

2017-2018

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en Psychiatrie

Dépistage de la dépression en soins palliatifs

Revue systématique de la littérature

BOUDIN Pauline

Née le 21 juillet 1988 à Pontoise (95)

Sous la direction de M. NGUYEN Michel

Membres du jury

Mme La Professeure GOHIER Bénédicte | Présidente

M. Le Docteur NGUYEN Michel | Directeur

M. Le Professeur ANNWEILER Cédric | Membre

M. Le Professeur GARNIER François | Membre

M. Le Docteur HUBAULT Philippe | Membre

Soutenue publiquement le :
20 décembre 2018



**FACULTÉ
DE SANTÉ**

UNIVERSITÉ D'ANGERS

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné(e) Pauline BOUDIN
déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiant(e) le **19/11/2018**

LISTE DES ENSEIGNANTS DE L'UFR SANTÉ D'ANGERS

Directeur de l'UFR : Pr Nicolas Lerolle

Directeur adjoint de l'UFR et directeur du département de pharmacie : Pr Frédéric Lagarce

Directeur du département de médecine :

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie	Médecine
ANNWEILER Cédric	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
ASFAR Pierre	Réanimation	Médecine
AUBE Christophe	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie	Médecine
AZZOUZI Abdel Rahmène	Urologie	Médecine
BARON-HAURY Céline	Médecine générale	Médecine
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	Pharmacotechnie	Pharmacie
BEYDON Laurent	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
BIGOT Pierre	Urologie	Médecine
BONNEAU Dominique	Génétique	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie	Médecine
BOUVARD Béatrice	Rhumatologie	Médecine
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
BRIET Marie	Pharmacologie	Médecine
CAILLIEZ Eric	Médecine générale	Médecine
CALES Paul	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CAROLI-BOSC François-xavier	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CHAPPARD Daniel	Cytologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
CONNAN Laurent	Médecine générale	Médecine
COUTANT Régis	Pédiatrie	Médecine
COUTURIER Olivier	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie	Médecine
DE BRUX Jean-Louis	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique	Médecine
DINOMAS Mickaël	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
DIQUET Bertrand	Pharmacologie	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
DUVAL Olivier	Chimie thérapeutique	Pharmacie
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie	Médecine
EVEILLARD Mathieu	Bactériologie-virologie	Pharmacie
FANELLO Serge	Épidémiologie ; économie de la santé et prévention	Médecine
FAURE Sébastien	Pharmacologie physiologie	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie	Médecine
FURBER Alain	Cardiologie	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie	Médecine
GARNIER François	Médecine générale	Médecine
GASCOIN Géraldine	Pédiatrie	Médecine
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GRANRY Jean-Claude	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion	Médecine
GUILLET David	Chimie analytique	Pharmacie
HAMY Antoine	Chirurgie générale	Médecine

HUNAUT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion	Médecine
IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion	Médecine
JEANNIN Pascale	Immunologie	Médecine
KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie	Médecine
LAGARCE Frédéric	Biopharmacie	Pharmacie
LARCHER Gérard	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
LEGRAND Erick	Rhumatologie	Médecine
LERMITE Emilie	Chirurgie générale	Médecine
LEROLLE Nicolas	Réanimation	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
MARCAIS Véronique	Bactériologie-virologie	Pharmacie
MARTIN Ludovic	Dermato-vénéréologie	Médecine
MENEI Philippe	Neurochirurgie	Médecine
MERCAT Alain	Réanimation	Médecine
MERCIER Philippe	Anatomie	Médecine
PAPON Nicolas	Parasitologie mycologie	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	Chimie générale	Pharmacie
PELLIER Isabelle	Pédiatrie	Médecine
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile	Médecine
PROCACCIO Vincent	Génétique	Médecine
PRUNIER Fabrice	Cardiologie	Médecine
REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
RICHOMME Pascal	Pharmacognosie	Pharmacie
RODIEN Patrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROHMER Vincent	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROUSSEAU Pascal	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROY Pierre-Marie	Thérapeutique	Médecine
SAINT-ANDRE Jean-Paul	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
SAULNIER Patrick	Biophysique pharmaceutique et biostatistique	Pharmacie
SERAPHIN Denis	Chimie organique	Pharmacie
SUBRA Jean-François	Néphrologie	Médecine
UGO Valérie	Hématologie ; transfusion	Médecine
URBAN Thierry	Pneumologie	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	Pédiatrie	Médecine
VENIER Marie-Claire	Pharmacotechnie	Pharmacie
VERNY Christophe	Neurologie	Médecine
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANGOULVANT Cécile	Médecine Générale	Médecine
ANNAIX Véronique	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
BAGLIN Isabelle	Pharmaco-chimie	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	Biophysique et biostatistique	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie	Médecine
BELIZNA Cristina	Médecine interne	Médecine
BELLANGER William	Médecine générale	Médecine
BELONCLE François	Réanimation	Médecine
BENOIT Jacqueline	Pharmacologie et pharmacocinétique	Pharmacie
BIERE Loïc	Cardiologie	Médecine
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion	Médecine
BOISARD Séverine	Chimie analytique	Pharmacie
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CASSEREAU Julien	Neurologie	Médecine
CHEVAILLER Alain	Immunologie	Médecine
CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire	Médecine
CLERE Nicolas	Pharmacologie	Pharmacie
COLIN Estelle	Génétique	Médecine
DE CASABIANCA Catherine	Médecine générale	Médecine
DERBRE Séverine	Pharmacognosie	Pharmacie
DESHAYES Caroline	Bactériologie virologie	Pharmacie
FERRE Marc	Biologie moléculaire	Médecine
FLEURY Maxime	Immunologie	Pharmacie
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie	Médecine
HAMEL Jean-François	Biostatistiques, informatique médicale	Médecine
HELESBEUX Jean-Jacques	Chimie organique	Pharmacie
HINDRE François	Biophysique	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
LACOEUILLE Franck	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
LANDREAU Anne	Botanique et Mycologie	Pharmacie
LEGEAY Samuel	Pharmacologie	Pharmacie
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	Valorisation des substances naturelles	Pharmacie
LEPELTIER Elise	Chimie générale Nanovectorisation	Pharmacie
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire	Médecine
LIBOUBAN Hélène	Histologie	Médecine
MABILLEAU Guillaume	Histologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
MALLET Sabine	Chimie Analytique et bromatologie	Pharmacie
MAROT Agnès	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction	Médecine
MESLIER Nicole	Physiologie	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	Immunologie	Pharmacie
PAPON Xavier	Anatomie	Médecine
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
PECH Brigitte	Pharmacotechnie	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie	Médecine
PETIT Audrey	Médecine et santé au travail	Médecine
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie	Médecine
PRUNIER Delphine	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RIOU Jérémie	Biostatistique	Pharmacie
ROGER Emilie	Pharmacotechnie	Pharmacie
SCHINKOWITZ Andréas	Pharmacognosie	Pharmacie
SIMARD Gilles	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
TANGUY-SCHMIDT Aline	Hématologie ; transfusion	Médecine
TRZEPIZUR Wojciech	Pneumologie	Médecine

AUTRES ENSEIGNANTS

AUTRET Erwan	Anglais	Médecine
BARBEROUSSE Michel	Informatique	Médecine
BRUNOIS-DEBU Isabelle	Anglais	Pharmacie
CHIKH Yamina	Économie-Gestion	Médecine
FISBACH Martine	Anglais	Médecine
O'SULLIVAN Kayleigh	Anglais	Médecine

PAST

CAVAILLON Pascal	Pharmacie Industrielle	Pharmacie
LAFFILHE Jean-Louis	Officine	Pharmacie
MOAL Frédéric	Physiologie	Pharmacie

ATER

FOUDI Nabil (M)	Physiologie et communication cellulaire	Pharmacie
HARDONNIERE Kévin	Pharmacologie - Toxicologie	Pharmacie
WAKIM Jamal (Mme)	Biochimie et biomoléculaire	Médecine

AHU

BRIS Céline	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LEROUX Gaël	Toxico	Pharmacie
BRIOT Thomas	Pharmacie Galénique	Pharmacie
CHAPPE Marion	Pharmacotechnie	Pharmacie

CONTRACTUEL

VIAULT Guillaume	Chimie	Pharmacie
------------------	--------	-----------

REMERCIEMENTS

A Madame la Professeure Gohier,
Qui m'a fait l'honneur de présider ce jury,
Je vous remercie pour votre accompagnement, votre soutien et votre écoute
tout au long de ces années d'internat.
Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde et respectueuse
reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Garnier,
Vous me faites l'honneur de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de
mes sincères remerciements et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Annweiler,
Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de ce jury.
Merci d'apporter votre expertise pour évaluer ce travail.

A Monsieur le Docteur Hubault,
Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de ce jury, votre présence et
votre soutien me tiennent à cœur.
Avec toute ma gratitude.

A Monsieur le Docteur Nguyen,
Pour avoir dirigé cette thèse.
Merci de m'avoir accompagné dans ma réflexion durant ce travail, merci pour
votre gentillesse et votre accessibilité.

REMERCIEMENTS

A Gary, pour ton soutien sans faille, ta constance, ton amour.

(Merci d'être un as du traitement de texte)

A Adèle, notre fille.

A mes parents, pour votre soutien, votre patience, votre amour, et le bel exemple que vous me donnez. Ces études n'auraient pas été possibles sans vous.

A mon frère, pour ton calme, ta franchise et ta créativité.

A Charlotte et Ariane, merci pour votre amitié inébranlable.

Aux amis sagyciens et parisiens, merci pour votre soutien et votre sens de la fête. Vous m'avez enseigné le sens de la démesure !

Aux amis du collège, à cette amitié vingtenaire.

A mes amies rescapées de Bichat-Lariboisière.

A mes co-internes, merci d'avoir contribué à la douceur de ces années d'internat.

En particulier, merci à Julie, pour ta présence, ton amitié et tous ces moments de bonheur partagés.

A Gabrièle, Laure et Fred. Merci de m'avoir rassurée lors des premières gardes, d'avoir stimulé ma curiosité. Merci pour votre amitié (et votre aide précieuse pour ce travail !).

Aux médecins et équipes soignantes rencontrées au fil des différents stages, avec une pensée particulière pour les équipes mancelles.

LISTE DES ABREVIATIONS

[illegible]

Plan

RESUME

INTRODUCTION

MÉTHODES

- 1. Stratégies de recherche bibliographique**
- 2. Critères d'inclusion et d'exclusion**
- 3. Sélection des études**
- 4. Evaluation de la qualité des études**
- 5. Analyse des données**

RÉSULTATS

- 1. Sélection des références**
- 2. Description des études incluses**
- 3. Le dépistage de la dépression**
 - 3.1. La prévalence de la dépression en situation palliative
 - 3.2. Les méthodes de dépistage
 - 3.3. Les facteurs précipitants de la dépression en situation palliative

DISCUSSION ET CONCLUSION

- 1. Force et faiblesse de la revue**
- 2. La complexe définition de la dépression en fin de vie et son impact sur son dépistage**
- 3. Perspectives et implications pour la pratique**

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES FIGURES

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

RESUME

Introduction

Les soins palliatifs sont en plein essor dans un contexte où les questions de fin de vie préoccupent l'opinion publique. Les troubles psychiques, en particulier dépressifs sont fréquents chez les patients en fin de vie. La prévalence de la dépression reste imprécise, en raison de la définition utilisée pour la caractériser et de la multitude d'outils existant pour en faire le dépistage.

L'objectif de ce travail est d'effectuer une synthèse permettant de savoir comment dépister la dépression en soins palliatifs et d'identifier les éléments aidants à son repérage. La définition de la dépression en fin de vie et la coordination des services de psychiatrie avec les soins palliatifs apparaissent comme des objectifs secondaires.

Méthode

Une revue de la littérature anglophone et francophone a été réalisée selon les critères PRISMA, entre 1990 et 2018. Les bases de données SCIENCE DIRECT, PUBMED, COCHRANE LIBRARY et CAIRN ont été interrogées. Etaient inclus les articles originaux portant sur le repérage ou le dépistage de la dépression en situations palliatives. La sélection des études a été faite par deux chercheurs.

Résultats

Sur les 382 articles analysés, 37 ont été inclus dans la synthèse : 26 études quantitatives, huit revues de la littérature et trois études qualitatives. L'analyse descriptive des études a permis de dégager trois thèmes : la prévalence de la dépression en soins palliatifs, les méthodes de dépistage et de repérage de ce trouble à l'aide d'outils de mesure et de considérations pratiques de soignants, et l'identification de facteurs de risque de dépression dans ce contexte particulier.

Discussion et conclusion

L'étude a permis d'identifier un grand nombre d'outils d'aide au repérage : des auto-questionnaires, échelles de scores, questions simples, parfois comparés au « gold-standard », l'entretien clinique psychiatrique.

Le repérage du trouble dépressif est parfois compliqué par le chevauchement des symptômes physiques de la maladie avec les symptômes dépressifs. Ce repérage est aussi dépendant de la définition que l'on fait de ce trouble, qui ne semble pas unanime. En effet, cette définition peut être catégorielle ou dimensionnelle, selon que l'on considère le trouble dépressif pathologique ou l'expression d'une humeur dépressive. La réévaluation de l'état psychique du patient en fin de vie paraît nécessaire.

La réponse à la question du dépistage de la dépression en soins palliatifs ne peut être univoque mais doit rester dépendante des équipes de soins qui peuvent s'appuyer sur des protocoles correspondant à leurs moyens et sensibilités. Ainsi, cela impose une coordination accrue entre équipe de soins palliatifs et de psychiatrie.

INTRODUCTION

Les soins palliatifs sont depuis plusieurs années en plein essor, en particulier en France (1). Ce sont des soins pluridisciplinaires, ayant pour objectif la préservation de la qualité de vie du patient en fin de vie et de sa famille, *« par la prévention et le soulagement de la souffrance, identifiée précocement et évaluée avec précision, ainsi que le traitement de la douleur et des autres problèmes physiques, psychologiques et spirituels qui lui sont liés »*¹. Initiés en 1967 au St Christopher's Hospice à Londres par le Dr Cicely Saunders, c'est à partir des années 1980 que les soins palliatifs intègrent le monde médical français². Plusieurs lois ont permis le développement et l'amélioration des soins de la fin de vie : la loi du 9 juin 1999 qui garantit le droit à l'accès aux soins palliatifs ou la loi du 4 mars 2002 portant sur le droit des malades et sur la qualité du système de santé. Enfin, suite aux rapports des députés Jean Leonetti et Alain Claeys, deux nouvelles lois, dont la dernière en février 2016, viennent renforcer les droits des patients en fin de vie³.

Les questions de fin de vie sont des préoccupations de l'opinion publique, comme peut en témoigner la médiatisation de certaines situations, comme celle de Vincent Lambert. En 2013, le Comité Consultatif National d'Éthique a d'ailleurs formé une conférence de citoyens afin de réfléchir sur ces questions de fin de vie. Cette demande sociale met la communauté médicale face à un paradoxe : être le plus efficace possible, pour guérir mais aussi pour accompagner la mort (2).

Outre les soins palliatifs, la psychiatrie de liaison connaît également un développement important. Elle semble mieux acceptée par la communauté médicale, même si sa mise en œuvre reste parfois difficile (3). Bien que la littérature montre l'intérêt de ces équipes de psychiatrie dans la

1 Définition de l'Organisation Mondiale de la Santé à retrouver sur le site de la SFAP, Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs : <http://www.sfap.org/rubrique/definition-et-organisation-des-soins-palliatifs-en-france>

2 Première unité de Soins Palliatifs créée à l'hôpital de la Cité Universitaire en 1987 par le Dr Abiven

3 Loi du 22 avril 2005 : Garantir le droit des malades et de la fin de vie

Loi du 2 février 2016 : Droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie

prise en charge globale des patients, elle montre également qu'elles sont sous-utilisées(4). Les échanges et la collaboration avec les équipes soignantes paraissent pourtant indispensables pour accroître l'efficacité de chacun, par la transmission et l'élaboration de conduites à tenir tant sur le plan clinique que du repérage diagnostique. Il ne s'agit « *pas de faire à la place des équipes mais de les aider à faire* » (5).

En effet, les troubles psychiques sont fréquents chez ces patients hospitalisés en unité de soins palliatifs. Ces troubles sont pourtant souvent sous-diagnostiqués (6), alors qu'ils peuvent avoir un impact négatif sur la qualité de vie du patient ainsi que sur son pronostic (7). L'enjeu est également le repérage précoce de ces troubles mentaux, pour permettre une meilleure prise en charge de ces patients à l'espérance de vie écourtée(8).

La prévalence de la dépression en France est estimée à 7,5%⁴, à 4% dans le monde⁵, et à 15% en services de soins palliatifs(9). L'anxiété est également un symptôme fréquemment retrouvé en médecine, mais son évaluation est difficile. L'anxiété peut être considérée comme résultant de pathologies somatiques et non comme symptôme d'un trouble anxieux ou d'une dépression(10). La confusion est également un symptôme neuro-psychiatrique fréquemment retrouvé en médecine, plus particulièrement chez les patients en fin de vie. Sa prévalence peut être estimée à 85% dans ce contexte(11). Des auteurs ont d'ailleurs montré que près de la moitié des patients qui présentent un cancer ont un trouble psychiatrique, notamment un trouble de l'adaptation ou un trouble dépressif majeur(12). A ces travaux, s'ajoutent d'autres études montrant que ces troubles sont encore plus fréquents pour les patients présentant des cancers avancés (13–15).

