

La dépression en soins palliatifs : l'apport de la psychologie de la santé

Depression in palliative care: the contribution of health psychology

Berkouche Faiza *

Université d'Alger2, Abou Elkacem Saad Allah (Algérie),

Date de réception : 05/03/2022

Date d'acceptation: 10 /05/2022

Date de publication: 30/09/2022

Résumé : La psychologie de la santé, apporte une vision différente de la maladie, de la mort et de la vie. Afin d'aider le malade à intégrer cette expérience douloureuse dans son histoire de vie. En fin de vie, il est important d'introduire les représentations humaines car ils ont en besoin du soutien psychologique.

La dépression en soins palliatifs renvoie à la dimension de la souffrance psychique et de la détresse psychologique et aussi la douleur physique. La dépression constitue une « comorbidité » fréquente chez les patients en soins palliatifs dont les conséquences ne devraient pas être négligées par les différents acteurs du soin en soins palliatifs.

Les interventions psychologiques destinées aux personnes souffrantes de dépression en soins palliatifs, leurs objectifs sont néanmoins toujours de permettre l'adaptation et de réduire le risque de complications.

Mots-clés : la dépression ; soins palliatif ; fin de vie ; interventions psychologique ; psychologie de la santé.

Abstract: The psychology of health brings a different vision of illness, death and life. In order to help the patient to integrate this painful experience into his life story. At the end of life, it is important to introduce human representations because they need psychological support.

Depression in palliative care refers to the dimension of psychic suffering and psychological distress and also physical pain. Depression is a common "comorbidity" in palliative care patients, the consequences of which should not be overlooked by the various palliative care actors.

Psychological interventions for people with depression in palliative care, however, their goals are always to enable adaptation and reduce the risk of complications.

Keywords: depression; palliative care; end of life; psychological interventions; health psychology.

*Auteur correspondant .Berkouche Faiza

I- Introduction :

De nombreuses personnes pensent que les soins palliatifs consistent seulement à prendre soin de quelqu'un dans les derniers jours de la vie. Mais en fait, il s'agit de soulager les souffrances et d'améliorer la qualité de la vie depuis le moment où une personne découvre qu'elle est atteinte d'une maladie incurable. L'objectif des soins palliatifs n'est pas de rallonger ou de raccourcir la vie, mais d'améliorer la *qualité de la vie* pour que le reste de la vie, qu'il s'agisse de jours, de mois ou d'années, soit aussi serein et positif que possible.

Les troubles psychologiques, les plus fréquents en soins palliatifs semblent être la dépression. Cette dernière dégrade la qualité de vie, la dépression a un impact sur le déroulement de fin de vie des patients. La manifestation de la dépression est fréquente en raison de la douleur, l'inéluctabilité de la mort.

L'intervention psychologique en soins palliatifs chez les malades souffrant de dépression est d'une grande importance afin d'atténuer cette détresse psychologique.

Le grand défi du psychologue est de tolérer la douleur du malade en fin de vie afin de pouvoir être disponible psychologiquement.

II- Définition et histoire des soins palliatifs :

II-1-Définition des soins palliatifs :

La définition du terme « palliatif » donnée par *Le Petit Robert* précise : « *qui atténue les symptômes d'une maladie sans agir sur sa cause* ». Il s'agit de soulager les douleurs physiques ainsi que tous les autres symptômes sources de souffrance ou d'inconfort tels que les vomissements, les essoufflements, la confusion mentale, etc., mais aussi de prendre en compte la souffrance psychologique, sociale ou spirituelle du malade et de ses proches.

Les soins palliatifs ne concernent pas seulement les derniers jours de la vie. On peut y recourir tôt dans la maladie, pour aider à mieux la vivre et anticiper les difficultés qui pourraient survenir. Ils sont donc associés aux autres traitements, comme la chimiothérapie, la dialyse, etc.

Les soins palliatifs cherchent à donner à la personne malade, dans le respect de ses droits, une place centrale dans les décisions qui la concernent. Ils accordent également une attention toute particulière à la famille et aux proches.

