont l'état de vigilance n'était pas altéré.

Destination de sortie des patients

Les patients sont majoritairement décédés dans le service (75%). Ces chiffres sont en accord avec les résultats retrouvés dans la littérature où les personnes décèdent dans environ 70% des cas en milieu hospitalier ou en institution. (128)

5.5.3. Analyse de l'enquête un jour donné

Participation des USP à l'enquête

Le faible pourcentage de participation à cette enquête contraste avec la fréquence des troubles anxio-dépressifs dans la population palliative et ses difficultés de prise en charge. Comme nous l'avons vu, ces troubles sont fréquents. Ils altèrent la qualité de vie des patients. Ils sont difficiles à diagnostiquer car la frontière entre le physiologique et le pathologique peut s'avérer floue et mouvante.

L'évaluation des troubles anxio-dépressifs n'est pas systématique et standardisée. Seule 18,8% des USP ayant participé à l'enquête utilisent un questionnaire standardisé. Le questionnaire HADS a interpellé certaines USP concernant son bien fondé. Nous allons rediscuter plus loin ce point car le questionnaire ne peut rendre anxieux ou déprimé un patient qui ne l'est pas, mais au contraire, il peut mettre en évidence une maladie anxio-dépressive qui nécessite une prise en charge thérapeutique adaptée.

Le recrutement des patients en Soins Palliatifs est souvent difficile pour des motifs physiques, psychiatriques et organisationnels comme le souligne d'autres études. (129) Et comme nous l'avons constaté dans l'étude rétrospective où une étude prospective aurait nécessité une durée de temps bien supérieure à celle de 6 mois pour inclure suffisamment de patients.

Généralités sur les services qui ont participé à l'enquête

Le taux de participation des patients à l'enquête était de 56% ce qui représentait le double de participation par rapport aux patients susceptibles de pouvoir remplir le questionnaire dans l'étude rétrospective (28,6%). Cette différence peut s'expliquer par le fait que toutes les USP n'ont pas le même profil de patient. Certaines ont une population essentiellement gériatrique, ou bien ont davantage de patients cancéreux. La population des patients de l'USP Paul Spillmann durant l'étude rétrospective était davantage constituée de patients cancéreux dont les néoplasies pulmonaires et ORL confondues étaient prédominantes.

Population étudiée

Parité

Comme dans l'étude rétrospective, les hommes étaient davantage présents que les femmes.

Moyenne d'âge des patients

La moyenne d'âge des patients était de 64,2 ans. Les patients étaient en moyenne moins âgés que dans l'étude rétrospective (74,1 ans).

Antécédents anxio-dépressifs

Les ATCD de troubles anxieux avoisinaient 40% et les ATCD de troubles dépressifs 24%. Ces résultats sont plus élevés que ceux retrouvés dans l'étude rétrospective. L'hypothèse la plus probable qui peut expliquer cette différence est que l'interrogatoire a dû être plus scrupuleusement conduit ou les dossiers mieux renseignés dans l'enquête un jour donné. Ce constat montre que les ATCD psychiatriques des patients en soins palliatifs en pratique courante ne sont pas suffisamment recherchés car ces résultats sont discordants avec la fréquence des troubles anxio-dépressifs en population générale.

Antécédents éthyliques

L'enquête un jour donné relate un taux globalement similaire de 15,5%. Ce taux était globalement similaire à celui de l'étude rétrospective (15,2%) et celui de la population générale (15%).

Troubles du sommeil

Les troubles du sommeil étaient présents chez 21% dans l'enquête un jour donné. Il était moins fréquent que dans l'étude rétrospective (33%). Cette différence peut s'expliquer par le fait que la recherche des troubles du sommeil dans l'enquête rétrospective s'est effectuée sur l'ensemble du séjour alors que dans l'enquête un jour donné, elle n'a porté que sur le moment de l'enquête minimisant ainsi son importance.

Impact du questionnaire HADS dans la mise en évidence et la prise en charge des troubles anxio-dépressifs

Le questionnaire a permis de mettre en évidence des troubles anxieux et/ou dépressifs certains chez 32 patients soit 50% des patients ayant répondu au questionnaire.

Parmi les 32 patients dont le questionnaire HADS a permis de mettre en évidence des troubles anxieux et/ou dépressifs, 20 patients soit 62,5% ont eu une modification de leur traitement.

Les BZD représentaient les traitements psychotropes les plus prescrits durant l'enquête. Ces résultats sont concordants avec ceux retrouvés dans l'étude rétrospective.

Suite à l'évaluation des troubles anxio-dépressifs par le questionnaire HADS, la plus importante augmentation de l'ensemble des traitements psychotropes était en faveur des ADP (+9,9%).

Concernant les troubles anxieux

Parmi les 16 patients où le questionnaire ne mettait pas en évidence d'anxiété ou de dépression, on s'aperçoit que près des 2/3 des patients étaient traités par BZD, ce qui est en faveur d'une efficacité de ce traitement.

Il n'existait pas de différence significative entre les différents scores d'anxiété retrouvés en ce qui concerne le sexe, l'âge, les ATCD anxio-dépressifs, les ATCD éthyliques ou les ATCD de troubles du sommeil.

Il n'existait pas de différence significative concernant le constat de troubles anxieux ou le constat de troubles du sommeil, ce qui nous montre que le constat des troubles anxieux par les soignants n'est pas fiable et ne permet pas de conclure significativement sur la présence ou non d'un trouble anxieux comparativement aux différents scores d'anxiété retenus par le questionnaire HADS.

Par contre il existait une différence statistiquement significative concernant le constat de troubles dépressifs. Ce constat était davantage présent lorsque l'anxiété était certaine. En effet les symptômes dépressifs et anxieux sont souvent associés.

La différence de prescription des ADP était significativement plus importante lorsque l'anxiété était certaine ce qui montre un traitement adapté des troubles anxieux comparativement aux recommandations en la matière.

Suite à la réalisation du questionnaire HADS, la différence de prescription concernant le renforcement du traitement par BZD ou ADP était significativement plus importante lorsque l'anxiété était certaine, ce qui montre que le questionnaire permet d'améliorer la prise en charge des troubles anxieux de manière significative concernant ces deux changements de thérapeutique.

La poursuite du traitement à l'identique était significativement plus importante lorsque l'anxiété était nulle ou douteuse, ce qui montre que les résultats du questionnaire HADS ont permis d'aider le prescripteur dans la prise de décision sur un changement de thérapeutique.

Concernant la dépression

Parmi les 6 patients où le questionnaire mettait en évidence un syndrome dépressif isolé, seule la moitié des patients avaient un traitement ADP. Une prise en charge exclusivement non médicamenteuse a pu être mise en place chez ces malades.

Il n'existait pas de différence significative entre les différents scores de dépression retrouvés en ce qui concerne le sexe, l'âge, les ATCD anxieux, et les ATCD éthyliques.

Par contre les ATCD dépressifs étaient significativement plus importants chez les patients dont les scores de dépression étaient douteux ou certains. Les ATCD dépressifs doivent impérativement être recherchés lors de l'anamnèse du patient car ils sont statistiquement associés à des scores de dépression plus élevés, tout comme les troubles du sommeil qui étaient également associés de manière significative à des scores de dépression douteux ou certains.

