

Annales Médico-Psychologiques xxx (2015) xxx–xxx

DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU

Le jardinier et le botaniste. Proposition d'une organisation minimale de la sémiologie psychiatrique pour l'étudiant en médecine

The gardener and the botanist. Proposition of a minimal organisation of psychiatric semiology for medical students

Jean-Arthur Micoulaud-Franchi^{a,b,*}, Pierre-Alexis Geoffroy^{a,d,e,f}, Ali Amad^{a,g}, Clélia Quiles^{a,h}

^a Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique, www.asso-aesp.fr, service de psychiatrie du Pr-Bellivier, hôpital Fernand-Widal, 200, Faubourg-Saint-Denis, 75475 Paris 10^e, France

^b Services d'explorations fonctionnelles du système nerveux, clinique du sommeil, CHU de Bordeaux, place Amélie-Raba-Leon, 33076 Bordeaux, France

^c USR CNRS 3413 Sanpsy, CHU Pellegrin, université de Bordeaux, 33076 Bordeaux, France

^d Pôle neurosciences, AP-HP, groupe hospitalier Saint-Louis-Lariboisière-Fernand Widal, 75475 Paris cedex 10, France

^e UMR-S 1144, université Paris Descartes, 75006 Paris, France

^f UMR-S 1144, université Paris Diderot, 75013 Paris, France

^g King's College London, Institute of psychiatry, psychology and neuroscience, London, Royaume-Uni

^h Université de Bordeaux, 33000 Bordeaux, France

Résumé

L'étudiant en médecine a parfois des difficultés à utiliser les termes sémiologiques précis et organisés de la psychiatrie et à structurer son raisonnement médical à partir de ces termes. Le manque de consensus sur une organisation de la sémiologie psychiatrique ainsi que sur les syndromes psychiatriques est une des raisons de cette difficulté. Cet article propose une sémiologie minimale de la psychiatrie adulte destinée à l'étudiant en médecine. Dans une première partie, dite *analytique*, sera proposée une organisation des signes et symptômes psychiatriques fondée dans la mesure du possible sur les données actuelles des neurosciences et les consensus internationaux. Une synthèse des différents termes sémiologiques, que l'étudiant en médecine nous semble devoir connaître, sera proposée sous la forme d'un tableau récapitulatif. Dans la seconde partie, dite *syndromique*, seront étudiés un à un les syndromes élémentaires que la sémiologie psychiatrique permet d'identifier sans préfigurer de leur étiologie psychiatrique ou non psychiatrique. Le raisonnement médical qui s'applique en psychiatrie sera alors rappelé sous la forme d'une fiche synthétique.

© 2015 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Abstract

The medical student may have difficulties using accurate and organized terms of psychiatric semiology in order to structure its medical reasoning. The lack of consensus on the organization of psychiatric semiology as well as psychiatric syndromes is one reason for these difficulties. This article proposes a minimum psychiatric semiology of adult that should be used by a medical student. In the first part, called *analytic semiology*, it will be proposed an organization of psychiatric signs and

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : jarthur.micoulaud@gmail.com (J.-A. Micoulaud-Franchi).

symptoms based wherever possible on the current data of neuroscience and international consensus. A summary of the different terms of psychiatric semiology that the medical student should know will be proposed with a summary table. In the second part, called syndromic semiology, it will be examined one by one the basic syndromes that psychiatric semiology can identify without prefiguring their psychiatric and non-psychiatric aetiology. The medical reasoning applies in psychiatry will be summarized in as a synthetic support card.

© 2015 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Mots clés : Enseignement ; Diagnostic ; Méthode ; Neurosciences ; Nosographie psychiatrique ; Sémiologie psychiatrique ; Recherche

Keywords: Diagnosis; Method; Neurosciences; Psychiatric nosology; Psychiatric semiology; Research; Teaching

“The time has come” the Walrus said, “To talk of many things; of shoes and ships and sealing-wax, and cabbages and kings”

« C’est le moment » dit le vieux morse.

« Il faut parler de tout : Soulier–Bateaux–Cachets et seaux–Monarques–Salade de choux. »

Lewis Carroll, The Walrus and the Carpenter/
Le vieux morse et le menuisier, 1872

I. INTRODUCTION

L’enseignement de la psychiatrie est tiraillé entre deux extrêmes pédagogiques. D’un côté, l’enseignant est amené à présenter la richesse historique et théorique de sa discipline qui en fait une des branches de la médecine les plus captivantes [28,29]. D’un autre côté, l’enseignant doit aider l’étudiant à organiser sa mémoire sémantique (i.e. « système de généralisation de l’information par lequel l’individu stocke sa connaissance du monde ») en utilisant un vocabulaire consensuel, cohérent et harmonisé dans l’ensemble de son enseignement [44]. En effet, en l’absence d’un tel travail d’harmonisation sémantique, l’étudiant pourrait avoir une impression d’accumulation de termes tous plus hermétiques les uns que les autres comme dans le poème de Lewis Carroll, « Soulier–Bateaux–Cachets et seaux–Monarques–Salade de choux ». Une organisation des termes s’impose donc tant d’un point de vue sémiologique (i.e. « étude des signes et des symptômes » [30]) que nosographique (i.e. « distribution méthodique dans laquelle les maladies sont groupées par classes » [11,30]).

« Cabbages and Kings », « Monarques et Salades de choux » était le titre d’un éditorial et d’un ensemble de réponses associées [5,16,55], concernant le travail de classification de la sémiologie des crises épileptiques réalisé par l’*International League Against Epilepsy* (ILAE). Il soulignait ainsi la nécessité d’une organisation sémiologique en épileptologie. Au sein de l’ILAE, d’intenses discussions d’organisation et de classification concernant en effet les aspects à la fois sémiologiques des crises épileptiques [31] et les aspects nosographiques des épilepsies [17] ont rassemblé des experts de la discipline [6]. Ces discussions ont soulevé des questions tant épistémologiques (« qu’est-ce qu’une bonne classification ? »), neurophysiologiques (« sur quoi baser une bonne classification ? ») que cliniques (« à quoi doit servir une classification ? »). En psychiatrie, les discussions portant sur les classifications

semblent s’être focalisées principalement sur les aspects nosographiques [8,12,23,40–43]. Les aspects sémiologiques semblent étonnamment laissés de côté. Pourtant la sémiologie est la première étape de l’enseignement d’une discipline médicale, puisque l’étudiant doit apprendre à repérer les signes (observation clinique objective) et les symptômes (expériences subjectives décrites par le patient) des maladies [30]. Il reste donc important de pouvoir présenter aux étudiants une organisation pertinente des termes sémiologiques.

L’objectif de l’Association nationale pour l’Enseignement de la Sémiologie Psychiatrique (AESP) a été de fédérer sur le plan national des psychiatres exerçant des activités d’enseignement de la sémiologie psychiatrique afin de proposer du matériel pédagogique harmonisé et de favoriser l’enseignement de la sémiologie et de la nosographie psychiatrique. Plusieurs travaux de conceptualisation et de consensus ont été effectués et proposés en libre accès sur www.asso-aesp.fr, dont un travail réalisé en partenariat avec le CNUP (Collège National des Universitaires de Psychiatrie) et ayant abouti à la publication du référentiel de psychiatrie pour la préparation de l’Examen National Classant (ECN) [1]. Dans cet ouvrage, mais aussi dans chaque contenu, une attention particulière a été portée sur la cohérence et l’harmonisation des termes sémiologiques et nosographiques [33]. Le référentiel de psychiatrie, destiné aux étudiants préparant l’ECN (4^e, 5^e, 6^e années de médecine) [1], se devait de se coupler avec un document de sémiologie psychiatrique pour les étudiants de 2^e et 3^e année. Ce document permettrait ainsi une première approche des troubles mentaux, préparant l’enseignement pour les années suivantes.

Dans ce contexte, nous proposons ici d’aborder la richesse clinique que représente la sémiologie psychiatrique d’une manière minimale. Cet article a pour objectif d’aider l’étudiant en médecine à utiliser des termes sémiologiques précis et organisés de manière cohérente. La sémiologie minimale présentée dans cet article est le complément nécessaire à la nosographie minimale présentée dans un article précédent [33]. La sémiologie psychiatrique sera présentée en deux grandes parties. Dans la première partie, dite *analytique*, sera proposée une organisation des signes et symptômes psychiatriques fondée dans la mesure du possible sur les données actuelles des neurosciences et les consensus internationaux [18,27]. Une synthèse des différents termes sémiologiques que l’étudiant en médecine nous semble devoir connaître sera proposée sous la forme d’un tableau récapitulatif. Dans la

seconde partie, dite *syndromique*, seront étudiés un à un les syndromes élémentaires que la sémiologie psychiatrique permet d'identifier sans préfigurer de leur étiologie psychiatrique ou non psychiatrique. Le raisonnement médical qui s'applique en psychiatrie sera alors rappelé sous la forme d'une fiche synthétique.

2. SÉMIOLOGIE PSYCHIATRIQUE ANALYTIQUE

2.1. Le jardinier et le botaniste : deux logiques d'organisation

Contrairement à la sémiologie neurologique [10] qui propose une sémiologie analytique et topographique fondée sur une connaissance de la neuro-anatomie et une physiopathologie principalement d'ordre lésionnelle [53], la sémiologie psychiatrique semble présenter des fondements plus hétérogènes, à la fois historiques et théoriques. Cette hétérogénéité apparente impose de questionner la méthode pour organiser des termes sémiologiques. John Hughlings Jackson (1835–1911), neurologue qui inspira les travaux de Henri Ey et sa théorie de l'organodynamisme [13], a comparé la problématique du médecin face à l'organisation de la sémiologie à celle de l'organisation des plantes par le jardinier ou le botaniste. Le botaniste, tel un scientifique, a besoin d'une taxinomie (i.e. « ensemble des principes et des règles gouvernant la classification des êtres vivants » [30]) ; le jardinier a besoin d'un outil d'organisation pratique, qu'il puisse utiliser au quotidien [25].

« Il existe deux manières d'explorer les maladies correspondant à deux types d'organisation : empirique et scientifique. La première est illustrée par la manière dont un jardinier classe les plantes, la deuxième par la manière dont un botaniste les classe. Au sens strict du terme la première, par le jardinier, est simplement un *arrangement*. Il s'arrange, par exemple, pour classer les plantes en "plantes comestibles" et "plantes d'ornement". Dans la classe "plantes d'ornement" seront retrouvés les arbres, arbustes et fleurs. Il s'agit d'une utilisation directe des connaissances dirigée vers un but, que l'on pourrait également appeler « utilisation pratique du savoir ». L'autre type d'organisation (qui à proprement parler est la seule à pouvoir être appelée *classification*) a pour objectif une meilleure organisation des connaissances pour elle-même, permettant ainsi de découvrir des relations entre des observations. Il s'agit d'un guide méthodologique permettant de poursuivre les investigations scientifiques. L'utilité de cette approche scientifique est grande mais indirecte » [25].

Cette double logique d'organisation, du jardinier qui *arrange* et du botaniste qui *classe* (et crée une taxinomie), se retrouve en psychiatrie (Fig. 1). Il est ainsi possible d'expliquer cette distinction aisément à l'étudiant en médecine, afin qu'il comprenne les fondements de l'organisation de la nosographie [33] et de la sémiologie psychiatrique.

La logique du jardinier pourrait se rapporter à la nosographie telle que proposée par la *Classification Internationale des Maladies* [37], le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* dans sa version IV révisée et traduite en français (ou DSM-IV-TR) [3,14], mais également dans son

évolution dans sa version 5 (ou DSM-5) [4,12,23]. La définition des troubles mentaux en psychiatrie s'inscrit en effet dans une démarche épidémiologique pragmatique qui consiste à définir les troubles suivants [21,33] :

- leurs similitudes sémiologiques ;
- leur évolution ou pronostic ;
- leurs cibles thérapeutiques.

Cette logique de jardinier en médecine donne une place centrale au pronostic et à la capacité à prédire l'issue avec ou sans traitement : « *diagnosis is prognosis* » [20]. Cette logique est également sous-tendue par un impératif de fidélité inter-juge [26], qui consiste à s'arranger pour qu'un même diagnostic posé par deux médecins ne diffère pas devant une même situation clinique [12].

La logique du botaniste est celle en œuvre dans le projet des *Research Domain Criteria* (RDoC) : « Critères pour des domaines de recherche » [24] ou encore dans les approches transdiagnostiques des symptômes et signes psychiatriques [9]. La définition des symptômes et signes psychiatriques s'inscrit alors dans une démarche neuroscientifique qui consiste à définir les troubles suivant :

- leurs mécanismes neurobiologiques, le plus souvent selon une approche fonctionnelle plus que lésionnelle ;
- des grands domaines correspondant à certains circuits neuronaux spécifiques, selon la perspective « *common symptom, common circuit* » [9] ;
- une analyse stratifiée depuis l'analyse moléculaire et génétique jusqu'à l'analyse comportementale et subjective.

Les grands domaines définis sont :

- le système d'éveil (« *arousal* »), le sommeil et le cycle circadien, qui correspondent aux circuits neuronaux, avec en particulier la formation réticulée [36], impliquée dans la régulation de la balance énergétique et du sommeil ;
- le système cognitif, qui correspond aux circuits neuronaux, en particulier corticaux-corticaux, avec les cortex frontal, cingulaire dorsal et pariétal dorsal [9], impliqués dans les grandes fonctions cognitives (attention, mémoire, perceptions, langage, fonctions exécutives) ;
- le système de valence positive et négative, qui correspond aux circuits neuronaux, en particulier corticaux-sous-corticaux avec l'amygdale, le striatum, le cortex préfrontal médial et latéral [9], impliqués dans la réponse aux stimuli motivationnels (positif) et dans la réponse aux stimuli aversifs/stressants (négatifs) ;
- le système des processus sociaux, qui correspond aux circuits neuronaux, impliquant notamment le réseau neuronal par défaut avec la jonction temporo-pariétale, le cortex cingulaire postérieur et le cortex préfrontal ventro-médial [9], impliqués dans les réponses aux stimuli inter-personnels.

Les strates d'analyses sont séparées en différents niveaux :

- génétique ;
- moléculaire ;
- cellulaire ;
- des circuits neuronaux ;
- physiologique ;
- comportemental ;
- subjectif.

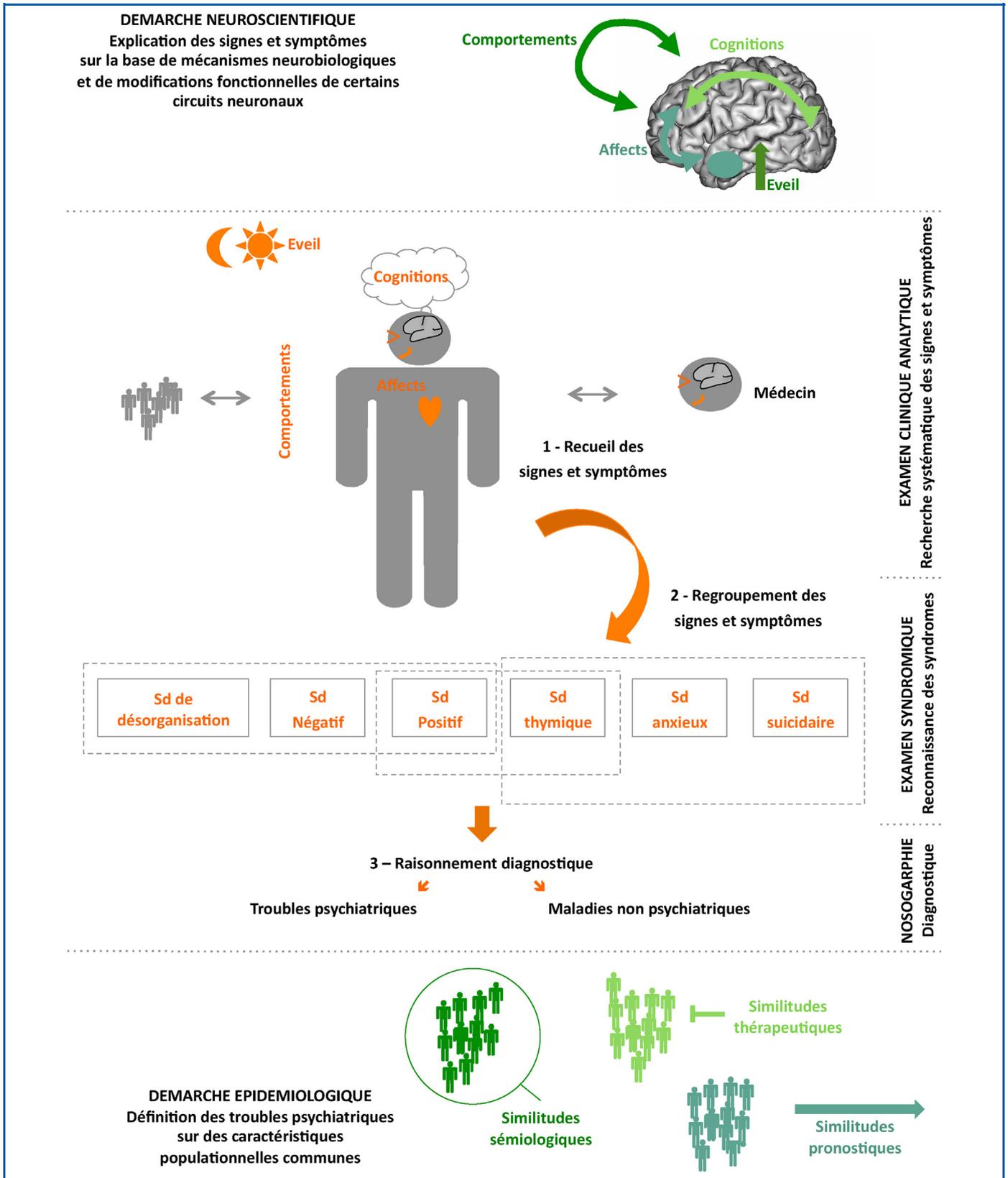


Fig. 1. Raisonnement médical en psychiatrie. Ce raisonnement se situe à l'interface entre deux démarches : neuroscientifique et épidémiologique. La première permet d'avoir une compréhension physiopathologique des signes et symptômes psychiatriques. La seconde permet de définir des maladies utiles pour la prise de décision médicale. À noter que le recueil systématique des signes et symptômes psychiatriques est associé à une nécessaire posture compréhensive du vécu d'autrui [19-47].

