



**HAL**  
open science

# Symptômes médicalement inexplicés chez le sujet âgé en EHPAD

Dionysia Filaditaki

► **To cite this version:**

Dionysia Filaditaki. Symptômes médicalement inexplicés chez le sujet âgé en EHPAD. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01501407

**HAL Id: dumas-01501407**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01501407>**

Submitted on 4 Apr 2017

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE  
FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS

ANNEE 2016

N° 196

**SYMPTOMES MEDICALEMENT INEXPILQUES CHEZ LE  
SUJET AGE EN EHPAD**

---

**THESE**

**POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE (DIPLOME D'ETAT)**

**PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT**

**LE 12 DECEMBRE 2016**

**PAR**

**Dionysia FILADITAKI**

---

**PRESIDENT DU JURY: Monsieur le Professeur Michel ANDREJAK**

**JUGES :**  
Monsieur le Professeur Jean-Daniel LALAU  
Monsieur le Professeur Fabrice WALLOIS  
Madame le Docteur Sophie TASSEEL-PONCHE

**DIRECTEUR :** Monsieur le Docteur Cyril HAZIF-THOMAS



**Monsieur le Professeur Michel ANDREJAK**

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier consultant

(Pharmacologie fondamentale clinique)

Ancien Directeur du Centre Régional de Pharmacovigilance d'AMIENS

Ancien Responsable du service de pharmacologie clinique

Pôle Biologie, Pharmacie et Santé des populations

Officier dans l'Ordre des Palmes Académiques

*Vous m'avez fait l'honneur de présider ce jury et de juger mon travail.*

*Veillez accepter l'expression de mes sentiments les plus respectueux et de ma très profonde reconnaissance.*

**Monsieur le Professeur Jean-Daniel LALAU**

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

(Nutrition)

Chef du Service Endocrinologie, maladies métaboliques et nutrition

Pôle "Médico-chirurgical digestif, rénal, infectieux,  
médecine interne et endocrinologie" (D.R.I.M.E)

*Vous m'avez fait l'honneur de siéger dans ce jury et de juger mon travail.*

*Veillez accepter l'expression de mes sentiments les plus respectueux et de ma très profonde reconnaissance.*

**Monsieur le Professeur Fabrice WALLOIS**

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

(Physiologie)

Responsable du Groupe de Recherches sur l'Analyse Multimodale de la Fonction Cérébrale

Chef du Services d'Explorations Fonctionnelles du Système Nerveux Pédiatrique

Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques

*Vous m'avez fait l'honneur de siéger dans ce jury et de juger mon travail.*

*Veillez accepter l'expression de mes sentiments les plus respectueux et de ma très profonde reconnaissance.*

**Madame le Docteur Sophie TASSEEL-PONCHE**

Praticien Hospitalier des Universités

Médecine physique et de réadaptation

*Vous m'avez fait l'honneur de siéger dans ce jury et de juger mon travail.*

*Veillez accepter l'expression de mes sentiments les plus respectueux et de ma très profonde reconnaissance.*

**Monsieur le Docteur Cyril HAZIF-THOMAS**

Psychiatre des Hôpitaux-Psychogériatre

Chef de Service de Psychogériatrie

CHRU de Brest-Hôpital de Bohars

*Vous avez accepté de diriger ma thèse dont la source d'inspiration avait été puisée dans un de vos textes.*

*Veillez trouver ici l'expression de mes sentiments très respectueux et de ma profonde reconnaissance.*



*Cette étude est le fruit d'un travail collectif*

*Elle n'aurait jamais été réalisée sans la contribution de plusieurs personnes :*

*D'abord certes, des Médecins Coordonnateurs des EHPAD inclus qui ont adhéré avec enthousiasme à ce projet, qui ont fait leurs mes questionnements, avec qui j'ai longuement échangé et qui ont pris sur eux que tout se passe à merveille*

*Et puis des cadres et infirmières coordonnatrices qui se sont volontiers occupées des nombreuses questions d'organisation pratique d'une telle démarche qui ont toute difficulté anticipé tout de manière impeccable*

*Mais aussi des directeurs et du personnel administratif et soignant, des infirmières, des aides-soignantes, des agents qui chacun à son niveau ont apporté une aide précieuse : ont réglé un problème pratique, m'ont rendu un service, m'ont donné un avis, un témoignage, une information, un conseil, m'ont encouragé et réconforté. Je garde le souvenir du café chaud avec les petits gâteaux offerts par les veilleuses de nuit qui me réchauffait le cœur les soirs où je restais tard à consulter les dossiers*

*Je pense aussi aux psychologues qui ont si volontiers investi l'objet de cette étude et ont si promptement voulu aider*

*Evidemment c'est grâce aux infirmier/ères et aides-soignants qui ont participé aux entretiens en tant que soignants référents que cette riche information a été recueillie. Elles/ils ont dû souvent m'accorder leur pause, ou finir plus tard leur journée. On est souvent resté à discuter du patient alors que l'entretien-dirigé était terminé. Quand je les remerciais de leur participation ; leur réponse « c'était intéressant » fut ma plus grande récompense.*

*Ce travail est dédié aux personnes âgées qui y ont participé.*

*Je les remercie de m'avoir confié leur souffrance actuelle et passée*

*Je les remercie d'avoir partagé avec moi leurs souvenirs*

*Souvent dans le silence de leur chambre le temps s'immobilisait. Les figures sombres d'un ailleurs si proche, si lointain commençait à défiler. Les gazés et les trépanés de la première guère, les allemands, la déportation, le STO, l'évacuation.... envahissaient le temps et l'espace. Le cadre s'écoulait, il n'y avait plus d'entretien dirigé, plus d'enquête, plus de patient suivant. Il restait juste une mamie ou un papy, une petite-fille ici-ailleurs. Et un récit. Un récit lourd d'histoire. Qui véhiculait l'aventure humaine. A travers le temps*

*Remerciements*

*Je voudrais remercier chaleureusement*

*Messieurs Benjamin Macé et Alexandre Boutet de la BIUSanté pour leurs conseils bibliographiques*

*Mesdames les Docteurs Gabrielle Jones et Caroline Vanbockstael de l'ARS Picardie pour leurs conseils en épidémiologie*

*Monsieur Constantin Panos, statisticien pour ses conseils en statistiques*

*Ma sœur pour son aide au traitement de texte et aux représentations graphiques*

*L'ensemble de ma famille et notamment ma mère, ma sœur et ma tante Nouli pour leur soutien affectueux infailible et pour leur courage dans des circonstances difficiles*

*Admète* :.....Les vieux parlent en l'air, quand ils  
souhaitent mourir,

Ils maudissent leur âge, et une vie trop longue ;

Mais, que la mort s'approche, aucun ne veut

Mourir, et la vieillesse ne leur pèse plus.

EURIPIDE, *Alceste* [669-672] Trad. R.Biberfeld

*Électre* : ..... Cependant étends-toi sur ta couche,  
et ne te laisse pas aller à ce trouble et à ces terreurs  
subites, qui t'arrachent du lit. Reste en repos ; car,  
même en bonne santé, se croire malade est un  
tourment qui réduit à l'impuissance.

EURIPIDE, *Oreste* [314-315] Trad. M.Artaud

# T A B L E D E S M A T I E R E S

<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>15</b>
« SYMPTOME MEDICALEMENT INEXPLIQUE » : LE TERME ET LE CONCEPT.....	15
« SYMPTOMES MEDICALEMENT INEXPLIQUES » ET MEDECINE GENERALE .....	17
« SYMPTOMES MEDICALEMENT INEXPLIQUES » ET SUJETS AGES.....	18
L'OBJET DE CETTE ETUDE .....	19
<b>MATERIEL ET METHODES</b> .....	<b>20</b>
I. PLANNIFICATION DE L'ETUDE.....	20
❖ Définition (opérationnelle) du Symptômes Médicalement Inexpliqué.....	20
❖ Population étudiée .....	20
❖ Taille de l'Echantillon .....	20
❖ Composition de l'échantillon .....	21
❖ Procédure d'inclusion des EHPAD : échantillonnage aléatoire .....	21
❖ Procédure de sélection des 5 patients/EHPAD.....	22
❖ Phase préalable/préparation de l'étude.....	23
II. RECUEIL DES DONNEES .....	24
❖ Type de données .....	24
❖ Sources de recueil des données .....	24
❖ Grille de Recueil des données .....	25
❖ Mode de recueil des Données.....	25
❖ Traitement des données .....	26
<b>RESULTATS</b> .....	<b>27</b>
SOCIODEMOGRAPHIE DE L'ECHANTILLON ETUDIE .....	27
I. PARAMETRES SOCIODEMOGRAPHIQUES DE BASE.....	27
❖ Age et Sexe.....	27
❖ Situation Familiale.....	27
❖ Niveau éducatif.....	28
❖ Catégorie socio-professionnelle .....	28
❖ Lieu d'habitation avant l'entrée en EHPAD.....	29
II. L'ENTREE EN EHPAD.....	29
❖ Temps en EHPAD .....	29
❖ Motif d'entrée en EHPAD.....	29
❖ Initiative d'entrée en EHPAD .....	29
A. CARACTERES DES SYMPTOMES MEDICALEMENT INEXPLIQUES (SMI).....	30
AI. SMI: APPROCHE QUANTITATIVE .....	30
❖ Nombre de SMI manifestés par patient .....	30

AII. SMI: APPROCHE QUALITATIVE .....	31
❖ SMI répertoriés : La liste .....	31
❖ SMI: les plus fréquents .....	35
❖ SMI : Combinaisons .....	35
❖ SMI : Catégories anatomo-physiologiques (répartition) .....	36
❖ SMI : Les « Généraux ».....	38
❖ SMI : Les « prépondérants » .....	39
AIII. SMI: LES CARACTERES DE LA PLAINTE.....	41
❖ Première manifestation de la plainte corollaire (du SMI prépondérant) et contexte de celle-ci .....	41
❖ La plainte dans le temps .....	41
❖ Destinataire de la plainte .....	41
❖ Forme et contenu de la plainte.....	42
❖ Intensité moyenne de la plainte .....	43
❖ Impact de la Plainte sur les «principaux traits comportementaux » du patient .....	43
❖ Plainte et soignant : la réponse apportée .....	44
B. PROFIL DES SUJETS PRESENTANT DES SYMPTOMES MEDICALEMENT INEXPLIQUES .....	45
BI. COMPORTEMENT- HISTOIRE ET MODE DE VIE.....	45
❖ Evènements de vie traumatisants.....	45
❖ Traits comportementaux.....	45
❖ Mode de vie et relations en EHPAD .....	46
❖ Relations du patient avec le personnel et les autres résidents .....	46
BIi. PROFIL MEDICAL ET PSYCHIATRIQUE .....	47
❖ Fonctions Cognitives –Degré de Dépendance- Autonomie Motrice –Handicap... ..	47
❖ Evolution récente de pathologie chronique .....	47
❖ Evènements médicaux actuels .....	47
❖ ATCD Psychiatriques .....	48
<b>DISCUSSION .....</b>	<b>49</b>
SOCIODEMOGRAPHIE DE L'ECHANTILLON ETUDIE .....	49
❖ SMI et sexe .....	49
❖ SMI et âge .....	51
❖ SMI et situation familiale .....	51
❖ SMI et niveau éducatif/socio-professionnel .....	51
A. CARACTERES DES SYMPTOMES MEDICALEMENT INEXPLIQUES (SMI).....	52
AI. SMI: approchE quantitative .....	52
❖ Nombre de SMI manifestés par patient .....	52

AII. SMI: APPROCHE QUALITATIVE .....	53
❖ Nature des SMI enregistrés : hétérogénéité.....	53
❖ Fréquence des SMI .....	54
❖ Fréquence des SMI prépondérants .....	55
AIII. SMI: LES CARACTERES DE LA PLAINTE.....	56
<b>B. PROFIL DES SUJETS PRESENTANT DES SYMPTOMES MEDICALEMENT INEXPLIQUES .....</b>	<b>57</b>
BI. COMPORTEMENT- HISTOIRE ET MODE DE VIE.....	57
❖ SMI et évènements de vie traumatisants .....	57
❖ SMI et traits comportementaux .....	57
Bi. PROFIL MEDICAL ET PSYCHIATRIQUE .....	59
<b>CONCLUSIONS.....</b>	<b>60</b>
<i>L'ETUDE : AVANCEE – LIMITES - PERSPECTIVES .....</i>	<i>62</i>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>64</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>69</b>
ANNEXE I .....	70
ANNEXE II.....	72
ANNEXE III .....	87

# I N T R O D U C T I O N

## « SYMPTÔME MÉDICALEMENT INEXPLIQUÉ » : LE TERME ET LE CONCEPT

Si le terme ci-dessus avait la forme d'un objet représenté sur toile, le tableau porterait probablement la légende « ceci n'est pas un diagnostic ». En effet, ce terme a justement la particularité de désigner des manifestations pathologiques auxquelles aucun diagnostic n'a été posé. En plus, il s'agit d'un terme fort controversé : certains auteurs l'auraient volontiers remplacé par une variante -telle que « symptômes somatiquement inexplicés » ou « symptômes somatiques incomplètement expliqués »-[1] alors que d'autres le dénigrent en le déconstruisant [2] Bien que le phénomène qu'il évoque est fréquent et important [3] ; il s'avère que « la médecine –notamment occidentale- a du mal à le nommer, conceptualiser, classifier » [4]. Il est intéressant de noter que le terme de « symptômes médicalement inexplicés » ne fait pas partie des 60000 termes du Dictionnaire Médical de l'Académie de Médecine. Le Royal College of Psychiatrists propose la définition suivante : il s'agit de « plaintes somatiques persistantes, qui ne disposent pas d'étiologie médicale facilement reconnaissable. Cependant, la douleur, l'anxiété et les autres symptômes sont réels et source de détresse ». Ce terme est courant en littérature médicale anglo-saxonne (« medically unexplained symptoms ») mais il l'est moins en France où le terme de « symptôme fonctionnel » lui est souvent préféré. Ce dernier a longtemps été utilisé pour différencier les pathologies à caractère uniquement physiopathologique –avec en plus une composante psychogénétique- de celles comportant des lésions organiques. Certes les deux termes ne sont pas superposables et il y a un glissement sémantique. Néanmoins, des auteurs comme P. Cathébras les utilisent de manière interchangeable.[5] Cathébras souligne aussi que le terme de « symptôme fonctionnel » ayant moins de mauvaises connotations est peut-être mieux accepté par les patients [6][5] Il paraît que le terme de « psychosomatique » encore plus éloigné de celui de « symptômes médicalement inexplicés », est aussi de temps en temps utilisé à la place de ce dernier notamment par les médecins généralistes [7]

L'histoire du concept de « Symptôme Médicalement Inexpliqué » commence avec la 3<sup>ème</sup> édition du Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders (DSM III) et l'introduction des « Troubles Somatoformes » à la place des anciens « Troubles psychophysiologiques spécifiques des différents organes » [8]. Suivant le DSM III les Troubles Somatoformes sont caractérisés par la présence de « symptômes somatiques qui évoquent des pathologies somatiques (d'où le terme de Somatoformes), alors qu'il n'existe pas de résultats d'examens mettant en évidence une anomalie organique ou l'implication de

mécanismes physiologiques connus » [9] L'apparition de ces symptômes serait liée à de facteurs psychologiques ou à des conflits. On y trouvait les entités nosologiques suivantes : le Trouble Somatisation, le Trouble Conversion, l'Hypocondrie, la Douleur Psychogène et le Trouble Somatoforme Atypique.

Le DSM IV conserve la catégorie des Troubles somatoformes où continuent à être classés : le Trouble Somatisation, le Trouble Conversion et l'Hypocondrie. Le Trouble Douloureux remplace la Douleur Psychogénique et le Trouble Somatoforme indifférencié remplace le Trouble Somatoforme atypique. Le DSM se positionne de manière bien plus réservée en ce qui concerne le rôle étiologique des facteurs psychologiques et met l'accent sur le diagnostic différentiel, la détresse associée et les répercussions fonctionnelles. Les troubles somatoformes ont fait l'objet de nombreuses critiques notamment en ce qui concerne la pertinence des entités nosologiques qui y étaient classées. Par exemple, dans le cas du Trouble Somatisation, rares étaient les patients susceptibles de remplir les critères diagnostiques, tels qu'ils étaient définis. Par conséquent, le très grand nombre des patients ne remplissant pas les critères du Trouble Somatisation étaient tous classés à une même catégorie, celle du Trouble Somatoforme Indifférencié [4] Ce type de répartition des patients ne rendait pas compte du continuum existant entre ceux ayant des symptômes nouveaux, non persistants et ceux remplissant les critères du Trouble Somatisation [10]

Le concept de « Symptôme Médicalement Inexpliqué », introduit initialement avec les Troubles Somatoformes, s'en est par la suite autonomisé. Il est sorti du champ psychiatrique et adopté par d'autres disciplines médicales. Ainsi, il peut apparaître isolé –comme on le rencontre souvent en Médecine Générale- ou agrégé en Syndrome Fonctionnel ; les différentes spécialités médicales en décrivent au moins un.[5] Ainsi, la fibromyalgie, la colopathie fonctionnelle, les algies pelviennes idiopathiques, les algies thoraciques non coronariennes, le syndrome d'hyperventilation, les céphalées de tension qu'ils soient considérés comme des syndromes fonctionnels indépendants l'un de l'autre[11] ou comme expressions variées d'un même syndrome fonctionnel général unique [12] ils sont définis à partir du « symptôme médicalement inexpliqué ».

L'introduction de ce concept a stimulé la recherche et contribué à une meilleure compréhension de la clinique des troubles de ce type [13] Une partie de cette production scientifique semble avoir été favorisée par la réintroduction du concept de somatisation presque en même temps que le DSMIII. [14]. Ce concept d'imprégnation psychanalytique et initialement introduit par Stekel en 1943 [14] est défini par Lipowski dans les années 80 comme « tendance du patient à ressentir et à communiquer sa souffrance psy sous forme de symptômes somatiques qu'il croit signifier une maladie grave et à demander de l'aide

médical »[15] Le symptôme médicalement inexpliqué est considéré comme la première forme de somatisation [14]

Pour la Psychiatrie-ou au moins pour la classification psychiatrique-,l' histoire du « symptôme médicalement inexpliqué » se termine avec la 5<sup>ème</sup> Edition du Diagnostic and Statistic Manual or Mental Disorders : La catégorie des Troubles Somatoformes a été remplacée par celle du Symptôme Somatique et troubles associés. Il a été considéré que 'une entité nosologique psychiatrique ne pouvait être définie à partir d'une absence de diagnostic médical, comme c'était le cas pour le « symptôme médicalement inexpliqué ». L'accent a été mis non pas au symptôme lui-même mais à la manière dont il est perçu et interprété par le malade. Le concept central de la nouvelle catégorie est la préoccupation du patient de symptômes somatiques à laquelle s'associent une détresse et un dysfonctionnement importants. [16]

### **« SYMPTOMES MEDICALEMENT INEXPLIQUES » ET MEDECINE GENERALE**

Défendant la pertinence du concept de « symptôme médicalement inexpliqué » W. Hiller et W Rief écrivaient que du moment où il s'agit d'un problème si souvent rencontré, on a besoin d'outils nous permettant de différencier le normal du pathologique. [13] Comme le remarquent plusieurs auteurs, les « symptômes médicalement inexpliqués » présentent la particularité suivante : alors qu'il revient à la psychiatrie de les définir et de les classer, ce sont en premier lieu les généralistes et puis les autres spécialités non psychiatriques qui sont confrontés au quotidien aux patients manifestant des symptômes de ce type. Et ceci n'a pas changé, malgré les modifications introduites par la dernière édition du DSM.

