

Néanmoins, l'usage d'un questionnaire n'est pas toujours indiqué, ni adapté, et le recours à un spécialiste de santé mentale (psychiatre, psychologue, ...), membre de l'équipe interdisciplinaire, peut s'avérer bénéfique (3,5).

Les questions de « traitement et prise en charge de l'anxiété » seront détaillées dans le prochain numéro de Palliative Flash - N°74.

Anxiété et équipe interdisciplinaire

Les équipes interdisciplinaires sont aussi concernées par la problématique de l'anxiété. Pour tout un chacun, le mystère irreprésentable de la mort génère une certaine anxiété à laquelle l'individu ne s'expose qu'occasionnellement. Or, la confrontation récurrente à la fin de vie, à la souffrance et à l'anxiété des patients peut ainsi devenir anxiogène pour tout clinicien, d'autant plus si son activité professionnelle est nourrie par des idéaux trop élevés, s'accrochant de manière consciente ou inconsciente à la notion de « bonne mort » (6).

D'autres facteurs de stress, comme un manque de temps, des injonctions institutionnelles et pressions diverses (productivité clinique et efficacité économique, voire d'ordre juridique) et – in fine – le sentiment d'un manque de légitimité de la propre souffrance du soignant face à celle du patient, peuvent entraîner une difficulté à rester à l'écoute de son propre vécu émotionnel et de ses besoins et peut induire des états anxieux chez les professionnels. L'organisation de supervisions régulières, de rencontres d'équipe ou groupes de parole, encadrés par un spécialiste de santé mentale expérimenté, constituent alors une aide précieuse pour le soignant sur le long terme.

Références :

1. Razavi D, Delvaux N. Psycho-oncologie : concepts théoriques & interventions cliniques. 2nd édition. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2019.
2. Chochinov HM, Breitbart W. Handbook of psychiatry in palliative medicine. 2nd ed. Oxford ; New York : Oxford University Press ; 2009.
3. Breitbart W. Psycho-oncology. 4th edition. New York, NY : Oxford University Press ; 2021.
4. Savioz V, Guex P. Réactions émotionnelles chez les patients en traitement palliatif. Forum Med Suisse 6 déc 2017 [cité le 23 janv 2022] ;17(49). Disponible : <https://doi.emh.ch/fms.2017.03138>
5. Forster M, Hofer T, Eichmüller S. L'anxiété (angoisse) en fin de vie. Recommandations de meilleures pratiques - Palliative ch. 2011 ;
6. Savioz V, Guex P. Mort sans narration, anxieuse et contestée, un défi pour la philosophie des soins palliatifs ? Jusqu'à la mort accompagner la vie. 2016 ; N° 126(3) :61

Rédigé par :

Maria Fernandez-Petite, Pauline Hausmann, Sophie Dessimoz, Dr Yann Corminboeuf

Recteurs :

Prof. Friedrich Stiefel, Prof. G.D. Borasio, Dre.J. Pralong

Comité de rédaction

Prof. G.D. Borasio, Service soins palliatifs CHUV
G. Behaghel Service soins palliatifs CHUV
Dre. F. Diawara Service soins palliatifs Martigny
Y. Gremion, EMSP Voltige, Fribourg
Dre. F. Lurati-Ruiz, EMSP RSHL, CHUV
D. Neves, Hôpitaux universitaires Genève
Dr Vianney Perrin, RSLC
Dre. J. Pralong, Fondation Rive-Neuve
T. Puig, Home Mon Repos, La Neuveville
C. Schmidhauser, palliative vaud
G. Spring, Aumônerie CHUV

1. Réponses Quiz p. 1 :

1. Faux
2. Faux
3. E

Informations et ressources en soins palliatifs pour les différents cantons romands

Vaud : <http://www.palliativevaud.ch>
Genève : <http://www.palliativegeneve.ch>
Fribourg : <http://www.palliative-fr.ch/fr>
Valais : <http://www.palliative-vs.ch/>
Arc Jurassien (BE JU NE) : <http://www.palliativebejune.ch/accueil/>

Palliative FLASH ©

Soins palliatifs au quotidien

Anxiété – définition et évaluation – partie 1

Quiz

1. L'anxiété du patient est un symptôme naturel qui n'impacte pas la qualité de la prise en charge en soins palliatifs ? (vrai ou faux)
2. L'utilisation d'un questionnaire adapté (ESAS-r et HADS) permet de poser un diagnostic fiable et évite d'avoir recours à un spécialiste en santé mentale ? (vrai ou faux)
3. L'anxiété s'exprime sur le(s) plan(s) :
 - A. émotionnel
 - B. physique
 - C. comportemental
 - D. cognitif
 - E. A +B + C +D
 - F. A + C

Introduction

L'émergence d'une maladie palliative constitue pour tout patient un facteur de stress qui sera associé à des menaces, pertes et traumatismes (anticipés ou déjà vécus) d'ampleur et de temporalité variables. Afin de réguler l'inconfort créé par cette nouvelle réalité, le patient est mobilisé dans ses ressources personnelles constituées de son développement, de son expérience de vie et des déterminants socio-culturels associés (formant ses stratégies de coping ou d'adaptation), ainsi que dans ses mouvements adaptatifs moins ou non-conscients (évitement, déni, etc...).

palliative vaud

Courriel coordination : corinne.schmidhauser@palliativevaud.ch

Les Palliative Flash sont accessibles sur : <http://www.palliativevaud.ch/professionnels/documentation>



Anxiété – définition et évaluation – partie 1

Lorsque la détresse perdure dans le temps ou dépasse ses ressources adaptatives, l'anxiété peut alors émerger, voir submerger le patient.

