

Étude de la relation entre détresse et confusion mentale chez les patients en situation palliative (Relation entre détresse et confusion mentale en situation palliative)

Andréa Tarot, A. van Lander, Bruno Pereira, Virginie Guastella

▶ **To cite this version:**

Andréa Tarot, A. van Lander, Bruno Pereira, Virginie Guastella. Étude de la relation entre détresse et confusion mentale chez les patients en situation palliative (Relation entre détresse et confusion mentale en situation palliative). Médecine Palliative, 2019, 18 (6), pp.271-278. 10.1016/j.medpal.2019.01.003 . hal-03119071

HAL Id: hal-03119071
https://uca.hal.science/hal-03119071

Submitted on 21 Jul 2022

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

Version of Record: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1636652219300534
Manuscript_a636fbe83679deabdce1e32262dc6669

Etude de la relation entre détresse et confusion mentale chez les patients en situation palliative (Relation entre détresse et confusion mentale en situation palliative)

To study the relation between distress and delirium of patients in palliative care

Andréa TAROT
atarot@chu-clermontferrand.fr
Assistante généraliste
CHU Clermont-Ferrand
Unité de Soins Palliatifs
Route de Chateaugay
63118 CEBAZAT
06-74-24-38-14
Tel : 04-73-750-962
Fax : 04-73-750-961

Axelle VAN LANDER
avanlander@chu-clermontferrand.fr
Docteur en Psychologie
CHU Clermont-Ferrand
Unité de Soins Palliatifs
Route de Chateaugay
63118 CEBAZAT
Tel : 04-73-750-967

Bruno PEREIRA
bpereira@chu-clermontferrand.fr
Ingenieur hospitalier
DELEGATION RECHERCHE CLINIQUE INNOVATIONS
Tel : 04-73-754-964

Virginie GUASTELLA
vguastella@chu-clermontferrand.fr
Professeur associé en Médecine Palliative
Chef de Service du Centre de Soins Palliatifs
CHU Clermont-Ferrand
Unité de Soins Palliatifs
Route de Chateaugay
63118 CEBAZAT
Tel : 04-73-750-952
Fax : 04-73-750-961

© 2019 published by Elsevier. This manuscript is made available under the CC BY NC user license
https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/

Etude de la relation entre détresse et confusion mentale chez les patients en situation palliative

RESUME

Objectif : Etudier la relation entre la détresse et la confusion mentale chez les patients en situation palliative afin d'apporter une prise en charge adaptée à cette situation complexe et fréquente en fin de vie.

Méthodes : C'est une étude quantitative observationnelle, prospective et multicentrique réalisée auprès de patient en situation palliative. Les équipes de chaque structure incluaient les patients et réalisaient des évaluations à l'aide d'un formulaire visant à renseigner l'intensité de la détresse ressenti par le patient, à l'aide de la Distress Thermometer auto-évaluée puis hétéro-évaluée, et la présence ou non d'une confusion à l'aide de la Nu-DESC. En outre, il était rapporté la prise ou non des prescriptions médicamenteuses anticipées ainsi que toutes les caractéristiques épidémiologiques du patient.

Résultats : Nous avons pu inclure 51 patients et réaliser 467 entretiens. Aucune relation n'a été mise en évidence entre la détresse et la confusion sur tous les entretiens confondus. Par contre, une relation faible à modérée a été mise en évidence au premier entretien. La confusion a tendance à augmenter à l'approche du décès alors qu'aucune relation n'a pu être mise en évidence entre la détresse et la date du décès.

Conclusion : Ces résultats questionnent sur le ressenti des patients confus puisqu'il n'a pas été mis en évidence que la confusion engendre une détresse plus importante chez ces patients sur tous les entretiens.

Mots-clés : Soins Palliatifs, détresse, confusion, Distress thermometer, Nu-DESC,

SUMMARY :

Objective: To study the relation between distress and delirium of patients in palliative care to adapte the management of this complex and frequent situation at the end of life.

Methods: It is a quantitative, observational, prospective and multicentric study. The team of each structure included the patients and carried out interviews with a form to fill about the intensity of distress felt by the patient, using Distress Thermometer auto-evaluated then hetero-evaluated, and the presence or not of one delirium using Nu-DESC. Moreover, the realization or not of the advance prescription and the epidemiologic charactiristics of the patient were collected.

