

Accompagnement psychologique et cancer : comment orienter ?

12/03/2018

Sommaire

○ Contributeurs	<u>p. 3</u>
○ Objectif du référentiel	<u>p. 4</u>
○ Préambule	<u>p. 5</u>
○ La problématique de l'orientation vers les « psys »	<u>p. 6</u>
○ Pré-requis : Quand aborder la proposition de prise en charge « psy » ?	<u>p. 7</u>
○ Pré-requis : Quels enjeux pour les pratiques de soin ?	<u>p. 8</u>
○ Pré-requis : Quels enjeux pour l'organisation ?	<u>p. 9</u>
○ Pré-requis : Quelles étapes du patient pour accepter une rencontre avec le « psy »	<u>p. 10</u>
○ Comment orienter en pratique : Quelles étapes pour le soignant dans le processus d'orientation ?	<u>p. 11</u>
○ Etape 1 : Prendre contact	<u>p. 12</u>
○ Etape 2 : Approfondir le dialogue engagé	<u>p. 13</u>
○ Etape 3 : Reconnaître et nommer la souffrance psychique	<u>p. 14</u>
○ Etape 4 : Légitimer la souffrance et en prendre acte	<u>p. 15</u>
○ Etape 5 : Expliquer qu'une aide est possible	<u>p. 16</u>
○ Etape 6 : Présenter les professionnels existants et disponibles, rassurer sur le cadre du suivi psychologique	<u>p. 17</u>
○ Etape 7 : Proposer et préparer l'orientation vers le « psy »	<u>p. 18</u>
○ Les raisons possibles d'un éventuel refus	<u>p. 19</u>
○ Patient d'accord ou pas d'accord	<u>p. 20</u>
○ Etape 8 : Que faire en cas de refus persistant ?	<u>p. 21</u>
○ Références bibliographiques	<u>p. 22</u>

Contributeurs

Coordination

BARRUEL-SINIMALE Florence (psychologue, Montfermeil), **DAUCHY Sarah** (psychiatre, Villejuif).

Coordination méthodologique

FARSI Fadila (médecin coordonnateur, Lyon), **DUMONT Marjorie** (Assistante projet, Lyon).

Membres du groupe de travail

ADAM Virginie (Psychologue, Vandœuvre-lès-Nancy), **ALTMAYER Antonia** (Psychologue, Montbéliard), **BARRUEL-SINIMALE Florence** (Psychologue, Montfermeil), **BAUCHETET Chantal** (Cadre de santé, Paris), **BLOCK Véronique** (Pharmacien, Vandœuvre-lès-Nancy), **CHARLES Cécile** (Psychologue, Villejuif), **DAUCHY Sarah** (Psychiatre, Villejuif), **DUBUC Myriam** (Psychologue, Vandœuvre-lès-Nancy), **DUMONT Marjorie** (Assistante projet, Lyon), **EBERL-MARTY Ariane** (Psychologue, Castres), **FARSI Fadila** (Médecin coordonnateur, Lyon), **FREDJ Karine** (Cadre de Santé, Angoulême), **FROIDURE Camille** (Psychologue, Villefranche-sur-Saône), **JAULMES Dominique** (hémobiologiste, Paris), **LAFON Samuel** (Psychologue, Blagnac), **LOMBARD Isabelle** (Psychologue, Bordeaux), **MARTINEZ Aurélie** (Psychologue, Marseille), **MARX Gilles** (Psychiatre, Saint Cloud), **REICH Michel** (Psychiatre, Lille), **VALOUR Claire** (Psychologue, Le Puy en Velay).

Relecteurs

Caroline ALARCON (Sarreguemines), **Claire BASTIDE-BUONONATO** (Strasbourg), **Virginie DEMAEGDT** (Guilherand-Granges), **Fadila FARSI** (Lyon), **Christine GUY** (Créteil), **Hafida HANNANE-NAOUI** (Montereau), **Samuel LAFON** (Blagnac), **Louise LAMBRICHS** (Paris).

