

## Critères d'orientation :

**Qui, quand et pourquoi orienter vers  
les psychologues / psychiatres ?**

## Qui, quand et pourquoi orienter vers les psychologues / psychiatres

### Coordination

LOMBARD Isabelle (Psychologue, Bordeaux), REICH Michel (Psychiatre, Lille)

### Membres du groupe de travail AFSOS/SFPO

ADAM Virginie (Psychologue, Nancy); BARRUEL Florence (Psychologue, Montfermeil); BERGER Anne (Infirmière, Nancy); BEZY Olivier (Psychiatre, Clermont Ferrand); DAUCHY Sarah (Psychiatre, Villejuif); DOLBEAULT Sylvie (Psychiatre, Paris); DUBUC Myriam (Psychologue, Nancy); DUFLOT Etienne (Psychiatre, Nancy); LAFON Samuel (Psychologue, Toulouse); LE BIHAN Anne Solenn (Psychologue, Paris); MARX Gilles (Psychiatre, St Cloud); PERON Armelle (Psychologue, Senlis); STADELMAIER Nena (Psychologue, Bordeaux)

### Membres du groupe de travail

ADAM Virginie (Psychologue, Institut de Cancérologie de Lorraine); ALTMAYER Antonia (Psychologue, CH Montbéliard); BARRUEL-SINIMALE Florence (Psychologue, GHI de Montfermeil); BAUDIN Laurie (Psychologue, CH Angoulême); BERGER Anne (Infirmière, Institut de Cancérologie de Lorraine); BEZY Olivier (Psychiatre, Clermont Ferrand); BOISRIVEAUD Christine (Psychologue, Hôpital Edouard Herriot); CARTIER-CHATRON Ingrid (Psychologue, CHU Angers); CIRILO CASSAIGNE Isabelle (Chargée d'études, Réseau de Cancérologie d'Aquitaine); COLLIN Florence (Psychologue, CH Chambéry); DA SILVA ARAUJO Agnès (Psychologue, Soins de Suite et de réadaptation de Virieu); DAUCHY Sarah (Psychiatre, Institut Gustave Roussy); DIGUE Laurence (Médecin Coordinateur, Réseau de Cancérologie d'Aquitaine); DOLBEAULT Sylvie (Psychiatre, Institut Curie); DUBUC Myriam (Psychologue, Institut de Cancérologie de Lorraine); DUMONT Marjorie (Assistante Projets, Réseau Espace Santé Cancer RA); DUFLOT Etienne (Psychiatre, Institut de Cancérologie de Lorraine); EBERL-MARTY Ariane (Psychologue, Centre Hospitalier Intercommunal de Castres); FARSI Fadila (Méthodologiste, Réseau Espace Santé Cancer RA); GERAT-MULLER Véronique (Psychologue, Institut Bergonié); GOBERT Emmanuelle (Psychologue, Clinique Pasteur); GUBIAN-PAYRE Danièle (Médecin EMSP, Centre Hospitalier du Forez); LAFON Samuel (Psychologue, Centre Alexis Vautrin); LE BIHAN Anne-Solenn (Psychologue, Hôpital Albert Chenevier); LOMBARD Isabelle (Psychologue, Institut Bergonié); MARX Gilles (Psychiatre, Institut Curie); MERAD-BOUDIA Zohar (Oncologue Médical, Centre Hospitalier de Vienne); PERON Armelle (Psychologue, Centre Hospitalier de Senlis); REICH Michel (Psychiatre, Centre Oscar Lambret); ROLLAND Lydie (Psychologue, Clinique d'Argonay); ROMESTAIN Pascale (Radiothérapeute, Hôpital Privé Jean Mermoz); ROY Christianne (Cadre supérieur de santé coordinatrice, Réseau régional de soins palliatifs CHRU Tours); STADELMAIER Nena (Psychologue, Bordeaux); STENG Bénédicte (Psychologue, CH Chambéry); ZAMITH-CHAVANT Marion (Psychologue, Institut Claudius Regaud)