Cette logique de botaniste à l'œuvre dans le projet des RDoC a été créée avec la volonté d'augmenter la validité scientifique des diagnostics psychiatriques [12], en attribuant un fondement neurobiologique unique à chaque trouble psychiatrique diagnostiqué et de réaliser ainsi une classification à proprement parler « taxinomique » [26,55]. Cependant, les discussions nombreuses sur la validité et la précision scientifique des entités diagnostiques en psychiatrie [8,12,23,40-43] ne doivent pas faire sous-estimer la pertinence et l'utilité clinique des approches épidémiologiques pragmatiques pour définir une maladie [20,26,33].

Ainsi, l'approche du DSM (épidémiologique, permettant des arrangements nosographiques) et l'approche des RDoC (neuroscientifique, permettant une classification des signes et symptômes) peuvent bénéficier de manière complémentaire à la réflexion médicale psychiatrique qui se situe d'une certaine manière à l'interface (Fig. 1). Le botaniste peut aider le jardinier et inversement [5].

2.2. Connaissances sémiologiques minimales

Dans le Tableau 1, nous avons regroupé l'ensemble des termes sémiologiques afin d'aider l'étudiant en médecine à les mémoriser d'une manière organisée. La connaissance précise de ces termes sera nécessaire pour qu'il puisse aborder ensuite la nosographie psychiatrique [33] et la préparation de l'ECN sur le référentiel [1].

Ces termes ont été organisés de manière analytique suivant les grands domaines proposés par les RDoC. Une strate d'analyse supplémentaire a été rajoutée aux RDoC : la strate sémiologique. Cette logique permet d'expliquer à l'étudiant en médecine que si pour chaque trouble mental, une étiopathogénie unique est difficile à définir, pour chaque symptôme ou signe clinique une compréhension de plus en plus fine et valide des circuits neuronaux et de la physiopathologie impliqués est possible. C'est, par exemple, le cas des altérations du sommeil [19], des hallucinations [2] et d'autres symptômes ou signes psychiatriques que l'on retrouve dans les troubles psychiatriques définis suivant le DSM [3] ou la CIM [37].

3. SÉMIOLOGIE PSYCHIATRIQUE SYNDROMIQUE

3.1. Six syndromes psychiatriques

Le regroupement des signes et symptômes en syndrome est une démarche essentielle dans le raisonnement clinique diagnostique [54]. Un syndrome se définit par un « ensemble de symptômes et signes cliniques et de modifications pathologiques, toujours associés, dont les causes ou les mécanismes peuvent être différents et qui permettent d'individualiser une affection » [30].

Les étapes habituelles pour porter un diagnostic en médecine suivent un raisonnement déductif, où la place du syndrome est centrale (Fig. 1) :

- la première étape consiste en un repérage de symptômes (ce dont se plaignent les malades) et de signes cliniques (ce que recueillent les médecins lors de l'examen clinique) ;
- la deuxième étape consiste à regrouper les différents symptômes retrouvés afin de constituer des catégories cohérentes, amenant le médecin à mettre en évidence un syndrome ;
- la troisième étape consiste à confronter le syndrome au contexte clinique et aux résultats des examens para-cliniques, afin de porter un diagnostic dans le cadre d'une nosographie établie et sur la base d'une cause étiopathogénique.

Ainsi, un syndrome peut avoir différentes étiologies. Bien qu'il n'existe pas de consensus dans ce domaine, il est proposé à visée pédagogique d'organiser la sémiologie psychiatrique (chez l'adulte) autour de six grands syndromes (Fig. 1) :

- un syndrome de désorganisation avec la présence de symptômes et signes cognitifs, émotionnels et comportementaux [1,33] ;
- un syndrome positif, avec la présence d'idées délirantes et/ou d'hallucinations [1,33] ;
- un syndrome négatif, avec la présence de symptômes et signes cognitifs, émotionnels et comportementaux [1,33] ;
- un syndrome thymique avec la présence de symptômes et signes psychoaffectifs, psychomoteurs et instinctuels, qui peut être de type dépressif, maniaque ou mixte [1,33] ;
- un syndrome anxieux avec des symptômes (subjectifs), des signes (objectifs) et/ou des signes de dissociation [1,33] ;
- un syndrome suicidaire avec la présence de symptômes et signes cognitifs, émotionnels et comportementaux [1,33].

Comme il est décrit dans le référentiel de préparation à l'ECN [1], chaque syndrome peut être :

- d'étiologie psychiatrique (« épisode » dans le cadre d'un recueil de symptômes et signes actuels, et « trouble » dans le cadre d'un recueil longitudinal sur la vie entière) ;
- d'étiologie non psychiatrique (par exemple neurologique, endocrinien, toxique, etc.).

Dans le cadre d'une étiologie psychiatrique, un syndrome ne préjuge pas du trouble psychiatrique. Ainsi, un syndrome positif ou un syndrome anxieux peut se retrouver dans le cadre d'une étiologie de type trouble bipolaire avec épisode maniaque et pas uniquement dans le cadre d'un trouble psychotique ou d'un trouble anxieux.

3.2. La confusion dans l'utilisation de la notion de syndrome en psychiatrie

En dehors de l'absence de consensus clair et international sur la définition des syndromes en psychiatrie, mais qui n'est en définitive pas spécifique de cette discipline [5], deux éléments supplémentaires semblent entraîner la confusion par rapport à la notion de syndrome en psychiatrie. Ces éléments sont importants à prendre en compte car ils nous semblent détourner l'étudiant d'un raisonnement médical rigoureux et nécessaire en psychiatrie.

Tableau I

Proposition d'un recueil minimal et d'une organisation des termes de sémiologie psychiatrique pour l'étudiant en médecine.

Domaines d'analyse sémiologique	Sous-domaines	Signes ou symptômes
Éveil	Sommeil	Quantité Qualité
	Éveil	Hypoéveil Hyperéveil
Cognition	Attention	Diminuée
	Mémoire	Augmentée À long terme À court terme
	Perception	Cinq sens
	Langage/pensée	Perte intimité psychique Dissociation Contenu
		<p>Insomnie (avec ou sans fatigue), hypersomnie Cauchemar Baisse de vigilance < confusion < obnubilation Hyperéveil anxieux Hypoprosexie (difficulté de concentration) Distractibilité par distracteur interne (pensée) ou externe (stimuli) Hyperprosexie (polarisation attentionnelle excessive sur un stimulus) Altération mémoire épisodique : amnésie, paramnésie (illusion de mémoire) Oubli, erreur, perte Hallucinations psychosensorielles : visuelles, auditives, acoustico verbales (± attitudes d'écoute, soliloque), olfactives, gustatives, tactiles, cénesthésiques Hypersensibilité (hyperesthésie sensorielle)/hyposensibilité (hypoesthésie sensorielle) Hallucinations intrapsychiques (dévidement de pensée, diffusion de pensée, vol de pensée, écho de pensée, commentaires de pensée, commentaires d'acte, acte imposé) Déréalisation (expérience d'étrangeté de la perception du monde) Dépersonnalisation (expérience d'étrangeté de la perception de soi) Idee délirante (thème, mécanisme, adhésion, systématisation, participation émotionnelle et comportementale) Idées anxieuses, l'origine perçue de la peur vient : d'un évènement stressant : remémoration de soi : idées liées à la crainte de faire une attaque de panique, idées obsessionnelles (pensées intrusives récurrentes reconnues comme inappropriées par le sujet source d'anxiété), à thème de contamination, pensées interdites, symétrie, accumulation de l'extérieur : non liées à une situation particulière (soucis/inquiétude excessive), liées à une situation particulière (idée anxieuse spécifique provoquée par un objet/une situation particulière, idée anxieuse sociale en situation de performance, d'interaction, d'observation ou d'affirmation de soi en lien avec le jugement d'autrui) Idées liées à l'humeur : si humeur dépressive : pensées dépressives sur soi/le monde (culpabilité, honte, regret, autodépréciation), ruminations dépressives ou anxieuses, péjoration de l'avenir, sentiment d'échec, idées morbides, idées suicidaires si humeur expansive : pensées positives sur soi/sur le monde (idées de grandeur, optimisme démesuré) Augmenté : pensée : tachypsychie, fuite des idées, relâchement des associations (coq-à-l'âne), associations par assonance langage : logorrhée, volubilité, débit accéléré, verbigerations, palilalie (répétition de sons), écholalie Diminué : pensée : bradypsychie, monidéisme, anidéisme langage : réponses laconiques, pauvreté du discours, mutisme, alogie (mutisme consécutif à un anidéisme), débit lent, latence de réponse, discours non spontané Altéré : discontinuité (barrage, fading), pensée et discours incohérents ou peu compréhensibles du fait d'un discours : digressif (qui digresse sans logique apparente), tangentiel (discours juste à côté), circonlocutoire (qui tourne en rond), allusif (discours métaphorique), vague, sans idée directrice Au niveau phonétique : timbre altéré (dysprosodie), voix monocorde, volume diminué ou augmenté, prononciation modifiée Au niveau lexicosémantique : néologisme (invention de mots), paralogisme (utilisation de mots à côté de leur signification) Au niveau syntaxique : agrammatisme Pragmatique du langage : langage non verbale altéré → Schizophasie (nouveau langage) Aboulie (manque d'initiative de l'action malgré l'idée de l'acte), apragmatisme (incapacité à avoir l'idée d'une action), indécision, difficulté d'organisation</p>
		Cours (dynamique)
		Forme
		Planification
	Fonctions exécutives	

Tableau I (Suite)

Domaines d'analyse sémiologique	Sous-domaines	Signes ou symptômes
Affect	Inhibition	Des fonctions instinctuelles : hyposexualité/hypersexualité, baisse libido/libido exacerbée, anorexie/hyperphagie
		Impulsivité (acte non mentalisé), raptus (impulsion très brusque)
	Jugement	Facilité/diminué (carence de jugement)
		Altéré : pensée illogique, paralogique, pseudologique, fausseté du jugement, interprétation erronée
	Cognition sociale	Reconnaissance des émotions
		Difficulté dans la reconnaissance des émotions sur le visage d'autrui
	Émotion (réponse émotionnelle à un stimulus)	Théorie de l'esprit Type
		Difficulté à attribuer à autrui des pensées et comportements différents des siens
	Humeur (tonalité émotionnelle globale et durable qui colore la perception)	Intensité
		Positif : joie, euphorie Négatif : tristesse, peur, dégoût, colère Inadapté : réaction émotive inappropriée, paradoxale, imprévisible, ambivalente
Anxiété	Augmentée	
	Augmenté : hyperesthésie affective/hyperréactivité émotionnelle, tension interne Diminué : hypoesthésie affective, anesthésie affective, affects abrasés/restreints Hyperthymie , euphorie, humeur expansive (exaltation thymique), Hypersyntonie (hypersensibilité au contexte), humeur labile (versatile)	
Comportement	Normal Symptôme subjectif	Hypothymie douloureuse , humeur dépressive, athymie (indifférence thymique)
		Euthymie
	Signes physiques neurovégétatif	Sentiment d'anxiété, anxiété anticipatoire
		Signes sympathiques (palpitations, éréthisme cardiaque, tachycardie, tachypnée, douleur/gêne thoracique, sensation d'étranglement/d'étouffement/de souffle coupé, nausée/gêne abdominale, constipation, vertige instabilité, sentiment d'évanouissement/tête vide, paresthésies, tremblements, tension/secousses musculaires, frissons, hypersudation, bouffées de chaleur)
	Motivation	Hyperréactivité neurovégétative
		Douleur physique
	Présentation intersubjective	Avolition (manque de motivation pour réaliser un acte), désintérêt
		Craving (envie extrême d'un comportement)
	Apparence	Anhédonie (perte de capacité à éprouver du plaisir), hyperhédonie
		Tolérance, sevrage
Mimique	Incurie, clinophilie	
	Allure extravagante, bizarre	
Activité psychomotrice	Diminuée : hypomimie, amimie	
	Augmentée : hypermimie	
Interactions	Dysmimie : paramimie (mimique discordante), échomimie (mimique d'emprunt), rire immotivé/non adapté	
	Diminuée : bradykinésie , inertie, stupeur (absence de toute activité), catalepsie (absence initiation motrice), posture catatonique, négativisme (opposition à toute sollicitation)	
Évitements	Augmentée : instabilité/agitation motrice, hyperkinésie/hyperréactivité improductrice, tasykinésie (besoins impérieux de déambuler), impatience	
	Altérée : maniérisme, préciosité, attitudes empruntées, parakinésies, stéréotypies, échopraxie/échokinésie, persévérations motrices	
Compulsions	Diminuées : repli	
	Augmentées : familiarité, ludisme, causticité, irritabilité, agressivité	
Conduites	Comportements de sécurité utilisés afin de pouvoir affronter une situation anxiogène	
	Évitements en lien avec une situation anxiogène	
Macroévitements	Répétitif avec rituel ou sans caractère magique	
	Vérification, lavage, conjuration	
Retrait/repli social	À risque : conduites de provocation, d'hostilité, d'agression d'autrui, de destruction, vol, de violation des règles établis, d'atteinte au mœurs	
	Bizarre : actes insolites, étranges, hermétiques, imprévisibles, immotivés, errance, voyage pathologique	
Suicidaire	Suicidaire : recherche de moyens létaux	

3.2.1. Trouble et syndrome

L'étudiant en médecine doit bien comprendre la différence entre un syndrome et un trouble. Pour définir un trouble mental, il faut :

- des critères sémiologiques spécifiques, avec des symptômes (subjectifs) et des signes (objectifs) qui seront le plus souvent à organiser en syndrome ;
- des critères d'évolution temporelle, c'est-à-dire une rupture par rapport à l'état antérieur avec une durée de persistance des symptômes et signes cliniques ;
- des critères fonctionnels avec une répercussion psychologique (avec souffrance psychique et/ou altération de la qualité de vie) et/ou une répercussion sociale (avec la notion de handicap).

Enfin, le diagnostic d'un trouble mental ne se pose définitivement qu'après avoir éliminé un diagnostic différentiel : psychiatrique (autre trouble mental expliquant mieux la sémiologie recueillie), ou non psychiatrique. Il n'existe pas, à ce jour, d'examen paraclinique pour confirmer le diagnostic de trouble mental. En revanche, l'élimination d'un diagnostic différentiel non psychiatrique peut nécessiter des examens paracliniques.

Ainsi, un syndrome psychiatrique est différent d'un trouble psychiatrique qui implique pour être posé des critères supplémentaires. Un syndrome thymique de type dépressif peut être expliqué par un trouble dépressif persistant ou récurrent, à condition que les critères supplémentaires d'évolution temporelle, de répercussion fonctionnelle et d'absence de diagnostic différentiel soient regroupés [1,3]. Mais un syndrome dépressif peut être expliqué par une maladie non psychiatrique (par exemple, une hypothyroïdie auto-immune) et, dans ce cas, le terme de trouble dépressif persistant est à éviter et le terme de syndrome thymique de type dépressif « secondaire » à cette maladie non psychiatrique est à préférer par souci de cohérence sémiologique et nosographique.

3.2.2. Approche intuitive et approche analytique

Il s'agit pour l'étudiant en médecine de ne pas se laisser emporter trop rapidement par une intuition clinique allant directement au diagnostic de trouble psychiatrique sans passer par le raisonnement médical analytique et déductif [45]. L'ensemble du raisonnement médical avec l'évaluation des différentes hypothèses diagnostiques face à un syndrome est à conserver en psychiatrie. Cette dichotomie entre une approche intuitive et une approche analytique est caractéristique pourtant de dichotomies traversant l'histoire et les théories psychiatriques : biologique/psychologique, cerveau/esprit, psychotrope/psychothérapie, diagnostic/patient, théorie/instanciation, général/individuel, technique/raison pratique [39]. Ces dichotomies ont donc structuré également l'approche sémiologique en psychiatrie qui se séparerait entre deux approches [7] :

- une approche inductive et intuitive, non spécifique à la psychiatrie [45], mais particulièrement présente dans la sémiologie des troubles psychiatriques du fait de leur caractère principalement subjectif [35,38,51] ;

- une approche déductive et analytique, correspondant aux approches reposant sur un entretien structuré et complet tel que le MINI [50] ou la SCID dans une version plus complète [15].

L'approche inductive et intuitive a pu être conceptualisée de différentes manières [7]. Ainsi, Rumke a théorisé le concept de « *Praecox Gefühl* » afin de décrire le sentiment qui s'établit chez le clinicien lors du diagnostic de trouble schizophrénique [47]. Ce sentiment devait dépasser la simple description sémiologique analytique pour décrire un sentiment plus global lié au vécu schizophrénique. « Précoce » renvoie non pas au sentiment obtenu rapidement dès le début de l'entretien mais plutôt au sentiment obtenu avant tout raisonnement médical déductif, qu'il soit obtenu dès le début de l'entretien ou au bout de plusieurs heures d'entretien. Il correspond à une difficulté à interagir sans un certain sentiment d'étrangeté avec le sujet souffrant de schizophrénie. De même pour la schizophrénie, Minkowski distinguera le « diagnostic par raison » du « diagnostic par pénétration ». Il soulignera que « observer en spectateur impassible, comme on le fait quand on regarde une coupe au microscope, énumérer et classer les symptômes psychotiques, pour aboutir à un diagnostic soi-disant "scientifique" par raison pure, ne nous suffira point » [34]. Schwartz et Wiggins ont utilisé le concept plus général de « typification » pour décrire l'aptitude d'une manière globale et rapide à appréhender certains aspects typiques du vécu des sujets souffrant de trouble psychiatrique. Il s'agirait alors d'une appréhension perceptive plus que d'un repérage descriptif, fondée sur une typologie plutôt que sur une nosographie [35,48]. Enfin, Tellenbach a évoqué le concept « d'atmosphère » qui correspondrait à la capacité de sentir l'ambiance de la rencontre avec autrui (dépressive, joyeuse, anxieuse, étrange, etc.) [52].