Approbateurs (Participants à l'atelier des J2R du 19/12/2013)

BARRUEL-SINIMALE Florence (GHI de Montfermeil), **BEN-RAIS Aïya** (RRC Kankero Onco), **CHABERT Aurélie** (Soins et Santé - Caluire et Cuire), **CHRYSOSTOME Marion** (Centre Léon Bérard, Lyon), **COUDERT Agnès** (Centre Hospitalier du Pays du Gier, Saint-Chamond), **DUMONT Marjorie** (Réseau Espace Santé Cancer, Lyon), **FREDJ Karine** (Centre Hospitalier d'Angoulême), **FROIDURE Camille** (Centre Hospitalier de Villefranche-sur-Saône), **GENIN Colette** (Centre Hospitalier de Villefranche Sur Saône), **GORRY Maryse** (Orléans), **GUERIN-MEYER Véronique** (Angers), **HUGUET Maryse** (Centre Jean Perrin, Clermont Ferrand), **JAULMES Dominique** (Paris), **KLEIN Isabelle** (RRC ONCOLOR, Vandœuvre-lès-Nancy), **LEJARRE Perrine** (Orléans), **PROT Stéphanie** (Réseau Espace Santé Cancer, Lyon), **REICH Michel** (Centre Oscar Lambret, Lille), **VALOUR Claire** (Centre Hospitalier Emile Roux, Le Puy en Velay).

Objectif du référentiel

- **Ce référentiel a pour objectif de :**
 - proposer aux professionnels de santé en oncologie un guide permettant **d'orienter plus facilement** et de façon plus adéquate les patients et leurs proches **vers les psychologues cliniciens et/ou psychiatres**.
- **Ce référentiel :**
 - propose une **manière d'aborder cette question avec le patient et/ou son entourage** dès lors qu'une **souffrance** ou une **vulnérabilité** psychologique a été identifiée,
 - et ce **quel que soit le moment** de la prise en charge (diagnostic, traitements, rechute, phase de surveillance, fin de vie...).

Ce référentiel ne porte pas sur les indications d'une orientation

Préambule

- Lorsque le terme « psy » est employé dans ce document, il fait référence indifféremment au **psychologue clinicien** ou au **psychiatre**.
- **Sont concernés tous les professionnels de soins et toute personne impliquée dans l'accompagnement du malade** : les IDE, manipulateurs RX et RT, onco-hématologues, médecins de toutes spécialités et généralistes, aides soignantes, cadres de santé, assistantes sociales, diététiciennes, art-thérapeutes, socio-esthéticiennes, agents hospitaliers, bénévoles, aumôniers...
- Une sensibilisation et/ou formation à la psycho-oncologie est recommandée pour bénéficier au mieux de ce référentiel.
- Ce référentiel de pratique traite spécifiquement de l'orientation des patients vers les « psys ». Notons que les principes indiqués restent valables pour l'orientation des proches du patient.

La problématique de l'orientation vers les « psys »

Difficulté de l'orientation d'un patient ou de son entourage vers un « psy », y compris dans le champ de l'oncologie :

- en raison de réticences / résistances au soutien psychologique
- parce que cette orientation prend en soi du temps
- parce qu'il s'agit d'une proposition et non d'une prescription, **ce qui change des pratiques soignantes habituelles.**

Enjeux de l'orientation :

- L'orientation doit se faire dans la continuité de la prise en charge somatique, et met en évidence la nécessité de compétences spécifiques.
- L'orientation s'inscrit dans une démarche pluridisciplinaire (cf. Plans Cancer I, II, III).

Pré-requis : Quand aborder la proposition de prise en charge « psy » ?

- **Il y a lieu d'informer précocement 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.

Cette information systématique ne constitue pas une « orientation », et ne saurait être une injonction.

- **Par ailleurs, la proposition de prise en charge doit être faite dès lors qu'une souffrance ou une vulnérabilité psychologique a été identifiée.**

Dans ce cas, il s'agit d'une proposition d'orientation et non d'une injonction.

Pré-requis : Quels enjeux pour les pratiques de soin ?

La prise en charge psychologique fait partie de la prise en charge globale, ceci implique :

- **Pour les équipes de soins : de considérer que :**
 - La souffrance psychologique est légitime ; il est nécessaire que tous les soignants la reconnaissent.
 - La souffrance psychologique n'est pas synonyme de maladie psychiatrique.
- **Pour les « psys » :**
 - D'œuvrer pour démystifier la « dimension psy » :
 - en explicitant au mieux le rôle des « psys » et les soins psychiques aux équipes soignantes
 - en s'intégrant aux équipes oncologiques pour pouvoir travailler en amont les demandes et transmettre en aval ce qui peut l'être (Cf. Texte transmissions).
 - D'améliorer les échanges et la communication entre les équipes de soins et les « psy » pour une cohérence des interventions de chacun dans le cadre du parcours de soin.

Pré-requis : Quels enjeux pour l'organisation ?

- Former les soignants au repérage (grille de critères incitant à requérir l'intervention d'un « psy », sensibilisation psycho-onco, échanges informels).
- Sensibiliser aussi aux situations non exprimées (patients qui n'attirent pas l'attention ou qui apparaissent « trop bien adaptés »).
- Discussions en staffs cliniques avec écoute et prise en considération de l'avis de tous les intervenants du soin.
- Informer le plus précocement possible des possibilités existantes de prises en charge par les « psys », qu'elles soient internes à l'hôpital ou externes (dérogations tarifaires...).

Pré-requis : Quelles étapes du patient pour accepter une rencontre avec le « psy » ?

**Le patient a
conscience de
sa souffrance**

**Le patient reconnaît
que sa souffrance
déborde ses
capacités à y faire
face, malgré les
ressources
mobilisées
(personnelles et/ou
sociales)**

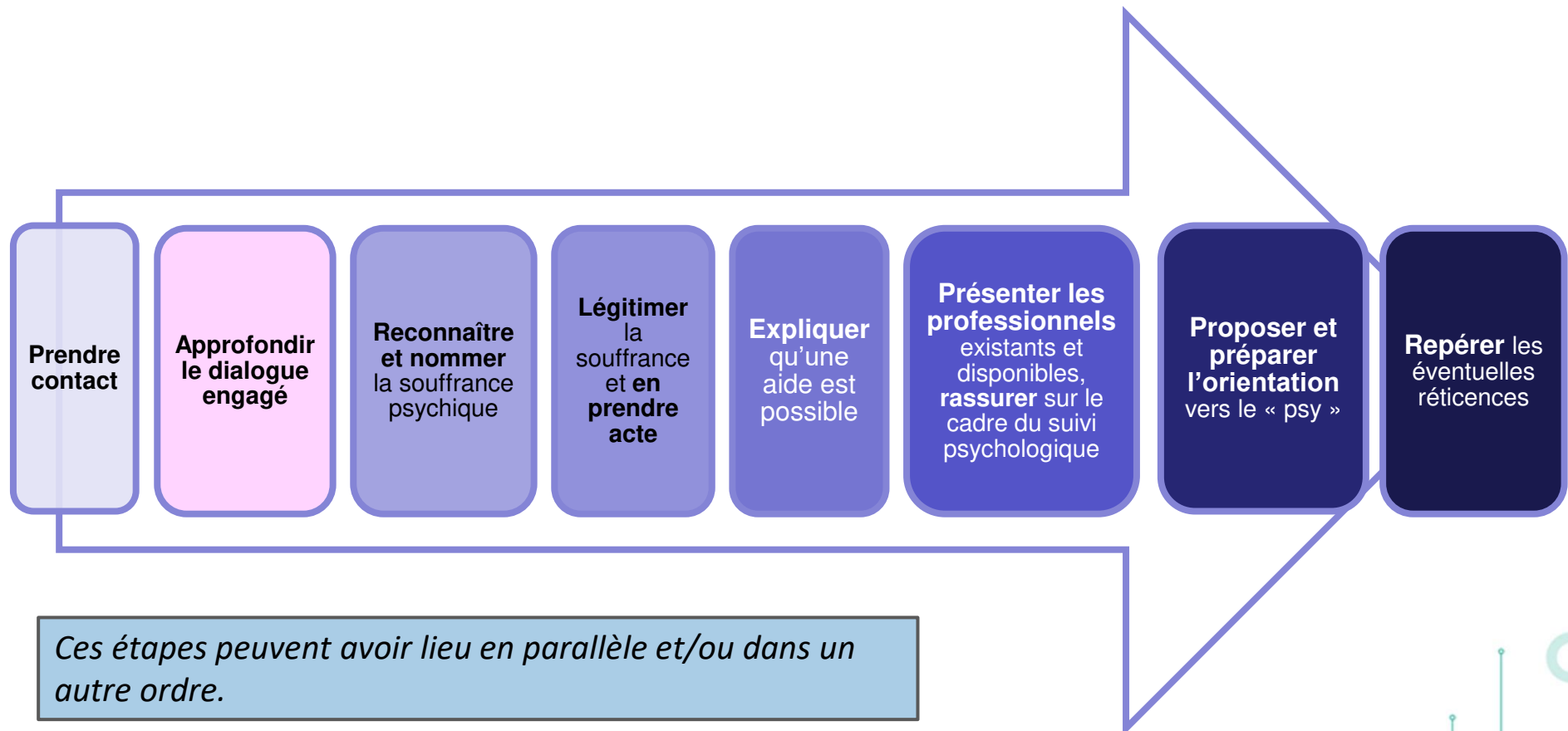
**Le patient
prend
conscience
qu'il a besoin
d'aide**

**Le patient
accepte le bien
fondé d'une
aide**

**Le patient
accepte que
cette aide
vienne d'un
« psy »**

***Accepter l'aide d'un « psy » suppose d'avoir évolué de la souffrance
ressentie à une demande d'aide.***

Comment orienter en pratique : Quelles étapes pour le soignant dans le processus d'orientation ?



Étape 1 - Prendre contact

- **Objectifs :**
 - Favoriser l'instauration d'un climat de confiance
- **Comment ?**
 - Accueillir et se présenter
 - Se centrer sur la personne et lui témoigner de l'intérêt, c'est-à-dire :
 - Se rendre disponible
 - Inviter le patient à exprimer ce qu'il ressent
 - Ecouter l'ensemble de ses préoccupations (y compris celles qui ne concernent pas la maladie)

Étape 2 – Approfondir le dialogue engagé

- **Objectifs :**
 - Aborder et approfondir les motifs de souffrance et leurs intensités.
 - Explorer autant que possible la **vulnérabilité** (souffrances antérieures, antécédents psychiatriques, contexte socio-professionnel...).
- **Comment ?**
 - Ecouter sans interrompre (laisser le patient aller jusqu'au bout de ce qu'il souhaite dire).
 - Faciliter le discours, en privilégiant :
 - les **questions ouvertes** (ex : « Comment vous sentez-vous en ce moment ? », plutôt que « Ça va, vous arrivez à faire face ? »),
 - et les **relances** (ex : le patient dit « Je me sens mal », le soignant reprend « C'est-à-dire, qu'est-ce que vous ressentez ? »)

Étape 3 - Reconnaître et nommer la souffrance psychique

- **Objectifs :**

- Chercher à mieux comprendre ce qui fait souffrir le patient et définir avec lui ses priorités.
- Evaluer la vulnérabilité et identifier autant que possible les ressources du patient (personnelles et sociales) et ses modes de fonctionnement pour faire face à la situation.

- **Comment ?**

- Signifier au patient que l'on a perçu une souffrance.
Ex : « Je comprends que les effets secondaires vous gênent, est ce que tout cela n'est pas en train de retentir sur votre moral ? »
- Inviter le patient à développer ses propos.
Ex : « Pouvez-vous m'en dire plus à ce sujet ? », « Comment faites-vous ? »
- Repérer ce qui lui pose le plus de difficultés.
Ex : « Qu'est ce qui est le plus difficile à vivre pour vous actuellement ? »
- Evaluer les ressources personnelles
Ex « Comment vous débrouillez-vous face à ces difficultés ? Quels sont vos soutiens actuels ? »
- Vérifier que le patient confirme (se reconnaît-il dans ces propos ?).
Ex : « Je vois que ce point est vraiment difficile pour vous, ai-je bien compris ? ... »
- Signifier l'importance de prendre en considération cette souffrance.
« C'est une souffrance que l'on ne peut pas négliger ».

Étape 4 - Légitimer la souffrance et en prendre acte

- **Objectif**

- Faire comprendre que la souffrance psychologique peut et doit faire l'objet d'une attention particulière et de soins.

- **Comment ?**

- Contextualiser : rappeler que le cancer et ses traitements s'accompagnent très souvent d'une souffrance psychologique compréhensible qui n'est pas synonyme de maladie psychiatrique.
- Rappeler que cette souffrance peut être entendue et prise en charge comme la souffrance physique.
- Eviter dans un premier temps les diagnostics psychiatriques trop hâtifs (ex : dépression).
- Savoir cependant évoquer clairement, lorsque cela se présente, le caractère pathologique d'un symptôme (ex : idées suicidaires, perte d'intérêt, d'envie/désir, de plaisir...).

Étape 5 - Expliquer qu'une aide est possible

- **Objectif :**
 - Présenter l'intérêt de l'accompagnement psychologique.
 - Présenter les différents types d'aides possibles (associations, médecin traitant, psychologue, psychiatres, groupe de patient...).
- **Comment ?**
 - Résumer les causes de souffrance identifiées et pointer les limites des ressources personnelles, des actions entreprises ou des soutiens déjà présents.
 - Présenter l'aide au sens « global », le soutien psychologique étant un des types d'aide disponibles selon les difficultés et les attentes du patient.
 - S'appuyer sur des exemples concrets :

Exemple d'effet attendu : diminution d'éventuels symptômes perçus par le patient comme gênants (anxiété, troubles du sommeil, difficultés de communication, perte de plaisir...).

Étape 6 - Présenter les professionnels existants et disponibles, rassurer sur le cadre du suivi psychologique

- **Rappeler les rôles et place d'un psychologue clinicien et d'un psychiatre dans votre organisation.**
- **Discuter du lieu de prise en charge.**
- **Rassurer sur le cadre du suivi psychologique :**
 - bienveillance du « psy »
 - respect de la confidentialité
 - transmission ciblée aux équipes soignantes portant sur les seuls éléments utiles c'est-à-dire susceptibles d'éclairer la prise en charge du patient et ne le desservant pas.
- **Rassurer le patient sur la continuité de la prise en charge et le lien de confiance avec les professionnels vers lesquels il est orienté.**
- **Délivrer, en complément au dialogue instauré, une brochure d'information, lorsqu'elle existe, sur le soutien psychologique.**

Étape 7 – Proposer et préparer l'orientation vers le «psy»

- **Objectif**
 - En faciliter l'adhésion par la **discussion**.
 - S'assurer de l'accord du patient pour être aidé par un « psy » : l'orientation vers un « psy » relève d'une proposition, et en aucun cas d'une prescription sauf en cas d'urgence psychiatrique (propos suicidaires, état délirant, ou menace pour soi ou pour autrui...).
- **Comment ?**
 - Evaluer le point de vue du patient / soutien «psy»
 - Intérêt
 - Craintes
 - Incompréhension
 - Réticences éventuelles ou refus (Cf. Les raisons possibles d'un éventuel refus).
- **Explorer les craintes, clarifier les incompréhensions et discuter des « a priori » sur les « psy ».**
- **Laisser le temps au patient d'exprimer son point de vue et s'y intéresser plutôt que de chercher à le convaincre.**

Les raisons possibles d'un éventuel refus

- Minimisation de la souffrance
- Souhait de s'en sortir seul
- Absence d'utilité perçue dans le soutien « psy »
- *A priori* sur les « psy »
- Souvenir de mauvaises expériences passées...

