

Comment accompagner vers une prise en charge psychologique ?

Pour répondre aux difficultés rencontrées par les équipes à adresser les patients vers les professionnels de soins psychiques un référentiel a été élaboré par un groupe pluriprofessionnel et mis en ligne (www.afsos.fr ; www.sfpo.fr). Dédié à tous les professionnels de santé en oncologie (Les IDE, manipulateurs radiothérapie et radiologie, onco-hématologues, médecins de toutes spécialités et généralistes, aides soignantes, cadres de santé, assistantes sociales, diététiciennes, art-thérapeutes, socio-esthéticiennes, agents hospitaliers, bénévoles, aumôniers, etc.), cet outil vise à mieux orienter les patients vers les psychologues cliniciens et/ou psychiatres (les « psys »). Nous en proposons ici une version synthétique ; elle présente une manière simple d'aborder avec le patient et/ou son entourage la question de la souffrance et de la vulnérabilité psychologiques, de lui parler de l'existence des « psys », et de l'accompagner jusqu'à ces soins lorsqu'ils sont indiqués. Ces recommandations sont valables quel que soit le moment de la prise en charge (qu'il s'agisse du temps de diagnostic, de celui des traitements, de la surveillance, de la rechute ou de la fin de vie), pour les patients et leurs proches. Ce document ne définit cependant pas les critères d'orientation eux-mêmes, qui feront l'objet d'un deuxième référentiel.

La problématique de l'orientation vers les « psys »

L'orientation des patients vers les professionnels du soin psychique, qui doit être pratiquée dans la continuité de la prise en charge somatique et s'inscrire dans une démarche pluridisciplinaire^[1], est un acte délicat pour plusieurs raisons :

- il existe des résistances au soutien psychologique, les plus fréquentes étant le fait que les patients pensent « ne pas être fous », veulent s'en sortir « tout seuls », minimisent souvent leur souffrance, sans oublier les *a priori* sur les « psys », qui « ne servent à rien », ou le souvenir de mauvaises expériences passées ;
- cette orientation prend du temps et ne peut être faite trop rapidement et directement sans générer de fermetures^[2] ;
- il s'agit d'une proposition et non d'une prescription, ce qui change des pratiques soignantes habituelles.

Orienter les patients en souffrance vers les psys est donc une opération délicate, qui implique la capacité par les équipes oncologiques de la reconnaître^[3], de la légitimer, et d'accompagner le patient vers les psychologues et les psychiatres qui pourront y répondre. Il s'agit aussi pour les « psys » d'être capables de mieux expliciter leur rôle, tant par le travail des demandes en amont avec les équipes que par une transmission d'informations adéquates en aval^[4], permettant de mieux distinguer les soins psychiques (prise en charge psychologique, psychiatrique ou psychothérapeutique) du soutien psychologique informel potentiellement assuré par l'ensemble des professionnels^[5].

Quand aborder la proposition de prise en charge « psy » ?

Il y a lieu d'informer le plus précocement possible et systématiquement de la possibilité d'un soutien psychologique, dès la consultation d'annonce, ou lors du temps d'accompagnement soignant, et à n'importe quel moment du parcours de soin, et le plus près possible du diagnostic.

Par ailleurs, la proposition de prise en charge doit être faite dès lors qu'une souffrance ou une vulnérabilité psychologique a été identifiée. En ce cas, il s'agit d'une proposition d'orientation, et non d'une injonction.

Les étapes du patient pour accepter une rencontre avec le « psy »

Plusieurs étapes sont nécessaires à l'acceptation par le patient d'un entretien « psy » (figure 1). Parfois, certaines de ces étapes sont concomitantes.

