

Recherche psychosomatique en Suisse et implications pour les soins

Roland von Känel^a, Diana Zwahlen^b, Sabina Hunziker Schütz^b, Rainer Schaefer^b

^a Klinik für Konsiliarpsychiatrie und Psychosomatik, UniversitätsSpital Zürich; ^b Klinik für Psychosomatik, Universität und Universitätsspital Basel

En Suisse, la psychosomatique s'est essentiellement développée à partir de la médecine interne. L'ancrage toujours présent dans la médecine somatique se reflète également dans les thèmes qui font depuis de nombreuses années l'objet de la recherche en médecine psychosomatique dans le paysage universitaire suisse. Dans différents domaines, ces recherches ont suscité un intérêt international, notamment en psychocardiologie, en communication médicale et en psycho-oncologie. Cet article présente ces activités de recherche à titre d'exemple et discute leur influence sur les soins cliniques.

Psychocardiologie

Développement de la recherche psychocardiologique en Suisse

Depuis le début des années 2000, la psychocardiologie est un axe de recherche essentiel de la psychosomatique en Suisse. Cette discipline étudie le rôle des facteurs de risque psychosociaux (FRPS) et du stress dans les maladies cardiovasculaires [1, 2]. En 2004, l'Hôpital de l'île de Berne a innové et établi un conseil de psychocardiologie impliquant les domaines de compétences de la médecine psychosomatique, de la prévention cardiaque et de la réadaptation, ainsi que de l'Institut de psychologie de l'Université de Berne. En l'espace de 10 ans, des recherches cliniques ont été menées, et environ 25 thèses de médecine et de psychologie ont été achevées dans le cadre de projets de recherche en partie soutenus par des fonds externes (exemples de résultats de recherche ci-après). Entre-temps, la recherche en psychocardiologie s'est également développée dans d'autres cliniques et instituts. Il convient également de souligner les activités de recherche menées dans le cadre d'une vaste étude de cohorte de la région de Lausanne soutenue par le Fonds national suisse (FNS) (CoLaus|PsyCoLaus) [3, 4]. Depuis 10 ans, cette étude longitudinale analyse chez plusieurs milliers de participants la relation de réciprocity entre d'une part les affections psychiques et les FRPS et d'autre part les altérations cardiométaboliques et les maladies cardiovasculaires

[5-7]. Afin de comprendre encore mieux les mécanismes sous-jacents, des instituts de psychologie avec un socle biologique [8, 9] et d'autres hôpitaux universitaires [10, 11] mènent également des recherches fondamentales en psychocardiologie.

Résultats de nos recherches

Notre recherche se consacre à la question de savoir quels FRPS sont associés à la première manifestation d'une maladie cardiovasculaire et/ou à un mauvais pronostic de la coronaropathie (tab. 1). Nous avons notamment pu montrer qu'un faible soutien social [12], des symptômes dépressifs persistants après la fin de la réadaptation cardiaque [13] et la crainte de mourir/la détresse lors de l'infarctus myocardique [14] étaient associés à un moins bon pronostic de la coronaropathie. Nous avons constaté qu'un infarctus myocardique pouvait déclencher un trouble de stress post-traumatique (TSPT) cliniquement pertinent dans 10% des cas [15], qui devient chronique dans la plupart des cas [16] et dégrade à son tour le pronostic [17]. Dans une étude interventionnelle randomisée et contrôlée, nous avons montré qu'avec un seul entretien de conseil de courte durée au cours des 48 heures suivant un infarctus, les symptômes de TSPT 3 mois plus tard étaient nettement moins nombreux que ce à quoi l'on s'attendrait lors d'une évolution naturelle [18]. Dans une multitude d'études observationnelles et expérimentales en laboratoire du stress, nous avons

Tableau 1: Facteurs de risque psychosociaux pour les maladies cardiovasculaires [1, 19].