Bien que les données épidémiologiques varient beaucoup d'une étude à l'autre, il est généralement accepté que plus d'un tiers des motifs de consultation en soins primaires, reste inexpliqué même après une exploration complète [17] [18].

La consultation avec un patient présentant des « symptômes médicalement inexpliqués » est difficile et source d'angoisse aussi bien pour le patient que pour le médecin et met à l'épreuve leur relation [19]

Par ailleurs, il paraît que le modèle médico-psycho-social dans lequel s'inscrit la pratique quotidienne en médecine ambulatoire crée un cadre favorable pour la prise en charge des patients manifestant des symptômes médicalement inexpliqués et ceci malgré différentes difficultés et limites mise en évidence par la recherche récente [19][20]

Comparativement au volume des travaux consacrés à l'étude des « symptômes médicalement inexpliqués » en population générale et dans différentes parties de la population, la question du symptôme médicalement inexpliqué chez le sujet âgé a été étudiée très peu. Les sujets âgés sont généralement exclus des études. Le principal argument avancé évoque leur terrain souvent poly-pathologique auquel seraient probablement rattachés les symptômes exprimés ce qui risquerait d'introduire des biais. [21]

Par ailleurs, la prévalence des « symptômes médicalement inexpliqués » selon différentes études menées en soins primaires, ne semble pas augmenter avec l'âge comme on l'aurait cru [22]. Pour P.Cathebras, ceci pourrait éventuellement traduire le fait que les affects dysphoriques diminuent avec l'âge (névrotisme) [23] Mais il trouve aussi plausible l'hypothèse d'une « attribution fallacieuse, de tous les symptômes somatiques aux pathologies organiques concomitantes » chez le sujet âgé. Cathébras souligne aussi qu'une prévalence décroissante serait incompatible avec des postulats de base de la théorie de somatisation

Par ailleurs, cette conception des « symptômes médicalement inexpliqués » comme phénomène plutôt rare chez le sujet âgé ne fait pas l'unanimité. Des travaux menés en psychiatrie du sujet âgé, et abordant la question en dehors du cadre classificatoire du DSM aboutissent à des conclusions différentes. Sous un angle psychanalytique une position hypocondriaque est considérée accompagner souvent la crise narcissique du vieillissement [24] [25] Dans une revue de littérature sur la prévalence de l'Hypocondrie chez les sujets âgés Hazif Thomas et Thomas soulignent le caractère disparate des résultats. Néanmoins, en ce qui concerne l'hypocondrie secondaire à d'autres affections psychiatriques, ils concluent que le grand âge semble en être nettement plus concerné. Un autre élément intéressant est la différence frappante constatée quand on compare la prévalence de l'hypocondrie chez les sujets âgés et en institution. Une étude de Barsky et al [26] retrouve une prévalence de 33% en institution. [24]

## L'OBJET DE CETTE ETUDE

La question des « Symptômes Médicalement Inexpliqués » chez le sujet âgé semble particulièrement intéressante pour les raisons évoqués ci-dessus. Par ailleurs, avec l'augmentation de l'espérance de vie, les problématiques du sujet âgé sont au centre d'intérêt du généraliste qui est le premier à y être confronté. Certes, l'ensemble de la population âgée en est concernée et non pas seulement la sous-population résidant en EHPAD qu'on a choisi d'étudier. Or, on considère que la partie de la population résidant en EHPAD n'est pas comparable à l'ensemble de la population âgée sur plusieurs plans (dépendance, évènements de vie ayant motivé l'entrée en EHPAD, mode de vie en EHPAD, isolement). Ainsi, pour des raisons de rigueur méthodologique, on a été amené à faire un choix. On a choisi de mener cette étude en EHPAD pour les raisons suivantes :

- L'EHPAD offrait un cadre privilégié pour mener une étude comme celle-ci car on peut y trouver rassemblés des données de différent type et issus de différentes sources sur un même patient : dossiers médicaux, données socio-administratif, témoignage du patient lui-même, témoignage du personnel soignant sur le patient (qu'en général connaît très bien à force de l'observer quotidiennement)
- Le cadre de l'EHPAD nous permettrait éventuellement de contourner un problème auquel se heurtent, généralement, les études menées en médecine ambulatoire : le décalage entre « symptôme », « gêne » ressenti et exprimé et « symptôme » pour lequel on consulte.
- A notre connaissance, il n'y a pas d'étude sur ce sujet menée en EHPAD

L'étude menée est une étude descriptive qui se propose d'étudier :

- les caractères descriptifs des Symptômes Médicalement Inexpliqués et ceux de la plainte.
- le profil médical et socio-psychologique des personnes présentant ces symptômes

Les données sur chaque patient seront recueillies conjointement à partir de trois sources :

- a) Le témoignage du soignant-référent sur le patient (au moyen d'un entretien dirigé)
- b) Le témoignage du patient (au moyen d'un entretien dirigé)
- c) La consultation du dossier médical du patient

# M A T E R I E L E T M E T H O D E S

Etude descriptive, menée dans les 3 départements de la Picardie, auprès d'une population âgée résidant en EHPAD dans le but d'étudier les caractères des Symptômes Médicalement Inexpliqués (SMI) et le profil médical, psychologique et social des patients qui manifestent ces symptômes.

## I. PLANNIFICATION DE L'ETUDE

### ❖ Définition (opérationnelle) du Symptômes Médicalement Inexpliqué

La définition retenue pour les besoins de cette étude est celle utilisée au sein du Système Nationale de Santé (NHS) britannique : «Les Symptômes Médicalement Inexpliqués sont des plaintes somatiques persistantes pour lesquelles la réalisation des examens appropriés n'a pas révélé de pathologie connue organique ou autre qui puisse les expliquer suffisamment »

### ❖ Population étudiée

Personnes âgées résidant dans une EHPAD de Picardie (depuis au moins 6 mois) et manifestant des Symptômes Médicalement Inexpliqués (SMI) depuis au moins 6 mois.

#### Critères de définition de la population :

- La durée de séjour en EHPAD >6 mois : pour tenir compte de la période d'adaptation, généralement difficile et émotionnellement chargée
- La durée des SMI > 6 mois : pour assurer le caractère persistant des troubles

### ❖ Taille de l'Echantillon

On a calculé la taille de l'échantillon pour une population de taille considérée inconnue à partir de la formule suivante :  $t^2 \times p(1-p)/m^2$  (t=niveau de confiance; m= marge d'erreur; p=prévalence estimative).

En population générale, malgré la grande disparité des résultats des différents travaux, une forme de consensus semble exister autour d'une prévalence des SMI à 0.3. La prévalence chez les sujets âgés n'est pas connue avec exactitude. Néanmoins, différentes études en soins primaires concluent qu'elle serait égale ou inférieure à celle de la population générale. On a alors admis une prévalence des SMI à  $p=0.3$  pour une population âgée ;

La taille de l'échantillon a ainsi été calculée à au moins 81 individus pour un niveau de confiance(t) à 95%, une marge d'erreur (m) à 0,1 ;

(l'utilisation de la formule pour population de taille connue, a confirmé ce résultat : si on estime à environ 16000 la population des résidents en EHPAD en Picardie -15 822 places en EHPAD autorisées au 31/12/2011-, le calcul de la taille de l'échantillon confirme notre résultat)

### ❖ **Composition de l'échantillon**

On a formé un échantillon de 85 personnes âgées provenant de différents EHPAD de la Picardie.

Un nombre équitable de résidents inclus/EHPAD était souhaitable pour éviter les biais potentiellement induits par des différences inter-EHPAD. Ce nombre a été fixé à 5. Ainsi, on a inclus 17 EHPAD et 5 résidents/ EHPAD ( $17 \times 5 = 85$ )

Cette composition cherchait un compromis entre a) probabilité de respecter le recrutement équitable/EHPAD et b) la faisabilité de l'étude: Ainsi, on a considéré que

- a) pour une prévalence à 0.3 le recrutement de 5 patients/EHPAD semblait relativement facile même pour des structures à relativement faible capacité d'accueil
- b) l'inclusion de plus de 17 EHPAD afin de diminuer le nombre de sujets inclus/EHPAD aurait augmenté disproportionnellement les exigences en matière d'organisation pratique ce qui semblait risqué, notamment dans les délais restreints prévus :

Le nombre de 5 patients/EHPAD qu'on avait planifié a été respecté dans le cas de 15 EHPAD : comme il y a eu un EHPAD où on n'a pu inclure que 4 patients il a fallu en inclure 6 dans la une autre.

### ❖ **Procédure d'inclusion des EHPAD : échantillonnage aléatoire**

Les 17 EHPAD inclus ont été sélectionnés par échantillonnage aléatoire à partir de 192 établissements d'hébergement pour personnes âgées en Picardie. Il s'agissait de structures qui accueillent des résidents avec différents niveaux d'autonomie (autonomes, semi-dépendants, dépendants); désignées globalement par l'acronyme EHPAD; et correspondent aux Maisons de Retraite et Maisons de Retraite Médicalisées de l'ancienne appellation. (Les foyers-logements et les USDL avaient été préalablement exclus).

On a utilisé un logiciel GNA (Générateur de Nombres Aléatoires) après avoir numéroté les 192 structures d'hébergement de 1 à 192. 30 structures avaient ainsi été sélectionnées initialement pour anticiper d'éventuels refus de participation. En effet, on a été confronté à 9 refus. Motifs de refus : a) dans 7 cas il était d'ordre administratif, organisationnel ou pratique (p ex : procédure compliquée pour avoir le consentement de la direction, effectifs réduits en

période estivale, structure ne disposant pas de médecin coordonnateur etc.). b) dans un cas, il était dû à la non présence de résidents manifestant des SMI dans la structure. c) un cas d'opposition de principe à des études de recherche a aussi été enregistré.

Les 17 structures incluses finalement dans l'échantillon se situaient dans 17 communes différentes, réparties sur l'ensemble du territoire picard. Leur répartition par département était la suivante :

⇒ 6 dans la Somme ; 7 dans l'Oise ; 4 dans l'Aisne

⇒ milieu urbain/rural : 10/7

⇒ établissements publics/privés/PNL : 8/6/3

Leur capacité d'accueil variait de 48 à 200 résidents pour une moyenne de 80 résidents/EHPAD

#### ❖ Procédure de sélection des 5 patients/EHPAD

Les sujets inclus dans l'étude devaient remplir les critères suivants :

- ◆ vivre en EHPAD depuis > 6 mois
- ◆ présenter des Symptômes médicalement inexpliqués depuis > 6 mois
- ◆ avoir un niveau cognitif leur permettant une communication verbale relativement fluide. :

Un score < 19 à un MMSE réalisé au cours des 12 derniers mois constituait un critère d'exclusion. Ceci a été jugé nécessaire pour éviter la confusion potentiellement induite par des plaintes somatiques exprimées dans le cadre de pathologies démentielles.

Dans chaque EHPAD, la sélection des patients à inclure dans l'étude se faisait par le Médecin Coordonnateur de la structure après qu'il ait pris connaissance : a) de l'objectif et du contenu de l'étude ; b) de la définition opérationnelle du terme de « symptômes médicalement inexpliqués » c) des critères d'inclusion. En cas de nombre de résidents remplissant les critères d'inclusion > à 5, le choix était entièrement confié au médecin coordonnateur. On évitait de discuter ce choix avec lui afin de ne pas introduire implicitement des biais de chercheur. Dans le cas de deux structures ne disposant pas de médecin coordonnateur, les patients à inclure nous ont été désignés par la cadre de santé, la psychologue et l'infirmière coordinatrice.

### ❖ Phase préalable/préparation de l'étude

Pour chacun des EHPAD inclus dans l'échantillon, le médecin coordonnateur avait d'abord été contacté par courriel. Ce premier contact était suivi d'une communication téléphonique qui permettait de fixer un rendez-vous en vue d'une présentation des objectifs et du contenu de l'étude.

Lors de cette rencontre,

- a) le médecin coordonnateur prenait connaissance :
  - de la définition des SMI retenue pour les besoins de cette étude (lui était présentée par écrit)
  - des critères d'inclusion des patients à l'étude
  - des outils utilisés pour le recueil des données (grille de recueil de données par écrit)
- b) différents aspects pratiques et d'organisation en rapport avec la réalisation de l'étude au sein de l'EHPAD étaient discutés. La date où l'étude allait être menée dans l'établissement était fixée.
- c) dans certains cas, le contenu de l'étude était aussi présenté au directeur et/ou au cadre de santé de l'EHPAD.
- d) des feuilles d'information sur l'étude (signées) destinées aux participants et des feuilles de consentement de participation, (à utiliser notamment dans le cas de participants sous tutelle), étaient mis à la disposition de la structure (voir Annexe I).

Le médecin coordonnateur se chargeait de préparer la liste des 5 résidents qui allaient être inclus à l'étude. Cette liste nous était remise le jour de l'étude. Le cadre de santé et/ou la psychologue s'occupaient de l'obtention du consentement du patient et/ou du tuteur quand il le jugeaient nécessaire.

## II. RECUEIL DES DONNEES

### ❖ Type de données

Ce travail s'est donné comme objectif de décrire, pour l'échantillon étudié :

A) *Les caractères des SMI*

B) *Différents traits- médicaux, sociaux et psychologiques- qui caractérisent les sujets présentant des SMI au sein de notre échantillon*

A) Les données recueillies permettant de décrire *les caractères des SMI* comportaient :

- *nombre des SMI* actuellement présentes
- *nature des SMI* : description du symptôme (propos du patient)
- *SMI qui préoccupe* le plus le patient (SMI prépondérant)
- *caractères de la plainte* exprimée par le patient en rapport avec le SMI prépondérant ( : contexte d'apparition, fréquence journalière-hebdomadaire, intensité, impact de l'apparition de la plainte sur le comportement du patient, réponse du personnel à la plainte du patient)
- information sur la présence de *plaintes analogues dans le passé*.

B) Les données recueillies permettant de décrire *le profil médical, psychologique et sociologique du patient* comportaient :

- *profil médical* : pathologies chroniques sous traitement ; aggravation de pathologies chroniques ou nouvelles pathologies récemment ; handicaps non compensables ; problèmes de santé actuels préoccupants ; symptôme médicalement expliqués ; ATCD psychiatriques et pathologies Psychiatriques actuels
- *profil social /psychologique* : histoire de vie/événements traumatisants ; traits principaux du comportement du patient ; mode de vie à l'EHPAD et sociabilité

### ❖ Sources de recueil des données

Pour chaque patient inclus, on a recueilli des données issues de 3 sources différentes :

a) *le patient lui-même*

b) *son soignant* référent ou en cas d'absence un autre soignant qui le connaissait bien

c) *le dossier médical du patient*

On a recueilli :

a) *auprès du patient* : son histoire de vie, motif d'entrée en EHPAD, présence de SMI dans de précédentes périodes de sa vie

b) *auprès du soignant* : SMI dont se plaint actuellement le patient ; quel est le SMI prépondérant ;

Les caractères de la plainte ; Information sur le comportement du patient ; et sur son mode de vie actuel

c) *du dossier médical* : ses ATCD, ses problèmes actuels, l'exploration faite pour chacun des SMI.

#### ❖ **Grille de Recueil des données**

Une Grille de Recueil des Données avait été construite par nos soins.

Elle comportait 3 volets : Rouge, Bleu et Vert pour le recueil des données auprès du patient ; soignant et dossier médical respectivement

Elle apparaît en Annexes II

#### ❖ **Mode de recueil des Données**

Le recueil des Données a été effectuée par nous-mêmes. Il comportait trois temps :

- ◆ Un entretien-dirigé avec le soignant
- ◆ Un entretien-dirigé avec le patient
- ◆ La consultation du dossier médical

Le plan d'entretien-dirigé aussi bien avec le patient qu'avec le soignant apparaît en Annexes III

Au sujet de l'entretien avec le soignant :

Une grande partie de l'information recueillie est issue de l'entretien avec le soignant. En effet, de par les fonctions qu'exerce, le personnel soignant au sein d'une EHPAD acquiert, de manière inhérente, un statut d'observateur privilégié et accumule au fil du temps une variété d'informations sur chaque résident.

On a attaché beaucoup d'importance notamment à la partie de l'entretien qui concerne la description des SMI manifestés par le patient. Tout d'abord il avait été demandé au soignant qu'il évoque les SMI du patient en utilisant dans la mesure du possible ses propres mots. On avait aussi demandé au soignant de justifier, pour chaque symptôme cité, pourquoi il le considérait comme médicalement inexplicé. Dans le cas où la justification n'était pas

claire tout comme dans le cas où il y avait une composante médicalement expliquée dans le symptôme cité, le symptôme n'était pas enregistré. Il est à noter que la définition du SMI retenue pour cette étude était présentée au soignant juste avant l'entretien et il l'avait sous les yeux, sur papier, tout au long de l'entretien

#### ❖ **Traitement des données**

Le logiciel Excel a été utilisé pour le traitement des données

# RESULTS

On a étudié un échantillon de 85 sujets (N= 85) résidant en EHPAD (en Picardie) depuis au moins 6 mois et manifestant des Symptômes Médicalement Inexpliqués depuis au moins 6 mois également.

## SOCIODEMOGRAPHIE DE L'ÉCHANTILLON ETUDIÉ

### I. PARAMETRES SOCIODEMOGRAPHIQUES DE BASE

#### ❖ Age et Sexe

Notre échantillon comportait 67 femmes (79%) et 18 hommes (21%)

L'âge variait entre 60 et 98ans ; l'âge moyen étant de 86 ans

Le tableau ci-dessous (tab Ia) présente la répartition de notre échantillon par sexe et par tranche d'âge.

AGE	<70		70 - 80		80 - 90		≥90		Total	
SEXE	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
HOMMES	4	5%	3	4%	8	9%	3	4%	18	21%
FEMMES	6	7%	10	12%	26	31%	25	29%	67	79%
Total	10	12%	13	15%	34	40%	28	33%	85	100%

#### ❖ Situation Familiale

Le tableau ci- dessous (tab Ib) présente la répartition de notre échantillon selon le sexe et la situation familiale.