Il existait une différence statistiquement significative concernant le constat de troubles anxieux et de troubles dépressifs. Ces constats étaient davantage présents lorsque la dépression était certaine. Le constat des soignants était davantage fiable lorsque le patient présentait des troubles dépressifs.

La différence de prescription des ADP était significativement plus importante lorsque la dépression était certaine ce qui montre un traitement adapté des troubles dépressifs comparativement aux recommandations en la matière.

Suite à la réalisation du questionnaire HADS, la différence de prescription concernant l'introduction d'un traitement ADP était significativement plus importante lorsque les scores de dépression étaient douteux ou certains, ce qui montre que le questionnaire permet d'améliorer la prise en charge des troubles dépressifs de manière significative.

La différence dans la poursuite du traitement à l'identique n'était pas significative ($p=0,0627$), ce qui montre que les troubles dépressifs ont tendance à être plus difficilement prise en charge par une thérapie médicamenteuse que les troubles anxieux. Peut être que sur un échantillon plus important de patients nous aurions pu mettre en évidence cette différence car p était tout de même proche de 5%.

5.5.4. Etat des lieux de la prise en charge des troubles anxio-dépressifs

Confusion entre les affects anxio-dépressifs et la maladie anxio-dépressive

Les troubles anxieux et dépressifs sont souvent mal évalués. Cette mauvaise évaluation vient en partie du fait que la frontière entre le caractère physiologique et le caractère pathologique de ces troubles est parfois floue. Ainsi ils sont considérés à tort comme faisant partie intégrante de la fin de vie des patients. Les affects dépressifs et anxieux sont des sentiments normaux chez les patients en soins palliatifs. Ils doivent restés isolés et ne doivent pas entraver le quotidien du patient. Lorsqu'ils deviennent envahissants et altèrent le fonctionnement physique et psychologique du patient, les affects adaptatifs laissent place à la maladie anxio-dépressive et un traitement non médicamenteux et/ou médicamenteux doivent être rapidement entrepris.

La confusion entre les affects anxio-dépressifs et la maladie anxio-dépressive a été notée lors de la réalisation de l'enquête un jour donné où quelques USP n'ont pas voulu prendre part à ce travail, dans un contexte où paradoxalement la majorité des USP étaient dotées d'un psychologue et/ou d'un psychiatre. Elles avaient peur de rendre le patient encore plus anxieux et/ou dépressif. Or l'évaluation de ces troubles ne peut pas rendre déprimé ou anxieux un patient qui ne le serait pas. Au contraire, l'évaluation peut permettre de dépister une maladie psychiatrique à part entière et ainsi instaurer un traitement adapté dans le but de soulager le malade. Être triste et anxieux à l'approche de la mort sont des sentiments normaux. Ils doivent être gérables par le patient et ne doivent pas entraver son fonctionnement physique, psychique, et social. Le déni de cette souffrance psychologique et psychiatrique des patients est une entrave à la prise en charge des patients en soins palliatifs. Cette confusion ne doit pas être faite et les soignants doivent rester vigilants.

La confusion entre les affects anxio-dépressifs et la maladie peut également être faite par le patient lui-même. Elle peut expliquer pourquoi le patient ne parle pas de ses troubles lorsqu'on le questionne sur ses ATCD lors de son entrée dans le service. Ces troubles ont mauvaise réputation et isolent davantage le patient dans la culpabilité et la solitude. Ils sont associés à une vulnérabilité, une fragilité psychique, où la verbalisation spontanée du patient n'est pas fréquente. L'évaluation des troubles anxio-dépressifs peut être une ouverture à la discussion sur ces symptômes douloureusement supportables et avouables. Elle permet au soignant de prendre du temps avec le patient et d'être suffisamment longtemps à son chevet pour que ce dernier puisse s'ouvrir sur son état psychologique. Elle permet de dédramatiser ces troubles et permet d'informer le patient que des traitements efficaces existent. Elle permet d'apporter au soignant et au patient un regard objectif sur le caractère pathologique des troubles et l'intérêt d'une éventuelle introduction de traitement qu'il soit médicamenteux ou non. Par ailleurs les ADP sont des traitements médicamenteux qui engendrent souvent une crainte notamment de dépendance vis-à-vis du patient. Ils sont parfois cachés à l'entourage. (130) Leur stigmatisation est une barrière dans la prise en charge ; des efforts d'information sont nécessaires afin d'obtenir une adhérence du patient au traitement.

La psychiatrie est abordée tardivement dans notre cursus d'étude et peut rester abstraite pour bon nombre d'étudiants. Alors que les troubles anxio-dépressifs sont des motifs fréquents de consultation en médecine générale dans la population générale. La formation concernant ces troubles doit être plus importante car les médicaments psychotropes sont très largement prescrits chez les patients et particulièrement chez les patients en fin de vie comme le confirme notre étude.(131)

Intérêt du questionnaire HADS

Population cible

Le questionnaire s'adresse à un nombre restreint de malades, ce qui permet de l'intégrer plus facilement dans la pratique courante au sein des services de Soins Palliatifs. Cette proportion restreinte de patients est liée au fait que les patients en soins palliatifs sont fragiles et vulnérables. Dans notre travail, l'état de vigilance des patients était souvent altéré et peu de patients (moins d'1/3 d'après l'étude rétrospective et la moitié d'après l'enquête un jour donné) était en capacité de répondre à un auto-questionnaire. La recherche clinique est à ce titre difficile. Par ailleurs le contexte douloureux et angoissant de la fin de vie expose le patient à ses propres limites et place aussi son entourage et les équipes soignantes devant leur propre faiblesse, leur impuissance et leur mortalité. (132) Ces mélanges de sentiments peuvent facilement être confondus, et particulièrement au niveau de l'anxiété comme nous avons pu le constater.

Acceptabilité du questionnaire

Le taux de réponse au questionnaire a été de 90,1%. Ce résultat est conforme à ceux retrouvés dans la littérature (85,5%). (109) Par ailleurs, le médecin est bien entendu libre de proposer ou non le questionnaire au patient comme cela a pu être le cas pour un patient durant l'enquête un jour donné.

Dans notre étude, le questionnaire HADS permettait de conclure sur la présence ou l'absence de troubles anxio-dépressifs dans 75% des cas environ. Ce résultat est satisfaisant. Il montre que le questionnaire permet d'apporter une orientation diagnostique dans une majorité de cas. L'apport du psychologue ou du psychiatre peut être une aide utile afin d'affiner le dépistage des résultats douteux.

Nécessité du questionnaire

L'expérience clinique, la complexité et la spécificité des situations palliatives rendent encore plus pertinente l'indication à se fonder sur des outils d'évaluation validés. Tout comme la douleur, les troubles anxio-dépressifs nécessitent une échelle d'évaluation qui permet également le suivi des troubles dans le temps et l'adaptation du traitement proposé.