## Qui, quand et pourquoi orienter vers les psychologues / psychiatres

### Relecteurs

AUDE Catherine (Psychologue, Hôpital Bécclère) ; BALEZ Ralph (Psychologue, CHEM Brest) ; BARBIER Aude (Psychologue, SSR Clinique Saint Vincent) ; BARTHIER Sophie (Oncologue médicale, Hôpital Bécclère) ; BATAILLIE Vanessa (Psychologue, Réseau de soins palliatifs AMAVI Dunkerque) ; BERLAND Emmanuel (Radiothérapeute, CH Métropole de Savoie) ; BERTRAND Michel (Psychiatre, CHR Orléans) ; BOURCELOT-GOBET Sophie (Psychologue, Centre Léon Bérard) ; BROUSSE Annie (Association Vivre comme avant Lille) ; CARTALAT Stéphanie (Neurologue, Hôpital Neurologie Pierre Wertheimer) ; CASTET Sandrine (Psychologue, Le Bouscat) ; CHICOT Brigitte (Cadre de santé pôle chirurgie, CH Seclin) ; DECROISSETTE Chantal (Pneumologue, CH Annecy) ; DERRIEN Jean (Gynécologue obstétricien, Lyon) ; DUGUEY-CACHET Odile (Médecin coordonnateur 3C, Institut Bergonié) ; DURIEUBLANC Lucie (Psychologue, Ribérac) ; ESTOCQ Gaëlle-Anne (Coordination médicale, Réseau Osmose) ; FAIVRE Jean-Christophe (Radiothérapeute, Institut de Cancérologie de Lorraine) ; FALCO Marie-Anne (Psychologue, Institut Daniel Hollard) ; FAVORITI Hervé (Médecin généraliste, Caluire et Cuire) ; FERRAND Nathalie (IDE Coordinatrice, Institut Daniel Hollard) ; FISCHESSE Agnès (Hématologue, CHU Besançon) ; FRANKEL Grégory (Psychologue, Hôpital Bécclère) ; GAUBE Julie (IDE, HIA Robert Picqué) ; GAUTHIER Yvonne (IDE, CHU Bordeaux) ; LAGARDE Philippe (Radiothérapeute, Institut Bergonié) ; LANTHEAUME Stéphane (Chirurgien gynécologue, Hopital Privé Drome Ardèche) ; LECLERE-CONDIS Bénédicte (IDE, Centre Léon Bérard) ; MARCHAL Frédéric (Chirurgien, Institut de Cancérologie de Lorraine) ; MENY Nathalie (IDE, Clinique Tivoli) ; MONNOT Henri (Pneumologue, CH Saint-Omer) ; MONTEIL Emmanuelle (Psychologue, CH Libourne) ; MURAWA Rosine (Psychologue, Thonon-les-Bains) ; PIGNY Sylvie (Psychologue, HAD Besançon) ; PINAULT Patricia (Radiothérapeute, CHU Besançon) ; PREUX Marie-Hélène (Psychologue, Poligny) ; RAFT Julien (Anesthésiste, Institut de Cancérologie de Lorraine) ; RUEGGER Michèle (Présidente Association Amazones Cancer) ; SEYEUX Anne-Laure (Psychologue, HIA Percy) ; SIMAO Aline (Psychologue, CH Vesoul) ; SPAETH Dominique (Oncologue médical, Centre d'oncologie de Gentilly) ; STADELMAIER Néna (Psychologue, Institut Bergonié) ; THOMAS Luc (Dermatologue, Centre Hospitalier Lyon Sud) ; THORIGNAC Marion (Psychologue, CH Mont-de-Marsan) ; TROLLE Cécile (Psychologue, CH Béthunes) ; WEIBEL Nathalie (Dermatologue, CHU Besançon)

### Contributeurs (participants aux ateliers des J2R du 10 et 11 décembre 2015)

ADAM Virginie (Psychologue, Nancy) ; BRUNET Abdelmajid (Methodologiste, Réseau Espace Santé Cancer RA) ; CHATEIL Stéphane (Cadre coordonnateur, OncoPIC) ; DEVAUX Christophe (Médecin, Réseau RégéCAP, Reims) ; GALLAY Caroline (Médecin Soins Palliatifs, Montpellier) ; GARDEMBAS Martine (Hématologue, CHU Angers) ; GERAT-MULLER Véronique (Psychologue, Institut Bergonié, Bordeaux) ; JAULMES Dominique (Médecin coordonnateur régional AFSOS, Paris) ; LAURENT Jean-François (Médecin coordonnateur Soins Palliatifs, Nantes) ; LUCIC Emmanuelle (IDE, Saint Avold) ; MAGUIEZ Geneviève (Chambretaud, Ligue Contre le Cancer) ; MICHEL Coralie (Chef de projet, OncoPL, Nantes) ; NIMUBONA Donavine (Médecin coordinateur, Réseau OncoBretagne) ; PELLETIER Sylvie (Cadre coordinatrice Onco28, Chartres) ; POULAIN Philippe (Médecin soins palliatifs, Polyclinique de l'Ormeau, Tarbes) ; POZZA Véronique (Présidente du CISS, Pays de Loire, Nantes) ; PREAUBERT-SICOUD Christine (IDE, Montauban) ; STADELMAIER Néna (Psychologue, Institut Bergonié, Bordeaux) ; THIRRY Dominique (Juriste Santé, Lyon) ; VANLEMMENS Laurence (Oncologue, Centre Oscar Lambret, Lille).

# Sommaire du référentiel

Objectifs du référentiel	5
Préambule	6
Prérequis	7
Connaître et déchiffrer les réactions possibles du patient et son contexte de vie	8
Etablir une distinction entre réaction adaptée et trouble psychopathologique	9
Situations à risque faisant discuter une orientation vers un professionnel du soin psychique	10
Pourquoi orienter le patient vers un professionnel du soin psychique ?	12
Dépister : pourquoi ? Pour qui ?	13
Intérêt des outils de dépistage ?	14
Dépistage de la détresse psychique	15
Critères d'alerte	18
Quel professionnel du soin psychique ? Pour quelles situations ?	19
Orientation vers un psychologue	20
Pourquoi orienter vers un psychologue ?	21
Orientation vers un psychiatre	22
Pourquoi orienter vers un psychiatre ?	23
Orientation psychologue / psychiatre : arbre décisionnel	24
Conclusion	25
Annexes	26
Références bibliographiques	36

# Objectifs de ce référentiel

## Ce référentiel a pour objectifs de :

- Proposer aux professionnels de santé en oncologie un guide pour se familiariser avec les **critères cliniques qui doivent conduire à orienter** de façon adéquate les patients et/ou leurs proches vers les **psychologues cliniciens et/ou les psychiatres**.
- S'interroger sur le caractère pathologique ou non des difficultés psychologiques constatées chez un patient et notamment faire la distinction entre un processus d'adaptation et un désordre psychopathologique.
- Proposer un **arbre décisionnel** permettant de guider l'orientation vers le psychologue ou le psychiatre à partir des signes cliniques identifiés.
- Orienter, s'il y a lieu, au regard de ces critères, le patient vers le professionnel du soin psychique le plus adapté et ce, quel que soit le moment de la prise en charge.

**Ce référentiel traite de la souffrance psychique du patient  
mais s'applique également à celle des proches.**

# Préambule

Le terme « professionnel du soin psychique » employé dans ce document fait référence **au psychologue clinicien et/ou au psychiatre**, de préférence ayant une expérience dans le champ de l'oncologie.