SITUATION FAMILIALE	Marié/e		Veuf/ve		Divorcé/e		Célibataire		Total	
SEXE	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
HOMMES	1	1%	8	9%	1	1%	8	9%	18	21%
FEMMES	4	5%	50	59%	4	5%	9	11%	67	79%
Total	5	6%	58	68%	5	6%	17	20%	85	100%

- 66 sujets (78%) avaient au moins un enfant ou petit-enfant en vie
- 28 sujets (33%), au moins un membre de leur famille proche habitait à <20km

### ❖ Niveau éducatif

Vu l'âge moyen élevé de notre échantillon, on a choisi l'obtention du Certificat d'Etudes Primaires (CEP) comme variable à 3 modalités opérationnalisant le niveau éducatif. Les 3 modalités sont: a) niveau < CEP (non obtention ; b) niveau = CEP (obtention du CEP et arrêt de la scolarité) c) niveau > CEP (obtention du CEP et continuation de la scolarité).

Le tableau ci-dessous (tab Ic) présente la répartition de notre échantillon selon sexe et le niveau éducatif (<CEP ; =CEP ; >CEP)

NIVEAU EDUCATION	< CEP		= CEP		>CEP		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
HOMMES	6	7%	7	8%	5	6%	18	21%
FEMMES	16	19%	35	41%	16	19%	67	79%
Total	22	26%	42	49%	21	25%	85	100%

On note que presque tous les sujets ayant un niveau>CEP avaient continué leur scolarité pendant un ou deux ans, le plus souvent à une Ecole Ménagère. La plupart du temps ils n'avaient pas eu d'autre diplôme après le CEP. Il n'y avait que 3 sujets qui étaient diplômés de l'Enseignement Supérieur.

### ❖ Catégorie socio-professionnelle

La composition de notre échantillon figure sur le graphique ci-dessous (graph I.1) Dans le cas des sujets ayant exercé plusieurs métiers, c'est le plus longuement exercé qui a été pris en compte dans cette répartition



*Note* : Catégorie «employés» : c'est la sous-catégorie «personnel des services directs aux particuliers et catégorie apparentés» qui est de loin la plus représentée

❖ **Lieu d'habitation avant l'entrée en EHPAD**

- Avant d'entrer en EHPAD, 47 sujets (55%) habitaient en milieu rural et 38 (45%) en milieu urbain. (commune d'au moins 2000 habitant, selon la définition de l'Insee)
- 40 sujets (47%) se trouvaient dans une structure à < 20km de leur lieu d'habitation précédant.

II. L'ENTREE EN EHPAD

❖ **Temps en EHPAD**

Le tableau ci-dessous (tab II.a) présente la répartition de notre échantillon en fonction du temps écoulé depuis l'entrée en EHPAD (3 modalités) :

TEMPS ENTRÉE	< 1 an		1-4 ans		> 4 ans		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Total	14	16%	48	56%	23	27%	85	100%

❖ **Motif d'entrée en EHPAD**

Le tableau ci-dessous (tab II.b) présente la répartition de notre échantillon par catégorie de motif d'entrée (3 modalités)

MOTIF ENTRÉE	Autonomie ↓ Progressive		Autonomie ↓ Brutale		Autre Motif		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Total	37	44%	24	28%	24	28%	85	100%

La catégorie « Autre motif » regroupe notamment : a) les cas de décès récent du conjoint, b) des célibataires âgés, c) le cap des 60 ans pour les patients psychiatriques institutionnalisés

❖ **Initiative d'entrée en EHPAD**

- Il y a trois cas de figure : démarche entamée par a) le résident lui-même ; b) un membre de sa famille ; c) une instance médicale
- Le tableau ci-dessous (tab II.c) présente la répartition de notre échantillon par cas de figure :

DEMARCHE ENTRÉE	Résident lui-même		Membre de famille		Instance médicale		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Total	22	26%	28	33%	35	41%	85	100%

## A. CARACTERES DES SYMPTOMES MEDICALEMENT INEXPLIQUES (SMI)

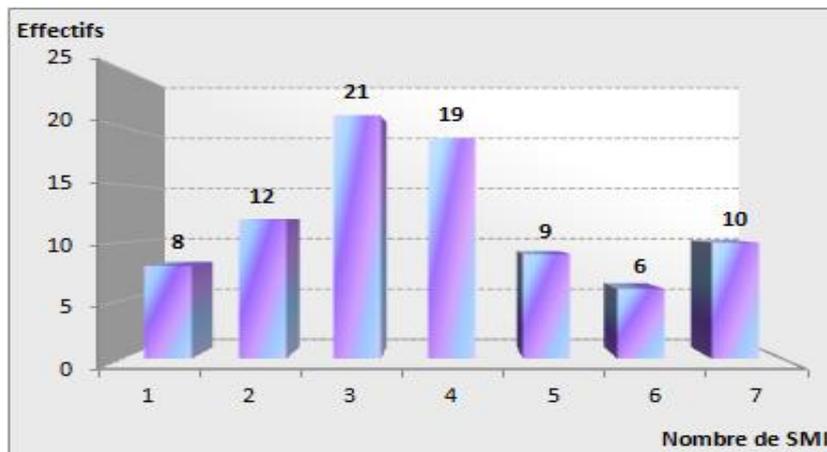
### AI. SMI: APPROCHE QUANTITATIVE

322 plaintes médicalement inexpliquées, en tout, ont été dénombrées au sein de notre échantillon.

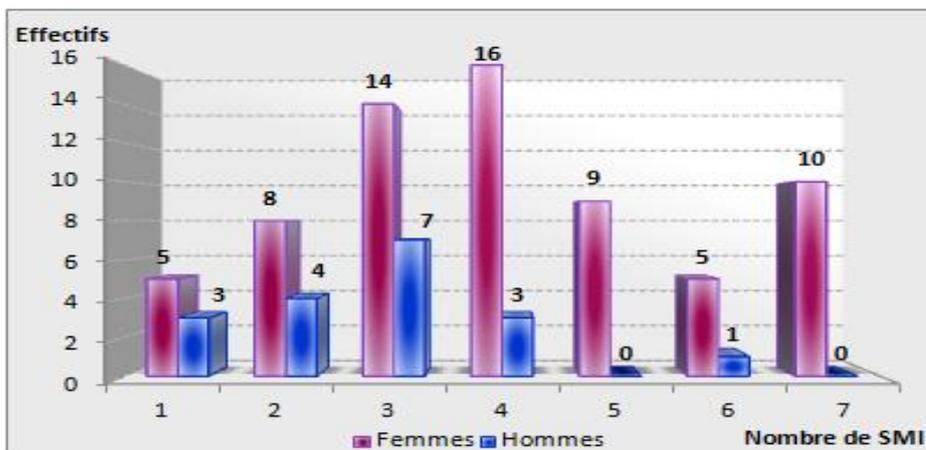
#### ❖ Nombre de SMI manifestés par patient

- Le nombre des SMI / sujet (patient) variait de 1 à 7

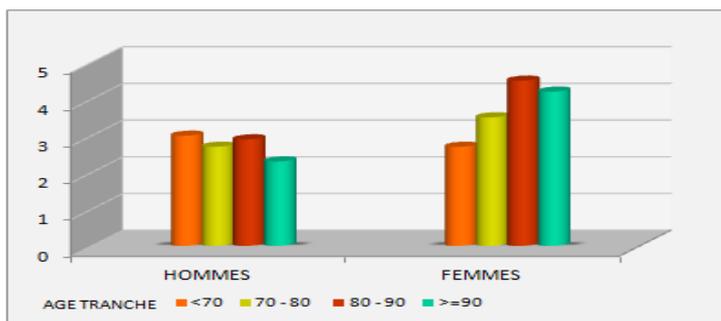
Le graphique ci-dessous (graph AI.1) montre la répartition de notre échantillon selon le nombre n des SMI exprimés/ patient.



Le graphique ci-dessous (graph AI.2) présente la répartition des deux sous-groupes (masculin et féminin) issus de notre échantillon selon le nombre des SMI/ sujet.



Le graphique ci-dessous (graph AI.3) montre le nombre moyen des SMI exprimés par sujet en fonction de la tranche d'âge chez les hommes et les femmes séparément



Le tableau ci-dessous (AI.a) montre l'âge moyen de chacun de 3 sous-groupes suivants : sujets manifestant 1 seul SMI ; sujets avec 2-4 SMI ; sujets avec 5 ou plus SMI

NOMBRE DE SMI	1	2-4	>=5
AGE MOYEN	82	84,5	86,7

## AII. SMI: APPROCHE QUALITATIVE

On a recensé 322 plaintes médicalement inexplicées chez les 85 patients inclus dans notre échantillon. Pour chaque plainte on a enregistré les propos du patient tels qu'ils nous ont été transmis par son soignant-référent.<sup>1</sup>

Ensuite, on a regroupé les expressions verbales complètement ou partiellement identiques ou encore similaires, considérant qu'elles rendent compte du même Symptôme Médicalement Inexpliqué. On a ainsi répertorié 92 SMI (différents) manifestés au sein de notre échantillon.

### ❖ SMI répertoriés : La liste

Le tableau ci-dessous (tabAII.A) présente la liste des 92 SMI exprimés par nos patients.

Les 92 SMI y sont classés en 8 catégories et 21 sous-catégories dans une logique anatomo-physiologique. Chaque catégorie apparaît dans une couleur différente et on a utilisé les nuances de chaque couleur pour différencier les sous-catégories d'une même catégorie.

On a voulu conserver les variantes de formulation qu'on a rencontrées pour chaque SMI. Ainsi, une partie de phrase (formulation) utilisée par certains patients pour exprimer leur symptôme, alors qu'elle ne l'est pas par d'autres, apparaît dans le tableau entre [ ] précédée du signe +/-

<sup>1</sup> (on avait demandé au soignant-référent de mentionner les SMI dont se plaignait le patient en conservant dans la mesure du possible ses propres termes, ceux par lesquels il exprimait sa plainte

Dans le cas des SMI qui apparaissent en italiques, la description du SMI se fait par le soignant (et non pas par le patient lui-même)

Certains SMI apparaissent sur la liste en surlignage. Il s'agit des SMI retenus comme prépondérants <sup>2</sup>

### LISTE DES SYMPTOMES MEDICALEMENT INEXPLIQUES (SMI)

<b>G E N E R A U X</b>	<b>Mauvais état général</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Je ne me sens pas bien</li> <li>- Je me sens faible</li> <li>- Je n'ai pas de force</li> <li>- Je me sens diminuée</li> <li>- Je suis fatigué [+/-c'est la veillesse], [+/-avec toute ce contrariété]</li> <li>- Je suis en train de mourir, je m'éteins</li> </ul>
	<b>Affaiblissement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Chez moi ça se dégrade/ca ne vas pas du tout / rien ne va/ je vais de moins en moins bien</li> <li>- Je suis foutue, je ne vais pas bien [+/-je vais mourir]</li> <li>- Aggravation ou crainte d'aggravation de son état attribuée à une prise en charge insuffisante ou inadéquate</li> <li>- Je ne vais pas bien [+/- j ai peut être un cancer]</li> </ul>
	<b>Sommeil</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Je ne dors pas bien</li> <li>- Je n ai pas dormi de la nuit</li> <li>- Je dors très peu</li> </ul>
	<b>Appétit /poids/ nourriture</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Je n'ai pas d'appétit</li> <li>- J'ai perdu l'appétit/ Je ne mange plus</li> <li>- Je suis en hypoglycémie, il faut que je mange quelque chose tout de suite/ je suis en hyperglycémie</li> <li>- J'ai perdu du poids [+/-ca se voit]</li> <li>- La nourriture ne me convient pas –ce qui empire ma maladie (mes problèmes)</li> <li>- On ne mange pas bien ici et ça vous rend malade</li> <li>- La nourriture me donne des aphtes</li> </ul>
	<b>Thermo régulation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Porte plusieurs pulls –même sous la canicule- refuse qu'on les lui enlève, qu'on lui donne une douche etc. pour pas qu'elle attrape froid</li> <li>- Manteau et gants –même sous la canicule- car il ne fait pas chaud</li> <li>- J'ai de la fièvre</li> <li>- J'ai des bouffées de chaleur</li> <li>- J'ai des sueurs froides, je transpire partout</li> </ul>

<b>P E A U</b>	<b>Tr. Cutanés</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ma cicatrice (hernie inguinale) commence à se déformer</li> <li>- Toute la peau me fait mal et elle est irritée (aucun aspect d'irritation)</li> <li>- Ma peau est très abimée (lésions de grattage). Ce n'est pas beau. Il y a des trous partout. Je me gratte pour sortir les petites bêtes. Il ne faut pas qu'on me touche ; on m'abîme la peau</li> <li>- Ca me gratte partout</li> <li>- J'ai des cloques aux pieds qui me grattent</li> <li>- J'ai des taches rouges partout</li> </ul>
----------------------------	--------------------	--

<sup>2</sup> (dans le cas des patients exprimant > 1 SMI, on avait demandé aux soignants-référents de désigner celui qui semblait préoccuper le plus le patient et/ou dont il se plaignait le plus. Il s'agit du SMI que l'on qualifie de « prépondérant »)

M U S C U L O - S Q U E L E T T I Q U E S	Douleurs MI etc.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- J'ai mal jambes/très mal [ +/- j'ai peur d'être amputée]</li> <li>- Douleur terrible, infernale au niveau du pied gauche</li> <li>- La douleur commence à 6h00 à la cheville, puis elle avance et vers 10h00 elle arrive au mollet, vers 12h00 au genou et l'après midi jusqu'à la hanche et puis ça se calme (membre fantôme-amputation il y a 27 ans)</li> <li>- Je ne peux pas/plus marcher</li> <li>- Je suis trop faible</li> <li>- Je perds l'équilibre</li> <li>- Dès que je fais quelques pas ; je tombe</li> <li>- J'ai les jambes qui flanchent/ tremblent</li> <li>- Mes jambes ne me portent pas</li> <li>- Ah je suis paralysé, je ne peux plus bouger mes jambes</li> <li>- Prurit et sensation de grande gêne au niveau des orteils- par ailleurs apparition sporadique de papules dans la région</li> <li>- Douleur qui commence au niveau de la cicatrice (pontage fémoro-poplitée) pour gagner l'ensemble de la jambe</li> <li>- J'ai de fourmillements (tout au long des jambes)</li> <li>- J'ai mal au talon</li> <li>- Prurit aux jambes</li> </ul>
	Douleurs MS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mal aux épaules-bras-avant bras</li> </ul>
	Douleurs Diffuses	<ul style="list-style-type: none"> <li>- J'ai mal partout/j'ai des crispations partout; [ +/- j'ai peut être un cancer]</li> <li>- J'ai mal partout ; c'est la vieillesse</li> </ul>
	Douleurs Dorsales	<ul style="list-style-type: none"> <li>- J'ai mal dans le dos [ +/- j'ai peut être un cancer]</li> </ul>

N E U R O - S E N S O R I E L S	Céphalée et autres douleurs	<ul style="list-style-type: none"> <li>- J'ai des maux de tête</li> <li>- J'ai mal au crâne, comme si il y avait un liquide qui coulait à l'intérieur</li> <li>- J'ai une « dent » qui me fait terriblement mal (<i>il n'y a pas de dent –ni d'appareil à l'endroit de la gencive pointé du doigt</i>)</li> <li>- Toute la partie gauche de ma bouche et jusqu'à l'oreille me fait mal</li> <li>- Mal à la tête, comme si je perdais la tête</li> </ul>
	Autres symptômes neurologiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>- J'ai la tête qui tourne/ je me sens bizarre/j'ai des étourdissements</li> <li>- J'ai souvent des vertiges. [ +/- Ca doit être dû à une grosse boule que j'ai derrière l'oreille]</li> <li>- Je tremble partout/ je ne tiens pas debout, je vais tomber</li> <li>- Je fais des crises (sous-entend épileptiques)</li> </ul>
	Œil/vision	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mes yeux me brûlent et je vois troubles</li> <li>- Mon œil est mort</li> <li>- J'ai très mal comme si on m'arrachait l'œil</li> <li>- Je ne vois presque rien [ +/- je ne vois pas de l'oeil gauche], [ +/- je vois de moins en moins bien]</li> <li>- J'ai une gêne à mon œil</li> <li>- Diplopie</li> </ul>
	Oreille/ouïe	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Je deviens sourde</li> <li>- J'ai mal à l'oreille</li> </ul>
	Nez/Odorat	<ul style="list-style-type: none"> <li>- J'ai une rhinite qui traîne depuis Noël de l'année dernière. J'ai le nez qui coule, la gorge qui pique, les yeux qui pleurent.</li> <li>- Tous les après midi je sens une odeur très forte qui irrite ma gorge et je ne peux plus respirer. J'ai besoin d'air, je dois ouvrir la fenêtre pour respirer.</li> </ul>

C A R D I O R E S P I R A T O I R E S	Toux, dyspnée	<ul style="list-style-type: none"> <li>- J'ai du mal à respirer [ +/- a cause d'une odeur qui irrite mes narines]</li> <li>- Je n'ai pas beaucoup de crachats ; du coup je risque d'être étouffé [ +/- j'ai beaucoup trop de crachats]</li> <li>- Je suis gênée pour respirer, l'air ici n'est pas bon pour moi car je suis en manque d'iode</li> <li>- Je suis essoufflé</li> <li>- Je tousse</li> </ul>
	Douleur thoracique et autres gênes	<ul style="list-style-type: none"> <li>- J'ai la tension qui monte, je le sens</li> <li>- J'ai mal à la poitrine</li> </ul>

D I G E S T I F S	Douleur abdominale	<ul style="list-style-type: none"> <li>- J'ai mal au ventre [ +/- depuis que j'étais jeune], [ +/- a l'estomac], [ +/- j'ai de coliques], [ +/- j'ai des spasmes]</li> </ul>
	Symptômes digestifs	<ul style="list-style-type: none"> <li>- J'ai envie de vomir</li> <li>- J'ai vomi</li> <li>- Je suis constipée, [ +/- j'ai peut être un cancer]</li> <li>- J'ai quelque chose dans la gorge (une boule) [ +/- je ne peux pas avaler]</li> <li>- J'ai mal a la gorge, j'ai sans doute un cancer</li> <li>- Je suis fragile des intestins, [ +/- depuis ma naissance]</li> </ul>

U R O G E N I T A U X	Douleur pelvienne et autres	<ul style="list-style-type: none"> <li>- J'ai mal aux parties intimes</li> <li>- J'ai la vessie qui me brûle</li> <li>- J'ai mal à mon syndrome d'Alcock</li> <li>- Je ne peux pas faire pipi</li> </ul>
---	-----------------------------------	--

D I V E R S	Divers	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diverses plaintes mineures, non systématisées, variant d'une fois à l'autre</li> <li>- On ne prend pas au sérieux ce que je dis, du coup ils peuvent passer à côté de choses graves</li> <li>- Ils ne me donnent pas ce qu'il faut comme médicament [ +/- c'est pour ça que je souffre], [ +/- et ça me donne des effets secondaires]</li> <li>- Ils ne m'écoutent jamais ; ils font ce qu'ils veulent ; mais c'est moi qui sait car [ +/- c'est moi qui ai mal], [ +/- c'est moi qui gère ma femme]</li> <li>- Prise en charge inappropriée qui m'expose a des risques (dialyse), qui expose a des risques ma femme</li> </ul>
----------------------------	--------	--

Parmi les SMI de la liste précédente, il y en a certains « classiques » -ou plutôt exprimés de manière classique »-(comme p.ex. « J'ai mal au ventre ») ; d'autres qui le sont moins, et enfin ceux qui sont très « atypiques », et/ou exprimés de manière très imagée (comme p.ex. « j'ai mal à mon syndrome d'Alcock »). Il va sans dire que les fréquences des SMI figurant sur la liste varient beaucoup. A côté de ceux que l'on a rencontré souvent, il y en a ceux que l'on a rencontrés une seule fois.