Les ATCD dépressifs et les ATCD de troubles du sommeil étaient significativement plus élevés chez les patients dont les scores de dépression étaient douteux ou certains. C'est pourquoi leur recherche doit être systématique. Tout comme la mise en évidence d'un trouble anxieux doit faire systématiquement rechercher un trouble dépressif et inversement.

Les ADP étaient significativement davantage prescrits chez les patients dont l'anxiété et la dépression étaient certaines, ce qui est montré une prise en charge adaptée des troubles anxio-dépressifs. Cependant ces résultats peuvent être davantage améliorés par le questionnaire autant concernant le versant anxieux du test que son versant dépressif.

Témoignage d'une USP

Un médecin durant la période de l'enquête a manifesté son impression vis-à-vis du questionnaire HADS au vu des remous qu'il avait suscité. Il a exposé l'exemple d'une patiente particulièrement fragile pour qui l'équipe manifestait des réticences quant à la proposition de cette évaluation. La patiente a bénéficié d'un accompagnement durant le remplissage du questionnaire. Elle était réticente à la prise de son ADP (LAROXYL® en gouttes). Elle négociait chaque goutte quotidiennement avec les médecins. A travers cette évaluation l'équipe soignante a pu objectivement constater une amélioration de la thymie de la patiente dont elle-même a reconnu les bienfaits du traitement.

Cette expérience nous montre que le questionnaire HADS peut être une ouverture à la discussion des troubles anxio-dépressifs, à leur mise en évidence ainsi qu'à leur traitement. En effet son intérêt peut porter autant sur l'établissement du diagnostic que sur l'information traitement à mettre en place, des bénéfices attendus et des effets secondaires possibles.

6. CONCLUSION

Suite à cette étude, nous remarquons que les traitements psychotropes des patients en soins palliatifs sont fréquemment prescrits et qu'ils sont principalement dominés par les benzodiazépines.

Une évaluation des troubles anxio-dépressifs et particulièrement des troubles anxieux par une échelle standardisée est indispensable. En effet les troubles anxieux constatés par les soignants ne sont pas corrélés à ceux mise en évidence par le questionnaire HADS. Il est possible que l'angoisse des soignants se confonde parfois à celle des patients. Quant aux troubles dépressifs constatés par les soignants, ils sont davantage corrélés à un trouble anxieux ou dépressif mise en évidence par le questionnaire HADS.

Le traitement des troubles anxio-dépressifs était globalement adapté comparativement aux recommandations issues de la littérature. L'enquête un jour donné nous a également montré que le questionnaire HADS a permis de modifier significativement la prise en charge thérapeutique. Il a amélioré la prise en charge des troubles anxieux par le renforcement des traitements par BZD et ADP et la prise en charge des troubles dépressifs par l'introduction de traitements ADP. Une évaluation plus systématique et standardisée des troubles anxio-dépressifs permet une prescription des traitements psychotropes encore plus adaptée.

La souffrance psychique, morale et physique du malade ne peut être entièrement effacée. En effet l'objectif « zéro » souffrance n'est pas raisonnable en soi car cette souffrance caractérise l'homme en tant qu'être vivant. Or la diminution de cette souffrance est possible de nos jours. La mort est une certitude et nul ne peut lui échapper. Les anxiolytiques et les antidépresseurs peuvent alors être une aide lorsque les capacités d'affronter cette réalité effroyable sont dépassées et que le patient bascule dans la maladie anxio-dépressive.

Pour pouvoir soulager le patient, il faut d'abord identifier la maladie dont il souffre, dans un contexte de fin de vie où l'angoisse de mort est plus que jamais présente. Les équipes soignantes doivent s'efforcer d'aider les patients à traverser ce passage douloureux et angoissant qu'est la mort en distinguant au mieux la limite entre le caractère normal et pathologique de l'anxiété et de la dépression. « Nous naissons dans l'angoisse, nous mourons dans l'angoisse. Entre les deux la peur ne nous quitte guère. Quoi de plus angoissant que de vivre ?... Un peu de chair offerte à la morsure du réel. Toutes les pilules du monde, si elles peuvent nous faire oublier cette question, ne sauraient ni la supprimer ni la résoudre...vivre plutôt que mourir. » (41)

7. ANNEXES

Annexe 1
Principales échelles d'évaluation

Auto-questionnaire HADS (Hospital Anxiety And Depression Scale)
Echelle MADRS (Montgomery and Asberg Depression Rating Scale)

Auto-questionnaire HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) de Zigmond et Snaith

1) Anxiété

Je me sens tendu ou énervé.

- 0 Jamais.
- 1 De temps en temps.
- 2 Souvent.
- 3 La plupart du temps.

J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver.

- 0 Pas du tout.
- 1 Un peu mais cela ne m'inquiète pas.
- 2 Oui, mais ce n'est pas trop grave.
- 3 Oui, très nettement.

Je me fais du souci.

- 0 Très occasionnellement.
- 1 Occasionnellement.
- 2 Assez souvent.
- 3 Très souvent.

Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté.

- 0 Oui, quoi qu'il arrive.
- 1 Oui, en général.
- 2 Rarement.
- 3 Jamais.

J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué.

- 0 Jamais.
- 1 Parfois.
- 2 Assez souvent.
- 3 Très souvent.

J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place.

- 0 Pas du tout.
- 1 Pas tellement.
- 2 Un peu.
- 3 Oui, c'est tout à fait le cas.

J'éprouve des sensations soudaines de panique.

- 0 Jamais.
- 1 Pas très souvent.
- 2 Assez souvent.
- 3 Vraiment très souvent.

2) Dépression

Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois.

- 0 Oui, tout autant.
- 1 Pas autant.
- 2 Un peu seulement.
- 3 Presque plus.

Je ris facilement et vois le bon côté des choses.

- 0 Autant que par le passé.
- 1 Plus autant qu'avant.
- 2 Vraiment moins qu'avant.
- 3 Plus du tout.

Je suis de bonne humeur.

- 0 La plupart du temps.
- 1 Assez souvent.
- 2 Rarement.
- 3 Jamais.

J'ai l'impression de fonctionner au ralenti.

- 0 Jamais.
- 1 Parfois.
- 2 Très souvent.
- 3 Presque toujours.

Je m'intéresse plus à mon apparence.

- 0 J'y prête autant d'attention que par le passé.
- 1 Il se peut que je n'y fasse plus autant attention.
- 2 Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais.
- 3 Plus du tout.

Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses.

- 0 Autant qu'avant.
- 1 Un peu moins qu'avant.
- 2 Bien moins qu'avant.
- 3 Presque jamais.

Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio ou télévision.

- 0 Souvent.
- 1 Parfois.
- 2 Rarement.
- 3 Très rarement.

Résultats :

Cette échelle explore les symptômes anxieux et dépressifs. Faire le total du versant anxiété et dépression : 21 points maximum pour chacun.

Entre 8 et 10 : état anxieux ou dépressif douteux.

Au-delà de 10 : état anxieux ou dépressif certain.