4 En 2010, la prévalence de la dépression est estimée à 7,5 % parmi les 15-85 ans en France (Inpes <http://inpes.santepubliquefrance.fr/Barometres/barometre-sante-2010/pdf/SH-depression.pdf>)

5 D'après l'Organisation Mondiale de la Santé, la dépression concerne 300 millions de personnes dans le monde

Enfin, pour savoir quand faire appel au psychiatre, il faut pouvoir discuter de la distinction entre réaction adaptée et trouble psychopathologique. Les outils de dépistage systématique ont pour intérêt d'améliorer la communication entre patients et soignants, et également de permettre à ceux-ci d'orienter vers les professionnels du soin psychique (16).

Les équipes de soins palliatifs ne sont pas systématiquement formées pour faire face à ces troubles. Il n'existe pas de recommandations standardisées concernant le suivi psychiatrique de ces patients. Les dernières recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) datent de 2002 et mettent notamment en exergue l'anxiété et la dépression comme principaux troubles psychiatriques retrouvés dans ces situations de fin de vie. Pour autant, ces recommandations ne donnent pas de marche à suivre aux équipes de soins palliatifs, qui peuvent alors recourir « *au psychologue ou psychiatre (...) pour une meilleure appréciation du diagnostic* » (17).

Cela pose alors la question de la prise en charge de ces patients : l'accompagnement psychologique ne peut se substituer à une prise en charge psychiatrique quand celle-ci s'avère nécessaire. Il existe donc une zone d'ombre dans ces recommandations. Nous savons pourtant que la prise en charge globale de ces patients en fin de vie, en incluant la prise en charge de la détresse et des troubles psychiques s'il y en a, améliore considérablement leur qualité de vie. Dans les années 1980, un nombre important d'études a vu le jour portant sur la prévalence des troubles psychiques en cancérologie, mais sans que la recherche porte spécifiquement sur la fin de vie (18). C'est face à ce constat que des outils de dépistage des troubles psychiques en soins palliatifs et cancérologie ont été mis au point.

Il paraît important de pouvoir dépister de manière efficace les troubles psycho-comportementaux dans cette catégorie de population. Au vu de ces arguments, il semble intéressant d'évaluer la population hospitalisée en situation palliative, afin de proposer un accompagnement psychiatrique complémentaire à l'aide psychologique et aux autres prises en charge de la souffrance morale déjà disponibles au sein des unités de soins palliatifs.

L'objectif principal de cette revue de la littérature est d'effectuer un travail de synthèse permettant de savoir comment dépister au mieux la dépression en soins palliatifs et d'identifier les éléments aidant à son repérage. La définition de la dépression en fin de vie, ses différences avec la tristesse, ainsi que la coordination des services de psychiatrie avec les soins palliatifs apparaissent comme des objectifs secondaires de ce travail.

MÉTHODES

1. Stratégies de recherche bibliographique

Ce travail a été réalisé en suivant les critères méthodologiques PRISMA (19).

Il a été accompli une revue systématique de la littérature incluant des études portant sur le repérage et la définition de la dépression en soins palliatifs.

Les étapes suivantes ont été effectuées : recherche bibliographique dans les bases de données sélectionnées, première sélection réalisée sur les titres et résumés d'articles, puis une deuxième sélection sur lecture des articles dans leur intégralité.

Les bases de données SCIENCE DIRECT, PUBMED, COCHRANE LIBRARY et CAIRN ont été interrogées.

L'équation de recherche suivante a été utilisée : (« troubles psychiatriques » ou « dépression ») et (« fin de vie » ou « soins palliatifs ») pour les recherches en langue française.

Pour les recherches anglophones, nous avons employé les termes : (« psychiatric disorder » or « mental disorder » or « depression ») and (« end of life » or « palliative care » or « terminally ill »).

Les termes employés sont restés volontairement communs, le terme « dépistage » n'a pas été employé, ainsi que le terme « définition », les résultats devenant alors trop restreints.

La recherche bibliographique s'est faite sur deux mois, la dernière ayant été réalisée le 10 août 2018.

Le logiciel ZOTERO a été utilisé pour la gestion des données.

2. Critères d'inclusion et d'exclusion

Les articles originaux publiés entre 1990 et 2018 ont été inclus qu'ils s'agissent de revues de la littérature, d'études quantitatives ou qualitatives. L'essor des soins palliatifs dans les années 1990 dans le monde, et en France⁶, a justifié cet intervalle chronologique.

Les articles inclus devaient être en langue française ou anglaise.

Tous les articles portant sur le repérage, le dépistage, la définition de la dépression en situations palliatives étaient inclus.

Les populations de patients étudiées dans ceux-ci devaient correspondre aux critères suivants : patients dont l'âge est supérieur à 18 ans, suivis en soins palliatifs à travers des hospitalisations en unités ou lits dédiés ou en soins ambulatoires.

Les articles incluant des populations de patients mineurs, ou présentant une démence ont été exclus. Ont également été exclus, les articles ne précisant pas le caractère incurable de la pathologie somatique, c'est-à-dire ne correspondant pas à la problématique de fin de vie. Les articles traitant d'autres troubles psychiatriques que la dépression n'ont pas été pris en compte dans l'analyse décrite ci-après, notamment ceux portant sur les troubles anxieux ou les troubles délirants, ou traitant de la confusion. Enfin, les articles traitant de la prise en charge des troubles dépressifs en soins palliatifs, à travers les traitements médicamenteux ou non, n'ont pas été inclus car cela ne correspondait pas à l'objectif de la revue.

3. Sélection des études

La recherche bibliographique initiale a été réalisée par un chercheur.

⁶ La première unité de soins palliatifs ouvre en 1987 à l'hôpital de la Cité Universitaire à Paris(20)

La première sélection a été faite à partir de la lecture des titres et des résumés des articles, par deux chercheurs, de manière indépendante. Les articles devaient correspondre aux critères d'inclusion et d'exclusion précédemment décrits.

La seconde sélection a été faite après lecture intégrale des textes, par un chercheur, et les articles posant question ont fait l'objet d'une discussion entre les deux chercheurs pour prendre la décision d'inclure ou non l'article dans la revue.

4. Evaluation de la qualité des études

Les études ont été évaluées selon leur degré de qualité grâce à différentes lignes directrices recommandées : les critères STROBE (21) pour les études descriptives, les critères PRISMA(19) pour les revues de la littérature, les critères COREQ (22) pour les études qualitatives.

Ainsi, un score comptabilisant les critères présents pour la qualité de chaque type d'étude a été obtenu. Ce score a un but exclusivement informatif, aucune étude n'ayant été éliminée afin de rester le plus exhaustif possible.

5. Analyse des données

Les données de chaque étude ont été collectées selon le schéma suivant : titre, auteur, année de parution et pays, objectif principal, méthode, principaux résultats, et score de l'étude.

Des tableaux récapitulatifs ont été réalisés pour chaque type d'études : revues de la littérature, études qualitatives, études quantitatives.

Une analyse thématique a ensuite été conduite.

RÉSULTATS

1. Sélection des références

Le diagramme de flux ci-après (figure 1) résume la procédure de sélection des études incluses dans la revue de littérature.

Après application des équations de recherche dans les différents moteurs de recherche, 382 articles ont été analysés : 267 articles provenant de PUBMED, 104 articles provenant de SCIENCE DIRECT, 8 articles provenant de CAIRN et 3 articles de COCHRANE LIBRARY.

Lors de l'étape de sélection des articles sur leur titre et résumé, les avis des lecteurs divergeaient sur 14 articles. Après discussion, il a été décidé d'inclure six de ces articles à l'étape suivante, pour la lecture des articles en texte intégral. Ainsi, le taux de concordance Kappa⁷ calculé entre les deux lecteurs s'élevait à 0,91 à cette étape de la sélection, ce qui correspond à un très bon degré d'accord⁸ (annexe I).

Les articles exclus après lecture intégrale l'ont pour la plupart été par manque de détails sur la population observée, notamment vis-à-vis du caractère palliatif de la condition somatique, pas toujours bien précisé.

7 Le taux de concordance Kappa de Cohen (= coefficient Kappa) permet de mesurer la concordance entre deux observations réalisées par deux juges différents à partir d'un même outil (23)

8 Degré d'accord du taux de concordance selon Landis et Koch(24)

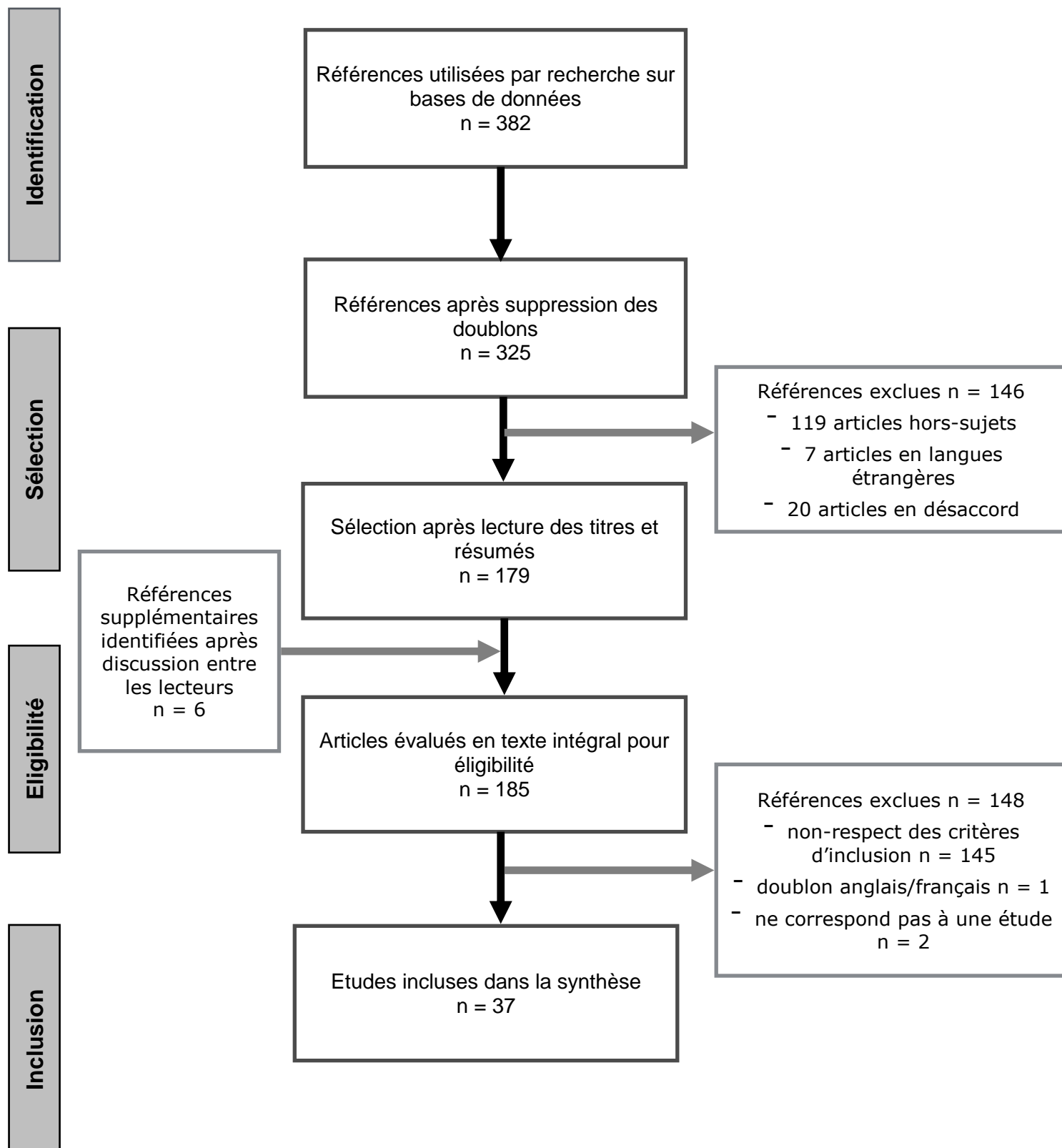


Figure 1 : diagramme de flux

2. Description des études incluses

Parmi les 37 articles retenus, 26 correspondent à des études quantitatives. Pour la plupart il s'agit d'études observationnelles, huit sont des revues de la littérature, méta-analyses ou revues systématiques, et trois correspondent à des études qualitatives.

Comme énoncé dans la partie méthodologie, des tableaux descriptifs ont été réalisés pour chaque type d'étude (voir tableaux 1, 2 et 3 en Annexe II).

Les scores obtenus en listant les critères recommandés attestent de la qualité méthodologique de la recherche. Concernant les trois études qualitatives, ce score évolue entre 63% et 78%, ce qui en fait des études de bonne qualité méthodologique. Les résultats sont plus hétérogènes pour les huit revues de la littérature. Trois d'entre elles sont des revues narratives non systématiques. Pour les autres, incluant notamment des méta-analyses, les scores de qualité oscillent entre 52% et 89%. Parmi les études quantitatives, l'évaluation d'un score de qualité selon les critères STROBE a représenté une difficulté conséquente : certains critères méthodologiques n'étant pas retrouvés explicitement dans les études. Le score de qualité varie ainsi de 45% à 81%. Aucun essai contrôlé randomisé n'a été inclus.

Enfin, les pays représentés dans cette revue sont variés, la majorité des études est européennes, dont une seule étude française, les autres sont nord-américaines et dans une moindre mesure japonaises et australiennes.

3. Le dépistage de la dépression

L'analyse descriptive des études sélectionnées a permis de dégager plusieurs thèmes : la prévalence du trouble dépressif en soins palliatifs, les méthodes de dépistage et de repérage de ce trouble à l'aide d'outils de mesure et de considérations pratiques de soignants, et enfin l'identification de facteurs de risque de dépression dans ce contexte particulier.

3.1. La prévalence de la dépression en situation palliative

A travers la sélection d'articles effectuée dans cette revue, il apparaît que la prévalence de la dépression en situation palliative est très variable selon les études. Si une prévalence moyenne de 15% semble être retenue (9), elle oscille entre 6,7% (25), 19,9% (26), 20,7% (27) et 47,6% (28) selon les études incluses dans cette revue.

Il ne semble pas exister de variation de la prévalence du trouble dépressif en fonction de la prise en charge palliative du patient, qu'il soit pris en charge en unité de soins palliatifs, lits identifiés palliatifs ou en hospitalisation au domicile(29). La méta-analyse de Mitchell et al , ne montre pas de différence significative de la prévalence de la dépression selon que le patient soit pris en charge en soins palliatifs ou oncologiques(9).

Par ailleurs, l'évolution de la prévalence du trouble dépressif au cours du temps fait également débat. Rayner et al montrent une évolution de 11% du taux de prévalence de la dépression lors d'une réévaluation à quatre semaines (26). Lloyd et al montrent quant à lui une stabilité du score de dépression à 12 semaines, le trouble étant évalué par auto-questionnaires (30). L'étude de Meyer et al qui a justement pour objectif d'évaluer la modification dans le temps de l'état dépressif, par des entretiens mensuels pendant 6 mois, ne donne pas de conclusion claire, l'échantillon de patients devenant trop petit (31). Il apparaît toutefois important de réévaluer l'occurrence des troubles au cours du temps.

Enfin, la qualité méthodologique des études de prévalence sur ce thème pose question. C'est ce que soulèvent Reeve et al dans sa revue de littérature (32). Les populations de

patients sont souvent très limitées, les résultats étant alors peu généralisables. La variabilité des méthodes de dépistage peut en partie expliquer ces grandes différences de prévalence. La revue de littérature conduite par Hotopf et al montre une prévalence allant de 5 à 26% lorsque le trouble dépressif est dépisté par entretiens cliniques, standardisés ou non, et de 29% lorsqu'il est dépisté par une échelle comme l'Hospital Anxiety and Depression Scale⁹ (HADS)(33).

3.2. Les méthodes de dépistage

Comme énoncé précédemment, les méthodes de dépistage du trouble dépressif en soins palliatifs sont très hétérogènes.

Irving et al, dans leur revue narrative, énumèrent les différents outils à disposition des équipes : l'HADS, l'Edinburgh Depression Scale (EDS), la Brief Edinburgh Depression Scale (BEDS)¹⁰(annexe III), les questions simples, qu'ils opposent à ce qui doit rester le « gold-standard » en matière de diagnostic, l'entretien clinique, standardisé ou non (6). La revue systématique conduite par l'équipe de Wasteson, retrouve 106 méthodes différentes d'évaluation de la dépression, l'HADS étant l'outil le plus utilisé en Europe (35). Cette revue étaye au contraire le fait que le dépistage, voire le diagnostic, de la dépression en fin de vie, se fait par le biais d'échelles et non d'entretiens cliniques standardisés. Ainsi, des critères pourtant majeurs du trouble dépressif ne sont pas pris en compte dans ces évaluations. Il s'agit notamment des critères de durée des symptômes et de retentissement sur le fonctionnement

9 L'échelle HAD est un instrument qui permet de dépister les troubles anxieux et dépressifs. Sept questions se rapportent à l'anxiété (total A) et sept autres à la dimension dépressive (total D), permettant ainsi l'obtention de deux scores (annexe III)

10 L'échelle BEDS est la version écourtée de l'EDS, passant de 10 questions à 6(34)

du patient, pourtant présent dans le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) (annexe V).

Concernant l'HADS, l'étude de Lloyd et al conclut à une absence de recommandation de cet outil en soins palliatifs, avec une sensibilité de 68% et une spécificité de 67% pour son score total (13). L'inverse est expliqué dans l'étude de Le Fèvre et al. En effet, celui-ci montre qu'il n'existe pas de différence significative entre le dépistage de la dépression par l'HADS et le dépistage par des entretiens cliniques standardisés selon le General Health Questionnaire (GHQ)-12¹¹ (annexe III) (36). Ces études sont par ailleurs de qualité méthodologique similaire, portant sur de petits échantillons de patients. Enfin, concernant la validité de l'HADS, la méta-analyse réalisée par Mitchell et al retrouve une sensibilité de 82% et une spécificité de 77%, avec des résultats plus fiables pour les situations de cancérologie non palliatives (37).