#### ❖ SMI: les plus fréquents

Le tableau ci-dessous (tab AII.B) présente la liste des 8 SMI les plus souvent manifestés par les patients de notre échantillon ainsi que leurs fréquences respectives.

Parmi 92 SMI répertoriés (tab AII.A), les 4 qui figurent en premier sur la liste ci-dessous, rendent compte, à eux seuls, du 30% des plaintes médicalement inexplicables recensées.

	Symptômes Médicalement Inexpliqués fréquents	%	
1	Diverses plaintes mineures, non systématisées, variant d'une fois à l'autre	30	9%
2	Je ne me sens pas bien	27	8%
3	J'ai mal partout, [+/- j'ai des crispations partout]; [+/- j'ai peut-être un cancer]	22	7%
4	Je suis fatigué [+/-c'est la veillesse]; [+/-avec toute ce contrariété]	20	6%
5	J'ai mal au ventre [+/-depuis que j'étais jeune] ; [+/- a l'estomac]; [+/- j'ai de coliques]; [+/- j'ai des spasmes]	15	5%
6	J'ai des maux de tête	13	4%
7	Ils ne me donnent pas ce qu'il faut comme médicament [+/- c'est pour ça que je souffre];[+/-et ça me donne des effets secondaires]	12	4%
8	Je suis constipe, [+/- j'ai peut-être un cancer]	10	3%

#### ❖ SMI : Combinaisons

Dans notre échantillon, il n'y a que 8 patients manifestant un SMI isolé ; alors que 77 patients en manifestent deux ou plus. De ce fait les 92 SMI répertoriés peuvent apparaître dans différentes combinaisons

Le tableau ci-dessous (tab AII.a ) montre combien de fois, les six plus fréquents SMI de notre échantillon (tab AII.B ) apparaissent deux par deux dans la même combinaison de SMI.

Les cinq SMI sont représentés dans le tableau ci-dessous (tab IIIa) par leur nombre ordinal (p.ex. « SMI no 2 » pour « je ne me sens pas bien » ; « SMI no 6 » pour « j'ai des maux des têtes ») (voir tab AII.B )

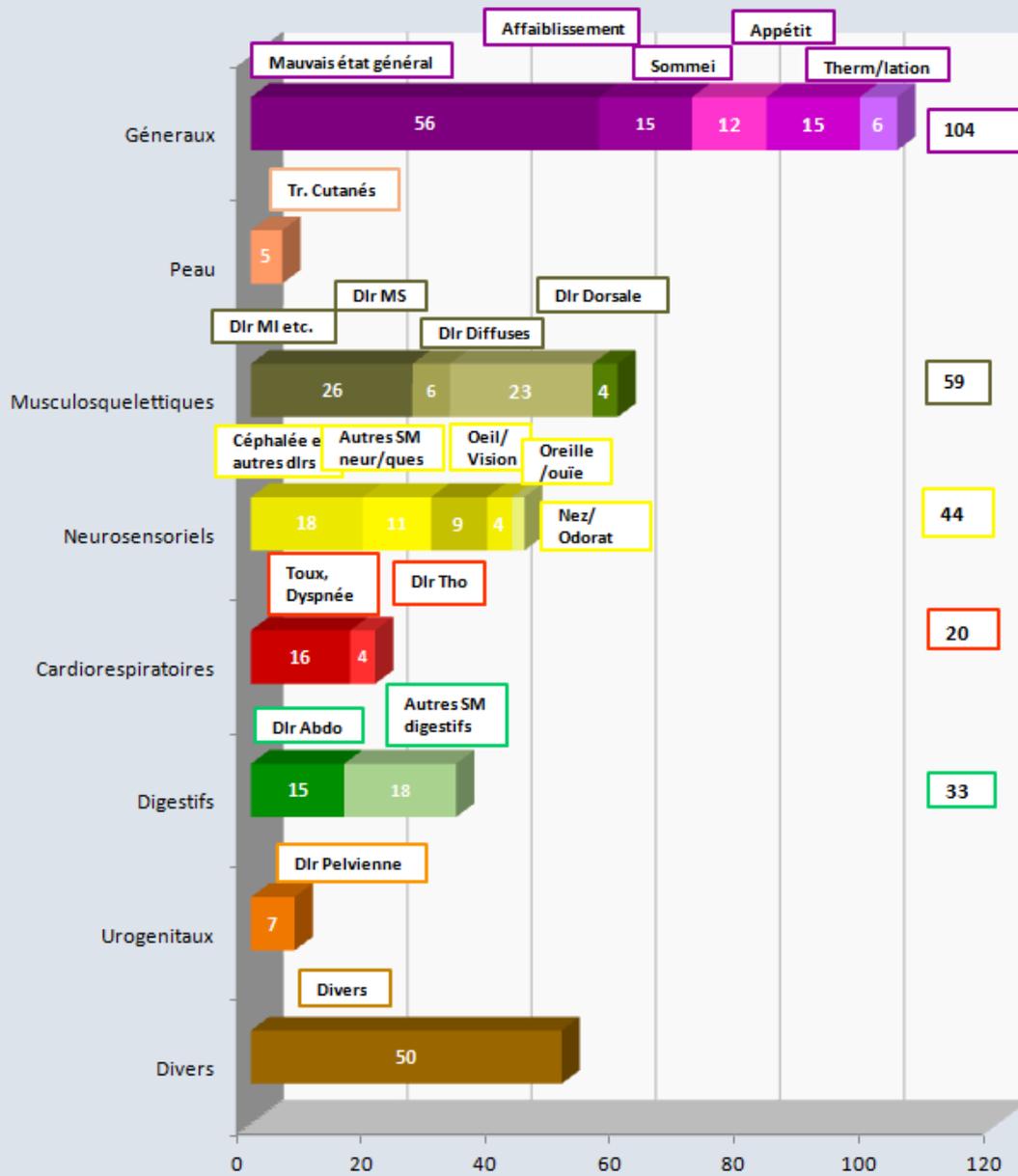
	SMI No (1)	SMI No(2)	SMI No(3)	SMI No(4)	SMI No(5)
SMI No(1)	X	14	10	9	3
SMI No(2)		X	10	9	4
SMI No(3)			X	3	2
SMI No(4)				X	2
SMI No(5)					X

❖ **SMI : Catégories anatomo-physiologiques (répartition)**

- Les 4 SMI les plus fréquemment rencontrés au sein de notre échantillon (30% des plaintes recensées) appartiennent aux catégories suivantes (voir tab AII.B) :
  - le 1<sup>er</sup> (diverses plaintes mineures, non systématisées, variant d'une fois à l'autre) appartient à la catégorie Divers.
  - le 2<sup>ème</sup> (je ne me sens pas bien) et le 4<sup>ème</sup> (je suis fatiguée) appartiennent à la catégorie Généraux (sous-catégories: mauvais état général)
  - le 3<sup>ème</sup> (j'ai mal partout) appartient à la catégorie SMI musculo-squelettiques (sous-catégorie: douleurs diffuses)
- Le graphique ci-dessous (graph AII.1) présente la répartition, par catégorie anatomo-physiologique, de l'ensemble des plaintes médicalement inexpliquées (n=322) qu'on a pu recenser au sein de notre échantillon.

Les catégories et sous-catégories anatomo-physiologiques qui apparaissent sur le graphique (graph AII.1) correspondent à celles de la Liste des SMI (voir tab AII.A) Afin de mieux illustrer cette correspondance, on a colorié les effectifs sur le graphique (graph AII.1) par les mêmes couleurs et nuances qui sont utilisées sur la Liste des SMI (tab AII.A) pour les catégories et sous-catégories correspondantes.

### Répartition des SMI par catégorie anatomo-physiologique



❖ **SMI : Les « Généraux »**

Les SMI « Généraux » correspondent à la catégorie la plus fréquemment rencontrée (graph AII.1). Ils rendent compte de 32% des plaintes médicalement inexplicables recensés au sein de notre échantillon.

- 56 de nos patients (66%) présentent au moins un SMI « Général »

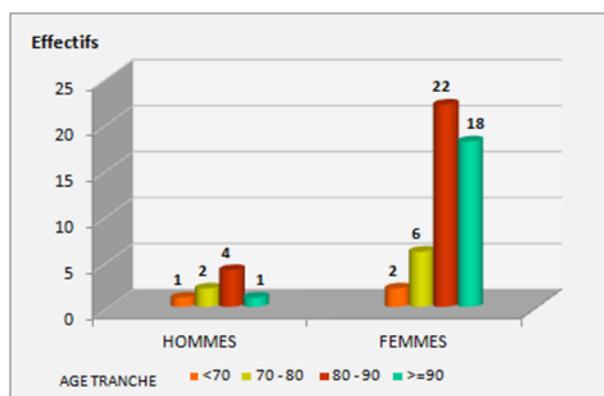
Les tableaux ci-dessous (tab AII.b et tabAII.c) montrent la répartition de ces patients selon le sexe et l'âge

SEXE	HOMMES		FEMMES		Total	
	N	%	N	%	N	%
<b>Au moins 1 SMI Général</b>	<b>8</b>	<b>44%</b>	<b>48</b>	<b>72%</b>	<b>56</b>	<b>66%</b>
<b>Total</b>	<b>18</b>		<b>67</b>		<b>85</b>	

AGE	<70		70 - 80		80 - 90		>=90		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Au moins 1 SMI Général</b>	<b>3</b>	<b>30%</b>	<b>8</b>	<b>62%</b>	<b>26</b>	<b>76%</b>	<b>19</b>	<b>68%</b>	<b>56</b>	<b>66%</b>
<b>Total</b>	<b>10</b>		<b>13</b>		<b>34</b>		<b>28</b>		<b>85</b>	

Le taux des patients exprimant au moins un SMI « Général » est plus important chez les femmes (tab AII.b) ; Il est aussi plus important dans la tranche d'âge de 80-90 ans (tab AII.c).

Le graphique ci-dessous (graph AII.2) montre la répartition par tranche d'âge des patients présentant au moins un SMI « Général » pour les hommes et les femmes séparément



- Sur 56 patients présentant au moins un SMI « Général » il y en a 29 qui en présentent 2 ou plus SMI « Généraux »/prs

❖ **SMI : Les « prépondérants »**

En vue d'une étude plus approfondie, on a retenu un SMI/patient. Il s'agissait de celui qui nous avait été désigné par le soignant-référent comme préoccupant le plus le patient et/ou celui dont il se plaignait le plus. On l'a qualifié de « SMI prépondérant ».

Chez les 85 patients de notre échantillon, on a enregistré 50 SMI différents comme SMI « prépondérants ». On les voit en surlignage sur la liste des SMI (tab AII.A)

➤ **SMI « prépondérants » : les plus fréquents**

Le tableau ci-dessous (tab AII.C) présente les « SMI prépondérant » les plus fréquemment rencontrés au sein de notre échantillon

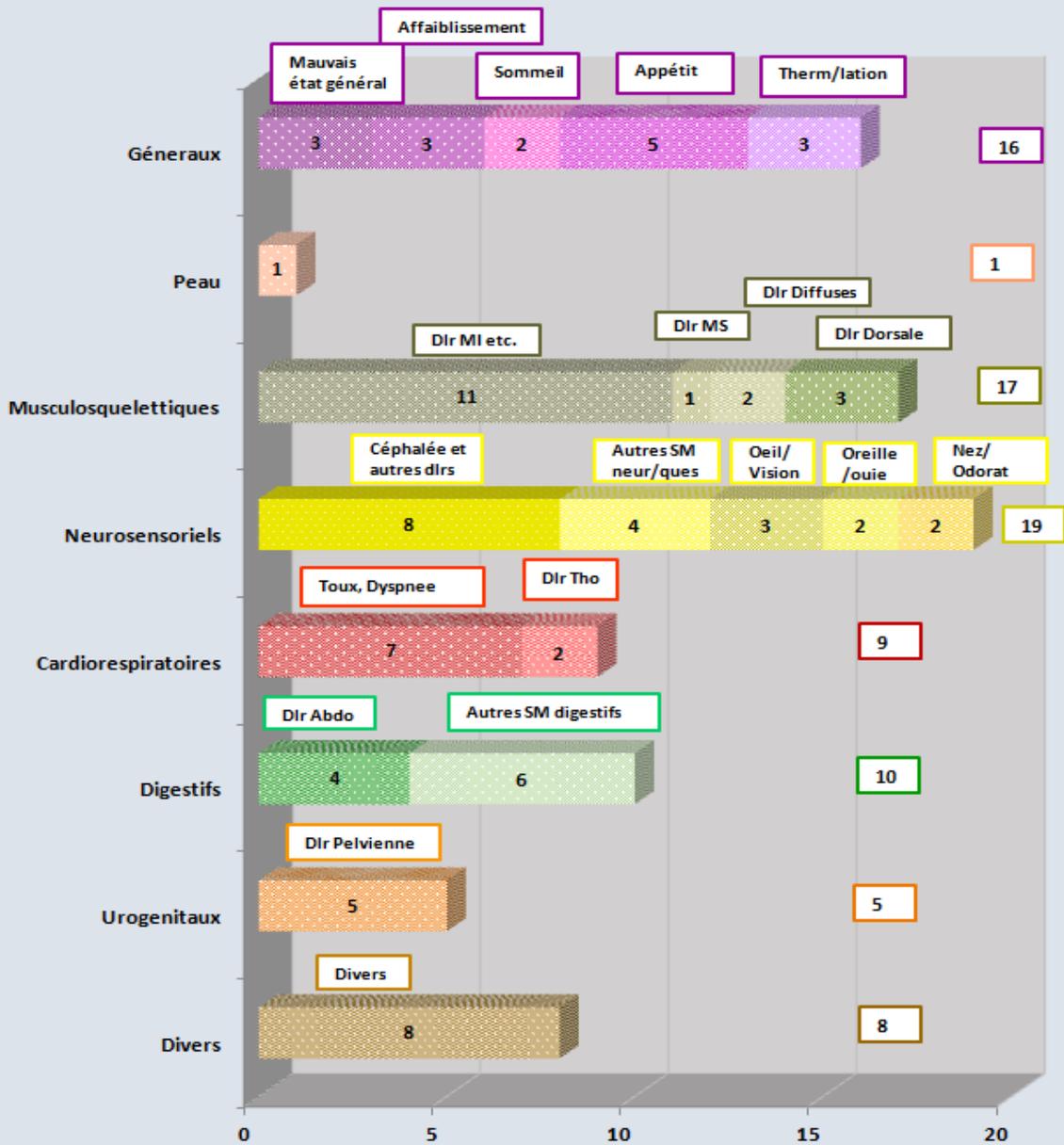
	Symptômes médicalement inexplicables		%
	« prépondérants » : les plus fréquents		
1	J'ai des maux de tête	5	6%
2	J'ai du mal à respirer [+/- à cause d'une odeur qui irrite mes narines]	5	6%
3	Je ne peux pas/plus marcher	5	5%
4	J'ai mal au ventre [depuis que j'étais jeune], [+/- à l'estomac], [+/- j'ai de coliques], [+/- j'ai des spasmes]	4	5%
5	Je suis constipé, [+/- j'ai peut-être un cancer]	4	5%

➤ **SMI « prépondérants » : Catégories anatomo-physiologiques (répartition)**

Le graphique ci-dessous (graph AII.2) présente la répartition, par catégorie anatomo-physiologique, de l'ensemble des plaintes médicalement inexplicables « prépondérantes » (n=85) qu'on a pu recenser au sein de notre échantillon.

Les catégories et sous-catégories anatomo-physiologiques qui apparaissent sur le graphique (graph AII.2) correspondent à celles de la Liste des SMI (voir tab AII.A) On a voulu mieux illustrer cette correspondance, en coloriant les effectifs sur le graphique (graph AII.2) par des couleurs et nuances qui évoquent celles de la Liste des SMI (tab AII.A) des catégories et sous-catégories correspondantes.

### Repartition des SMI preponderants par categorie anatomo-physiologique



### **AIII. SMI: LES CARACTERES DE LA PLAINTÉ**

A partir du SMI retenu comme « prépondérant » (un par patient), on a voulu étudier les caractères de la plainte corollaire ; abstraction faite de la nature, de la classification anatomo-physiologique et des autres caractères spécifiques

Suite aux dépouillements des entretiens-dirigés avec les soignants-référents des nos 85 patients on a obtenu les résultats ci-dessous :

#### **❖ Première manifestation de la plainte corollaire (du SMI prépondérant) et contexte de celle-ci**

Elle n'a pu être située dans le temps et par conséquent son contexte d'apparition n'a pu être élucidé non plus : dans 95% des cas les soignants ont répondu que le patient se plaignait depuis que ils le connaissaient (« je l'ai toujours connu comme ça » ; « il s'en plaint depuis qu'il est là »)

#### **❖ La plainte dans le temps**

(fréquence hebdomadaire- fréquence journalière- périodicité- facteur déclenchant)

- 62% des patients se plaignent > 5jours /semaine
- 76% des patients se plaignent plusieurs fois par jour.
- Dans 60% des cas la plainte ne présente aucune périodicité journalière (elle peut apparaître à tout moment) Néanmoins, dans 29%des cas il existe une périodicité partielle, notamment en rapport avec les « contacts programmés » patient-soignant (p ex durant la toilette, les soins, la distribution des médicaments etc.) Certains soignants parlent de « plainte ritualisée »
- Dans 82% des cas aucun facteur (relationnel, médical ou autre) ne semble déclencher à chaque fois la plainte

#### **❖ Destinataire de la plainte**

La plainte est principalement adressée au personnel soignant (infirmier(e) et/ou aide-soignant(e))

- 40 % des patients demandent à « voir le médecin ».
- 30% des patients en parlent aussi à leur famille et/ou aux autres résidents.

## ❖ **Forme et contenu de la plainte**

### ➤ *Plainte verbale/non-verbale*

Dans 46% des cas l'expression de la plainte est quasi-exclusivement verbale. Dans les autres cas, il existe une composante non verbale qui est prégnante (gémissements, attitude corporelle etc.)