L'orientation vers le professionnel du soin psychique peut être facilitée par la lecture du référentiel « Comment orienter vers un accompagnement psychologique ? » ([www.afsos.org](http://www.afsos.org)).

Sont concernés par le référentiel :

- **Tous les professionnels de soins, quel que soit le lieu et le mode d'exercice, impliqués en première ligne dans la prise en charge du patient :**  
Médecins spécialistes, médecins traitants, infirmières, cadres de santé, aides-soignantes, manipulateurs en radiothérapie et radiologie, autres professionnels intervenant dans les soins de support (diététiciennes, assistantes sociales, kinésithérapeutes, socio-esthéticiennes, art-thérapeutes...)...
- **Et toute personne impliquée dans l'accompagnement de la personne malade,** ainsi que, par exemple, les juristes spécialisés dans le droit des personnes

# Prérequis

**Afin de proposer une orientation vers un psychologue ou un psychiatre, l'équipe de soins (médicale et paramédicale) se doit :**

- de connaître les situations potentiellement à risque pour le patient et son entourage  
(⇒ « situations à risque » pages 10 et 11)
- de savoir évaluer le degré de souffrance/détresse psychique d'un patient  
(⇒ dépistage de la détresse psychique pages 13 à 17)
- de connaître les principaux motifs d'orientation vers un psychologue ou un psychiatre
- de connaître parmi ceux-ci les critères d'alerte rendant nécessaire une évaluation psychologique et/ou psychiatrique

**Toutes ces situations peuvent être source de déstabilisation et/ou de souffrance psychique pour le patient et pour ses proches.  
A ce titre elles doivent être connues et renforcer l'attention portée à la souffrance psychique du patient.**

## Connaître et déchiffrer les réactions possibles du patient et son contexte de vie

L'équipe de soins doivent :

- être sensibilisés au repérage de la détresse psychique (⇒ définition page 28)
- identifier les différentes réactions psychiques possibles du patient (pleurs, sidération, colère, crise d'angoisse, ou au contraire, euphorie, apparente sérénité, absence de réaction émotionnelle...), afin de pouvoir les mettre en lien avec le contexte spécifique du patient et donner du sens à sa situation particulière
- permettre au patient, par la relation d'aide établie, d'exprimer sa situation et de le soutenir
- faire le bilan des ressources du patient et de son entourage :
  - capacités d'adaptation à la situation
  - contexte de vie (habitus socio-culturel, mode de vie...)
  - comportement ou réaction émotionnelle habituels
  - soutien relationnel social perçu par le patient

## **Etablir une distinction entre réaction adaptée et trouble psychopathologique**

**Retenons que des symptômes « psychiques » qui peuvent prendre une apparence pathologique pour le soignant sont souvent l'expression d'un processus d'adaptation nécessaire pour le patient.**

**L'attention portée par les soignants à la souffrance psychique des patients doit tenir compte de ce continuum entre normal et pathologique. C'est à partir du moment où le patient se trouve mis en difficulté de façon prolongée dans ses capacités d'adaptation que l'on pourra parler de trouble. L'orientation vers le psychologue et/ou le psychiatre qui est toujours possible devant toute souffrance devient envisagée voire indispensable.**

**En cas de doute, ne pas hésiter à demander un avis spécialisé.**

# Situations à risque faisant discuter une orientation vers un professionnel du soin psychique (1)

## 1 - Contexte démographique

- L'âge du patient : enfant, adolescent, jeune adulte ou sujet âgé
- Présence dans la famille du patient de jeunes enfants

## 2 - Contexte socio-économique

- Précarité, chômage ou faibles ressources économiques
- Famille monoparentale
- Isolement social, culturel et/ou affectif

## 3 - Contexte médical

- Présence de symptômes invalidants ou d'un retentissement fonctionnel important
- Présence chez le patient d'une tumeur longtemps négligée ou d'une altération de l'état général jusqu'alors inexplicée
- Patient à risque génétique
- Durée du suivi prolongée en raison de la chronicité de la maladie ou conditions particulières imposées par le traitement (isolement prolongé en hématologie, masque de contention en radiothérapie...)
- Iatrogénie des thérapeutiques (ex : thérapies ciblées orales...)

## 4 - Contexte psychologique ou psychiatrique

- Présence d'antécédents psychiatriques connus, avérés ou révélés
- Présence de propos ou de comportements suicidaires
- Antécédents personnels ou familiaux de cancer/décès

## 5 - Contexte d'un moment complexe ou difficile du parcours de soins

- Refus de soins ou de traitements
- Décision thérapeutique difficile
- Récidive ou rechute

## Situations à risque faisant discuter une orientation vers un professionnel du soin psychique (2)

### 6 - Moments et situations à risque de décompensation psychopathologique

#### A) Toutes les situations d'annonce durant la maladie

- Il n'y a pas une annonce, mais des annonces : diagnostic, risque génétique, changement de traitement, passage en soins palliatifs...

#### B) Durant le parcours de soins

- Difficultés d'adaptation ou d'adhésion aux traitements spécifiques, *a fortiori* en cas de refus de traitement ou de demande apparemment inadéquate de soin
- Symptômes physiques mal ou non contrôlés : douleur, dyspnée, troubles digestifs...
- Retentissement fonctionnel intense et altération de l'image corporelle
- Difficultés de communication avec les proches et/ou les soignants
- Prise de décision thérapeutique difficile
- Survenue d'un événement venant majorer la détresse exprimée (perte, séparation...)
- Situations de fin de vie, demande d'euthanasie

#### C) La phase de l'après traitement et de l'après cancer

- En cas de syndrome anxio-dépressif observé au décours des traitements
- En cas de persistance de séquelles physiques (mutilation, douleurs résiduelles...) et fonctionnelles (phonation...) entraînant des troubles de l'image corporelle ou une perte d'autonomie
- A l'occasion d'un autre événement de vie qui réactive le vécu du cancer
- Lors de difficultés de retour à la vie active