Ces approches ont été étudiées dans les travaux portant sur les processus décisionnels dans le diagnostic psychiatrique, indiquant que la conclusion diagnostique se faisait bien souvent dès les premières minutes de l'entretien [7]. Cette rapidité diagnostique n'est pas spécifique de la psychiatrie et se retrouve dans le reste de la médecine sous la notion de « sens clinique ». Mais elle est d'autant plus saillante en psychiatrie qu'elle fait écho à l'aspect purement clinique de la sémiologie psychiatrique qui ne s'aborderait que par la possibilité de la rencontre avec autrui [49]. Cette rencontre avec autrui passe par une double attitude de compréhension et de recherche sémiologique [35]. Les deux approches inductive/intuitive et déductive/analytique ne sont pas opposées, comme le laisseraient entendre les dichotomies historiques latentes en psychiatrie [32]. Ainsi, l'étudiant en médecine peut comprendre que si la première étape de diagnostic par impression est bien souvent présente, elle devrait rester une posture interrogative suivie par une accumulation de preuves en lien avec une recherche sémiologique rigoureuse dans le cadre d'un raisonnement médical.

4. CONCLUSION

Le choix a été fait, dans cet article, mais également dans le référentiel pour l'ECN [1] et l'ensemble des supports pédagogiques proposés par l'AESP (www.asso-aesp.fr), de

renoncer à l'exhaustivité, ne retenant que les symptômes et signes les plus pertinents pour l'établissement du diagnostic [33]. L'objectif de cet article est avant tout pédagogique. Une vidéothèque, en cours de construction par l'AESP, accompagnera cette base sémiologique et aidera à mémoriser tous ces symptômes, signes et syndromes. Un effort particulier est et sera mené pour rendre cohérents les différents supports de contenus pédagogiques réalisés.

Nous avons proposé d'enseigner la sémiologie psychiatrique à l'interface de deux ontologies (Fig. 1) [46], c'est-à-dire à l'interface de deux ensembles terminologiques cohérents [11] : celui des neurosciences (et de la physiopathologie) et celui des nosographies psychiatriques (et de l'épidémiologie). Les enjeux historiques et théoriques qu'une telle proposition minimale soulève inévitablement n'ont été abordés que sous l'angle d'une nécessaire cohérence pédagogique permettant de favoriser un enseignement de sémiologie dans la perspective de l'enseignement de la nosographie dans le cadre du référentiel des ECN [1]. Une approche favorisant la possibilité d'un enseignement de la sémiologie psychiatrique sur le même modèle que les autres disciplines médicales a été privilégiée par rapport à l'exhaustivité, afin que l'étudiant en médecine n'ait pas l'impression que la psychiatrie est une discipline « à part ».

La spécificité de la psychiatrie, de ses conceptions théoriques et historiques, devrait plutôt être abordée lors du troisième cycle des études médicales de psychiatrie. Cette base minimale a pour objectif de permettre à l'étudiant choisissant la spécialisation en psychiatrie de développer par la suite une plus grande maîtrise de la richesse sémiologique psychiatrique de manière organisée et cohérente. Cette spécificité de la richesse sémiologique psychiatrique pourrait, par ailleurs, être enseignée avec l'objectif de définir les conditions d'une pratique de soins en psychiatrie orientée vers la prise de décision thérapeutique efficace et non sous forme uniquement d'une « épistémologie clinique » qui s'attacherait à questionner l'existence des maladies en psychiatrie orientée vers une théorie de l'homme (neurobiologique, psychanalytique, systémique, etc.) [22]. Il s'agit là d'une condition nécessaire pour un enseignement de la richesse sémiologique psychiatrique qui permettrait de respecter son ancrage médical, indispensable à l'efficacité des prises en charge individuelles ou populationnelles.

DÉCLARATION D'INTÉRÊTS

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

RÉFÉRENCES

[1] AESP-CNUP. Référentiel de psychiatrie, Psychiatrie de l'adulte, Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Addicologie. Tours: Presses Universitaires François-Rabelais; 2014.
[2] Amad A, Cachia A, Gorwood P, Pins D, Delmaire C, Rolland B, et al. The multimodal connectivity of the hippocampal complex in auditory and visual hallucinations. *Mol Psychiatry* 2014;19:184-91.

[3] American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, 4th ed. Text Revision (DSM-IV-TR). Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
[4] American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, 5th ed. Text Revision (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
[5] Berg A, Blackstone N. Of cabbages and kings: Perspectives on classification from the field of systematics. *Epilepsia* 2003;44:8-13.
[6] Berg AT, Berkovic SF, Brodie MJ, Buchhalter J, Cross JH, van Emde Boas W, et al. Revised terminology and concepts for organization of seizures and epilepsies: report of the ILAE Commission on Classification and Terminology, 2005-2009. *Epilepsia* 2010;51:676-85.
[7] Bourgeois M, Rechoulet D. Les premières minutes, premier contact et rapidité diagnostique en psychiatrie. In: Pichot P, Werner R, editors. L'approche clinique en psychiatrie. Paris: Les empêcheurs de penser en rond; 1993.
[8] Broome M. Taxonomy and ontology in psychiatry: A survey of recent literature. *Philos Psychiatr Psychol* 2006;13:303-19.
[9] Buckholtz JW, Meyer-Lindenberg A. Psychopathology and the human connectome: toward a transdiagnostic model of risk for mental illness. *Neuron* 2012;74:990-1004.
[10] CEN. Neurologie. Paris: Elsevier Masson; 2014.
[11] Ceusters W, Smith B. Foundations for a realist ontology of mental disease. *J Biomed Semantics* 2010;1:10.
[12] Crocq MA. Les principes du DSM. *Ann Med Psychol* 2014;172:653-8.
[13] Ey H, Bernard P, Brisset C. Manuel de psychiatrie. Paris: Masson; 1960.
[14] Fisher R. Editor's Introduction: Cabbages and Kings in the Classification of Seizures and the Epilepsies. *Epilepsia* 2003;44:1.
[15] First R, Gibbon M, Williams J. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders: Clinical Version (SCID-CV). Washington (DC): American Psychiatric Press; 1997.
[16] First MB, Pincus HA, Levine JB, Williams JB, Ustun B, Peele R. Clinical utility as a criterion for revising psychiatric diagnoses. *Am J Psychiatry* 2004;161:946-54.
[17] Fisher RS, van Emde Boas W, Blume W, Elger C, Genton P, Lee P, et al. Epileptic seizures and epilepsy: definitions proposed by the International League Against Epilepsy (ILAE) and the International Bureau for Epilepsy (IBE). *Epilepsia* 2005;46:470-2.
[18] Geoffroy P, Amad A, Gaillard R. Sciences et psychiatrie. *Ann Med Psychol* 2014;172:752-5.
[19] Geoffroy PA, Scott J, Boudebasse C, Lajnef M, Henry C, Leboyer M, et al. Sleep in patients with remitted bipolar disorders: a meta-analysis of actigraphy studies. *Acta Psychiatr Scand* 2015;131:89-99.
[20] Goodwin D, Guze S. Preface. *Psychiatric Diagnosis*. New York: Oxford University Press; 1974: ix-xii.
[21] Hardy-Baylé M. Le diagnostic en psychiatrie. Paris: Armand Colin; 2008.
[22] Hardy-Baylé M. Modèles théoriques en psychiatrie-Épistémologie. In: Gueff J, Rouillon F, editors. Manuel de psychiatrie. Paris: Elsevier-Masson; 2012.
[23] Haustgen T. D'Hippocrate au DSM-5 : 25 siècles de classifications psychiatriques. *Ann Med Psychol* 2014;172:615-24.
[24] Insel T, Cuthbert B, Garvey M, Heinssen R, Pine DS, Quinn K, et al. Research domain criteria (RDoC): toward a new classification framework for research on mental disorders. *Am J Psychiatry* 2010;167:748-51.
[25] Jackson J. Selected Writings. London: Holder & Stoughton; 1931.
[26] Kendell R, Jablensky A. Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. *Am J Psychiatry* 2003;160:4-12.
[27] Kendler KS. The structure of psychiatric science. *Am J Psychiatry* 2014;171:931-8.
[28] Lantéri-Laura G. Essai sur les paradigmes de la psychiatrie moderne. Paris: Éditions du temps; 1998.
[29] Lantéri-Laura G. Principales théories dans la psychiatrie contemporaine Encyclopédie Médico-Chirurgicale - Psychiatrie, Vol. 37-006-A-10. Paris: Elsevier Masson SAS; 2004.
[30] Le « Groupe du dictionnaire » de l'Académie Nationale de Médecine. Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine-version 2013. Paris, 2013.

- [31] Luders H, Acharya J, Baumgartner C, Benbadis S, Bleasel A, Burgess R, et al. Semiological seizure classification. *Epilepsia* 1998;39:1006–13.
- [32] Masson M. Imagerie cérébrale et fait psychique : la nouvelle querelle des icônes ? *Ann Med Psychol* 2015; In press.
- [33] Micoulaud Franchi JA, Quiles C. En terre étrangère. Proposition d'une cartographie minimale de la psychiatrie pour l'étudiant en médecine. *Ann Med Psychol* 2014;172:681–92.
- [34] Minkowski E. La Schizophrénie. Paris: Petite Bibliothèque Payot; 1997.
- [35] Nordgaard J, Sass LA, Parnas J. The psychiatric interview: validity, structure, and subjectivity. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2013;263:353–64.
- [36] Oken BS, Salinsky MC, Elsas SM. Vigilance, alertness, or sustained attention: physiological basis and measurement. *Clin Neurophysiol* 2006;117:1885–901.
- [37] OMS. CIM-10/ICD-10 : descriptions cliniques et directives pour le diagnostic. Paris: Masson; 1992.
- [38] Parnas J, Sass LA, Zahavi D. Rediscovering psychopathology: the epistemology and phenomenology of the psychiatric object. *Schizophr Bull* 2012;39:270–7.
- [39] Phillips J. Technology and psychiatry. In: Fulford K, Davies M, Gipps R, Graham G, Sadler J, Stanghellini G, Thornton T, editors. *The Oxford handbook of philosophy and psychiatry*. Oxford: Oxford University Press; 2015.
- [40] Phillips J, Frances A, Cerullo MA, Chardavoine J, Decker HS, First MB, et al. The six most essential questions in psychiatric diagnosis: a pluralogue part 1: conceptual and definitional issues in psychiatric diagnosis. *Philos Ethics Humanit Med* 2012;7:3.
- [41] Phillips J, Frances A, Cerullo MA, Chardavoine J, Decker HS, First MB, et al. The six most essential questions in psychiatric diagnosis: a pluralogue part 2: issues of conservatism and pragmatism in psychiatric diagnosis. *Philos Ethics Humanit Med* 2012;7:8.
- [42] Phillips J, Frances A, Cerullo MA, Chardavoine J, Decker HS, First MB, et al. The six most essential questions in psychiatric diagnosis: a pluralogue part 3: issues of utility and alternative approaches in psychiatric diagnosis. *Philos Ethics Humanit Med* 2012;7:9.
- [43] Phillips J, Frances A, Cerullo MA, Chardavoine J, Decker HS, First MB, et al. The six most essential questions in psychiatric diagnosis: a pluralogue. Part 4: general conclusion. *Philos Ethics Humanit Med* 2012;7:14.
- [44] Quinton A. Introduction à la psychologie cognitive (ou d'apprentissage) et aux techniques d'enseignement qui s'en inspirent. *DU Pédagogie des Sciences de la Santé, Université de Bordeaux* 2014; http://www.crame.u-bordeaux2.fr/pdf/memoires/DU_Pedagogie_Intro_Psycho_cognitive_Applications_juillet%202014.pdf.
- [45] Quinton A. L'enseignement du raisonnement clinique. *DU Pédagogie des Sciences de la Santé, Université de Bordeaux* 2014; <http://www.crame.u-bordeaux2.fr/pdf/enseignementraisonnementclinique.pdf>.
- [46] Richard M, Aimé X, Krebs M, Charlet J. Au-delà du DSM : les ontologies comme aide aux classifications descriptives psychiatriques ? Actes de la 2^e édition du Symposium sur l'Ingénierie de l'Information Médicale (SIIM'2013) 2013; Plateforme AFIA'2013 (Lille).
- [47] Rümke H. La différenciation clinique à l'intérieur du groupe des schizophrénies. *Evol Psychiatr* 1958;23:525–38.
- [48] Schwartz MA, Wiggins OP. Typifications. The first step for clinical diagnosis in psychiatry. *J Nerv Ment Dis* 1987;175:65–77.
- [49] Shea S. Conduite de l'entretien psychiatrique. L'art de la compréhension. Paris: Elsevier; 2005.
- [50] Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998;59(Suppl. 20):22–33 [quiz 34–57].
- [51] Stanghellini G. The grammar of the psychiatric interview. A plea for the second-person mode of understanding. *Psychopathology* 2007;40:69–74.
- [52] Tellenbach H. Goût et atmosphère. Paris: PUF; 1985.
- [53] Vion-Dury J, Cermolacce M, Azorin J-M, Pringuey D, Naudin J. Neurosciences et phénoménologie - I : dans le bocal à mouches et -II : sortir du bocal à mouches. *Ann Med Psychol* 2011;169:35–41.
- [54] Wing JK, Cooper JE, Sartorius N. Guide pour un examen psychiatrique. Liège: Mardaga; 1995.
- [55] Wolf P. Of Cabbages and Kings: Some Considerations on Classifications, Diagnostic Schemes, Semiology, and Concepts. *Epilepsia* 2003;44:1–4.

Annales Médico-Psychologiques xxx (2014) xxx–xxx

DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU

En terre étrangère. Proposition d'une cartographie minimale de la psychiatrie pour l'étudiant en médecine

Stranger in a strange land. A proposition of a minimal cartography of psychiatry for the medical student

Jean-Arthur Micoulaud-Franchi ^{a,*}, Clélia Quilès ^{c,d}

^a Unité de neurophysiologie, psychophysiologie et neurophénoménologie (UNPN), Solaris, pôle de psychiatrie universitaire, hôpital Sainte-Marguerite, 270, boulevard de Sainte-Marguerite, 13009 Marseille, France

^b Laboratoire de neurosciences cognitives (LNC), UMR CNRS 7291, 31 Aix-Marseille université, site Saint-Charles, 3, place Victor-Hugo, 13331 Marseille cedex 3, France

^c Pôle universitaire de psychiatrie adulte, centre hospitalier Charles-Perrens, 121, rue de la Béchade, 33076 Bordeaux cedex, France

^d Université Bordeaux Ségalen, 146, rue Léo-Saignat, 33076 Bordeaux cedex, France

Résumé

L'étudiant en médecine, apprenant la sémiologie et la nosographie psychiatrique, se retrouve parfois dans la position d'« un émigré en terre étrangère ». L'utilisation hétérogène des références dans la description sémiologique des troubles et des classifications nosographiques s'avère en effet problématique d'un point de vue pédagogique car elle peut porter à confusion pour l'étudiant. Cet article propose une nosographie minimale de la psychiatrie adulte destinée à l'étudiant en médecine. La démarche diagnostique nosologique en psychiatrie sera présentée pour ensuite être adaptée aux principaux troubles psychiatriques de l'adulte. Des fiches synthétiques sous forme d'arbres d'aide à la décision seront proposées.

© 2014 Publié par Elsevier Masson SAS.

Abstract

When a medical student is learning psychiatric semiology and nosology, he is sometimes like a *stranger in a strange land*. Heterogeneous use of references in the symptomatic description of the disorder and in the nosographic classifications is problematic from a pedagogical point of view because it can be confusing for the student. This article proposes a minimal nosography of mental disorders in adults for a medical student. Nosological diagnostic approach in psychiatry will be presented to then be adapted to the principal mental disorders in adults. Synthetic support cards with decision trees will be proposed.

© 2014 Published by Elsevier Masson SAS.

Mots clés : Enseignement ; Étudiant ; Médecine ; Nosologie ; Psychiatrie ; Sémiologie

Keywords: Medicine; Nosology; Psychiatry; Semiology; Student; Teaching

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : arthur.micoulaud@gmail.com (J.-A. Micoulaud-Franchi).

Elle lui enfanta un fils qu'il appela Guerchôm car, dit-il, je suis un émigré en terre étrangère.

(Exode 2:22)

And she bare him a son, and he called his name Gershom: For he said, I have been a stranger in a strange land.

(Exodus 2:22)

I. INTRODUCTION

L'étudiant en médecine découvrant un polycopié de préparation à l'Examen Classant National (ECN) en psychiatrie reste le plus souvent interloqué et se retrouve d'une certaine façon dans la position d'« un émigré en terre étrangère ». Le repérage sémiologique et nosographique lui reste énigmatique et bien souvent la psychiatrie est considérée comme une discipline difficile à réviser pour les ECN. Comme le soulignent Hardy-Baylé et al. [8], la raison principale est la coexistence dans la plupart de ces polycopiés de fragments de la clinique traditionnelle (historique) et de données plus récentes issues de la clinique nouvelle (correspondant à la littérature scientifique internationale) [9].

La psychiatrie présente une histoire théorique et pratique qui ressurgit inévitablement dans l'enseignement de cette discipline. Si cette richesse théorique et pratique est responsable en partie de l'attrance que peut susciter cette discipline [13,14], elle est également responsable de l'inquiétude des étudiants révisant leurs ECN qui, ne connaissant pas ces aspects historiques, ne parviennent ni à comprendre des concepts similaires parfois décrits avec des vocabulaires différents, ni à synthétiser leurs connaissances. L'utilisation hétérogène des références dans la description sémiologique des troubles et des classifications nosographiques s'avère, d'un point de vue pédagogique, problématique car elle peut porter à confusion. Ainsi, le terme *dissociation* est retrouvé dans les troubles schizophréniques et dans les troubles dissociatifs. Les systèmes nosographiques actuels, en particulier le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* dans sa version IV révisée et traduite en français (ou DSM-IV-TR) présentent l'avantage de fournir un cadre nosologique cohérent et simple, fondé sur un regroupement de signes et de symptômes cliniques [1]. Malgré l'évolution de ce système nosographique, avec la traduction en cours du DSM dans sa version 5 (ou DSM-5) [2], l'étudiant en médecine peut se fonder sur ce cadre nosographique, à condition qu'il comprenne :

- les principes de cette classification nosographique ;
- l'organisation sémiologique syndromique qui sous-tend la liste de critères (qui ne peuvent pas être mémorisés en tant que tels) ;
- le chemin décisionnel pour aboutir à un diagnostic de trouble mental spécifique.

