

Préserver sa santé mentale en FDV ?

Axelle Van Lander, Dr en Psychologie
USP CHU Clermont-Ferrand

Maitre de conférence associée Université Clermont Auvergne

- OMS : « un **état de bien-être** dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de la communauté ».
1 pers/5 vivra 1 trouble psychique.
Défi : éviter exclusion, incapacité professionnelle et isolement.
- En France « plan psychiatrie et santé mentale » 2011-2015 : promouvoir le bien-être psychologique, prévenir le mal-être et les conduites suicidaires, surveiller les troubles psychiatriques et déterminants.

« la santé mentale » ?

Comment « préserver la santé mentale » selon le plan ?

Enjeu majeur identifié par les acteurs :
« Prévenir les **ruptures** dans les parcours de vie »

Hypothèse : être en bonne santé mentale
« avec » des troubles psychiatriques.

Les termes de « santé mentale »

= un changement de paradigme « santé mentale » et non « maladie mentale ».

- Une forme de déni social ou vision plus globale avec la notion de prévention ?
- A mon sens on évite la frontière caricaturale du normal et pathologique
- Les ruptures de la vie peuvent concerner tout le monde : pas de stigmatisation

« santé mentale » en fin de vie ?

- Fin de vie : une période de **rupture** (ado...)
- Taux + important **suicide** (Martine Ruszniewski, Michel Reich, le suicide en cancérologie : une question taboue ? Cancéro dig Vol.4 N°3, 2012, 118-122)
- Des **confusions terminales** inexpliquées par pathologie somatique et iatrogénie des médicaments. Prévalence jusqu'à 80% des patients ! Un facteur aujourd'hui prédictif de décès !

Gagnon P. Treatment of delirium in supportive and palliative cancer. Curr Opin support Palliat care. 2008; 2(1):60 -6

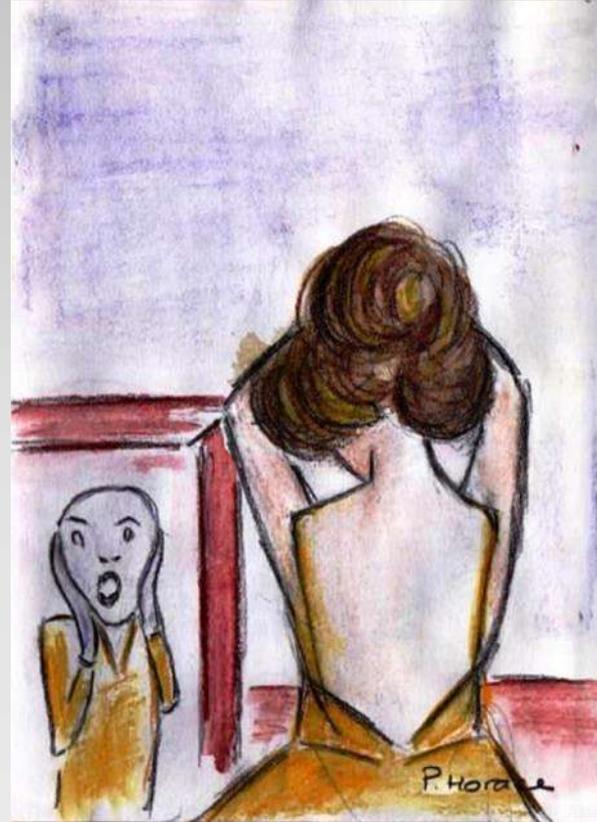
Reich M et al. Quelles prises en charge de la confusion mentale en soins palliatifs ? Médecine palliative; Soins de support ; Accompagnement; Éthique (2010); doi:10.1016/j.medpal.2010.05.006

Une vraie problématique
pour les soins palliatifs !

Vivre jusqu'au bout sans rupture ?
Un bien-être psychologique en fin de vie ?