Echelle MADRS (Montgomery and Asberg Depression Rating Scale)

1) Tristesse apparente

Correspond au découragement, à la dépression et au désespoir (plus qu'un simple cafard passager) reflétés par la parole, la mimique et la posture. Coter selon la profondeur et l'incapacité à se dérider.

- 0 Pas de tristesse.
- 1
- 2 Semble découragé mais peut se dérider sans difficulté.
- 3
- 4 Paraît triste et malheureux la plupart du temps.
- 5
- 6 Semble malheureux tout le temps. Extrêmement découragé.

2) Tristesse exprimée

Correspond à l'expression d'une humeur dépressive, que celle-ci soit apparente ou non. Inclut le cafard, le découragement ou le sentiment de détresse sans espoir. Coter selon l'intensité, la durée et le degré auquel l'humeur est dite être influencée par les événements.

- 0 Tristesse occasionnelle en rapport avec les circonstances.
- 1
- 2 Triste ou cafardeux, mais se déride sans difficulté.
- 3
- 4 Sentiment envahissant de tristesse ou de dépression.
- 5
- 6 Tristesse, désespoir ou découragement permanents ou sans fluctuation.

3) Tension intérieure

Correspond aux sentiments de malaise mal défini, d'irritabilité, d'agitation intérieure, de tension nerveuse allant jusqu'à la panique, l'effroi ou l'angoisse. Coter selon l'intensité, la fréquence, la durée, le degré de réassurance nécessaire.

- 0 Calme. Tension intérieure seulement passagère.
- 1
- 2 Sentiments occasionnels d'irritabilité et de malaise mal défini.
- 3
- 4 Sentiments continuels de tension intérieure ou panique intermittente que le malade ne peut maîtriser qu'avec difficulté.
- 5
- 6 Effroi ou angoisse sans relâche. Panique envahissante.

4) Réduction du sommeil

Correspond à une réduction de la durée ou de la profondeur du sommeil par comparaison avec le sommeil du patient lorsqu'il n'est pas malade.

- 0 Dort comme d'habitude.
- 1
- 2 Légère difficulté à s'endormir ou sommeil légèrement réduit. Léger ou agité.
- 3
- 4 Sommeil réduit ou interrompu au moins deux heures.
- 5
- 6 Moins de deux ou trois heures de sommeil.

5) Réduction de l'appétit

Correspond au sentiment d'une perte de l'appétit comparé à l'appétit habituel. Coter l'absence de désir de nourriture ou le besoin de se forcer pour manger.

- 0 Appétit normal ou augmenté.
- 1
- 2 Appétit légèrement réduit.
- 3.
- 4 Pas d'appétit. Nourriture sans goût.
- 5
- 6 Ne mange que si on le persuade.

6) Difficultés de concentration

Correspond aux difficultés à rassembler ses pensées allant jusqu'à l'incapacité à se concentrer. Coter l'intensité, la fréquence et le degré d'incapacité.

- 0 Pas de difficulté de concentration.
- 1
- 2 Difficultés occasionnelles à rassembler ses pensées.
- 3
- 4 Difficultés à se concentrer et à maintenir son attention, ce qui réduit la capacité à lire ou à soutenir une conversation.
- 5
- 6 Incapacité de lire ou de converser sans grande difficulté.

7) Lassitude

Correspond à une difficulté à se mettre en train ou une lenteur à commencer et à accomplir les activités quotidiennes.

- 0 Guère de difficultés à se mettre en route ; pas de lenteur.
- 1
- 2 Difficultés à commencer des activités.
- 3
- 4 Difficultés à commencer des activités routinières qui sont poursuivies avec effort.
- 5
- 6 Grande lassitude. Incapable de faire quoi que ce soit sans aide.

8) Incapacité à ressentir

Correspond à l'expérience subjective d'une réduction d'intérêt pour le monde environnant, ou les activités qui donnent normalement du plaisir. La capacité à réagir avec une émotion appropriée aux circonstances ou aux gens est réduite.

- 0 Intérêt normal pour le monde environnant et pour les gens.
- 1
- 2 Capacité réduite à prendre plaisir à ses intérêts habituels.
- 3
- 4 Perte d'intérêt pour le monde environnant. Perte de sentiment pour les amis et les connaissances.
- 5
- 6 Sentiment d'être paralysé émotionnellement, incapacité à ressentir de la colère, du chagrin ou du plaisir, et impossibilité complète ou même douloureuse de ressentir quelque chose pour les proches, parents et amis.

9) Pensées pessimistes

Correspond aux idées de culpabilité, d'infériorité, d'auto-accusation, de péché ou de ruine.

- 0 Pas de pensées pessimistes.
- 1
- 2 Idées intermittentes d'échec, d'auto-accusation et d'autodépréciation.
- 3
- 4 Auto-accusations persistantes ou idées de culpabilité ou péché précises, mais encore rationnelles. Pessimisme croissant à propos du futur.
- 5
- 6 Idées délirantes de ruine, de remords ou péché inexpiable. Auto-accusations absurdes et inébranlables.

10) Idées de suicide

Correspond au sentiment que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, qu'une mort naturelle serait la bienvenue, idées de suicide et préparatifs au suicide. Les tentatives de suicide ne doivent pas, en elles-mêmes, influencer la cotation.

- 0 Jouit de la vie ou la prend comme elle vient.
- 1
- 2 Fatigué de la vie, idées de suicide seulement passagères.
- 3
- 4 Il vaudrait mieux être mort. Les idées de suicide sont courantes et le suicide est considéré comme une solution possible, mais sans projet ou intention précis.
- 5
- 6 Projets explicites de suicide si l'occasion se présente. Préparatifs de suicide.

Résultats :

Chaque item est coté de 0 à 6, seules les valeurs paires sont définies. Le médecin doit décider si l'évaluation doit reposer sur les points de l'échelle bien définis (0, 2, 4, 6) ou sur des points intermédiaires (1, 3, 5).

Score maximal de 60. Le seuil de dépression est fixé à 15. Echelle assez rapide et sensible à l'efficacité thérapeutique.

Annexe 2

Enquête un jour donné

Questionnaire pour l'enquête : Généralité sur le service et fiche patient

Généralités sur le service

Nom de la structure et ville :

Présence d'un psychologue ou d'un psychiatre dans le service ? Oui Non

Utilisez-vous en pratique courante le questionnaire HADS ? Oui Non

Utilisez-vous en pratique courante d'autres échelles d'anxiété ou de dépression ? Oui No

Si oui la ou lesquelles :

Nombre de lits dans le service ?

Nombre de patients présents dans le service le jour de l'enquête ?

Nombre de patients cohérents et capables de répondre à un auto- questionnaire ?

Nombre de questionnaires recueillis ?

