

Outils pour la réflexivité en psychosomatique: qu'est-ce qui a changé en 30 ans?

Dr DANIEL WIDMER^a et Pr ANNE-FRANÇOISE ALLAZ^b

Rev Med Suisse 2017; 13: 189

Malgré la diffusion d'une médecine occidentale basée sur les preuves «EBM» et la disponibilité de nombreuses «guidelines», l'incertitude fait partie de l'interaction quotidienne avec nos patients. Elle se glisse notamment à l'intersection entre les savoirs théoriques et analytiques du médecin – tels que la connaissance des directives pour la pratique ou le raisonnement clinique – et les demandes, besoins et attentes du patient.¹

L'incertitude est particulièrement marquée quand la plainte du patient est vague ou confuse ou lorsqu'elle n'est pas aisément expliquée par les trouvailles organiques. C'est aussi le cas lorsque le patient est en crise ou en conflit avec le système social ou de soins, autrement dit dans ce domaine de la rencontre médicale que Jacques Caïn a appelé «le Champ psychosomatique». Le contexte contemporain a par ailleurs évolué vers un renforcement des questionnements sur nos pratiques avec une emphase sur la prévention dite quaternaire qui inclut une attention à ne pas médicaliser à l'excès nos prises en soin.²

Au cours des 30 dernières années, quatre dimensions ont connu un développement particulier dans le champ psychosomatique:

1. Les progrès des neurosciences qui renforcent l'évidence du lien corps-esprit. Les neurosciences ont notamment bouleversé notre compréhension de la douleur avec la notion d'hyperalgésie centrale et la connaissance des circuits de modulation affective sur la douleur.³ L'évidence des traces laissées par les traumatismes précoces ainsi que la proximité entre douleur et exclusion sociale vont également dans le sens d'une vision intégrée de l'être humain.
2. La mise à disposition de formations structurées sur les techniques de communication adaptées à la pratique.^{4,5}
3. La reconnaissance du rôle central des médecins de famille pour la prise en charge des situations biopsychosociales complexes – ce que Pierre Loeb a si joliment nommé «un véritable bien public»,⁶ avec la mise à disposition de recommandations de prise en charge sur le suivi des symptômes inexplicables en médecine de premier recours dont notamment les outils thérapeutiques proposés par l'OMS.^{7,8} Une tendance se fait jour pour unifier le «champ psychosomatique» sous un même code diagnostique qui pourrait apparaître dans l'ICD 11: «*Bodily Distress Syndrom*».^{9,10} Une telle démarche pourrait aider le patient à donner un nom à ses troubles, faciliterait la recherche et la mise sur pied de protocoles thérapeutiques. En revanche, il est possible qu'avec

une étiquette, on se rive à un modèle biomédical alors qu'un autre paradigme est nécessaire. Une attitude de prévention quaternaire est ici particulièrement importante.

4. Enfin – et d'importance majeure – les travaux sur le rôle central de l'alliance thérapeutique et de l'intersubjectivité ainsi que la notion de (contre-) transfert venue de la psychanalyse et magnifiquement mise à disposition des médecins de famille par M. Balint.¹¹

Sur la base d'un cas clinique qui donnera l'occasion aux participants de partager leurs vues, nous reprendrons de notre côté la notion d'outils (*tool kit*) en envisageant ceux qui pourraient permettre un changement d'attitude du médecin plutôt que l'acquisition d'un savoir-faire. Les outils suivants seront proposés:

1. *Pouvoir se retenir de savoir*, en permettant aux représentations du patient de se dérouler.
2. *Se laisser étonner ou déranger*, en étant capable de s'adapter aux modalités relationnelles du patient et de repérer son éventuel propre malaise.
3. *Oser dire qu'on ne comprend pas*, afin de permettre au patient de restructurer sa pensée fréquemment désorganisée dans les situations traumatiques ou de conflits.
4. *Oser faire des hypothèses non intrusives*, en prenant garde aux interprétations inappropriées.
5. Enfin, *adopter une «position psychosomatique»*, en ayant la capacité de supporter l'incertitude dans une «fonction apostolique bien tempérée» et en prenant conscience de sa position pour le patient, sans oublier l'analyse des éléments intersubjectifs et de ses éventuelles contre-attitudes. Le bénéfice des supervisions sera évoqué.

1 Danczak A, Lea A, Murphy G, Royal College of General Practitioners. Mapping uncertainty in medicine: what to do when you don't know what to do? UK: Royal College of General Practitioners, 2016, 332 p.

2 Widmer D, Herzig L, Jamouille M. Prévention quaternaire : agir est-il toujours justifié en médecine de famille? Rev Med Suisse 2014;10:1052-6.

3 Allaz AF, Cedraschi C. Pain and emotions. In: Pickering and Gibson (Eds): Pain, Emotions and Cognition: A complex nexus. Springer international Switzerland, 2015;21-34.

4 Street RL, Makoul G, Arora NK, Epstein RM. How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. Patient Educ Couns 2009;74:295-301.

5 Stiefel F, Bourquin C. Communication in oncology: now we train – but how well? Ann Oncol 2016;27:1660-3.

6 Loeb P. Psychosomatique: intégration ou polarisation? Primary Care 2008;8:339-41.

7 Van der Feltz-Cornelis CM, Hoedeman R, Keuter EJ, Swinkels JA. Presentation of the Multidisciplinary guidelines for MUPS and Somatoform Disorder in the Netherlands (...). J Psychosom Res 2012;72:168-9.

8 WHO. Mental Disorders in Primary Care. Unexplained Somatic Complaints. In: A WHO Educational Package. World Health Organization. Geneva; 1998.

9 Budtz-Lilly A, Schröder A, Rask MT, et al. Bodily distress syndrome: A new diagnosis for functional disorders in primary care? BMC Family Practice [Internet] 2015 Dec [cited 2016 Nov 20]; 16 (1). Accessible à: <http://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-015-0393-8>

10 Ibvijaro G, editor. Companion to primary care mental health. London, New York: Wonca and Radcliffe Pub, 2012, 715 p.

11 Balint M, Valabrega JP. Le Médecin, son malade et la maladie. Paris: Payot, 1996.

^a Médecine interne générale FMH, Médecine psychosomatique et psychosociale ASMPP, Chargé de cours IUMF PMU UNIL, Rédacteur francophone Primary and Hospital Care, Vice-président Union européenne de médecine générale/de famille (UEMO), 2, avenue Juste-Olivier, 1006 Lausanne, ^b Médecine psychosomatique et psychosociale ASMPP, Médecin-chef de service, Service de médecine interne de réhabilitation Beau-Séjour (SMIR-BS), Cheffe du Département de médecine interne réhabilitation et gériatrie, HUG, 1211 Genève 14
drwidmer@belgo-suisse.com | anne-francoise.allaz@unige.ch