Les autres outils d'aide au dépistage du trouble dépressif recensés dans cette revue sont :

- L'Edmonton Symptom Assessment System (ESAS¹²)(annexe III), qui semble être plus adaptée au dépistage de la détresse émotionnelle qu'au trouble dépressif (38)
- L'Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS¹³)(annexe III), qui présente une sensibilité de 81% et une spécificité de 79% pour le trouble dépressif. Cet outil n'inclut pas les symptômes physiques et les remplace par la recherche du sentiment de désespoir, d'inutilité, de culpabilité (39)

11 Il s'agit d'un auto-questionnaire en 12 items

12 C'est une échelle d'auto-évaluation des symptômes les plus courants en soins palliatifs : douleur, dyspnée, fatigue, somnolence, appétit, anxiété, déprime, bien-être et autres symptômes éventuels. L'échelle ESAS se présente sous forme visuelle analogique, numérique ou verbale.

13 Il s'agit d'un auto-questionnaire en 10 items, initialement destiné au post-partum

- L'Echelle Visuelle Analogique, comparée à une échelle d'auto-évaluation (40)
- La question simple « êtes-vous déprimé ? » d'après l'étude de Chochinov et al retrouvait une sensibilité et une spécificité de 100%, ce qui en ferait un outil de choix (41). Cela est remis en question par des études plus récentes. Lloyd et al retrouvent une sensibilité de 55% et une spécificité de 74%, pour une étude de qualité méthodologique équivalente (42). Pour Warmenhoven et al, la question simple comparée à un gold-standard montre également une sensibilité et une spécificité plus faible (50 % et 94% respectivement) (43). La subjectivité de cette question se pose, même si l'aspect pratique, rapide et acceptable de cet outil paraît intéressant.
- L'association de deux questions simples : « êtes-vous déprimé ? » et « avez-vous perdu de l'intérêt pour les choses qui d'habitude vous font plaisir ? », retrouve une sensibilité de 90,7% et une spécificité de 67,7%. L'association de ces deux questions semble plus performante pour le repérage des troubles dépressifs, même s'il convient de pouvoir associer un entretien clinique spécifique en cas de réponse positive (44). La méta-analyse de Mitchell et al sur ce dépistage en une ou deux questions simples, versus un entretien clinique standardisé, conclut à une sensibilité de 91% et une spécificité de 86% lorsqu'elles sont associées (45). Les questions simples servent à une première orientation, même s'il n'existe pas de méthode de dépistage fiable.

Une étude originale propose un algorithme pour le dépistage de la dépression en soins palliatifs (46). Il s'agit d'une étude australienne, pays où les échelles ne sont pas utilisées fréquemment en routine (47). Elle a l'intérêt de montrer l'acceptabilité de cet algorithme par les équipes de soins palliatifs et propose un arbre décisionnel pour le repérage et la prise en charge du trouble dépressif en fin de vie (annexe VI).

Par ailleurs, une étude anglaise portant sur 134 médecins travaillant en soins palliatifs montre que 73% de ces médecins évaluent systématiquement la dépression, près de la moitié sans utiliser d'échelle. Quand une échelle est utilisée, il s'agit de l'HADS dans 27% des cas et de la question simple dans 10% (48). Une étude de qualité similaire observant les pratiques des médecins de soins palliatifs australiens et néo-zélandais montre que 57,1% évaluent systématiquement l'humeur et que 98,9 % le font par le biais d'entretiens cliniques selon les critères du DSM IV. Ces médecins utilisent très peu les échelles, et la question simple l'est dans une moindre mesure (47). Une étude française montre quant à elle les bonnes connaissances de la symptomatologie dépressive qu'ont les médecins de soins palliatifs (49). Dans cette étude, le défaut de repérage des troubles dépressifs s'expliquerait plutôt par les contraintes environnementales, le manque de temps et le manque de moyens, que par les lacunes théoriques.

Des difficultés à l'évaluation du trouble dépressif sont fréquemment rapportées. Les auteurs évoquent un accès difficile aux services de psychiatrie, une difficulté à faire la distinction entre la tristesse et le trouble dépressif (43,47-50). Ces considérations sont partagées par la communauté scientifique mondiale.

Enfin, la conceptualisation même de la dépression en soins palliatifs, par les psychiatres eux-mêmes, n'est pas claire (51). Il semble coexister plusieurs conceptualisations différentes de ce terme, cela sera abordé dans la discussion. Ces disparités d'évaluation et de conception de la dépression peuvent potentiellement expliquer les différences de taux de prévalence (35).

3.3. Les facteurs précipitants de la dépression en situation palliative

Les études sélectionnées ont, pour certaines, essayé de mettre en avant des facteurs de risque de dépression en situation de fin de vie, pouvant permettre une aide au repérage des troubles.

La revue qualitative de Reeve et al avait cet objectif, à travers l'observation d'études de prévalence, mais n'a pas retrouvé d'appariement significatif (32). Développer un « index pronostic » qui inclurait les symptômes dépressifs, les facteurs de risques et les besoins des patients, pourrait être pertinent dans l'aide au repérage des troubles psychiatriques. La méta-analyse de Mitchell et al conclue également à l'absence de preuve permettant de mettre à jour une corrélation entre le risque de dépression, l'âge, le sexe, et le contexte clinique, notamment le type de cancer présenté par le patient (9).

Pourtant d'autres facteurs sont identifiés, bien qu'il n'y ait pas de preuve suffisante pour évoquer le terme « facteur de risque », la plupart de ces études portant sur de trop petits échantillons.

Les facteurs précipitants l'épisode dépressif dans le contexte de la fin de vie peuvent être :

- l'impression d'être devenu un fardeau pour son entourage (25)
- un faible soutien social (25,27)
- une échelle de performance basse¹⁴ (25,27,29) qui augmenterait également le risque d'avoir des idées suicidaires (53)
- un âge « jeune », sans limite d'âge fixée (27,29)
- une mauvaise qualité de vie (28)
- la non-appartenance à un culte (27)
- la dépendance physique pour les hommes (53)
- des idées suicidaires prolongées et intenses (54,55)

14 Représenté généralement par l'indice de Karnofsky : échelle qui permet d'évaluer le degré d'autonomie et de dépendance du patient (52) (annexe IV)

Le genre n'est pas statiquement corrélé au risque de dépression (27), pas plus que les symptômes physiques non contrôlés (56). Ainsi, c'est plutôt l'absence de symptôme physique qui serait corrélé à l'absence d'épisode dépressif (VPN > 80%) (26).

Enfin, l'expérience subjective de patients en fin de vie ayant présenté une dépression dans ce contexte est intéressante. En effet, ces patients ont présenté des symptômes typiques de dépression comme la tristesse et l'anhédonie. Comme attendu, les troubles des fonctions instinctuelles habituellement recherchés sont difficilement distinguables des troubles occasionnés par la maladie somatique. Mais ces patients font également état de sentiments de désespoir et d'isolement social de façon répétée dans leur discours, ce qui n'est pas recherché par nos classifications type DSM (57).

DISCUSSION ET CONCLUSION

1. Force et faiblesse de la revue

La méthodologie PRISMA a été suivie pour la rédaction de cette revue. Tous les critères n'ont pu être remplis, bien que deux lecteurs se soient concertés tout au long de la sélection des références, un seul lecteur s'est chargé de la lecture intégrale des articles.

La première analyse des données est peu spécifique puisqu'il n'a pas eu de terme MeSH¹⁵ adéquat retrouvé pour le terme « dépistage » en anglais. Ainsi, il a été constaté un grand taux d'exclusion d'articles sur leur titre et résumé, ce qui a pu contribuer à la perte de données en rapport avec le sujet. Un nombre trop important de mots-clefs lors de la recherche initiale aurait pu diluer les études pertinentes. Une grande quantité d'études portait notamment sur la dépression en cancérologie, donc sans condition stricte de fin de vie. Les études portant sur les cancers incurables ont tout de même été incluses, lorsque le caractère palliatif était précisé dans l'article, que ce soit à travers la prise en charge palliative, ou des données sur l'espérance de vie.

Il est important de préciser qu'il n'y a pas eu de travaux de thèse inclus, et la plupart des publications identifiées datent de plus de dix ans, ce qui témoigne de la faiblesse de la recherche dans ce domaine.

Même si une approche systématique a été faite pour limiter le risque de biais, un biais de sélection, et notamment de publication, ainsi qu'un biais attribuable à la langue de publication peut exister. En effet, des résultats non spécifiques et la non-inclusion de la littérature grise peuvent altérer les résultats. De plus, des études portant sur des populations

15 Medical Subjects Headings, terme permettant la formulation de l'équation de recherche

de patients présentant des « cancers avancés » ont été incluses, bien que les précisions sur l'incurabilité du cancer ou l'espérance de vie n'y fussent pas très bien définies.

La revue systématique portant sur le repérage du trouble dépressif en situation de fin de vie a tout de même permis de mettre en évidence une grande hétérogénéité entre les études, notamment sur les méthodes de dépistage de la dépression et de sa définition.

Les différentes études incluses dans cette revue ont fait l'objet d'une évaluation par des scores (COREQ, PRISMA et STROBE). Ceux-ci ont été utilisés compte tenu du consensus de la communauté médicale à leur sujet et de leur utilisation pour des travaux de thèses.

Les travaux retenus sont de qualités variables, et aucun essai contrôlé n'a pu être inclus dans la revue. Il n'a pas été fait de travail exhaustif sur les biais spécifiques à chaque étude, pourtant quelques biais ont été facilement repérables :

- un biais de sélection : l'exclusion des patients présentant des troubles cognitifs par exemple peut expliquer la faible taille des échantillons étudiés. Les études sur des populations de patients en soins palliatifs portent le plus souvent sur de petits échantillons. Outre les critères d'inclusion, se pose également le problème du suivi avec de nombreux perdus de vue dus aux décès. L'étude de Meyer et al, portant sur l'évolution des symptômes dépressifs dans cette catégorie de population, n'a d'ailleurs pu avoir de conclusion en raison d'une perte trop importante de patients (31).
- un biais d'information et notamment biais de diagnostic : peu d'informations retrouvées sur le diagnostic final, pas de méthode diagnostique recommandée

La plupart des études portait donc sur des populations de patients atteints de cancers incurables, avancés, et la plupart ne faisait pas de distinction avec les pathologies chroniques terminales. Pourtant, ces différences de contexte peuvent être à l'origine de stratégies de deuils, ou de résilience différentes et avoir un potentiel impact sur l'émergence de troubles psychiatriques, notamment dépressifs.

Comme vu précédemment, les publications sont mondiales. Les résultats pour chaque étude sont alors à considérer en fonction de l'origine, les moyens n'étant pas les mêmes partout. Ainsi, en Grande-Bretagne, il ne semble pas exister de formation à la psycho-oncologie par exemple (48). Les considérations et croyances liées à la mort peuvent également être sensiblement différentes d'un pays à un autre, ces différences pourraient être étudiées. La mort est universelle mais la réponse au deuil qu'elle induit peut être influencée par les différences culturelles et religieuses. La manière de réagir face à la maladie en général peut dépendre du contexte culturel (58). Il est également à noter que notre revue n'a retrouvé que des études réalisées dans des pays occidentaux, les conclusions ne peuvent donc pas être généralisées à l'ensemble de la population mondiale.

2. La complexe définition de la dépression en fin de vie et son impact sur son dépistage

La prévalence de la dépression en fin de vie est donc variable. Les différences de dépistage selon les pays, la population différemment caractérisée (cancers avancés, fin de vie, soins palliatifs), l'utilisation de critères flous pour définir le trouble dépressif peuvent contribuer à cette inconstance.

Actuellement, la notion de soins palliatifs précoces pourrait également avoir un impact dans le dépistage et la prévalence de ce trouble. Des études montrent que cela pourrait en effet réduire le taux de dépression dans cette catégorie de population (59). Le plan soins palliatifs révisé par la HAS en décembre 2016 reprend également cette idée¹⁶.

16 « Les soins palliatifs ne se limitent pas aux soins des derniers jours ou dernières semaines de vie mais peuvent être administrés précocement dans l'évolution d'une maladie grave, en phase avancée, d'évolution fatale, pour améliorer la qualité de vie du patient et celle de ses proches »

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-12/mc_247_lesessentiel_demarche_palliative_coi_2016_12_07_v0.pdf

L'hétérogénéité des méthodes de dépistage contribue à amplifier la variabilité de la prévalence de la dépression dans cette population. Certains auteurs évoquent le risque de majorer à tort la présence de ce trouble si les symptômes physiques sont inclus dans les méthodes de dépistage scalaires. L'utilisation de seuils de détection bas pour ces échelles peut également y contribuer (14).

Le chevauchement de la symptomatologie dépressive habituelle avec la présence des symptômes physiques de la maladie a amené certains auteurs à réfléchir sur une autre manière de dépister le trouble dépressif dans ce contexte de la fin de vie. Endicott notamment, propose la substitution des symptômes somatiques retrouvés dans la dépression par des symptômes psychologiques¹⁷ (60).

La difficulté du repérage du trouble dépressif en soins palliatifs est ainsi fréquemment rapportée par les équipes de soins (6). L'utilisation d'outils de dépistage apporte une aide mais ne peut pas se substituer à un entretien clinique pour le diagnostic du trouble. L'entretien clinique est considéré comme le « gold-standard », l'examen de référence, bien qu'il possède aussi une part de subjectivité, propre à beaucoup d'examens médicaux.

Concernant les équipes de soins, nombreuses sont celles qui rapportent un manque de formation dans le repérage des troubles mentaux, un manque de confiance dans ce type de pratique, ne permettant pas un dépistage correct du trouble dépressif (43,47). De fausses croyances ont également la vie dure, la dépression étant considérée par certains comme une réaction normale à la situation de fin de vie, ou de vieillesse, et contre laquelle rien ne peut être fait (48). On retrouve une tendance à sous-diagnostiquer la dépression au profit de réactions de tristesse (31). La peur d'évoquer les idées suicidaires avec le patient, avec la

17 Symptômes somatiques : perte ou gain de poids significatif, insomnie ou hypersomnie, perte d'énergie et fatigue, trouble de la concentration

Symptômes psychologiques : posture dépressive du corps, angoisse, tristesse, retrait social, pessimisme, apitoiement sur soi-même, impossibilité à reprendre courage

croyance d'en créer s'il n'en avait pas, est aussi retrouvée dans certaines équipes de soins (31). Enfin, la difficulté d'accès au service de psychiatrie semble également être une réalité, empêchant dans certaines unités la confirmation rapide d'une suspicion diagnostique de trouble dépressif (48).

Du côté des patients également il existe des freins à ce repérage. En effet, par culpabilité, honte, peur de faire perdre leur temps aux équipes de soins, la plupart des patients expérimentant des symptômes dépressifs n'en parleront pas spontanément (57). Ces sentiments et ce vécu interne péjoratif et négatif sont, par ailleurs, des manifestations propres à la dépression.

Il existe également une absence de consensus sur la définition de la dépression en fin de vie. La définition de l'épisode dépressif telle que décrite dans le DSM 5 (annexe V), n'est pas forcément celle prise en compte par les auteurs dans études incluses ici. La difficulté à faire la différence entre tristesse normale et réactionnelle et épisode dépressif est mise en avant par les soignants dans certaines études (31,33,43,47,48,61).

Le trouble dépressif peut être approché de différentes manières : approche catégorielle, le classant comme un syndrome, pathologique ; mais également, approche dimensionnelle, comme l'expression d'un symptôme, d'une « humeur dépressive » par exemple (35). Il s'agit de distinguer la maladie dépressive, des réactions dépressives (51). Autrement dit, de pouvoir distinguer l'épisode dépressif caractérisé et le trouble de l'adaptation d'après la Classification Internationale des Maladies (CIM) ou le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM).

Analyser les critères de différence entre douleur morale et tristesse de l'humeur, pour faire le diagnostic d'épisode dépressif, n'est pas chose aisée, compte tenu du chevauchement important de ces symptômes (62). Le retrait social et l'évitement doivent évoquer la présence d'une douleur morale importante, et faire rechercher un épisode dépressif, bien que cela ne soit

pas associé systématiquement. Le dépistage de la douleur morale n'en reste pas moins important, car cela est associé à un risque plus important d'idées suicidaires (62).

Pour E. Kübler-Ross il s'agit de distinguer la dépression réactionnelle, due aux pertes, et alimentée par un sentiment d'inutilité et de dévalorisation, de la dépression de préparation ou « chagrin préparatoire » (« preparatory grief ») qui fait alors référence aux problématiques de deuil, de séparation, de la prise de conscience par le patient de ce qui l'attend et de sa finitude (63).

Cette notion de « *deuil préparatoire* », deuil de ses capacités physiques et mentales, de sa propre vie, rejoint la notion de désespoir. Il s'agit d'un élément psychologique important pour comprendre l'adaptation au stress et à la maladie. Le désespoir peut être un facteur de risque de suicide et peut être impliqué dans la genèse du trouble dépressif (58).

Certains auteurs font également le rapprochement entre douleur morale et démoralisation (64). Le syndrome de démoralisation, défini par Kissane et al, comporte les symptômes suivants (65):

- une réaction psychologique normale,
- une humeur normale si distraction et détournement du facteur stressant,
- une humeur triste si confrontation à la situation stressante ou génératrice de tristesse,
- la préservation du plaisir, de la motivation, de l'envie de faire des choses lors du présent, mais pas pour le futur,
- le maintien du plaisir de consommation, la perte du plaisir anticipatoire,
- le maintien de l'élaboration de projets au présent, mais pas au futur,
- une interaction possible avec l'environnement mais sans enthousiasme,
- pas de ralentissement moteur,

- des idéations suicidaires fluctuantes

Ainsi, l'humeur dépressive, le deuil préparatoire, ou encore le syndrome de démoralisation sont des entités distinctes. Le défi consiste donc à les différencier du syndrome dépressif, qui correspond, lui, à un état pathologique. La prise en charge de ces troubles notamment, non abordée ici, s'en trouve différente.