L'étudiant doit comprendre que certaines constellations spécifiques de signes et symptômes permettent dans certaines circonstances de poser des diagnostics de troubles mentaux. Cette approche purement sémiologique et nosographique, qui

nous semble la plus compréhensible lors de la révision des ECN, court le risque de rendre incompréhensibles les aspects phénoménologiques du vécu des patients souffrant de troubles mentaux. C'est le cas de certains livres respectant scrupuleusement le DSM-IV-TR [10]. Cependant, les aspects phénoménologiques soulèvent également des questions pédagogiques spécifiques [20]. L'étudiant sera donc confronté, pendant son stage en unité de psychiatrie, à la distinction qui peut être faite entre nosologie et typologie [23]. La démarche nosologique, inférentielle et analytique, permet la formulation d'énoncés clairs présentant une bonne fidélité inter-juge. C'est la démarche qui semble la plus adaptée pour l'ECN. La démarche typologique, par appréhension de forme, est plus approximative, mais permet une certaine validité de la perception du vécu du patient. C'est la démarche qui semble en jeu au cours d'un entretien clinique qui doit être guidé certes par la démarche diagnostique mais également par la nécessité de la compréhension d'autrui [24]. Ces deux démarches ne sont pas exclusives l'une de l'autre et la nécessité de la compréhension d'autrui ne doit pas être un argument pour un enseignement compliqué de la nosographie psychiatrique [16].

Dans cet article, nous proposons une nosographie minimale de la psychiatrie adulte destinée à l'étudiant en médecine. La démarche diagnostique nosologique en psychiatrie sera présentée pour ensuite être adaptée aux principaux troubles psychiatriques de l'adulte. Des fiches synthétiques sous forme d'arbres d'aide à la décision seront proposées.

2. DE LA SÉMIOLOGIE AU TROUBLE MENTAL

2.1. Les domaines de l'examen clinique psychiatrique

Le premier souci sémantique de l'étudiant en médecine concerne l'organisation de la sémiologie psychiatrique. L'analyse sémiologique en psychiatrie consiste en différents « domaines » qui sont parfois appelés « troubles » dans les polycopiés de sémiologie. Il semble préférable d'utiliser le terme d'« altération » ou de « modification » plutôt que de « trouble ». Le terme de « trouble » est alors réservé au diagnostic de « maladie » ou « pathologie » en psychiatrie. Par exemple, un patient souffrant d'un « trouble schizophrénique » peut présenter des « modifications » du cours du discours et de la pensée, mais pas des « troubles » du cours du discours et de la pensée.

En neurologie, les domaines à analyser dépendent de la neuroanatomie. La sensibilité et la motricité peuvent par exemple être abordées par la sémiologie du faisceau pyramidal, du système extrapyramidal et du cervelet. En psychiatrie, les domaines à explorer concernent l'expérience vécue et les conduites du patient. La sémiologie psychiatrique, comparativement au reste de la sémiologie médicale, présente la spécificité de demander au médecin certes une attention au contenu de l'examen mais surtout au déroulement de l'entretien.

Les domaines de l'examen clinique psychiatrique sont : la présentation (avec l'apparence, la mimique, les activités

psychomotrices), le discours et la pensée (avec la dynamique et la forme du discours et de la pensée, le contenu du discours et de la pensée et la distorsion du jugement), la perception (avec les hallucinations intrapsychiques et sensorielles), l'affectivité (avec les émotions et l'humeur), les fonctions instinctuelles (avec le sommeil, alimentation, sexualité, poids), et le comportement (avec le fonctionnement interpersonnel, le contrôle des impulsions, et l'insight, c'est-à-dire la conscience de la maladie, la capacité d'attribuer les expériences mentales inhabituelles à la pathologie, l'adhésion au traitement). Chaque domaine nécessite de connaître un vocabulaire spécifique qui n'est pas l'objet de cet article. Ce vocabulaire est clairement exposé dans [11,26].

2.2. Le recueil sémiologique à l'épreuve du contexte

Le deuxième souci de l'étudiant en médecine est de comprendre la nécessité d'apprendre les données épidémiologiques systématiquement placées en début de chapitre sur un trouble ou une maladie. Le recueil sémiologique se couple en effet toujours au recueil d'informations sur le contexte [10,11], car un signe ou symptôme clinique ne prend une valeur probabiliste en faveur d'un diagnostic que confronté au contexte, c'est-à-dire à des données *a priori*. On retrouve ici une notion de statistiques bayésiennes. Bien que relativement ignorées comparativement aux statistiques fréquentistes, les statistiques bayésiennes sont utilisées fréquemment (et parfois sans le savoir) en médecine pour conduire à une décision diagnostique.

Un signe ou symptôme clinique (ou un signe paraclinique) peut être présent ou absent. Les statistiques fréquentistes permettent de connaître la probabilité d'obtenir le signe ou le symptôme, étant donné une hypothèse portée sur l'existence ou non de la maladie à diagnostiquer. Il s'agit de la sensibilité (probabilité que le signe soit présent quand la maladie est présente) et de la spécificité (probabilité que le signe soit absent quand la maladie est absente). La sensibilité et la spécificité indiquent un niveau de confiance dans l'occurrence de l'observation quand le réel est supposé d'une certaine façon, mais elles ne permettent pas en pratique quotidienne de déterminer la probabilité de la présence ou non de la maladie chez un patient présentant une sémiologie particulière [17]. Les statistiques bayésiennes permettent de connaître la probabilité que la maladie soit présente ou non chez un patient particulier en fonction des signes et symptômes et d'informations *a priori*, évaluées par les éléments du contexte. Il s'agit de la mesure de la valeur prédictive positive VPP (probabilité que le patient soit atteint de la maladie quand le signe est présent) et de la valeur prédictive négative VPN (probabilité que le patient ne soit pas atteint de la maladie quand le signe est absent) de l'examen. On constate donc que les statistiques bayésiennes permettent d'établir la probabilité d'une hypothèse (être malade) et non uniquement la probabilité du signe observé en fonction d'une hypothèse sur un réel considéré comme arrêté. En quelque sorte, ces statistiques permettent de considérer le réel tel que l'on peut l'appréhender, depuis la perspective de l'observateur,

en fonction de sa connaissance préalable et de données d'observation incertaines [22]. Les statistiques bayésiennes proposent de relier des observations (avec leurs incertitudes évaluées par la sensibilité et la spécificité) et des connaissances *a priori* sur le réel pour formuler des probabilités sur le réel lui-même. Cette probabilité *a posteriori* peut donc varier en fonction du choix des *a priori*. Ainsi, le théorème de Bayes a été appelé aussi théorème des probabilités inverses. Les statistiques bayésiennes indiquent un niveau de confiance dans la performance du médecin à identifier correctement une maladie chez un patient donné au vu de sa connaissance préalable de la maladie (en fonction de données épidémiologiques notamment). Les VPP et VPN ne sont pas calculées par le médecin pour chaque signe ou symptôme clinique. Mais le principe des statistiques bayésiennes permet de comprendre la nécessité absolue de connaître des éléments de contexte pour formuler des hypothèses diagnostiques et d'envisager une modélisation de ce savoir implicite qui est appelé « sens clinique » [19].

2.3. Le trouble mental

Le troisième souci conceptuel de l'étudiant en médecine est de bien comprendre la distinction entre un « syndrome » et un « trouble » en psychiatrie. Le regroupement des signes et symptômes en syndrome est une démarche diagnostique essentielle [26]. Un syndrome est un « ensemble de symptômes et signes cliniques et de modifications pathologiques, toujours associés, dont les causes ou les mécanismes peuvent être différents et qui permettent d'individualiser une affection » [15]. Cependant, dans les autres disciplines médicales, il est communément admis qu'un syndrome devient une maladie quand une étiologie sous-jacente avec une physiopathologie caractéristique est identifiée. En effet, une maladie est « une entité clinique qui est parfaitement définie par son étiologie et sa physiopathologie ainsi que par sa présentation symptomatique et clinique ou par une combinaison bien identifiée de signes cliniques » [15]. Généralement, les examens paracliniques permettent d'apporter des arguments importants sur la présence ou non de cette étiologie. Par exemple, devant un syndrome polyuro-polydipsique, un diabète sucré sera évoqué lorsque la glycémie à jeun (examen paraclinique) sera supérieure à 1,26 g/L. Le diabète de type 1 ou 2 sera ensuite spécifié en fonction d'autres éléments sémiologiques et d'éléments du contexte soulignant deux physiopathologies différentes. En psychiatrie, cette distinction entre « syndrome » et « maladie » est problématique car un « trouble » mental ne peut être défini par une étiologie sous-jacente univoque. C'est d'ailleurs pour cette raison qu'en psychiatrie le terme de « trouble » est préféré au terme de « maladie », qui supposerait une étiologie connue [9].

Qu'est-ce qui différencie donc un « syndrome » d'un « trouble » quand il n'existe pas d'étiologie ? Pour cela, il faut revenir à ce qui définit bien souvent en fait une maladie en médecine. Comment a été fixé le seuil de 1,26 g/L pour le diabète ? Il serait absurde de penser qu'une physiopathologie diabétique spécifique apparaîtrait uniquement au-dessus de 1,26 g/L. Le seuil a été fixé pour définir un groupe de patients, présentant une sémiologie commune, et qui, en l'absence de

prise en charge médicale, évolue mal. Une maladie serait donc une entité définie médicalement et qui, en l'absence de prise en charge thérapeutique, présenterait un mauvais pronostic. La physiopathologie arriverait dans un deuxième temps. Cette définition est pragmatique et s'inscrit dans la droite ligne de la dichotomie proposée par Hardy-Baylé entre une épistémologie clinique et une épistémologie thérapeutique [8]. L'épistémologie clinique en fonction d'une théorie de l'homme malade (neurobiologique, psychanalytique, systémique, etc.). L'épistémologie thérapeutique s'attache à définir les conditions d'une pratique de soins en psychiatrie orientée vers la prise de décision thérapeutique. La psychiatrie n'est en fait pas la seule discipline où la physiopathologie des maladies définies n'est pas entièrement connue. Pour autant, la psychiatrie est une discipline médicale car elle a su identifier des entités avec un pronostic particulier et constater que certaines thérapeutiques permettaient de modifier ce pronostic.

La définition de troubles mentaux en psychiatrie s'inscrit dans cette démarche pragmatique. En effet, la compilation de signes et de symptômes et leur classification en entités morbides (catégorielle) est importante pour :

- déterminer une épidémiologie, avec les facteurs de risque (génétique et psycho-social) ;
- prévoir une évolution ou pronostic, avec la mortalité (suicide et somatique) et la morbidité (clinique : sévérité symptomatique et nombre d'hospitalisations ; et non clinique : intégration sociale et qualité de vie) ;
- et donc, favoriser la prise de décision en permettant de justifier une thérapeutique qui permettra de modifier le pronostic sinon attendu.

Le trouble mental a donc été défini de manière statistique par un ensemble de critères permettant, lorsqu'ils sont présents, d'identifier des entités qui en l'absence de prise en charge psychiatrique spécifique présentent un mauvais pronostic. L'évolution des connaissances épidémiologiques, pronostiques et thérapeutiques rend parfois nécessaire l'évolution des classifications nosographiques en médecine. En psychiatrie, l'évolution du DSM vers sa version 5 s'inscrit dans cette démarche pragmatique et scientifique [2]. C'est par exemple le cas des critères de définition d'un épisode thymique mixte [18]. Ces évolutions ne modifient cependant pas grandement les principes nosographiques généraux présentés dans cet article.

Pour définir un trouble mental, il faut donc :

- des critères sémiologiques spécifiques, avec des symptômes (subjectifs) et des signes (objectifs) qui seront le plus souvent à organiser en syndrome ;
- des critères d'évolution temporelle, c'est-à-dire une rupture par rapport à l'état antérieur avec une durée de persistance des symptômes et signes cliniques ;
- des critères fonctionnels avec une répercussion psychologique (avec souffrance psychique et/ou altération de la qualité de vie) et/ou une répercussion sociale (avec la notion de handicap).

Enfin, le diagnostic d'un trouble mental ne se pose définitivement qu'après avoir éliminé un diagnostic différentiel : psychiatrique (autre trouble mental expliquant mieux la

sémiologie recueillie), toxique (intoxication ou sevrage) et organique (ou affection médicale générale). Il n'existe cependant pas d'examen paraclinique pour confirmer le diagnostic de trouble mental. En revanche, l'élimination d'un diagnostic différentiel toxique ou organique peut nécessiter des examens paracliniques.

Ainsi, un syndrome psychiatrique est différent d'un trouble mental qui implique pour être posé des critères supplémentaires. Un syndrome dépressif peut être expliqué par un trouble dépressif majeur à condition que les critères supplémentaires d'évolution temporelle, de répercussion fonctionnelle et d'absence de diagnostic différentiel soient regroupés. Mais un syndrome dépressif peut être expliqué par une maladie organique, et dans ce cas le terme de trouble dépressif majeur ne peut être posé, et le terme de syndrome dépressif secondaire à cette maladie organique est à préférer.

3. ARBRES DÉCISIONNELS ET PRINCIPAUX TROUBLES MENTAUX

3.1. La caractérisation du trouble mental

Quatre étapes de délimitation sont à suivre pour aboutir à un diagnostic de trouble mental spécifique et complet [24] (Fig. 1).

La première délimitation consiste à identifier dans quelles grandes catégories nosographiques la sémiologie recueillie pourrait se situer. En psychiatrie adulte, les grandes catégories nosographiques sont les suivantes :

- les troubles psychotiques, caractérisés par « une perte des limites du moi et une altération marquée de l'appréhension de la réalité » [1] ;
- les troubles de l'humeur, caractérisés par « une perturbation de l'humeur » [1] ;
- les troubles anxieux, caractérisés par « une anxiété sans altération de l'appréhension de la réalité » [1] ;
- les troubles somatoformes caractérisés par « la présence de symptômes physiques faisant évoquer une maladie organique (ou affection médicale générale) mais qui ne peuvent s'expliquer complètement par une maladie organique » [1] ;
- les troubles dissociatifs caractérisés par « la perturbation des fonctions normalement intégrées comme la conscience, la mémoire, l'identité ou la perception de l'environnement » [1].

Il faut rajouter les troubles addictifs caractérisés par « l'impossibilité répétée de contrôler un comportement et en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives » [7]. Chez les enfants, il faudra rajouter les troubles neurodéveloppementaux (trouble du spectre autistique et trouble déficit de l'attention/hyperactivité en particulier).

La deuxième délimitation consiste à identifier le type de trouble psychiatrique dans le cadre de la grande catégorie. Par exemple, un recueil sémiologique peut faire évoquer la catégorie « trouble psychotique ». Suite à cette première étape, il s'agit de réaliser une deuxième délimitation pour définir un trouble mental spécifique, par exemple « trouble schizophrénique » ou « trouble délirant chronique ».

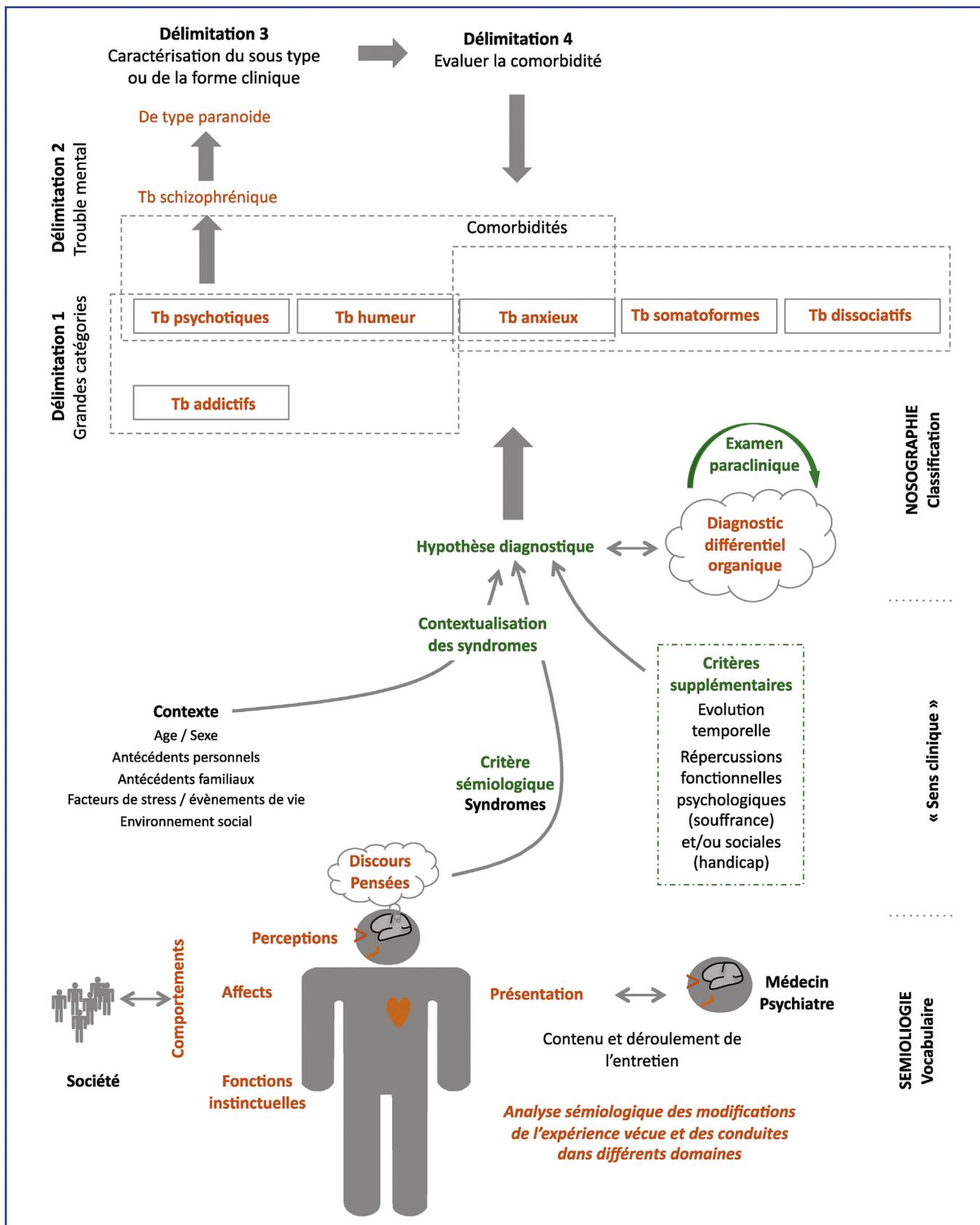


Fig. 1. De la sémiologie au trouble mental. Proposition d'un arbre d'aide à la décision avec les quatre étapes de délimitation depuis la sémiologie pour aboutir à un diagnostic de trouble mental spécifique et complet. Les étapes 2, 3 et 4 ne sont illustrées dans la figure que par le cas du trouble schizophrénique de type paranoïde. La même démarche pourrait être utilisée quelle que soit la grande catégorie nosographique. La notion de comorbidité est représentée par les pointillés encadrant les grandes catégories nosographiques.