La démarche des soins palliatifs vise ainsi à sauvegarder la dignité de la personne et à éviter les traitements et examens médicaux déraisonnables.

Ces soins peuvent se mettre en place à domicile, en institution ou à l'hôpital, quels que soient l'âge de la personne et la maladie concernée. (SFAP, 2009,p04)

Face à la réalité clinique de la fin de vie des malades et les difficultés induites par l'impact de la mort dans les institutions soignantes, le mouvement des soins palliatifs a constitué un véritable retour aux racines du soin et de la relation à l'autre. Ce mouvement met en avant l'attention portée à la complexité de la souffrance du malade en fin de vie et à l'accompagnement de ses proches. Cette sollicitude soignante se nourrit d'une réflexion éthique sur la dignité de la personne, sur les rapports entre la continuité de la vie et le processus de la mort et

participe à la « ré-humanisation » du soin hospitalier que les progrès spectaculaires de la technique tendent à assécher. (Maillard,2012, 543)

II-2-Histoire des soins palliatifs :

Alors que l'accompagnement du mourant est longtemps resté une pratique réservée aux sphères familiale et religieuse et la douleur considérée comme un phénomène naturel, il a fallu attendre la seconde moitié du xx^e siècle pour que les interrogations sur la fin de vie commencent à émerger dans le débat social et politique.

Cecily Saunders, pionnière des soins palliatifs au Royaume- Uni, devient le premier médecin employé à l'hospice Saint- Joseph, accueillant des cancéreux et des tuberculeux en fin de vie. L'attitude des soignants y est spécifique : le concept de douleur totale (ou *total pain*) émerge, à travers la prise en charge des dimensions psychologique, familiale, sociale et spirituelle. En 1967, elle ouvre en Angleterre le premier hospice moderne et pionnier du mouvement des soins palliatifs : le Saint Christopher Hospice.

À la même époque, Élisabeth Kübler-Ross, psychiatre américaine d'origine suisse, débute un séminaire intitulé« On Death and Dying », qui servira de base en 1969 au livre du même titre . Il s'agit d'une approche psychologique et non soignante du vécu des mourants et de leur entourage. Elle est célèbre pour sa description des cinq stades de l'acheminement vers la mort (dénégation ou choc initial ; irritation, rage et colère ; marchandage ; dépression puis acceptation), description ancienne et discutable, mais encore enseignée dans les Instituts de Formation en Soins Infirmiers de nos jours.

Par la suite, le mouvement prend de l'ampleur avec la création d'associations qui promeuvent les soins palliatifs. (Peyrat-Apicella, Gautier, 2020, p14-15)

III- Définition, clinique et dépistage de la dépression :

III-1-Définition de la dépression :

L'Organisation Mondiale de la Santé (2019), définit la dépression comme étant « un trouble mental courant se caractérisant par une tristesse, une perte d'intérêt ou de plaisir, des sentiments de culpabilité ou de dévalorisation de soi, un sommeil ou un appétit perturbé, une certaine fatigue et des problèmes de concentration » . Selon la 5^{ème} édition révisée du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux . parmi les signes et les symptômes de la dépression, on peut mentionner un sentiment persistant de tristesse, d'anxiété ou de « vide » ; le désespoir et le pessimisme; des sentiments de culpabilité, de dévalorisation ou d'impuissance; et la perte d'intérêt ou de plaisir à faire des activités ou un passe-temps qu'on aimait auparavant. (*Madoui Mahboub,2019,p24*)

L'humeur dépressive n'est pas une simple tristesse. Le pessimisme imprègne ici l'ensemble de la vie mentale du déprimé. Il existe une véritable douleur morale. On constate aussi une perte de l'élan vital. (Fisher, Tarquinio, 2014, p 49)

III-2-La clinique de la dépression :

La sémiologie de la dépression dans le champ des soins palliatifs reste complexe en raison d'un chevauchement de certains signes somatiques similaires à la dépression et aux traitements (perte de poids, anorexie, troubles du sommeil et fatigue, baisse de la libido, troubles de concentration). Ce d'autant que les éventuels symptômes évocateurs d'une souffrance dépressive sont rarement rapportés spontanément par les patients.