Results: We could include 51 patients and carried out 467 interviews. No relation was conclusive between the distress and delirium on all the interviews. On the other hands, a weak or moderate relation was signficant at the first interview. Delirium tends to increase with the approach of the death whereas no relation could be proven between the distress and the date of the death.

Conclusion : These results question patient's feeling suffering from delirium since it was not prouven that delirium generates a more important distress among these patients.

Keywords : Palliative situation, distress, delirium, Distress Thermometer, Nu-DESC

INTRODUCTION :

La prise en charge palliative s'appuie sur le concept du « prendre soin ». La démarche thérapeutique vise la qualité du temps de vie restant et non la quantité avec une priorité donnée aux traitements symptomatiques. Dans cette optique de prise en charge, un symptôme en particulier questionne, la confusion mentale. La confusion mentale représente « un état aigu, transitoire, réversible, résultant d'une modification psychique et physique due à une diminution de la vigilance, intermédiaire entre l'éveil normal et le coma, témoignant d'une souffrance cérébrale secondaire à des causes organiques ou autres » (1). Elle est présente chez 40% des patients à l'admissions en Unité de Soins Palliatifs (2) avec une étiologie multifactorielle (2). Comme tout symptôme, elle nécessite une prise en charge adaptée, qui pourtant ne permet une réversibilité dans les derniers jours de vie, que dans uniquement 14 à 50% des cas (2) (3).

Dans la pratique clinique, sa non-réversibilité est aujourd'hui pour les médecins un critère de mauvais pronostic et les équipes soignantes sont le plus souvent démunies pour accompagner les patients dans ce qu'ils en vivent (4). L'entourage du proche malade est systématiquement impacté par l'apparition de ce symptôme à l'origine d'un nombre important d'hospitalisation (5). Dans la confusion dite terminale irréversible et conduisant rapidement au décès, le traitement sera instauré essentiellement à visée symptomatique car les étiologies responsables sont alors incurables. Selon Reich, Soulié et Revnic, l'objectif est alors de limiter son retentissement sur le patient en diminuant sa détresse psychologique ce qui peut conduire dans certaines situations à des pratiques sédatives (6). Cette recommandation de vigilance à l'égard de la détresse des patients confus s'appuie sur une inquiétude des professionnels sur les liens entre confusion et détresse. Aucune étude à ce jour n'a vérifié si cette confusion était à l'origine d'une détresse psychologique chez les patients.

La détresse a été défini en cancérologie à partir de travaux menés par un groupe interdisciplinaire dès 2003 par Holland, comme « 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 identitaire ». Le concept de détresse permet de ne pas stigmatiser les patients comme psychiatriques mais d'identifier les situations nécessitant des prises en charge spécifiques. Il met l'accent sur la notion de vulnérabilité, d'anxiété et d'affects et permet aux patients de projeter ce qu'ils ressentent de difficile. Ce concept semble aujourd'hui particulièrement approprié et pertinent pour investiguer l'impact psychologique de la maladie grave en cancérologie et soins palliatifs.

L'objectif principal de cette étude est d'étudier la détresse psychologique des patients présentant une confusion mentale réfractaire en fin de vie. Selon Reich et Lassaunière la confusion mentale pourrait intervenir comme un mécanisme d'adaptation qui permettrait à un patient en apparence déstructuré, de se réorganiser psychiquement. La confusion représenterait ainsi « un mode relationnel possible face à cette réalité trop difficile » (7). Seulement aucune étude n'a vérifié ce caractère adaptatif et protecteur de la confusion qui permettrait potentiellement, si on suit cette hypothèse de limiter la détresse des patients confrontés à la réalité mortelle.

Les objectifs secondaires de cette étude sont d'étudier les prévalences et les variables corrélatives de la confusion mentale et la détresse en fin de vie. Un autre volet de l'étude permet de vérifier la validité des évaluations de la détresse réalisées par l'équipe interdisciplinaire (médecins, soignants, psychologues) en comparaison des évaluations

réalisées par les patients. En effet, il est intéressant de savoir si les soignants arrivent à identifier les patients présentant une détresse significative afin de leur apporter une prise en charge spécifique adaptée. Plus important encore chez les patients confus, cet état altère le plus souvent la communication, il est alors important de savoir si les professionnels ont une évaluation juste de la détresse des patients confus et si ces derniers sont en capacité de communiquer leurs ressentis ?

In fine, les résultats de cette étude doivent permettre d'identifier le ressenti des patients confus et ainsi de répondre aux nombreuses inquiétudes des proches et des soignants. Ceci devrait permettre d'orienter les médecins et les soignants dans les indications thérapeutiques dont les pratiques sédatives mais aussi dans le message qui peut être délivré aux familles.

MATERIEL ET METHODE :

Type d'étude

C'est une étude quantitative observationnelle, prospective et multicentrique. Les patients ont été inclus sur trois lieux distincts de Décembre 2016 à Juin 2017 : La seule Unité de Soins Palliatifs couvrant le territoire de 4 départements de la région Auvergne-Rhône-Alpes (Allier, Puy-de-Dôme, Haute-Loire et Cantal), L'Hôpital de Jour d'oncologie au Centre Hospitalier Guy Thomas de Riom (Puy de Dôme) et le réseau départemental de soins palliatifs du Puy-de-Dôme, Palliadôm. Les critères d'inclusion étaient tous patients présentant une pathologie grave, en situation palliative, pris en charge dans un des trois lieux d'inclusion et non opposé à participé à l'étude. Les critères de non inclusion étaient les personnes protégées, les personnes mineures, le non consentement, l'incapacité à suivre un entretien (apathie, fatigue importante) et la barrière de la langue.

Critères de l'étude

Les deux critères de jugements principaux étudiés sont la détresse et la confusion mentale. Nous avons utilisés deux échelles d'évaluations, la Distress Thermometer et la Nu-DESC:

- ***La Distress Thermometer*** (Figure 1) : Il s'agit d'une échelle visuelle analogique, sur le modèle de celle utilisée pour la douleur. C'est une échelle à un seul item qui propose au patient de se situer sur un continuum allant de « pas de détresse du tout, 0 » à un « niveau de détresse intense, 10 ». La question porte sur le jour même. Le NCCN recommande une prise en charge spécifique lorsque le score est supérieur ou égal à 5

(4). Un certain nombre d'études ont démontré sa validité et sa simplicité d'utilisation en comparaison à d'autres. Le seuil de significativité, varie entre 4/10 et 5/10 selon les études anglo-saxonnes, avec une sensibilité allant de 0.77 à 0,80 et une spécificité de 0.59 à 0,70 (5)(10). La Distress Thermometer est validée en auto-évaluation dans sa version française en 2003 avec un seuil de significativité à 3, une sensibilité à 0.76 et une spécificité à 0.82 (11). Elle peut être proposée avec une liste additionnelle d'items pour sérier l'origine de la détresse.

Cette échelle est validée en auto-évaluation avec une simplicité et rapidité d'utilisation pour les patients. La validité en hétéro-évaluation fait l'objet d'un autre volet de cette étude avec son utilisation par l'équipe interdisciplinaire.

La Nursing Delirium Screening Scale (Nu-DESC) (Figure 2) : Cette échelle a été développée par une équipe Canadienne (12), puis au CHU de Grenoble pour sa version Française (3). C'est un outil de dépistage et non d'évaluation de la sévérité de la confusion, facile et rapide d'utilisation, avec une sensibilité et une spécificité correcte, respectivement 85,7 et 86,8% et un cutoff à 2. C'est une échelle de cinq items basés sur l'observation développés pour l'utilisation clinique par des infirmières. Elle est rapide et simple d'utilisation. Cette échelle à la particularité de dépister les confusions hypoactives avec l'item « présence d'un ralentissement psycho-moteur », ce qui n'est pas le cas de la précédente échelle, le Confusion Rating Scale (CRS). Or, il nous semblait important de dépister les confusions hyopactives très présentes chez les patients en situation palliative et plus difficilement mise en évidence.

De plus, c'est une échelle validée pour une utilisation par des soignants.

Recueil de données

Lors des inclusions, les professionnels utilisaient un cahier d'observation rappelant l'objectif de l'étude, la méthodologie, les définitions de la détresse et de la confusion ainsi que les modalités pour remplir de manière uniforme les deux échelles, la Distress Thermometer et la Nu-DESC. Le cahier contient un document d'information pour les patients. Les professionnels saisissent les caractéristiques des patients au moment de l'inclusion : âge, sexe, profession, situation familiale, présence habituelle de l'entourage, les antécédents psychiatriques ou de démence, pathologie, stade palliatif ou non, connaissance par le patient du diagnostic ainsi que du pronostic et en cas de décès, la date de décès.

Analyse statistique

Toutes les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel Stata (version 13, StataCorp, College Station US). Les variables quantitatives sont décrites par la moyenne ± écart-type associé ou la médiane [intervalle interquartile] au regard de leur distribution statistique (normalité étudiée par le test de Shapiro-Wilk) et les paramètres de nature catégorielle par des effectifs et pourcentages associés.

Concernant l'analyse de données répétées (confusion et détresse), le recours à des tests usuels n'est pas approprié de par l'hypothèse d'indépendance des données non vérifiée. Aussi, il a été proposé d'utiliser des modèles mixtes permettant de prendre en compte la variabilité inter et intra patient. Plus précisément, la part de variabilité des paramètres confusion et détresse expliquée par l'effet sujet est exprimée en termes de coefficient de corrélation intra-classe et intervalle de confiance à 95%.

Les comparaisons entre groupes pour les données non répétées (principalement comparaisons au premier entretien) ont considéré les tests statistiques usuels, à savoir (i) pour les variables quantitatives : test t de Student ou test de Mann-Whitney et (ii) test du Chi2 ou le cas échéant test exact de Fisher pour les comparaisons concernant des paramètres de nature catégorielle. Enfin, l'étude des relations entre variables quantitatives (par exemple entre confusion et

détresse) a été menée par estimation du coefficient de corrélation de Pearson ou de Spearman, au regard de la distribution statistique vu des effectifs considérés dans le cadre ces analyses pour les données non répétées, les tests non paramétriques ont souvent été privilégiés alors qu'aucune analyse multivariée n'a été considérée.

Toutes les analyses ont été réalisées en formulation bilatérale pour un risque d'erreur de première espèce de 5%. Ainsi, une différence a été considérée comme statistiquement significative quand le degré de signification était inférieur à 0.05 (risque a=5%). S'agissant d'une étude exploratoire, la correction du risque d'erreur de 1^{ière} espèce n'a pas été apportée systématiquement. Comme discuté par Feise en 2002, une attention particulière a été portée à l'amplitude des différences et non uniquement aux résultats en termes de significativité statistique.

Ethique

Les patients sont informés des objectifs de l'étude et des modalités de son déroulement par un affichage et une notice d'information remise avant l'inclusion. Ce document leur assure que leurs données sont sécurisées et anonymisées. Le recueil d'un consentement écrit n'est pas nécessaire puisque l'étude est sans contrainte ou risque pour les patients. L'étude globale a été soumise pour avis au CPP Sud-Est VI avant les modifications de la loi Jardé en février 2016 et a reçu une attestation IRB. Selon la réglementation actuelle elle serait considérée comme relevant d'une recherche de catégorie 3 qui requiert une non opposition du patient.

Le CPP Sud-Est 6 a rendu son avis éthique (Ref. 2016/CE17) sur le projet, le 26 février 2016 : *« Cette étude prospective et observationnelle ne soulève pas de problème éthique particulier et ne relève pas du domaine d'application de la réglementation régissant les recherches biomédicales au sens de l'Article L.1121-1-1 et l'Article L.1121-3 ».* Le protocole fait l'objet d'une déclaration à la Commission Nationale Informatique et Liberté (CNIL).

RESULTATS :

Echantillon

Cinquante et un patients furent inclus entre Décembre 2016 et Juin 2017, 28 hommes et 23 femmes, soit respectivement 54.9% et 45.1%. La moyenne d'âge était de 65.8 ans. Parmi ces patients, 36 avaient été inclus à l'USP, neuf en HDJ d'oncologie au CH de Riom et six à domicile avec Palliadôm. Les patients avaient un entourage présent dans la grande majorité des cas, soit pour 49 (96.1%) d'entre eux, seulement deux estimaient ne pas être en avoir. Concernant l'étiologie des pathologies nécessitant une prise en charge palliative, 44 (86.3%) patients présentaient une pathologie cancéreuse, quatre (7.9%) une pathologie hématologique et trois (5.9%) une pathologie neurologique de type SLA.

Parmi les pathologies cancéreuses, 39 patients (88,6%) présentaient des métastases. Les patients inclus étaient tous informés du diagnostic et du pronostic. Pour un patient seulement l'information concernant le pronostic n'avait pas été relevée.

Evaluation

Durant cette période, 467 évaluations furent réalisées, soit une médiane de 9.27 (+/- 10.3) évaluations par patient. Le minimum d'évaluation par patient était de 1 et le maximum de 49.

Quatre cent trente-sept (93.6%) évaluations furent réalisées à l'USP, 17 (3.6%) à domicile et 13 (2.8%) en HDJ d'oncologie au CH de Riom. La première évaluation était réalisé 25.1 (+/- 28.4) mois après le diagnostic et 25.5 (+/- 30.2) jours avant le décès. Le délai entre la

première et la dernière évaluation était de 17.19 (+/- 20.3) jours, tandis que le délai entre la dernière évaluation et le décès était de 8.6 (+/- 17.8) jours. Le décès survenait en moyenne 28.8 (+/- 29.2) mois après le diagnostic.

Confusion (figure 3)

Trente (58.8%) patients ont présenté un épisode confusionnel (Nu-DESC ≥ 2) au cours de l'étude et 111 (23.5%) évaluations ont été réalisé avec un patient confus. Au moment de l'inclusion, 11 (21.6%) patients présentaient une confusion mentale.

Concernant les évaluations réalisées avec un patient confus, la confusion mentale était hypoactive dans 89,2% des cas contre une confusion hyperactive dans 10,8% des évaluations.

Le score Nu-DESC moyen sur toutes les évaluations était de 1.02/10.

Détresse (figure 4)

Trente-sept (80.4%) patients ont présenté une détresse significative (Distress Thermometer ≥ 3) au cours de l'étude et 169 (62.6%) évaluations ont été réalisées avec un patient présentant une détresse. Par contre 54 (20.0%) évaluations ont été réalisés avec un patient ayant une détresse autoévaluée nulle, soit à 0/10. Trente et un (72.1%) patients ont présenté une détresse au moment de l'inclusion.

Le score de Distress Thermometer moyen était de 3.82/10.

Détresse auto-évaluée/confusion

L'auto-évaluation de la détresse n'a pas été recueillie chez 62.2% des patients confus qui ont eu 111 évaluations. **Le coefficient de corrélation entre la détresse et la confusion**

mentale toutes évaluations confondues soit sur 270 évaluations était de 0,06 (p=0,3300) soit une relation nulle.

Lors de la première évaluation, sur 11 patients confus seulement 1 patient n'a pas été en capacité de s'auto-évaluer. Le coefficient de corrélation entre la détresse et la confusion mentale à la première évaluation est de 0,36 (p=0,0178). Cela correspond à une relation modérée significative. Plus le patient est confus plus il présente une détresse à la première évaluation.

Lors de la seconde évaluation, le coefficient de corrélation entre la détresse et la confusion mentale est de 0,04 (p=0,8604) soit une relation nulle.

Lors de la troisième évaluation, le coefficient de corrélation entre la détresse et la confusion mentale est de -0,06 (p=0,8307) soit une relation nulle.

Détresse hétéro-évaluée/confusion

- IDE : Le coefficient de corrélation entre la détresse hétéro-évaluée par les IDE et la confusion toutes évaluations confondus soit 244 évaluations est de 0,10 (p=0,1327) soit une relation nulle. Lors de la première évaluation, le coefficient de corrélation entre la détresse hétéro-évaluée par les IDE et la confusion mentale est de 0,58 (p=0,0299). Cela correspond à une relation forte. Plus le patient est confus plus l'IDE perçoit une détresse chez le patient lors de la première évaluation. Lors de la seconde évaluation, le coefficient de corrélation entre la détresse hétéro-évaluée par les IDE et la confusion mentale est de -0,18 (p=0,4896) soit une relation faible mais non significative.

  Lors de la troisième évaluation, le coefficient de corrélation entre la détresse hétéro-évaluée par les IDE et la confusion mentale à la troisième évaluation est de 0,08 (p=0,7671) soit une relation nulle.

- Médecin : Le coefficient de corrélation entre la détresse hétéro-évaluée par le médecin et la confusion mentale toutes évaluations confondus soit 311 évaluations est de 0,0036 (p=0,9494) soit une relation nulle. Lors de la première évaluation, le coefficient de corrélation entre la détresse hétéro-évaluée par le médecin et la confusion mentale à la première évaluation est de 0,21 (p=0,2469). Cela correspond à une relation faible. Plus le patient est confus plus le médecin perçoit une détresse chez le patient lors de la première évaluation. Lors de la seconde évaluation, le coefficient de corrélation entre la détresse hétéro-évaluée par le médecin et la confusion mentale à la seconde évaluation est de -0,02 (p=0,9070) soit une relation nulle. Lors de la troisième évaluation, le coefficient de corrélation entre la détresse hétéro-évaluée par le médecin et la confusion mentale est de 0,30 (p=0,1487) soit une relation modérée mais non significative.
- Psychologue : Devant le nombre limité d'évaluations (16 évaluations au total), des psychologues, la relation entre détresse et confusion mentale n'a pas pu être étudiée chez ces professionnels.