La troisième délimitation consiste parfois à caractériser ou spécifier le trouble psychiatrique défini. Par exemple, un trouble schizophrénique peut être « de type paranoïde ». Il s'agit en quelque sorte de définir des formes cliniques.

Enfin, la quatrième délimitation doit être une ouverture. Le diagnostic d'un trouble mental (par exemple la schizophrénie) ne doit pas faire oublier d'évaluer la comorbidité [9] :

- psychiatrique (par exemple un trouble anxieux associé à un trouble schizophrénique) ;
- additif (par exemple une dépendance au tabac associé) ;
- organique ou médicale générale (par exemple un diabète sucré de type 2 associé).

En psychiatrie, le diagnostic multiple est la règle plus que l'exception. Le diagnostic principal est celui qui est à l'origine de la consultation ou de l'admission à l'hôpital [10].

Chez l'adulte, la MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview) est un entretien diagnostique structuré, validé en langue française, permettant d'évaluer la présence ou l'absence des principaux troubles psychiatriques présentés précédemment (à l'exception des troubles somatoformes et dissociatifs). La MINI est structurée en items de dépistage et en items de diagnostic. S'il est répondu positivement aux items de dépistage, alors les items de diagnostic doivent être évalués. S'il est répondu négativement aux items de dépistage, alors l'entretien peut se poursuivre sur les items de dépistage du trouble suivant [25].

3.2. Raisonnement sémiologique et nosographique minimal pour poser un diagnostic de trouble mental

3.2.1. Troubles psychotiques

Les trois syndromes à explorer dans le raisonnement sémiologique d'un trouble psychotique sont organisés comme suit :

- le syndrome positif, caractérisé par des symptômes ou signes cliniques qui se surajoutent à l'expérience vécue et aux conduites du patient, principalement dans le domaine du contenu du discours et de la pensée (idées délirantes), et de la perception (hallucinations) ;
- le syndrome négatif, caractérisé par des symptômes ou signes cliniques qui se retirent de l'expérience vécue et des conduites du patient, dans tous les domaines sémiologiques ;
- le syndrome de désorganisation, caractérisé par des symptômes ou signes cliniques qui désorganisent l'expérience vécue et les conduites du patient, dans tous les domaines sémiologiques.

Deux questions guident le chemin décisionnel pour aboutir à un diagnostic de trouble psychotique spécifique (Fig. 2).

Existe-t-il des idées délirantes bizarres, un syndrome de désorganisation, ou des répercussions fonctionnelles manifestes ?

Quelle est la durée d'évaluation des signes et symptômes cliniques ?

En l'absence d'idées délirantes bizarres, de syndrome de désorganisation et de répercussions fonctionnelles manifestes, un diagnostic de trouble délirant chronique sera à envisager.

En présence d'un syndrome de désorganisation, associé au syndrome positif et/ou au syndrome négatif, le diagnostic dépendra de la durée d'évolution des symptômes. Si les symptômes évoluent depuis plus d'un jour mais moins d'un mois, sera évoqué un trouble psychotique bref ; entre un mois et six mois, sera évoqué un trouble schizophréniforme ; plus de six mois, sera évoqué un trouble schizophrénique.

Le trouble schizophrénique sera caractérisé en type paranoïde (si prédomine le syndrome positif), en type désorganisé (si prédominent les syndromes négatifs et de désorganisation sans syndrome catatonique), en type catatonique (si prédomine le syndrome de désorganisation avec un syndrome catatonique), ou à début tardif (anciennement appelé psychose hallucinatoire chronique).

3.2.2. Troubles de l'humeur

Le principe nosographique gouvernant le diagnostic d'un trouble de l'humeur spécifique est la distinction entre un épisode et un trouble :

- un épisode est le diagnostic psychiatrique correspondant à la sémiologie actuelle ;
- un trouble est le diagnostic psychiatrique correspondant à l'évolution longitudinale de la sémiologie, c'est-à-dire aux antécédents d'épisode.

Aux critères classiques pour définir un trouble mental (syndrome, évolution temporelle et fonctionnement) s'ajoute donc pour les troubles de l'humeur le critère d'antécédent d'épisode [9] (Fig. 3).

Les trois syndromes pour définir un diagnostic d'épisode thymique peuvent être organisés comme suit :

- un « syndrome psycho-affectif », avec des signes et symptômes dans le domaine du contenu de la pensée et des affects ;
- un « syndrome psychomoteur », avec des signes et symptômes dans le domaine de la présentation, du discours et de la pensée ;
- un « syndrome des conduites instinctuelles », avec des signes et symptômes dans le domaine des fonctions instinctuelles et du comportement.

La présence de ces trois syndromes permet de poser le diagnostic d'épisode dépressif majeur (si l'évolution temporelle est supérieure à 15 jours) ou d'épisode maniaque (si l'évolution temporelle est supérieure à sept jours) suivant la polarité des signes et symptômes cliniques dans chacun de ces syndromes. Un épisode sera dit « avec caractéristiques psychotiques » (s'il existe des idées délirantes ou des hallucinations, soit congruentes au syndrome d'humeur, soit non congruentes et alors souvent de thème persécutoire), avec caractéristiques catatoniques (s'il existe un syndrome catatonique associé), avec caractéristiques mélancoliques (s'il existe un syndrome dépressif sévère sur les affects, en particulier anhédonie et anesthésie affective, plus sévères le matin) et avec début lors du *post-partum*.

Un épisode maniaque ou un antécédent d'épisode maniaque ou hypomaniaque permet de poser le diagnostic de trouble bipolaire. En l'absence d'antécédent d'épisode maniaque ou

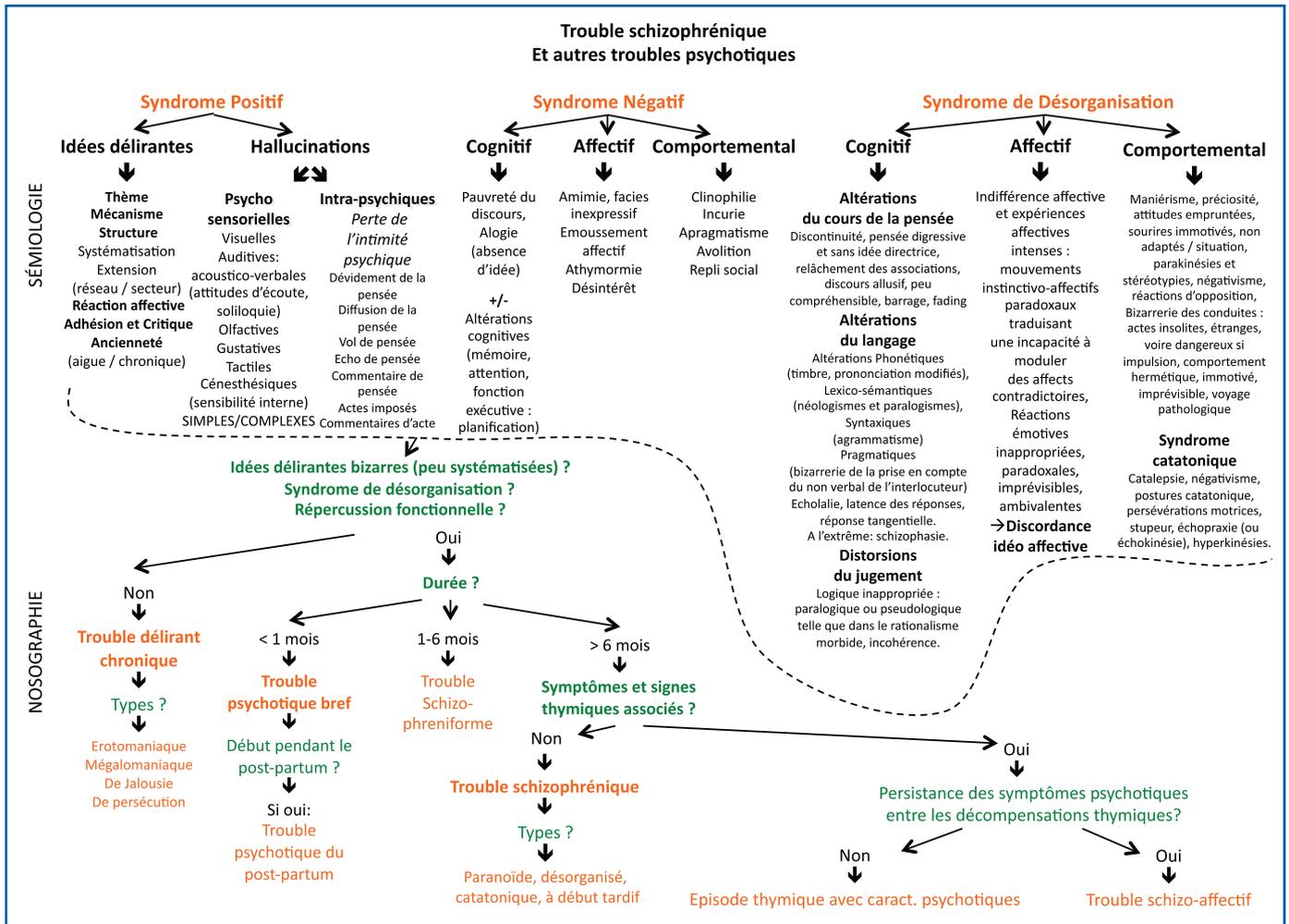


Fig. 2. Démarche diagnostique et proposition d'un arbre d'aide à la décision dans les troubles psychotiques.

hypomaniaque, le diagnostic de trouble dépressif majeur est posé. Il faut noter que le terme « majeur » pour définir un épisode ou un trouble dépressif majeur n'est pas un terme de sévérité. Il signifie « caractérisé », c'est-à-dire que tous les critères ont été remplis pour que la présence de signes et symptômes dépressifs soit évaluée comme un trouble mental de type trouble dépressif majeur.

La présence d'un syndrome positif ou de désorganisation ne doit donc pas conduire au diagnostic de trouble psychotique en présence d'un syndrome thymique. Le syndrome thymique prévaut et conduit au diagnostic d'un épisode thymique. Cependant, si après stabilisation de l'épisode thymique persiste un syndrome positif, négatif ou de désorganisation, alors le diagnostic de trouble schizo-affectif devra être posé.

3.2.3. Troubles anxieux

La première étape pour aboutir à un diagnostic de trouble anxieux spécifique est de rechercher un événement de vie stressant ou traumatique pouvant être à l'origine du syndrome anxieux. Aux critères classiques pour définir un trouble mental (syndrome, évolution temporelle et fonctionnement) s'ajoute

en effet un critère événementiel, c'est-à-dire d'un événement de vie stressant ou traumatique ayant provoqué un état de stress aigu, pour pouvoir définir ensuite un état de stress post-traumatique [9]. Dans l'état de stress post-traumatique, l'événement de vie stressant doit être un événement hors du commun ayant pu mettre en jeu la vie du patient. Dans le trouble de l'adaptation, l'événement de vie stressant est un événement existentiel difficile mais pas hors du commun, comme un divorce ou un licenciement.

En l'absence d'événement de vie stressant évident, la deuxième étape gouvernant le diagnostic d'un trouble anxieux spécifique est de rechercher la pensée (ou cognition) associée aux symptômes et signes anxieux. Une même peur avec les signes et symptômes émotionnels associés peut être liée à différents troubles en fonction de la pensée qui la provoque. La pensée qui provoque l'anxiété peut être liée à l'identification d'un danger qui vient de soi ou de l'extérieur. Si le danger est identifié comme provenant de soi (peur de faire une attaque de panique et obsessions), un diagnostic de trouble panique ou de trouble obsessionnel et compulsif pourra être envisagé. Si le danger est identifié comme provenant de l'extérieur (soucis persistants et excessifs, idées phobiques sociales, liées à une

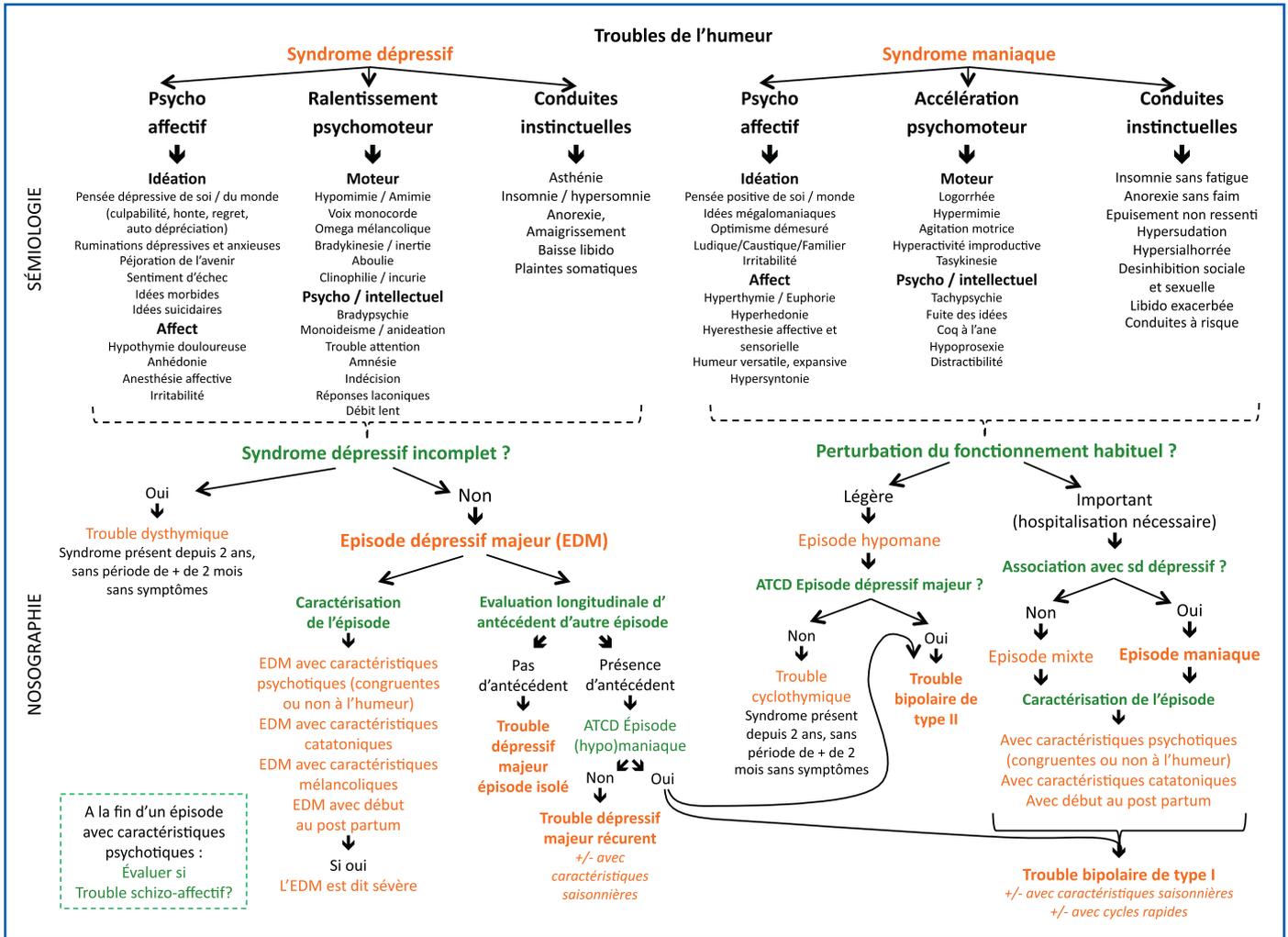


Fig. 3. Démarche diagnostique et proposition d'un arbre d'aide à la décision dans les troubles de l'humeur.

situation ou à un objet), un diagnostic de trouble anxieux généralisé, de phobie sociale ou de phobie spécifique pourra être envisagé (Fig. 4).

3.2.4. Troubles somatoformes

Les troubles somatoformes sont caractérisés par des symptômes et signes cliniques d'allure organique reliés en fait à un trouble psychiatrique. Il n'existe pas d'anomalies lésionnelles mais de très probables modifications psychophysiologiques fonctionnelles (Fig. 5).

Le premier élément nosographique concernant les troubles somatoformes est de ne pas les confondre avec ce qu'ils ne sont pas : les troubles factices et les maladies psychosomatiques.

Le deuxième élément nosographique est relié au fait que les symptômes et signes cliniques de ces troubles étant d'allure organique, la démarche de santé des patients consiste à consulter d'abord un médecin non-psychiatre. Ce sont donc les disciplines médicales non psychiatriques qui ont à faire d'abord à ces troubles psychiatriques. Ainsi ces disciplines ont donc pu donner leur propre dénomination diagnostique aux formes atténuées de ces troubles ou à certaines formes cliniques avec un signe ou un symptôme bien spécifique.

Il existe trois troubles somatoformes principaux : le trouble somatisation, le trouble conversion et le trouble douloureux. Ces troubles se distinguent en fonction du type de symptômes ou signes cliniques :

- s'il s'agit de symptômes ou signes cliniques touchant plusieurs organes (plaintes fonctionnelles ou somatiques), on évoquera le trouble somatisation ;
- s'il s'agit de symptômes ou signes cliniques d'allure neurologique, on évoquera le trouble conversion ;
- s'il s'agit de symptômes douloureux, on évoquera le trouble douloureux.

Concernant les troubles conversion et les troubles douloureux, aux critères classiques pour définir un trouble mental (syndrome, évolution temporelle et fonctionnement) s'ajoute un critère événementiel, c'est-à-dire un événement de vie stressant ou un conflit [9].