En pratique, il existe souvent une confusion entre le symptôme tristesse ou humeur « triste » et le syndrome dépressif à savoir une dépression avérée. Chez des patients atteints de cancer, si le sentiment de tristesse est normal, la dépression ne l'est pas. Il s'agit alors d'un trouble de l'humeur pathologique qui survient lorsque les patients éprouvent des difficultés à faire face à la maladie tumorale en étant facilement submergés par leurs émotions.

Cela peut conduire au paradoxe suivant, à savoir sous-estimer la dépression considérée comme une réaction normale au cancer ou la surestimer en estimant que tous les patients atteints de cancer sont dépressifs.

Il faut donc bien distinguer :

- d'une part des réactions normales de tristesse, de vulnérabilité, de crainte, voire de désespoir, qui sont intégrées dans un processus normal d'adaptation à la maladie cancéreuse et à ses thérapeutiques plus ou moins invalidantes, avec une résolution spontanée ;
- d'autre part des troubles dépressifs caractérisés par une chronicité, une intensité et une permanence des symptômes (depuis au moins une quinzaine de jours), qui constituent une entrave à la vie quotidienne avec des répercussions sur la vie sociale, affective, relationnelle sans résolution spontanée.

En soins palliatifs, le clinicien se focalise plus sur la symptomatologie psychologique que physique pour poser un diagnostic de dépression. Une attention particulière est portée aux symptômes cognitifs et affectifs non liés directement à l'état somatique ou aux traitements. Ainsi, la présence d'une tristesse de l'humeur et d'une anhédonie (diminution marquée voire absence de l'intérêt et du plaisir) sont deux symptômes pathognomoniques d'un épisode dépressif. Leur association à un sentiment de dévalorisation, de culpabilité excessive (être une charge pour l'entourage), d'indifférence et d'anesthésie affective, l'existence de pensées de mort récurrentes ou d'idées suicidaires sont très évocatrices d'autant plus que les symptômes physiques sont contrôlés. (Reich,2010,p 536)

III-3-Le Dépistage de la dépression :

Lors de l'anamnèse, des questions ouvertes du style : «Comment était votre moral ces derniers temps ? » ; ou fermées telles que : « Durant ces 15 derniers jours, avez-vous ressenti des moments d'abattement, de tristesse, de perte d'espoir ? » ; « Durant ces 15 derniers jours, avez-vous noté une perte de capacité à vous intéresser et à prendre plaisir à vos activités habituelles ? » peuvent faire suspecter la présence d'un état dépressif et amener à orienter vers un psychiatre, psychologue ou psycho-oncologue .

Le dépistage de la dépression peut être complété par une échelle de dépistage d'auto-évaluation (HADS, pour Hospital Anxiety and Depression Scale) d'utilisation pratique et rapide dans son administration (quelques minutes) . L'absence d'items somatiques (pouvant artificiellement majorer les scores) l'a fait préférer aux habituelles échelles d'hétéro-évaluation de

la dépression (BDI, pour Beck Depression Inventory ;MADRS, pour Montgomery and Asberg Depression Rating Scale ; HDRS, pour Hamilton Rating Scale for Depression) moins discriminantes en oncologie (soins palliatifs) car comportant justement ces éléments somatiques . (Reich,2010,p 536)

IV- La dépression en soins palliatifs et les étapes psychologiques face à la mort

IV-1-Dépression et troubles anxieux en soins palliatifs :

Les comorbidités psychologiques les plus fréquentes semble être la dépression et les troubles anxieux, notamment lorsqu'il s'agit de patients cancéreux.

Bien que les taux de prévalences varient selon les critères (dépression majeure, modérée , légère) . Une revue de littérature a établi un taux de prévalence moyenne de 15% de dépression majeure chez les patients en soins terminaux.

La dépression entraîne une dégradation de la qualité de vie des patients et ont un impact sur le déroulement de la fin de vie des patients.

