

# Soigner la dépression et l'anxiété en fin de vie : traitements non pharmacologiques

---

Présenté par:  
Marc Hamel, Ph.D.  
Directeur Clinique  
Programme psychosocial en oncologie  
CUSM

ERMOS, vendredi 28 novembre 2014



## Problématique

---

- En tant que soignants, il y a une tendance à se centrer davantage sur les besoins physiques et moins sur ceux de nature émotionnelle
  - Les besoins psychosociaux ne sont pas toujours bien évalués
  - Les besoins psychosociaux ne sont pas toujours bien répondus
  - La détresse chez le patient augmente (famille/proches)



## Raisons pour lesquelles les symptômes émotionnels ne sont pas évalués

---

- Croyances (des soignants et/ou des patients) que les symptômes sont une réaction typique ou normale à la maladie, donc inévitable et attendue : « Tous les mourants sont déprimés. »
- Attribution de symptômes à la maladie (douleur)
- Difficulté des soignants à évaluer les troubles émotionnels et à poser des questions sur les émotions
- Difficulté du patient lui-même à s'exprimer sur ses sentiments (faiblesse, tabou de parler de problèmes psychologiques, désir de protéger ses proches,...)
- Croyances culturelles (on ne parle pas de la mort)



# Réactions psychologiques en soins palliatifs pouvant contribuer à la détresse émotionnelle

---

- Menace à l'intégrité de son corps
- Sentiment d'avoir échoué (« Je n'ai pas répondu aux traitements. »)
- Changement du rôle social (père pourvoyeur, mère maternelle)
- Dépendance sur les autres, incluant celui du système de la santé
- Attente de la souffrance et de la mort
- Le sentiment d'abandon de l'équipe soignante et de ses proches
- Faire face à des pertes multiples (détachement de ses proches)



## Barrières à la communication et à l'évaluation des émotions (Jeffrey, 1998)

---

- Ne pas savoir quoi demander; ou comment y répondre adéquatement
- Peur de la colère du patient ou encore des proches
- Peur que le climat devienne trop “lourd” pour le soignant
- Épuisement professionnel
- Manque de temps



# Troubles psychiatriques et psychologiques

---

- La dépression
- L'anxiété
- Les troubles cognitifs et le délirium\*
- Les complications psychiatriques ne sont pas « normales » chez les patients avec un cancer avancé



# Dépression versus tristesse

---

## Dépression

- Se sent seul et isolé des autres
- A un sentiment de permanence
- Regrette et rumine des erreurs irréparables
- Dépréciation / Dégoût de soi extrême
- N'a pas d'espoir ou d'intérêt pour le futur
- Idées suicidaires
- Block SD (2000). Assessing and managing depression in terminally ill patient. *Annals of Internal Medicine*, 132, 209-218.

## Tristesse

- Peut se sentir intimement connecté aux autres
- Sentiment qu'un jour cela s'arrêtera
- Capable de profiter de joyeux souvenirs
- Possède une estime de soi constante et inlassable venant par vagues
- Attend avec intérêt les choses
- Apprécie certaines activités
- A encore la capacité de s'amuser
- Peut avoir des pensées passagères suicidaires
- Désir de vivre



# La dépression

---

- Au moins **cinq des symptômes** suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée de deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur; au moins un des symptômes est **soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.**
  - Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (sentiment de tristesse ou vide) ou observée par les autres (pleurs).
  - Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours.
  - Perte ou gain de poids significatif (5%) en l'absence de régime, ou diminution ou augmentation de l'appétit tous les jours.
  - Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
  - Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours.
  - Fatigue ou perte d'énergie tous les jours.
  - Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).
  - Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
  - Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.



## Dépression: Prévalence

---

- Population générale 5-6% (ACSM)
- Patients admis 8-58%
  - (Massie; 2004; Swire N Depression and physical illness et al 1997, Hotopf M et al; 2002, Grabsch B; Sella RA Palliat Support Care 2007)
- Patients externes 6-32%
- (Berard et al., 1998; Katz et al., 2004)



## Mitchell et al., 2010

---

	<b>SP</b>	<b>Hem/Onc</b>
▪ Dépression majeure	14.3	14.9
▪ Dépression mineure	9.6	19.2
▪ Trouble d'adaptation	15.4	19.4
▪ Trouble de l'anxiété	9.8	10.3
▪ Tous les types d'humeur	29.0	38.2