Les troubles somatoformes incomplets sont appelés troubles somatoformes indifférenciés (si la durée est supérieure à six mois) et non spécifiés (si la durée est inférieure à six mois). Ils n'atteignent généralement qu'un domaine corporel. Les médecins non-psychiatres fréquemment confrontés à des troubles somatoformes indifférenciés ont

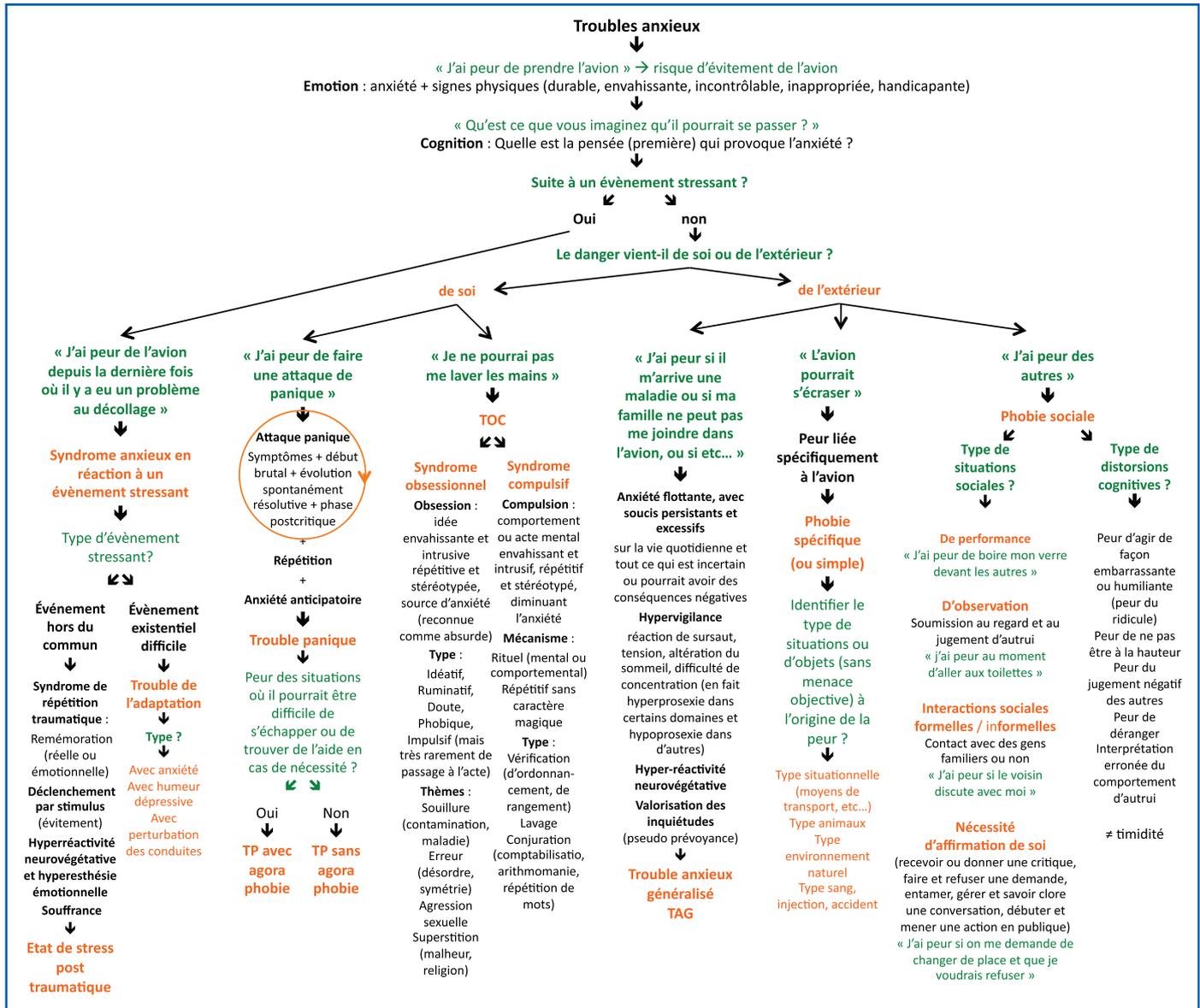


Fig. 4. Démarche diagnostique et proposition d'un arbre d'aide à la décision dans les troubles anxieux. L'exemple concret de la peur de prendre l'avion est proposé. Cette anxiété peut être associée à différentes pensées (ou cognitions) qu'il s'agit d'explorer. Les troubles de l'adaptation ne font pas partie des troubles anxieux car il s'agit du développement de signes et symptômes émotionnels et comportementaux de type anxieux mais pas uniquement (de type humeur dépressive ou autres également). Ils sont situés sur cet arbre dans un but didactique.

proposé leur propre appellation, utilisant le plus souvent le terme de « trouble fonctionnel ». Ainsi on retrouvera notamment – en gastro-entérologie : la colopathie fonctionnelle, le syndrome du côlon irritable ; en cardiologie/pneumologie : la spasmophilie ou syndrome d'hyperventilation ou tétanie normocalcémique, la précordialgie non angineuse ; en neurologie : les céphalées de tension ; en rhumatologie/médecine interne : la fibromyalgie (ou syndrome polyalgique idiopathique diffus SPID), le syndrome de fatigue chronique ; en stomatologie : le syndrome algodysfonctionnel de l'appareil manducateur (SADAM) ; en gynécologie : les vulvodynies, anodynies, algies pelviennes, syndrome douloureux prémenstruel, etc. La richesse de ces terminologies n'a d'égale que la fréquence des consultations de médecins non psychiatriques de

ces troubles mentaux *a minima*, obligeant les disciplines même non psychiatriques à s'intéresser aux facteurs psychologiques.

3.2.5. Troubles dissociatifs

Les troubles dissociatifs se structurent autour des symptômes suivants :

- la déréalisation (sentiment d'irréalité qui affecte la perception du monde environnant) ;
- et la dépersonnalisation (sentiment d'irréalité portant sur la perception de soi).

Ces symptômes peuvent apparaître suite à des événements de vie stressants ou traumatisants et peuvent donc être associés à un diagnostic de trouble anxieux de type état de stress post-traumatique, et de troubles somatoformes de type

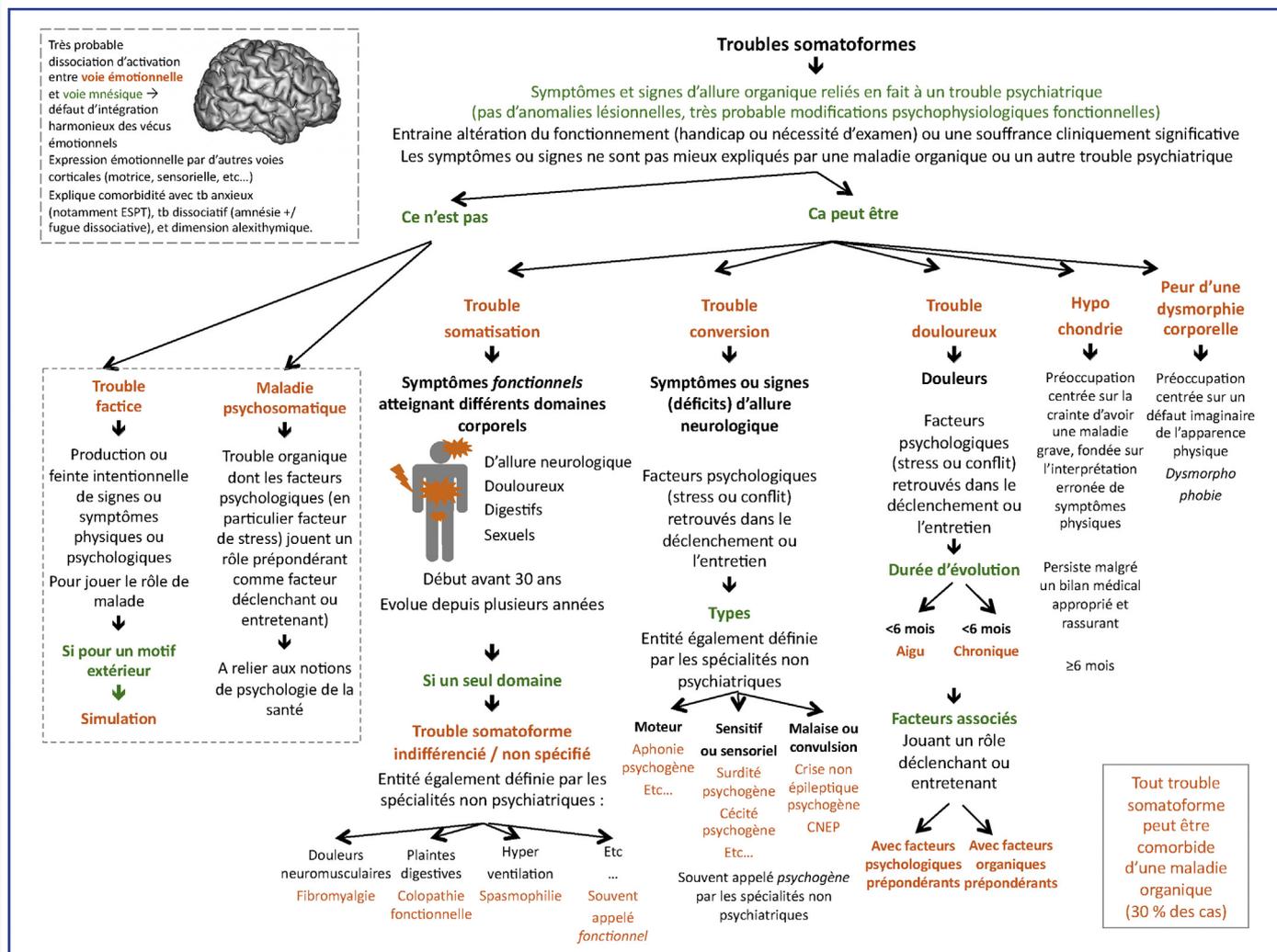


Fig. 5. Démarche diagnostique et proposition d'un arbre d'aide à la décision dans les troubles somatoformes.

trouble conversion. En dehors de ces troubles, lorsque les symptômes de déréalisation et/ou de dépersonnalisation se répètent, le diagnostic de trouble dépersonnalisation/déréalisation est évoqué. Lorsqu'ils sont d'une relative intensité, ils peuvent induire une altération de l'identité et entraîner des altérations de la mémoire autobiographique. Il est alors évoqué le diagnostic d'amnésie dissociative avec ou sans fugue dissociative. Le diagnostic de trouble dissociatif de la personnalité est évoqué quand l'altération de la mémoire autobiographique est associée à plusieurs identités. Ces troubles ne sont pas des troubles psychotiques.

3.2.6. Troubles addictifs

L'addiction est un « processus par lequel un comportement, pouvant permettre à la fois une production de plaisir et d'écartier ou d'atténuer une sensation de malaise interne, est employé d'une façon caractérisée par l'impossibilité répétée de contrôler ce comportement et sa poursuite en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives » [7]. Il associe les syndromes suivants :

- syndrome de dépendance (avec craving ou besoins impérieux, impossibilité de ne pas réaliser le comportement,

- réalisation du comportement en quantité plus importante que prévu, persistance malgré les conséquences négatives) ;
 - un syndrome de tolérance (nécessitant une augmentation du comportement pour produire le même effet et éviter un syndrome de sevrage) ;
 - un syndrome de sevrage (survenant après l'arrêt de comportement source de l'addiction).
- La présence d'un syndrome de tolérance et de sevrage définit une dépendance physique.

4. L'ÉVALUATION DE L'INTENSITÉ SYMPTOMATIQUE

Chaque diagnostic de trouble mental doit conduire comme dans toute discipline médicale à évaluer sa gravité et sa sévérité.

4.1. La gravité en psychiatrie

La gravité d'une maladie est reliée au risque vital à court terme et au degré d'urgence de la situation. Le patient présentant une maladie grave risque de mourir si aucune mesure thérapeutique immédiate n'est mise en place (par exemple un asthme aigu

grave). En psychiatrie, la question médicale est la suivante : le patient présente-t-il un danger pour lui-même ou pour les autres ? Il s'agit d'évaluer le risque suicidaire et la capacité à consentir aux soins malgré le trouble mental.

Concernant la crise suicidaire, c'est-à-dire « la crise psychique avec distorsion cognitive où se tuer semble la seule alternative à l'épuisement des ressources de l'individu », il s'agit d'évaluer les facteurs aggravants ou protecteurs liés au sujet (niveau de souffrance, intensité des symptômes et signes psychiatriques, intentionnalité et détermination, impulsivité, insight et observance thérapeutique) et liés à la situation (facteur de stress précipitant, moyens létaux à disponibilité, qualité du soutien familial et social).

Concernant la capacité à consentir aux soins et la nécessité de mettre en place des soins sans consentement, les facteurs qui semblent intervenir dans l'évaluation de cette gravité, plus que l'intensité des symptômes et signes psychiatriques du trouble lui-même, sont principalement représentés par la sémiologie du domaine comportemental, c'est-à-dire le fonctionnement interpersonnel, le degré d'impulsivité (pouvant nuire à la stabilité du consentement et étant un facteur de risque de geste auto- ou hétéro-agressif) et l'insight [3].

4.2. La sévérité en psychiatrie

La sévérité d'une maladie est reliée au pronostic, en termes de mortalité (rapidité d'évolution, risque de rechute et/ou de récurrence grave) et de morbidité (retentissement fonctionnel de la maladie). Le patient présentant une maladie sévère présente une qualité de vie altérée si aucune mesure thérapeutique n'est mise en place (par exemple un asthme sévère). Le degré de sévérité d'une maladie est un argument pour évaluer le rapport bénéfique/risque et justifier le choix de thérapeutiques au long cours des maladies chroniques (par exemple les corticoïdes inhalés dans l'asthme sévère). La sévérité en psychiatrie s'évalue par : le degré d'intensité des symptômes et signes cliniques psychiatriques, et le degré de répercussion fonctionnelle des symptômes et signes cliniques psychiatriques. Un trouble peut être léger, modéré, sévère. Le trouble peut être en rémission complète ou partielle. En cas de rémission complète de plusieurs mois, on parle de rétablissement. On parle de rechute en cas de recrudescence de symptômes et de signes avant le rétablissement, et de récurrence en cas de recrudescence de symptômes et signes après le rétablissement.

Le degré d'intensité des symptômes et signes cliniques psychiatriques peut s'évaluer par des outils validés présentant la même fiabilité et pertinence que bon nombre d'outils d'évaluation utilisés en médecine. Ces outils sont la preuve que des mesures objectives sont possibles en psychiatrie [6]. Elles permettent d'évaluer rigoureusement la réponse thérapeutique au traitement psychiatrique. Ces outils sont : des auto-questionnaires (c'est-à-dire des questionnaires remplis par le patient) et des hétéro-questionnaires (c'est-à-dire des questionnaires remplis par le médecin). L'utilisation de ces outils est recommandée par l'HAS (Haute Autorité en santé) et certains permettent une cotation d'actes spécifiques en médecine générale, en particulier pour l'évaluation de la sévérité des

symptômes de la dépression avec le code ALQP003 (test d'évaluation d'une dépression). Les principaux outils qu'un médecin peut être amené à utiliser dans sa pratique courante peuvent être trouvés dans la référence suivante [4]. L'outil générique qui évalue le fonctionnement psychologique, social et professionnel du patient est l'échelle globale de fonctionnement EGF coté de 0 % à 100 %.

5. CONCLUSION

Savoir diagnostiquer des troubles mentaux en psychiatrie est essentiel. Mais comme le souligne Shea, la catégorie « absence de trouble » est également nécessaire. Elle « permet au clinicien de se souvenir opportunément qu'il faut toujours rechercher les forces et les mécanismes d'adaptation normaux du patient. Trop de praticiens adoptent la perspective de la psychopathologie plutôt que celle de la santé, également importante » [24]. Que l'analyse sémiologique et clinique conduise à un diagnostic de trouble mental ou pas, les concepts de psychologie de la santé [5,12] en plus de ceux de la phénoménologie psychiatrique [21] semblent pertinents pour enrichir de manière cohérente une clinique psychiatrique respectueuse des nosographies internationales [1,2].

DÉCLARATION D'INTÉRÊTS

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt en relation avec cet article.

RÉFÉRENCES

- [1] American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, 4th ed., Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000 [Text Revision (DSM-IV-TR)].
- [2] American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, 5th ed., Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013 [Text Revision (DSM-5)].
- [3] Balzani C, Micoulaud-Franchi JA. Soins psychiatriques sans consentement. Nouvelle loi, nouvelles pratiques. *Médecine* 2013;9:132-5.
- [4] Bouvard M, Cottraux J. Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et psychologie. Paris: Masson; 2010.
- [5] Bruchon-Schweitzer M. Psychologie de la santé : modèles, concepts et méthodes. Paris: Dunod; 2002.
- [6] Falissard B. Mesurer la subjectivité en santé. Paris: Masson; 2008.
- [7] Goodman A. Addiction: definition and implications. *Br J Addict* 1990;85:1403-8.
- [8] Hardy-Baylé M. Modèles théoriques en psychiatrie – Épistémologie. In: Gueffi J, Rouillon F, editors. *Manuel de psychiatrie*. Paris: Elsevier Masson; 2012.
- [9] Hardy-Baylé M, Hardy P, Corruble E, Passerieux C. Enseignement de la psychiatrie. Rueil-Malmaison: Doin; 2008.
- [10] Kaplan H, Sadock B. *Manuel de poche de psychiatrie clinique*. Rueil-Malmaison: Pradel; 2005.
- [11] Kaplan H, Sadock B. *Synopsis de psychiatrie. Entretien clinique, examens, classification et législation*. Paris: Masson – Williams & Wilkins; 1998.
- [12] Lançon C. Depression and health state. *Encéphale* 2010;36(Suppl. 5):S112-6.
- [13] Lantéri-Laura G. *Essai sur les paradigmes de la psychiatrie moderne*. Paris: Ed. du Temps; 1998.
- [14] Lantéri-Laura G. *Principales théories dans la psychiatrie contemporaine*. EMC Psychiatrie, 37-006-A-10. Paris: Elsevier Masson SAS; 2004.