Fiche patient (une fiche par patient)

N° patient :

Sexe : Féminin Masculin

Age :

Antécédents:

- Troubles anxieux
- Troubles dépressifs
- Troubles du sommeil
- Intoxication éthylique

Evaluation médicale le jour de l'enquête :

- Troubles anxieux constatés
- Troubles dépressifs constatés
- Troubles du sommeil constatés

Traitements psychotropes en cours :

- Benzodiazépines à visée anxiolytique
- Hypnotiques
- Neuroleptiques
- Antidépresseurs
- Autres molécules non benzodiazépiniques à visée anxiolytique

Score HADS :

Anxiété :

Dépression :

Questionnaire HADS non réalisé :

- Refus du patient
- Barrière de la langue

Autres :

Au vu du questionnaire HADS, envisagez-vous:

- La poursuite du traitement à l'identique
- L'introduction d'une benzodiazépine
- Le renforcement du traitement par benzodiazépine
- L'introduction d'un traitement antidépresseur
- Le renforcement du traitement antidépresseur
- L'introduction d'un anxiolytique non benzodiazépinique

8. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Jacques Ricot. Repères éthiques et philosophiques en fin de vie dans les situations difficiles. 2003.
2. Rapport du groupe de travail « Aide aux mourants » Bulletin officiel du ministère chargé de la santé et de la famille. 1986. Report No.: 86/32 bis.
3. Enjeux des soins palliatifs. Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs. [Internet]. [cité 18 juin 2015]. Disponible sur: www.sfap.org
4. Thekkumpurath P, Venkateswaran C, Kumar M, Bennett MI. Screening for Psychological Distress in Palliative Care: A Systematic Review. *J Pain Symptom Manage*. nov 2008;36(5):520-8.
5. Dauch S, Chauffour-Ader C. Prise en charge de l'anxiété en soins palliatifs : privilégier un traitement étiologique. *Médecine Palliat*. oct 2002;(1):19-34.
6. Pierre Chauvin, Jean-Christophe Mino, François Bourdillon. Soins palliatifs, douleur, fin de vie, INSERM- U 444. 2003.
7. Modalités de prise en charge de l'adulte nécessitant des soins palliatifs, Service des Recommandations et Références Professionnelles. 2002.
8. canadian hospice Palliative care Association, Innovative Models of Integrated Hospice Palliative Care, the Way Forward Initiative: an Integrated Palliative Approach to care, 2013.
9. Modonesi C, Scarpi E, Maltoni M, Derni S, Fabbri L, Martini F, et al. Impact of Palliative Care Unit Admission on Symptom Control Evaluated by the Edmonton Symptom Assessment System. *J Pain Symptom Manage*. oct 2005;30(4):367-73.
10. Circulaire N°DHOS/O2/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs [Internet]. Disponible sur: www.sante.gouv.fr
11. Hospice World [Internet]. [cité 10 déc 2014]. Disponible sur: https://www.hospiceworld.org/book/principles_of_symptom_control.htm
12. Etat des lieux du développement des soins palliatifs en France, rapport du Pr REGIS AUBRY. 2011.
13. Jean Pierre Sturtewagen, J. Baguet, D. Boudry, T. Christiaens. Soins palliatifs: Deuxième partie: traitement symptomatique. Groupe de travail Formulaire MRS; 2009.
14. Terminal restlessness: causes, assessment and management. *J End Life Care Heal UK*. 2009;volume 3(numéro 3).
15. Guihard N, Stefani L, Villard M-L, Mousseau M. Dépistage du syndrome confusionnel en soins palliatifs : étude prospective à l'aide de l'échelle Nu-Desc (Nursing Delirium

- Screening Scale) au centre hospitalier universitaire de Grenoble. *Médecine Palliat Soins Support - Accompagnement - Éthique*. juin 2008;7(3):121-9.
16. Nahla Chirco, Karen S. Dunn,, Sheria Grice Robinson. The Trajectory of Terminal Delirium at the End of Life. *J Hosp Palliat Nurs*. déc 2011;Volume 13(Number 6).
 17. Smith EM, Gomm SA, Dickens CM. Assessing the independent contribution to quality of life from anxiety and depression in patients with advanced cancer. *Palliat Med*. 9 janv 2003;17(6):509-13.
 18. Marcel Garnier, Valéry Delamare, Jean Delamare, Thérèse Delamare-Riche. Dictionnaire illustré des termes de médecine. In: 28^e édition.
 19. Jean-Philippe B, Jean-Pierre L. Les troubles anxieux. Lavoisier; 2014. 344 p.
 20. Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 27 janv 2015]. Disponible sur: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/peur/60046>
 21. American Psychiatric Association. Diagnostic criteria from DSM-5. 395 p.
 22. Lépine J-P, Gasquet I, Kovess V, Arbabzadeh-Bouchez S, Nègre-Pagès L, Nachbaur G, et al. Prévalence et comorbidité des troubles psychiatriques dans la population générale française : résultats de l'étude épidémiologique ESEMeD/MHEDEA 2000/ (ESEMeD). *L'Encéphale*. avr 2005;31(2):182-94.
 23. Callahan S. Les publications sur l'anxiété et le JTCC : état des lieux. *J Thérapie Comport Cogn*. sept 2011;21(3):71-8.
 24. Dilbaz N, Enez A. Treatment of Generalized Anxiety Disorders: Unmet Needs. In: Durbano F, éditeur. *New Insights into Anxiety Disorders*. InTech; 2013.
 25. Russac RJ, Gatliff C, Reece M, Spottswood D. Death anxiety across the adult years: an examination of age and gender effects. *Death Stud*. juill 2007;31(6):549-61.
 26. Mirabel-Sarron C. De l'anxiété à la dépression. *Psychiatr Prat Dépress Suicide Anxiété*. juin 2009;35(2, Supplement 1):S10-1.
 27. J.-M. Vanelle. Comorbidité, dépression et anxiété : les liaisons dangereuses. déc 2005;Volume 31(Issue 6, Part 3):Pages 34-6.
 28. J. Palazzolo. *Dépression et anxiété. Mieux les comprendre pour mieux les prendre en charge*. MASSON. 2007.
 29. Ducher J-L. Un schéma général de l'anxiété. *J Thérapie Comport Cogn*. sept 2011;21(3):79-83.
 30. Fanny Levy, Aymeric Petit, Charles-Siegfried Peretti, Laurent Karila. Troubles anxieux (hors TOC). *Rev Prat MÉDECINE GÉNÉRALE*. janv 2013;TOME 27(N° 893).
 31. Gérard Pirlot. *Classifications et nosologies des troubles psychiques. Approches psychiatrique et psychanalytique*. Armand Colin. 2013.