La fluctuation d'un état à l'autre justifie également une réévaluation fréquente de l'humeur des patients. De plus, évaluer et réévaluer l'humeur permet de poursuivre la discussion avec le patient à propos de son état mental (66), d'établir un lien de confiance qui lui permettra d'aborder ce sujet alors qu'il est souvent source de honte et de culpabilité (57).

Par ailleurs, la question de la particularité de la dépression en situation de fin de vie peut se poser. Dans cette situation, en dehors de la différenciation plus difficile de la symptomatologie physique qui devient difficile à distinguer de la pathologie somatique, existerait-il une entité clinique à part entière ? (51)

3. Perspectives et implications pour la pratique

En 2011, l'EPCRC¹⁸ a publié des recommandations de bonnes pratiques à destination des médecins de soins palliatifs sur la prise en charge de la dépression. Ces recommandations proposent trois axes de réflexion (67). Le premier se focalise sur la prévention des troubles dépressifs, en améliorant la communication avec le patient, se recentrant sur les émotions ressenties, et en développant les soins palliatifs précoces. Le deuxième axe de réflexion évoque la détection des troubles dépressifs. Il propose alors de prioriser les symptômes émotionnels sur les symptômes physiques, de s'aider d'outils d'aide au dépistage, sans pour autant préciser lesquels du fait de l'absence de preuve suffisante concernant leur capacité de repérage. Enfin,

18 The European Palliative Care Research Collaborative, dépend de l'European Association of Palliative Care

la réévaluation régulière de la thymie semble être primordiale. Le troisième axe de réflexion porte sur la prise en charge du trouble dépressif, qui n'a pas été abordée dans cette revue.

Finalement, la question de l'intervention au bon moment d'un psychiatre pour améliorer la prise en charge de la douleur morale et le repérage des troubles dépressifs, ainsi que le questionnement autour de la coordination des services de psychiatrie avec les équipes de soins palliatifs, se posent toujours.

L'hétérogénéité des méthodes de dépistage, de la définition même du trouble dépressif pour les services de cancérologie ou soins palliatifs, atteste du manque de consensus sur le sujet, et ne permet pas de répondre à ces questions.

Par ailleurs, certaines équipes proposent des arbres décisionnels, des conduites à tenir, propres à leur fonctionnement, mais qui ne sont pas validés par des études (annexes VII et VIII).

Si la recherche en psychiatrie sur ce sujet se montre assez pauvre, la recherche en soins palliatifs présente également ses limites. Les tailles d'échantillons restreintes, le manque de preuve et de recherche sur les outils d'évaluation, le peu d'essais contrôlés ne permettent pas de généraliser les résultats. La recherche en soins palliatifs peut être victime de préjugés vis-à-vis des patients en fin de vie et ainsi parfois soumise à des contrôles éthiques spécifiques. Par crainte d'importuner ces patients, certaines instances limitent la possibilité de recherche. Pourtant ces patients se montrent intéressés par ces études et en tirent des bénéfices (67). La littérature reste également pauvre concernant la recherche approfondie sur l'évaluation des troubles de l'adaptation et des distinctions avec un état dépressif, pathologique.

La formation des équipes soignantes au repérage des troubles psychiatriques en fin de vie semble également primordiale. Si en France, la psycho-oncologie est développée, cela ne semble pas être le cas partout.

Il paraît important de pouvoir définir, en équipes, les objectifs de prise en charge psychiatrique, ou psychologique, pour ces patients en fin de vie, à travers par exemple l'élaboration d'un protocole propre à chaque service. Ce protocole peut faire état des outils de dépistage à disposition des équipes de soins palliatifs, en fonction de leurs moyens et de leur sensibilité. Il paraît important que les outils décrits dans cette revue soient proposés aux équipes, afin qu'elles choisissent le(s) quel(s) correspond(ent) le mieux à leurs pratiques. Cette discussion entre équipes de soins palliatifs et de psychiatrie semble primordiale pour travailler en coopération, et semble propre à chaque service. Ainsi, un protocole détaillé pour savoir quand faire appel au psychiatre peut être mis en place. La place du staff multidisciplinaire, où peut être présent le psychiatre, constitue une piste intéressante, notamment pour évoquer les situations cliniques complexes.

Dépister et réévaluer l'humeur paraissent nécessaires. Le travail en collaboration étroite entre les services de psychiatrie et de soins palliatifs pour les cas complexes est primordial. Il ne semble pas réaliste de s'attendre à un état de « *détresse psychologique zéro* » (68) face à la mort.

BIBLIOGRAPHIE

1. Aubry R. ETAT DES LIEUX DU DEVELOPPEMENT DES SOINS PALLIATIFS EN FRANCE EN 2010. 2011 avr. (Comité National de Suivi du Développement des Soins Palliatifs).
2. Billé M. Mourir : un droit et un besoin? In: Prendre soin de ceux qui ne guériront pas [Internet]. [cité 18 nov 2018]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/prendre-soin-de-ceux-qui-ne-gueriront-pas--9782749249926.htm>
3. Chocard A-S, Malka J, Tourbez G, Duverger P, Gohier B, Garré J-B. Psychiatrie de liaison. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* oct 2005;163(8):691-6.
4. Chen KY, Evans R, Larkins S. Why are hospital doctors not referring to Consultation-Liaison Psychiatry? – a systemic review. *BMC Psychiatry* [Internet]. déc 2016;16(1). Disponible sur: <http://bmcpsy psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-016-1100-6>
5. Cottencin O, Versaevel C, Goudemand M. Pour une vision systémique de la psychiatrie de liaison. *L'Encéphale.* juin 2006;32(3):305-14.
6. Irving G, Lloyd-Williams M. Depression in advanced cancer. *Eur J Oncol Nurs.* déc 2010;14(5):395-9.
7. Reich M. Les troubles psychiatriques en soins palliatifs et en fin de vie. *Presse Médicale.* avr 2015;44(4):442-55.
8. Durkin I, Kearney M, O'Siorain L. Psychiatric disorder in a palliative care unit. *Palliat Med.* mars 2003;17(2):212-8.
9. Mitchell AJ, Chan M, Bhatti H, Halton M, Grassi L, Johansen C, et al. Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *Lancet Oncol.* févr 2011;12(2):160-74.
10. 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.
11. Massie. Delirium in terminally ill cancer patients. *Am J Psychiatry.* août 1983;140(8):1048-50.
12. Derogatis LR. The Prevalence of Psychiatric Disorders Among Cancer Patients. *JAMA J Am Med Assoc.* 11 févr 1983;249(6):751.
13. Lloyd-Williams M, Friedman T, Rudd N. An Analysis of the Validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale as a Screening Tool in Patients with Advanced Metastatic Cancer. *J Pain Symptom Manage.* déc 2001;22(6):990-6.

14. Chochinov. Prevalence of depression in the terminally ill: effects of diagnostic criteria and symptom threshold judgments. *Am J Psychiatry*. avr 1994;151(4):537-40.
15. Breitbart W, Strout D. DELIRIUM IN THE TERMINALLY ILL. *Clin Geriatr Med*. mai 2000;16(2):357-72.
16. Association Francophone des Soins Oncologiques de Support. Critères d'orientation : Qui, quand et pourquoi orienter vers les psychologues/psychiatres ? 2016.
17. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Modalités de prises en charge de l'adulte nécessitant des soins palliatifs. 2002.
18. Breitbart W, Bruera E, Chochinov H, Lynch M. Neuropsychiatric syndromes and psychological symptoms in patients with advanced cancer. *J Pain Symptom Manage*. févr 1995;10(2):131-41.
19. Gedda M. Traduction française des lignes directrices PRISMA pour l'écriture et la lecture des revues systématiques et des méta-analyses. *Kinésithérapie Rev*. janv 2015;15(157):39-44.
20. Mino J-C, Frattini M-O. Les soins palliatifs en France : « mettre en pratiques » une politique de santé. *Rev Fr Aff Soc*. 2007;(2):137-56.
21. Gedda M. Traduction française des lignes directrices STROBE pour l'écriture et la lecture des études observationnelles. *Kinésithérapie Rev*. janv 2015;15(157):34-8.
22. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinésithérapie Rev*. janv 2015;15(157):50-4.
23. Santos F. Le kappa de Cohen : un outil de mesure de l'accord inter-juges sur des caractères qualitatifs. 2018;5.
24. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*. mars 1977;33(1):159-74.
25. Akechi T, Okuyama T, Sugawara Y, Nakano T, Shima Y, Uchitomi Y. Major Depression, Adjustment Disorders, and Post-Traumatic Stress Disorder in Terminally Ill Cancer Patients: Associated and Predictive Factors. *J Clin Oncol*. 15 mai 2004;22(10):1957-65.
26. Rayner L, Lee W, Price A, Monroe B, Sykes N, Hansford P, et al. The clinical epidemiology of depression in palliative care and the predictive value of somatic symptoms: Cross-sectional survey with four-week follow-up. *Palliat Med*. avr 2011;25(3):229-41.
27. Wilson KG, Chochinov HM, Graham Skirko M, Allard P, Chary S, Gagnon PR, et al. Depression and Anxiety Disorders in Palliative Cancer Care. *J Pain Symptom Manage*. févr 2007;33(2):118-29.
28. Bužgová R, Jarošová D, Hajnová E. Assessing anxiety and depression with respect to the quality of life in cancer inpatients receiving palliative care. *Eur J Oncol Nurs*. déc 2015;19(6):667-72.
29. Austin P, Wiley S, McEvoy PM, Archer L. Depression and anxiety in palliative care inpatients compared with those receiving palliative care at home. *Palliat Support Care*. déc 2011;9(04):393-400.

30. Lloyd-Williams M, Riddleston H. The Stability of Depression Scores in Patients Who Are Receiving Palliative Care. *J Pain Symptom Manage.* déc 2002;24(6):593-7.
31. Meyer HAM, Sinnott C, Seed PT. Depressive symptoms in advanced cancer. Part 2. Depression over time; the role of the palliative care professional. *Palliat Med.* oct 2003;17(7):604-7.
32. Reeve J, Lloyd-Williams M, Dowrick C. Revisiting depression in palliative care settings: the need to focus on clinical utility over validity. *Palliat Med.* juin 2008;22(4):383-91.
33. Hotopf M, Chidgey J, Addington-Hall J, Lan Ly K. Depression in advanced disease: a systematic review Part 1. Prevalence and case finding. *Palliat Med.* 2002;16:81-97.
34. Rhondali W, Perceau E, Saltel P, Girard R, Filbet MJ. [Translation and validation of Brief Edinburgh Depression Scale (BEDS) in French]. *Bull Cancer (Paris).* 2011;98(2):199-208.
35. Wasteson E, Brenne E, Higginson IJ, Hotopf M, Lloyd-Williams M, Kaasa S, et al. Depression assessment and classification in palliative cancer patients: a systematic literature review. *Palliat Med.* déc 2009;23(8):739-53.
36. Le Fevre P, Devereux J, Smith S, Lawrie SM, Cornbleet M. Screening for psychiatric illness in the palliative care inpatient setting: a comparison between the Hospital Anxiety and Depression Scale and the General Health Questionnaire-12. *Palliat Med.* juill 1999;13(5):399-407.
37. Mitchell AJ, Meader N, Symonds P. Diagnostic validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in cancer and palliative settings: A meta-analysis. *J Affect Disord.* nov 2010;126(3):335-48.
38. Brenne E, Loge JH, Lie H, Hjermstad MJ, Fayers PM, Kaasa S, et al. The Edmonton Symptom Assessment System: Poor performance as screener for major depression in patients with incurable cancer. *Palliat Med.* juin 2016;30(6):587-98.
39. Lloyd-Williams M, Friedman T, Rudd N. Criterion Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale as a Screening Tool for Depression in Patients with Advanced Metastatic Cancer. *J Pain Symptom Manage.* oct 2000;20(4):259-65.
40. Sela RA. Screening for depression in palliative cancer patients attending a pain and symptom control clinic. *Palliat Support Care [Internet].* sept 2007;5(03). Disponible sur: http://www.journals.cambridge.org/abstract_S1478951507000375
41. Chochinov H. « Are you depressed? » Screening for depression in the terminally ill. *Am J Psychiatry.* mai 1997;154(5):674-6.
42. Lloyd-Williams M. Is asking patients in palliative care, « Are you depressed? » appropriate? Prospective study. *BMJ.* 16 août 2003;327(7411):372-3.
43. Warmenhoven F, van Rijswijk E, Engels Y, Kan C, Prins J, van Weel C, et al. The Beck Depression Inventory (BDI-II) and a single screening question as screening tools for depressive disorder in Dutch advanced cancer patients. *Support Care Cancer.* févr 2012;20(2):319-24.

44. Payne A, Barry S, Creedon B, Stone C, Sweeney C, O' Brien T, et al. Sensitivity and specificity of a two-question screening tool for depression in a specialist palliative care unit. *Palliat Med.* avr 2007;21(3):193-8.
45. Mitchell AJ. Are one or two simple questions sufficient to detect depression in cancer and palliative care? A Bayesian meta-analysis. *Br J Cancer.* juin 2008;98(12):1934-43.
46. Robinson JA, Crawford GB. Identifying palliative care patients with symptoms of depression: an algorithm. *Palliat Med.* juin 2005;19(4):278-87.
47. Porche K, Reymond L, Callaghan JO, Charles M. Depression in palliative care patients: a survey of assessment and treatment practices of Australian and New Zealand palliative care specialists. *Aust Health Rev.* 2014;38(1):44.
48. Lawrie I, Lloyd-Williams M, Taylor F. How do palliative medicine physicians assess and manage depression. *Palliat Med.* avr 2004;18(3):234-8.
49. Rhondali W, Perceau E, Saltel P, Trillet-Lenoir V, Blay J-Y, Fournel-Federico C, et al. Depression assessment by oncologists and palliative care physicians. *Palliat Support Care.* déc 2012;10(04):255-63.
50. Hallford DJ, McCabe MP, Mellor D, Davison TE, Goldhammer DL. Depression in palliative care settings: The need for training for nurses and other health professionals to improve patients' pathways to care. *Nurse Educ Today.* juill 2012;32(5):556-60.
51. Ng F, Crawford GB, Chur-Hansen A. Depression means different things: A qualitative study of psychiatrists' conceptualization of depression in the palliative care setting. *Palliat Support Care.* oct 2015;13(05):1223-30.
52. Péus D, Newcomb N, Hofer S. Appraisal of the Karnofsky Performance Status and proposal of a simple algorithmic system for its evaluation. *BMC Med Inform Decis Mak.* 19 juill 2013;13:72.
53. Hayes RD, Lee W, Rayner L, Price A, Monroe B, Hansford P, et al. Gender differences in prevalence of depression among patients receiving palliative care: The role of dependency. *Palliat Med.* juill 2012;26(5):696-702.
54. Kelly BJ, Pelusi D, Burnett PC, Varghese FT. The prevalence of psychiatric disorder and the wish to hasten death among terminally ill cancer patients. *Palliat Support Care* [Internet]. juin 2004;2(02). Disponible sur: http://www.journals.cambridge.org/abstract_S1478951504040222
55. Wilson KG, Dalglish TL, Chochinov HM, Chary S, Gagnon PR, Macmillan K, et al. Mental disorders and the desire for death in patients receiving palliative care for cancer. *BMJ Support Palliat Care.* juin 2016;6(2):170-7.
56. Lloyd-Williams M, Dennis M, Taylor F. A prospective study to determine the association between physical symptoms and depression in patients with advanced cancer. *Palliat Med.* sept 2004;18(6):558-63.
57. Brenne E, Loge JH, Kaasa S, Heitzer E, Knudsen AK, Wasteson E. Depressed patients with incurable cancer: Which depressive symptoms do they experience? *Palliat Support Care.* déc 2013;11(06):491-501.

58. Mystakidou K, Tsilika E, Parpa E, Athanasouli P, Galanos A, Anna P, et al. Illness-Related Hopelessness in Advanced Cancer: Influence of Anxiety, Depression, and Preparatory Grief. *Arch Psychiatr Nurs.* avr 2009;23(2):138-47.
59. Parikh R. Early Specialty Palliative Care. *N Engl J Med.* 13 mars 2014;370(11):1074-6.
60. Endicott J. Measurement of Depression in Patients With Cancer. *Cancer.* mai 1984;53:2243-8.
61. Herbaut A. Assessment of Psychological Distress in Palliative Care. *Rev Int Soins Palliatifs.* janv 2003;36.
62. Jacobsen JC, Zhang B, Block SD, Maciejewski PK, Prigerson HG. Distinguishing Symptoms of Grief and Depression in a Cohort of Advanced Cancer Patients. *Death Stud.* 18 févr 2010;34(3):257-73.
63. KœBLER-ROSS E, JUBERT C, PEYER Å de. Les derniers instants de la vie [Internet]. Genève: Labor et Fides; 2011. 279 p. Disponible sur: http://bsf.spp.asso.fr/index.php?lvl=notice_display&id=109354
64. Grassi L, Nanni MG. Demoralization syndrome: New insights in psychosocial cancer care: Editorial. *Cancer.* 15 juill 2016;122(14):2130-3.
65. Robinson S, Kissane DW, Brooker J, Burney S. A Review of the Construct of Demoralization: History, Definitions, and Future Directions for Palliative Care. *Am J Hosp Palliat Med.* févr 2016;33(1):93-101.
66. Gessler S, Low J, Daniells E, Williams R, Brough V, Tookman A, et al. Screening for distress in cancer patients: is the distress thermometer a valid measure in the UK and does it measure change over time? A prospective validation study. *Psychooncology.* juin 2008;17(6):538-47.
67. Rayner L, Price A, Hotopf M, Higginson IJ. The development of evidence-based European guidelines on the management of depression in palliative cancer care. *Eur J Cancer.* mars 2011;47(5):702-12.
68. Dauchy S, Dolbeault S, Reich M. Depression in cancer patients. *Eur J Cancer Suppl.* sept 2013;11(2):205-15

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Diagramme de flux11

TABLE DES MATIERES

RESUME.....	1
INTRODUCTION.....	3
MÉTHODES	7
1. Stratégies de recherche bibliographique	7
2. Critères d'inclusion et d'exclusion	8
3. Sélection des études	8
4. Evaluation de la qualité des études	9
5. Analyse des données.....	9
RÉSULTATS.....	10
1. Sélection des références	10
2. Description des études incluses	12
3. Le dépistage de la dépression	13
3.1. La prévalence de la dépression en situation palliative	13
3.2. Les méthodes de dépistage	14
3.3. Les facteurs précipitants de la dépression en situation palliative	17
DISCUSSION ET CONCLUSION	20
1. Force et faiblesse de la revue.....	20
2. La complexe définition de la dépression en fin de vie et son impact sur son dépistage	22
3. Perspectives et implications pour la pratique	26
BIBLIOGRAPHIE	29
LISTE DES FIGURES.....	34
TABLE DES MATIERES.....	35
ANNEXES.....	II

ANNEXES

Annexe I : Tableau de concordance

		MNG		
		Articles inclus	Articles non inclus	total
PB	Articles inclus	179	0	179
	Articles non inclus	14	132	146
	total	193	132	325

MNG : Michel NGUYEN

PB : Pauline BOUDIN

Calcul du taux de concordance Kappa de Cohen : K

Selon Cohen J, A coefficient of agreement for nominal scales, *Educ Psychol Meas* ; 20 : 27-46

$$K = \frac{P_o - P_e}{1 - P_e}$$

Avec :

Po : la proportion d'accord observée.