Les étapes du soignant dans le processus d'orientation (figure 2)

1. L'orientation suppose de prendre contact avec le patient, de manière à favoriser l'instauration d'un climat de confiance. L'accueil et les présentations sont essentiels en ce sens, comme le fait de se centrer sur la personne et de lui témoigner véritablement de l'intérêt ; il s'agit tout à la fois de se rendre disponible, d'inviter la personne à exprimer ce qu'elle ressent, et d'écouter « l'ensemble » de ses préoccupations, y compris celles qui ne concernent pas directement la maladie.
2. Par la suite, le dialogue engagé doit être approfondi et permettre d'aborder la souffrance ressentie comme de cibler son intensité, et, d'explorer la vulnérabilité de la personne (souffrances antérieures, antécédents psychiatriques, contexte socio-professionnel...). L'écoute attentive, le fait de laisser le patient aller jusqu'au bout de son idée sans l'interrompre, ainsi que les questions ouvertes (ex. : « Comment vous sentez-vous en ce moment ? », plutôt que « Ça va, vous arrivez à faire face ? ») et les relances permettent d'avancer en ce sens.
3. Le fait de reconnaître et de nommer la souffrance est une étape essentielle qui permettra peut-être au patient de l'apercevoir et de la reconnaître lui-même. Il s'agit à ce stade de mieux chercher à comprendre ce qui fait



Auteurs

Florence BARRUEL

Psychologue
en onco-hématologie.

Expertise :
Psycho-oncologie.

Déclaration publique
d'intérêts :
Aucun.

Correspondance :
GHI Montfermeil
Pôle Onco-Hématologie
10 avenue
du Général Leclerc
93370 Montfermeil
fbarruel@ch-montfermeil.fr

Coécrit avec :



Sarah DAUCHY
Psychiatre, Département
de Soins de Support,
Gustave Roussy, Villejuif.
sarah.dauchy@gustaveroussy.fr

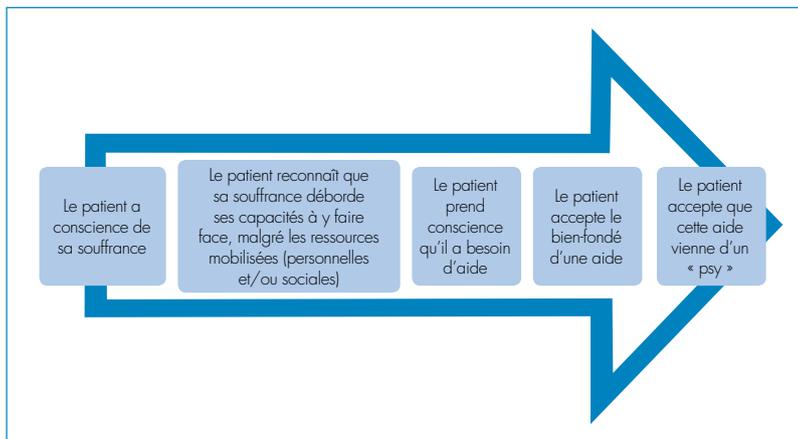


Figure 1 : Les étapes du patient pour accepter un soutien psychologique.

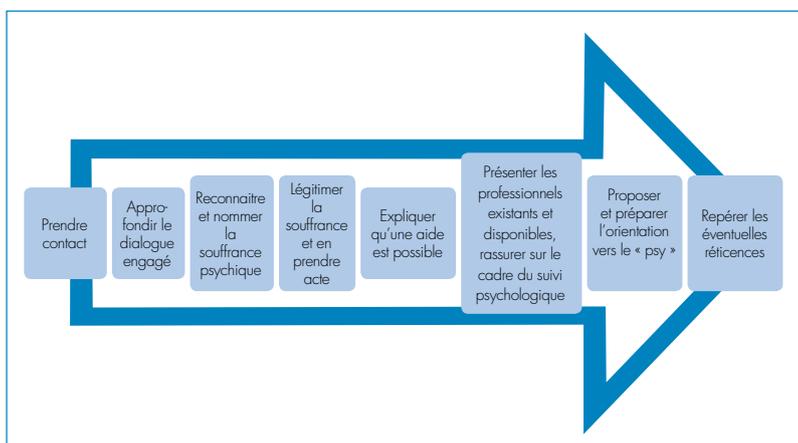


Figure 2 : Les étapes du soignant dans le processus d'orientation.

souffrir le patient et de définir avec lui ses priorités et ses ressources aussi.