32. Patrick Landman. Tristesse. Business. Le scandale du DSM5. Max Milo. 2013.
33. Organisation Mondiale de la Santé. Classification Internationale des Troubles Mentaux et des Troubles du Comportement. MASSON. 1992. 305 p.
34. Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et psychologie. 5^e édition, MASSON. 2010.
35. Girault N, Péliissolo A. L'approche psychologique des troubles anxieux : information, soutien et psychothérapies. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. avr 2003;161(3):260-4.
36. Troubles anxieux : prise en charge - Anxiété [Internet]. [cité 21 déc 2014]. Disponible sur: <http://www.anxiete.fr/troubles-anxieux/prise-en-charge/>
37. Les TCC [Internet]. [cité 21 déc 2014]. Disponible sur: <http://www.aftcc.org/les-tcc-0>
38. Vodermaier A, Linden W, Siu C. Screening for Emotional Distress in Cancer Patients: A Systematic Review of Assessment Instruments. JNCI J Natl Cancer Inst. 4 nov 2009;101(21):1464-88.
39. Blin O. Le futur des anxiolytiques. L'Encéphale. janv 2008;34, Supplement 1:S3-7.
40. Rapport d'expertise Afssaps : États des lieux de la consommation des benzodiazépines en France. 2012.
41. Confrontations Psychiatriques N° 36 : L'anxiété [Internet]. [cité 26 mars 2015]. Disponible sur: <http://www.galaxidion.com/livre/6032980-confrontations-psychiatriques-n-36-l-anxiete>
42. Grolleau A, Cougnard A, Bégaud B, Verdoux H. Usage et congruence diagnostique des traitements à visée psychotrope : résultats de l'enquête santé mentale en population générale en France métropolitaine. L'Encéphale. sept 2008;34(4):352-9.
43. Gasquet I, Nègre-Pagès L, Fourrier A, Nachbaur G, El-Hasnaoui A, Kovess V, et al. Usage des psychotropes et troubles psychiatriques en France : résultats de l'étude épidémiologique ESEMeD/MHEDEA 2000/ (ESEMeD) en population générale. L'Encéphale. avr 2005;31(2):195-206.
44. Landry P, Gervais M, O'Connor KP. Mise à jour sur les considérations pharmacocinétiques, pharmacodynamiques et les interactions médicamenteuses dans le choix d'une benzodiazépine. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. août 2008;166(7):585-94.
45. Etchegaray M, Hardy P. Traitement des troubles anxieux généralisés. Presse Médicale. mai 2008;37(5):859-66.
46. Bourin M. Les problèmes posés par l'utilisation des benzodiazépines chez le patient âgé. L'Encéphale. sept 2010;36(4):340-7.
47. D. Gourion. Les traitements médicamenteux des troubles anxieux. Annales Médico Psychologiques 161 (2003) 255-259;

48. Owen RT. Pregabalin: its efficacy, safety and tolerability profile in generalized anxiety. *Drugs Today Barc Spain* 1998. sept 2007;43(9):601-10.
49. Coyle N. The hard work of living in the face of death. *J Pain Symptom Manage.* sept 2006;32(3):266-74.
50. SAINT AMOUR (Lyne), KIELY (Margaret-C). Les échelles de mesure de l'anxiété face à la mort : l'amorce d'une analyse. 2000;vol. 12(n° 2):pages 45-8.
51. Kelly B, McClement S, Chochinov HM. Measurement of psychological distress in palliative care. *Palliat Med.* 12 janv 2006;20(8):779-89.
52. Thekkumpurath P, Venkateswaran C, Kumar M, Newsham A, Bennett MI. Screening for Psychological Distress in Palliative Care: Performance of Touch Screen Questionnaires Compared with Semistructured Psychiatric Interview. *J Pain Symptom Manage.* oct 2009;38(4):597-605.
53. Doucet C. La clinique des soins palliatifs au regard du problème métapsychologique de la mort. *L'Évolution Psychiatr.* juill 2005;70(3):605-12.
54. Stark DPH, House A. Anxiety in cancer patients. *Br J Cancer.* nov 2000;83(10):1261-7.
55. Hinton J. The progress of awareness and acceptance of dying assessed in cancer patients and their caring relatives. *Palliat Med.* 1 janv 1999;13(1):19-35.
56. Fallowfield LJ, Jenkins VA, Beveridge HA. Truth may hurt but deceit hurts more: communication in palliative care. *Palliat Med.* 6 janv 2002;16(4):297-303.
57. Bouregba A, Lebret T. Les angoisses de mort et la peur de mourir, l'accompagnement de la fin de vie. *Prog En Urol.* nov 2008;18, Supplement 7:S426-9.
58. L'anxiété (angoisse) en fin de vie. Groupe d'experts de palliative ch. Consensus «on best practice in palliative care» en Suisse; 2011.
59. S. Pautex V. Toni P. Bossert H. Hilleret. Anxiété dans le cadre de soins palliatifs. *Revue Médicale Suisse* N° 85; 2006.
60. Stark D, Kiely M, Smith A, Velikova G, House A, Selby P. Anxiety Disorders in Cancer Patients: Their Nature, Associations, and Relation to Quality of Life. *J Clin Oncol.* 15 juill 2002;20(14):3137-48.
61. Mitchell AJ, Meader N, Symonds P. Diagnostic validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in cancer and palliative settings: A meta-analysis. *J Affect Disord.* nov 2010;126(3):335-48.
62. Liz Bryan, Sharon Scott. The assessment of mental state in advanced stage of disease. *End Life J.* 2008;volume 2(numéro 1).
63. Delgado-Guay M, Parsons HA, Li Z, Palmer JL, Bruera E. Symptom distress in advanced cancer patients with anxiety and depression in the palliative care setting. *Support Care Cancer.* mai 2009;17(5):573-9.

64. Delgado-Guay M, Yennurajalingam S, Parsons H, Palmer JL, Bruera E. Association Between Self-Reported Sleep Disturbance and Other Symptoms in Patients with Advanced Cancer. *J Pain Symptom Manage*. mai 2011;41(5):819-27.
65. Mosher CE, Danoff-Burg S. Death Anxiety and Cancer-Related Stigma: A Terror Management Analysis. *Death Stud*. 2007;31(10):885-907.
66. Fevre PL, Devereux J, Smith S, Lawrie SM, Cornbleet M. Screening for psychiatric illness in the palliative care inpatient setting: a comparison between the Hospital Anxiety and Depression Scale and the General Health Questionnaire-12. *Palliat Med*. 7 janv 1999;13(5):399-407.
67. Duong P-H. Comment diagnostiquer et traiter la dépression en soins palliatifs? *Rev Int Soins Palliatifs*. 1 déc 2001;Vol. 16(4):10-6.
68. Olsson I, Mykletun A, Dahl AA. The Hospital Anxiety and Depression Rating Scale: a cross-sectional study of psychometrics and case finding abilities in general practice. *BMC Psychiatry*. 2005;5:46.
69. Mystakidou K, Tsilika E, Parpa E, Katsouda E, Galanos A, Vlahos L. The Hospital Anxiety and Depression Scale in Greek cancer patients: psychometric analyses and applicability. *Support Care Cancer Off J Multinatl Assoc Support Care Cancer*. déc 2004;12(12):821-5.
70. Gough K, Hudson P. Psychometric properties of the Hospital Anxiety and Depression Scale in family caregivers of palliative care patients. *J Pain Symptom Manage*. mai 2009;37(5):797-806.
71. Moro C, Brunelli C, Miccinesi G, Fallai M, Morino P, Piazza M, et al. Edmonton symptom assessment scale: Italian validation in two palliative care settings. *Support Care Cancer Off J Multinatl Assoc Support Care Cancer*. janv 2006;14(1):30-7.
72. Richardson LA, Jones GW. A review of the reliability and validity of the Edmonton Symptom Assessment System. *Curr Oncol*. janv 2009;16(1):55.
73. Bagha S m., Macedo A, Jacks L m., Lo C, Zimmermann C, Rodin G, et al. The utility of the Edmonton Symptom Assessment System in screening for anxiety and depression. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2013;22(1):60-9.
74. Farriols C, Ferrández O, Planas J, Ortiz P, Mojal S, Ruiz AI. Changes in the Prescription of Psychotropic Drugs in the Palliative Care of Advanced Cancer Patients Over a Seven-Year Period. *J Pain Symptom Manage*. mai 2012;43(5):945-52.
75. Wilson KG, Chochinov HM, Graham Skirko M, Allard P, Chary S, Gagnon PR, et al. Depression and Anxiety Disorders in Palliative Cancer Care. *J Pain Symptom Manage*. févr 2007;33(2):118-29.
76. Combe C, Geneste MA, Buclez A, Lacroix C, Laurencin C, Hida H. Étude des dernières prescriptions informatisées des patients en situation palliative terminale. *Pharm Hosp Clin*. juin 2013;48(2):117-21.