- [15] Le « Groupe du dictionnaire » de l'Académie Nationale de Médecine. Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine – version 2013; 2013 [Paris]<http://dictionnaire.academie-medecine.fr/>.
- [16] McCulloch WS, Pitts WH, Levin RD. What's the frog stomach tells to the frog's audience. *Proc Leap & Frog Ass* 1964;64:643–1201.
- [17] Meyer N, Vinzio S, Goichot B. Bayesian statistic: an approach fitted to clinic. *Rev Med Interne* 2009;30:242–9.
- [18] Micoulaud-Franchi JA, Geoffroy PA, Vion-Dury J, Balzani C, Belzeaux R, Maurel M, et al. Mixed depressions: clinical and neurophysiological biomarkers. *Encéphale* 2013;39(Suppl. 3):S149–56.
- [19] Micoulaud-Franchi JA. Conversion du regard chez l'étudiant en médecine : expérience d'un « orphelin de la science ». *Pedagog Med* 2010;11:187–96.
- [20] Naudin J, Azorin JM. Quelques problèmes fondamentaux posés par la psychothérapie et son apprentissage : un point de vue phénoménologique. *Act Med Int Psychiatrie* 1998;15:3854–63.
- [21] Naudin J, Pringuey D, Azorin J. Phénoménologie et analyse existentielle. *EMC Psychiatrie* 1998;1–8 [37-815-A-10].
- [22] Quiles A. Datation et archéologie : une intuition bayésienne ? *Spectra Analyse* 2013;292:33–8.
- [23] Schwartz MA, Wiggins OP. Typifications. The first step for clinical diagnosis in psychiatry. *J Nerv Ment Dis* 1987;175:65–77.
- [24] Shea S. Conduite de l'entretien psychiatrique. L'art de la compréhension. Paris: Elsevier; 2005.
- [25] Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998;59(Suppl. 20):22–33 [quiz 34-57].
- [26] Wing JK, Cooper JE, Sartorius N. Guide pour un examen psychiatrique. Liège: Mardaga; 1995.

Annales Médico-Psychologiques xxx (2015) xxx–xxx

DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU

L'inaccessible presque touché. Connaissance minimale en psychologie de la santé à l'usage de l'étudiant en médecine

Almost reaching the unreachable. Minimal knowledge of health psychology for the medical student

Jean-Arthur Micoulaud-Franchi ^{a,*}, Christophe Lancon ^{c,d}

^a Services d'explorations fonctionnelles du système nerveux, clinique du sommeil, CHU de Bordeaux, place Amélie-Raba-Léon, 33076 Bordeaux, France

^b USR CNRS 3413, laboratoire SANPSY, université de Bordeaux, 33076 Bordeaux, France

^c Pôle de psychiatrie « Solaris », CHU de Sainte-Marguerite, 270, boulevard de Sainte-Marguerite, 13009 Marseille, France

^d EA 3279, laboratoire de santé publique évaluation des systèmes de soins et santé perçue, Aix-Marseille université, 13385 Marseille, France

Résumé

L'apprentissage de la psychiatrie pour l'étudiant en médecine est l'occasion d'appréhender le patient en tant qu'individu réagissant à sa maladie en fonction de son histoire personnelle, ses antécédents, ses traits de personnalité et son contexte socio-culturel. Pourtant les notions de psychopathologie qui pourront lui être transmises lui paraissent bien souvent inaccessibles et inutilisables. La psychologie de la santé permettrait au contraire de fournir à l'étudiant en médecine un socle de connaissances psychologiques facilement transférables dans le reste du champ médical. Cet article propose une base de connaissances minimales en psychologie de la santé. Les représentations de la maladie, déterminantes majeures de la mise en place de stratégies d'ajustement à la maladie et de comportements de santé, seront présentées dans une première partie, pour ensuite détailler dans une deuxième partie les mécanismes de mise en place de ces stratégies et comportements. Une fiche synthétique regroupant l'ensemble des concepts développés sera proposée.

© 2015 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Abstract

When a medical student is learning psychiatric, he has the opportunity to understand the patient as an individual that reacts to his illness according to his personal history, backgrounds, personality traits and socio-cultural context. Yet, the concepts of psychopathology that can be transmitted to him seem often unreachable and unusable to him. Health psychology would instead provide the medical student with an easily psychological knowledge base transferable in the rest of the medical field. This paper proposes a minimal knowledge of health psychology. In the first part, the representations of the disease, the major determinants of the development of health behaviors and coping strategies to illness, will be presented. In the second part, the mechanisms of implementation of these strategies and behaviors will be presented. A synthetic support card containing all the proposed concepts will be proposed.

© 2015 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : jarthur.micoulaud@gmail.com (J.-A. Micoulaud-Franchi).

Mots clés : Ajustement psychique ; Comportement de santé ; Enseignement ; Psychiatrie ; Psychologie de la santé ; Représentation ; Stress

Keywords : Health behaviors; Health psychology; Psychiatry; Psychological adjustment; Representation; Stress; Teaching

« La lune n'a guère moins à se plaindre de l'astronome qui la fait chiffrer que de l'astrologue qui la fait chimère. [...] Les poètes ont créé une lune métaphorique et les savants une lune algébrique. La lune réelle est entre les deux. C'est cette lune-là que j'avais sous les yeux. [...] Autre chose que nous tout près de nous. L'inaccessible presque touché. L'invisible vu. Il semble qu'on n'ait que la main à étendre. »
Victor Hugo, « Le Promontoire du songe ». 1863.

I. INTRODUCTION

L'étudiant en médecine qui découvre la psychiatrie doit acquérir deux compétences [11]. Premièrement, il doit savoir recueillir objectivement les signes et symptômes cliniques présentés à l'aide de l'examen clinique du patient [1,13,20]. Deuxièmement, il doit considérer le patient en tant qu'individu réagissant à sa maladie en fonction de son histoire personnelle, ses antécédents, ses traits de personnalité et son contexte socio-culturel. La première compétence nécessite un savoir sémiologique et nosographique organisé, cohérent et consensuel afin de guider le plus efficacement possible l'évaluation clinique [13,21]. La deuxième compétence nécessite une connaissance de la psychologie, mais renvoie généralement pour le psychiatre à la notion de psychopathologie [14]. L'étudiant en médecine est alors parfois confronté à des psychiatres « psychopathologues solitaires, ignorant plus ou moins le sens de la réalité, développant pour gonfler leur narcissisme des théories aussi complexes qu'infalsifiables » [26]. Pourtant cette deuxième compétence, bien que fortement liée à la psychiatrie, concerne l'ensemble de la médecine. Et l'étudiant en médecine peut alors avoir l'impression qu'en face du modèle biomédical qui lui est enseigné n'existe qu'un savoir psychopathologique inaccessible et inutilisable dans sa pratique clinique [22].

Un savoir psychologique accessible pour l'étudiant en médecine est cependant disponible. Son enseignement en psychiatrie lui fournirait un socle de connaissances psychologiques facilement transférables dans le reste du champ médical [6]. Il s'agit alors pour le clinicien psychiatre enseignant « de se souvenir opportunément qu'il faut toujours rechercher les forces et les mécanismes d'adaptation normaux du patient » suivant la perspective de la santé plutôt que celle de la psychopathologie [32]. Cette « perspective de la santé » a été appréhendée par la psychologie de la santé [29]. Existant depuis environ vingt-cinq ans, la psychologie de la santé a connu un tel essor qu'elle représente actuellement une des premières branches de la psychologie [6,33]. Elle s'est efforcée de formuler des concepts cognitif, affectif et social mesurables suffisamment

précis pour être pertinents cliniquement et suffisamment fiables et valides pour être testés statistiquement. Ainsi, elle a développé une approche évaluable et falsifiable, faisant d'elle une discipline scientifique à part entière. Elle est utilisée dans le domaine de la médecine fondée sur les preuves afin « d'optimiser la prévention, la promotion des comportements de santé et la prise en charge des personnes malades » [8]. Par ailleurs, elle fournit des conceptions pratiques pour l'étudiant en médecine, permettant de lui rendre accessible l'appréhension du patient en tant qu'individu réagissant à sa maladie [6,17].

Dans cet article, nous proposons une base de connaissances minimales de la psychologie de la santé destinée à l'étudiant en médecine, complément nécessaire à la nosographie minimale de la psychiatrie qu'il doit également maîtriser [21]. Les représentations de la maladie, déterminants majeurs de la mise en place de stratégies d'ajustement à la maladie et de comportements de santé, seront présentées dans une première partie pour ensuite détailler dans une deuxième partie les mécanismes de mise en place de ces stratégies et comportements. Une fiche synthétique regroupant l'ensemble des concepts développés sera proposée.

2. FACTEURS PRONOSTIQUES DES MALADIES : LES REPRÉSENTATIONS

La psychologie de la santé pose au départ deux postulats [8] :

- il existe des représentations (aussi appelées croyances ou cognitions) concernant la maladie et la santé ;
- les individus prennent des décisions rationnelles, agissent et adaptent leurs comportements de santé en fonction de leurs représentations.

En effet, les représentations sont importantes à prendre en compte car :

- elles sont déterminées par les facteurs contextuels liés à l'individu « malade », facteurs psychologiques (traits de personnalités, antécédents personnels et histoire personnelle), sociaux et culturels ;
- elles influencent grandement le style de vie des individus, leurs comportements de santé, leurs stratégies d'ajustement à la maladie (et au traitement) et leurs relations avec les médecins et plus généralement avec le système de soins, et représentent donc un déterminant de santé commun à l'ensemble des facteurs contextuels [31].

Le premier objectif de la psychologie de la santé va donc être d'identifier les représentations et les facteurs contextuels liés à l'individu malade jouant un rôle comme facteurs prédisposant, précipitant, de maintien ou de rémission des maladies. L'étudiant en médecine ne doit pas connaître l'ensemble des facteurs contextuels déterminant les représentations des individus malades et leur état de santé, domaine qui fait l'objet

de recherches actuelles en psychologie de la santé. Mais il doit comprendre que sa recherche sémiologique de signes et symptômes doit être accompagnée d'une exploration clinique tout aussi importante des « représentations » de l'individu. Ces explorations cliniques doivent s'accompagner d'une mise en perspective avec le contexte. Cette mise en perspective permet :

- de donner une valeur diagnostique et pronostique aux signes et symptômes de la maladie [13,21] ;
- d'appréhender d'une manière compréhensive et respectueuse les représentations de l'individu.

L'étudiant en médecine doit garder à l'esprit que « le malade sait parfaitement ce qui est l'étiopathogénie officielle de sa maladie, mais [qu]il cultive en secret une autre théorie (partiellement) contradictoire ou complémentaire » [30]. Il existerait donc une théorie savante des maladies (élément central de l'enseignement des études médicales) et une théorie profane des maladies (que tous les individus ont concernant les maladies). Le terme « théorie » est à considérer comme un ensemble organisé de représentations de la maladie.

L'étudiant en médecine suit des études qui insistent principalement sur un savoir sémiologique, nosographique et thérapeutique afin d'identifier des maladies (et leurs étiologies), et de mettre en place des stratégies thérapeutiques pour

modifier le pronostic de la maladie [21]. Cette théorie savante, correspondant au savoir biomédical fondé sur une approche physiopathologique (mais également épidémiologique) cohérente et validée scientifiquement, légitime l'ensemble du savoir sémiologique, nosographique et thérapeutique. Elle tient compte de facteurs de risque génétiques et environnementaux et de l'interaction de ces facteurs sur un modèle centré sur la maladie plutôt que sur l'individu malade. La maladie est considérée comme un ensemble de signes et symptômes « dus à une pathologie organique sous-jacente » [8] (Fig. 1). Pour les individus, la maladie est considérée comme un événement venant faire éruption dans leur santé et remettant en cause un état de bien-être physique, mental et social. Les individus développent alors de leur côté des représentations concernant leur maladie, qui permettent d'intégrer celle-ci dans leur monde. Ces représentations peuvent concerner différentes dimensions de la maladie et de la santé [16] (Tableau 1).

Bien que les études de médecine aient pour but de transformer les représentations profanes de l'étudiant en représentations savantes afin de le faire devenir médecin [22], l'étudiant en médecine doit comprendre que la théorie profane reste à considérer avec sérieux. Victor Hugo évoquant la lune nous rappelle que « les poètes ont créé une lune métaphorique

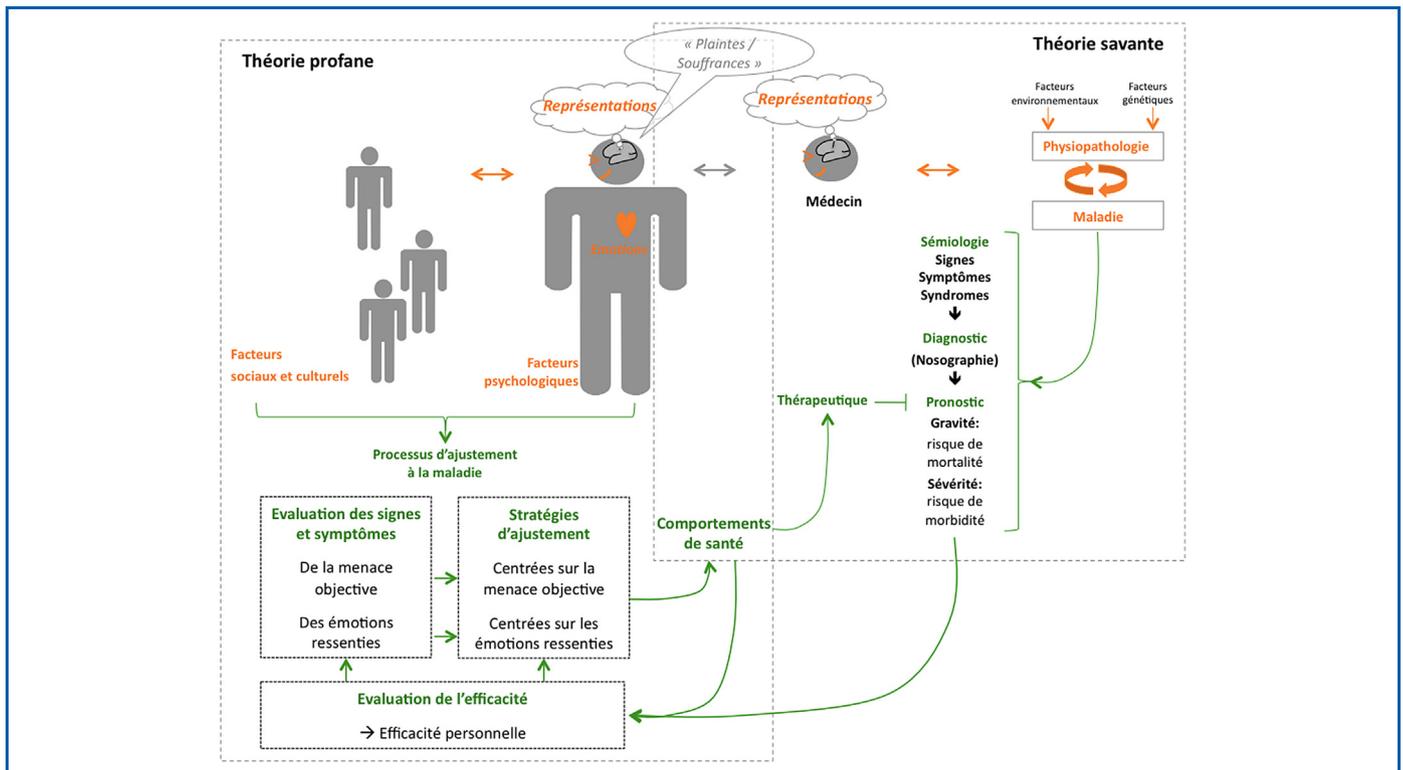


Fig. 1. Modèle compréhensif de la relation participative médecin-malade dans le cadre des conceptions de la psychologie de la santé. À gauche se trouve l'individu avec une maladie, à droite le médecin. L'individu possède des représentations profanes qui vont orienter ses processus d'ajustement à la maladie. Le médecin va rechercher les signes et symptômes correspondant à la plainte et souffrance de l'individu afin d'identifier suivant ses représentations savantes : la maladie (diagnostic), le pronostic et la thérapeutique à mettre en place. Cette démarche est influencée par la prise en compte des facteurs environnementaux et génétiques déterminant les maladies. Il va aussi rechercher les représentations de l'individu afin d'adapter son discours et ses décisions à celles-ci et aux processus d'ajustement que l'individu est en train de mettre en place pour adopter de nouveaux comportements de santé. Cette démarche est influencée par la prise en compte des facteurs psychologiques (notamment émotionnels), sociaux et culturels de l'individu.

Tableau 1

Dimensions de la représentation de la maladie et de la santé chez un individu.

Dimensions portant sur	Questionnement de l'individu
Les symptômes et signes de la maladie	« À quoi ressemble ma maladie ? »
Les causes de la maladie qui peuvent être externes (venant de l'extérieur) ou internes (venant de l'intérieur du sujet)	« À quoi est due ma maladie ? »
Les conséquences de la maladie	« Quels sont les conséquences de ma maladie ? »
La temporalité de la maladie	« Combien de temps ma maladie va-t-elle durer ? Comment va-t-elle évoluer ? »
Le contrôle sur la maladie et sa santé	« Est-ce qu'on peut minimiser les symptômes et signes de ma maladie ? » « Est-ce que certains comportements peuvent me permettre de me maintenir en bonne santé ? »
Le sens de la maladie	« Pourquoi cette maladie chez moi, dans mon histoire personnelle ? »
Le rôle du médecin (et plus généralement du système de soin)	« À quoi peut m'aider la médecine face à ma maladie ? »

et les savants une lune algébrique. La lune réelle est entre les deux ». Il en est de même pour les maladies ! Pour le médecin, la maladie « réelle » (c'est-à-dire celle qu'il prend en charge avec l'individu qui en souffre) doit être entre les deux, ou en tout cas il doit apprendre à jongler avec les deux théories pour mieux appréhender les représentations de l'individu concernant sa maladie et augmenter l'efficacité des prises en charge qu'il va mettre en place en partenariat avec lui dans le cadre du modèle participatif de la relation médecin-patient [1] (Fig. 1).

Il est donc essentiel de prendre en compte ces représentations, car elles constituent un moyen d'action pour le médecin qui souhaite traiter un individu avec une maladie chronique. En effet, ces représentations sont dynamiques et peuvent évoluer au cours du temps. Ainsi, des interventions spécifiques d'éducation peuvent permettre de les modifier [4,12,25,35]. Cependant, le patient s'appropriera d'autant plus facilement les nouvelles informations qui pourront lui être fournies si elles sont congruentes avec ses représentations préalables. De même, le médecin comprendra d'autant mieux le patient si tous deux partagent des représentations congruentes préalables. Il faut cependant souligner que représentations profanes et représentations savantes peuvent cohabiter chez un même individu mais également chez le médecin, le savoir médical imprégnant en partie les représentations du patient et le savoir profane imprégnant en partie les représentations du professionnel de santé, permettant une base de compréhension commune initiale.

