

MCours.com

CHAPITRE 1
LA PROBLÉMATIQUE

La mort en institution psychiatrique a longtemps été un sujet tabou et les prises en charge palliatives se heurtent encore aujourd'hui à des résistances liées tantôt aux troubles mentaux, tantôt aux équipes et aux organisations (Roucloux, 2013). La réalité des personnes ayant un cancer palliatif et un trouble mental grave (CP+TMG) est très peu documentée. On sait que le cancer a des répercussions sur la globalité de la personne, ce qui rend des plus complexe l'intervention des professionnels de la santé. De ce fait, ce chapitre est consacré à la définition de la problématique à l'étude soit le cancer et ses conséquences. Il s'agira ainsi de rappeler l'ampleur du cancer et ses conséquences sur la globalité de la personne aux plans physique, sociale, spirituelle et tout particulièrement psychologique. Ce chapitre se termine en présentant les particularités de l'expérience des professionnels de la santé qui accompagnent les personnes ayant un CP+TMG.

1.1 Le cancer et son ampleur

Le cancer est une maladie qui prend naissance dans les cellules du corps humain. Ces cellules se multiplient de façon incontrôlée et prennent la place des cellules saines pour former des masses, des tumeurs ou se propager dans la circulation sanguine et le système lymphatique jusqu'à d'autres parties du corps (American Cancer Society, 2015). Selon les statistiques canadiennes sur le cancer, (2019), « environ un canadien sur deux développera un cancer au cours de sa vie et environ un canadien sur quatre en mourra » (p.6). Malgré ces données alarmantes, il importe toutefois de spécifier que « le taux de mortalité pour tous les cancers combinés connaît une

diminution depuis la fin des années 80, et ce, malgré le fait que le taux d'incidence de tous les cancers combinés n'a diminué au Canada que depuis 2011 » (Statistiques canadiennes sur le cancer, 2019, p. 46).

« Bien que le taux global de mortalité continue de baisser au Canada, le nombre réel de décès par cancer continue d'augmenter en raison de la croissance démographique et du vieillissement de la population (Statistiques canadiennes sur le cancer, 2019, p.46). »

Depuis le plus haut niveau taux de mortalité par cancer observé au Canada en 1988, il est heureux de constater qu'il y a plus de 179 000 décès qui ont été évités grâce aux efforts de prévention du cancer et de lutte contre la maladie (Société canadienne du cancer, 2017). En revanche, « l'amélioration de la détection précoce et des traitements utilisés chez les personnes malades de même que les mesures qui visent à aider les personnes à vivre avec le cancer et à y survivre, demeure la plus importante cause. » (Statistiques canadiennes sur le cancer, 2019, p.46).

Selon les statistiques canadiennes sur le cancer (2019), les formes les plus importantes de cancer sont, chez la femme, le cancer du sein (1 femme sur 8 (12.5%)) tandis que chez l'homme, il s'agit du cancer de la prostate (1 homme sur 9 (11%)). Les deux autres formes les plus importantes sont les cancers du poumon (13.2% chez les hommes et 13.5% chez les femmes) et colorectaux (12.9% chez les hommes et 10.9% chez les femmes). À cet effet, les statistiques indiquent que la probabilité de mourir du cancer est de 26% chez l'homme et de 23% chez la femme. Effectivement, le cancer est responsable de près de 30 % de tous les décès et il est également la principale cause de décès au Canada (Statistiques canadiennes sur le cancer, (2019). En ce qui a trait à

la probabilité de décéder, celle-ci est intimement liée à la forme, de même qu’au stade d’évolution¹ du cancer. Par exemple, le cancer du pancréas est fatal pour la majorité des personnes. Cela s’explique notamment par le fait que ce type de cancer est détecté tardivement, alors que des métastases ont déjà envahi l’organisme. Toutefois, en raison du nombre plus important de personnes touchées, le cancer qui cause le plus de décès est celui du poumon (Statistiques canadiennes sur le cancer, 2019, p. 11-44).