77. Henderson M, MacGregor E, Sykes N, Hotopf M. The use of benzodiazepines in palliative care. *Palliat Med.* juin 2006;20(4):407-12.
78. Guirimand F, de Prémoré I. Fonctions cognitives et vigilance des patients hospitalisés dans une unité de soins palliatifs : enquête un jour donné. *Médecine Palliat Soins Support - Accompagnement - Éthique.* oct 2009;8(5):229-37.
79. Gregurek R, Bras M, Dordević V, Ratković A-S, Brajković L. Psychological problems of patients with cancer. *Psychiatr Danub.* juin 2010;22(2):227-30.
80. Greer S, Moorey S, Baruch JD, Watson M, Robertson BM, Mason A, et al. Adjuvant psychological therapy for patients with cancer: a prospective randomised trial. *BMJ.* 14 mars 1992;304(6828):675-80.
81. Anderson T, Watson M, Davidson R. The use of cognitive behavioural therapy techniques for anxiety and depression in hospice patients: a feasibility study. *Palliat Med.* 10 janv 2008;22(7):814-21.
82. Anderson JG, Taylor AG. Use of Complementary Therapies for Cancer Symptom Management: Results of the 2007 National Health Interview Survey. *J Altern Complement Med.* mars 2012;18(3):235-41.
83. Kyle G. Evaluating the effectiveness of aromatherapy in reducing levels of anxiety in palliative care patients: Results of a pilot study. *Complement Ther Clin Pract.* mai 2006;12(2):148-55.
84. Stringer J, Donald G. Aromasticks in cancer care: an innovation not to be sniffed at. *Complement Ther Clin Pract.* mai 2011;17(2):116-21.
85. Dean-Clower E, Doherty-Gilman AM, Keshaviah A, Baker F, Kaw C, Lu W, et al. Acupuncture as Palliative Therapy for Physical Symptoms and Quality of Life for Advanced Cancer Patients. *Integr Cancer Ther.* 6 janv 2010;9(2):158-67.
86. Lu W, Dean-Clower E, Doherty-Gilman A, Rosenthal DS. The value of acupuncture in cancer care. *Hematol Oncol Clin North Am.* août 2008;22(4):631-48, viii.
87. Jourt-Pineau C, Guétin S, Védrine L, Le Moulec S, Poirier J-M, Ceccaldi B. Effets de la musicothérapie sur la douleur et l'anxiété des patients atteints de cancer hospitalisés et/ou suivis en service d'oncologie. *Douleurs Eval - Diagn - Trait.* sept 2013;14(4):200-7.
88. La dépression - Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes - www.sante.gouv.fr [Internet]. [cité 21 déc 2014]. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/la-depression.html>
89. Dépression [Internet]. [cité 21 déc 2014]. Disponible sur: <http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/depression>

90. Lenze EJ, Mulsant BH, Shear MK, Schulberg HC, Dew MA, Begley AE, et al. Comorbid anxiety disorders in depressed elderly patients. *Am J Psychiatry*. mai 2000;157(5):722-8.
91. Agbokou C, Fossati P. Traitements médicamenteux de la dépression. *Presse Médicale*. mai 2008;37(5):867-75.
92. Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en premier recours. HAS. (Actualisation) Recommandation de bonne pratique. 2014.
93. Lloyd-Williams M. Screening for depression in palliative care patients: a review. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2001;10(1):31-5.
94. Collège National des Enseignants en Gériatrie. Vieillesse. Module 5. Masson. 2010.
95. Drunat O, Waksman N, Koskas P, Peyneau C. Dépression du sujet âgé : l'affaire du gériatre. *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie*. oct 2014;14(83):255-8.
96. Lemperière T. Les Dépressions du sujet âgé. Paris: Acanthe : Masson; 1996.
97. Bottai T. Traitement non médicamenteux de la dépression. *Presse Médicale*. mai 2008;37(5):877-82.
98. M. Grima. Module de Pharmacologie Clinique DCEM3 « Les antidépresseurs ». Faculté de Médecine de Strasbourg; 2008.
99. Attal N. Traitement médicamenteux des douleurs neuropathiques. *Presse Médicale*. févr 2008;37(2):346-53.
100. Akechi T, Nakano T, Akizuki N, Nakanishi T, Yoshikawa E, Okamura H, et al. Clinical factors associated with suicidality in cancer patients. *Jpn J Clin Oncol*. déc 2002;32(12):506-11.
101. Vachon MLS, Kristjanson L, Higginson I. Psychosocial issues in palliative care: The patient, the family, and the process and outcome of care. *J Pain Symptom Manage*. févr 1995;10(2):142-50.
102. Benezech J-P. Troubles du sommeil et cancer. *Médecine Palliat Soins Support - Accompagnement - Éthique*. août 2010;9(4):184-90.
103. Becker C, Zeau B, Benoliel J-J. Dépression, anxiété et douleurs : de nouvelles cibles thérapeutiques ? *Douleurs Eval - Diagn - Trait*. juin 2007;8(3):152-7.
104. C.H. André. Anxiété-dépression : concept homogène ou troubles différenciés. sept 2007;33:684-5.
105. Roy-Byrne PP, Davidson KW, Kessler RC, Asmundson GJG, Goodwin RD, Kubzansky L, et al. Anxiety disorders and comorbid medical illness. *Gen Hosp Psychiatry*. mai 2008;30(3):208-25.