Les patients atteints d'une dépression ou d'un troubles anxieux ont plus de probabilités de rapporter un niveau modéré, voire élevé de douleur, de se sentir plus faibles, somnolents et souffrants.

Bien que les symptômes anxio-dépressifs soient fréquents en soins palliatifs- en raison notamment de la douleur et de l'inéluctabilité de la mort- la présence et l'intensité de ces symptômes dépendent de facteurs situationnels, individuels et relationnels. Un lien d'attachement sécuritaire réduit les symptômes dépressifs. (Mikolajczak ,2013, p 247)

IV-2-Des étapes psychologiques face à la mort

Pour aborder ces incidences, il est d'abord nécessaire de présenter le type de savoir que le psychologue-en-soins-palliatifs est supposé détenir et mettre en œuvre dans ses interventions. Le psychologue posséderait un savoir sur les réactions psychologiques du malade en fin de vie et les différents mécanismes à l'œuvre dans ces situations complexes. De quoi s'agit-il ?

Les premiers travaux de recherche, ancrés dans une pratique clinique auprès de patients « condamnés », ont mis en évidence les effets de cette anticipation de la mort sur les différents processus de séparation avec les objets. Elisabeth Kubler Ross, insistant sur le retrait effectif des investissements d'objets, a défini cinq étapes : le déni, la colère, le marchandage, la dépression et l'acceptation (Kubler Ross, 1969).

Tout se passe comme si le patient en fin de vie accomplissait un travail de deuil pour traverser ce dernier moment de séparation avec les autres et avec soi-même. Ces étapes sont, aujourd'hui, toujours enseignées comme une référence en soins palliatifs, elles peuvent s'appliquer aux différentes étapes dans l'accompagnement d'un patient vers sa mort et éclairent les équipes soignantes sur les réactions de ce dernier face à ce qui lui arrive.(Maillard,2012,544)

V Le soutien psychologique et les interventions psychologique en soins palliatifs :

V-1-Le soutien psychologique en soins palliatifs :

Les soins palliatifs ont pour objet d'améliorer la qualité de vie du malade atteint de maladie incurable (absence de traitement susceptible de la stabiliser), au pronostic souvent fatal à longue ou brève échéance. Le malade connaît une souffrance qui traduit la réaction de l'être sensible à l'information ou à la perception de la mort prochaine. Aussi, le soutien psychologique va occuper une place importante, compte tenu de l'impact sur le psychisme du vécu de la maladie chez le patient.

Le soutien psychologique est la mise en œuvre de moyens basés sur l'écoute, la parole et l'observation pour secourir le patient qui est aux prises avec des difficultés psychologiques le gênant dans son adaptation à la société. Il vise le malade, sa famille, et les soignants. Dans le cadre des soins palliatifs, le soutien psychologique fait partie de l'accompagnement du patient et si besoin est, de son entourage (famille, soignants). Il s'agit de cheminer ensemble pour se donner mutuellement l'assistance indispensable en termes de confort, de relation. Il comprend la relation d'aide évoquée plus haut qui vise chez la personne aidée à traverser une épreuve, à résoudre une situation de vie problématique, à trouver un fonctionnement personnel plus satisfaisant et à détecter le sens de l'existence. (Antolín, García,2014,p24)

Ce soutien nécessite de la part du soignant « la bonne distance » qui lui permet de comprendre la souffrance du patient tout en conservant sa neutralité. En cas de difficultés importantes (traumatismes, deuils, pertes d'emploi, etc.) des dysfonctionnements peuvent apparaître avec plusieurs types de réactions pathologiques de niveaux différents :

- a. **Les psychoses** (dépressions graves, paranoïa, psychoses délirantes aiguës, etc.)
- b. **Les névroses** (dépression, hystérie, obsession, troubles phobiques etc.)
- c. **Les troubles du comportement** (anxiété, irritabilité, troubles de mémoire, sexuels, du sommeil, de l'attention, de l'alimentation, suicide indirect, stress etc.)
- d. **Les troubles psychosomatiques** (hypertension, allergies, asthme, troubles du transit, maladies cardiovasculaires, migraines, etc.)