## Pourquoi orienter le patient vers un professionnel du soin psychique ?

- Pour répondre à la demande du patient et/ou de ses proches, même en l'absence de critères objectivés par le soignant
- Pour obtenir une expertise dans le cadre d'une demande d'évaluation :
  - Devant des éléments pathologiques avérés : éléments délirants ou psychotiques, confusion mentale, troubles de l'humeur (dépression, manie, bipolarité), troubles anxieux, troubles du comportement et de la personnalité...
  - Pour évaluer l'impact psychologique des conséquences des traitements (troubles de l'image corporelle, de la sexualité, douleurs chroniques...)
  - Pour accompagner un patient ou un proche en deuil
  - Pour explorer des difficultés relationnelles du patient
    - avec l'entourage familial
    - avec l'équipe de soins
  - Pour organiser éventuellement une consultation familiale et/ou de couple (conjoint/famille) avec le professionnel du soin psychique

## Dépister : pourquoi, pour qui ?

L'attention portée à la souffrance psychique des patients doit être constante.

L'évaluation de celle-ci doit être systématique : c'est le sens du dépistage de la détresse psychique de tout patient atteint de cancer, à tout moment.

Le caractère systématique permettrait de ne pas passer à côté de patients qui n'expriment pas leur souffrance ou ne demandent pas d'aide.

L'entretien clinique reste la référence, et le dépistage peut s'appuyer sur le recours à des outils standardisés, sur le modèle de la prise en compte de la douleur physique, qui a permis de faire de grands progrès dans la prise en charge des symptômes douloureux.

Il s'agit d'un canevas global, qui énonce le principe et qui doit être adapté dans sa déclinaison aux pratiques de chacun.

## Intérêt des outils de dépistage ?

Il est aujourd'hui attesté que l'organisation d'un dépistage (systématique) de la détresse des patients :

- améliore la communication entre le patient et le soignant
- permet aux soignants d'orienter de façon plus adéquate les patients vers les professionnels du soin psychique.

Elle légitime auprès du patient la possibilité d'évoquer en consultation des difficultés de nature psychologique, sans crainte de jugement ou de hiérarchisation des différents types de symptômes, et permet de ne pas négliger les aspects psychologiques de certains symptômes.

Le patient reste libre d'accepter, de différer ou de refuser la rencontre (sauf situation d'urgence psychiatrique). L'aide peut aussi se mettre en place de manière indirecte par le travail avec les professionnels de soin qui en font la demande.

# Dépistage de la détresse psychique (1)

Le dépistage consiste généralement en 2 étapes successives :

1) Le recours à un outil standardisé qui prépare l'entretien avec le soignant : outil d'auto-évaluation simple rempli par le patient.

Deux outils sont utilisés en pratique courante par l'équipe de soins :

- **L'échelle visuelle analogique (EVA) de détresse psychologique**, couplée à la liste des difficultés éprouvées par le patient (seuil > 3 sur 10)
- **L'HADS**, questionnaire de dépistage de l'anxiété-dépression, consistant en 14 items (seuil usuel ≤ 15 sur 42)

2) L'entretien clinique avec le soignant qui évalue la dimension psychologique

En fonction du score obtenu à l'auto-évaluation et après approfondissement de la problématique par le soignant, le patient sera ou non adressé à un professionnel du soin psychique pour évaluation, et, si besoin, prise en charge appropriée, avec son accord.

Pour plus d'informations ⇨ annexes pages 29 à 32

## Dépistage de la détresse psychique (2)

### Autre outil de dépistage

### La **Documentation de Base Psycho-Oncologique (PO-Bado)** : un guide d'entretien semi-directif

Le soignant, formé à l'entretien semi-directif et à la relation d'aide, évalue l'intensité de la souffrance du patient (hétéro-évaluation) à partir d'un entretien :

- D'une dizaine de minutes
- Basé sur des questions ouvertes
- Exploration de sept thèmes
- Cotation de l'intensité de la souffrance subjective du patient
- En fonction de critères précis, orientation ou pas vers un professionnel de soin psychique

Pour plus d'informations ⇒ annexe page 33

## Dépistage de la détresse psychique (3)

- Toute évaluation doit conduire à une prise en compte et une prise en charge adaptée.
- Le patient reste libre d'accepter, de reporter ou de refuser la rencontre avec un professionnel du soin psychique à ce moment-là.
- Parfois, la rencontre sera organisée malgré la réticence du patient en particulier si le degré de gravité de la souffrance psychique met en péril le patient ou une tierce personne.

## Critères d'alerte

**Il existe des critères d'alerte rendant nécessaire l'intervention d'un professionnel du soin psychique. Il s'agit au minimum des motifs d'orientation vers le psychiatre à la demande de l'équipe de soins listés ci-dessous :**

- Présence de troubles du comportement (auto- ou hétéro-agressivité, agitation psychomotrice...), de propos délirants, d'une désorientation...
- Evaluation et prise en charge d'un risque suicidaire : idées, propos, ou comportements, *a fortiori* si projet suicidaire
- Présence d'antécédents de troubles psychiatriques avérés (schizophrénie, troubles bipolaires...)
- Présence d'un trouble de la personnalité constituant une entrave à la prise en charge
- Demande d'euthanasie

Mais également, parmi les motifs d'orientation vers le psychologue, ceux qui peuvent traduire ou entraîner une situation d'une particulière gravité pour le patient (risque de perte de chance notamment) ou pour son entourage, en particulier :

- Toute difficulté d'adhésion aux soins voire toute situation de refus de traitement
- Toute situation familiale pouvant faire craindre un impact sur des personnes vulnérables (enfants, proches handicapés ou âgés...)

## Quel professionnel du soin psychique ? Pour quelles situations ?

Orientation vers un  
psychologue ?  
(page 20)

Orientation vers un  
psychiatre ?  
(page 22)

**Tout professionnel de soin psychique peut intervenir en première intention afin de faire une évaluation.**

**Dans les diapositives suivantes sont détaillées les situations dans lesquelles un psychologue ou un psychiatre sera le plus à même d'intervenir.**

## Orientation vers un psychologue



L'orientation se fera avec l'accord du patient.

(Plaquette Patient ⇨ annexe page 34)

# Pourquoi orienter vers un psychologue ?

En cas de :

- souffrance psychique exprimée et/ou perçue comme inappropriée
- repérage d'une vulnérabilité psychologique
- difficultés à vivre la maladie, ses conséquences et les effets secondaires des traitements oncologiques (troubles de l'image corporelle, troubles de la sexualité, douleurs chroniques...)
- demande de soutien ponctuel ou d'accompagnement psychologique pour le patient et/ou son entourage
- conseils et attitudes à adopter à l'égard des enfants ou des proches sur la maladie et ses traitements
- retentissement sur le fonctionnement conjugal et/ou familial
- difficultés relationnelles entre le patient et/ou l'entourage familial et l'équipe de soins et souhait exprimé d'une médiation par une des parties
- difficulté d'adhésion aux soins ou refus de traitement liés à un facteur psychologique
- trouble de la personnalité constituant une entrave aux soins
- aide à un diagnostic différentiel (effet iatrogène/dépression...)
- présence d'un critère d'alerte (⇒ page 18)

## Orientation vers un psychiatre

A la demande  
du patient

et/ou

A la demande  
de l'entourage

et/ou

A la demande des  
équipes de soins

Devant un faisceau d'arguments impliquant un possible risque de décompensation psychopathologique et demandant une attention particulière de la part des équipes de soins

# Pourquoi orienter vers un psychiatre ?

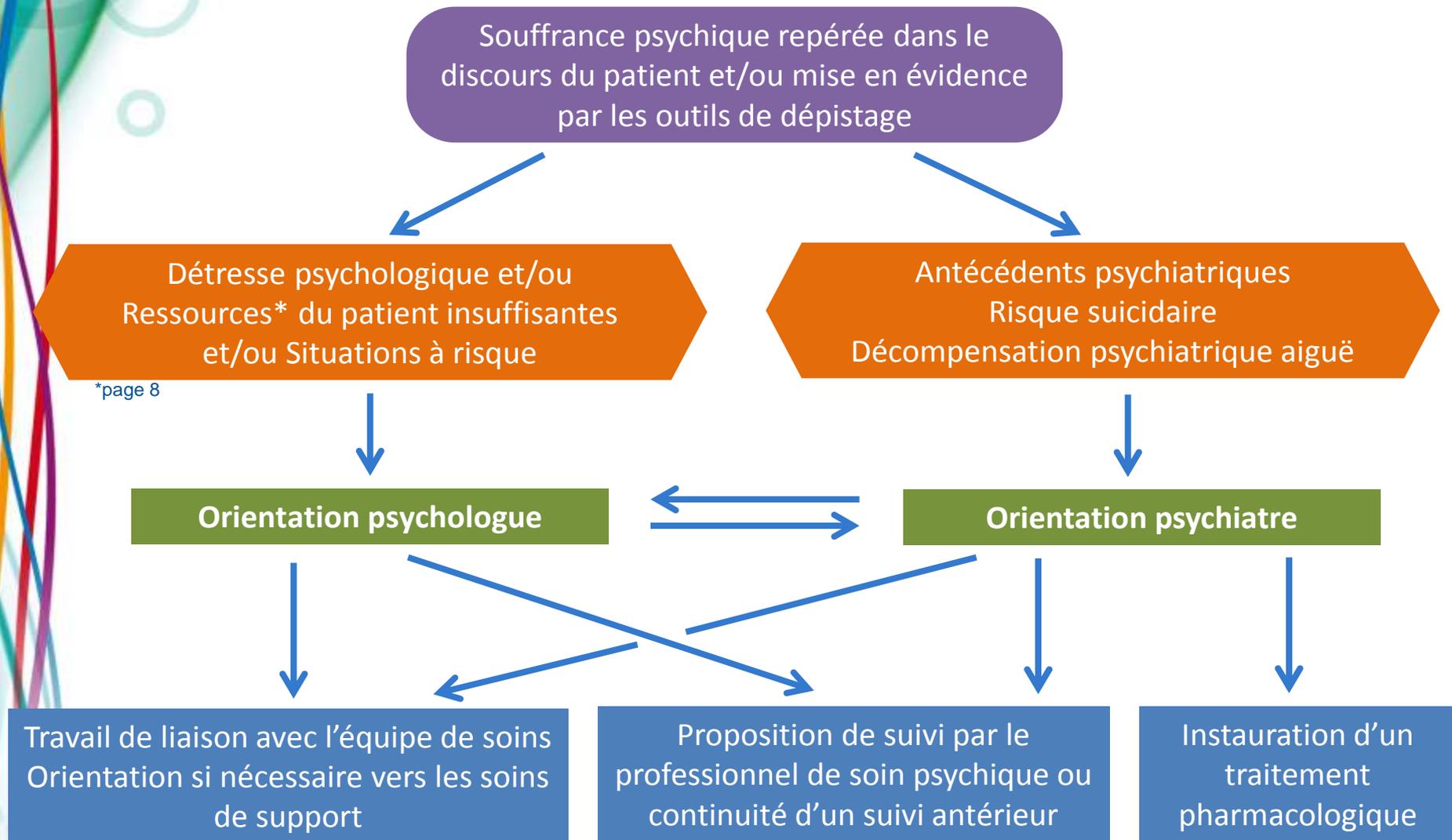
## En première intention :