106. Laugsand EA, Jakobsen G, Kaasa S, Klepstad P. Inadequate symptom control in advanced cancer patients across Europe. *Support Care Cancer*. déc 2011;19(12):2005-14.
107. McMullan D, White C, Jackson N. Psychiatric issues in palliative medicine. *Medicine (Baltimore)*. févr 2008;36(2):88-90.
108. McMullan DJ, Lundy E, White C, Jackson N. Psychiatric conditions in palliative medicine. *Medicine (Baltimore)*. nov 2011;39(11):656-9.
109. Sellick SM, Edwardson AD. Screening new cancer patients for psychological distress using the hospital anxiety and depression scale. *Psychooncology*. 2007;16(6):534-42.
110. Ripamonti CI, Bandieri E, Pessi MA, Maruelli A, Buonaccorso L, Miccinesi G. The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) as a screening tool for depression and anxiety in non-advanced patients with solid or haematological malignancies on cure or follow-up. *Support Care Cancer Off J Multinatl Assoc Support Care Cancer*. mars 2014;22(3):783-93.
111. McGee R, Williams S, Elwood M. Depression and the development of cancer: A meta-analysis. *Soc Sci Med*. janv 1994;38(1):187-92.
112. Jefford M, Mileskin L, Richards K, Thomson J, Matthews JP, Zalberg J, et al. Rapid screening for depression - validation of the Brief Case-Find for Depression (BCD) in medical oncology and palliative care patients. *Br J Cancer*. 31 août 2004;91(5):900-6.
113. Lloyd-Williams M, Friedman T, Rudd N. An Analysis of the Validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale as a Screening Tool in Patients with Advanced Metastatic Cancer. *J Pain Symptom Manage*. déc 2001;22(6):990-6.
114. Miller KE, Adams SM, Miller MM. Antidepressant medication use in palliative care. *Am J Hosp Palliat Care*. avr 2006;23(2):127-33.
115. Tiernan E, Casey P, O'Boyle C, Birkbeck G, Mangan M, O'Siorain L, et al. Relations between desire for early death, depressive symptoms and antidepressant prescribing in terminally ill patients with cancer. *J R Soc Med*. août 2002;95(8):386-90.
116. Reich M. La dépression en oncologie. *Cancer/Radiothérapie*. oct 2010;14(6-7):535-8.
117. Méchin O. Effets sur les soignants de la douleur et de la souffrance des patients. *Médecine Palliat Soins Support - Accompagnement - Éthique*. août 2013;12(4):201-6.
118. Duong P-H. Comment diagnostiquer et traiter la dépression en soins palliatifs? *Rev Int Soins Palliatifs*. 1 déc 2001;Vol. 16(4):10-6.
119. Soden K, Vincent K, Craske S, Lucas C, Ashley S. A randomized controlled trial of aromatherapy massage in a hospice setting. *Palliat Med*. 3 janv 2004;18(2):87-92.
120. Barraclough J. ABC of palliative care. Depression, anxiety, and confusion. *BMJ*. 22 nov 1997;315(7119):1365-8.

121. Lavigne B, Villate A, Moreau S, Clément J-P. Dépression, anxiété et confusion en soins palliatifs. *Médecine Palliat Soins Support - Accompagnement - Éthique*. sept 2014;13(4):219-25.
122. Collège Français d'ORL et CCF. Item 145. Tumeurs de la cavité buccale et des voies aéro-digestives supérieures. [Internet]. Disponible sur: orlfrance.org
123. Clemens KE, Klaschik E. Dyspnoea associated with anxiety--symptomatic therapy with opioids in combination with lorazepam and its effect on ventilation in palliative care patients. *Support Care Cancer Off J Multinatl Assoc Support Care Cancer*. déc 2011;19(12):2027-33.
124. Danziger N. La perception de la douleur d'autrui. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. mars 2014;172(2):115-8.
125. Alcool et santé : bilan et perspectives [Internet]. [cité 21 mai 2015]. Disponible sur: <http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/alcool-et-sante-bilan-et-perspectives>
126. Mitchell AJ, Chan M, Bhatti H, Halton M, Grassi L, Johansen C, et al. Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *Lancet Oncol*. févr 2011;12(2):160-74.
127. Bacqué M-F. Parler du deuil pour éviter de parler de la mort ? La société occidentale face aux changements démographiques et culturels du xxie siècle. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. avr 2013;171(3):176-81.
128. Rapport du groupe de travail « Aide aux mourants ». Bulletin officiel du ministère chargé de la santé et de la famille, n° 86/32 bis; 1986.
129. Herbaut A, Reich M, Horner-Vallet D. Evaluation de la détresse psychologique en soins palliatifs. A propos de 50 observations. *Rev Int Soins Palliatifs*. 1 mars 2003;Vol. 18(1):5-10.
130. Blanc J-V, Nuss P, Curt F, Bruno N. Adhésion et représentations des antidépresseurs chez des patients hospitalisés pour épisode dépressif majeur. *Eur Psychiatry*. nov 2014;29(8):649-50.
131. Lasserre A ; Blanchon T ; Younes N ; Passerieux C ; Chan Chee C ; Cantegreil I ; Hanslik T. Prise en charge des troubles anxio-dépressifs chez le sujet âgé en médecine générale en France. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire; 2008.
132. Guex P, Stiefel F. De la souffrance du patient à celle des équipes. *Médecine Palliat Soins Support - Accompagnement - Éthique*. févr 2010;9(1):32-5.

VU

NANCY, le 9 septembre 2015

Le Président de Thèse

NANCY, le 10 septembre 2015

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur X. DUCROCQ

Professeur M. BRAUN

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ 8001

NANCY, le 14 septembre 2015

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

Professeur Pierre MUTZENHARDT

RESUME DE LA THESE

La fréquence des troubles anxio-dépressifs en soins palliatifs est particulièrement importante. Leur évaluation par des outils standardisés n'est pas intégrée à la pratique courante. Les données de la littérature sont en faveur d'un diagnostic et d'une thérapeutique insuffisants.

Nous nous sommes intéressés à la prise en charge de ses troubles sans qu'aucune évaluation ne soit réalisée durant une étude rétrospective portant sur une période de 6 mois incluant 112 patients à l'Unité de Soins Palliatifs de Nancy. Puis nous nous sommes intéressés à leur prise en charge suite à une évaluation par l'auto-questionnaire HADS durant une enquête un jour donné parmi toutes les Unités de Soins Palliatifs de France incluant 64 patients.

L'étude rétrospective a mis en évidence une prescription de traitement psychotrope importante dont les benzodiazépines représentaient la classe thérapeutique la plus prescrite. Les patients atteints de néoplasies pulmonaires ou ORL étaient davantage anxieux et dépressifs. L'enquête un jour donné a permis de constater que les traitements antidépresseurs étaient significativement plus prescrits chez les patients dont le questionnaire mettait en évidence un trouble anxieux ou dépressif. Les troubles anxieux constatés par les soignants n'étaient pas corrélés à ceux du questionnaire. Suite à la réalisation du questionnaire, la prise en charge était significativement améliorée par un renforcement des traitements antidépresseurs et benzodiazépines chez les patients anxieux et une introduction d'antidépresseurs chez les patients dépressifs.

Le questionnaire HADS est notamment pertinent dans le dépistage des troubles anxieux. Il permet d'améliorer la prise en charge des troubles anxio-dépressifs.

TITRE EN ANGLAIS

Assessment impact of anxiety and depressive disorders in the therapeutic management in palliative care.

THESE :

MEDECINE GENERALE- ANNEE 2015

MOTS CLEFS :

Anxiété, dépression, soins palliatifs, unités de soins palliatifs, évaluation, questionnaire HADS, prise en charge thérapeutique

INTITULE ET ADRESSE :

UNIVERSITE DE LORRAINE
Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex