

S20B

Décision médicale partagée en psychiatrie : intérêt des méthodologies mixtes et qualitatives

I. Salmona

ASM 13, Paris

Adresse e-mail : isabellesalmona@gmail.com

La décision médicale partagée (DMP) s'impose depuis environ dix ans dans les publications en santé mentale. Si ce concept est présenté comme un impératif éthique aux États-Unis par certains praticiens pionniers des pratiques orientés vers le rétablissement, sa mise en œuvre continue néanmoins à susciter nombre d'interrogations. La DMP constitue en effet un bouleversement de la relation médecin-malade, dans la mesure où elle donne une place équivalente aux informations apportées par le patient et à celles apportées par le médecin. Ceci est d'autant plus fort en psychiatrie, où les pathologies traitées sont traditionnellement associées à une altération de la capacité de jugement. Sa mise en place impose donc une révision de la position du praticien et une prise de distance par rapport à son propre savoir. Une revue de la littérature à propos de la décision médicale partagée en santé mentale permet de cerner l'ensemble des questions posées par l'émergence de ce concept. Deux types de méthodologies sont utilisées, qualitatives et quantitatives. Les principaux champs d'études abordés sont :

- l'efficacité de la DMP en termes d'observance ;
- les facteurs influençant son usage ;
- son intérêt pour le patient et le médecin ;
- la mise en œuvre concrète ;
- l'élaboration des outils d'aide à la décision.

L'ensemble de ces études révèle la différence de perception entre médecin et malade en termes de perception de l'élaboration des décisions, et également le souhait, pour beaucoup de patients d'être impliqués dans les décisions les concernant. Toutefois, ce souhait est inégalement réparti, et un certain nombre de patient ne souhaite pas être associé aux décisions prises. Savoir s'adresser à chacun en fonction de son souhait constitue ainsi une étape incontournable de la mise en place de la décision médicale partagée, et savoir quoi faire des patients ne souhaitant pas une participation active constitue ainsi l'un des enjeux de sa mise en place.

Mots clés Décision médicale ; Participation ; Droit des usagers ; Communication médecin-malade

Déclaration de liens d'intérêts L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

Pour en savoir plus

Drake RE, Deegan PE. Shared decision making is an ethical imperative. *Psychiatr Serv* 2009;60(8):1007.

Moumjid N, Gafni A, Bremond A, Carrère MO. Shared decision making in the medical encounter: are we talking about the same thing? *Med Decis Making* 2007;27(5):539–46.

Hamann J, Cohen R, Leucht R, Kissling W. Do patients with schizophrenia wish to be involved in decision about their medical treatment? *Am J Psychiatry* 2005;162(12):2382–4.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.113>

S20C

Pratique de la décision médicale partagée en addictologie

J.B. Trabut

Hôpitaux universitaires Henri-Mondor, Créteil

Adresse e-mail : jean-baptiste.trabut@erx.aphp.fr

La décision médicale partagée (DMP) est un mode de relation thérapeutique visant à favoriser la participation active du patient à la décision en clarifiant notamment ses valeurs et ses préférences. La pertinence d'une telle approche peut être questionnée en addictologie où il semble que l'enjeu soit moins d'aider le patient à choisir entre des options a priori équivalentes que de promouvoir un

changement profitable pour sa santé (typiquement l'abstinence vis-à-vis du produit). Les évolutions récentes de la discipline remettent cependant en cause cette vision des choses : le contrôle de la consommation et la réduction de risque apparaissent de plus en plus comme des objectifs légitimes de la prise en charge et on assiste à une multiplication des options thérapeutiques, pharmacologique ou autres. De fait, beaucoup d'addictologues appliquent déjà probablement certains principes de la DMP dans leur pratique quotidienne. Les travaux spécifiques sur ce sujet restent cependant quasi-inexistants. À titre d'illustration, alors que les travaux publiés sur la DMP se comptent par centaines en cancérologie et par dizaines en psychiatrie, on n'en dénombre à peine cinq en addictologie tous issus de la même équipe. Mon but sera d'offrir une réflexion sur la façon dont la DMP peut s'intégrer aux soins en addictologie et, en particulier, sur sa complémentarité avec l'approche motivationnelle. J'en apporterai également une illustration concrète sous la forme d'un projet d'outil d'aide à la décision pour le choix d'un éventuel traitement pharmacologique de l'alcoolodépendance.

Mots clés Décision médicale partagée ; Addictions

Déclaration de liens d'intérêts Interventions rémunérées, invitation à des congrès (laboratoires Lundbeck, Gilead).

Pour en savoir plus

Elwyn G, Dehlendorf C, Epstein RM, Marrin K, White J, Frosch DL. Shared decision making and motivational interviewing: achieving patient-centered care across the spectrum of health care problems. *Ann Fam Med* 2014;12(3):270–5.