Ce soutien n'est pas la prise en charge psychologique bien qu'elle en soit une composante. Il en est de même pour la prise en charge psychiatrique. Toutes les deux, plus spécifiques, font appel aux méthodes et techniques de la psychologie (psychothérapies diverses) et sont le fait de spécialistes.

(Antolín, García,2014,p24-25)

V-2-Les interventions de la psychologie de la santé :

Les interventions psychologiques destinées aux personnes souffrantes de dépression varient selon l'objectif, la durée, les techniques utilisées et le type d'intervenants. Leur objectif est néanmoins toujours de permettre l'adaptation et de réduire le risque de complications.

A- Stratégies de soutien :

Les stratégies de soutien sont indissociables des stratégies évaluatives et informatives. Elles sont utiles durant tous les entretiens car elles favorisent la confiance de base nécessaire pour l'instauration et le

maintien d'une relation au sein de laquelle le patient pourra exprimer ses difficultés. Le soutien offre aux patients la possibilité de ventiler leurs émotions, d'être reconnus et de restaurer ainsi leur estime de soi.

En termes de stratégies de communication au sens strict, le soutien comprend la reconnaissance, l'empathie, la réassurance.

Reconnaissance

Le soignant utilise la reconnaissance dans le but de faciliter l'expression du patient et/ou pour témoigner de sa compréhension de ce que celui-ci dit, vit ou ressent. La reconnaissance peut porter sur la perception qu'a le soignant du patient ou sur la perception du soignant lui-même. La reconnaissance se traduit notamment par des comportements verbaux par lesquels le soignant reconnaît qu'il a entendu les dires du malade ou marque son accord. Il s'agit alors de la réitération ou du reflet simple. Plus difficile à réaliser mais aussi plus dans la perspective d'une intervention de soutien est la reformulation du sentiment. Elle consiste à reprendre ce que l'autre vient de dire (réitération) en y ajoutant le sentiment qui sous-tend ce qui vient d'être exprimé. On exprime ce qui est dit et l'implicite qui le sous-tend. (Razavi,Delvaux,2008, p419)

Empathie

L'empathie est la stratégie qui permet au soignant de témoigner de sa compréhension des sentiments et de la situation du patient. Le soignant peut l'exprimer par un reflet des émotions du malade, une légitimation, l'offre d'une aide, d'un partenariat ou simplement d'un respect.

La notion d'empathie introduite par le psychothérapeute Carl Rogers reste généralement considérée comme un des éléments essentiels pour la qualité des soins infirmiers (Gould, 1990). Toutefois, l'efficacité de l'empathie est plus limitée dans le contexte de l'oncologie qu'elle ne l'est en psychothérapie. Il est plutôt courant d'utiliser dans la communication avec les patients atteints d'un cancer l'écoute en association avec d'autres stratégies, telles que l'information ou le conseil. (Razavi,Delvaux,2008, p212)

La réassurance

La réassurance des malades met souvent l'accent sur l'existence de ressources externes (par exemple la possibilité d'une réponse à un traitement expérimental) ou internes (par exemple la capacité de contrôler son anxiété). Cependant, lorsqu'elle porte trop exclusivement sur le contrôle de la réalité extérieure, son efficacité alterne fréquemment avec des échecs retentissants. Une réassurance dans le contexte de situations « négatives » et « irréversibles » par exemple ne permet pas au malade d'anticiper ce qui va arriver et de se préparer à affronter le contexte en question. De plus, les réassurances ne sont pas toujours indiquées. (Razavi,Delvaux,2008, p212)

L'intervention de soutien : Le soutien psychologique constitue la « thérapie » la plus utilisée pour la prise en charge psychologique en soins palliatifs. Le soutien psychologique constitue non pas à traiter mais bien accompagner les personnes. (Mikolajczak, 2013,251)

- **Les modèles :** Le modèle de Kübler –Ross est le plus couramment utilisé car il représente bien les étapes que peuvent traverser le patient et son entourage. D'autres modèles concernant le vécu psychologique du patient en fin de vie ont été élaborés. Ces modèles sont complémentaires, chacun détaillant tel ou tel aspect de l'expérience du patient.