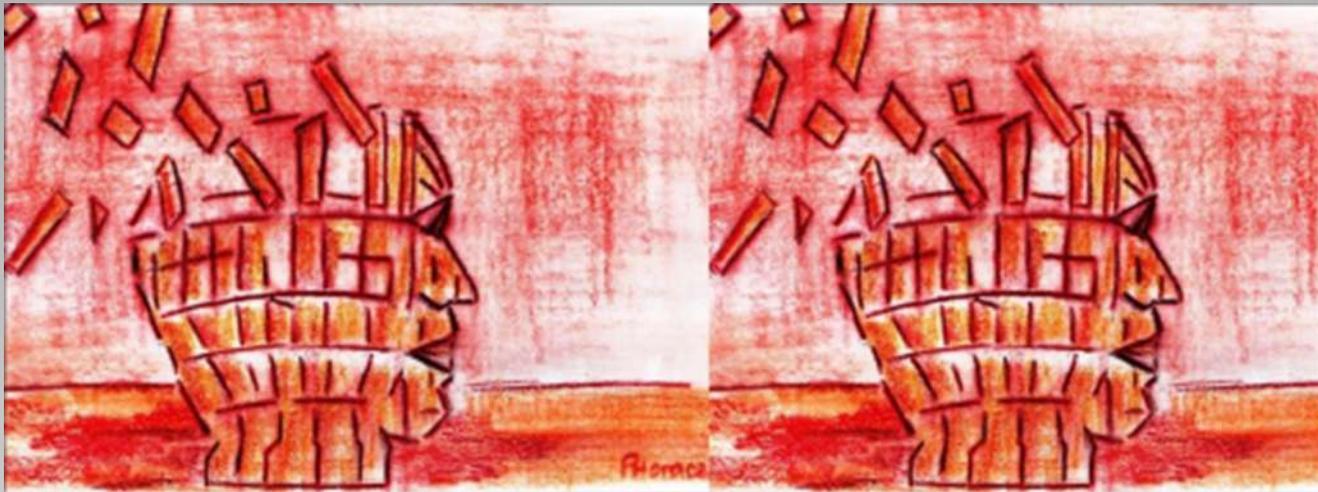
1. Santé mentale non préservée : rupture

La maladie mortelle
: rupture identitaire
: détresse psychique



Affect : la détresse

- Recommandation NCCN (National Comprehensive Cancer Network) : évaluation systématique de la détresse pour adapter les suivis. DT
- 2003 «une expérience désagréable de nature émotionnelle, psychologique ou spirituelle qui interfère avec l'aptitude à gérer son traitement », la détresse « se prolonge dans un continuum allant d'un sentiment commun normal de vulnérabilité, de tristesse, de peurs, jusqu'à des problématiques plus majeures comme une anxiété, des attaques de panique, une dépression, ou une crise spirituelle. » (Holland, 2003).
- Significative chez minimum 1/3 des patients atteints de cancer (Carlson, et al., 2004).
- 2004 l'association canadienne de Psycho-oncologie (CAPO) "sixième signe vital".



L'IDENTITÉ À L'ÉPREUVE DE LA MALADIE LÉTALE

Etude des entretiens psychologiques en soins
palliatifs

2009-2012. Axelle Van Lander.

- 332 patients pour évaluation détresse en hétéro-évaluation (67 ans, 25-95 ans)
- 941 évaluations
- 26 psychologues répartis en Auvergne et France sur USP, EMSP, Réseaux et LISP.

= Evidemment forte corrélation entre la détresse et les symptômes physiques (douleurs, dyspnée...) mais également les modifications identitaires !

Dans la majorité des entretiens les patients présentent une détresse significative et une rupture identitaire. Seul 6% des patients en détresse ne présente pas de rupture identitaire.

- Dans 45% des entretiens rupture du sentiment de continuité
- Dans 33% rupture du sentiment d'unité
- Idem rupture du sentiment d'originalité, sentiment de soi réalisé par l'action et estime de soi

= les patients en rupture détresse significativement supérieure ($5,7 > 3$ ($p=0,01$))