Pe : la proportion d'accord aléatoire ou concordance attendue sous l'hypothèse d'indépendance des jugements.

$$P_o = 1/325 \times (179 + 132) = 0,957$$

$$P_e = 1/325^2 \times (179 \times 193 + 146 \times 132) = 0,510$$

$$K = (0,957 - 0,510) / (1 - 0,510) = \mathbf{0,91}$$

ANNEXE II : TABLEAUX DESCRIPTIFS DES ETUDES INCLUSES DANS LA REVUE

Tableau 1 : Tableau descriptif des études quantitatives

Titre	Auteur	Date et Pays	Objectif Principal	Méthode	Principaux résultats	Score selon les critères STROBE
Major depression adjustment disorders, and post traumatic stress disorder in terminally cancer patients : associated and predictive factors	Akechi T	2004 Japon	Déterminer la prévalence des troubles de l'adaptation, troubles dépressifs et états de stress post-traumatique chez les patients en soins palliatifs, ainsi que les facteurs précipitants de ces troubles	<ul style="list-style-type: none"> - étude observationnelle, monocentrique - 209 patients inclus, suivis en soins palliatifs - 2 entretiens cliniques structurés selon les critères du DSM III, un premier lors de la prise de contact avec les soins palliatifs, et le 2eme lors de l'admission en unité de soins palliatifs - analyse également des caractéristiques socio-démographiques, indice de performance indice de Karnofsky), marqueurs biologiques (calcémie corrigée, albuminémie), détresse psychologique (via l'HADS) 	<ul style="list-style-type: none"> - modification de l'état émotionnel au cours de la prise en charge : 30,6% des patients ont vu leur diagnostic psychiatrique changer - initialement : 16,3% des patients présentaient un trouble de l'adaptation ; 6,7% un EDM, 0% un PTSD - lors du suivi : 10,6% présentaient un trouble de l'adaptation, 11,8% un EDM - les facteurs associés aux troubles psychiatriques : impression d'être un fardeau pour les autres, faible soutien social, échelle de performance basse - Pas de corrélation retrouvée avec les marqueurs biologiques dans cette étude - HADS réalisée lors du 1er entretien prédictive de trouble de l'adaptation ou d'EDM lors de la consultation de suivi - les interventions précoces de dépistage de troubles psychiatriques peuvent contribuer à prévenir la détresse psychologique 	17/22 soit 77%

Titre	Auteur	Date et Pays	Objectif Principal	Méthode	Principaux résultats	Score selon les critères STROBE
Depression and anxiety in palliative care inpatients compared with those receiving palliative care at home	Austin P	2011 Australie	Comparaison de la prévalence de l'anxiété et de la dépression en fonction du type de prise en charge palliative : soins palliatifs au domicile versus hospitalisation en unité dédiée	<ul style="list-style-type: none"> - étude observationnelle, monocentrique - 92 patients inclus, répartis en 2 groupes homogènes : 46 patients en HAD et 46 patients en unité de soins palliatifs - évaluation des symptômes psychiatriques avec l'échelle HADS, pas de contrôle avec entretiens cliniques standardisés - indice de Karnofsky utilisé pour déterminer l'indice de performance 	<ul style="list-style-type: none"> - prévalence similaire entre les 2 groupes de patients pour l'anxiété et la dépression (20%), pour un indice de performance et un statut socio-économique identiques - indice de performance bas corrélé au risque de dépression - âge jeune corrélé au risque de trouble anxieux - pas d'évaluation clinique dans cette étude mais dépistage par échelles 	15/22 soit 68%
The Edmonton Symptom Assessment System : Poor performance as screener for major depression in patients with incurable cancer	Brenne E	2016 Norvège	Evaluer l'efficacité de l'Edmonton Assessment System (ESAS) pour le dépistage des troubles dépressifs en situation palliative.	<ul style="list-style-type: none"> - étude observationnelle, internationale, multicentrique - 969 patients inclus, présentant un cancer incurable - comparaison avec évaluation par PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) 	<ul style="list-style-type: none"> - PQ9 retrouvait 13,7% d'EDM dans la population étudiée - L'ESAS ne permet pas le repérage de l'épisode dépressif majeur, mais permet de repérer la détresse émotionnelle, dans les situations palliatives 	15/22 soit 68%

Titre	Auteur	Date et Pays	Objectif Principal	Méthode	Principaux résultats	Score selon les critères STROBE
Assessing anxiety and depression with respect to the quality of life in cancer inpatients receiving palliative care	Bugov R	2015 République Tchèque	Déterminer la prévalence de l'anxiété et de la dépression, et des facteurs associés, chez des patients hospitalisés en unité de soins palliatifs	<ul style="list-style-type: none"> - étude observationnelle, monocentrique - 225 patients inclus, hospitalisés en unité de soins palliatifs - évaluation de l'anxiété et de la dépression avec échelle HADS, pas d'entretiens cliniques - réévaluation à 4 semaines - données socio-demographiques, indice de performance et qualité de vie analysés 	<ul style="list-style-type: none"> - prévalence de l'anxiété dans cette population : 33,9% ; prévalence de la dépression : 47,6% - symptômes psychiatriques corrélés à une mauvaise qualité de vie - symptômes d'anxiété majorés chez patients non-croyants - HADS utilisée comme outil de dépistage par les infirmiers - évolution des symptômes psychiatriques au cours du temps, nécessite une évaluation régulière 	15/22 soit 68%
« Are you depressed ? » Screening for Depression in the Terminally Ill	Chochinov HM	1997 Canada	<p>Comparer la performance de quatre instruments de mesure brefs de la dépression chez des patients en situation palliative :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « êtes-vous déprimé ? » - « êtes-vous déprimé ? » et « ressentez-vous moins d'intérêt pour les choses habituelles ? » - échelle visuelle analogique de la dépression - forme courte de la Beck Depression Inventory 	<ul style="list-style-type: none"> - étude observationnelle, monocentrique - 197 patients inclus, recevant des soins palliatifs - comparaison des 4 questionnaires à un gold standard (entretien clinique semi-structuré) 	<ul style="list-style-type: none"> - les mesures sous forme d'auto-évaluation par le patient (BDI, EVA) semblent moins sensibles et spécifiques que les questions simples - question simple « êtes-vous déprimé ? » a une sensibilité et une spécificité de 1 dans cette étude - les auteurs concluent à l'intérêt d'utiliser une simple question en routine pour le dépistage de l'humeur dépressive 	11/22 soit 50%

Titre	Auteur	Date et Pays	Objectif Principal	Méthode	Principaux résultats	Score selon les critères STROBE
Prevalence of Depression in the Terminally ill : effects of diagnostic criteria and symptom threshold judgments	Chochinov HM	1994 Canada	L'utilisation d'un outil dévaluation, prenant en compte les symptômes physiques, peut aider au dépistage des troubles dépressifs	<ul style="list-style-type: none"> - étude observationnelle, mono centrique - 130 patients inclus, recevant des soins palliatifs - comparaison de la prévalence de la dépression obtenue par entretiens cliniques semi-structurés selon Research Diagnostic Criteria et dépression dépistée par les critères révisés d'Endicott (substituant les symptômes physiques) 	<ul style="list-style-type: none"> - différence de prévalence selon les seuils retenus pour chaque échelle dans l'évaluation de la dépression - l'inclusion des symptômes somatiques dans les critères diagnostiques augmente le taux de dépression retrouvée seulement si cela s'ajoute à une approche utilisant de bas seuils de détection 	10/22 soit 45%
Gender differences in prevalence of depression among patients receiving palliative care : the role of dependency	Hayes RD	2012 Grande-Bretagne	Identifier les raisons d'une prévalence plus élevée de la dépression chez les hommes en soins palliatifs	<ul style="list-style-type: none"> - étude observationnelle, mono-centrique - 300 patients inclus - Dépression diagnostiquée par entretiens cliniques semi-structurés selon les critères du DSM IV. 2 évaluations réalisées, une à l'admission et une 4 semaines plus tard. 	<ul style="list-style-type: none"> - Association entre symptômes dépressifs et dépendance retrouvée chez les hommes pris en charge en soins palliatifs, mais pas chez les femmes - cancer avancé et fonctionnement physique dégradé sont associés à l'augmentation des idées suicidaires chez les hommes 	14/22 soit 63%

Titre	Auteur	Date et Pays	Objectif Principal	Méthode	Principaux résultats	Score selon les critères STROBE
Distinguishing symptoms of grief and depression in a cohort of advanced cancer patients	Jacobsen JC	2010 Etats-Unis	Définir les différences de symptômes entre douleur morale et épisode dépressif dans une population atteinte de cancers incurables	<ul style="list-style-type: none"> - étude observationnelle, multicentrique - 123 patients inclus dans l'étude, présentant un cancer incurable avec faible espérance de vie (<4 mois) - la douleur morale était évaluée par l'ICG-R (Inventory of Complicated Grief-Revised) - la dépression était évaluée par entretiens cliniques structurés selon les critères du DSM IV 	<ul style="list-style-type: none"> - chevauchement des symptômes de douleur morale et de dépression, même si l'évitement et le retrait social sont plus fréquemment retrouvés dans la symptomatologie de douleur morale - 83% des patients présentant un EDM avaient aussi des critères de douleur morale importante, mais seulement 38% des patients avec douleur morale importante avaient aussi des critères de dépression majeure. Donc 2/3 des patients avec douleur morale importante n'auraient pas été dépistés si on s'était reposé seulement sur le dépistage de la dépression - article pose la question de la prise en charge de cette douleur morale intense, qui est associée statistiquement à la présence d'idées suicidaires. S'agit-il d'une entité à part ? 	14/22 soit 63%

Titre	Auteur	Date et Pays	Objectif Principal	Méthode	Principaux résultats	Score selon les critères STROBE
The prevalence of psychiatric disorder and the wish to hasten death among terminally ill cancer patients	Kelly BJ	2004 Australie	Déterminer si la présence d'idées suicidaires est associée à la présence d'un trouble mental, en particulier la présence d'une épisode dépressif majeur, dans une population de patients suivis en soins palliatifs	<ul style="list-style-type: none"> - étude observationnelle, multicentrique - 56 patients inclus, hospitalisés en unité de soins palliatifs, ou suivis en ambulatoire - dépistage de la dépression par entretiens structurés selon les critères du DSM IV - utilisation d'une échelle d'IDS pour quantification de celles-ci (WTHD Scale = Wish to Hasten Death Scale) 	<ul style="list-style-type: none"> - EDM et troubles de l'adaptation sont les pathologies les plus retrouvées dans ce groupe de patients - les patients présentant des IDS importantes et soutenues dans le temps étaient plus enclins à présenter un EDM que les patients n'ayant pas d'IDS - importance du dépistage de la dépression dans cette catégorie de population 	14/22 soit 63%
How do palliative medicine physicians assess and manage depression ?	Lawrie I	2004 Grande-Bretagne	Evaluation de la dépression par les médecins expérimentés en soins palliatifs	<ul style="list-style-type: none"> - étude observationnelle - questionnaires recueillis auprès de 134 médecins (taux de réponse de 63%) - médecins travaillant en unité de soins palliatifs - questionnaire sur évaluation et gestion de la dépression, difficultés rencontrées, qualification 	<ul style="list-style-type: none"> - 73% des médecins évaluent systématiquement la dépression, près de la moitié sans utiliser d'échelle - 27% utilisent l'HADS et 10% utilisent la simple question « êtes-vous déprimé? » - difficultés autour de l'évaluation de la dépression, distinction entre dépression et tristesse, croyances personnelles, manque de confiance des équipes de SP dans leur reconnaissance de la dépression - difficultés autour de l'accès à la psychiatrie, décrite par 47% des participants - pas de formation spécialisée en psycho-oncologie en Grande-Bretagne 	13/22 soit 59%

Titre	Auteur	Date et Pays	Objectif Principal	Méthode	Principaux résultats	Score selon les critères STROBE
Screening for psychiatric illness in the palliative care inpatient setting : a comparison between the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) and the General Health Questionnaire 12 (GHQ12)	Le Fevre P	1999 Grande-Bretagne	Comparaison HADS et GHQ12 pour détecter les troubles psychiatriques chez des patients en soins palliatifs	<ul style="list-style-type: none"> - étude observationnelle, monocentrique - 79 patients inclus - gold-standard : entretiens psychiatriques semi-structurés 	<ul style="list-style-type: none"> - pas de différence significative entre les 2 échelles quant à leur capacité à dépister la dépression - supériorité de l'HADS pour l'anxiété 	15/22 soit 59%
Criterion validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale as a screening tool for depression in patients with advanced metastatic cancer	Lloyd M	2000 Grande-Bretagne	Validation de l'échelle EPDS pour le dépistage de la dépression chez des patients avec cancers en phases terminales	<ul style="list-style-type: none"> - étude observationnelle, monocentrique - 100 patients inclus, hospitalisés en soins palliatifs - gold-standard : entretien psychiatrique semi-structuré 	<ul style="list-style-type: none"> - Se 81% et Sp 79% - échelle ne prenant pas en compte les symptômes physiques mais s'intéresse au désespoir, au sentiment d'inutilité, de culpabilité - les auteurs concluent à son intérêt dans le dépistage des troubles dépressifs dans cette catégorie de population 	10/22 soit 45%

Titre	Auteur	Date et Pays	Objectif Principal	Méthode	Principaux résultats	Score selon les critères STROBE
An analysis of the validity of the Hospital Anxiety and depression Scale as a screening tool in patients with advanced metastatic cancer	Lloyd M	2001 Grande-Bretagne	Validation de l'échelle HADS pour le dépistage de la dépression chez des patients avec cancer en fin de vie	<ul style="list-style-type: none"> - étude observationnelle, monocentrique - 100 patients inclus, hospitalisés en soins palliatifs - gold-standard : entretien psychiatrique semi-structuré 	<ul style="list-style-type: none"> - Sous échelle dépression seule : Se 54% et Sp 74% - sous échelle anxiété seule : Se 59% et Sp 68% - HADS totale : Se 68% et Sp 67% - Score de l'échelle doit être élevé pour avoir une sensibilité satisfaisante, échelle peu recommandée pour le dépistage des troubles dépressifs en situation palliative 	12/22 soit 54%
A prospective study to determine the association between physical symptoms and depression in patients with advanced cancer	Lloyd M	2004 Grande-Bretagne	Déterminer s'il existe une association entre dépression et symptômes physiques chez des patients atteints de cancer incurable. Proposition d'utilisation d'une échelle verbale à 7 items pour dépister la dépression.	<ul style="list-style-type: none"> - étude observationnelle, monocentrique - 74 patients inclus, atteints de cancers et hospitalisés en soins palliatifs - gold-standard de l'évaluation de la dépression : entretien psychiatrique clinique semi structuré selon les critères du DSM IV 	<ul style="list-style-type: none"> - Il existe une relation entre l'évaluation subjective par le patient d'une humeur basse et les symptômes physiques ressentis - l'échelle à 7 items n'est pas fiable pour le dépistage de la dépression - pas de conclusion possible quant au risque de majorer la symptomatologie dépressive si les symptômes physiques ne sont pas bien contrôlés 	11/22 soit 50%
The stability of depression scores in patients who are receiving palliative care	Lloyd M	2002 Grande-Bretagne	Evaluer la stabilité des symptômes dépressifs dans les derniers mois de vie	<ul style="list-style-type: none"> - étude observationnelle, monocentrique - 50 patients inclus, admis en suivi ambulatoire palliatif - auto-questionnaires répétés toutes les semaines pendant 12 semaines, via l'edinburgh depression scale (BEDS) 	<ul style="list-style-type: none"> - stabilité du score sur l'échelle d'auto-évaluation de la dépression - intérêt d'un dépistage précoce pour une prise en charge optimale de la dépression dans cette catégorie de la population 	12/22 soit 54%