Schneidman (1987) s'intéresse aux besoins fondamentaux menacés par la fin de vie, et à la nécessité d'y prêter attention afin de diminuer la souffrance. Ruzniewski (1995) s'intéresse aux mécanismes de défense

du patient. Finalement, M'Uzan(2005) s'intéresse au besoin d'être en lien. Chacun de ces modèles accroît la compréhension du vécu du patient. (Mikolajczak, 2013,251-252)

- **Prise en charge :** Les « phases du mourir » , selon Elisabeth Kübler –Ross (1969/1975), le processus du mourir comprend six étapes : le choc, le déni, la colère, le marchandage, la dépression et l'acceptation. Les phases du mourir sont des manifestations conscientes d'un énorme travail inconscient chez le patient en fin de vie. Accompagner le patient tout au long de ce processus exige trois choses :

- 1- **Premièrement**, Il faut identifier les mécanismes de défenses inconscients, les respecter et s'y ajuster si nécessaire. Il faut éviter d'adopter une attitude qui serait opposée à celle du patient.
- 2- **Deuxièmement**, il est nécessaire de prendre en compte les besoins de maintien ou de restauration de l'estime de soi du patient ainsi que son besoin de trouver du sens au vécu. Souvent, la culpabilité, la dégradation physique, le sentiment d'injustice et de révolte sont tels que l'estime de soi est profondément atteinte. Le malade est invité à parler de ses désirs, de ce qu'il aurait aimé faire et de ce qu'il n'a pas pu faire. Le psychologue pourra l'aider à faire le deuil sur ce qu'il n'a pas pu réaliser dans sa vie.
L'altération de l'image de soi peut amener le patient à s'isoler et à refuser de communiquer. Une attitude affectueuse envers lui l'aidera à se sentir confirmé dans son essence et sa valeur.
- 3- **Troisièmement**, il faut pouvoir « contenir » l'angoisse et la détresse psychique, et accompagner la régression parfois présente. Vu que l'angoisse est une étape présente chez la majorité des patients, nous devons les aider à contenir leur détresse psychique et en permettre l'élaboration et le dépassement. Parfois leurs fournir certaines informations concernant leur maladie et son évolution peut atténuer leurs angoisses, mais il s'agit surtout de percevoir ce qu'ils sont prêts à entendre ou non, ce qu'ils veulent savoir ou non et de respecter cela. . (Mikolajczak, 2013,253)

Espace de parole : l'espace de parole doit être agréable et sécurisant, favoriser l'écoute et la compréhension. Il doit permettre au patient de formuler ses questionnement, Ses ressentis et son vécu.

L'attitude du psychologue doit être empreinte des trois attitudes thérapeutiques fondamentales décrites par Rogers : la congruence, l'empathie et la considération positive inconditionnelle. Ces attitudes offriront non seulement un espace permettant d'exprimer sa souffrance physique et psychique mais également la certitude qu'il peut tout exprimer et qu'il sera entendu pleinement dans tous ses ressentis, y compris la peur ou l'envie de mourir. (Mikolajczak, 2013,253)

B- Modèles comportementaux et cognitivistes :

La dépression c'est un pattern de réponses complexes et stéréotypées associées à des symptômes physiques et psychologiques.

L'humeur dépressive est expliquée par une combinaison de théories. L'humeur dépressive s'explique par la perte de la principale source de renforcement. Ramsay s'appuie aussi sur la théorie de l'impuissance apprise (*learned helplessness*) de Seligman (Seligman, 1975). L'impuissance apprise se définit comme la conséquence négative d'expériences répétées d'insuccès entraînant ainsi un abandon des efforts. Les personnes dépressifs vivent bien sûr cette impuissance car ils ne peuvent ni changer la situation ni retrouver l'objet perdu.