Environnement social	Facteurs relatifs à la personnalité	Etats émotionnels
Statut socio-économique bas	Propension à la colère	Dépression
Faible soutien social	Animosité	Angoisse et syndromes des stress
Stress induit par le travail, la famille, les finances et d'autres événements de la vie	Personnalité de type D (éprouve des sentiments négatifs sans les communiquer à l'entourage)	Épuisement excessif, fatigue (également en cas de troubles du sommeil) et burnout
Expériences négatives pendant l'enfance	Neuroticisme	Tristesse

analysé les mécanismes psychobiologiques établissant le lien entre FRPS et coronaropathie (fig. 1). Parmi eux figurent un épaississement du sang médié par le système nerveux autonome, une inflammation de bas grade et une fonction endothéliale limitée [1, 2]. Nous avons trouvé de telles relations notamment chez les individus souffrant de stress chronique [20, 21] et chez les patients atteints de TSPT [22, 23] ou de trouble anxieux [24, 25]. Environ 30% des patients atteints d'un syndrome coronarien aigu font état d'un déclencheur émotionnel dans les 2 heures précédentes. Dans une étude promue par le FNS, nous avons montré qu'en cas de stress psychosocial aigu (tenir un discours devant une audience), une activation du système de coagulation [26] et des altérations inflammatoires [27] se produisaient au cours de cet intervalle, pouvant ainsi

plausiblement contribuer à l'occlusion coronaire thrombotique. Par rapport au placebo, l'acide acétylsalicylique [28], les bêtabloquants non sélectifs [29] et le chocolat noir (au moins 70% de cacao) [30, 31] peuvent en partie atténuer ces altérations.

Soins cliniques en psychocardiologie

Les dernières lignes directrices de la Société Européenne de Cardiologie relatives à la prévention des maladies cardiovasculaires recommandent l'évaluation et le traitement des FRPS (tab. 2) [32]. Une telle évidence n'a jusqu'à présent trouvé que peu d'écho dans le cadre de la prise en charge des patients en Suisse. L'expérience de l'auteur est que les médecins de famille – et parfois également les cardiologues – intègrent dans la consultation des sujets touchant à la psychocardiologie en fonction de leurs connaissances en médecine psychosomatique de premier recours et des ressources temporelles disponibles. La mise en relation avec des psychothérapeutes médicaux et psychologiques qui connaissent les besoins spécifiques et situations problématiques des patients cardiaques est considérée comme utile. Toutefois, une telle offre est encore limitée en Suisse [19].

En ce qui concerne la réadaptation cardiaque ambulatoire, les critères de qualité du Groupe de travail suisse pour la réadaptation cardiaque stipulent au minimum 2 heures de consultation psychologique de groupe [33]. Celle-ci a pour objectif de faire naître une discussion