Titre	Auteur	Date et Pays	Objectif Principal	Méthode	Principaux résultats	Score selon les critères STROBE
Is asking patients in palliative care, « Are you depressed ? » appropriate ? Prospective study	Lloyd M	2003 Grande-Bretagne	Validité d'une simple question (« êtes-vous déprimé? ») pour le dépistage de la dépression en soins palliatifs	<ul style="list-style-type: none"> - étude observationnelle, monocentrique - 76 patients inclus, comparaison de l'évaluation par simple question à un gold-standard (entretien psychiatrique standardisé semi-structuré selon les critères du DSM IV) 	<ul style="list-style-type: none"> - Se 55% et Sp 74% pour la question simple (versus Se et Sp de 100% dans l'étude de Chochinov) - question subjective à utiliser avec précaution dans le dépistage de la dépression en soins palliatifs, même si rapidité d'exécution reste intéressante 	13/22 soit 59%
Depressive symptoms in advanced cancer. Part 2. Depression over time ; the role of the palliative care professional	Meyer M	2003 Grande-Bretagne	Evaluer l'évolution des symptômes dépressifs au fil du temps chez des patients présentant des cancers en fin de vie, ainsi que l'évaluation des professionnels de santé en soins palliatifs dans ce domaine	<ul style="list-style-type: none"> - étude observationnelle, monocentrique - 45 patients inclus, pas d'informations sur leur prise en charge palliative - dépistage de la dépression par entretiens cliniques semi-structurés selon les critères du DSM III, une question simple (êtes-vous déprimé? » et le Mood Evaluation Questionnaire (MEQ) qui évalue les idées suicidaires - Répétition de cette évaluation tous les mois, pendant maximum 6 mois 	<ul style="list-style-type: none"> - lors du 1er entretien : 16% des patients présentaient un EDM - pas de conclusion sur l'évolution de l'humeur au fil des entretiens, car cohorte trop faible - les soignants de soins palliatifs reconnaissent bien l'humeur dépressive mais ont tendance à sous-diagnostiquer la dépression sévère dans cette cohorte - difficulté pour les soignants à aborder la question des idées suicidaires 	14/22 soit 63%

Titre	Auteur	Date et Pays	Objectif Principal	Méthode	Principaux résultats	Score selon les critères STROBE
Sensitivity and specificity of a two-question screening tool for depression in a specialist palliative care unit	Payne A	2007 Irlande	Intérêt d'un dépistage simple de la dépression en soins palliatifs, par l'utilisation d'un outil de dépistage à 2 questions	<ul style="list-style-type: none"> - étude observationnelle, monocentrique - 167 patients admis en soins palliatifs inclus - gold-standard : entretiens psychiatriques semi-structurés selon critères du DSM IV - les 2 questions utilisées : « Are you depressed ? » « Have you experienced loss of interest in things or activities that you would normally enjoy ? » 	<ul style="list-style-type: none"> - Outil à 2 questions : Se 90,7% et Sp 67,7% - Antécédents de dépression augmente le taux de faux positifs dans cette étude - Intérêt de cet outil de dépistage rapide, associé à l'entretien clinique lorsqu'il se révèle positif 	17/22 soit 77%

Titre	Auteur	Date et Pays	Objectif Principal	Méthode	Principaux résultats	Score selon les critères STROBE
Depression in palliative care patients : a survey of assessment and treatment practices of Australian and New Zealand palliative care specialists	Porche K	2014 Australie	Pratiques d'évaluation de la dépression par médecins de soins palliatifs australiens et néo-zélandais	<ul style="list-style-type: none"> - étude observationnelle - questionnaires recueillis auprès de 175 médecins (taux de réponse de 62,3%) - médecins membres de l'association de promotion des soins palliatifs (ANZSPM = Australian and New Zealand Society of Palliative Medicine) - questionnaires portant l'évaluation de la dépression et de sa prise en charge, sur les symptômes dépressifs importants selon eux, et sur les difficultés rencontrées à l'évaluation de ces troubles psychiques 	<ul style="list-style-type: none"> - 57,1% des médecins évaluent systématiquement l'humeur - 98,9% ont recours à des entretiens cliniques selon les critères du DSM IV - l'outil de dépistage le plus utilisé est l'outil à 1 ou 2 questions simples - la plupart des médecins interrogés sont demandeurs d'une amélioration de l'accès aux services de psychiatrie, d'une mise au point d'outils de dépistage spécifiques aux soins palliatifs 	11/22 soit 50%

Titre	Auteur	Date et Pays	Objectif Principal	Méthode	Principaux résultats	Score selon les critères STROBE
The clinical epidemiology of depression in palliative care and the predictive value of somatic symptoms : cross-sectional survey with four-week follow-up	Rayner L	2011 Grande-Bretagne	Déterminer la prévalence de la dépression chez des patients en soins palliatifs et examiner la valeur prédictive des symptômes somatiques pour le diagnostic	<ul style="list-style-type: none"> - étude observationnelle, monocentrique - 300 patients inclus, admis en unité de soins palliatifs - dépression évaluée par entretiens cliniques semi-structurés, réévaluation par entretiens téléphoniques 4 semaines après - symptômes somatiques évalués par questionnaires portant sur la qualité de vie (fatigue, appétit, sommeil) 	<ul style="list-style-type: none"> - 19,9 % des patients présentent un EDM - lors de la réévaluation à 4 semaines : 69% des patients présentant un EDM étaient en rémission, et parmi les patients ne présentant pas de trouble dépressif initialement, 11% présentaient un EDM - la valeur prédictive positive de la présence de symptômes somatiques est faible (<24%), mais la valeur prédictive négative de ceux-ci est > 89% - La présence de symptômes physiques est peu contributive dans le dépistage de la dépression, mais l'absence de symptôme physique semble corrélée à l'absence de symptôme dépressif - la présence de symptômes dépressifs semble évoluer dans le temps, le dépistage régulier de cette symptomatologie apparaît alors important 	18/22 soit 81%

Titre	Auteur	Date et Pays	Objectif Principal	Méthode	Principaux résultats	Score selon les critères STROBE
Depression assessment by oncologists and palliative care physicians	Rhondali W	2012 France	Evaluer et améliorer le dépistage de la dépression par les oncologues et médecins de soins palliatifs	<ul style="list-style-type: none"> - étude observationnelle, multicentrique - 34 médecins participants (5 médecins de soins palliatifs et 29 oncologues) - classement de 22 symptômes, en rapport ou non avec la dépression, de très importants à pas importants, pour le diagnostic de la dépression, puis après un programme d'éducation par vidéo puis 4 semaines après le programme - questionnaire qualitatif sur la perception de la dépression et le rôle du médecin dans l'évaluation/dépistage systématique de la dépression 	<ul style="list-style-type: none"> - >70% des participants classaient correctement les symptômes avant le programme d'éducation - pas d'amélioration significative après le programme - 83% des médecins apportaient leur soutien pour le dépistage systématique de la dépression - connaissances de base bonnes, attitude positive vis-à-vis du diagnostic - le sous-diagnostic de la dépression dans le contexte de la fin de vie serait donc plutôt lié à l'environnement de travail, plutôt qu'aux connaissances médicales 	13/22 soit 59%

Titre	Auteur	Date et Pays	Objectif Principal	Méthode	Principaux résultats	Score selon les critères STROBE
Identifying palliative care patients with symptoms of depression : an algorithm	Robinson JA	2005 Australie	Validité d'un algorithme pour le dépistage de la dépression en soins palliatifs	<ul style="list-style-type: none"> - étude observationnelle, monocentrique - 91 patients inclus, hospitalisés en unité de soins palliatifs ou en soins ambulatoires - algorithme comparé au gold-standard (entretien clinique semi-structuré) - acceptabilité de ce dépistage pour les équipes de soins et les patients 	<ul style="list-style-type: none"> - validation de l'algorithme suivant : <ol style="list-style-type: none"> 1- Dans les 2 dernières semaines, avez-vous ressenti un manque d'énergie alors même que vous ne faisiez pas grand-chose ? Si oui : 2- Durant les 2 dernières semaines, vous êtes-vous senti déprimé ou triste tout le temps ? 2bis- Durant les 2 dernières semaines, avez-vous été dérangé par un manque d'intérêt ou de plaisir à faire les choses ? Si oui aux 2 questions : suivi psychiatrique/psychologique Si oui à 1 question : 3- Durant les 2 dernières semaines, avez-vous ressenti un ralentissement psychomoteur/ou instabilité psychomotrice ? Si oui, suivi psychiatrique/psychologique - acceptabilité d'une telle évaluation par soignants et patients - évaluation différente d'une échelle 	15/22 soit 68%
Screening for depression in palliative cancer patients attending a pain and symptom control clinic	Sela RA	2007 Canada	Déterminer la validité du dépistage de la dépression en soins palliatifs par une échelle visuelle analogique	<ul style="list-style-type: none"> - étude observationnelle, monocentrique - 132 patients inclus, suivis en consultations de soins palliatifs - comparaison de l'échelle visuelle à une échelle d'auto-évaluation de la dépression, la BZSDS (Brief Zung Self-Rating Depression Scale) 	<ul style="list-style-type: none"> - corrélation positive entre les résultats à l'échelle visuelle et la BZSDS - échelle visuelle simple, rapide, reproductible - mais pas de comparaison à une évaluation par entretiens cliniques 	15/22 soit 68%

Titre	Auteur	Date et Pays	Objectif Principal	Méthode	Principaux résultats	Score selon les critères STROBE
The Beck Depression Inventory (BDI II) and a single screening question as screening tools for depressive disorder in Dutch advanced cancer patients	Warmenho ven F	2012 Allemagne	Validation BDI et question unique pour le dépistage de la dépression chez des patients allemands atteints de cancers incurables	<ul style="list-style-type: none"> - étude observationnelle, monocentrique - 46 patients inclus, suivis en soins palliatifs ambulatoires - question simple : « êtes-vous déprimés? » - gold-standard : entretiens semi-structurés 	<ul style="list-style-type: none"> - BDI : Se 90%, Sp 69% - question simple : Se 50%, Sp 94% - Faible sensibilité de la question simple, BDI apparaît comme étant un outil intéressant dans le dépistage de la dépression dans cette population. - Mais faible échantillon 	14/22 soit 63%

Titre	Auteur	Date et Pays	Objectif Principal	Méthode	Principaux résultats	Score selon les critères STROBE
Mental disorders and the desire for death in patients receiving palliative care for cancer	Wilson KG	2016 Canada	Examiner les caractéristiques des patients avec cancers incurables qui désirent mourir, en fonction de l'existence d'un trouble mental ou non	<ul style="list-style-type: none"> - étude observationnelle, multicentrique - 377 patients inclus, toutes prises en charge palliatives confondues - évaluation des troubles mentaux (anxiété et dépression) selon entretiens cliniques semi-structurés correspondant aux critères DSM IV - Evaluation des troubles physiques et du désir de mort par questionnaire le SISC (Structured Interview of Symptoms and Concerns) 	<ul style="list-style-type: none"> - la plupart des patients n'avait pas d'idée suicidaire (69,5%) - sur ceux en ayant, 18,3% avaient des IDS transitoires, et 12,2% avaient un véritable désir de mourir - Dans ce dernier groupe, 52,2% des patients présentaient un trouble mental - Les patients ne présentant pas d'IDS ni de trouble mental présentaient le moins de détresse physique, sociale ou existentielle ; ceux qui présentaient un trouble mental et un véritable désir de mourir en présentaient le plus. - Les patients avec désir de mort important et absence de trouble mental présentaient eux aussi une augmentation de leur détresse physique, sociale et existentielle - Les IDS dans cette catégorie de population doivent faire rechercher un trouble mental, même si cela n'est pas un indicateur en soi. Cela doit permettre de revoir la gestion de la douleur physique de la personne, et de ses préoccupations interpersonnelles 	18/22 soit 81%

Titre	Auteur	Date et Pays	Objectif Principal	Méthode	Principaux résultats	Score selon les critères STROBE
Depression and anxiety disorders in palliative cancer care	Wilson KG	2007 Canada	Déterminer la prévalence de la dépression et de l'anxiété chez des patients suivis en soins palliatifs, ainsi que les comorbidités associées	<ul style="list-style-type: none"> - étude observationnelle, multicentrique - 381 patients inclus, suivis en soins palliatifs (hospitalisation, hospitalisation à domicile et consultation) - entretiens semi-structurés selon critères du DSM IV utilisés pour le dépistage des troubles psychiatriques - données socio-démographiques, qualité vie, performans status analysés 	<ul style="list-style-type: none"> - 20,7 % des patients présentaient un EDM et 13,9 % un trouble anxieux - était statiquement associé : un âge jeune, un bas indice de performance, un réseau social limité, une non-appartenance aux services religieux , pas de différence de genre 	16/22 soit 72%

Tableau 2 : Tableau descriptif des revues de la littérature

Titre	Auteur	Date et Pays	Objectif principal	Méthode	Principaux résultats	Score PRISMA
Depression in palliative care settings : the need for training for nurses and other health professionals to improve patients' pathways to care	Halford DJ	2012 Canada	Mettre en évidence les problèmes des soignants à identifier la dépression dans les situations de fin de vie.	- revue narrative	<ul style="list-style-type: none"> - difficulté à distinguer la dépression : intrication avec symptômes physiques, distinction avec réaction de chagrin, idées reçues des professionnels de santé - difficulté au dépistage de la dépression : multitude d'outils de dépistage existants, peu utilisés, manque de temps des équipes, idées reçues - peu d'études sur les programmes de formation des personnels soignants en soins palliatifs 	score non applicable
Depression in advanced disease : a systematic review Part 1 Prevalence and case finding	Hotopf M	2002 Etats-Unis	Déterminer la prévalence de la dépression en soins palliatifs et cancers avancés, selon ses définitions.	<ul style="list-style-type: none"> - Revue systématique de la littérature portant sur population de patients en soins palliatifs ou avec cancer avancé - 50 études incluses : 46 études quantitatives et 4 cas cliniques 	<ul style="list-style-type: none"> - Prévalence variable en fonction de la méthode diagnostique : prévalence de 29% avec mesure par échelle HADS (échelle la plus utilisée), entre 5 à 26% avec dépistage par entretiens cliniques - question de la définition de la dépression, pas de définition claire, pas de consensus - études de faibles qualités, portant sur de petits échantillons, très hétérogènes - questionnaires de dépistage à voir comme moyen d'améliorer la dépression mais ne remplace pas l'entretien clinique pour le diagnostic 	21/27 soit 78%

Titre	Auteur	Date et Pays	Objectif principal	Méthode	Principaux résultats	Score PRISMA
Depression in advanced cancer	Irving G	2010 Grande-Bretagne	Etat des lieux du dépistage et de la prise en charge de la dépression chez les patients présentant un cancer avancé	- revue narrative	<ul style="list-style-type: none"> - outils de dépistage existant via les échelles (HADS, BEDS, EDS, questions simples) - Gold-standard reste l'entretien clinique selon critères du DSM - chevauchement des symptômes physiques du cancer avec certains symptômes dépressifs - dépression reste sous-diagnostiquée et sous-traitée dans cette catégorie de population - peu d'études sur la prise en charge de la dépression en fin de vie 	score non applicable
Are one or two simple questions sufficient to detect depression in cancer and palliative care ? A Bayesian meta-analysis	Mitchell AJ	2008 Grande-Bretagne	Evaluer, à travers la littérature, la validité du dépistage des troubles dépressifs en fin de vie par une ou deux questions portant sur la tristesse de l'humeur et la perte d'intérêt.	<ul style="list-style-type: none"> - méta-analyse - 17 études incluses, dont 13 en soins palliatifs - Comparaison du dépistage par 1 ou 2 questions, versus examen psychiatrique standard par entretien semi-structuré 	<ul style="list-style-type: none"> - 1 question sur l'humeur basse (ex : « Etes-vous déprimé ? » : Se 72%, Sp 83 %, VPP 44%, VPN 97% - 1 question sur la perte d'intérêt : Se 83%, Sp 86%, VPP 48%, VPN 97% - association des 2 questions : Se 91%, Sp 86%, VPP 57%, VPN 98% - 2 questions semblent efficaces - Il n'existe pas de méthode suffisamment précise pour le dépistage de la dépression en soins palliatifs. Les questions simples orientent mais doivent être associées à des évaluations plus détaillées - Importance de se centrer sur le désir du patient (besoins non satisfaits), aller au-delà du dépistage 	20/27 soit 74%

Titre	Auteur	Date et Pays	Objectif principal	Méthode	Principaux résultats	Score PRISMA
Diagnostic validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in cancer and palliative settings : a meta-analysis	Mitchell AJ	2010 Grande-Bretagne	Evaluer la validité de l'HADS, et ses sous échelles dépression et anxiété (HADS-A, HADS-D), pour le dépistage de la dépression, de l'anxiété, de la détresse émotionnelle, en situation de fin de vie	<ul style="list-style-type: none"> - méta-analyse - 50 études incluses - HADS versus entretiens psychiatriques standardisés pour le dépistage des troubles psychiatriques 	<ul style="list-style-type: none"> - Pour le dépistage de la dépression : HADS-T : Se 82% Sp 77% HADS-D : Se 71,6%, Sp 82,6% HADS-A : Se 80,5%, Sp 77,8% - Globalement, meilleure sensibilité pour le dépistage des troubles psychiatriques dans les situations de cancers non palliatifs - bon instrument de dépistage, si on tient compte de sa longueur, mais pas de diagnostic - outil le plus utilisé en soins palliatifs - outil d'auto-évaluation qui nécessite un retour avec le patient 	14/27 soit 52%
Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, hematological, and palliative-care settings : a meta-analysis of 94 interview-based studies	Mitchell AJ	2011 Grande-Bretagne	Déterminer la prévalence des troubles psychiatriques (anxiété, dépression et trouble de l'adaptation) chez les patients atteints de cancers et en soins palliatifs. Déterminer si différence de prévalence en situation de fin de vie.	<ul style="list-style-type: none"> - méta-analyse - 94 études incluses, diagnostics fait sur entretiens cliniques : 70 études portants sur patients en oncologie et 24 études portants sur patients en soins palliatifs 	<ul style="list-style-type: none"> - pas de différence significative selon l'aspect palliatif de la prise en charge ou non (environ 15% d'épisode dépressif majeur) - pas de corrélation sur l'âge, le sexe, le contexte clinique. Données insuffisantes pour examiner la prévalence des troubles psychiques et le type de cancer, ainsi que la durée de la maladie. 	24/27 soit 89%