- demande d'évaluation psychiatrique, avis sur une prescription, accompagnement et/ou soutien
- en présence de critères d'alerte et/ou d'éléments de gravité
  - constatation de troubles du comportement et/ou d'allure neuropsychiatrique (ex : métastase frontale, méningite carcinomateuse, iatrogénicité des traitements)
  - présence d'un état de décompensation aiguë : syndrome confusionnel, agitation psychomotrice...
  - évaluation et prise en charge d'un risque suicidaire : idées, propos ou comportements, *a fortiori* si projet suicidaire
  - présence d'antécédents de troubles psychiatriques avérés (schizophrénie, troubles bipolaires...)
  - présence d'un trouble de la personnalité constituant une entrave à la prise en charge

## En deuxième intention :

- pour avoir confirmation ou non du diagnostic psychiatrique suspecté
- devant un patient ne répondant pas à un premier traitement médicamenteux (anxiolytique et /ou antidépresseur voire antipsychotique) initié récemment
- pour institution ou adaptation du traitement psychotrope prenant en compte le contexte somatique

## Orientation psychologue / psychiatre : arbre décisionnel



# Qui, quand et pourquoi orienter vers un psychologue ou un psychiatre ?

## En conclusion

**Qui** : Les patients et/ou les proches en souffrance exprimée ou non, acceptant un soutien, et aussi ceux qui ont des conduites dangereuses avec ou sans troubles psychiatriques avérés, entraînant un danger pour eux-mêmes et/ou pour autrui.

**Quand** : L'attention doit être constante, à tout moment du parcours de soins du patient et lors de l'après-traitement.

**Pourquoi** : Certains symptômes doivent alarmer, et il faut à tout moment être en mesure de proposer une orientation psychologique ou psychiatrique dans le souci d'optimiser une prise en charge globale du patient et lui permettre de bénéficier d'un accompagnement pouvant l'aider à s'adapter au mieux à la situation.

# ANNEXES

# Définitions (1)

## Psychiatre

Le psychiatre est un médecin qui a suivi une spécialisation complémentaire de 4 à 5 ans en psychiatrie. En cancérologie, le psychiatre est particulièrement sensibilisé au diagnostic et au traitement de la dépression et de l'anxiété réactionnelle à la maladie, du désarroi et des difficultés relationnelles et comportementales ainsi qu'aux troubles cognitifs (langage, mémoire...) liés à la maladie et à ses traitements. En tant que médecin, il peut prescrire des médicaments (antidépresseurs, anxiolytiques, psychotropes divers) ou pratiquer des entretiens à visée thérapeutique au même titre que le psychologue.

## Psychologue

Le psychologue clinicien a suivi au moins 5 ans de formation universitaire en psychologie sanctionnées par le Master 2 Professionnel (ex DESS) de psychologie clinique. Il est spécialisé dans la connaissance du fonctionnement du psychisme, et des difficultés personnelles et relationnelles des enfants, adolescents et adultes. Il est formé pour aider autrui à parler de sa souffrance psychique, en étant attentif à respecter le rythme propre à chacun. Il peut proposer durant ses entretiens des tests de personnalité, d'intelligence ou de développement, neuropsychologiques...

## Définitions (2)

### Détresse psychologique

Une expérience émotionnelle désagréable, de nature psychologique, sociale et/ou spirituelle, qui s'étend sur un continuum allant des sentiments « normaux » de vulnérabilité, tristesse, peur, jusqu'à des problèmes invalidants tels que la dépression, l'anxiété, l'isolement social ou la crise spirituelle.

*Holland JC & Bultz BD, J Natl Compr Canc Netw 2007*

# Echelle HADS

(Hospital Anxiety and Depression Scale HADS)

**Auto-questionnaire de 14 items rempli par le patient :**

- 7 items évaluent la dimension anxieuse et les 7 autres la dimension dépressive
- HADS < 11 : pas de troubles anxio-dépressifs
- $11 < \text{HADS} < 15$  : troubles de l'adaptation avec humeur anxio/dépressive
- $\text{HADS} \geq 15$  : troubles affectifs majeurs
- Validé en français sur une population de patients atteints de cancer

*Zigmond AS & Snaith RP, Acta Psychiatr Scand 1983*

*Razavi D et al, Rev Psychol Appl 1989*

# Echelle HADS

## Qui, quand et pourquoi orienter vers les psychologues / psychiatres

*Ce questionnaire a été conçu de façon à permettre à votre médecin de se familiariser avec ce que vous éprouvez vous-même sur le plan émotif. Lisez chaque série de questions et entourez le chiffre correspondant à la réponse qui exprime le mieux ce que vous avez éprouvé au cours de la semaine qui vient de s'écouler. Ne vous attardez pas sur la réponse à faire : votre réaction immédiate à chaque question fournira probablement une meilleure indication de ce que vous éprouvez qu'une réponse longuement méditée.*

### 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

# Echelle HADS

## Qui, quand et pourquoi orienter vers les psychologues / psychiatres

### 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 |

SCORE (à remplir par le médecin)

Somme du sous score A (1+3+5+7+9+11+13) =

Somme du sous score D (2+4+6+8+10+12+14) =

Somme totale des deux sous scores =

## ***Validation française sous la forme d'une EVA de détresse (seuil > 3 sur 10) adaptée de l'Institut Curie***

Dans le contexte de la maladie, il arrive fréquemment de se sentir fragilisé sur le plan psychologique, que ce soit en rapport avec la maladie elle-même ou pour d'autres raisons personnelles.

L'échelle ci-dessous représente un moyen d'apprécier votre état psychologique. Nous vous demandons de mettre une croix sur la ligne à l'endroit qui correspond le mieux à votre état psychologique de la dernière semaine.