Joosten EA, de Jong CA, de Weert-van Oene GH, Sensky T, van der Staak CP. Shared decision making reduces drug use and psychiatric severity in substance-dependent patients. *Psychother Psychosom* 2009;78(4):245–53.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.114>

S21

Présent et avenir des troubles somatoformes

C. Lemogne

Hôpital européen Georges-Pompidou, Paris

Adresse e-mail : cedric.lemogne@egp.aphp.fr

Dans le DSM-IV, les « troubles somatoformes » étaient définis négativement par la présence de symptômes somatiques « médicalement inexpliqués ». Cette appellation a disparu du DSM-V au profit des *somatic symptoms and related disorders*. Les troubles somatisation, douloureux, somatoforme indifférencié et l'hypocondrie, lorsqu'elle est associée à des symptômes somatiques, sont regroupés sous l'appellation unique de *somatic symptom disorder*. Ce trouble est désormais défini positivement par la présence de pensées, émotions ou comportements « excessifs ou inappropriés », à l'origine d'un retentissement fonctionnel ou d'une souffrance subjective et accompagnant des symptômes somatiques ayant, ou non, une cause somatique identifiée. Les raisons de ce changement sont le recouvrement diagnostique des anciennes catégories, leur non-utilisation par les somaticiens, le risque de stigmatisation et le caractère intenable d'une conception dualiste des rapports corps-esprit. La notion de symptômes « médicalement inexpliqués » demeure néanmoins centrale dans la conversion, renommée « trouble neurologique fonctionnel ». Plusieurs études d'imagerie cérébrales fonctionnelles portant sur un petit nombre de patients présentant un déficit moteur unilatéral ont tenté d'élucider la physiopathologie de ce trouble. Certains résultats semblent reproductibles : hyperactivation et hypo-activation controlatérales respectivement des cortex cingulaire antérieur et moteur primaire. Ces résultats ont servi de rationnel à l'utilisation thérapeutique de la stimulation magnétique transcrânienne. L'hypocondrie sans symptômes somatiques devient dans le DSM-V « l'anxiété pour la santé », caractérisée par la crainte excessive d'avoir ou de développer une maladie. La prise en charge est souvent difficile et peut renforcer

les symptômes si elle est inappropriée. Plusieurs études ont montré l'efficacité des thérapies cognitives et comportementales, basées sur la restructuration cognitive et l'extinction des comportements d'évitement, ainsi que des thérapies basées sur la pleine conscience. Compte tenu du lien fréquent entre pensées intrusives et souvenirs douloureux, la valeur ajoutée d'une thérapie des schémas est vraisemblable.

Mots clés Conversion ; DSM-V ; Hypochondrie ; Imagerie cérébrale ; Psychothérapie ; Troubles somatoformes

Déclaration de liens d'intérêts L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

Pour en savoir plus

Tolmunen T, Lehto SM, Julkunen J, Hintikka J, Kauhanen J. Trait anxiety and somatic concerns associate with increased mortality risk: a 23-year follow-up in aging men. *Ann Epidemiol* 2014;24(6):463–8.

Lemogne C, Consoli SM, Limosin F, Bonfils P. Treating empty nose syndrome as a somatic symptom disorder. *Gen Hosp Psychiatry* 2015 [in press]. <http://dx.doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2015.02.005>.

Browning M, Fletcher P, Sharpe M. Can neuroimaging help us to understand and classify somatoform disorders? A systematic and critical review. *Psychosom Med* 2011;73(2):173–84.

Tyrer P, Cooper S, Salkovskis P, Tyrer H, Crawford M, Byford S, Dupont S, et al. Clinical and cost-effectiveness of cognitive behaviour therapy for health anxiety in medical patients: a multicentre randomised controlled trial. *Lancet* 2014;383(9913):219–25.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.115>

S21A

Devenir des troubles somatoformes dans le DSM-5 : disparition ou renouveau ?

S.M. Consoli

Université Paris Descartes, Paris-Sorbonne Cité, UF de psychologie et psychiatrie de liaison et d'urgence, service de psychiatrie de l'adulte et du sujet âgé, hôpital européen Georges-Pompidou, 20, rue Leblanc, Paris