Titre	Auteur	Date et Pays	Objectif principal	Méthode	Principaux résultats	Score PRISMA
Revisiting depression in palliative care settings : the need to focus on clinical utility over validity	Reeve JL	2008 Grande-Bretagne	Déterminer si les taux de prévalence de la dépression en situation palliative sont associés à des facteurs de risques. Déterminer si la qualité méthodologique des études existantes peut jouer sur ces taux de prévalence, en les majorant.	<ul style="list-style-type: none"> - revue qualitative, non systématique - 18 études incluses, utilisant un entretien psychiatrique pour le diagnostic de dépression 	<ul style="list-style-type: none"> - difficulté à identifier des facteurs de risques pouvant être à l'origine de l'augmentation des taux de prévalence de dépression - pas de conclusion quant à l'impact de la maladie somatique sur les éléments dépressifs - études de prévalence de méthodologie faible, nécessité d'études portant sur de plus grands échantillons - les auteurs proposent la mise au point d'un « index pronostique » qui inclurait les symptômes dépressifs, les facteurs de risque de développer une dépression, les besoins du patient. Volonté de se focaliser sur « l'utilité » d'un outil et non pas sur sa « validité » 	score non applicable

Titre	Auteur	Date et Pays	Objectif principal	Méthode	Principaux résultats	Score PRISMA
Depression assessment and classification in palliative cancer patients : a systematic literature review	Wateson E	2009 Suède	Identifier les méthodes d'évaluation et systèmes de classification de la dépression en soins palliatifs	<ul style="list-style-type: none"> - revue systématique de la littérature - 202 articles inclus 	<ul style="list-style-type: none"> - 106 méthodes d'évaluation différentes retrouvées - HADS apparait comme étant la méthode d'évaluation la plus utilisée, surtout en Europe - La plupart des classifications sont basées sur des échelles avec des cut-off, et non sur des systèmes diagnostiques - les critères sur DSM IV sont peu utilisés, moins de 1/3 des études prennent en compte le critère de durée des symptômes, seulement 18% des études évaluent les conséquences sur le fonctionnement du patient - le terme de « dépression » est défini différemment selon les études : conception catégorielle versus conception dimensionnelle - disparité des taux de prévalence expliquée par cette disparité de conception et d'évaluation de la dépression. Nécessité de consensus 	17/27 soit 63%

Tableau 3 : Tableau descriptif des études qualitatives

Titre	Auteur	Date et Pays	Objectif principal	Méthode	Principaux résultats	Score COREQ
Depressed patients with incurable cancer : which depressive symptoms do they experience ?	Brenne E	2013 Norvège	Comparaison des symptômes ressentis par patients diagnostiqués avec un EDM et les critères du DSM IV	<ul style="list-style-type: none"> - Entretiens semi-structurés sur 30 patients - Espérance de vie < 1 an - patients présentant un EDM après le diagnostic de cancer incurable, traités par antidépresseurs et répondant positivement au traitement 	<ul style="list-style-type: none"> - humeur basse et baisse de motivation sont les symptômes les plus retrouvés, correspondent à l'anhédonie et à la tristesse de l'humeur - les symptômes représentatifs des fonctions instinctuelles sont indistincts des symptômes du cancer (appétit, fatigue, ralentissement) - symptôme de désespoir, anxiété, isolement social surreprésentés par les patients, mais non présents dans le DSM 	20/32 soit 63%
Depression means different things : a qualitative study of psychiatrists' conceptualization of depression in the palliative care setting	Ng F	2014 Australie	Conceptualisation de la dépression par les psychiatres dans les situations de fin vie, l'entretien psychiatrique étant considéré comme le gold-standard dans le dépistage des troubles psychiques	<ul style="list-style-type: none"> - 9 psychiatres travaillant en soins palliatifs interrogés - entretiens semi-structurés 	<ul style="list-style-type: none"> - dépression est un concept hétérogène : maladie dépressive VS réactions dépressives - challenge du dépistage de la dépression : distinguer la tristesse réactionnelle - Incertitude sur l'existence de différences entre dépression et fin de vie et dépression dans autre contexte 	24/32 soit 75%

Titre	Auteur	Date et Pays	Objectif principal	Méthode	Principaux résultats	Score COREQ
How family physicians address diagnosis and management of depression in palliative care patients ?	Warmehoven F	2012 Pays-Bas	Prise en charge de la dépression en situation palliative par les médecins généralistes	<ul style="list-style-type: none"> - 22 médecins inclus, 4 groupes focalisés - entretiens semi-structurés 	<ul style="list-style-type: none"> - challenge de la différence entre tristesse et dépression - les médecins s'appuient sur leur jugement clinique et non sur les critères définissant l'EDM. - Importance pour les médecins généralistes de prendre en compte le contexte de vie du patient 	25/32 soit 78%

Annexe III : Les échelles évoquées dans la revue systématique de la littérature

Echelle HAD : Hospital Anxiety and Depression scale, d'après l'HAS

L'échelle HAD est un instrument qui permet de dépister les troubles anxieux et dépressifs. Elle comporte 14 items cotés de 0 à 3. Sept questions se rapportent à l'anxiété (total A) et sept autres à la dimension dépressive (total D), permettant ainsi l'obtention de deux scores (note maximale de chaque score = 21).

1. Je me sens tendu(e) ou énervé(e)

- La plupart du temps 3
- Souvent 2
- De temps en temps 1
- Jamais 0

2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois

- Oui, tout autant 0
- Pas autant 1
- Un peu seulement 2
- Presque plus 3

3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver

- Oui, très nettement 3
- Oui, mais ce n'est pas trop grave 2
- Un peu, mais cela ne m'inquiète pas 1
- Pas du tout 0

4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses

- Autant que par le passé 0
- Plus autant qu'avant 1
- Vraiment moins qu'avant 2
- Plus du tout 3

5. Je me fais du souci

- Très souvent 3
- Assez souvent 2
- Occasionnellement 1
- Très occasionnellement 0

6. Je suis de bonne humeur

- Jamais 3
- Rarement 2
- Assez souvent 1
- La plupart du temps 0

7. Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e)

- Oui, quoi qu'il arrive 0
- Oui, en général 1
- Rarement 2
- Jamais 3

8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti

- Presque toujours 3
- Très souvent 2
- Parfois 1
- Jamais 0

9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué

- Jamais 0
- Parfois 1
- Assez souvent 2
- Très souvent 3

10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence

- Plus du tout 3
- Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais 2
- Il se peut que je n'y fasse plus autant attention 1
- J'y prête autant d'attention que par le passé 0

11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place

- Oui, c'est tout à fait le cas 3
- Un peu 2
- Pas tellement 1
- Pas du tout 0

12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses

- Autant qu'avant 0
- Un peu moins qu'avant 1
- Bien moins qu'avant 2
- Presque jamais 3

13. J'éprouve des sensations soudaines de panique

- Vraiment très souvent 3
- Assez souvent 2
- Pas très souvent 1
- Jamais 0

14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision

- Souvent 0
- Parfois 1
- Rarement 2
- Très rarement 3

Echelle BEDS : Brief Edinburgh Depression Scale

Prière de cocher la réponse qui se rapproche le plus de la façon dont vous vous êtes senti(e) au cours des 7 derniers jours (pas simplement comme vous vous sentez aujourd'hui).

- 1) Je me suis fait des reproches inutilement lorsque les choses allaient mal.**
☐ Oui, la plupart du temps. (3)
☐ Oui, quelquefois. (2)
☐ Non, pas très souvent. (1)
☐ Non, jamais. (0)

2) J'éprouve une sorte de panique comme si quelque chose d'horrible allait se passer.
☐ Oui, vraiment très fortement. (3)
☐ Oui, mais pas très fortement. (2)
☐ Un peu, mais ça ne me tracasse pas. (1)
☐ Non, pas du tout. (0)

3) Je me suis senti(e) totalement dépassé(e) par la situation.
☐ Oui, la plupart du temps et je n'ai pas du tout pu faire face. (3)
☐ Oui, quelquefois, et je n'ai pas pu faire face aussi bien que d'habitude. (2)
☐ Non, la plupart du temps j'ai pu faire face assez bien. (1)
☐ Non, j'ai pu faire face aussi bien que d'habitude. (0)

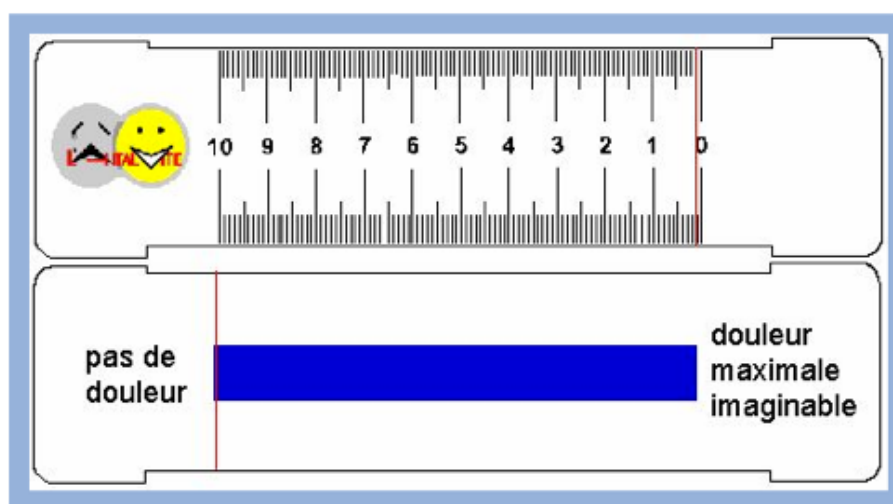
4) J'ai été tellement contrarié(e) que j'ai eu du mal à dormir.
☐ Oui, la plupart du temps. (3)
☐ Oui, assez souvent. (2)
☐ Non, pas très souvent. (1)
☐ Non, pas du tout. (0)

5) Je me suis senti(e) triste et accablé(e).
☐ Oui, la plupart du temps. (3)
☐ Oui, assez souvent. (2)
☐ Non, pas très souvent. (1)
☐ Non, pas du tout. (0)

6) J'ai eu des idées de suicide.
☐ Oui, assez souvent. (3)
☐ Oui, quelquefois. (2)
☐ Presque jamais. (1)
☐ Jamais. (0)

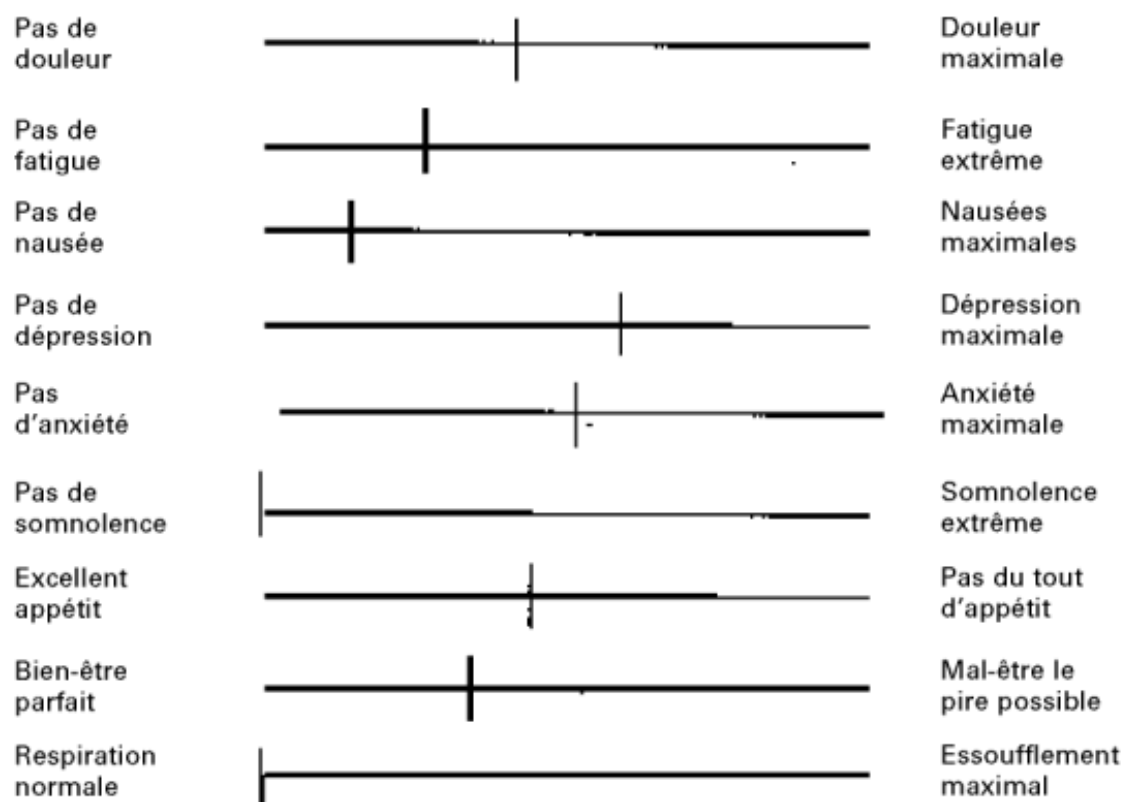
Un total de 6 points ou plus indique un état dépressif.

EVA : Echelle Visuelle Analogique



ESAS : Edmonton Symptom Assessment System

Rempli par : ☒ patient ☐ famille ☐ soignant ☐ patient aidé par soignant



EPDS :

Edinburgh Postnatal Depression Scale Translation – French

Échelle de dépression postnatale d'Édimbourg

Name: _____ Date: _____

Si vous êtes enceinte : Nombre de semaines de grossesse _____

Si vous avez donné naissance : Nombre de semaines après l'accouchement _____

Vous allez avoir un bébé (ou vous venez d'avoir un bébé) et nous aimerions savoir comment vous vous sentez. Veuillez cocher la réponse qui vous semble décrire le mieux comment vous vous êtes sentie au cours des 7 derniers jours et pas seulement au jour d'aujourd'hui. Dans l'exemple ci-dessous, « X » signifie « je me suis sentie heureuse la plupart du temps pendant la semaine qui vient de s'écouler ».

EXEMPLE : Je me suis sentie heureuse
____ Oui, tout le temps
 X Oui, la plupart du temps
____ Non, pas souvent
____ Non, pas du tout

Veuillez compléter les questions qui suivent de la même façon.

Au cours des derniers 7 jours :

1. J'ai pu rire et prendre les choses du bon côté
____ Aussi souvent que d'habitude
____ Pas tout-à-fait autant
____ Beaucoup moins souvent ces jours-ci
____ Absolument pas
2. Je me suis sentie confiante et joyeuse, en pensant à l'avenir
____ Autant que d'habitude
____ Plutôt moins que d'habitude
____ Beaucoup moins que d'habitude
____ Pratiquement pas
3. Je me suis reprochée, sans raison, d'être responsable quand les choses allaient mal
____ Oui, la plupart du temps
____ Oui, parfois
____ Pas très souvent
____ Non, jamais
4. Je me suis sentie inquiète ou soucieuse sans motifs
____ Non, pas du tout
____ Presque jamais
____ Oui, parfois
____ Oui, très souvent
5. Je me suis sentie effrayée ou paniquée sans raisons
____ Oui, vraiment souvent
____ Oui, parfois
____ Non, pas très souvent
____ Non, pas du tout

GHQ-12 :

Toutes les questions suivantes concernent votre état de santé actuel ou récent.

Les 12 questions suivantes peuvent vous surprendre dans leurs formulations, mais elles font partie d'un **questionnaire international étalonné et validé**, le General Health Questionary dans sa version française de 12 items (GHQ12).

Il est important de répondre **A TOUTES LES QUESTIONS** en cochant la réponse qui vous semble le mieux correspondre à ce que vous **ressentez actuellement, GLOBALEMENT ET DANS LA VIE DE TOUS LES JOURS, TANT DANS LA VIE PRIVEE QU'AU TRAVAIL**. (Ce questionnaire ne porte donc pas sur le stress au travail, mais sur votre état général).