### ➤ *Degré de sollicitation du personnel*

- Dans 22% des cas la sollicitation du personnel soignant par le patient au moment de la plainte a un caractère « imminent » (: le patient appelle sans cesse, ou n'arrête pas de sonner, ou encore crie, voire même hurle).
- Dans 32% des cas la sollicitation est plus « modérée » (: le patient appelle ou sonne pour exprimer sa plainte mais attend patiemment que le soignant vient dans sa chambre)
- Dans 31% des cas la sollicitation du soignant est « à l'occasion » (: le patient ne sonne pas mais profite des moments où le soignant vient dans sa chambre ou qu'il le croise dans le couloir pour exprimer sa plainte)
- 9% des patients évoquent la plainte uniquement quand le soignant leur pose la question, après avoir remarqué un changement chez eux (p ex repli sur eux-mêmes)

### ➤ *Objectif de la plainte*

La plainte se différencie aussi par son objectif: Dans 31% des cas, la plainte est ciblée et précise (p.ex. le patient demande tel ou tel médicament censé calmer sa plainte) Dans les autres cas elle est plutôt vague et floue traduisant une certaine « passivité » (le patient semble s'en remettre entièrement au soignant tout en le sollicitant activement)

❖ **Intensité moyenne de la plainte**

Il a été demandé aux soignants-référents de l'évaluer sur une échelle de 1-10 [peu intense, très intense]. On a distingué trois niveaux d'intensité de plainte (<4 ; 4-6 ; >6) Le tableau ci-dessous (tab AIII.a) montre la répartition de notre échantillon selon le niveau d'intensité de la plainte

<b>INTENSITE DE LA PLAINTÉ</b>	<b>&lt;4</b>	<b>4-6</b>	<b>&gt;6</b>	<b>Total</b>
<b>Total</b>	<b>7%</b>	<b>45%</b>	<b>48%</b>	<b>100%</b>

❖ **Impact de la Plainte sur les «principaux traits comportementaux» du patient**

On entend par « principaux traits » les traits qui caractérisent le comportement du patient (pattern comportemental) quand il n'est pas sous l'emprise de la plainte ; ils ont aussi été évalués par le soignant-référent dans le cadre de cette étude (voir sous-chapitre suivant)

Ainsi, dans 73% des cas, des modifications comportementales ont été observées chez le patient sous l'impact de la plainte

Le tableau ci-dessous (tab AIII.A) montre les modifications comportementales les plus souvent observée au sein de notre échantillon

	<b>Modifications comportementales induites par la plainte</b>		<b>%</b>
<b>1</b>	<b>Devient irritable, revendicateur, agressif</b>	<b>28</b>	<b>45%</b>
<b>2</b>	<b>Devient anxieux ou plus anxieux que d'habitude</b>	<b>18</b>	<b>29%</b>
<b>3</b>	<b>Devient triste, se replie sur lui-même, s'isole, désinvestit ses occupations habituelles</b>	<b>9</b>	<b>15%</b>
<b>4</b>	<b>A besoin de réconfort</b>	<b>4</b>	<b>6%</b>
<b>5</b>	<b>Sollicite l'attention des autres</b>	<b>3</b>	<b>5%</b>
	<b>Total</b>	<b>62</b>	<b>100%</b>

❖ **Plainte et soignant : la réponse apportée**

➤ Types de réponses apportées par le soignant

Une fois sollicitée par le patient, le soignant doit « répondre ». Il existe différents types de « réponse » à la plainte. Le tableau ci-dessous (tab AIII.B) montre celles apportées par les soignants-référents de notre échantillon ainsi que leurs fréquences respectives

	Réponse du soignant à la plainte du patient	N	%
1	Rassure le patient et essaie de le réconforter en lui rappelant qu' « il n'a rien de grave »	29	34%
2	Ignore la plainte pour ne pas l'encourager et /ou essaie de distraire le patient	18	21%
3	Applique la prescription mais ne fait rien d'autre	16	19%
4	Echange avec le patient et l'encourage à s'exprimer	10	12%
5	Lui reproche d'exagérer	8	9%
6	Autre	4	5%
	<b>Total</b>	<b>85</b>	<b>100%</b>

➤ Efficacité de la réponse du soignant

Il a été demandé aux soignants d'évaluer l'efficacité de la « réponse » qu'ils apportent à la plainte du patient –tous types de « réponse » confondus sur une échelle de 1 à 10 [peu efficace----très efficace] ; on a distingué 3 niveaux d'efficacité. Le tableau ci-dessous (tab AIII.b) présente la répartition de notre échantillon selon le niveau d'efficacité évalué :

EFFICACITE DE LA REPONSE	<4	4-6	>6	Total
Total	25%	35%	40%	100%

## B. PROFIL DES SUJETS PRESENTANT DES SYMPTOMES MEDICALEMENT INEXPLIQUES

### BI. COMPORTEMENT- HISTOIRE ET MODE DE VIE

#### ❖ Evènements de vie traumatisants

- Pendant l'enfance-adolescence : 47 sujets (55%) avaient été confrontés à au moins un évènement traumatisant durant leur enfance-adolescence (notamment décès précoce des parents, décès dans la fratrie, contexte d'abandon ou de maltraitance, handicap physique). 22 sujets sur 47 (47%) avaient même été confrontés à deux ou plus évènements traumatisants.
- Pendant l'âge adulte (avant la retraite) : 35 sujets (41%) avaient été confrontés à au moins un évènement traumatisant (veuvage précoce, décès ou handicap d'un enfant, pathologie longue et invalidante, guerre/immigration)

#### ❖ Traits comportementaux

- Il a été demandé au soignant-référent de décrire les traits qui prédominaient dans le comportement du sujet quand il n'était pas sous l'emprise de son SMI.

Le tableau ci-dessous (Tab BI.A) présente différents patterns comportementaux décrits (par le soignant-référent) au sein de notre échantillon ainsi que leurs fréquences respectives:

	<b>Principaux traits comportementaux</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>1</b>	<b>Calme – Bienveillant</b>	<b>28</b>	<b>33%</b>
<b>2</b>	<b>Timide – Réticent – Insécurité</b>	<b>15</b>	<b>18%</b>
<b>3</b>	<b>Exigeant - Revendicateur</b>	<b>15</b>	<b>18%</b>
<b>4</b>	<b>Gaie – Extraverti- Optimiste</b>	<b>10</b>	<b>12%</b>
<b>5</b>	<b>Irritable – Agressif - Hostile</b>	<b>8</b>	<b>9%</b>
<b>6</b>	<b>Introverti – Méfiant</b>	<b>7</b>	<b>8%</b>
<b>7</b>	<b>Confiance en soi</b>	<b>2</b>	<b>2%</b>
	<b>Total</b>	<b>85</b>	<b>100%</b>

- Il est à noter que 62% des soignants-référents ont aussi employé spontanément (en dehors du contexte de la question) le mot « anxieux -se » au moins une fois en parlant du sujet

❖ **Mode de vie et relations en EHPAD**

- 58% seulement de nos sujets (n=49) ont des activités de leur choix, autres que la télé. Il s'agit presque toujours d'activités solitaires (lecture, mots croisés, tricot). 32% (n=25) des sujets seulement participent aux animations proposées au sein de l'EHPAD
- Visites de la famille à l'EHPAD Le tableau ci-dessous (tab BI.a) présente la répartition de notre échantillon en fonction de la fréquence mensuelle de visites qu'il reçoit

VISITES /MOIS	< 1/m	1/mois	2-3/mois	>4/mois	Total
Total	34%	28%	22%	15%	100%

❖ **Relations du patient avec le personnel et les autres résidents**

- *La relation avec les soignants :*

Elle a été évaluée (par le soignant-référent) sur une échelle de 1-10 [mauvaise entente, bonne entente]

On a distingué 3 niveaux de qualité relationnelle patient-soignant : C) *mauvaise entente* (<4 à) ; B) *ni bonne ni mauvaise entente* (4-6); A) *bonne entente* (>6)

- *La relation avec les autres résidents:*

Elle a été évaluée (par le soignant-référent) sur une échelle de 1-10 [distante, chaleureuse]

On a distingué 3 niveaux de proximité relationnelle avec les autres soignants : C) relations distantes (<4 à) ; B) relations ni bonnes ni mauvaises (4-6) ; A) relations chaleureuses (>6)

Le tableau à double entrée ci-dessous (tab BI.b) montre la répartition de notre échantillon en fonction de la qualité relationnelle a) avec le personnel b) avec les autres résidents Par ailleurs, il montre la répartition de notre échantillon selon les combinaisons possibles de patterns relationnels p ex C (avec les autres résidents)- B (avec les soignants)

	RELATION AUTRES RESIDENTS							Total	
		N	%	N	%	N	%		%
		A		B		C			
RELATION PERSONNEL	A	23	27%	12	14%	14	16%	49	58%
	B	1	1%	13	15%	18	21%	32	38%
	C	0	0%	1	1%	3	4%	4	5%
Total		24	28%	26	31%	35	41%	85	100%

## BII. PROFIL MEDICAL ET PSYCHIATRIQUE

### ❖ Fonctions Cognitives –Degré de Dépendance- Autonomie Motrice – Handicap

- Le tableau ci-dessous (tab BII.a) présente la répartition de notre échantillon en fonction a) du fonctionnement cognitif (score MMSE < 1an), b) du degré de Dépendance (score GIR actualisé), c) d'autonomie motrice (aucune aide à la marche –aide à la marche de tout type- dépendance complète pour le moindre déplacement)

	NIVEAU COGNITIF (score MMSE)			DEGRE DE DEPENDANCE (score GIR)			AUTONOMIE MOTRICE	
	N	%		N	%		N	%
<23	23	27%	1-2	7	8%	Aucune aide à la marche	28	33%
23-26	39	46%	3-4	54	64%	Aide à la marche de tout type	46	54%
>26	23	27%	5-6	24	28%	Dépendance complète	11	13%
Total	85	100%		85	100%		85	100%

- 23 sujets (27%) présentent un handicap visuel non compensable
- 13sujets (15%) présentent un handicap auditif non compensable
- 26 sujets (31%) présentent des chutes à répétition

### ❖ Evolution récente de pathologie chronique

- Chez 8 sujets (9%) une nouvelle pathologie chronique avait été diagnostiquée au cours des 3 dernières années.
- 11 sujets (13%) ont présenté, au cours de la dernière année, une complication ou une aggravation d'une pathologie chronique connue de longue date

### ❖ Evènements médicaux actuels

- 29 sujets (34%) ont été hospitalisés au cours de la dernière année pour pathologie aigue
- Chez 20 sujets (24%) il y avait (au moment de l'étude) un problème diagnostic ou thérapeutique en quête de solution (p ex infections urinaires à répétition)
- Un contexte médico-psychologique difficile avait été constaté chez 29 sujets (34%) Il s'agissait : d'un deuil récent (6 cas) ; de troubles cognitifs en phase

d'évolution (13 cas) ; d'un syndrome de glissement récemment installé (8 cas) etc.

- 46 sujets (53 %) présentaient (au moment de l'étude) un Symptôme Médicalement Expliqué (SME) qu'ils toléraient mal et dont ils se plaignaient aussi. D'un point de vue anatomo-physiologique, il s'agissait de symptômes musculo-squelettiques (24 cas) ; symptômes uro-génitaux (9 cas) etc.

❖ **ATCD Psychiatriques**

- 53 de nos sujets (62%) ont des ATCD psychiatriques connus avant leur arrivée en EHPAD
- 63 sujets (74%) ont un diagnostic psychiatrique actuel

Le tableau ci-dessous (tab BII.b) montre la répartition a) des sujets avec des ATCD psychiatriques et b) des sujets avec un diagnostic psychiatrique actuel par pathologie psychiatrique

	ATCD psychiatriques			Diagnostic psychiatrique actuel	
	N	%		N	%
<b>Trouble anxieux</b>	3	6%	<b>Trouble anxieux</b>	8	13%
<b>Trouble dépressif</b>	39	74%	<b>Trouble dépressif</b>	44	70%
<b>Trouble psychotique</b>	7	13%	<b>Trouble psychotique</b>	7	11%
<b>Autre</b>	4	8%	<b>Autre</b>	4	6%
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100%</b>		<b>63</b>	<b>100%</b>

- MADRS (Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale) : Le score MADRS a été évalué pour les sujets de notre échantillon par les soignants-référents. Seulement 27(32%) sujets avaient un score >14

# DISCUSSION

## SOCIODEMOGRAPHIE DE L'ECHANTILLON ETUDIE

On a étudié un échantillon de 85 personnes âgées (N=85), résidant en EHPAD et manifestant des SMI. Les caractères sociodémographiques de notre échantillon peuvent se résumer comme suit :

La tranche d'âge la plus représentée était entre 80-90 ans (40%) et 33% des patients avaient plus de 90 ans. Il s'agissait majoritairement de femmes (79%), issus d'un milieu rural (55%) et en situation de veuvage (68%). 47% étaient hébergés dans une structure à < 20km de leur domicile précédent. 69,5% avaient un niveau éducatif CEP (Certificat d'Etudes Primaires). La catégorie socioprofessionnelle la plus représentée était celle des employés (40%) suivie des « sans profession »

56% de nos sujets sont en EHPAD depuis 1-4 ans. La baisse progressive du niveau d'autonomie est le motif le plus fréquent d'entrée en EHPAD (44%) ; l'initiative émanant d'une instance médicale dans 41% des cas

*Certaines remarques* concernant les paramètres socio-démographiques de notre échantillon :

*Composition socio-professionnelle* : prédominance des « employés » et « sans profession » attendue pour une population majoritairement féminine de la génération de l'entre-guère. La faible prédominance d'agriculteurs à un échantillon rural à 55% n'est pas étonnant dans la mesure où dans le temps, la participation des femmes aux travaux agricoles n'était pas considérée comme un métier.

*Echantillon à 45% urbain dans une région à prédominance rurale*: reflète le phénomène d'un nombre important de personnes âgées dans les EHPAD de Picardie provenant de l'Ile-de-France

### ❖ SMI et sexe

La prédominance féminine dans la manifestation de symptômes somatiques non attribuables à une pathologie somatique connue n'a jamais été remise en question : depuis le temps où l'hystérie, -« prédécesseur » des Troubles somatoformes- était localisée dans l'utérus, jusqu'aux patientes hystériques de Breuer et de Freud et les différentes versions de « somatisation » du 20 siècle comme p ex les syndromes fonctionnels et notamment la fibromyalgie, la colopathie fonctionnelle ou les algies pelviennes atypiques.

P.Cathébras souligne la dimension sociale du sexe et son impact sur le phénomène de somatisation ainsi que l'implication possible de facteurs tels que la plus grande facilité par laquelle les femmes ont recours aux soins, ou évoquent leur symptômes dans un but d'interaction sociale[5]

On n'a pu trouver d'études comparant la prévalence des SMI chez les hommes et les femmes âgées.

Néanmoins les très nombreuses études qui ont traité la question des caractères épidémiologiques des SMI concluent à une prévalence bien plus importante chez les femmes. [27][28][29][30]Le ratio homme/femme varie beaucoup en fonction de différents caractères de la population étudiée [31]

Dans une revue de Littérature Brasky et al sur la plainte somatique chez les hommes et les femmes, retrouvent cette plus forte prévalence féminine aussi bien en population générale que chez des patients hospitalisés [32] [33]

Le ratio hommes/femmes dans notre échantillon était de 1/4 ce qui semble compatible avec les données de la littérature sur la population générale (à savoir plus forte prévalence féminine).

Néanmoins, à la tranche d'âge représentée en EHPAD la composition de la population par sexe n'est plus celle de la population générale. En EHPAD, en Picardie, les hommes représentent moins de 30% de la population, c'est-à-dire un ratio 1 /4 environ. [34] Or sur une population où les hommes sont si peu représentés, le ratio de 1 homme manifestant des SMI pour 4 femmes nous amène à émettre l'hypothèse qu'à cette tranche d'âge les manifestations de somatisation chez les hommes sont peut être moins rares que chez les hommes plus jeunes. Certaines récentes études semblent mettre en évidence un résultat analogue [35]

Cette différence de prévalence entre hommes jeunes et hommes âgés en EHPAD peut rendre compte du fait que les hommes ont difficilement recours aux soins. Or, en EHPAD -et du coup dans notre échantillon- les hommes manifestent -et on a pu enregistrer- des SMI pour les quels ils n'auraient probablement pas consulté. On retrouve ici le phénomène d'iceberg (les plaintes qui arrivent au cabinet médical correspondent à un sous-ensemble des SMI exprimés) [36]

### ❖ SMI et âge

La répartition de notre échantillon par tranche d'âge et les plus grandes fréquences constatées dans la tranche d'âge avancé est aussi intéressante. ([40% de nos patients dans la tranche d'âge 80-90 ans et 33% >90 ans et seulement 15% dans la tranche d'âge précédente (70-80 ans) ; (tab Ia)]

Ce résultat ne semble pas très compatible avec une prévalence décroissante avec l'âge des SMI comme certains travaux suggèrent [37] et qui refléterait un névrotisme de moins en moins important avec l'âge. Ceci étant dit, un tel résultat pourrait refléter- au moins en partie- la composition en âge de la population d'un EHPAD (âge moyen d'entrée généralement supérieur à 80 ans) En tout cas ce résultat mériterait à notre avis une étude plus approfondie. Des travaux plus récents ne retrouvent pas de prévalence décroissante avec l'âge [35].

### ❖ SMI et situation familiale

Un taux élevé de célibat (presque 50%) a été retrouvé chez les hommes de notre échantillon (tab Ib) Il peut ne refléter que le fait que les hommes âgés en situation de célibat entrent plus volontiers en EHPAD. Néanmoins, il y a une ancienne étude sur les troubles de somatisation chez les hommes, qui décrit un profil particulier de ces patients (célibataires, niveau socio-économique faible, lourde pathologie psychiatrique) [38]

### ❖ SMI et niveau éducatif/socio-professionnel

Les différents travaux épidémiologiques sur les SMI en population générale trouvent une corrélation avec un niveau éducatif et socio-professionnel peu élevé. [39] Avec un taux de 26% d'individus n'ayant pas obtenu le CEP (tab Ic) et une durée de scolarité qui ne dépassait pas 2 ans après le CEP on pourrait conclure que ce résultat est compatible avec les données épidémiologiques. Il en est de même pour la composition socio-professionnelle de notre échantillon (graph I1). Néanmoins, comme les données épidémiologiques concernent une population générale, d'un âge moyen bien inférieur à celui de notre échantillon, il faut rester très prudent. Les normes éducatives et sociales de l'entre-guère sont bien loin de normes contemporaines et si un niveau d'enseignement primaire est bas aujourd'hui, il était la norme à l'époque.

## A. CARACTERES DES SYMPTOMES MEDICALEMENT INEXPLIQUES (SMI)

### AI. SMI: APPROCHE QUANTITATIVE

#### ❖ Nombre de SMI manifestés par patient

Le nombre des SMI/personne dont se plaignaient les sujets de notre échantillon variait de 1 à 7.