○ Patient d'accord ou pas d'accord

Si accord du patient	Si réticence, ambivalence ou désaccord du patient
Reconnaître et prendre acte de cet accord.	- Laisser la personne s'exprimer encore. - Accompagner la réflexion/revenir sur des éléments de discussion de l'étape précédente.
Identifier avec lui le bon moment pour commencer.	- Proposer au patient d'y réfléchir (étape suivante). - Eventuellement proposer de reprendre cette discussion ultérieurement.
Faire le relais de cette discussion avec l'équipe soignante.	

Étape 8 : Que faire en cas de refus persistant ?

- **Prendre le temps**

- dire que l'on comprend que ce soutien n'est pas souhaité, même si l'on pense que cela pourrait être aidant
- ne pas presser et proposer d'en reparler
- penser à indiquer les autres soutiens utiles de la personne relatifs au domaine des soins de support (bénévoles, ERI, ERC, Aire Cancers, associations...).

- **Le refus est possible et doit être accepté tout en précisant que le « psy » reste disponible. Ce refus ne doit jamais être considéré comme définitif.**



Parfois, il faudra passer outre

- Si la souffrance du patient est très importante (retentissement sur le sommeil, l'alimentation, l'état général, qualité de vie et/ou déroulement du soin...)
- Si elle est sous tendue par un trouble psychiatrique (ex. dépression avec extériorisation d'une idéation suicidaire)
- Expliquer au malade que c'est indispensable et qu'on a besoin soi-même, dans le cadre de la prise en charge globale, que cet entretien ait lieu.

Pour aller plus loin : Références bibliographiques

- **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 n 2012 ;Vol. XXI, - n° 7 p365-370*](#)
- **Dolbeaut S. Bredart A.**
Difficultés de l'annonce du côté des professionnels et leurs patients : quels obstacles à la communication et quels recours possibles ?
[*Bull Cancer 2010;10: 1183-1194.*](#)
- **Dauchy S. et al.**
Quelle prise en charge psychologique dans l'après-cancer ? Les recommandations de la Société Française de Psycho-Oncologie.
[*Psycho-oncologie, 2013;7: 4-17.*](#)
- **Doucet C. et al.**
Le psychologue en service de médecine. Les mots du corps.
[*Ed Masson, Paris 2008*](#)
- **Grenier C, De Jésus A, Farsi F, Marx G et al.**
Communication around the cancer diagnosis: patient satisfaction and process quality in French Comprehensive Cancer Centers.
[*Bull Cancer. 2010 ;97:1163-72.*](#)
- **Herschbach P, Book K, Bradl T, Keller et al.**
The Basic Documentation for Psycho-Oncology (PO-Bado): an expert rating scale for the psychosocial experience of cancer patients.
[*Onkologie 2008;31:591-6.*](#)

Pour aller plus loin : Références bibliographiques

- **Knight L, Mussell M, Brandt T, Herschbach P et al.**
Development and psychometric evaluation of the Basic Documentation for Psycho-Oncology, a tool for standardized assessment of cancer patients
[*J Psychosom Res* 2008;64:373-81.](#)
- **Marty F. et al.**
Le psychologue à l'hôpital, Paris
[*In Press Editions, 2007*](#)
- **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, pp 31-36*](#)
- **Oppenheim D., Dauchy S.**
La psycho-oncologie et les tâches actuelles des psycho-oncologues
[*Bull Cancer* 2004;91:99-104](#)
- **Saltel P.**
Psycho-oncologie et soins de support : l'expérience du psychiatre
[*Bull Cancer* 2009 ; 96 Suppl 2:91-7](#)
- **Stadelmaier N. et al.**
Le dispositif d'annonce en cancérologie: quel outil d'orientation vers la consultation psychologique ?
[*Psycho Oncologie* 2009;3:176-83.](#)
- **Walsh J, Harrison J.D, Young J.M, Butow P.N et al.**
What are the current barriers to effective cancer care coordination ? A qualitative study
[*BMC Health Serv Res.* 2010;10:132.](#)