1.1.1 Le cancer au Saguenay-Lac-Saint-Jean

Cette section présente les données les plus récentes pour le Saguenay-Lac-Saint-Jean, qui constitue la région de référence pour la présente étude. Dans cette région, le cancer est la première cause de décès soit 35 % de la mortalité (Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean [CIUSSS-SLSJ], 2016). Chaque jour, cinq nouveaux cas de cancer sont diagnostiqués, environ sept personnes sont hospitalisées des suites de complications de la maladie et deux personnes en meurent. Comme pour les statistiques canadiennes, le Saguenay-Lac-Saint-Jean a lui aussi un taux plus élevé de cancer du poumon (36 % chez les hommes et 28 % chez les femmes), du sein (15 %), colorectal (12 % chez les hommes et les femmes) et de la prostate (7 %). En effet, ces quatre types de cancers représentent 55 % des nouveaux diagnostics de cancer (CIUSSS-SLSJ, 2016). Malgré ces données

¹Il y aurait, selon l’Institut national du cancer (2015), quatre stades d’évolution du cancer. Le stade 1 correspond à une tumeur unique et de petite taille. Ensuite, le stade 2 correspond à un volume local plus important. Pour ce qui est du stade 3, il correspond à un envahissement des ganglions lymphatiques ou des tissus avoisinants. Le stade 4 est celui où les soins palliatifs entrent en fonction puisqu’il correspond à une extension plus large dans l’organisme sous forme de métastases.

inquiétantes, il est important de spécifier que le taux d'incidence ajusté du cancer au Saguenay-Lac-Saint-Jean a diminué au cours des vingt dernières années (1984-1986 : 640/100 000; 2008-2010 : 590/100 000) (CIUSSS-SLSJ, 2016). Toutefois, cette diminution ne devrait être que temporaire, et ce, en raison du vieillissement de la population, car le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus a plus que doublé au cours de cette période, passant de 19 000 à 46 000. Effectivement, « malgré cette diminution globale du taux ajusté d'incidence, on observe un accroissement important du nombre de nouveaux cas de cancer dans la région. Cette augmentation est de 78 % entre 1984-1986 et 2008-2010 et est une conséquence immédiate du vieillissement de la population régionale » (CIUSSS-SLSJ, 2016, p. 10).

1.2 Les conséquences du cancer

Le cancer a des conséquences sur l'ensemble des sphères de la vie humaine : physique, psychologique, sociale et spirituelle. Cette section aborde les principaux impacts du cancer sur chacune de ces dimensions.

1.2.1 Les conséquences physiques

Les différentes formes de cancer et leurs traitements ont différents impacts physiques. Ils peuvent, selon leur ampleur, affecter le niveau d'autonomie de la personne (liberté de subvenir à ses besoins ou liberté d'agir selon ses désirs). En plus d'être parfois associé à de la douleur, le cancer engendre des symptômes tels que la perte d'appétit et de poids, la fatigue, les troubles du sommeil et de la concentration ainsi qu'un ralentissement psychomoteur (Durdux, 2010). En ce qui concerne les

traitements, ils peuvent d'une part, être source de douleur physique et d'autre part, être associés à des effets secondaires tels que l'affaiblissement du système immunitaire, certaines atteintes au corps (ex. amaigrissement, changement de la couleur de la peau, mutilation), l'essoufflement, la fatigue intense, de même que les vomissements (Bacqué et Razavi, 2005). Ces répercussions peuvent également être observées chez des personnes qui ne reçoivent plus de traitement contre le cancer, en raison de la prise de médication pour contrôler la douleur et l'anxiété associées à la maladie. De plus, lorsque le stade du cancer est plus avancé (souvent observé en soins palliatifs), les professionnels constatent des changements dans leurs interventions, car il y a apparition chez la personne malade de confusion, mais aussi d'agitation, de gestes menaçants et des gémissements inexplicables, en plus d'une certaine incapacité à gérer les troubles de l'équilibre (Rhondali et al., 2010). À un autre niveau, et même si les écrits sont moins nombreux à le mentionner, le cancer affecterait la vie sexuelle des personnes touchées. Le renoncement à la sexualité serait constaté chez une majorité des personnes, puisque plusieurs sentiments de vulnérabilité et d'incapacité sont grandissants chez ces dernières (Bacqué et Razavi, 2005). Dans notre étude, les atteintes physiques de la personne malade sont prises en compte pour considérer quels éléments peuvent faciliter ou nuire à une bonne intervention de la part des professionnels de la santé.