3. LES PROCESSUS BIOPSYCHOSOCIAUX DE L'AJUSTEMENT À LA MALADIE

Le deuxième objectif de la psychologie de la santé est d'approfondir la compréhension des mécanismes ou « processus » biopsychosociaux afin d'expliquer l'influence des représentations sur les comportements de santé et stratégies d'ajustement à la maladie (et au traitement) que les individus mettent en place et ainsi de mieux prédire le pronostic des maladies [17]. La psychologie de la santé a construit et évalué scientifiquement des modèles pour expliquer les comportements de santé et les stratégies d'ajustement face à la maladie [8]. L'étudiant en médecine ne doit pas connaître l'ensemble des modèles développés en

psychologie de la santé. Mais il doit comprendre qu'au même titre que son savoir physiopathologique lui permet de comprendre l'étiologie organique sous-jacente à la maladie [21], certaines étapes d'ajustement à celle-ci lui permettent de comprendre la façon dont l'individu va changer ses comportements de santé en fonction de ses représentations (et de son contexte psychologique et socio-culturel). L'objectif de la prise en charge médicale sera ainsi de permettre au patient de mettre en place l'ensemble des ressources nécessaires pour réaliser ses aspirations et satisfaire à nouveau ses besoins malgré la maladie (suivant la définition par l'OMS en 1984 de la santé). Elle implique de passer d'une perspective centrée sur la maladie de l'individu à une perspective centrée sur le bien-être de celui-ci [28].

Les étapes du processus « biopsychosocial » d'ajustement à la maladie sont issues des travaux d'ajustement au stress [5], aussi appelé « processus de transaction » [15]. Le stress est alors défini comme « une relation particulière entre la personne et son environnement évaluée par la personne comme excédant ses capacités et mettant en danger son bien-être » [15]. Suivant cette perspective, la maladie est une rupture d'équilibre (un facteur de stress) dans un ensemble biologique, psychologique et social. Face à la maladie, l'individu va déployer des efforts cognitifs, émotionnels et comportementaux pour s'y adapter. Les étapes de ce processus sont une phase d'évaluation, avec la mise en place d'une intention d'agir, une phase de mise en place d'un comportement de santé et une phase d'évaluation du comportement (Fig. 1).

3.1. Vers l'intention d'agir

Face à une situation de stress, le processus de transaction indique que se déroulent deux phases d'évaluation [8] :

- une évaluation primaire : « *stress perçu* » par le sujet dans la situation de stress ;
- une évaluation secondaire : « *contrôle perçu* » (inventaire des ressources personnelles et de la capacité à contrôler la situation) et « *soutien social perçu* » (inventaire des aides, protections et valorisations relationnelles et sociales disponibles pour le patient) pour faire face à la situation de stress.

Le « *stress perçu* » peut être élevé chez les patients présentant des traits de personnalité anxieux associés à une réactivité psychophysologique au stress et aux émotions importante [7]. Le « *contrôle perçu* » peut également dépendre d'un trait de personnalité du patient appelé « *lieu de contrôle* » [27]. Le lieu de contrôle est dit « externe » chez les individus ayant la croyance généralisée (inscrite dans leur personnalité) que les événements de leur vie dépendent de facteurs externes non maîtrisables. Le lieu de contrôle est dit « interne » lorsque les individus présentent la croyance généralisée que les événements de leur vie dépendent de facteurs internes en lien avec des aptitudes personnelles. Les patients avec un lieu de contrôle externe présenteront plutôt un contrôle perçu faible, alors qu'à l'inverse les patients avec un lieu de contrôle interne présenteront plutôt un contrôle perçu fort [27]. Enfin, le « *soutien social perçu* » peut être faible chez les patients présentant un isolement social ou des relations familiale, professionnelle et sociale peu soutenantes.

Face à la maladie, le stress perçu, contrôle perçu et soutien social perçu dépendent des signes et symptômes perçus de la maladie, des représentations liées à la maladie et à la santé, mais aussi des facteurs psychologiques (histoire personnelle, antécédents et traits de personnalité), sociétales et culturels [33].

Le « *stress perçu* » va influencer la façon dont le patient évalue et ressent les symptômes et signes de la maladie. D'une part, il va réaliser une évaluation centrée sur la menace objective pour évaluer sa vulnérabilité à la maladie, la gravité et la sévérité perçues de la maladie. D'autre part, il va réaliser une évaluation centrée sur les émotions ressenties pour évaluer la présence de symptômes dépressifs [14] et/ou des symptômes anxieux [7]. Ces deux processus d'évaluation primaire ont lieu en parallèle et simultanément. Un patient va en effet devoir faire face à la fois à la menace que constitue une maladie chronique et à la répercussion psychologique que celle-ci constitue.

Un « *contrôle perçu* » et un « *soutien social perçu* » de bonne qualité améliorent le pronostic des maladies en facilitant l'adoption de comportements de santé et de changements de style de vie nécessaires dans la prise en charge de la maladie. Un sentiment de perte de contrôle ou d'absence de soutien social s'avère délétère sur le pronostic des maladies.

Pour comprendre à partir de ces évaluations à partir de quel moment le patient a l'intention d'agir sur sa maladie, il faut tenir compte des signaux déclencheurs et de la motivation. Les signaux déclencheurs vont conduire le patient à prendre la décision d'envisager une action sur sa maladie (une intention d'ajustement). Les symptômes et signes ressentis, tels que décrits précédemment, sont évidemment les premiers signaux déclencheurs qui sont dit « internes ». Mais il faut tenir compte également de signaux « externes », qui correspondent aux alertes que peuvent fournir l'entourage et l'environnement social et culturel du patient. Les signaux externes sont également appelés les « normes subjectives » et reflètent les attentes normatives venant des autres et la façon dont l'individu a d'y adhérer. Elles indiquent au sujet ce que les autres attendent de lui et ce que les autres font « normalement » dans une telle situation. La motivation enfin joue un rôle important

dans l'intention d'agir [18]. Un patient non motivé au changement n'aura pas l'intention de mettre en place une stratégie d'ajustement. L'étudiant doit comprendre que la motivation n'est pas un paramètre non modifiable mais que des stratégies spécifiques peuvent être mises en place pour renforcer la motivation des individus [24,34].

L'ensemble de ces éléments va conduire ou non le patient à consulter pour ses symptômes ou signes. Ils vont permettre également la mise en place des stratégies d'ajustement.

3.2. La mise en place des stratégies d'ajustement

Face à une situation de stress, le processus de transaction indique que se déroule une deuxième phase qui correspond à l'élaboration d'une stratégie d'ajustement par le sujet pour faire face à la situation de stress [8]. La phase d'ajustement ou de *coping* est l'ensemble des processus transactionnels qu'un individu interpose entre lui et la situation stressante afin de réduire son impact. Elle est déterminée notamment par la phase d'évaluation précédente mais également par le contexte psychologique (traits de personnalité, antécédent et histoire personnelle), social et culturel du patient.

Si le patient pense qu'il peut changer quelque chose à sa situation de maladie, il adoptera plutôt des « stratégies centrées sur la menace objective », en adoptant de nouveaux comportements de santé (nouvelles règles hygiéno-diététiques, changement de style de vie et arrêt de certains comportements délétères).

Si le patient pense qu'il ne peut pas grand-chose face à sa situation de maladie, il adoptera des stratégies tendant à se modifier lui-même afin de supporter la situation (« stratégies centrées sur les émotions ressenties ») en modifiant certaines de ses attentes émotionnelles ou en trouvant des stratégies émotionnelles compensatoires [23,37].

Le type exact de stratégies qu'un individu donné va mettre en place va dépendre de deux raisonnements rationnels complémentaires basés sur les représentations de la santé et de la maladie : le principe d'inférence et l'évaluation coût/bénéfice du comportement de santé à mettre en place. Le principe d'inférence consiste à déduire des conséquences logiques d'une représentation. De ces inférences découlent des « attitudes générales vis-à-vis d'un comportement ». « Si j'ai telle représentation, alors je peux déduire que telle action provoquerait tel effet. » La modification des représentations, déterminantes du SI, peut ainsi donner naissance à de nouvelles inférences dans le ALORS. Il s'agit donc d'un levier d'action important pour modifier le comportement des patients.

Parmi les diverses actions possibles déduites de ses représentations, l'individu va ensuite évaluer le rapport coût/bénéfice de l'action choisie [9]. L'individu choisira une action dont il évalue la possibilité de mise en place (« contrôle perçu ») mais également la « difficulté perçue » qui est l'évaluation de l'effort pour mettre en place l'action (le « coût »). Ce coût sera considéré comme acceptable ou non en fonction de l'anticipation des bénéfices de la mise en place du comportement.

3.3. L'évaluation des stratégies d'ajustement

Face à une situation de stress, le processus de transaction indique enfin que se déroule une dernière phase qui correspond à l'évaluation des atteintes des objectifs fixés par l'individu et des bénéfices de la mise en place des stratégies d'ajustement à la maladie et des nouveaux comportements de santé. Les bénéfices peuvent concerner trois domaines : les effets physiques qui sont les expériences personnelles positives ou négatives directement reliées au nouveau comportement de santé mis en place, les effets sociaux qui sont les réactions d'approbation ou de rejet de l'entourage du patient face au nouveau comportement de santé, et les effets d'auto-évaluation qui sont les sentiments personnels d'autosatisfaction ou d'autocritique suite à la réalisation du comportement. Le sentiment d'autosatisfaction dépend fortement des objectifs fixés par le patient. Ces objectifs doivent donc être crédibles et réalisables. Des objectifs trop élevés conduiront inévitablement à des évaluations négatives. On constate que l'environnement social du patient détermine aussi fortement les bénéfices de la mise en place d'un nouveau comportement de santé. Les expériences passées de succès dans la mise en place d'un nouveau comportement de santé du patient et des stratégies de gestion du stress efficaces sont également reliées à un sentiment d'autosatisfaction plus élevé [23].

Ces évaluations conduisent à renforcer ou à diminuer le sentiment d'efficacité personnelle [3]. Le sentiment d'efficacité personnelle va influencer de manière majeure la poursuite ou non de l'action mise en place. Si le sentiment d'efficacité personnelle est renforcé (effet physique positif, effets sociaux encourageants, autosatisfaction), alors le sujet va avoir tendance à continuer le comportement de santé mis en place. Si le sentiment d'efficacité personnelle est diminué (effet physique négatif, effets sociaux critiques, autocritique), alors le sujet va avoir tendance à arrêter le comportement de santé mis en place.

Les représentations des patients concernant leur maladie et leur santé sont évolutives. Ainsi, si un nouveau comportement de santé renforce le sentiment d'efficacité personnelle du patient, il aura tendance à renforcer les représentations à l'origine de ce nouveau comportement. À l'inverse, si un comportement de santé diminue le sentiment d'efficacité personnelle du patient, il aura tendance à conduire celui-ci à changer de représentation.

4. CONCLUSION

L'ensemble de ces processus psychologiques d'adaptation à la maladie rappelle que l'individu avec une maladie est rationnel et agit en fonction de processus appréhendables par le médecin, compréhensibles dans le contexte du patient. Par ailleurs, il faut souligner que l'appréhension de l'entourage du patient peut être abordé suivant les mêmes principes [36]. L'étudiant en médecine doit garder à l'esprit que l'ensemble des cognitions, affects et comportements du patient (ou de l'entourage) semble parfois difficilement compréhensible parce qu'il oublie le point de vue de l'individu par rapport à la maladie.

L'état de santé des individus et leur survie à une maladie (pronostic en termes de morbidité et mortalité) sont très fortement influencés par le style de vie et les comportements de santé, eux-mêmes très influencés par les représentations des individus. Cette perspective de la psychologie de la santé est en conflit avec une vision dichotomisée « psychologique » et « somatique » de la maladie encore présente chez bon nombre de professionnels de santé [14].

La dichotomie psycho/somatique doit être dépassée dès les premières années des études de médecine, en fournissant aux étudiants un socle de connaissances minimales en psychologie de la santé. Ce socle permettra de favoriser une pratique clinique plus efficiente dans le champ des maladies chroniques en permettant d'améliorer l'adoption de comportements de santé par les individus et le développement de modèles pronostiques de l'état de santé plus sophistiqués, adaptés et validés statistiquement à des populations d'individus malades spécifiques [8]. Cette perspective impliquera probablement de réenvisager la manière de spécialiser les étudiants en médecine au cours de leur cursus de formation [19]. Elle permettra également le déploiement de stratégies de prise en charge individuelles originales [10,12] et de campagnes de santé populationnelles plus optimales [2,12].

DÉCLARATION D'INTÉRÊTS

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Remerciements

Clélia Quiles pour sa relecture de l'article et ses commentaires.

Les étudiants de l'université de Corte pour leurs intérêts à la psychologie de la santé.

RÉFÉRENCES

- [1] AESP-CNUP. Référentiel de psychiatrie, psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie. Tours: Presses Universitaires François-Rabelais; 2014.
- [2] Auquier P, Simeoni MC, Robitail S. Quality of life measurement: a fashion or a valid assessment? *Rev Neurol (Paris)* 2006;162:508-14.
- [3] Bandura A. Auto-efficacité : le sentiment d'efficacité personnelle. Paris: De Boeck; 2007.
- [4] Bonsack C, Rexhaj S, Favrid J. Psychoéducation : définition, historique, intérêt et limites. *Ann Med Psychol (Paris)* 2015;173:79-84.
- [5] Bourgeois M. Coping et défense dans l'adaptation. Paris: Masson; 1996.
- [6] Bourgeois M. Psychologie de la santé, psychologie médicale, psychosomatique et psychiatrie de liaison. *Ann Med Psychol (Paris)* 1994;152:674-82.
- [7] Bridou M, Aguerre C. L'anxiété envers la santé : définition et intérêt clinique d'un concept novateur et heuristique. *Ann Med Psychol (Paris)* 2012;170:375-81.
- [8] Bruchon-Schweitzer M. Psychologie de la santé : modèles, concepts et méthodes. Paris: Dunod; 2002.
- [9] Edwards W. The theory of decision-making. *Psychol Bull* 1954;41:380-417.
- [10] Gauchet A, Shankland R, Gantzer C, Pelissier S, Aguerre C. Applications cliniques en psychologie de la santé. *Psychol Fr* 2012;57:131-42.

- [11] Gelder M, Mayou R, Cowen P. Signes cliniques et symptômes des troubles mentaux. In: Gelder M, Mayou R, Cowen P, editors. *Traité de psychiatrie*. Paris: Médecine-Sciences Flammarion; 2005.
- [12] Gerbaud L. Éducation thérapeutique et santé publique : questions croisées. *Ann Med Psychol (Paris)* 2015;173:106–12.
- [13] Hardy-Baylé M, Hardy P, Corruble E, Passerieux C. *Enseignement de la psychiatrie*. Rueil-Malmaison: Doin; 2008.
- [14] Lançon C. Depression and health state. *Encephale* 2010;36(Suppl. 5):S112–6.
- [15] Lazarus S. *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer; 1984.
- [16] Leventhal H, Diefenbach M, Leventhal E. Illness cognition: using common sense to understand treatment adherence and affect cognition interactions. *Cogn Ther Res* 1992;16:143–63.
- [17] Leventhal H, Weinman J, Leventhal EA, Phillips LA. Health psychology: the search for pathways between behavior and health. *Annu Rev Psychol* 2008;59:477–505.
- [18] Maslow A. A theory of human motivation. *Psychol Rev* 1943;50:370–96.
- [19] Micoulaud-Franchi JA, Fond G, Allilaire JF. Le psychiatre doit-il être un sur-spécialiste ? *Ann Med Psychol (Paris)* 2014;172:761–5.
- [20] Micoulaud-Franchi JA, Lançon C. *Psychiatrie, addictologie, même pour ceux qui ne veulent pas devenir psychiatres !*. Paris: Ellipses; 2014.
- [21] Micoulaud-Franchi JA, Quiles C. En terre étrangère. Proposition d'une cartographie minimale de la psychiatrie pour l'étudiant en médecine. *Ann Med Psychol (Paris)* 2014;172:681–92.
- [22] Micoulaud-Franchi JA. Conversion du regard chez l'étudiant en médecine : expérience d'un « orphelin de la science ». *Pedagog Med* 2010;11:187–96.
- [23] Mikołajczak M, Luminet O, Menil C. Predicting resistance to stress: incremental validity of trait emotional intelligence over alexithymia and optimism. *Psicothema* 2006;18(Suppl.):79–88.
- [24] Miller W, Rollnick S. *L'entretien motivationnel*. Paris: InterÉditions; 2013.
- [25] Mirabel-Sarron C, Docteur A, Siobud-Dorocant E, Dardennes R, Gorwood P, Rouillon F. Psychoéducation et TCC. *Ann Med Psychol (Paris)* 2015;173:85–91.
- [26] Naudin J. Qu'est-ce que le comportement ? *Neuropsych News* 2003;2:183–7.
- [27] Palazzolo J, Arnaud J. Contrôle perçu et lieu de contrôle : une approche plurifactorielle. *Ann Med Psychol (Paris)* <http://dx.doi.org/10.1016/j.amp.2014.07.012> [in press].
- [28] Paterson BL. The shifting perspectives model of chronic illness. *J Nurs Scholarsh* 2001;33:21–6.
- [29] Paulhan I, Quintard B. La psychologie de la santé. *Ann Med Psychol (Paris)* 1994;152:665–73.
- [30] Pédiñelli J. Les « théories » personnelles des patients. *Prat Psychol* 1999;4:53–62.
- [31] Rosenstock IM, Strecher VJ, Becker MH. Social learning theory and the Health Belief Model. *Health Educ Q* 1988;15:175–83.
- [32] Shea S. *Conduite de l'entretien psychiatrique. L'art de la compréhension*. Paris: Elsevier; 2005.
- [33] Sultan S, Varescon I. *Psychologie de la santé*. Paris: PUF; 2012.
- [34] Tafticht N, Csilik A. Nouvelles applications du modèle transthéorique : la pratique d'une activité physique régulière. *Ann Med Psychol (Paris)* 2013;171:693–9.
- [35] Tessier S. *Les éducations en santé*. Paris: Maloine; 2012.
- [36] Untas A, Koleck M, Rasclé N, Bruchon-Schweitzer M. Du modèle transactionnel à une approche dyadique en psychologie de la santé. *Psychol Fr* 2012;57:97–110.
- [37] Viriot D. Influence salutaire de la compétence émotionnelle sur l'anxiété face à la santé. *Ann Med Psychol (Paris)* 2014;172:352–62.