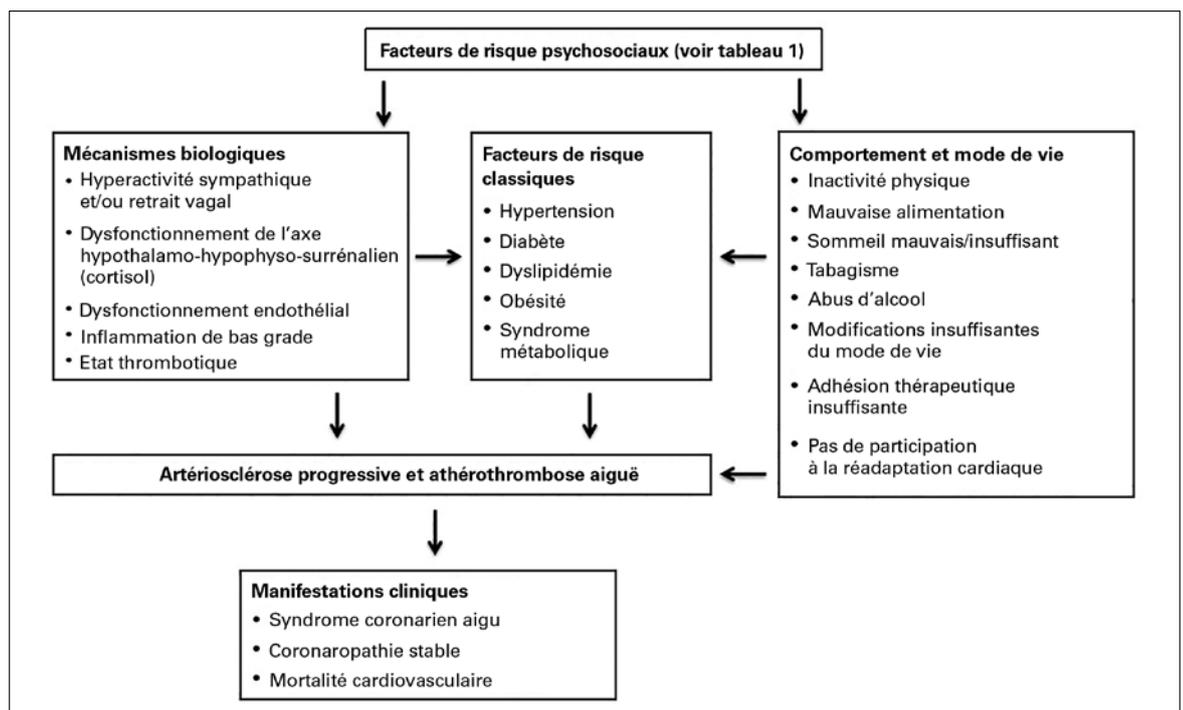


Figure 1: Mécanismes psychobiologiques et comportementaux en cas de coronaropathie. Pedersen SS, von Kanel R, Tully PJ, Denollet J. Psychosocial perspectives in cardiovascular disease. Eur J Prev Cardiol. 2017;24(3_suppl):108–15. Reprinted by Permission of SAGE Publications, Ltd.

sur les FRPS et d'aider à identifier les patients qui requièrent une consultation psychologique plus intensive, généralement individuelle. D'autres contenus obligatoires d'un programme de réadaptation sont la gestion du stress, l'accompagnement psychosocial et la transmission de conseils pratiques pour la réinsertion sociale et professionnelle.

L'assurance du suivi à long terme par le médecin de famille est élémentaire. La participation à un groupe cardiaque régional favorise l'éducation sanitaire et le soutien psychologique mutuel. Dans le domaine ambulatoire, une plus vaste prise en charge psychocardiologique concomitante possède un grand potentiel d'amélioration de la qualité de vie, de la capacité fonctionnelle au quotidien et probablement aussi de l'évolution de la maladie [19, 34].

Communication médicale

Un autre thème central de la recherche psychosomatique en Suisse, qui constitue également un axe de recherche essentiel dans le département de psychosomatique de l'hôpital universitaire de Bâle (USB), est celui de la communication médicale. L'élaboration et la vérification de techniques et fondements validés empiriquement pour la conduite d'entretiens médicaux en tant que compétence de base dans toutes les disciplines médicales prennent leur source dans une compréhension de la médecine psychosomatique en tant que discipline transversale [35].

Résultats de la recherche en communication médicale au sein de l'USB

La recherche en communication médicale du département de psychosomatique de l'USB trouve son origine dans le travail intense sur la relation médecin-patient

et sa dimension psychométrique [36], ainsi que dans les principes de la conduite d'entretiens médicaux [37, 38]. A partir de là se sont développées des problématiques concernant la communication dans les situations difficiles, la prise de décision participative [39, 40] et le recours à des interprètes [41-43]. Au cours des dernières années, le spectre a été étendu à la communication au sein des équipes thérapeutiques, par ex. dans les situations d'urgence, ainsi qu'à la communication avec les proches de patients en état critique. Dans le cadre d'études de simulation randomisées, il a été montré qu'une bonne communication managériale au sein d'une équipe de réanimation est essentielle pour une meilleure mise en œuvre des mesures de réanimation, et que cette communication peut être enseignée [44-46]. Fort heureusement, ces connaissances sur l'importance du travail d'équipe et du leadership ont été intégrées en tant que recommandation pour la formation dans les directives de réanimation [47]. D'autres facteurs humains, tels que les différences de sexe et le stress, peuvent également avoir une influence sur la mise en œuvre d'une réanimation et donc être optimisés par le biais d'un entraînement correspondant [46, 48-52]. En ce qui concerne la communication avec les proches des patients en unité de soins intensifs (USI), les facteurs suivants étaient associés au mécontentement des proches à l'issue du séjour en USI: compétence de l'équipe soignante, soins prodigués par l'équipe de l'USI, exhaustivité des informations, processus décisionnels, atmosphère au sein de l'USI et de la zone d'attente [53, 54]. Dans une autre étude, 40% des proches de patients en USI présentaient un TSPT; les trois principaux facteurs de risque étaient ici le sexe féminin, les antécédents de dépression et l'impression pour la famille que le traitement du patient est insuffisant [53, 54].

Tableau 2: Recommandations pour l'évaluation et le traitement des facteurs de risque psycho-sociaux (FRPS) [32].

Recommandations centrales de la Société Européenne de Cardiologie	Classe de recommandation	Niveau de preuve
Chez les individus présentant un risque cardiovasculaire élevé et les patients avec une maladie cardiovasculaire établie, une évaluation des FRPS au moyen d'un entretien clinique ou d'un questionnaire standardisé devrait être envisagée afin d'identifier les barrières potentielles aux changements du style de vie ou à l'adhésion thérapeutique.	Ila	B
Chez les individus présentant un risque cardiovasculaire très élevé, une intervention multimodale incluant une éducation sanitaire avec changements du style de vie, activité physique, gestion du stress et conseil relatif aux FRPS est recommandée.	I	A
Chez les patients avec maladie cardiovasculaire établie et symptômes psychosociaux/stress, une intervention multimodale incluant éducation sanitaire, activité physique et traitements psychologiques pour les FRPS, changements du style de vie (par ex. entretien motivationnel) et gestion de la maladie est recommandée en vue d'améliorer la santé psychosociale.	I	A
En cas de symptômes cliniquement significatifs de dépression ou de trouble anxieux, ou bien d'animosité, il convient d'envisager une orientation du patient en vue d'une psychothérapie ou pharmacothérapie.	Ila	A
Le traitement des FRPS en vue de prévenir une première ou nouvelle survenue d'une maladie cardiovasculaire devrait être envisagé lorsque le facteur de risque psychosocial est en lui-même un trouble pouvant être diagnostiqué (par ex. une dépression) ou lorsqu'il dégrade des facteurs de risque classiques (cf. fig. 1).	Ila	B

Classe de recommandation: I = recommandation assurée, est indiqué; Ila = devrait être envisagé.

Niveau de preuve: A = plusieurs études randomisées contrôlées ou méta-analyses; B = une étude randomisée contrôlée ou de grandes études non randomisées

Impact de la communication médicale dans la clinique et l'enseignement

Au sein de l'USB, la communication médicale n'a cessé de se développer en lien direct avec l'application. Dans une intention pratique et didactique, la distinction entre communication centrée sur le patient et communication centrée sur le médecin a été définie (tab. 3) [55]. Le département a dispensé et dispense toujours des cours de communication à l'attention des médecins et soignants, et leur impact a été évalué [56], en particulier dans le domaine de l'oncologie (voir ci-dessous). Pour ce qui est de l'enseignement aux étudiants, une transmission systématique a lieu par le biais de cours magistraux et de cours de conduite d'entretien dans le cadre d'un cursus longitudinal de compétences psychosociales et communicationnelles [57, 58]. Les assistants de la clinique de médecine de l'USB se voient transmettre des compétences communicationnelles dans le cadre d'accompagnements de visites régulières [59, 60]. Ces activités ont été intégrées dans un guide pratique sur la «communication dans la médecine au quotidien», publié par l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM) et disponible en ligne [61]. En outre, un outil destiné à soutenir l'adhésion des patients atteints du VIH a été développé et évalué [62, 63]. Les efforts autour de la conduite de l'entretien médical ont débouché, avec la nomination au statut de Professeur émérite de Wolf Langewitz et Alexander Kiss, sur la création d'une chaire *tenure track* de communication médicale, au sein de laquelle a été nommée Sabina Hunziker Schütz. L'axe essentiel de cette chaire est l'enseignement et la recherche.

Psycho-oncologie

Développement de la recherche psycho-oncologique

Un des axes centraux de la recherche psychosomatique qui a été et est traité intensivement au sein de

l'USB est la psycho-oncologie. Dans le prolongement de la communication médicale présentée plus haut, les projets ont porté sur les thèmes suivants: besoins d'informations et prise de décision, qualité de vie et *co-ping*, fardeau des symptômes et identification des besoins [64]. La psycho-oncologie est devenue un axe de recherche à part entière notamment grâce à la création d'un centre tumoral au sein de l'USB.

Résultats de la recherche sur la psycho-oncologie à l'USB

Lors des débuts, les connaissances fondamentales issues des domaines de la communication médicale et de la psycho-oncologie ont été rassemblées. Prenons ici pour exemple la recherche sur l'entretien d'information en cas de cancer du poumon: la plupart des patients comprennent certes le diagnostic ainsi que les options thérapeutiques, et sont satisfaits de la façon dont cela leur est communiqué, mais un faible nombre d'entre eux comprennent l'objectif thérapeutique (curatif, palliatif ou encore incertain) et sont insatisfaits de la communication à ce sujet [65].

De récents projets se sont concentrés sur la recherche sur les services de santé: dans l'étude observationnelle prospective soutenue par la Ligue suisse contre le cancer, intitulée «*The Who and the Why*» [66], les relations entre le vécu du stress, le souhait de bénéficier d'un soutien et le recours effectif à ce dernier ont été mises en lumière. L'analyse trichotomique du souhait a révélé qu'un tiers des participants à l'étude souhaitait un soutien psycho-oncologique, qu'un autre tiers l'avait refusé et que le dernier tiers était indécis à ce sujet. Les indécis, non décrits jusqu'à présent, représentent un groupe à risque car ils indiquent un faible recours effectif à un soutien malgré des valeurs de stress élevées. L'analyse qualitative a montré la chose suivante: tandis qu'un souhait clair ou un refus est souvent associé à une perception positive ou négative du soutien psychologique, les patients ambivalents argumentent en premier lieu sans prendre position, en s'appuyant par ex. sur leur bien-être ou mal-être du moment [67]. L'évaluation quantitative a quant à elle montré qu'une recommandation claire de l'oncologue concernant le soutien psycho-oncologique avait la plus grande influence sur le recours à ce dernier [68].

Outre la recherche sur les services de santé, l'efficacité des interventions psycho-oncologiques a également été analysée: chez les patients ayant reçu une transplantation de cellules souches, l'intervention basée sur la pleine conscience a conduit, à son issue, à une amélioration significative de la qualité de vie, de la dépression et de l'anxiété, mais pas de la fatigue; 3 mois après l'intervention, l'amélioration n'était plus mainte-

Tableau 3: Communication centrée sur le patient vs communication centrée sur le médecin [55].

	Communication centrée sur le médecin	Communication centrée sur le patient
Exemple	Vos maux de ventre sont-ils liés à l'alimentation? Vos maux de ventre s'améliorent-ils après que vous soyez allé à la selle?	Quelles sont vos expériences? Quand est-ce que vos maux de ventre deviennent plus forts? Existe-t-il peut-être des situations où ils s'améliorent?
Techniques	Questions fermées/ciblées Structure Information	Questions ouvertes Attendre, répéter, reformuler, résumer (ARRR)
Narration	Inhibant	Encourageant
Hypothèses	Vérifiant	Général
Conduite	Médecin	Patient (limité)

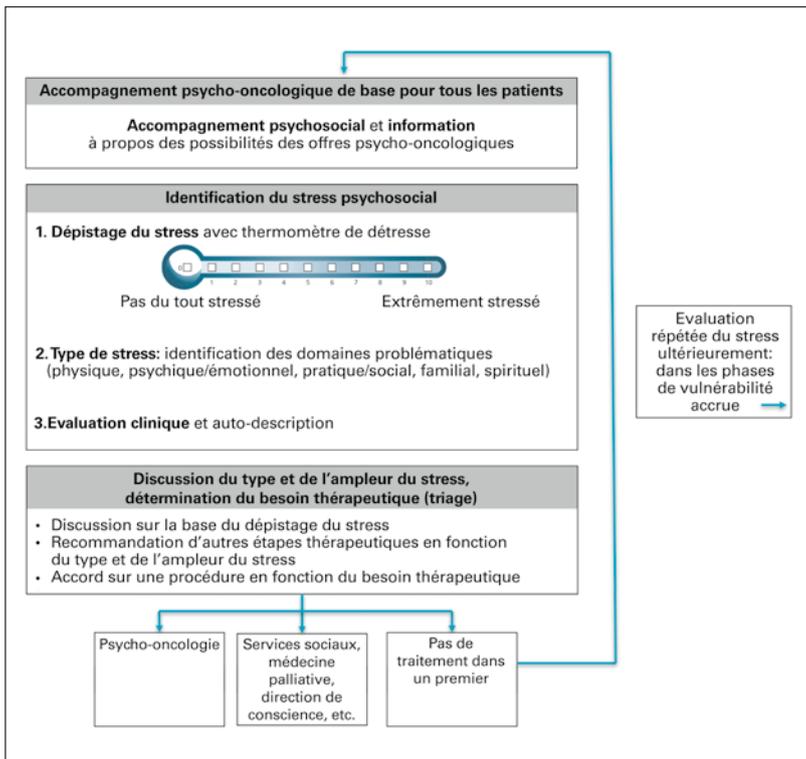


Figure 2: Processus bâlois d'un modèle de soins psycho-oncologiques à plusieurs niveaux (d'après SSPO, 2014 [83]).

