

## S20B

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

I. Salmona

ASM 13, Paris

Adresse e-mail : [isabellesalmona@gmail.com](mailto: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](mailto: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](mailto: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