DISCUSSION :

L'absence de mise en évidence d'une relation entre la détresse et la confusion mentale au cours du temps est un résultat significatif et nouveau. En effet, dans la littérature la confusion a tendance à être décrite comme anxiogène et destructrice psychiquement. Or, ce n'est pas ce que montre cette étude. L'absence de relation entre la détresse et la confusion mentale sur toutes les évaluations confondues qu'elle soit auto-évaluées ou hétéro-évaluées signifie qu'un patient confus n'est pas plus en détresse qu'un patient non confus. Évidement l'auto-évaluation des patients confus est critiquable car on peut alors interroger leur niveau de compréhension et de perception. Pour cela, la superposition de l'hétéro-évaluation des soignants est importante pour confirmer les évaluations des patients. Les soignants ne perçoivent pas plus de détresse chez les patients confus.

Cette absence de significativité dans notre étude entre la détresse et la confusion mentale au cours du temps doit nous orienter pour notre pratique clinique : une confusion réfractaire nécessite qu'on vérifie auprès du patient la présence de détresse avant d'initier un traitement anxiolytique. L'évaluation d'un ressenti finalement non destructeur psychiquement peut être rassurant tant pour l'équipe soignante que pour l'entourage.

L'absence de détresse pourrait étayer les explications données lors des entretiens avec les familles pour leur permettre d'investir plus sereinement la relation à leur proche malgré sa confusion. Cet enseignement est à réserver au contexte des situations palliatives. Les résultats ne sont pas extrapolables aux autres situations de confusion mentale.

L'autre résultat important à interpréter est la relation faible à modérée de la détresse et de la confusion mentale lors de la première évaluation. Deux hypothèses sont possibles :

- La détresse pourrait être présente avant même l'apparition de la confusion mentale et la réalisation de la première évaluation. La détresse pourrait alors générer la confusion mentale. On peut alors s'interroger sur l'effet potentiellement protecteur de la confusion (et donc réducteur de la détresse), qui selon Reich et Lassaunière limiterait la perception de la réalité mortelle (7).
- La deuxième hypothèse qui peut être formulée est l'effet de la prise en charge pluridisciplinaire sur la détresse du patient. On peut imaginer que la prise en charge permet un maintien voire une diminution de l'intensité de la détresse du patient malgré l'apparition de la confusion mentale.

Pour pouvoir orienter cette réflexion il serait intéressant de réaliser une analyse qualitative du ressenti du patient dans ce contexte.

Détresse : une notion complexe

C'est une notion qui a énormément questionnée durant la réalisation de cette étude et a mis en difficulté de nombreux soignants.

Citations de soignants:

« Je ne me voyais pas lui parler de détresse, je voyais bien qu'il l'était mais on ne pouvait rien pour lui. Si on lui en parle, qu'est-ce qu'on va en faire ? »

« La détresse c'est un mot fort, l'interroger c'est mettre un mot sur un sentiment alors que l'on sait que le patient est en détresse. Le fait d'en parler rend la chose plus présente et plus importante. Alors que quand on questionne la douleur on a une solution à apporter. »

« J'ai tendance à minimiser la notion de détresse lorsque je la présente au patient. »

Ce qui ressort de ces citations est clairement un sentiment d'impuissance. Le fait de questionner le patient sur sa détresse fait resurgir ce sentiment chez le soignant en difficulté pour l'entendre chez l'autre (13).

Ce sentiment n'a pas du tout été retrouvé chez les psychologues. Ils sont sans doute plus aguerris dans leur fonction professionnelle pour questionner la détresse des patients. Le transfert contre-transfert est utilisé comme « outil thérapeutique » pour entendre la résonnance de la maladie dans l'intersubjectivité de la rencontre. Les psychologues analysent leurs propres sentiments d'impuissance comme étant le miroir de la détresse de leurs patients. Ils sont aptes à les ressentir et à les questionner.