Remerciements

Les auteurs remercient Alexander Kiss, Wolf Langewitz et Brigitta Wössmer pour leurs commentaires et l'amélioration du manuscrit.

Disclosure statement

Les auteurs n'ont déclaré aucune obligation personnelle ou financière en lien avec le présent article.

Références

La liste complète des références est disponible dans la version en ligne de l'article sur www.primary-hospital-care.ch

Correspondance:

Prof. Dr. med.
Roland von Känel
UniversitätsSpital Zürich
Culmanstrasse 8
CH-8006 Zürich
[roland.vonkaenel\[at\]usz.ch](mailto:roland.vonkaenel[at]usz.ch)

nue [69]. Avec le soutien de la Ligue suisse contre le cancer, une intervention de psychothérapie corporelle de groupe visant à améliorer la perception du corps après un cancer est actuellement évaluée [70].

Dans les domaines de la médecine sociale, de la psychosomatique et de l'oncologie gynécologiques au sein de l'USB, des recherches psycho-oncologiques sur la protection de la fertilité chez les patientes atteintes de cancer [71, 72] et sur des programmes de soutien centrés sur la famille [73] ont en outre été menées. Une grande étude randomisée et contrôlée sur un programme en ligne spécifique nommé STREAM (*Stress Aktiv Mindern*, ou «réduire activement le stress») destiné aux patients atteints de cancer [74] a trouvé que ce dernier améliorerait significativement la qualité de vie et le stress vécu [75].

Impact de la recherche en psycho-oncologie dans la qualification et la clinique

Conjointement avec la Ligue suisse contre le cancer, un «*Communication Skills Training*» (CST) pour les médecins et soignants en oncologie a été développé, et des recommandations pour la conduite de telles formations ont été élaborées [76–79]. Depuis 2006, cette formation en communication est obligatoire pour les médecins oncologues dans le cadre de l'examen de

spécialiste, et elle est récemment également devenue obligatoire pour les hématologues. Fait notable, la satisfaction des participants n'a pas diminué du fait du passage de la participation volontaire à la participation obligatoire [80]. Moyennant une approche qualitative, une étude a tenté de déterminer la façon dont la communication en oncologie pédiatrique pourrait être améliorée selon la perspective d'adolescents atteints de cancer et de leurs parents, la perspective des soignants, et celle des médecins [81]. Les résultats constituent une partie du cours de communication spécifique à l'oncologie pédiatrique, qui est conduit annuellement par la Ligue suisse contre le cancer. Un thème essentiel, et pas seulement dans le domaine de l'oncologie, est ici l'annonce des mauvaises nouvelles [82]. Un travail intense a également été mis à contribution pour l'élaboration des «Directives pour la prise en charge psycho-oncologique des patients adultes atteints d'un cancer et de leurs proches» de la Société Suisse de Psycho-Oncologie [83]. Nos propres processus de soins ont également été optimisés en fonction de ces directives (fig. 2). Le projet «*The Who and the Why*» a eu des implications pour la discussion autour du dépistage de la charge psychologique, qui est pertinent pour la certification, et a donné lieu à des recommandations sur la gestion du refus de bénéficier d'un soutien de la part des patients avec un stress élevé [67, 68, 84]. De plus, les patients accablés avec un souhait ambivalent quant au soutien psycho-oncologique doivent être perçus comme un groupe vulnérable, qu'il convient de continuer à observer et à solliciter dans la durée. La recommandation claire de la part de l'oncologue quant au recours à une aide psycho-oncologique joue un rôle central [68]. Au vu des résultats convaincants de la réduction du stress basée sur un programme en ligne chez les patients atteints de cancer, des efforts sont actuellement entrepris pour rendre STREAM accessible à tous.

Résumé et perspectives

Les axes centraux esquissés à titre d'exemple que sont la psycho-cardiologie, la communication médicale et la psycho-oncologie montrent que la médecine psychosomatique est établie en tant que discipline active dans la recherche au sein des universités suisses et qu'elle est enseignée aux étudiants dans le cadre de cursus longitudinaux. Les projets de recherche laissent transparaître un fort ancrage dans la médecine somatique et un rattachement clair à la pratique clinique. La triade recherche, clinique et enseignement établie dans la psychosomatique suisse nous permet d'envisager l'avenir de façon optimiste.