On peut résumer la répartition de notre échantillon en fonction du nombre de SMI/personne de la manière suivante : (graph AI.1) ;(AI.2) ;

- Seulement 9% de nos patients manifestaient un SMI isolé
- La plupart des patients présentaient 3 SMI/prs (25%) ou 4SMI/prs (22%)
- 30 % des patients présentant >4SMI/prs était important
- La répartition des femmes de notre échantillon en fonction du nombre SMI/prs avait les mêmes caractères (du fait de la prédominance féminine dans notre échantillon)
- La répartition des hommes en fonction du nombre de SMI/prs est différente : rares étaient les hommes manifestant > 4 SMI/prs
- Un rapport entre le nombre de SMI/prs et l'âge a été observé : l'âge moyen est plus élevé chez les patients manifestant un nombre de SMI plus important et inversement le nombre moyen de SMI/prs augmentait d'une tranche d'âge à la suivante uniquement chez les femmes

Ces éléments sont compatibles avec les données de la littérature ; Les femmes rapportent en général plus de SMI que les hommes [40] [41] Une explication possible serait d'ordre perceptif : les hommes attachent beaucoup moins d'attention à leur symptôme que les femmes [5] Un nombre de SMI élevé /prs est corrélé avec un dysfonctionnement plus important et avec des Troubles Anxieux [42]. La manifestation de plusieurs SMI simultanément est souvent décrite comme Somatisation Fonctionnelle.

## **AII. SMI: APPROCHE QUALITATIVE**

On a enregistré 92 symptômes médicalement inexpliqués qui rendaient compte de 322 « plaintes » ou « gênes » exprimées au sein de notre échantillon. Les SMI apparaissent dans le tableau (tab AII A) (on les a enregistré tels qu'exprimés par le patient)

### **❖ Nature des SMI enregistrés : hétérogénéité**

Les SMI enregistrés présentent une grande variété de caractères :

- en ce qui concerne leur définition et classification anatomique et physiologique (p.ex. douleur, trouble de la marche etc.)
- l'information diagnostique potentielle qu'ils contiennent ou pas (p ex j ai mal au talon vs je suis foutue, je vais mourir)
- leur degré de ressemblance à un Symptôme médicalement explicable faisant partie du tableau clinique d'une pathologie connue (p ex la vessie me brûle vs je ne peux respirer car je sens une odeur qui me pique le nez)
- leur description plus ou moins imagée par le patient (p es un patient évoque « un liquide qui coule à l'intérieur de sa tête » pour parler de ses céphalées alors qu'un autre se contente de dire j'ai mal à la tête) Ce phénomène n'est pas le propre des SMI, mais il semble plus accentué ;
- localisés ou pas (j'ai mal à mon œil vs j'ai mal partout)
- s'ils concernent le corps (une/plusieurs parties) vs l'organisme globalement, voire la prise de conscience de l'organisme
- le type de preuve demandé pour qu'ils soient qualifiés d'inexplicable (p.ex. une prise de température suffit chez le patient qui dit avoir de la fièvre alors que des examens d'endoscopie sont peut-être nécessité chez celui qui se plaint de maux de ventre)
- l'interprétation apportée ou non par le patient à son SMI (je ne peux respirer car l'air d'ici n'est pas bon pour moi qui ai besoin d'iode pour ma thyroïde) et le type de celle-ci (p.ex. à la vieillesse, aux contrariétés, etc.)
- l'intégration de l'environnement dans la plainte (on ne mange bien ici et ça vous rend malade)

Parmi le large éventail des SMI qu'on a pu enregistrer on retrouve ceux rencontrés en population générale [43] [28] dont différents types de douleur (abdominale, thoracique, céphalée, dorsale) vertiges, fatigue. Néanmoins on a aussi répertorié des SMI que l'on ne

rencontre pas en population générale. Ils s'agit notamment des SMI qui traduisent la particularité du cadre de l'EHPAD et la situation quasi-symbiotique entre la personne âgée plus ou moins dépendante et son entourage-soignant qui assure à sa place certaines des activités de base de la vie courante (déplacement, toilette, habillage). Ceci n'est pas anodin. Il y a une attitude ambivalente de la personne âgée amenée à céder le contrôle de ces activités et c'est cette récupération de contrôle qui est souvent tentée via un comportement exigeant à l'égard du soignant –intermédiaire nécessaire. Ainsi p. ex « ils ne m'écoutent jamais, ils font ce qu'ils veulent mais c'est moi qui sait car c'est moi qui ai mal » ne pourrait pas avoir un statut de Symptôme Inexpliqué en dehors du contexte de l'EHPAD. » Tout comme « c'est la nourriture qu'on nous donne ici qui nous rend malade ». Il faut noter aussi que certains des symptômes répertoriés n'auraient jamais fait l'objet d'une consultation en ambulatoire. Du coup on ne pourrait pas les trouver dans des études en ambulatoire. En revanche, dans le cadre de l'EHPAD, l'expression de ces symptômes avait été enregistrée par les soignants qui assuraient un rôle de « témoin » et qui nous les ont transmis. Il est intéressant de noter que parmi les symptômes qu'on a enregistrés ici comme médicalement inexpliqués, il y en a plusieurs qui n'ont pas besoin de bilans approfondis ou d'examens spécialisés pour être qualifiés d' « inexpliqués ». Il suffit une mesure (température, tension etc.) ou même pas ça. Ainsi, le patient qui se plaint « d'avoir de la fièvre » alors que la prise de température ne le confirme pas est considéré comme manifestant un SMI (ce qui est inexplicable c'est d'avoir ce ressenti non objectivable) Il en est de même du patient qui se plaint « de ne pas avoir bien dormi » alors que la veilleuse de nuit affirme « qu'il dormait à chaque fois qu'elle était passée ». Ces symptômes traduisent le grand décalage entre ce qu'on peut observer en tant qu'observateurs extérieurs et ce que ressent le patient. Ils sont inexplicables non pas tant en termes de bilan approfondi n'aboutissant pas à poser un diagnostic mais plutôt du fait de leur incompatibilité avec nos catégories médicales préétablies.

Pour résumer, d'un point de vue qualitatif, on a enregistré, à côté des SMI connus en population générale et en ville, d'autres SMI qui reflètent les particularités de cette population âgée vivant en EHPAD

#### ❖ **Fréquence des SMI**

Les SMI les plus fréquemment rencontrés au sein de notre échantillon, occupant les 4 premières places de la liste (Tab AII B) présentent les caractéristiques suivants :

- elles ne concernent pas un système d'organes précis ;
- ils appartiennent aux catégories :a) Divers : le 1<sup>er</sup> de la liste) b) Généraux : le 2<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> de la liste c) Musculosquelettique (le 3<sup>ème</sup>)

Ce n'est qu'à partir de la 4<sup>ème</sup> place de la liste qu'on trouve les SMI les plus souvent rapportés par des études menées sur d'autres populations (mal au ventre ; maux de tête)

En ce qui concerne la répartition des plaintes par catégorie anatomo-physiologique (Graph AII.1) on constate encore que ce sont ces 3 catégories Généraux, Musculosquelettiques et Divers qui sont les plus représentés.

Au sein de la catégorie « Musculosquelettique » les deux plus fréquentes sous-catégories comportent a) plaintes en rapport avec la marche et b) douleurs diffuses

66% de notre échantillon, présentent au moins un SMI général. Ils sont plus fréquents chez les femmes chez qui leur fréquence augmente considérablement pour les tranches d'âge 80-90ans

On peut donc dire que les SMI les plus fréquents au sein de notre échantillon ont moins un caractère de plainte ciblée sur un organe précis (ou un système d'organe) que un caractère de plainte plus globale, concernant l'organisme comme un tout, la perception de son fonctionnement et de ses relations avec l'environnement

#### ❖ **Fréquence des SMI prépondérants**

Quand on étudie les SMI qui avaient été retenus comme « prépondérants » -dans le sens où ils avaient été considérés comme les plus « préoccupants » pour le patient selon l'avis du soignant, on obtient des résultats très différents de ceux cités ci-dessus.

Ainsi les « SMI prépondérants » les plus fréquemment rencontrés au sein de notre échantillon (tab AII C) comportent des SMI ciblés, concernant un organe ou système d'organe précis (maux de tête, du mal à respirer ; douleur des membres douleur abdominaux etc.) et se rapprochent de ceux rapportés par des études menées en population générale et en ambulatoire [44] [45]

De manière analogue, la répartition des SMI par catégorie anatomo-physiologique (GraphA II2) montre que les catégories les plus fréquentes sont : a) celle des neurosensorielles, b) celle des musculosquelettiques

Au sein de la catégorie des musculosquelettiques, la sous-catégorie la plus fréquente concerne les douleurs des membres inférieurs et non pas les douleurs diffuses (voir ci-dessous)

Il est intéressant de noter que tous les SMI prépondérants étudiés avaient fait l'objet d'un bilan exhaustif. Ils représentaient le type de SMI pour lesquels un patient aurait probablement consulté.

Et c'est vraisemblablement pour cette raison qu'ils ont été désignés comme prépondérant par le soignant.

On rencontre alors, chez les patients de notre échantillon des SMI « classiques » qui doivent être explorés pour éviter que l'on passe à côté d'une pathologie. Mais ils sont moins fréquents par des SMI qui ont un caractère plus global, et qui sont en rapport avec la perception par le patient du fonctionnement de son organisme dans son environnement

### **AIII. SMI: LES CARACTERES DE LA PLAINTÉ**

On peut résumer les caractères de la plainte (étudiée à partir du SMI prépondérant) au sein de notre échantillon comme suit :

Il s'agit d'une plainte chronicisée puisque dans 95% son début ne peut être situé (ni le contexte dans lequel il est survenu) Il s'agit d'une plainte présente quasi-continuellement – presque tous les jours (62%) et plusieurs fois par jour (76%)- sans périodicité nette et sans facteur déclenchant (82%) Elle est rarement de faible intensité (7%) et entraîne des modifications comportementales chez 73% des sujets quand ils sont sous son emprise. Ces modifications comportent « irritabilité, comportement revendicateur et/ou agressif » (45%) et « anxiété ou majoration d'anxiété » (29%).

On voit donc se dégager certains traits constants qui caractérisent la plainte chez les patients de notre échantillon, indépendamment du nombre et de la nature des SMI et des caractéristiques des patients.

Ces caractères constants de la plainte et indépendants du type du SMI concernent surtout la « présence » de la plainte. En revanche, les caractères en rapport avec la forme et le contenu de la plainte ne sont pas constants.

Ainsi les différents degrés de sollicitation du personnel (sollicitation à caractère imminent, sollicitation modérée etc.) semblent dépendre d'autres facteurs (éventuellement traits de personnalité- ou les caractères propres des SMI) et ne sont pas déterminées par la plainte proprement dite. Dans ce même ordre d'idées l'hypothèse souvent émise (et partagée par beaucoup de soignants) d'une instrumentalisation de la plainte au service de l'interaction avec les soignants ne semble pas être renforcée. Ceci ne veut pas dire qu'un tel comportement est rare ; mais tout simplement qu'il ne semble pas avoir de rapport avec la génération de la plainte.

## PROFIL DES SUJETS PRESENTANT DES SYMPTOMES MEDICALEMENT INEXPLIQUES

### BI. COMPORTEMENT- HISTOIRE ET MODE DE VIE

#### ❖ SMI et évènements de vie traumatisants

La corrélation entre évènements traumatisants survenus pendant l'enfance- adolescence et apparition de phénomènes de somatisation en général et en l'occurrence des symptômes médicalement inexpliqués est bien documentée. Les premiers travaux étudiaient le rôle des violences sexuelles survenues pendant l'enfance chez les femmes présentant un Syndrome Fonctionnel –notamment une colopathie fonctionnelle. [46] [47] Selon Cathébras , le rôle des violences sexuelles doit être interprété avec prudence. La corrélation retrouvée peut ne refléter qu'un dysfonctionnement familial plus large. [5] D'autres études plus récentes ont été menées sur des populations de somatisants ou des patients ayant souvent recours aux services des soins. [48]

Trouvent des corrélations avec la survenue d'évènements traumatisants dans l'enfance. Les différents évènements retrouvés (notamment décès d'un parent, violence et expériences abandonniques. Ce qu'ils ont en commun ces évènements de différents types, c'est une carence affective précoce qui induirait une vulnérabilité et une fragilité narcissique, qui auraient aussi des répercussions au niveau neurohormonale. [5]

Dans notre échantillon on a retrouvé une prévalence d'évènements traumatisants pendant l'enfance et l'adolescence de l'ordre de 55% Il s'agissait le plus souvent du décès d'un parent mais aussi des situations d'abandon de nature différente. Dans 47% des cas l'évènement traumatisant n'était pas isolé mais multiple. On peut donc dire que nos résultats sont compatibles avec les données de la littérature. Il faudrait peut-être noter que le résultat qu'on a trouvé pourrait sous-estimer le phénomène, étant donné que les évènements répertoriés pour chaque patient proviennent d'un seul entretien où on demandait au patient de nous parler un peu de son enfance. On peut donc supposer qu'il y a des évènements qui ne nous ont pas été rapportés et qu'il s'agissait peut-être des plus douloureux (enfouis)

#### ❖ SMI et traits comportementaux

Différents travaux ont étudié le rôle a) des troubles de personnalité et b) des traits de personnalité dans la somatisation. Cathébras met en garde par rapport à un risque de confusion entre une implication potentielle des traits de personnalité dans l'apparition de manifestations de somatisation et dans la facilité par laquelle on a recours aux soins.

Dans le cadre de cette étude, on a retenu 3 critères afin d'opérationnaliser les traits de personnalité des patients de notre échantillon :

- Une description de leur comportement par le soignant-référent quand ils ne sont pas sous l'emprise de leur SMI
- Un témoignage du soignant concernant les occupations quotidiennes du patient
- Une évaluation de la qualité relationnelle du patient (avec les autres résidents et avec les soignants)

On peut résumer les résultats obtenus comme suit :

- 33% des patients sont décrits comme « calmes », c'est-à-dire de manière « neutre » et uniquement 12% comme gais-extravertis-optimistes. Le reste 53% des patients se partage de descriptions imprégnées plutôt d'une affectivité négative. 18% sont décrits comme « timides-insécurité ». Les autres se répartissent entre « exigeant-revendicateur » (18%) ; « irritable-agressif-hostile » (9%) ; « introverti-méfiant » (8%) (tab BI.A) Il est à noter aussi que les soignants ont très souvent utilisé spontanément le terme « anxieux » en parlant de ces patients.
- La plupart de ces patients passent la journée dans leurs chambres et fréquentent très peu les lieux communs de l'EHPAD (uniquement aux moments des repas). Leurs activités -quand ils en avaient d'autres que la télé (58%)- étaient solitaires et 68% ne participaient jamais aux animations.
- Sur le plan relationnel (tab B I b) : 41% ont des relations avec les autres résidents évaluées comme distantes par les soignants et 31% ont des relations neutres.

Leurs relations avec les soignants ont été évaluées comme « mauvaise entente » uniquement dans 5% des cas, alors que dans 58% des cas comme des relations de « bonne entente » On pourrait décrire un modèle relationnel axé autour du soignant vers qui se tourne tout l'intérêt relationnel du résident qui y canalise toute son énergie alors qu'en même temps les relations avec les pairs sont désinvesties, jugées indifférentes quand elles ne sont pas antagonistes

Dans la description ci-dessus, on retrouve les traits de personnalité décrits dans la littérature comme affectivité négative et /ou névrotisme (: irritabilité, anxiété, agressivité, insatisfaction, introverti etc.) alors que les traits correspondant à une affectivité positive (optimiste, gai) ne sont que peu représentés (12%) Selon la littérature l'affectivité négative est fort corrélée avec l'apparition de troubles de la somatisation. Les résultats retrouvés sur notre échantillon sont compatibles avec la littérature. [49] [50] [51].

## **BII. PROFIL MEDICAL ET PSYCHIATRIQUE**

# CONCLUSIONS

On a étudié un échantillon de 85 personnes âgées résidant en EHPAD (depuis 6 mois) et présentant des SMI (depuis 6 mois). Nos résultats peuvent se résumer comme suit :

⇒ sur le plan sociodémographique

- ✓ La composition de notre échantillon était à prédominance féminine (79%), d'un niveau socio-éducatif et socio-professionnel peu élevé, données compatibles avec celles de la littérature

⇒ en ce qui concerne les caractères des SMI

- ✓ Le nombre de SMI variait de 1-7 SMI/prs, le mode étant à 3 SMI/prs.

La présence de 1 SMI/prs isolé était rare (9%).

Chez les femmes un nombre >4 SMI/prs était fréquent (30%) et le nombre moyen de SMI/prs augmentait avec l'âge

Chez les hommes un nombre >4 SMI/prs était rare et aucun rapport entre l'âge et le nombre moyen de SMI/prs n'était pas constaté.

- ✓ les caractères qualitatifs des SMI enregistrés étaient variés. On retrouve les SMI « connus » liés à un organe ou système d'organes tels que « maux de tête », « maux de ventre », « constipation » etc Mais ces SMI ne sont pas parmi les plus fréquemment rencontrés. Les SMI les plus fréquents au sein de notre échantillon avaient un caractère plus global, étaient liés à la perception de l'organisme comme un tout, de son fonctionnement et de ses rapports avec l'environnement.

- ✓ Chez les patients de notre échantillon manifestant des SMI, la plainte corollaire présente des caractéristiques communes, indépendamment du type du SMI

Il s'agit d'une plainte chronicisée (son début et son contexte d'apparition sont inconnus) ; elle est présente presque tous les jours (62%), plusieurs fois par jour (76%) sans périodicité nette et sans facteur déclenchant (82%) Elle est rarement de faible intensité ( 7%) et entraîne des modifications comportementales chez 73% des sujets

⇒ sur le plan des caractères socio-psychologiques

- ✓ 55% de nos patients ont été confrontés à au moins un évènement traumatisant pendant leur enfance et adolescence et environ la moitié d'entre eux à des évènements traumatisants multiples ce qui est compatible avec les données de la littérature
- ✓ Les traits de personnalité et de comportement correspondant à une affectivité négative ou au concept de névrotisme, facteurs prédisposant à l'apparition des SMI, suivant la littérature, sont très présents au sein de notre échantillon

**Les sujets âgés résidant en EHPAD et manifestant des SMI présentent des caractéristiques sociodémographiques et socio-psychologiques en accord avec la littérature.**

**Parmi les caractères des SMI étudiés, c'est surtout leur dimension quantitative qui rejoint les données de la littérature mettant en rapport nombre et chronicité.**

**Les caractères qualitatifs des SMI rejoignent aussi en partie les données de la littérature. Des différences ont été mises en évidence rendant compte des particularités de la population étudiée.**

**Enfin, des caractéristiques propres à la plainte corollaire –indépendamment du type du SMI-ont été mis en évidence**

## L'ETUDE : AVANCEE – LIMITES - PERSPECTIVES

Nous avons mené une étude en population âgée en EHPAD qui nous a permis de mettre en évidence a) les caractères socio-démographiques, socio-psychologiques et médicales des personnes âgées, vivant en EHPAD et présentant des SMI b) les caractères des SMI (quantitatifs-qualitatifs-caractères de la plainte corollaire) manifestés. Aucune étude précédente à notre connaissance n'avait traité cette question; Une grande attention a été accordée aux questions méthodologiques. On a insisté notamment à ce que les médecins coordonnateurs mais aussi le personnel soignant avec qui on a mené les entretiens prenne bien connaissance de la définition opérationnelle du concept de « symptôme médicalement inexplicable » afin d'éviter que la confusion terminologique qui existe autour de ces concepts n'introduise de biais. On a porté une grande attention à la confirmation du caractère « inexplicable » des symptômes inclus dans l'étude. Les symptômes mixtes avec une composante « explicable » ont été exclus pour qu'on puisse mieux délimiter le terrain étudié. En plus on s'est limité à l'étude de SMI persistant c'est-à-dire présentant une chronicité ce qui nous a permis de dégager certains caractères importants de ce phénomène (notamment autour de la plainte) Enfin on a recueilli sur chaque patient, une riche information issue de 3 sources différentes : le patient-son soignant référent-son dossier médical. Plusieurs paramètres ont été étudiés, et la richesse d'éventuelles corrélations qui pourraient en être dégagées est très grande et intéressante.