## Obstacles a l'évaluation

---

- Différents types d'instruments pour évaluer la dépression
- Différents types de population
- Croyance que la dépression fait partie du parcours normal d'avoir un cancer avancé et, donc, une réaction normale (tous les mourants sont déprimés)



## Impacts de la dépression

---

- Affecte le désir d'interagir avec ses proches
- Perte de l'espoir
- Perte du sens de la vie
- Affecte le sentiment de paix intérieure
- Affecte la qualité de vie
- Augmente la demande d'euthanasie
- Facteur de risque pour le suicide
- Augmente la perception de la douleur "douleur totale"

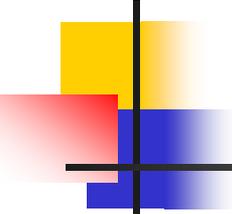


# Facteurs de risques pour la dépression

## Noorani & Montarignini (2007)

---

- Certains types de cancer: pancréas, tumeurs cérébrales, tête et cou, poumons
- Comorbidités: hypothyroïdisme, maladie de l'artère coronarienne, diabète mellitus, maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinsons
- Pauvre contrôle de la douleur et des symptômes
- Troubles métaboliques (hypo-kaliémie, natrémie et calcémie)
- Histoire psychiatrique
- Histoire familiale
- Âge; plus commun chez le patient plus jeune (< 45ans)
- Sexe : ratio de 2 femmes / 1 homme
- Abus de substances (alcool, médicaments « chemical copers »)
- Soutien social/absence de confidents



# Évaluation de la dépression en soins palliatifs

---

- Êtes-vous déprimé? (Chochinov, Wilson, Enns, & Lander, 1997).
- Le critère d'Endicott (1984)

## *DSM-IV*

- Troubles de l'appétit (augmenté ou diminué avec perte ou gain de poids)
- Perte d'énergie ou fatigue
- Agitation ou ralentissement psychomoteur
- Insomnie or hypersomnie
- Sentiment de valorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée ou difficulté de concentration
- Endicott J: Measurement of depression in patients with cancer. Cancer 1984;53:2243-2248

## *Substitution*

- Pleurs ou apparence déprimée
- Couvaion, l'apitoiement sur soi, pessimisme
- Retrait social
- Absence de réactivité, ne peut être encouragé



# Démoralisation

---

- Un sentiment de désespoir existentiel
- Impuissance à s'adapter et à changer les choses
- Résignation acquise et perte de sens ou de buts face à la vie
- Perte d'espoir
- Sentiment de ne pas pouvoir répondre aux attentes de son entourage



# Le syndrome de démoralisation **VERSUS** le syndrome dépressif

---

## Dépression

- Accentuée par des facteurs exogènes
- Humeur dépressive, manque
- Anhédonie
- Troubles de la concentration et de la mémoire
- Réponse aux antidépresseurs