- 4. Une fois la souffrance reconnue, il convient de la légitimer et d'en prendre acte en faisant comprendre que la souffrance doit faire l'objet d'une attention particulière de soins, comme la souffrance physique. S'il est essentiel d'éviter de nommer des diagnostics trop hâtifs (ex : dépression), on abordera clairement si nécessaire le caractère pathologique d'un symptôme (ex. : idées suicidaires, perte d'intérêt, d'envie/désir, de plaisir...).
- 5. On pourra alors expliquer qu'une aide est possible en présentant l'intérêt de l'accompagnement psychologique

et l'intérêt des différents types d'aides possibles (associations, médecin traitant, psychologue, psychiatre, groupe de patients...). Le fait de résumer les causes de souffrance identifiées lors du dialogue et de pointer les limites des ressources personnelles, des actions entreprises ou des soutiens déjà présents sert d'amorce à cette présentation. Le fait de s'appuyer sur les effets attendus de la prise en charge (diminution de l'anxiété ou des troubles du sommeil, amélioration de la communication...) permet de rendre l'approche plus concrète.

- 6. La présentation des professionnels existants et disponibles complètera logiquement ces éléments et s'appuiera autant que possible sur une brochure d'information. On rappellera les rôles et places d'un psychologue clinicien et d'un psychiatre dans l'organisation où se déroule la prise en charge tout en rassurant sur le cadre du suivi : bienveillance, respect de la confidentialité, et transmission ciblée aux équipes portant sur les seuls éléments susceptibles d'éclairer la prise en charge du patient et ne le desservant pas.
- 7. L'orientation proprement dite doit être formulée sous forme de proposition et ouverte d'emblée sur une discussion prenant en compte les réactions du patient. Il faudra toujours s'assurer de l'accord du patient pour être aidé par un « psy ». Si le patient est d'accord, on prend acte de cela, on identifie avec lui les bonnes conditions pour commencer, notamment en matière de moment et de personne ressource, sans oublier de faire le relais de cette discussion avec l'équipe soignante.
- 8. En cas de réticence, ambivalence ou désaccord, on explore les réticences ou raisons du refus pour les comprendre plutôt que pour convaincre, tout en laissant le temps au patient d'exprimer son point de vue. On propose au patient d'y réfléchir et éventuellement de reprendre cette discussion ultérieurement. Si le refus s'affirme et se confirme, il sera nécessaire de dire que l'on comprend que cette aide psychologique n'est pas souhaitée, même si l'on pense que cela pourrait être aidant, sans négliger la proposition d'en reparler à distance. Il est fondamental de penser en ce cas à rappeler les autres soutiens utiles [bénévoles, ERI (Espace Rencontre Information pour les patients atteints de cancer), ERC (Espace Ressource Cancer), Aire Cancers, associations, mais aussi, sophrologie, relaxation, soins esthétiques, artthérapie, ou tout autre soin de support approprié aux besoins de la personne...]. Il faut préciser que le « psy » reste toujours disponible en cas de changement d'avis, et ne jamais considérer ce refus comme définitif.

Dans certains cas, il faudra passer outre, si la souffrance du patient est très importante, si elle est sous-tendue par un trouble psychiatrique, et savoir expliquer à la personne malade que l'équipe a besoin dans le cadre de la prise en charge globale que cet entretien ait lieu.

1. Marx G, Colombat P. « La Psycho-Oncologie, discipline inscrite dans les soins de support en cancérologie ». In : *La Psycho-Oncologie*, Paris, John Libbey Eurotext, 2007, 31-36.
2. Absolom K, Holch P, Pini S. *The detection and management of emotional distress in cancer patients: the views of health-care professionals*, *Psycho-Oncology* (2011) 20: 601-608.
3. Guex P, Dolbeault S. *Détection des vulnérabilités psychiques en cancérologie*, *Psycho-Oncologie* (2013) 7 : 4, 199-200.
4. Barruel F, Dauchy S, Charles C, Le Bihan A, Lombard I et le groupe de travail AFSOS-SFPO. *Transmission des informations en psycho-oncologie. La Lettre du Cancérologue* (2012) XXI : 7, 365-370.
5. Ogez D, Colmant M, Zech E et al. *Quand le psychologue rencontre systématiquement le patient : quelle place pour une demande personnelle ? Expérience auprès de patients atteints de cancer*, *Psycho-Oncol.* (2014) 8 : 117-122.