L'utilisation du concept de « Symptôme Médicalement Inexpliqué » comme base pour étudier le phénomène de manifestation de symptômes somatiques qui ne sont pas sous-tendus par des mécanismes de pathogenèse connus fut un choix théorique délibéré basé sur des critères de pertinence. Néanmoins, le fait que ce concept n'est pas compris dans la 5<sup>ème</sup> édition du DSM a inévitablement un impact néfaste sur son potentiel et sa dynamique théorique et scientifique. Notre souci de rigueur afin de ne pas introduire d'SMI mixtes nous a éventuellement amené à sous-estimer le phénomène étudié : lors des entretiens avec le soignant on a éliminé les symptômes rapportés et pour lesquels le caractère de « purement » inexplicable était douteux. Dès le début, on a considéré que l'information concernant les SMI du patient dans le passé serait d'un grand intérêt et utilité. Néanmoins on n'a pu la recueillir. Les patients à qui on a posé la question si « ils avaient présenté dans le passé, en étant plus jeunes, des symptômes tels que ceux qu'ils présentent aujourd'hui (on évoquait leurs SMI actuels) » se sont montrés complètement réfractaires. Ils nous répondaient tous de la même manière : « avant, j'étais en bonne santé, c'est depuis quelque temps [ou c'est depuis que je suis ici] que j'ai des soucis ».

Cette étude a montré que le problème des SMI en EHPAD est bien présent. Un riche terrain à défricher s'ouvre. La mise en évidence de corrélations entre les différents paramètres de cette étude conduirait à la formulation d'hypothèses qui serviraient de base à une meilleure élucidation de la question. En plus dans le cadre de cette étude, le grand nombre de paramètres abordés n'a permis une étude plus approfondie de chacun d'est. C'est une chose qui reste à faire (ex le rôle des évènements traumatisants) La meilleure compréhension de la question des SMI chez les résidents en EHPAD n'est pas une question d'intérêt théorique. Elle trouverait un vaste champ d'application dans l'amélioration du quotidien en EHPAD aussi bien pour les patients qui souffrent de cette manifestation pathologique que pour les soignants. L'expression de la plainte met souvent à mal la relation soignant-patient. Elle est source de tensions et il y a du malentendu qui s'accumule. Les patients se sentent mal compris et les soignants dénigrés. Chaque côté reste enfermé dans son propre univers à essayer de comprendre l'autre à travers ses idées reçues. Des outils d'élaboration et des techniques utilisés dans d'autres domaines ( pex éducation du patient) [] pourraient être éventuellement testées afin de tenter d'apporter des réponses.

Enfin, la population âgée ne résidant pas en EHPAD reste aussi en grand partie terre inconnue en ce qui concerne la question des SMI.

## BIBLIOGRAPHIE

1. *Merskey H., DM, FRCP, FRCPC, FRCPsych* Somatization, hysteria, or incompletely explained symptoms? *Can J Psychiatry*. 2004 Oct;49(10):649-51.
2. *John Launer*. Medically unexplored stories *Postgrad Med J* 2009;85:503-504
3. *Guelfi JD, Rouillon F*. Manuel de psychiatrie. Issy-les-Moulineaux Cedex: Elsevier Masson ; 2007. p.
4. *Mayou RI, Kirmayer LJ, Simon G, Kroenke K, Sharpe M*. Somatoform disorders: time for a new approach in DSM-V. *Am J Psychiatry*. 2005 May;162(5):847-55.
5. *Cathébras P*. Troubles fonctionnels et somatisation. Issy-les-Moulineaux Cedex: Elsevier Masson ; 2006. p.2-3
6. *Stone J, Wojcik W, Durrance D, Carson A, Lewis S, MacKenzie L, Warlow CP, Sharpe M*. What should we say to patients with symptoms unexplained by disease? The "number needed to offend" *BMJ*. 2002 Dec 21;325(7378):1449-50.
7. *Moreau A, Girier P, Figon S, Le Goaziou MF*, Symptômes biomédicalement inexpliqués Intérêt de l'approche globale en médecine générale *La revue du praticien Médecine Générale*, Tome 18, No 643, Mars2004
8. *Mayes R, Horwitz AV*. DSM-III and the revolution in the classification of mental illness. *J Hist Behav Sci*. 2005 Summer;41(3):249-67. Erratum in: *J Hist Behav Sci*. 2007 Fall;43(4):419.
9. *American Psychiatric Association*. DSM-III: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd Edition 3rd Edition
10. *Jackson JL, Kroenke K*. Managing somatization: medically unexplained should not mean medically ignored. *J Gen Intern Med*. 2006 Jul;21(7):797-9.
11. *Wessely S, White P*. There is only one functional somatic syndrome. *British Journal of psychiatry* (2004), 185, 95-96
12. *Wessely S, Nimnuan C, Sharpe M*. Functional somatic syndromes: one or many? *Lancet*. 1999 Sep 11;354(9182):936-9.
13. *Hiller W, Rief W*. Why DSM-III was right to introduce the concept of somatoform disorders. *Psychosomatics*. 2005 Mar-Apr;46(2):105-8

14. *Chadda RK*. Somatisation: nosology to biology. Indian J Psychiatry. 2000 Jul;42(3):225-36.
15. *Lipowski ZJ, MD, FRCPC*. Somatization: a borderland between medicine and psychiatry. CMAJ. 1986 Sep 15;135(6):609-14.
16. *Rief W, Isaac M*. The future of somatoform disorders: somatic symptom disorder, bodily distress disorder or functional syndromes? Curr Opin Psychiatry. 2014 Sep;27(5):315-9.
17. *Kroenke K*. Studying symptoms: sampling and measurement issues. Ann Intern Med. 2001 May 1;134(9 Pt 2):844-53.
18. *Steinbrecher NI, Koerber S, Frieser D, Hiller W*. The prevalence of medically unexplained symptoms in primary care. Psychosomatics. 2011 May-Jun;52(3):263-71.
19. *Balestrat R, Filloux Y, Jonquille C*. Troubles somatoformes Quelle attitude adopter ? La Revue du praticien de Médecine Générale Tome 18 No 664/665 Octobre 2004
20. *Burton C*. Can we explain medically unexplained symptoms ? Family Practice, 2014, Vol.31, No 6, 623-624
21. *Boulangé S*, Les symptômes médicalement inexpliqués auxquels sont confrontés les étudiants en médecine générale. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine Université Paris Val-de-Marne Faculté de Médecine de Créteil Année 2009
22. *Cathébras P*. Troubles fonctionnels et somatisation. Issy-les-Moulineaux Cedex: Elsevier Masson ; 2006. p.121-124
23. *Costa PT Jr, McCrae RR*. Hypochondriasis, neuroticism, and aging. When are somatic complaints unfounded? Am Psychol. 1985 Jan;40(1):19-28.
24. *Hazif-Thomas C, Thomas P*. L'hypocondrie chez la personne âgée. NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie 11(61):4-12 · Février 2011
25. *Charazac P*. Comprendre la crise de la vieillesse. Paris: Dunond; 2005
26. *Barsky AJ, Ettner SL, Horsky J, Bates DW*. Resource utilization of patients with hypochondriacal health anxiety and somatization. Med Care 2001;39(7):705-715
27. *Kroenke K*. Patients presenting with somatic complaints : epidemiology, psychiatric comorbidity and management. Int J Methods Psychiatry Research 2003; 12: 34-43

28. *Khan Adnan A, Khan Ayesha, Harezlak Jaroslaw, Tu Wanzhu and Kroenke Kurt.* Somatic Symptoms in Primary Care: Etiology and Outcome. *Psychosomatics*; December 2003; 44; 471-478
29. *Kroenke K, Spitzer RL.* Gender differences in the reporting of physical and somatoform symptoms. *Psychosom Med.* 1998 Mar-Apr;60 (2):150-5
30. *Rosendal M, Olesen F, Fink P.* Management of medically unexplained symptoms. *BMJ.* 2005 Jan 1;330(7481):4-5
31. *Vedat S.* Medically unexplained symptoms in women. Oxford University Press p.254. *Oxford Textbook of Women and Mental Health* edited by *Koen D.* 2010
32. *Barsky Arthur J, Hell Peekna M and Borus Jonathan F.* Somatic symptom reporting in women and men .*J Gen Intern Med* Subscribers, April 2001, 16, 266-275.
33. *Nimnuan C, Hotopf M, Wessely S.* Medically unexplained symptoms: an epidemiological study in seven specialities. *J Psychosom Res.* 2001 Jul;51(1):361-7.
34. *Evrard A, Fraichard J.* Les personnes âgées dépendantes d'ici 2020 : perspectives et besoins - Insee Picardie; IPA no 41 Décembre 2009
35. *Creed F, Henningsen P, Fink P.* Medically Unexplained Symptoms, Somatisation and Bodily Distress: Developing Better Clinical Services. (Cambridge Medicine). 2011
36. *Van de Lisdonk EH.* Perceived and presented morbidity in general practice. A study with diaries in four general practices in The Netherlands. *Scand J Prim Health Care.* 1989 Jun;7(2):73-8.
37. *Barsky, Arthur J; Frank, Catherine B; et al.* The Relation Between Hypochondriasis and Age. *The American Journal of Psychiatry* 148.7 (Jul 1991)
38. *Smith Gr, Monson RA, Livingston RL.* Somatization disorder in men. *Gen Hosp Psychiatry.* 1985 Jan; 7(1): 4-8
39. *Maiden NL, Hurst NP, Lochhead A, Carson AJ, Sharpe M.* Medically unexplained symptoms in patients referred to a specialist rheumatology service: prevalence and associations. *Rheumatology (Oxford).* 2003 Jan;42(1):108-12.
40. *Piccinelli M, Simon G.* Gender and cross-cultural differences in somatic symptoms associated with emotional distress. An international study in primary care. *Psychol Med* 1997; 27: 433-44
41. *Dowrick C, Ring A, Humphris G, Salmon P.* Normalisation of unexplained symptoms by general practitioners: a functional typology. *Br J Gen Pract.,* march 2004, 165-170

42. *Feder A, Olfson M, Gameraff M, Fuentes M, Shea S, Lantigua RA, Weissman MM.* Medically unexplained symptoms in an urban general medicine practice. *Psychosomatics*. 2001 May-Jun; 42(3): 261-8
43. *Reid S, Wessely S, Crayford T, Hotopf M.* Medically unexplained symptoms in frequent attenders of secondary health care: retrospective cohort study. *BMJ*. 2001 Mar 31;322(7289):767
44. *Jackson J, Passamonti M.* The Outcomes among Patients Presenting in Primary Care with a Physical Symptom at 5 Years. *J Gen Intern Med*. 2005 November; 20(11): 1032–1037
45. *Meunier S.* Les symptômes médicalement inexplicés en médecine générale Etude réalisée auprès de 12 médecins généralistes enseignants Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine Université Paris Val-de-Marne Faculté de Médecine de Créteil Année 2009
46. *Walker EA, Gelfand AN, Gelfand MD, Katon WJ.* Psychiatric diagnoses, sexual and physical victimization, and disability in patients with irritable bowel syndrome or inflammatory bowel disease. *Psychol Med*. 1995 Nov; 25(6): 1259-67.
47. *Walker EA, Gelfand AN, Gelfand MD, Koss MP, Katon WJ.* Medical and psychiatric symptoms in female gastroenterology clinic patients with histories of sexual victimization. *Gen Hosp Psychiatry*. 1995 Mar; 17(2): 85-92
48. *Dwamena F, Lyles J, Frankel R, Smith R.* In their own words: qualitative study of high-utilising primary care patients with medically unexplained symptoms. *BMC Family Practice* 2009, 10:67
49. *Kirmayer L.J, Robbins J.M, Paris J.* Somatoform disorders: personality and the social matrix of somatic distress. *J. Abnorm Psychol* 1994; 103: 125-36
50. *Noyes R, Langbehn D.R, Happel R.L. et coll.* Personality dysfunction among somatizing patients. *Psychosomatics* 2001; 42: 320-9
51. *Watson D, Pennebaker J.W.* Health complaints, stress and distress: exploring the central role of negative affectivity. *Psychol Rev* 1989; 96: 234-54
- 52.



# ANNEXES

**FORMULAIRE DE PARTICIPATION A L'ETUDE**

**DEMANDE DE CONSENTEMENT**

Madame, Monsieur,

Nous menons une étude sur certaines manifestations pathologiques que l'on rencontre souvent chez les personnes âgées et qui affectent leur qualité de vie. Cette étude est menée dans le cadre d'une Thèse de Médecine à l'Université de Picardie Jules Verne et dirigée par le Docteur Hazif-Thomas.

Pour recueillir les données nécessaires à la réalisation de cette étude on aurait besoin de votre aide. Il s'agit de répondre à un certain nombre de questions qui vous seront posées lors d'un bref entretien. Il va sans dire que vous conservez le droit de ne pas répondre à toutes les questions si vous ne le souhaitez pas. Vos réponses nous apporteront des informations précieuses.

Etant tenus au secret médical, nous garantissons la stricte confidentialité des données collectées. Le traitement ultérieur de ces données sera statistique et anonyme et conforme à la réglementation française et européenne concernant les études biomédicales.

Nous vous remercions et nous restons à votre disposition pour toute précision supplémentaire

Filaditaki Dionysia  
Étudiante en Thèse de Médecine

---

**CONSENTEMENT DE PARTICIPATION**

Je soussigné(e).....déclare avoir eu l'information souhaitée concernant l'étude menée par Mme Filaditaki Dionysia dans le cadre d'une Thèse de Médecine et accepte volontairement d'y participer dans les conditions décrites ci-dessus.

Date:

Signature:

# FORMULAIRE DE PARTICIPATION A L'ETUDE

## DEMANDE DE CONSENTEMENT

Madame, Monsieur,

Nous menons une étude sur certaines manifestations pathologiques que l'on rencontre souvent chez les personnes âgées et qui affectent leur qualité de vie. Cette étude est menée dans le cadre d'une Thèse de Médecine à l'Université de Picardie Jules Verne et dirigée par le Docteur Hazif-Thomas.

Pour recueillir les données nécessaires à la réalisation de cette étude on aurait besoin de votre aide. Il s'agit de répondre à un certain nombre de questions qui vous seront posées lors d'un bref entretien. Il va sans dire que vous conservez le droit de ne pas répondre à toutes les questions si vous ne le souhaitez pas. Vos réponses nous apporteront des informations précieuses.

Etant tenus au secret médical, nous garantissons la stricte confidentialité des données collectées. Le traitement ultérieur de ces données sera statistique et anonyme et conforme à la réglementation française et européenne concernant les études biomédicales.

Nous vous remercions et nous restons à votre disposition pour toute précision supplémentaire

Filaditaki Dionysia  
Étudiante en Thèse de Médecine

---

## CONSENTEMENT DE PARTICIPATION (PAR TUTEUR)

Je soussigné, en tant que tuteur de.....  
déclare avoir eu l'information souhaitée concernant l'étude menée par Mme Filaditaki Dionysia dans  
le cadre d'une Thèse de Médecine et donne mon accord pour que.....  
.....y participe dans les conditions décrites ci-dessus.

Date :  
Nom et Prénom du tuteur :  
Signature :

## ANNEXE II

### PARTIE A

#### I. REPERTOIRE DE SYMPTOMES MEDICALEMENT INEXPLIQUES (SMI)- SMI PREPONDERANT

Plaintes médicalement inexpliquées

Nombre :

1	2	3	4	5	6	>6

Exprimées :

Simultanément	
En alternance	

Type de symptômes :

No	CLASSEMENT ANATOMIQUE		DESCRIPTION telle que faite PAR LE PATIENT
	Généraux	Asthénie/ fatigue/ fatigabilité	
		Frissons/ bouffées De chaleur/	
		Autre	
	Peau		
	Tête	Céphalée	
		Algie faciale	
		Sensations vertigineuses	
		Autre	
	Œil		
	Oreille		
	Thorax	Douleur thoracique Localisée/ Diffuse	
		Toux, Dyspnée	
		Palpitations	
		autre	
	Digestif	Goût, déglutition	
		Nausée, Eructations, Plénitude gastrique etc.	