Chez le dépressif, des cognitions négatives engendrent une vision négative du monde qui s'accompagne d'émotions pénibles et d'inhibitions pour initier de nouveaux comportements. Les modèles comportementaux ne permettent pas de faire la distinction entre les différentes formes de séparation contrairement aux modèles cognitivistes. Selon ceux-ci, la cognition est un médiateur entre l'événement et l'affect. Sur base d'expériences antérieures, l'individu se constitue des schémas de pensée. Ce modèle interne du monde permet à la personne de s'orienter, de reconnaître ce qui lui arrive et de planifier ses comportements. Ce modèle est aménagé continuellement en fonction des informations nouvelles. (Razavi,Delvaux,2008, p298)

APPROCHES COGNITIVO-COMPORTEMENTALES

OFFRIR :

- un soutien instrumental
- une information-éducation
- une assistance dans la recherche de sens

PERMETTRE :

- une expression-ventilation des émotions
- une correction des attributions erronées
 - une correction des dramatisations
- une diversification des mécanismes d'adaptation

DÉVELOPPER :

- une capacité d'utiliser les ressources internes et externes
 - une capacité de contrôler certains facteurs de stress
- une capacité de se détendre physiquement et psychologiquement
 - une capacité de communiquer avec autrui à propos de

C- Approches émotionnelles

Les approches émotionnelles comprennent des interventions dérivant des thérapies d'inspiration psychanalytique (psychodynamique), des interventions orientées vers le soutien et la gestion de la crise, et des méthodes de résolution plus pratique des problèmes (conseils, etc.). Ces approches émotionnelles, plus que toutes autres, nécessitent l'établissement d'une relation de confiance entre le patient et son psychothérapeute. (Razavi,Delvaux,2008, p298)

APPROCHES ÉMOTIONNELLES

DÉVELOPPER :

- une capacité de mettre des mots sur les sentiments
- une capacité de donner un sens aux sentiments
- une capacité de situer les sentiments dans un contexte
- une capacité de se « désidentifier » de ses symptômes, mutilation
 - une capacité de tolérer la différence
- une capacité de réduire les clivages menant à un sentiment de cohérence
 - une capacité de reconstruire une cohérence de soi
- une capacité de travailler les impasses entre réalité de la maladie et désirs
 - une capacité d’élaborer de nouveaux liens
 - une capacité d’insérer la maladie dans son histoire
- une capacité de tolérer l’anticipation de la séparation, de la disparition et de la mort

(Razavi,Delvaux,2008, p298)

V-3- Les différents types d’interventions psychologiques en soins palliatifs :

Trois types d’interventions seront brièvement présentés. Il est à noter qu’à côté de la thérapie ou du soutien psychologique, des méthodes non psychothérapeutiques existent pour atténuer la détresse émotionnelle.

- **Intervention fondée sur le type d’attachement :**

Un des objectifs thérapeutiques peut être d'aider le patient à résoudre des problèmes spécifiques liés à son style d'attachement, afin qu'il puisse mourir avec moins de conflits possibles.

La thérapie basée sur l'attachement appliquée aux soins palliatifs postule que l'unité de soins palliatifs peut offrir à tous ses patients un lien, une base de sécurité stable pour le restant de la vie, si le personnel soignant est présent, attentif et fiable.

Si le style d'attachement est sécurisé, un accompagnement thérapeutique à travers des activités de soutien, comme une réflexion sur le parcours de vie, une structuration du temps restant ou des entretiens avec la famille, sera suffisant.

La thérapie basée sur l'attachement se veut une occasion de guérir de vieilles blessures et de reconstruire une relation de type sécuritaire pour le temps qui reste à vivre. (Mikolajczak, 2013, 248-250)

- **Thérapie de la dignité :**

Cette intervention thérapeutique vise à traiter la détresse psychosociale et existentielle chez les malades en phase terminale. Son approche, brève et individualisée, invite les patients à discuter des questions les plus importantes à leurs yeux et à articuler les choses dont ils aimeraient le plus se souvenir lorsque la mort sera proche. Ces discussions et ces souvenirs sont enregistrés et retranscrits dans un document qui est généralement donné à la famille et aux proches. C'est l'une des raisons qui fait que la thérapie de la dignité semble bénéfique tant au patient qu'à sa famille.