Etude 2017 (thèse A. Tarrot) détresse/confusion

N= 51 patients, 467 entretiens

Nu Desc pour la confusion et DT auto et
hétéro-évaluation

5. CONFUSION

0=pas de signe
1 = présence moyenne
2 = présence prononcée

Désorientation

Hypoactive

Comportement inapproprié

Hyperactive

Communication inappropriée

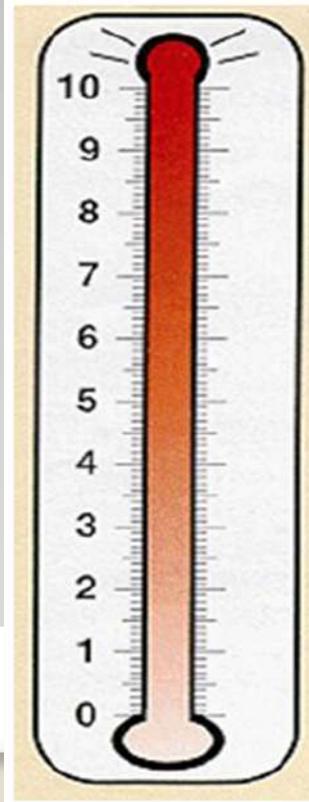
Mixte

Illusions/Hallucinations

Ralentissement physique/mental

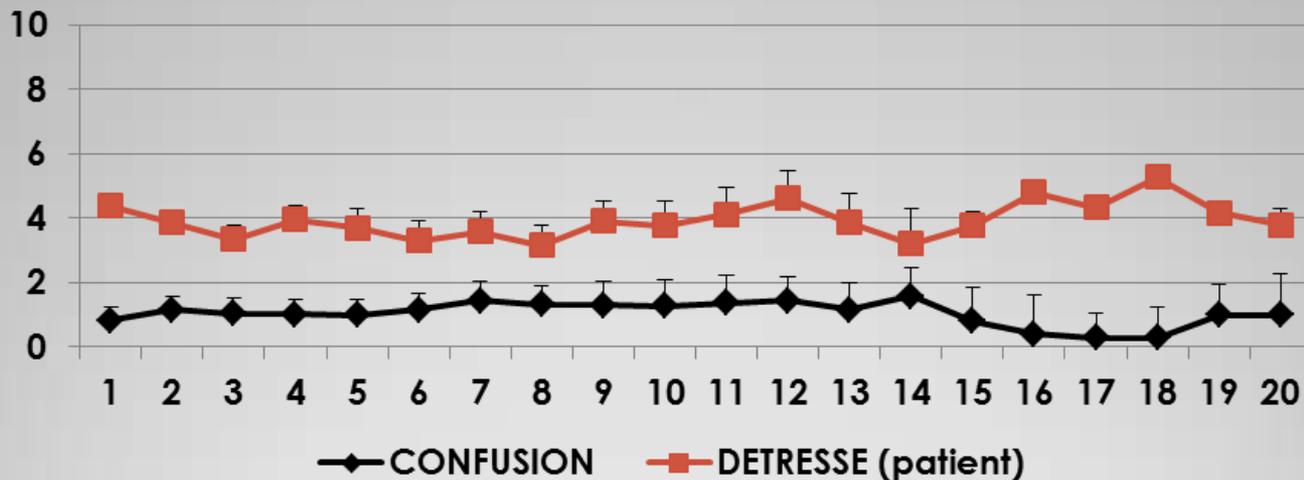
Score total

...../10



- 59% patients confus au cours de l'étude
- 22% à l'inclusion
- Nu-DESC moyen: 1,02/10
- Corrélation faible à modérée avec la date du décès

Pas de corrélation entre détresse et confusion



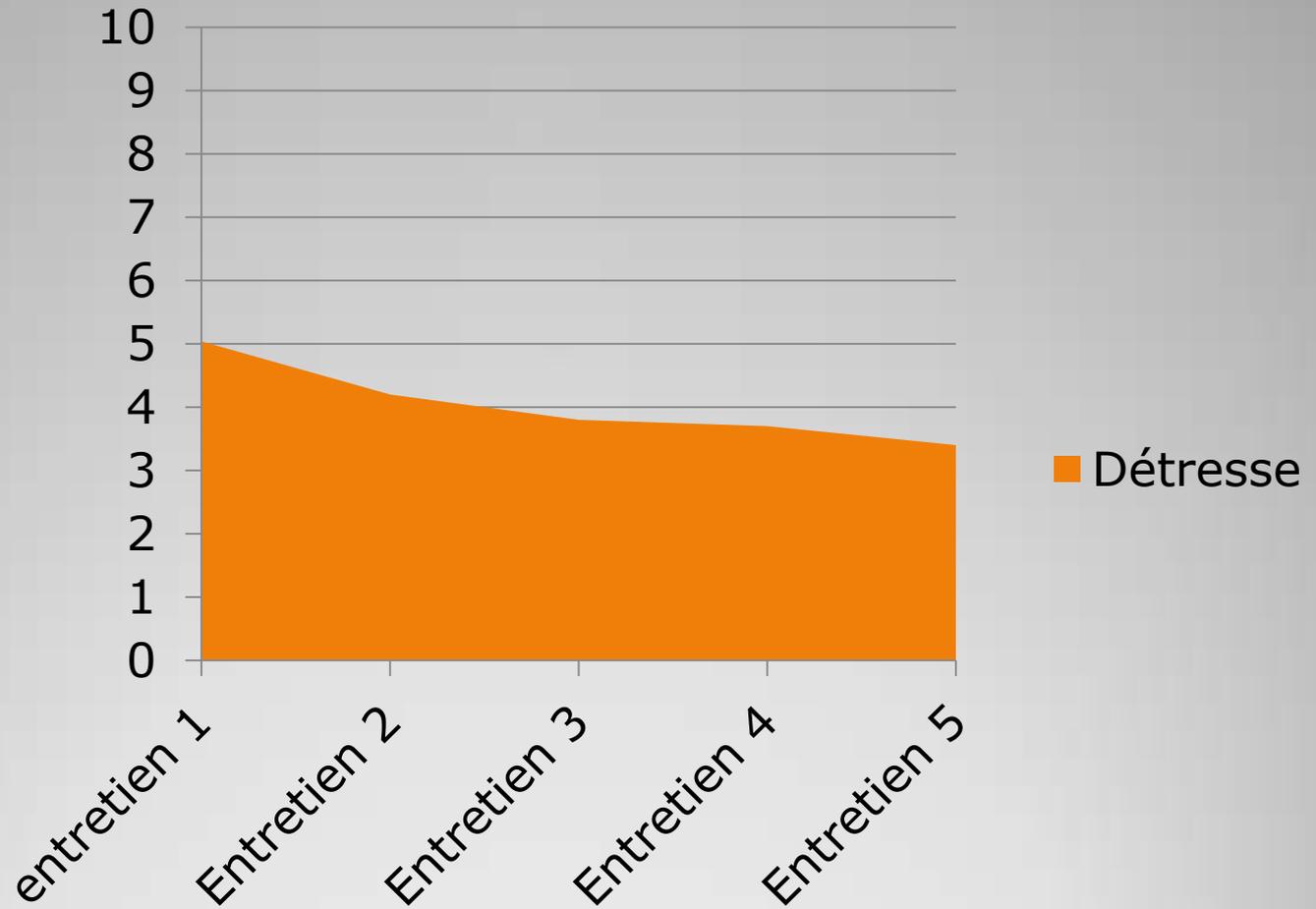
Coef. corrélation 0,06 ($p=0,33$) sur tous entretiens
et 0,36($p=0,017$) au 1^{er} entretien