Cette étude démontre que l'ensemble des professionnels est apte à réaliser une hétéro-évaluation de la détresse des patients, en particulier les IDE. Il serait important de tenir compte de ces hétéro-évaluations pour la prise en charge pluridisciplinaire des patients. Elle pourrait guider les médecins mais également les psychologues pour une prise en charge adaptée. Nous rappelons que la détresse correspond à un éclairage sur le vécu global. Son évaluation ne nécessite pas obligatoirement une médicalisation mais une prise en charge relationnelle proposée en Soins Palliatifs. Cette prise en charge spécifique de la détresse nécessite une formation de l'ensemble des professionnels pour mieux l'appréhender.

Les limites

Cette étude présente des limites propres à la population. En effet les patients en situation palliative sont par leurs spécificités un biais de sélection. Ils présentent une multitude de

symptômes (asthénie, douleur, dyspnée…) limitant les évaluations, notamment à l'admission en USP.

Enfin, une des limites majeures de cette étude est le biais de mesure de la détresse chez les patients confus. Certains soignants avaient comme représentation qu'il n'était pas possible de questionner un patient confus sur l'intensité de sa détresse. En interrogeant les équipes, on constate qu'il y a moins d'autoévaluation de la détresse que d'hétéro-évaluation.

CONCLUSION

Les résultats concernant l'objectif principal montrent une absence de relation entre la détresse et la confusion mentale sur toutes les évaluations confondus.

Cette étude apporte des débuts de piste dans la prise en charge des patients confus en situation palliative. Tout d'abord, elle permet de montrer qu'il est possible de questionner les patients confus en Soins Palliatifs et donc de les inclure plus fréquemment dans les études.

Deuxièmement, elle nuance une représentation préétablie qui est que la confusion mentale est source d'anxiété et de mal être psychique pour les patients. Il sera clairement intéressant pour étayer cette représentation de réaliser une étude qualitative complémentaire sur les spécificités des ressentis des patients confus. Il serait également intéressant d'évaluer les retentissements de cette confusion mentale sur l'entourage et les soignants. Le processus de deuil de l'entourage est-il bouleversé par cette confusion mentale ? Les soignants sont-ils en difficulté dans l'évaluation des symptômes du patient confus au risque de les mésestimer ?

Concernant enfin l'évaluation de la détresse, elle pourrait être réalisée plus largement pour une meilleure prise en charge globale des patients. Cela nécessite que les professionnels

soient formés pour mieux l'appréhender et la comprendre. Les patients se sentiraient sans doute mieux compris dans leur vécu de la maladie et son retentissement dans leur quotidien. L'équipe soignante pourra alors apporter une prise en charge plus adaptée et « sur mesure » à la situation vécue de la maladie mortelle.

BIBLIOGRAPHIE :

1. Hardy E, Renault M. Les troubles neuropsychiatriques. In: Jacquemin D, editor. Manuel de soins palliatifs. Centre d'éthique médicale. Paris: Dunod; 2001. p. 231—47.

2. Lawlor PG, Gagnon B, Mancini IL, Pereira JL, Hanson J, Suarez-Almazor ME, et al. Occurrence, Causes, and Outcome of Delirium in Patients With Advanced Cancer: A Prospective Study. Arch Intern Med. 27 mars 2000;160(6):786-94.

3. 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.

4. 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.

5. J.R. Fann. The epidemiology of delirium: a review of studies and methodological issues Semin Clin Neuropsychiatry, 5 (2000), p. 64-74.

6. Reich M, Soulié O, Revnic J. Quelles prises en charge de la confusion mentale en soins palliatifs ? Médecine Palliat Soins Support - Accompagnement - Éthique. févr 2011;10(1):4-13.

7. Reich M, Lassaunière JM. Prise en charge de la confusion mentale (« delirium ») en soins palliatifs: l'exemple du cancer. Med Pal 2003; 2: 55-71.

8. National Comprehensive Cancer Network. Distress management clinical practice guidelines. Journal of the National Comprehensive Cancer Network, 1, 344-374; 2003.

9. Ransom S, Jacobsen PB, Booth-Jones M. Validation of the Distress Thermometer with bone marrow transplant patients. Psychooncology. 1 juill 2006;15(7):604-12.

10. 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.

11. Dolbeault S, Bredart A, Mignot V, Hardy P, Gauvain-Piquard A, Mandereau L, et al. Screening for psychological distress in two French cancer centers: Feasibility and performance of the adapted distress thermometer. Palliat Amp Support Care. juin 2008;6(2):107-17.

12. Gaudreau J-D, Gagnon P, Harel F, Tremblay A, Roy M-A. Fast, Systematic, and Continuous Delirium Assessment in Hospitalized Patients: The Nursing Delirium Screening Scale. J Pain Symptom Manage. avr 2005;29(4):368-75.