La dignité des patients est très importante car les patients qui ont le sentiment de perdre leur dignité sont plus susceptibles d'éprouver des symptômes de détresse psychologique (augmentation de la douleur, diminution de la qualité de vie, troubles intestinaux), d'avoir des besoins de dépendance accrus, d'être déprimés, désespérés et anxieux. (Mikolajczak, 2013, 250)

- **Short –Term Life Review :**

Le Short –Term Life Review semble constituer une intervention efficace pour augmenter le bien-être et diminuer l'anxiété, la dépression et la souffrance. Au cours de ce bilan qui se déroule en deux séances, le patient est amené à passer sa vie en revue et à réévaluer certaines expériences antérieures « avec l'intention de résoudre et d'intégrer les conflits passés, donnant ainsi une nouvelle signification à sa vie » .

Parfois confondue avec la thérapie de la dignité en raison de leurs questions communes permettant de passer sa vie en revue, il est important de souligner les différences entre ces deux interventions. Dans la thérapie de la dignité en raison de leurs questions communes permettant de passer sa vie en revue, il est important de souligner les différences entre ces deux interventions. Dans la thérapie de la dignité, le patient aborde ce qui importe le plus pour lui et ce dont il aimerait se rappeler avant de mourir. Dans le Short –Term Life Review , le psychologue invite le patient à examiner les bons et les mauvais souvenirs et à les réévaluer et les intégrer. Dans cette méthode, habituellement utilisée en gériatrie, le psychologue fait un compte-rendu de la session sous forme d'un album qu'il examine avec le patient lors de la seconde session afin qu'il puisse apprécier et réévaluer sa vie. (Mikolajczak, 2013, 250-251)

VI- Conclusion:

Les soins palliatifs s'efforcent d'assurer le confort du malade, de le soutenir lui et sa famille et de contrôler les douleurs éventuelles.

Pour prendre en charge une dépression modérée ou sévère, il est recommandé d'associer un soutien psychosocial de base à des antidépresseurs ou à une psychothérapie (thérapie comportementale et cognitive, psychothérapie interpersonnelle ou thérapie de résolution de problèmes).

L'accompagnement psychologique des patients, consiste à accompagner le patient dans son cheminement vers la fin de vie. Pour cela plusieurs techniques d'interventions sont utilisés afin d'alléger la souffrance des patients atteint de dépression.

Références :

- Antolín Cristina, García Rosario (2014), Guide de poche de soins palliatifs, Paliativos Sin Fronteras, Yaoundé.
- Fisher Gustave-Nicolas, Tarquinio Cyril,(2014), Les concepts fondamentaux de la psychologie de la santé, Paris, Dunod.
- Madoui Mahboub Fatma-Zohra(2019), La dépression : actualités cliniques et thérapeutiques, Journal algérien de médecine, Vol XXVII, N°1, Algérie, Université de Constantine 3.
- Maillard Benoit (2012), Psychologue dans un réseau de soins palliatifs : une pratique clinique orientée par le réel, Bulletin de psychologie, 6(522), p 543 – 550, DOI 10.3917/bupsy.522.0543
- Maillard Benoît (2012), Psychologue dans un réseau de soins palliatifs : une pratique clinique orientée par le réel, Groupe d'études de psychologie, Bulletin de psychologie , 6 (522), p 543 – 550
- Mikolajczak Moïra (2013), Les interventions de la psychologie de la santé, Paris, Dunod.
- Peyrat-Apicella Delphine, Gautier Sigolène (2020), Psychologie et soins palliatifs, Fiche de psycho, France, Editions IN PRESS.
- Razavi Darius ,Delvaux Nicole (2008),Précis de psycho-oncologie,France, Elsevier, Masson.
- Reich M (2010), La dépression en oncologie, Cancer/Radiothérapie,vol 14 Paris, Elsevier, 535–538
- Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (SFAP),(2009), Soins palliatifs et accompagnement, France, Institut national de préventions et d'éducatons de la santé.