## Annexe : pour plus d'informations concernant le guide d'entretien PO-Bado

Il existe une version longue du guide d'entretien à 12 items et une version courte à 7 items, plus adaptée en termes de durée de passation au fonctionnement hospitalier. Cet outil a été élaboré et validé par un groupe de travail pluridisciplinaire allemand (Herschbach et al. 2008, Knight 2008)

- Contact : [www.po-bado.med.tu-muenchen.de](http://www.po-bado.med.tu-muenchen.de)

La traduction française de l'outil, son introduction dans la pratique, notamment des soignants du Temps Accompagnement Soignant (TAS) du Dispositif d'annonce, ainsi que la validation en langue française (Juin 2015) ont été faites par un groupe de travail sous la responsabilité de Nena Stadelmaier, psychologue, DISSPO-CARE, Institut Bergonié (CLCC), Bordeaux.

Pour toute information, formation (connaissance de l'outil et mise en pratique, environ 2 jours), envoi du manuel de la PO-Bado en langue française

- Contact : [n.stadelmaier@bordeaux.unicancer.fr](mailto:n.stadelmaier@bordeaux.unicancer.fr)

[o.duguey-cachet@bordeaux.unicancer.fr](mailto:o.duguey-cachet@bordeaux.unicancer.fr)

Pour plus d'informations ⇨ références bibliographiques

## Qui, quand et pourquoi orienter vers les psychologues / psychiatres

### Quand ?

- Lorsque la personne se sent trop débordée et découragée pour avancer sans aide spécialisée, malgré la présence d'un entourage attentif.
  - Au moment où la personne en ressent le besoin et quand elle est décidée.
- ET CE :
- A toute phase de la maladie: annonce, phase de début, de fin de traitement, récurrence.
  - En situation de fin de vie
  - Lors de tout changement nécessitant une adaptation supplémentaire et perturbante. (Modification de traitement, changement des dates de traitement...)

... et moi, si j'y réfléchissais ?

### Comment ?

- En vous adressant aux secrétariats de vos services de traitements, aux médecins, aux soignants et aux associations de patients qui vous prennent en charge
- En prenant directement rendez-vous au secrétariat des psychologues ou des psychiatres.
- En demandant des coordonnées de psychologues de ville au réseau de cancérologie dont dépend votre établissement de soin.

### Où ?

- Dans la structure de soin où se déroule votre prise en charge,
- En ville, avec des professionnels libéraux, au comité départemental de la Ligue, dans un centre de santé.
- Écoute téléphonique Ligue Nationale : 0810 111 101

### C'est quoi "un psy" ?

- Quelqu'un qui vous accompagne pour traverser des situations difficiles.
- Quelqu'un qui vous aide à trouver ce que vous souhaitez au fond de vous, lorsque tout est chamboulé.
- Quelqu'un avec qui vous n'avez pas de lien affectif et qui vous écoute sans parti pris.
- Quelqu'un à qui l'on ose dire ce que l'on ne peut dire ailleurs.
- Quelqu'un qui vous aide à vivre mieux ce qui s'impose à vous.
- En cancérologie, "les psy" sont psychologues ou médecins psychiatres.
- Ils proposent un soutien psychothérapeutique et/ou médicamenteux.
- Ils travaillent en concertation avec les équipes de soin pour améliorer la qualité de prise en charge et respectent le secret professionnel.
- Spécialisés et formés à la cancérologie, ils sont souvent appelés "psycho-oncologues".



au fait ?  
... et moi ?  
est-ce que j'en ai besoin ?  
plus tard ?  
tout de suite ?

## Le soutien psychologique des patients et de leurs proches en cancérologie

### Cancer et retentissement psychologique :

- L'annonce du cancer bouleverse l'existence, les relations avec l'entourage et provoque souvent des troubles dans la qualité de vie (sommeil, alimentation, anxiété).
- Certaines personnes retrouvent un équilibre spontanément, alors que d'autres ont besoin d'une aide psychologique.



## Qui, quand et pourquoi orienter vers les psychologues / psychiatres

### Le soutien psychologique en cancérologie

#### Pour QUI ?

POUR TOUTE PERSONNE  
MALADE  
et/ou L'ENTOURAGE PROCHE

- qui en ressent le besoin, quelles qu'en soient les raisons, et /ou
- à qui ce soutien est proposé (par un soignant et/ou un proche), et qui accepte cette rencontre.

#### Pour QUOI ?

- Pour mieux vivre les perturbations déclenchées par la maladie et les traitements ;
- Pour continuer à se sentir une personne à part entière ;
- Pour parler de soi et de sa maladie, de ses craintes et de ses angoisses face au cancer ;
- Pour faire le point sur ses capacités d'avancer avec la maladie ;
- Pour être aidé à communiquer avec son entourage ;
- Pour être soutenu et faire les choix utiles pendant et après les traitements ;
- Pour être accompagné dans les phases de reprise du travail, de fin de traitement, et à tout moment difficile.

... et moi, si j'y réfléchissais ?

même pas vrai !

#### ÇA NE FAIT PAS GUÉRIR DU CANCER

- Le soutien psychologique ne guérit pas le cancer.
- Il prend en compte la souffrance de la personne, malade, ou non.
- Il vise à se sentir vivant avec ou sans cancer.

#### C'EST UN SIGNE DE FAIBLESSE DE CONSULTER

- On ne consulte pas par faiblesse mais parce qu'on ne peut pas y arriver seul. Nos forces ne sont pas constantes. Il arrive qu'elles soient insuffisantes pour faire face aux événements difficiles. En ce cas, le soutien psychologique est nécessaire pour continuer à avancer.

#### IL FAUT RACONTER SA VIE, SE METTRE "À NU" ÇA FAIT SOUFFRIR

- Non. Si l'on aborde ces aspects, c'est parce que la personne en souffrance en ressent le besoin. Le fait de l'exprimer, fait moins souffrir que de le taire mais il n'y a pas "d'obligation de raconter sa vie".
- Le soutien psychologique ne conduit pas forcément à vivre des moments tristes. Il comprend aussi des moments agréables et de découvertes.