Enseignement de ses études concernant la santé mentale en fin de vie

- La majorité des patients vit une crise identitaire et une détresse psychique intense en fin de vie.
- La confusion par contre ne serait pas en lien avec des niveaux élevés de détresse : pour l'instant pas d'éléments; Les patients confus n'apparaîtraient pas plus anxieux...

2. Etat de bien-être en FDV ?

- La première étude nous a surpris avec l'apparition progressive de sentiments de bien-être au fur et à mesure des entretiens et une diminution de la détresse. La détresse n'augmente pas en se rapprochant du décès.
- Des mécanismes défensifs permettent la coexistence de bien-être et détresse : la dissociation (étude Rodin confirmée par étude Van Lander) et la régression.



Evaluation détresse

2. Suite

- Au niveau identitaire : un oxymoron.
Impression : ambivalence.
« se trouver en se perdant »
« Le bonheur dans le malheur »
- Au niveau cognitif : malgré la confusion le raisonnement est souvent bon et les patients ont besoin d'être rassurés sur ce point. « *vous n'êtes pas fou* »

3. Comment préserver cette part de « bien-être » ?

- Ressources des patients ?

Humour, sublimation... : stratégies d'ajustement.

« c'est encore possible »

- Facteurs résilients des accompagnants

- Endurance à la détresse : sédation ou ?
- Ce n'est pas que de la détresse !
- Empathie et non mécanismes de rejet défensifs ou idéologiques

- Résilience identitaire de l'accompagnement :
« se sentir digne »
 - Restauration de l'image : socio-esthétique... : la personne au-delà de la blessure...
 - Étayage du sens par l'éthique
 - Étayage par la collégialité et l'interdisciplinarité



Comment (suite)?

En conclusion

- On ne préserve pas la santé mentale en FDV : réellement la détresse est ponctuellement intense ainsi que la confusion.
- Les états de bien-être sont possibles
- Dans la folie de la situation la personne peut avoir le sentiment de se perdre mais une partie d'elle-même continue à se réaliser dans les échanges avec ses proches, l'équipe... « je ne m'en croyais pas capable » Résilience identitaire plutôt qu'acceptation ?

LE JOURNAL DES PSYCHOLOGUES

Axelle Van Lander

APPORTS DE LA PSYCHOLOGIE CLINIQUE AUX SOINS PALLIATIFS



érès

Un grand merci à : Isabelle de Mézerac

Bénévole,
présidente-fondatrice SPAMA,
administratrice SFAP

Alain Skrzypczak
bénévole JALMALV,
ancien administrateur SFAP.

Sous la direction de
Antoine **Bioy**
Axelle Van **Lander**
Donatien **Mallet**
Marie-Noëlle **Belloir**

AIDE-MÉMOIRE

Soins palliatifs

en 54 notions

- Repères fondamentaux
- Questions éthiques
- Expériences palliatives

DUNOD