## Démoralisation

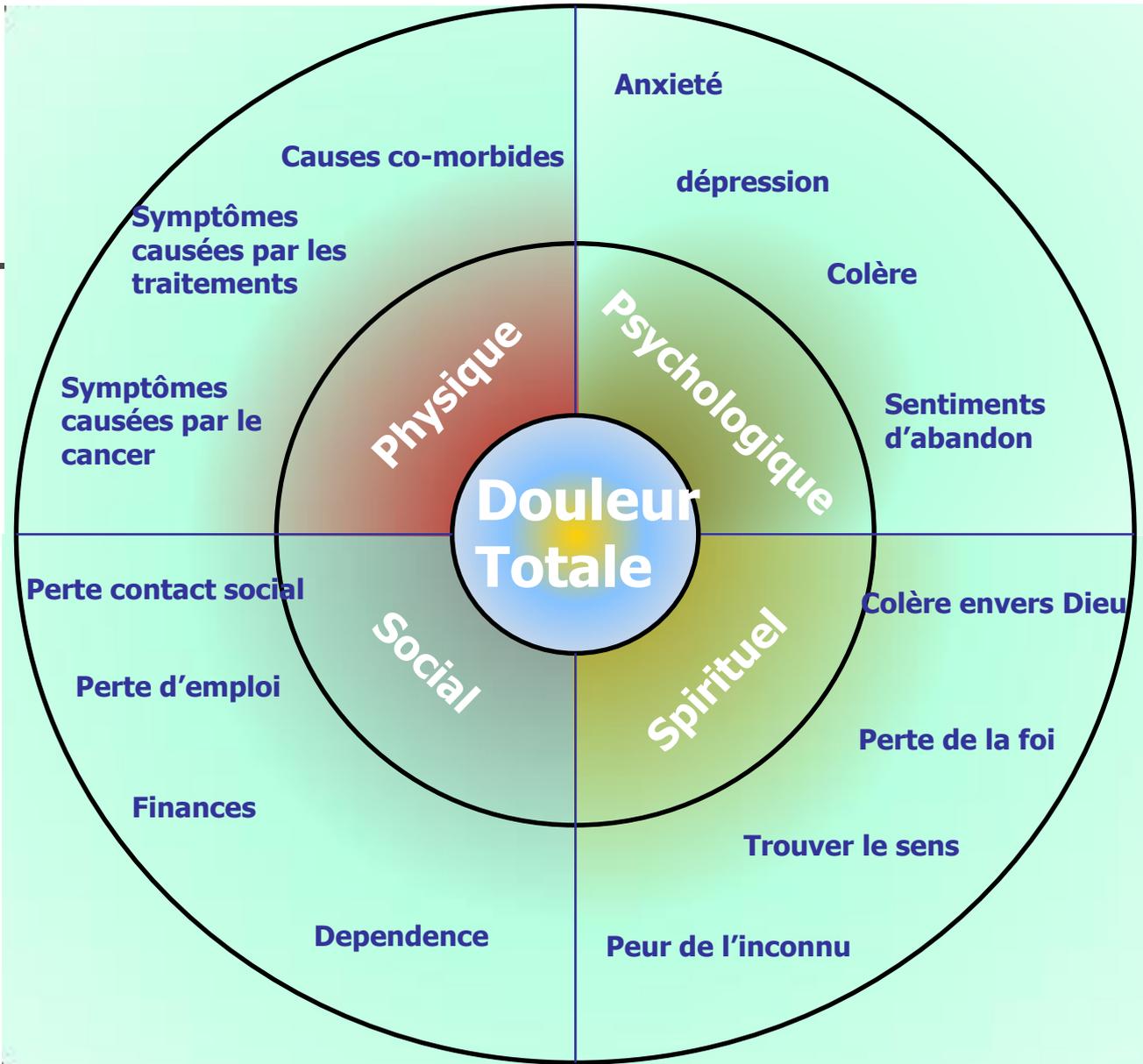
- Généralement déclenchée par des facteurs exogènes
- (ex. événements stressants)
- Sentiment d'inutilité, détresse, désespoir, sentiments d'incompétence, d'intérêt, absence
- Découragement, sentiments d'emprisonnement, d'envies, fatigabilité
- Conservation de la capacité à éprouver du plaisir (sur le moment présent) mais perte de la joie anticipée
- Pas de troubles cognitifs
- Réponse insuffisante aux antidépresseurs



## Douleur totale

---

- La douleur chez les patients cancéreux est multidimensionnelles par nature
- La douleur totale implique une prise en compte des aspects physiques, psychologiques, sociaux et spirituels





# L'anxiété

---



## Types d'anxiété

---

- Symptômes post traumatiques (traumas/abus)
- Troubles de la panique (peur d'être seul)
- Phobies (hôpital, piqûres, tests comme MRI)
- TAG
- TOC



## Anxiété: peurs fréquentes

---

- Mort
- Souffrance
- Douleur (étouffement)
- Quitter ses proches/abandonner des autres
- Défiguration
- Dépendance



# Anxiété

---

- Durable et intense
- Perturbation du fonctionnement (peur d'être seul, appel fréquents aux soignants)
- Peut compromettre l'adhésion aux traitements et augmenter la douleur
- Souvent préexistants au diagnostique ou induits par le cancer et/ou ses traitements



## Anxiété

---

- Comorbidité fréquente avec un trouble dépressif  
(*Chochinov, 1994*)
  
- Prévalence est environ 2 fois supérieure à celle observée dans la population générale (12 à 28 % selon les études)



# Interventions

---



# Interventions

---

1. **ÉVALUATION:**  
Une bonne évaluation mène à une bonne intervention
  
2. **THÉRAPIE COGNITIVO-COMPORTEMENTALE (TCC)** est une thérapie brève, validée scientifiquement, qui vise à:
  - Identifier et remplacer les pensées et/ou croyances qui génèrent (anxiété ou dépressions)
  - Peut inclure stratégies telles que relaxation, imagerie guidée

« Je vais mourir de toute façon »  
« Je n'arrive pas à m'endormir »



# Interventions (suite)

---

## 3. THÉRAPIE DU SOUTIEN — Centrée sur la personne afin de l'aider:

Gérer la détresse,

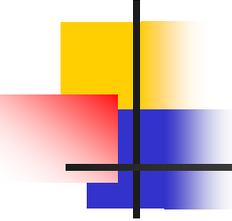
Renforcer ses propres moyens existants d'adaptation et faciliter l'adaptation de la maladie.