### Les a priori sur "les psy"

#### C'EST POUR LES "FOUS"

- Pas seulement. La souffrance est humaine. Le psy soutient toute personne en souffrance qui le souhaite.

#### C'EST LONG, ÇA DURE AU MOINS QUINZE OU VINGT ANS

- Pas nécessairement. ça dure le temps dont vous avez besoin. La durée du travail, ainsi que la fréquence des rencontres, s'établissent en concertation avec le psychologue. Il existe des soutiens brefs.

#### ÇA NE SERT À RIEN, LE PSY NE DONNE PAS DE SOLUTION

- Ça sert à quelque chose. Si le psy ne peut connaître "LA" solution, il aide chacun à trouver la sienne, à la construire.

#### ÇA NE M'AIDE PAS, IL NE PARLE PAS

- Un psy parle, mais... "pas tout le temps". Il s'exprime pour vous guider. Si les silences sont trop pénibles, vous pouvez lui en parler.

#### ÇA COÛTE CHER

- C'est variable. Il existe des tarifs adaptés à chaque bourse. Les consultations avec les psychiatres sont remboursées. L'intervention du psychologue en service hospitalier est gratuite. Il est important de se renseigner.
- La question du coût est aussi relative aux besoins et aux bénéfices des séances.

#### Et si cela "ne se passe pas bien" avec mon psy ?

- Il est fondamental d'en parler avec lui.
- Cela permettra :
  - soit une continuité de vos échanges sur de nouvelles bases,
  - soit une orientation vers un professionnel qui vous correspondra mieux.

## Qui, quand et pourquoi orienter vers les psychologues / psychiatres

# Pour aller plus loin : Références bibliographiques

- AFSOS, Ligue contre le Cancer. Le soutien psychologique des patients et de leurs proches en cancérologie.
- 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
- Référentiel « Comment orienter vers un accompagnement psychologique ? » Florence Barruel, Sarah Dauchy et le groupe RIR ; Lyon décembre 2013
- Breitbart W. Identifying patients at risk for, and treatment of major psychiatric complications of cancer. Support Care Cancer 1995; 3(1):45-60
- Dolbeault S, Boistard B, Meuric J, Copel L, Brédart A. Screening for distress and supportive care needs during the initial phase of the care process : a qualitative description of a clinical pilot experiment in a French cancer center. Psychooncology 2011; 20(6):586-93.
- Fang F, Fall K, Mittleman MA, Sparén P, Ye W, Adami HO, Valdinarsdóttir U. Suicide and cardiovascular death after a cancer diagnosis. N Engl J Med 2012 5;366(14):1310-8.
- Härter M, Reuter K, Aschenbrenner A, Schretzmann B, Marschner N, Hasenburger A, Weis J. Psychiatric disorders and associated factors in cancer : results of an interview study with patients in inpatient, rehabilitation, outpatient treatment. Eur J Cancer 2001; 37(11):1385-1393
- Herschbach P, Book K, Brandl T, Keller M, Marten-Mittag B. The Basic Documentation for Psycho-Oncology (PO-Bado): an expert rating scale for the psychosocial experience of cancer patients. Onkologie 2008; 31(11):591-596
- Holland JC, Bultz BD. National comprehensive Cancer Network (NCCN). The NCCN guideline for distress management: a case for making distress the sixth vital sign. J Natl Compr Canc Netw 2007; 5:3-7
- Knight L, Mussell M, Brandl T, Herschbach P, Marten-Mittag B, Treiber M, Keller M. Development and psychometric evaluation of the Basic Documentation for Psycho-Oncology, a tool for standardized assessment of cancer patients. J Psychosom Res 2008; 64(4):373-381
- Massie MJ, Muskin PR, Stewart DE. Psychotherapy with a women at high risk for developing cancer. Gen Hosp Psychiatry 1998; 20(3):189-197
- Mehnert A, Koch U. Psychosocial care of cancer patients-international differences in definition, healthcare structures and therapeutic approaches. Support Care Cancer 2005; 13(8):579-588
- Miovic M, Block S. Psychiatric disorders in advanced cancer. Cancer 2007; 110(8):1665-1676
- Northhouse LL. Psychological impact of the diagnosis of breast cancer on the patient and her family. J Am Med Women Assoc 1992; 47(5):161-164
- Razavi D, Delvaux N, Farvacques C, Robaye E. Validation de la version française du HADS dans une population de patients cancéreux hospitalisés. Rev Psychol Appl 1989; 39(4):295-307
- Rowland JH. Psycho-oncology and breast cancer : a paradigm for research and intervention. Breast Cancer Res Treat 1994; 31(2-3):315-324
- Stadelmaier N et al. Le dispositif d'annonce en cancérologie: quel outil d'orientation vers la consultation psychologique ? Psycho Oncologie 2009; 3:176-183
- Stadelmaier N, Duguey-Cachet O, Saada Y, Quintard B. The Basic Documentation for Psycho-Oncology (PO-Bado): An innovative tool to combine screening for psychological distress and patient support at cancer diagnosis. Psychooncology 2014; 23(3):307-314
- Stadelmaier N, Saada Y, Duguey-Cachet O, et al. Formation au dépistage des difficultés psychosociales en cancérologie : apport d'un guide d'entretien (PO-Bado) sur la pratique des soignants du dispositif d'annonce. Rev Francoph Psycho Oncologie 2014; 8:45-51
- Zabora J, BrintzenhofeSzoc K, Curbow B, Hooker C, Piantadosi S. The prevalence of psychological distress by cancer site. Psycho-oncology 2001; 10(1):19-28
- Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatr Scand 1983; 67(6):361-270