1.2.2 Les conséquences sociales

Le cancer a des impacts considérables sur la vie sociale des personnes affectées, que ce soit au plan conjugal, familial ou encore socioprofessionnel. Or, on sait que

lorsque la famille est présente, l'intervention auprès des proches et de la personne malade est le plus souvent grandement améliorée. De façon plus précise, la maladie peut affecter le quotidien de la personne malade et de ses proches (Picard, 1996). Selon l'ampleur de la maladie, certains rôles assumés par la personne (ex. : pourvoyeur) doivent être attribués à d'autres (Picard, 1996). En fait, que ce soit au moment du diagnostic ou encore du constat voulant que la guérison ne soit plus possible, les auteurs observent une mise en suspens des activités sociales que la personne réalise habituellement (Bacqué et Razavi, 2005). Ainsi, les manifestations du cancer et le temps requis par le traitement ont pour effet que la personne cessera par exemple ses activités ou encore renoncera à entretenir ses relations d'amitié (Bacqué et Razavi, 2005). Il faut comprendre qu'une personne atteinte de cancer vit une certaine désocialisation parce que la maladie l'empêche d'aller là où elle veut, et de faire comme bon lui semble. Elle est également confrontée à un déséquilibre dans ses rapports sociaux parce qu'en étant malade, elle est de plus en plus dépendante des soins des autres personnes, dont ceux venant des professionnels de la santé. Il en va de même pour les activités socioprofessionnelles (ex. maintien d'un emploi) et scolaires. En effet, lorsqu'il y a un diagnostic de cancer, la plupart des personnes sont dans l'obligation d'arrêter de travailler pour la durée du traitement ou du rétablissement. Même si l'on ne parle pas d'un arrêt complet de travail, en général, les personnes atteintes d'un cancer doivent se limiter dans le temps passé au travail, mais aussi dans leurs fonctions et leurs rôles. Cette diminution du temps de travail a un grand impact économique. En effet, environ 44 % des personnes qui ont une diminution de salaire affirment avoir une baisse de plus d'un quart de celui-ci (Ligue nationale contre le

cancer, 2012). Ainsi, la proximité de l'entourage familial, les rôles et fonctions assumés par la personne malade ainsi que les activités de celle-ci sont prises en compte dans cette étude pour vérifier ce qui, du point de vue des intervenants facilite et nuit à leurs interventions.

1.2.3. Les conséquences spirituelles

Même si la personne malade n'a pas de croyances religieuses particulières, le cancer est source de plusieurs questionnements qui peuvent concerner l'identité de celle-ci, des questionnements face au sens de la vie, l'espoir de guérison et des questionnements sur son vécu, mais également sur ce qu'elle a pu faire pour mériter de vivre avec ce cancer (Horst, 2019; Odier et al., 2008; Rivier et al., 2008). De plus, à l'arrivée du cancer, il y a aussi une douleur existentielle liée à la remise en question de sa raison de vivre, du sens de son existence et de la vie (Jacquemin, 2012; Picard, 1996). L'annonce d'un diagnostic de cancer associé à la mort entraîne chez la plupart des personnes ou de leurs proches un profond sentiment d'angoisse, de désespoir et d'impuissance. Cette douleur est parfois une réelle détresse spirituelle pour laquelle une intervention professionnelle est nécessaire (Buxton, 2007). Peu importent le sexe, l'âge, les origines culturelles, le statut social, les valeurs et les croyances, toutes les personnes font face, à des degrés différents, à ces questionnements. Certaines personnes ressentent un besoin urgent de trouver une réponse spirituelle à leur existence voire de revenir à des croyances religieuses délaissées pour supporter, à différentes étapes de la maladie, les souffrances physiques, morales et existentielles engendrées par cette épreuve. Grâce à un accompagnement spirituel, certains peuvent

trouver l'apaisement et la sérénité qui adoucissent ces moments difficiles à traverser (Comité des représentants de la population atteinte de cancer et des proches au Québec [REPOP], 2005). Selon Picard (1996), on peut aussi constater que la perte de l'intégrité corporelle est souvent perçue comme une trahison du corps, une angoisse de mort et conduit à la prise de conscience que la vie a une fin. Pour ces raisons, dans les équipes de soins palliatifs, un intervenant en soins spirituels (ISS) est souvent mis à la disposition des personnes malades et du personnel; ce qui peut affecter de façon positive les interventions de la part des professionnels de la santé de l'équipe en général. Le travail d'un ISS consiste à guider l'individu vers sa quête de sens liée à la vie, sa conception du transcendant, ses valeurs, son identité, son appartenance religieuse, ses références et ses rituels particuliers. En plus de l'ISS, le travailleur social est également concerné par certains aspects spirituels, notamment le sens et il peut ainsi explorer avec la personne ce qu'elle souhaite laisser ou transmettre comme héritage (langue, culture, valeurs, contributions). D'un autre côté, la psychologie porte sur les aspects psychiques et comportementaux (Brisebois, 2012).

Le cancer est souvent à l'origine d'une remise en question totale de la personne. En effet, des recherches montrent que les gens qui souffrent d'un cancer considèrent leur qualité de vie améliorée quand leurs besoins spirituels sont satisfaits (Horst 2019; Rivier et al., 2008). En général, les personnes malades valorisent et appliquent les pratiques et croyances spirituelles pour s'aider à mieux faire face à leur situation et à la colère qui se fait sentir (Horst, 2019; Rivier et al., 2008). À ce sujet, une étude montre que la majorité (51 %) des personnes atteintes d'un cancer, ont besoin d'aide pour

dominer leurs craintes, 43 % pour retrouver une tranquillité d'esprit, 40 % pour trouver un espoir, un sens à leur vie et 39 % pour identifier leurs ressources spirituelles (Rivier et al., 2008). De plus, McCord et al., (2004), indiquent que 83 % des personnes souhaitaient que les médecins leur posent des questions sur leurs croyances spirituelles pour les aider à mieux traverser l'épreuve. Selon le REPOP (2005), les besoins d'ordres spirituels demeurent primordiaux dans une société qui a tendance à rejeter la religion et à occulter le phénomène de la mort. Toutefois, les questions d'ordre spirituel ne sont que très peu abordées par le personnel soignant, surtout lorsque le patient souffre également de troubles mentaux (Zittoun, 2005). Cette étude devra donc considérer dans quelle mesure la dimension spirituelle apparaît comme un facteur facilitant ou nuisant à l'intervention.

1.2.4. Les conséquences psychologiques

Les conséquences psychologiques associées au cancer sont liées à la maladie, aux traitements, de même qu'aux multiples pertes engendrées par le cancer (ex. perte de capacités physiques, perte d'emploi, arrêt des activités de loisirs). D'abord, le cancer amène d'importants bouleversements émotifs chez les proches, qu'il s'agisse du conjoint, des enfants, de la famille ou des amis, car la crainte de perdre une personne significative peut amener de la détresse chez ces derniers. De plus, le fait de ne plus être capable de faire les activités auparavant réalisées est source de désespoir et d'une diminution de l'estime de soi (Bacqué et Razavi, 2005). En effet, l'annonce du diagnostic, tout comme le fait de vivre avec la maladie, peut être source de détresse. Celle-ci serait accentuée par le degré d'isolement social dans lequel la personne ayant

un cancer est plongée, mais également la rapidité de prise en charge des professionnels de la santé. Les personnes qui auraient un moins grand réseau de soutien seraient plus à risque de vivre de l'anxiété et de la dépression (Nordin et al., 2001). Cette détresse se traduit parfois sous forme de manifestations anxieuses, parfois sous forme de manifestations dépressives. Pour les gens atteints de cancer non curatif (palliatif), la cessation complète du travail est inévitable et amène des conséquences psychologiques importantes comme de l'anxiété et la dépression (Ligue nationale contre le cancer, 2012, p.2). Ainsi, ces deux diagnostics sont, avec le trouble d'adaptation, les problèmes mentaux les plus fréquemment identifiés lorsqu'une personne est atteinte d'un cancer (Mühlestein et Riese, 2013).

En effet, certains auteurs estiment que la dépression affecterait de 15 % à 25 % des personnes atteintes de cancer (Massie et al., 1998, cité dans Durdux, 2010). Ces données semblent toutefois conservatrices, car selon d'autres études, la dépression affecterait entre 25 % et 58 % des personnes à l'admission en unité de soins palliatifs, voire 77 % des personnes ayant un cancer avancé (Sela, 2007, cité dans Reich, 2015; Hotopf et al., 2002). La réaction dépressive ou le mouvement dépressif se rencontre plus souvent dans les situations palliatives et se traduit par une réaction à des événements difficiles à vivre ainsi qu'aux situations de pertes multiples générées par l'évolution de la maladie (Reich, 2015). En ce qui concerne l'anxiété, la fréquence de celle-ci est estimée à près de 10 %. Par contre, cette estimation est à prendre avec prudence puisqu'elle est probablement sous-estimée en raison de son association fréquente avec les troubles de l'humeur ou d'adaptation (Reich, 2015). En effet,

l'anxiété est souvent prise en compte en début de traitement lorsqu'il y a présence d'un psychiatre dans l'équipe, ce qui est rare; en général l'anxiété se trouve donc le plus souvent naturellement associée à la présence du cancer et non comme un problème de santé mentale (Reich, 2015). Pour autant, les professionnels de la santé expliquent que la prise en charge tardive de l'anxiété nuit beaucoup à leurs interventions (Reich, 2015).

Considérant la prévalence de la dépression qui est réactionnelle à l'événement difficile à vivre et aux différentes pertes générées par l'évolution de la maladie, il n'est pas étonnant de constater que le risque suicidaire est deux fois plus élevé que dans la population générale, dans les cinq mois suivant l'annonce du diagnostic (Jackson et al., 2012, cité dans Reich, 2015; Durdux, 2010; Pirl et al., 2012). En effet, les facteurs de risque pour le suicide sont pour certains auteurs, le sexe masculin, la douleur, l'incapacité physique, l'isolement social et les antécédents personnels ou familiaux de troubles psychiatriques, d'où l'importance que les professionnels soient à l'aise avec ces facteurs dits à risques (Hem et al., 2004, cité dans Reich, 2015).

Outre les manifestations anxieuses et dépressives, les personnes atteintes de cancer peuvent également vivre d'autres problèmes psychologiques. C'est ainsi que le cancer, de même que ses traitements, peuvent également amener la personne à vivre des états de confusion ou de « délire » (Mühlstein et Riese, 2013; Rhondali et al., 2010; Thekkumpurath et Sharpe, 2009). Ces données doivent toutefois être interprétées avec prudence. La prévalence de troubles mentaux chez les personnes ayant le cancer est très variable d'une étude à l'autre; cela est dû principalement aux différentes méthodes

de mesure, au type et au stade du cancer, aux différents types d'interventions des professionnels de la santé ainsi qu'aux différentes solutions face aux défis d'appliquer le bon diagnostic psychiatrique (Thekkumpurath et Sharpe, 2009).

1.3 La réalité des personnes ayant des troubles mentaux diagnostiqués qui se trouvent confrontés à une maladie cancéreuse

On a vu dans la précédente section que le cancer a pour effet de perturber l'état de santé général des individus, notamment leur santé mentale. De quelles manières les personnes ayant déjà un diagnostic psychiatrique réagissent-elles à l'annonce d'un diagnostic de cancer? Cette annonce, de même que la maladie ont-elles pour effet d'accroître leur vulnérabilité? Ces personnes ayant des troubles mentaux ont-elles plus de probabilités d'être atteintes de cancer? À cet égard, les données ne sont pas claires, car si certaines études (par exemple MSSS, 2015; Thekkumpurath et Sharpe, 2009) évoquent que le fait d'avoir un trouble mental accentue le risque de développer une maladie cancéreuse, d'autres indiquent que le risque est le même pour cette tranche de population que dans la population générale. Si les probabilités de développer un cancer semblent plus ou moins affectées par la présence d'un trouble mental, ce dernier aurait par contre un effet sur la mortalité associée au cancer (Thekkumpurath et Sharpe, 2009). Effectivement, selon l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ, 2012), les personnes ayant un TMG ont de moins bonnes habitudes de vie tels que le tabagisme et la consommation de drogue et d'alcool, une moins bonne alimentation et qu'elles vivent de la défavorisation sociale ce qui expliquent aussi la surmortalité chez cette population.

Ainsi, certaines études montrent que les personnes souffrant de troubles affectifs ou de troubles de la personnalité ont un risque plus élevé de mourir du cancer du système nerveux central ou de tumeurs des nerfs crâniens (Perini et al., 2014). Également, les études de Huang-Chic Chou (2011), et de Perini et al., (2014), confirment que la mortalité par cancer des personnes ayant un diagnostic psychiatrique est plus élevée que dans la population de référence pour le groupe d'âge moyen, mais que cela peut varier selon la nature de la maladie psychiatrique. Ce plus haut risque de mortalité nous indique que les personnes ayant certains troubles mentaux diagnostiqués sont plus à risque de se retrouver au stade quatre du cancer, celui où les soins palliatifs sont prodigués.

À côté de ces études, d'autres concernant la schizophrénie démontrent que les personnes touchées ont plus de probabilités de décéder d'autres causes (des problèmes cardiaques, un haut cholestérol, le diabète, etc.) que du cancer (Herrman et al., 1983; Mortensen et al., 1993, cités dans Goldacre et al., 2005; Simard, 2011). Il y a toutefois très peu d'études concernant les conséquences d'un cancer palliatif chez les personnes atteintes d'un TMG; l'étude proposée apparaît donc des plus pertinente pour pouvoir le documenter. De ce fait, la perspective des professionnels de la santé semble un bon point de départ.

1.4 Quelques définitions : les soins palliatifs, les soins de fin de vie et le trouble mental grave

Les soins palliatifs sont, selon l'Association des soins palliatifs du Québec [AQSP], (2015), l'ensemble des soins actifs et globaux dispensés aux personnes

atteintes d'une maladie avec un pronostic de vie réservé. Ils sont organisés et dispensés grâce aux efforts de collaboration d'une équipe interdisciplinaire incluant le patient et ses proches. Ces soins sont réalisés sans volonté de hâter ni de retarder la mort : ils soutiennent la vie et considèrent la mort comme un processus normal et ils offrent un système de soutien pour permettre aux personnes malades de vivre aussi activement que possible jusqu'à la mort. De plus, ces soins visent également les proches pour leur permettre de composer avec la maladie de la personne malade et de prendre en charge la période de deuil (AQSP, 2015). Toujours selon l'AQSP (2015), la plupart des aspects des soins palliatifs devraient être offerts très tôt au cours de la maladie, parallèlement aux traitements curatifs.

Il est important de différencier le concept de soins palliatifs du concept de soins de fin de vie puisqu'ils ne sont pas donnés au même moment. Les soins de fin de vie (ou soins de confort) comprennent les soins palliatifs et d'autres soins qui peuvent être offerts aux personnes en phase terminale c'est-à-dire aux personnes qui ont une condition clinique souvent instable qui provoque une perte accélérée d'autonomie en y incluant la sédation palliative² et l'aide médicale à mourir³ (Plan de développement 2015-2020 des Soins palliatifs et de fin de vie). Ainsi, au Québec, la

²La « sédation palliative » s'entend comme l'utilisation de médicaments sédatifs pour soulager des symptômes qui résistent en abaissant le niveau de conscience. Selon le niveau de conscience obtenu, on distingue la sédation légère de la sédation modérée et de la sédation profonde. Selon la durée, la sédation est souvent qualifiée d'intermittente ou de continue (Société québécoise des médecins de soins palliatifs, 2016).

³L'aide médicale à mourir est une intervention exceptionnelle consistant en l'administration de médicaments par un médecin à une personne en fin de vie, à sa demande, dans le but de soulager ses souffrances en entraînant son décès (Gouvernement du Québec, 2016)

loi concernant les soins de fin de vie (S-32.0001) promulguée en 2014 précise que toute personne doit avoir accès, tout au long du continuum de soins, à des soins de qualité adaptés à ses besoins, ce qui peut inclure les soins de fin de vie. Lorsque les soins palliatifs n'arrivent pas à soulager certaines souffrances de manières satisfaisantes, cette loi permet alors une option supplémentaire qu'est l'aide médicale à mourir.

Le passage des soins palliatifs aux soins de fin de vie est généralement marqué par : l'arrêt spontané de l'alimentation, un arrêt spontané de l'hydratation, somnolence persistante, baisse de la tension artérielle etc. (Sivret, 2018). À cette fin, peu importe le type d'établissement visé par la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) (LégisQuébec, 2019), doit notamment mettre en place des mesures pour favoriser l'interdisciplinarité entre les différents professionnels de la santé ou des services sociaux et la collaboration des différents intervenants concernés qui offrent des services à ces personnes (Gouvernement du Québec, 2016).

Les principes qui orientent la dispensation des soins palliatifs sont : l'atténuation de la douleur, le soulagement des autres symptômes physiques et la diminution des problèmes psychologiques, spirituels et sociaux (AQSP, 2019). L'objectif des soins palliatifs est d'obtenir pour les personnes malades et leurs proches, la meilleure qualité de vie possible jusqu'à la fin.

Dans le Plan d'action en santé mentale [PASM], 2015-2020, il est défini que « le trouble mental désigne un état de santé caractérisés par une altération de la pensée, de l'humeur ou du comportement, causant des dysfonctionnements ou de la détresse» (p.3). De plus, le trouble mental est qualifié de grave lorsqu'il est « associé à un niveau d'incapacité qui interfère de façon significative dans les relations interpersonnelles, les compétences sociales de base et la capacité fonctionnelle dans la production d'un travail » (PASM, 1998 p.17). De plus, si les troubles mentaux affectent une personne sur cinq, les troubles mentaux graves touchent de 2 à 3% des Québécois.

1.5 Les troubles mentaux graves et les soins palliatifs dans un contexte de cancer

Il est clair que la réalité des personnes en phase palliative de cancer est différente selon que leur état de santé mentale est bon ou mauvais. Comme mentionné plus haut, les études consultées indiquent que les personnes ayant des TM, qu'ils soient modérés ou graves, ont des risques équivalents de développer le cancer. Par contre, certains auteurs constatent une certaine prévalence de la comorbidité psychiatrique (plus ou moins grave) chez les personnes atteintes d'un cancer. Cette prévalence varie habituellement entre 47 % et 53,7 % avec le délire comme diagnostic le plus commun (28 % des cas) (Derogatis, et al., 1983, Minagawa et al., 1996). Comme indiqué dans le Plan de développement 2015-2020 en soins palliatifs et de fin de vie [PDSPFV 2015-2020] (MSSS, 2015), ces soins ne devraient pas se limiter seulement aux personnes ayant un cancer, mais aussi aux personnes atteintes de toutes autres pathologies ou maladies chroniques.

En outre, le PASM 2015-2020 rappelle que théoriquement, toutes les personnes soignées doivent être considérées comme des partenaires actifs et qu'il s'agit de rechercher l'adaptation de la prestation des soins et des services au suivi de leurs maladies chroniques. Toutefois rien n'est encore mis en place (MSSS, 2015). De fait, l'intervention des professionnels de la santé est encore limitée. Il y a donc lieu de se demander si les intervenants connaissent ces recommandations issues d'une part du PDSPFV 2015-2020 et d'autre part du PASM 2015-2020. Il s'agit également de voir dans quelle mesure ces recommandations sont appliquées auprès des personnes ayant un CP+TMG et, si elles le sont, est-ce qu'elles apparaissent facilitantes pour les professionnels eux-mêmes? La présente étude devrait notamment permettre d'esquisser une réponse à ces questions.