Adresse e-mail : silla.consoli@egp.aphp.fr

La catégorie « trouble : symptômes somatiques » du DSM-V répond à une exigence d'intelligibilité et d'acceptabilité du trouble, pour les patients comme pour les professionnels de santé, tout en renvoyant à une réalité éprouvante au quotidien pour les patients qui en souffrent, consommateurs d'exams et de soins médicaux, plus que psychiatriques. Elle recouvre une diversité de configurations, depuis les troubles les plus banals et passagers jusqu'aux manifestations les plus durables et/ou les plus résistantes, voire à celles que l'on peut considérer comme largement redevables aux effets « iatrogènes » d'approches médicales inappropriées ou aux réactions revendicatives de la part de malades ou de leurs associations, à la recherche d'une identité socialement reconnue. Avec le DSM-V, non seulement l'existence d'une pathologie médicale concomitante n'exclue pas le diagnostic, mais la présence de facteurs de stress ou d'anomalies psychologiques n'est plus exigée comme condition nécessaire à la survenue du trouble, ce qui permet de dépasser à la fois l'opposition réductrice entre organique et fonctionnel et la recherche d'une psychogenèse à tout prix. Et pourtant le trouble reste considéré comme un trouble mental, en raison de la place occupée par la rumination anxieuse dans sa définition. Quant aux facteurs psychosociaux, il peut être utile de différencier ceux qui interviennent en tant que facteurs prédisposants, précipitants ou d'entretien, voire de renforcement. Un tel assouplissement dans l'approche du trouble peut permettre d'espérer une facilitation des prises en charges conjointes ou une meilleure efficacité des adressages de ces patients auprès d'un spécialiste en santé mentale. Il importe aussi de savoir, contrairement à une idée reçue, que

la présence d'une préoccupation somatique n'est pas sans conséquence pour l'avenir somatique, puisqu'elle prédit une mortalité accrue par causes naturelles, raison de plus pour considérer le trouble comme « sérieux » et pour s'engager dans sa prise en charge.

Mots clés Troubles somatoformes ; Troubles fonctionnels ; Symptômes médicalement inexpliqués ; Diagnostic positif ; Facteurs de risque ; Mortalité

Déclaration de liens d'intérêts L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

Pour en savoir plus

Rief W, Martin A. How to use the new DSM-5 somatic symptom disorder diagnosis in research and practice: a critical evaluation and a proposal for modifications. *Annu Rev Clin Psychol* 2014;10:339–67.

Tolmunen T, Lehto SM, Julkunen J, Hintikka J, Kauhanen J. Trait anxiety and somatic concerns associate with increased mortality risk: a 23-year follow-up in aging men. *Ann Epidemiol* 2014;24:463–8.

Voigt K, Nagel A, Meyer B, Langs G, Braukhaus C, Löwe B. Towards positive diagnostic criteria: a systematic review of somatoform disorder diagnoses and suggestions for future classification. *J Psychosom Res* 2010;68:403–14.

Consoli SM. Préface de l'ouvrage de/Pascal Cathébras : troubles fonctionnels et somatisation : comment aborder les symptômes médicalement inexpliqués. Issy-les-Moulineaux: Masson; 2006.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.116>

S21B

Voir l'invisible : imagerie cérébrale fonctionnelle de la conversion motrice

S. Mouchabac^{1,*}, A. Salvador²

¹ CHU Saint-Antoine, 184, rue du Faubourg-Saint-Antoine, Paris

² SHU Sainte-Anne, 7, rue Cabanis, Paris

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : stephane.mouchabac@sat.aphp.fr (S. Mouchabac)

Le trouble conversif constituerait-il une pathologie à part ? Vécu comme une réalité par le patient, l'absence de signes objectifs à l'examen l'a longtemps fait considérer comme une « pathologie sans substrat ». Or, si la clinique de ce trouble est bien connue, les motivations précises qui le sous-tendent restent sujettes à l'interprétation et les mécanismes exacts qui la produisent sont encore mal compris. Ainsi, le fait de ne pas retrouver de lésion explicative dans le cerveau exclue-t-il la possibilité d'un dysfonctionnement au sein de ce même organe ? On qualifie bien souvent ces troubles de « maladie de l'imagination ou de la volonté », mais au final, on connaît peu de choses sur le fonctionnement cérébral du mouvement volontaire et des représentations mentales dans le trouble conversif. Alors, dans cette optique, quel pourrait être l'apport des moyens « modernes » d'investigation tels que l'imagerie fonctionnelle et la mise en évidence d'anomalies fonctionnelles dans le cerveau ne permettrait-il pas d'ouvrir de nouvelles perspectives théoriques pour ces patients ? On observe alors un démembrement nosologique de la clinique hystérique, dont la justification était d'ouvrir de nouvelles voies d'exploration et de compréhension du trouble. L'imagerie fonctionnelle a permis d'explorer des mécanismes plus complexes jusqu'à présent peu accessibles (émotions, états affectifs, volition, imagerie mentale, processus inconscients), et nous proposons dans cette communication de montrer comment, à l'aide de ces techniques, une pathologie considérée comme un diagnostic d'exclusion et de trouble sans substrat peut être abordée différemment du fait d'explications psychobiologiques « nouvelles ».

Mots clés Conversion motrice ; DSM-V ; Imagerie cérébrale fonctionnelle ; Troubles somatoformes

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.