CES DERNIERS TEMPS :

- | | |
|---|--|
| <p>1. Avez-vous pu vous concentrer sur ce que vous faisiez ?</p> <p><input type="radio"/> 1. Mieux que d'habitude.</p> <p><input type="radio"/> 2. Comme d'habitude.</p> <p><input type="radio"/> 3. Moins que d'habitude.</p> <p><input type="radio"/> 4. Beaucoup moins que d'habitude.</p> <p>2. Vos soucis vous ont-ils empêché de dormir ?</p> <p><input type="radio"/> 1. Pas du tout.</p> <p><input type="radio"/> 2. Pas plus que d'habitude.</p> <p><input type="radio"/> 3. Plutôt plus que d'habitude.</p> <p><input type="radio"/> 4. Beaucoup plus que d'habitude.</p> <p>3. Avez-vous eu le sentiment de jouer un rôle utile ?</p> <p><input type="radio"/> 1. Plutôt plus que d'habitude.</p> <p><input type="radio"/> 2. Comme d'habitude.</p> <p><input type="radio"/> 3. Moins utile que d'habitude.</p> <p><input type="radio"/> 4. Beaucoup moins utile.</p> <p>4. Vous êtes vous senti capable de prendre des décisions ?</p> <p><input type="radio"/> 1. Plutôt plus que d'habitude.</p> <p><input type="radio"/> 2. Comme d'habitude.</p> <p><input type="radio"/> 3. Plutôt moins que d'habitude.</p> <p><input type="radio"/> 4. Beaucoup moins capable.</p> <p>5. Vous êtes vous senti constamment sous pression ?</p> <p><input type="radio"/> 1. Pas du tout.</p> <p><input type="radio"/> 2. Pas plus que d'habitude.</p> <p><input type="radio"/> 3. Un peu plus que d'habitude.</p> <p><input type="radio"/> 4. Beaucoup plus que d'habitude.</p> <p>6. Avez-vous senti que vous ne pouviez pas surmonter vos difficultés ?</p> <p><input type="radio"/> 1. Pas du tout.</p> <p><input type="radio"/> 2. Pas plus que d'habitude.</p> <p><input type="radio"/> 3. Un peu plus que d'habitude.</p> <p><input type="radio"/> 4. Beaucoup plus que d'habitude.</p> <p>7. Avez-vous pu prendre plaisir à vos activités quotidiennes ?</p> <p><input type="radio"/> 1. Plutôt plus que d'habitude.</p> <p><input type="radio"/> 2. Comme d'habitude.</p> <p><input type="radio"/> 3. Plutôt moins que d'habitude.</p> <p><input type="radio"/> 4. Beaucoup moins que d'habitude.</p> | <p>8. Avez-vous pu faire face à vos problèmes ?</p> <p><input type="radio"/> 1. Plutôt plus que d'habitude.</p> <p><input type="radio"/> 2. Comme d'habitude.</p> <p><input type="radio"/> 3. Moins capable que d'habitude.</p> <p><input type="radio"/> 4. Beaucoup moins capable.</p> <p>9. Vous êtes-vous senti malheureux, déprimé ?</p> <p><input type="radio"/> 1. Pas du tout.</p> <p><input type="radio"/> 2. Pas plus que d'habitude.</p> <p><input type="radio"/> 3. Un peu plus que d'habitude.</p> <p><input type="radio"/> 4. Beaucoup plus que d'habitude.</p> <p>10. Avez-vous perdu confiance en vous ?</p> <p><input type="radio"/> 1. Pas du tout.</p> <p><input type="radio"/> 2. Pas plus que d'habitude.</p> <p><input type="radio"/> 3. Un peu plus que d'habitude.</p> <p><input type="radio"/> 4. Beaucoup plus que d'habitude.</p> <p>11. Avez-vous pensé que vous ne valez rien ?</p> <p><input type="radio"/> 1. Pas du tout.</p> <p><input type="radio"/> 2. Pas plus que d'habitude.</p> <p><input type="radio"/> 3. Un peu plus que d'habitude.</p> <p><input type="radio"/> 4. Beaucoup plus que d'habitude.</p> <p>12. Vous êtes-vous senti relativement heureux dans l'ensemble ?</p> <p><input type="radio"/> 1. Plutôt plus que d'habitude.</p> <p><input type="radio"/> 2. A peu près comme d'habitude.</p> <p><input type="radio"/> 3. Plutôt moins que d'habitude.</p> <p><input type="radio"/> 4. Beaucoup moins que d'habitude.</p> |
|---|--|

CALCUL DES SCORES

Les valeurs 1 et 2 sont recodées en 0

Les valeurs 3 et 4 sont recodées en 1

Un score supérieur ou égal à 2 correspondrait à un trouble psychiatrique

Annexe IV : Indice de Karnofsky

Définition	%	Critères
Capable de mener une activité normale et de travailler ; pas besoin de soins particuliers	100	Normal ; pas de plaintes ; pas d'évidence de maladie
	90	Capable d'une activité normale ; signes ou symptômes mineurs en relation avec la maladie
	80	Activité normale avec effort ; signes ou symptômes de la maladie
Incapable de travailler ; capable de vivre à domicile et de subvenir à la plupart de ses besoins	70	Capacité de subvenir à ses besoins ; incapable d'avoir une activité normale et professionnelle active
	60	Requiert une assistance occasionnelle mais est capable de subvenir à la plupart de ses besoins
	50	Requiert une assistance et des soins médicaux fréquents
Incapable de subvenir à ses besoins ; requiert un équivalent de soins institutionnels ou hospitaliers	40	Invalide ; requiert des soins et une assistance importants
	30	Sévèrement invalide ; hospitalisation indiquée bien que le décès ne soit pas imminent
	20	Extrêmement malade ; hospitalisation nécessaire ; traitement actif de soutien nécessaire
	10	Mourant ; mort imminente
	0	Décédé

Karnofsky D. The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer. Columbia University Press, New-York
1949 :191-205

Annexe V : critères de l'épisode dépressif caractérisé par le DSM-5

A. Au moins 5 des symptômes suivants doivent être présents pendant une même période d'une durée de 2 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.

NB : Ne pas inclure les symptômes manifestement attribuables à une autre affection médicale.

1. Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (ex. : se sent vide ou triste ou désespéré) ou observée par les autres (ex. : pleure ou est au bord des larmes). NB : Éventuellement irritabilité chez l'enfant ou l'adolescent.
2. Diminution marquée du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
3. Perte ou gain de poids significatif en absence de régime (ex. : modification du poids corporel en 1 mois excédant 5 %) ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours. NB : Chez l'enfant, prendre en compte l'absence de l'augmentation de poids attendue.
4. Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
5. Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constatés par les autres, non limités à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).
6. Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.
7. 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).
8. 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).
9. 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.

B. Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants.

C. Les symptômes ne sont pas attribuables à l'effet physiologique d'une substance ou d'une autre affection médicale.

NB : Les critères A à C caractérisent l'EDC.

NB : La réaction à une perte significative (p. ex. décès, ruine financière, perte secondaire à une catastrophe naturelle, affection médicale ou handicap sévères) peut inclure une tristesse intense, des ruminations au sujet de cette perte, une insomnie, une perte d'appétit et une perte de poids notée au niveau du critère A, et peut ressembler à un épisode dépressif. Bien que ces symptômes puissent être compréhensibles ou considérés comme adaptés face à cette perte, la présence d'un EDC en plus de la réponse normale à cette perte doit aussi être envisagée. Cette décision demande que le jugement clinique tienne compte de l'histoire individuelle et des normes culturelles concernant l'expression de la souffrance dans un contexte de perte.

Pour constituer un trouble dépressif unipolaire, les critères D et E doivent s'y ajouter.

D. L'occurrence de l'EDC n'est pas mieux expliquée par un trouble schizo-affectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant, ou un autre trouble psychotique.

E. Il n'y a jamais eu d'épisode maniaque ou hypomaniaque.

Annexe VI : Arbre décisionnel de Robinson et al.

Identifying patients with symptoms of depression 287

Appendix

SHORT SCREEN FOR DEPRESSION SYMPTOMS (SSDS)

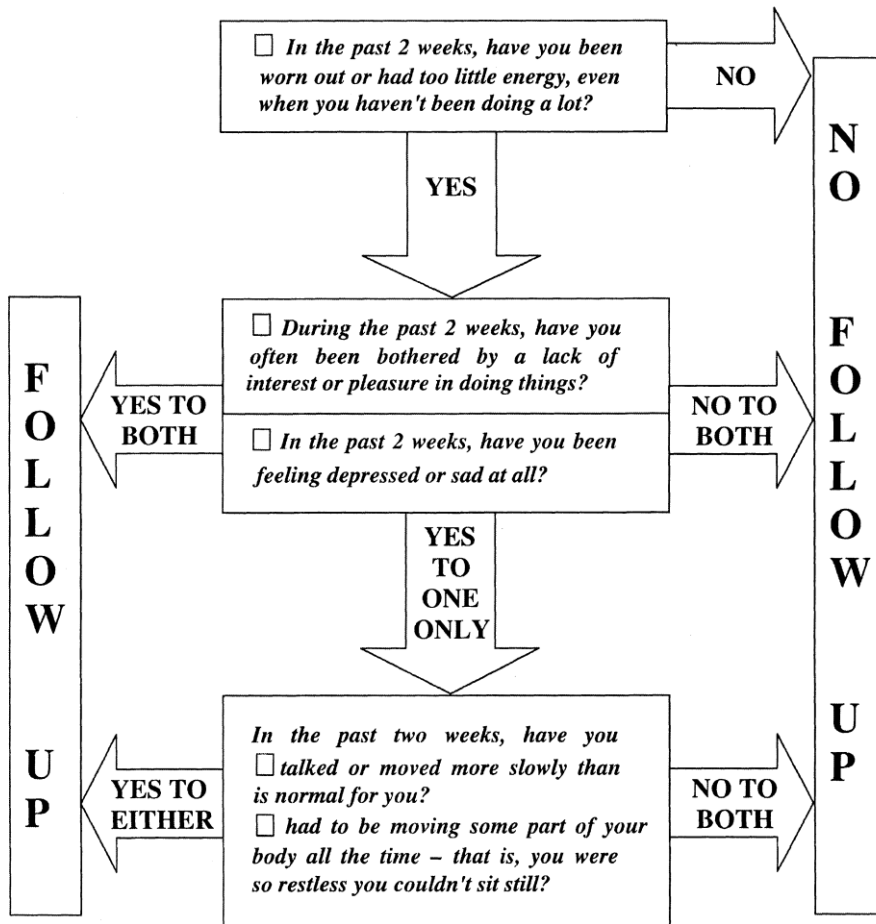
Patient:

Staff member:

Record No:

Date:

INSTRUCTIONS: Ask questions verbatim Tick positive response Cross for negative response
Document the decision of algorithm Plan follow-up if appropriate



Judgement of algorithm

DOES/DOES NOT warrant follow-up for depression

PLAN:
.....
.....

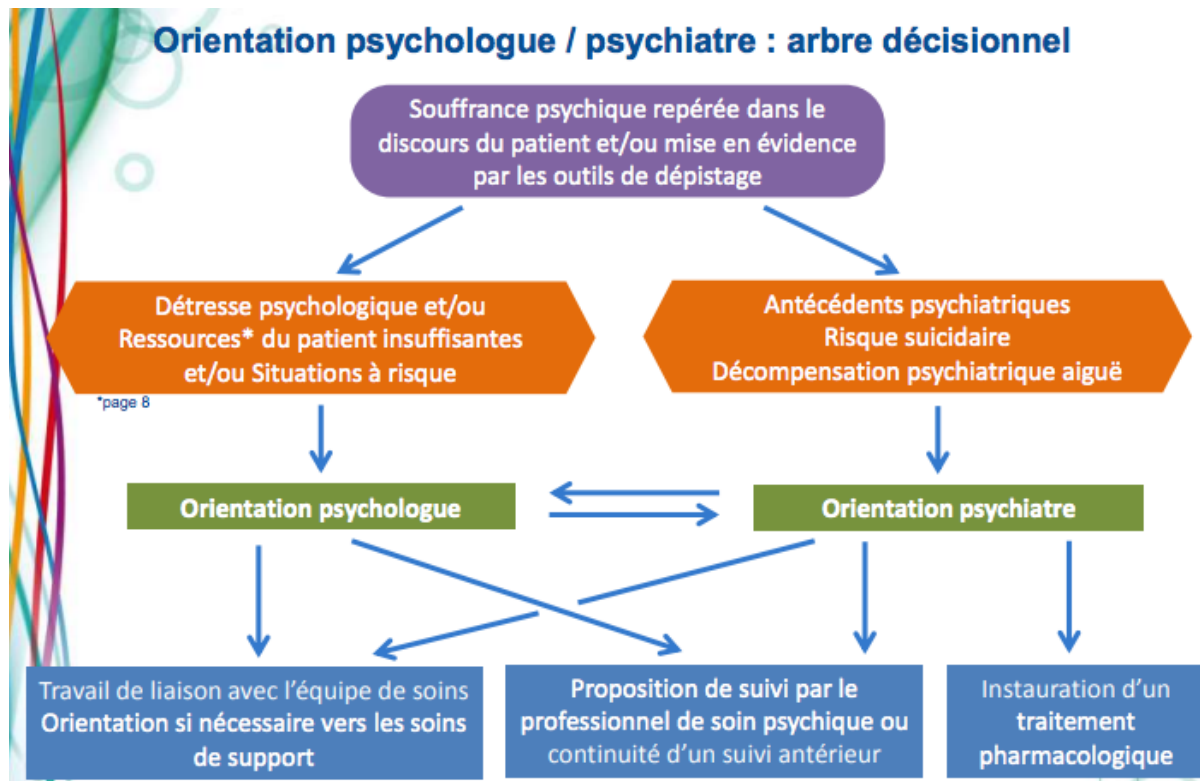
Annexe VII : Exemple de protocole d'appel au psychiatre en service de soins palliatifs, réalisée par une équipe suisse de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) (Numéro de publication : OFSP 2014-GP-09, automne 2014)

Extrait :

Faire appel au psychiatre/psychologue quand :

- 1 : le patient présente un danger pour lui même ou pour les autres
- 2 : l'équipe soignante est débordée (nombreux staff, conflits entre membres de l'équipe, incompréhension quant aux réactions du patient...)
- 3 : le patient le souhaite ou présente des signes de souffrance croissante (pleure tous les jours ou se montre très réservé sur le plan émotionnel par ex)
- 4 : le comportement du patient change brusquement ou est suspect (ex refuse tout)
- 5 : les personnes entourant le patient sont débordées et leur santé est menacée par le comportement du patient, ses changements de personnalité ou ses réactions émotionnelles

Annexe VIII : Proposition d'arbre décisionnel par l'AFSOS, Association Francophone de Soins Oncologiques de Support



Dépistage de la dépression en soins palliatifs : revue systématique de la littérature

RÉSUMÉ

Introduction : Les soins palliatifs sont en plein essor dans un contexte où les questions de fin de vie préoccupent l'opinion publique. Les troubles dépressifs sont fréquents chez les patients en fin de vie. La prévalence de la dépression reste imprécise, en raison de la définition utilisée pour la caractériser et de la multitude d'outils existant pour en faire le dépistage. L'objectif de ce travail est d'effectuer une synthèse permettant de savoir comment dépister la dépression en soins palliatifs. La définition de la dépression en fin de vie et la coordination des services de psychiatrie et de soins palliatifs sont des objectifs secondaires.

Méthode : Une revue de la littérature anglophone et francophone a été réalisée selon les critères PRISMA, entre 1990 et 2018. Les bases de données SCIENCE DIRECT, PUBMED, COCHRANE LIBRARY et CAIRN ont été interrogées. Étaient inclus les articles originaux portant sur le repérage ou le dépistage de la dépression en situations palliatives. La sélection des études a été faite par deux chercheurs.

Résultats : Sur les 382 articles analysés, 37 ont été inclus dans la synthèse : 26 études quantitatives, huit revues de la littérature et trois études qualitatives. L'analyse descriptive des études a permis de dégager trois thèmes : la prévalence de la dépression en soins palliatifs, les méthodes de dépistage et de repérage de ce trouble à l'aide d'outils de mesure et de considérations pratiques de soignants, et l'identification de facteurs de risque de dépression dans ce contexte particulier.

Discussion et conclusion : L'étude a permis d'identifier un grand nombre d'outils d'aide au repérage : des auto-questionnaires, échelles de scores, questions simples, parfois comparés au « gold-standard », l'entretien clinique psychiatrique. Le repérage du trouble dépressif est parfois compliqué par le chevauchement des symptômes physiques de la maladie avec les symptômes dépressifs. Ce repérage est aussi dépendant de la définition que l'on fait de ce trouble, qui ne semble pas unanime. En effet, cette définition peut être catégorielle ou dimensionnelle, selon que l'on considère le trouble dépressif pathologique ou l'expression d'une humeur dépressive. La réévaluation de l'état psychique du patient en fin de vie paraît nécessaire. La réponse à la question du dépistage de la dépression en soins palliatifs ne peut être univoque mais doit rester dépendante des équipes de soins qui peuvent s'appuyer sur des protocoles correspondant à leurs moyens et sensibilités. Ainsi, cela impose une coordination accrue entre équipe de soins palliatifs et de psychiatrie.

Mots-clés : fin de vie, soins palliatifs, troubles psychiatriques, dépression

Screening for depression in palliative care: a systematic review

ABSTRACT

Introduction: Palliative care is booming in a context where end-of-life issues are of great public concern. Psychiatric disorders, particularly depressive disorders, are common for end-of-life patients. The prevalence of depression remains unclear due to its definition and the multitude of tools available to screen it. The objective of this work is to synthesize how to detect depression in palliative care and to identify the elements that help to do so. The definition of end-of-life depression and the coordination of psychiatric services with palliative care appear as secondary objectives.

Methods: A review of English and French literature was conducted according to the PRISMA criteria between 1990 and 2018. The SCIENCE DIRECT, PUBMED, COCHRANE LIBRARY and CAIRN databases were surveyed. Original articles on depression identification in palliative situations were included. The selection of studies was done by two researchers.

Results : Of the 382 articles analyzed, 37 were included in the synthesis: 26 quantitative studies, eight literature reviews and three qualitative studies. The analysis of the studies identified three themes: the prevalence of depression in palliative care, the screening methods of this disorder using measurement tools and practical caregiver considerations, the identification of risk factors for depression in this context.

Conclusion: The study identified a large number of screening instruments such as self-questionnaires, scales, and simple questions, and compared them to the "gold-standard": psychiatric clinical interview. Identifying depressive disorders is sometimes complicated by physical symptoms of the disease which overlap the symptoms of depression. This identification is also dependent on the definition of this disorder, which is not unanimous. Indeed, depression can be defined as categorical or dimensional, depending on whether it is considered to be a pathological depressive disorder or the expression of a depressed mood. The reassessment of the psychic state of end-of-life patients seems necessary. The answer to the question of screening for depression in palliative care cannot be unequivocal but must remain dependent on care teams that can rely on protocols corresponding to their means and sensitivities. This therefore requires increased coordination between both palliative care and psychiatric services.

Keywords : palliative care, terminally ill, end of life, depression, mental disorder, psychiatric disorder