Définition : *L'anxiété est liée à un danger imminent, à l'anticipation d'une menace ou d'un futur incertain (1) et représente une des formes les plus fréquentes de détresse psychique des patients avec des maladies sévères.*

Sa prévalence ponctuelle dans le cadre des soins palliatifs est de 13,1%, souvent associée à d'autres comorbidités psychopathologiques (2), et celle des troubles anxiodépressifs entre 15 et 50% lorsque la maladie est avancée (3,4).

Caractéristiques et symptômes de l'anxiété

Les patients présentant une psychopathologie anxieuse préalable (phobies, trouble panique, anxiété généralisée - F40-41 ou état de stress post-traumatique - F43 selon CIM-10) risquent d'éprouver une anxiété exacerbée à l'annonce d'une maladie grave. Pour d'autres, l'anxiété émerge comme une expérience nouvelle en relation avec un vécu de rupture dans la trajectoire de vie, la nécessité d'une prise en charge médicale soudaine ou des effets secondaires importants des traitements (considérés alors comme un trouble de l'adaptation - F43 selon CIM-10) (3).

L'anxiété, ainsi développée dans un contexte palliatif, peut aussi représenter une réponse naturelle sur le chemin de l'adaptation à la nouvelle réalité et mobiliser l'individu pour faire face à cette menace.

La difficulté d'identifier l'anxiété et de concevoir sa prise en charge, réside dans le fait qu'elle s'exprime de façon polymorphe (3) :

physique	Tensions musculaires, transpiration, palpitations, dyspnée, nausées, ...
émotionnel	Nervosité, panique, frayeur, ...
comportemental	Evitement, la réaction « 3F » Flight/Fight/Freeze (fuir/lutter/se figer), recherche de réassurance, ...
cognitif	Pensée catastrophique avec perception démesurée des dangers, dévalorisation de ses propres ressources, ruminations et anticipation permanente focalisées sur la maladie, ...

Veuillez plier le long de cette ligne

Diagnostic différentiel

Dans le cadre d'une maladie grave, l'anxiété est accompagnée de symptômes qu'on peut confondre avec d'autres troubles psychiques (comme la dépression ou l'état confusionnel) ou physiques (comme la dyspnée, la douleur, la nausée, ...).

L'anxiété liée à un sevrage (alcool, benzodiazépines, ...), iatrogène (corticoïdes) ou organique (métastases, tumeur, ...) doit aussi être considérée (2). Un des premiers objectifs de la prise en charge est donc l'établissement de diagnostics et de diagnostics différentiels. Ces derniers s'élargiront avec l'avancée de la maladie, l'approche de la fin de vie et l'apparition de nouveaux symptômes. Le diagnostic doit être vérifié tout au long de la trajectoire du patient.

Avant d'initier une prise en charge spécifique de l'anxiété, il est essentiel d'effectuer une évaluation par une équipe interdisciplinaire spécialisée afin d'intégrer au mieux tous les éléments qui contribuent à la détresse anxieuse du patient.

Enfin, notons qu'une forte anxiété peut interférer avec la prise en charge médicale qui peut notamment se traduire chez le patient par une perte de confiance envers les soignants, une difficulté à saisir les enjeux de la maladie et une incompréhension de soins hautement techniques perçus comme plus agressifs vers la fin de vie (sédation, chimiothérapie palliative, ...) (1).

Evaluation

Face à ce qui précède, le dépistage et l'évaluation de l'anxiété revêtent un intérêt primordial. Tous les patients devraient donc être régulièrement investigués quant à leur anxiété, d'autant plus lors des différentes étapes traversées par le patient – annonce du diagnostic (sain à malade), évolution de la maladie (silencieuse à bruyante), transitions dans les soins (curatifs à palliatifs) et de fin de vie – qui toutes représentent un changement qui peut être vécu comme une menace et provoquer de l'anxiété (2,3,5).

Tableau 1 - Echelles d'évaluation de l'anxiété

ESAS-r	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Edmonton Symptom Assessment System Revised</i> • <i>communément utilisée en soins palliatifs</i> • <i>peut permettre de discriminer dans un premier temps la présence d'anxiété et de dépression</i> • <i>si score > 3 → orienter les soignants vers une évaluation approfondie</i>
HADS	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i> • <i>référence dans le cadre de l'oncologie</i> • <i>évaluation simultanée de l'anxiété et de la dépression</i>