13. Van Lander A, Rhondali W, Filbet M, Hermet R, Gaucher J. Quelles résonances entre patient et soignants, entre détresse et défenses ? Dialogue entre une psychologue et un médecin. Médecine palliative — Soins de support — Accompagnement — Éthique (2012)

DECLARATION DE LIENS D'INTERETS :

Andréa tarot, Axelle Van Lander, Bruno Pereira et Virginie Guastella déclarent ne pas avoir de liens ou de conflits d'intérêts.

Figure 1 : Distress thermometer :

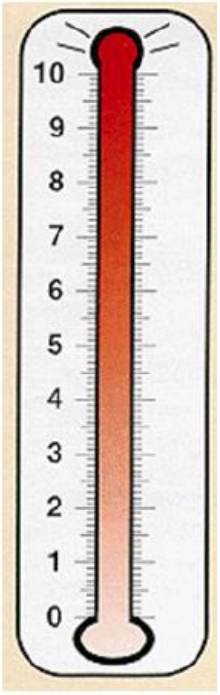


Figure 2 : Nu-DESC :

Date (mois, jour)												
	N	**J**	**S**	**N**	**J**	**S**	**N**	**J**	**S**	**N**	**J**	**S**
Désorientation												
Comportement inapproprié												
Communication inappropriée												
Illusions / Hallucinations												
Ralentissement physique / mental												
Pointage par période												
Si N.E., écrire : a = sommeil naturel ; b = sédation induite ; c = stupeur ou coma ; d = autres												

Codage: 0 = comportement absent pendant la période de travail.

1 = comportement présent pendant la période de travail, mais peu prononcé, ni en durée ni en intensité.

2 = comportement présent pendant la période de travail et prononcé, soit en durée, soit en intensité (toute autre situation que 0 ou 1).

NE = non évaluable.

Figure 3 : Evolution de la confusion au cours des entretiens :

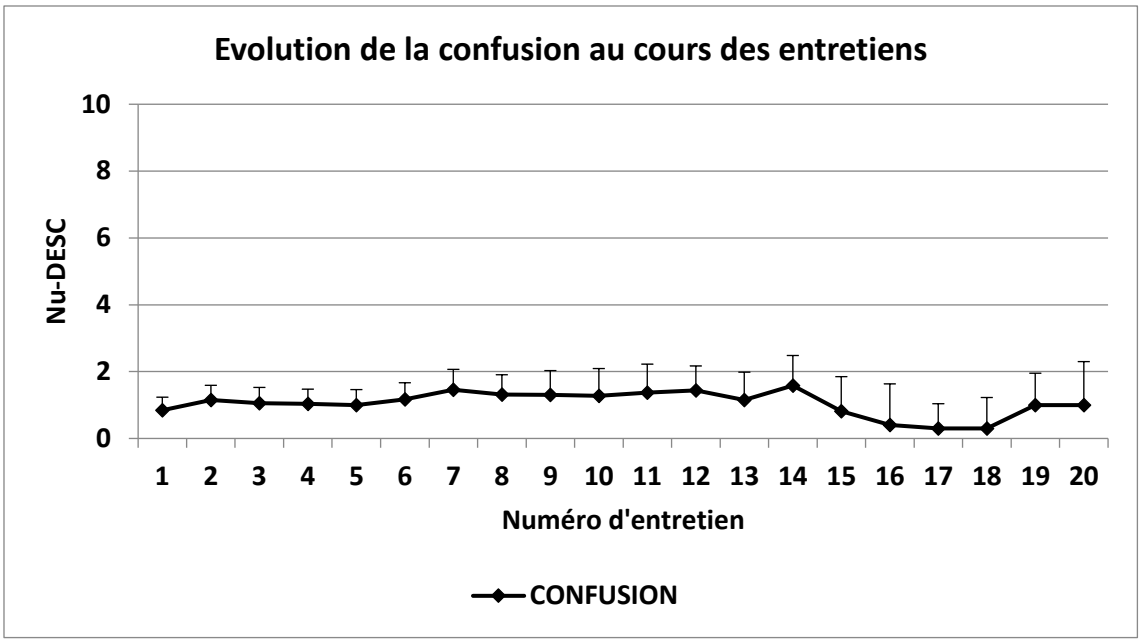


Figure 4 : Evolution de la détresse au cours des entretiens :