Ceci demande de développer une relation de confiance avec la personne afin qu'elle puisse se confier à l'autre (écoute active, empathie, compréhension, "présence de soi à l'autre")

## 4. EXISTENTIELLE/HUMANISTE

**Thérapie de la dignité:** invite le patient à utiliser une revue centrée sur le sens de sa vie afin de traiter ses préoccupations existentielles -vivre moment présent, espoir (Chochinov et al., 2011; Cochinov et al., 2005; Juliao et al., 2013).

## 5. THÉRAPIE FAMILIALE (réunion de famille)

- 
- 
- **Éducation/Information:** offrir de l'information pertinentes sur le pronostic, plan de soins, etc...
  - Explorer les **ressources personnels** (forces, résilience) et externes (soutien)
  - Promouvoir le **sentiment de contrôle et l'espoir**
  - 
  -



# Caractéristiques propres à intervenir en soins palliatifs

---

- Maintenir le sentiment de contrôle
- Faciliter la recherche de un sens et but
- Maintenir l'espoir (de vivre plus longtemps, confort, dignité)
- Tout ceci en étant présent pour l'autre, attentif



## Pistes

---

- Comment croyez-vous que les choses vont pour vous?
- Vous arrive-t-il parfois de vous inquiéter que les chose ne s'améliorent pas?
- Comment diriez-vous que vous vous adaptez, en ce moment, à l'hôpital?
- Qu'est-ce qui pourrait s'améliorer?
- Photos/objets personnels
- Comment votre famille gère-t-elle ce qui se passe avec vous? Enfants?



## Facteurs qui peuvent contribuer à la dépression et à l'anxiété

---

- Détresse familiale (conflits latents)
- Équipe non consistante (pauvre communication, soins inconsistants, manque d'information, plan de traitement peu clair)



## Conclusion

---

- Un certain nombre de patients présentent des symptômes de dépression et/ou d'anxiété
- La dépression est fortement associée à l'anxiété, alors une évaluation de la dépression devrait inclure une évaluation de l'anxiété
- Nous avons des outils pour traiter la dépression et l'anxiété des patients
- Un traitement approprié commence par une bonne évaluation
- Ne pas sous-estimer l'impact du climat de l'équipe sur l'humeur des patients et des proches



## Thérapie de la dignité (Dignity therapy)

---

- Parlez-moi de votre vie. De quels moments vous souvenez-vous particulièrement bien? Quels événements ont été particulièrement importants pour vous? Quand vous êtes-vous sentis le plus vivant? Y a-t-il des choses spécifiques que vous voudriez que votre famille sache à propos de vous, et y a-t-il des choses particulières dont vous voudriez qu'elle se souvienne ?
- Quels sont les rôles les plus importants que vous ayez joués dans votre vie (ex. famille, profession, engagement social, etc.)?
- Pourquoi ont-ils été si importants pour vous et qu'avez-vous accompli au travers de ces différents rôles?
- Quelles sont vos réalisations les plus importantes? De quoi êtes-vous le plus fier?
- Y a-t-il des choses que vous aimeriez encore dire à vos proches? Y a-t-il des choses que vous souhaiteriez pouvoir redire à vos proches?
- Quels sont vos espoirs et vos rêves pour ceux que vous aimez?
- Qu'avez-vous appris de la vie que vous aimeriez transmettre? Quel conseil souhaiteriez-vous donner ou quels mots souhaiteriez-vous léguer à: votre fils, fille, mari, épouse, parents, autre(s)?
- Y a-t-il des conseils ou peut-être même des instructions concrètes que vous voudriez donner à votre famille pour les aider à mieux préparer le futur?
- Y a-t-il encore quelque chose d'autre que vous souhaiteriez inclure dans cet enregistrement?
- Chochinov et al., 2005