		Météorisme , Transit	
		Douleur abdominale	
		autre	
	Génito-urinaire	Douleur Pelvienne/génitale	
		miction	
		Autre	
	Musculo- squelettique	Rachialgie	
		Douleur MS	
		Douleur MI	
		Paresthésies	
		Autre	
	Autres		

**SMI qui préoccupe le plus le patient (fréquence, intensité) retenu comme PREPONDERANT**

No :

*Description du SMI comparativement à la description typique d'un symptôme analogue évoquant une pathologie précise (symptôme médicalement expliqué) :*  
(elle sera rempli par l'examineur)

Description Atypique									Description Typique
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

*Bilan(s) d'exploration du SMI : oui non*

Un seul bilan	
Plusieurs bilans au fur et à mesure, visant à répéter les précédents	
Plusieurs bilans au fur et à mesure, chacun visant à compléter les précédents	

*Le bilan d'exploration initial comportait :*

Examen d'imagerie	
Examen de laboratoire	
Examens spécialisés	
Avis de spécialiste	
Autre :	

## II. CARACTERES DE LA PLAINTÉ CORRESPONDANT AU SMI PREPONDERANT

Le SMI est présent depuis :

< 3 mois	
3-6 mois	
6-12 mois	
>12 mois	
Combien :	

Depuis l'installation du SMI, périodes libres de symptôme : oui non

L'installation du SMI est survenue dans un contexte de :

Autre :	
PAS DE CONTEXTE particulier	

Répartition des plaintes MI dans le temps :

Presque tous les jours	
3-5 fois par semaine	
1-3 fois par semaine	
<1 fois par semaine	

Fréquence journalière de la plainte MI :

Une fois par jour	
Plusieurs fois par jour	
Continuelle	

Périodicité journalière de la plainte MI :

matin	
midi	
soir	
nuit (réveille le patient /l'empêche de dormir)	
autre :	
aucune	

Déclenchement de la plainte MI en rapport avec :

Facteurs médicaux (application d'un traitement etc.)	
Difficultés relationnelles avec le personnel soignant ou les autres résidents	
Difficultés relationnelles avec la famille	
Autre :	
Pas de facteur particulier	

Durée de la plainte MI :


L'Intensité de la plainte (pour le SMI) :

Varie d'une fois à l'autre	
Est plutôt stable	

En moyenne, l'intensité de la plainte est (évaluée par le personnel soignant) :

Faible								forte	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Intensité de la plainte/ Intensité de la gêne occasionnée par le SMI (estimation du soignant) :

Relativement peu intense par rapport à la gêne	
Proportionnelle à la gêne	
Relativement très intense par rapport à la gêne	

Comment le patient exprime-t-il la plainte MI :

évoque la plainte MI uniquement si on lui pose la question	
Pleures, gémissements	
Attitude corporelle	
Sollicite le personnel soignant	
Demande à voir le médecin	
En parle à sa famille	
En parle aux autres résidents	
Autre :	

Modification du comportement du patient sous l'impact du SMI : oui non

Principaux traits comportementaux présentés par le patient dans le contexte de la plainte MI :

Irritabilité, agressivité	
Anxiété	
Tristesse, détresse, auto-apitoiement	
Sollicitation de l'attention des autres	
Repli sur lui-même, isolement	
Désinvestissement de toute activité, passivité	
Besoin de réconfort, insécurité	
Autre :	

Comment réagit le personnel soignant à l'expression de la plainte MI :

Applique la prescription médicamenteuse, s'il en existe une	
Rappelle au patient que « ce n'est pas méchant » pour le rassurer	
Essaie de distraire le patient pour qu'il oublie la plainte	
Reproche au patient d'exagérer, trop se plaindre	
Ignore la plainte pour ne pas l'encourager	
Autre :	

Le personnel soignant juge sa réaction face à l'expression de la plainte MI :

Peu Efficace								Très Efficace	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

*Le médecin traitant du patient exprimant une plainte MI est prévenu :*

A chaque fois	
Quand la plainte est persistante et/ou intense	
Quand la plainte semble se départir de ses caractères habituels	
Quand le personnel soignant n'arrive pas à rassurer le patient	
Quand le patient le demande	
Autre :	

*Traitement médicamenteux symptomatique prescrit (pour le SMI) : OUI NON*

Si OUI : EN systématique ou EN si besoin

*Jugé par le soignant :*

Pas du tout efficace	
Peu efficace	
Efficace/ assez efficace	
Très efficace	

### III. AUTRES SMI

SMI retenu comme prépondérant (ou SMI similaire) manifesté déjà dans le passé : OUI NON

Si OUI, quand :

SMI PREPONDERANT		
Durant la période en MDR		

Parmi les autres SMI actuellement présents y en a-t-il certains déjà manifestés dans le passé :

OUI NON

Si OUI lesquels :

	No

Pour chaque SMI précisez quand il s'est manifesté (No SMI) :

No SMI :	Une fois	Plusieurs fois
Durant la période en MDR		

No SMI :	Une fois	Plusieurs fois
Durant la période en MDR		

No SMI :	Une fois	Plusieurs fois
Durant la période en MDR		

No SMI :	Une fois	Plusieurs fois
Durant la période en MDR		

Le patient a-t-il déjà manifesté dans le passé d'autres SMI qui ne sont pas actuellement présents ?

OUI NON

Si OUI lesquels :

	No

Pour chaque SMI non actuellement présent précisez quand il s'est manifesté (No SMI) :

No SMI :	Une fois	Plusieurs fois
Durant la période en MDR		

No SMI :	Une fois	Plusieurs fois
Durant la période en MDR		

No SMI :	Une fois	Plusieurs fois
Durant la période en MDR		

No SMI :	Une fois	Plusieurs fois
Durant la période en MDR		

## **PARTIE B**

### **I. PATHOLOGIES MEDICALES- PATHOLOGIES PSYCHIATRIQUES**

#### **Ia. PATHOLOGIES MEDICALES**

Pathologies médicales chroniques sous traitement (efficace) :

-connues depuis > 3 ans


-installées depuis <3ans


-aggravation/ récurrence récente (<1 an) de pathologie chronique


Pathologie aigue /hospitalisation récente : <1an


Autres ATCD médicaux/Accidents :


Interventions chirurgicales :

-récentes < 2ans


-anciennes >2ans


Handicaps/déficits :

TYPE	COMPENSABLE	
	OUI	NON

Problèmes médicaux actuels préoccupants :


Présence de symptômes médicalement expliqués (dus à des affections connues) –mal soulagés :


**EHELLE D'EVALUATION**

COMMORBIDITES

score

EHELLE DE COMMORBIDITES DE KAPLAN-FEINSTEIN

**Ib. PATHOLOGIES PSYCHIATRIQUES**

ATCD :

	AGE ADULTE (avant la RETRAITE)	Après la RETRAITE- Avant l'ENTREE en MDR	Depuis l'entrée en MDR
Trouble dépressif majeur			
Autre trouble dépressif			
Trouble bipolaire			
Tentative Suicidaire			
Alcoolisme			
Autre Addiction			
TOC			
Phobie(s)			
Trouble panique			
Autre trouble anxieux			
Hypocondrie			
Autres troubles somatoformes			
Troubles de l'adaptation			
Troubles alimentaires			
Troubles du sommeil			
Autre			

Actuellement, y a-t-il une pathologie psychiatrique diagnostiquée en cours ? OUI NON

Si OUI :

Diagnostic(s) posé(s) :


*Le traitement actuel comporte :*

Antidépresseurs	
Thymo régulateurs	
Antipsychotiques	
Anxiolytiques	
Somnifères	

***ECHELLES D'EVALUATION***

*DEPRESSION*

*score*

ECHELLE DE DEPRESSION DE MONTGOMERY ET ASBERG (MADRS)	
---	--

## II .EVENEMENTS DE VIE

### Enfance-Adolescence :

Maladie grave	
Maladie grave des parents : 1 ou 2	
Maladie grave d'un frère ou d'une sœur	
Accident grave	
Accident grave/handicap des parents : 1 ou 2	
Accident grave/handicap d'un frère ou d'une sœur	
Alcoolisme des parents : 1ou 2	
Pathologie psychiatrique grave des parents :1ou 2	
Pathologie psychiatrique grave d'un frère ou d'une sœur	
Décès des parents : 1ou 2	
Décès d'un frère ou d'une sœur	
Autre	
Maltraitance/Abus sexuel	
Violence familiale	
Divorce des parents	
Longues périodes de séparation de la famille	
Changements fréquents de lieu d'habitation/immigration	
Victime de catastrophes naturelles ou autres	
Précarité	
Echec scolaire	
Autre	

### Age adulte jusqu'à la retraite :

Maladie grave	
Maladie grave du conjoint	
Maladie grave d'un enfant	
Accident grave/handicap	
Accident grave/handicap du conjoint	
Accident grave/handicap d'un enfant	
Alcoolisme du conjoint	
Pathologie psychiatrique grave du conjoint	
Pathologie psychiatrique grave d'un enfant	
Décès du conjoint	
Décès d'un frère ou d'une sœur	
Autre	
Violence conjugale	
Agression sexuelle ou autre	
Divorce	
Changements fréquents de lieu d'habitation/immigration	
Victime de catastrophes naturelles ou autres	
Précarité	
Echec professionnel	
Longues périodes de chômage	
Autre	

### Depuis la retraite et jusqu'à l'institutionnalisation :

Maladie grave /accident/handicap	
Maladie grave/accident/handicap du conjoint	
Maladie grave/accident/handicap d'un enfant ou petit-enfant	

Pathologie démentielle du conjoint	
Pathologie psychiatrique grave du conjoint	
Décès du conjoint	
Décès d'un enfant ou petit-enfant	
Plusieurs décès dans l'entourage familial et proche	
Autre	

Violence conjugale	
Agression	
Victime de catastrophes naturelles ou autres	
Précarité	
Eloignement géographique des enfants	
Autre	

*Depuis l'institutionnalisation :*

Maladie grave /accident/handicap	
Maladie grave/accident/handicap du conjoint	
Maladie grave/accident/handicap d'un enfant ou petit-enfant	
Pathologie démentielle du conjoint	
Pathologie psychiatrique grave du conjoint	
Décès du conjoint	
Décès d'un enfant ou petit-enfant	
Plusieurs décès dans l'entourage familial et proche	
Autre	

### III. ENTREE EN MDR

	AGE
RETRAITE	
ENTREE EN MDR	
AUJOURD'HUI	

*Motifs d'entrée en MDR :*

Choix personnel	
A l'initiative des enfants et/ou de la famille proche	
Baisse du niveau d'autonomie	
Problèmes médicaux	
Décès du conjoint	
Problèmes médicaux du conjoint	
Eloignement géographique des enfants et/ou de la famille proche	
Absence d'entourage proche	
Autre :	

*Période d'adaptation : DUREE*

Quelques jours	
Quelques semaines	
Quelques mois	
Plusieurs mois	
Autre	

*Adaptation jugée par le résident :*

Facile	Plutôt facile	Ni facile/ ni difficile	Plutôt difficile	Difficile

#### IV. MODE DE VIE AVANT L'INSTITUTIONNALISATION

Habite en :

Milieu urbain	
Milieu rural	

Logement individuel	
Foyer logement pour personnes âgées	
Autre	

Vit :

Seul(e)	
En couple	
Avec son (ses) enfants	
Avec autre membre de la famille	
Autre	

Autonome pour les tâches quotidiennes : OUI NON

Si NON, aidé(e) par :

Aide-ménagère/auxiliaire de vie	
Son/ses enfant (s)	
Autre membre de la famille	
Amis/voisins	
autre	

Famille (proche) dans la même commune ou communes avoisinantes : OUI NON

Voit ses enfants/petits-enfants :

Plusieurs fois par semaine	
1 à 2 fois par semaine	
1 à 2 fois par mois	
<1 fois par mois	
Rarement	
autre	

Voit d'autres membres de sa famille ou amis :

Plusieurs fois par semaine	
1 à 2 fois par semaine	
1 à 2 fois par mois	
<1 fois par mois	
Rarement	
autre	

Occupations quotidiennes :

Activité physique/ promenade/jardinage etc.	
Voyages, tourisme	
Activités culturelles	
Bénévolat	
Activités manuelles	
Télévision/radio	
Infos/actualité/journal	
Lecture	
Autre	

## V.MODE DE VIE EN INSTITUTION

Vit :

seul (e)	
en couple	

Adaptation en MDR jugée par le personnel soignant:

Facile	Plutôt facile	Ni facile/ ni difficile	Plutôt difficile	Difficile

Activités :

De son choix /prend l'initiative	
proposées par l'animateur ou le personnel soignant	

Occupations quotidiennes :

Activité physique/ promenade/jardinage etc.	
Activités manuelles	
Télévision/radio	
Infos-actualité/journal	
Lectures	
Jeux de société	
Autre	

Humeur/ comportement (quand il n'est pas sous l'emprise du SMI) :

Calme-bienveillant	
Gai-extraverti	
Confiance en soi -optimiste	
Timide-besoin d'encouragement	
Réticent -introverti	
Méfiance	
Exigeant-revendicateur	
Pessimisme-auto-apitoiement	
Cynisme	
Dépendance -insécurité	
Irritabilité	
Agressivité-hostilité	
Autre	

Voit ses enfants/petits-enfants :

Plusieurs fois par semaine	
1 à2 fois par semaine	
1 à2 fois par mois	
<1 fois par mois	
Rarement	
autre	

Voit d'autres membres de sa famille ou amis :

Plusieurs fois par semaine	
1 à2 fois par semaine	
1 à2 fois par mois	
<1 fois par mois	
Rarement	
autre	

*Relations avec les autres résidents (évaluées par le personnel soignant) :*

Distantes

Chaleureuses

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

*Relations avec le personnel soignant (évaluées par le personnel soignant) :*

Mauvaise

Bonne

Entente

Entente

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

***ECHELLES D'ÉVALUATION :***

*AUTONOMIE /DEPENDANCE*

*score*

ECHELLE DE BARTHEL	
--------------------	--

## Données sociodémographiques

Age :

Sexe :

Situation familiale :

Célibataire	
En couple	
Divorcé(e)	
Veuf (vé)	

Nombre d'enfants : - en vie :  
-décédés :

Nombre d'enfants vivant à < 20 km :

Nombre de frères/sœurs : - en vie :  
-décédés :

Profession (s) exercée(s) :

Niveau d'études :

Primaire	
Secondaire	
Universitaire	
Autre	

## Entretien Dirigé avec le SOIGNANT

**NB : E pour Examineur ; S pour Soignant**

E : (après s'être présenté) Cette étude porte sur les Symptômes Médicalement Inexpliqués On entend par ce terme..... (en ce moment il montre au soignant la définition opérationnelle sur papier cartonné et la lit ou la reformule oralement- Le papier cartonné avec la définition restera à la portée du soignant tout au long de l'entretien)

Je voudrais qu'on parle des SMI de Monsieur/ Madame Untel ( : le nom du patient concerné)

Je sais que vous le connaissez bien. Alors, si vous êtes d'accord, je vous poserai quelques courtes questions

E : Je voudrais d'abord que vous citiez les SMI dont se plaint le patient en évoquant, si possible, ses propres termes, c'est-à-dire les mots qu'utilise lui pour désigner ses symptômes

S :.....

E : (si plusieurs SMI cités) : se plaint-il de tous ces symptômes en même temps ou tantôt de l'un tantôt de l'autre ? A votre avis, parmi ces symptômes, quel est celui qui le préoccupe le plus ? (si S a du mal à répondre, E ajoute) : par exemple celui dont il se plaint plus souvent ou qui lui cause une gêne plus importante

S :.....( le SMI cité ici par S correspond au SMI prépondérant. Soit « X » le mot ou locution qu'utilise S. il sera aussi utilisé par S pour le reste de l'entretien)

E :.... On va parler de « X », maintenant. S'en plaint-il depuis longtemps ? Pendant tout ce temps, est-ce qu'il y a eu des périodes où il arrêta de se plaindre, c'est-à-dire libres de « X » ?

S : .....

E : Est-ce que vous savez si la première apparition de « X » chez le patient avait coïncidé avec un (ou plusieurs) évènements parmi ceux que vous pouvez lire sur cette liste : (présentation de la liste ci-dessous sur papier cartonné)

<b>pathologie aigue récente</b>
<b>Intervention chirurgicale</b>
<b>Recrudescence de pathologie Chronique</b>
<b>Annonce de pathologie grave et/ou à pronostic réservé</b>
<b>Problème de santé chez un proche</b>
<b>Décès dans la famille ou l'entourage proche</b>
<b>Séparation/éloignement</b>
<b>Changement de lieu d'habitation</b>
<b>Problèmes familiaux</b>
<b>Difficultés relationnelles /d'adaptation</b>
<b>Autre :</b>
<b>PAS DE CONTEXTE particulier</b>

S:.....

E : est-ce que le patient a eu des bilans exploratoires pour « X » ?

S :.....

E : si la réponse est oui, on montre la fiche ci-dessous sur papier cartonné, en lui demandant de choisir un cas de figure :

<b>Un seul bilan au tout début des plaintes</b>
<b>Un seul bilan mais bien plus tard</b>
<b>Plusieurs bilans au fur et à mesure visant à compléter les précédents</b>
<b>Plusieurs bilans au fur et à mesure visant à répéter les précédents</b>

S:.....

E : Savez-vous peut-être ce que le bilan exploratoire initial comportait ? Le patient avait-il aussi été vu par un spécialiste ?

S :.....

E : Sur une semaine p. ex, ça se passe comment ? Est-ce qu'il y a des jours où il se plaint de « X » et d'autres où il ne s'en plaint pas ? Combien en moyenne ?

S : .....

E : Et sur une journée ? Est-ce que il apparaît une ou plusieurs fois ou bien du moment où il apparaît il reste présent pour le reste de la journée ? Est-ce qu'il a tendance à apparaître à un moment de la journée plutôt qu'à un autre? (*si oui*) lequel ? Est-ce qu'il réveille le patient la nuit ou il l'empêche de dormir ?

S : .....

E : Combien de temps, à peu près, dure la plainte, à chaque fois qu'elle apparaît ? Est-ce qu'elle disparaît soudainement ou progressivement ?

S : .....

E : Avez-vous peut-être repéré un ou plusieurs facteurs qui seraient éventuellement en rapport avec le déclenchement, à chaque fois, de la plainte? Si oui, lesquels ? (*s'il a du mal à répondre, on lui présente la fiche ci-dessous sur papier cartonné*)

<b>Facteurs médicaux (application d'un traitement etc.)</b>
<b>Difficultés relationnelles avec le personnel soignant ou les autres résidents</b>
<b>Difficultés relationnelles avec la famille</b>
<b>Autre :</b>
<b>Pas de facteur particulier</b>

S : .....

E : Au sujet de l'intensité de la plainte, maintenant : Est-ce qu'elle varie beaucoup d'une fois à l'autre (p.ex. des fois elle est intense alors que d'autres beaucoup moins) ou bien elle est toujours d'une même intensité à peu près ?

S : .....

E : Je voudrais que vous évaluiez l'intensité moyenne de la plainte sur une échelle de 1 à 10 (*visualisation de l'échelle sur papier cartonné*)

Faible

forte

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

S : .....

E : Enfin une estimation : Par rapport à l'intensité de la gêne occasionnée par « X » ; est-ce que vous estimez que l'intensité de la plainte est a) relativement peu intense, b) proportionnelle à la gêne, c) relativement très intense ?

S : .....

E : Je voulais que vous me décriviez, comment il fait habituellement, quels moyens il utilise pour exprimer sa plainte ? (*si S a du mal à répondre spontanément, on lui présente la liste ci-dessous sur papier cartonné*)

<b>évoque la plainte MI uniquement si on lui pose la question</b>
<b>Pleures, gémissements</b>
<b>Attitude corporelle</b>
<b>Sollicite le personnel soignant</b>
<b>Demande à voir le médecin</b>
<b>En parle à sa famille</b>
<b>En parle aux autres résidents</b>
<b>Autre :</b>

S : .....

E : .....

Est-ce que vous avez remarqué, chez le patient, des changements comportementaux ou affectifs en rapport avec la présence du « X » ? Lesquels ? (*si S a du mal à répondre spontanément, on lui présente la liste ci-dessous sur papier cartonné*)

<b>Irritabilité, agressivité</b>
<b>anxiété</b>
<b>Tristesse, détresse, auto-apitoiement</b>
<b>Sollicitation de l'attention des autres</b>
<b>Repli sur lui-même, isolement</b>
<b>Désinvestissement de toute activité, passivité</b>
<b>Besoin de réconfort, insécurité</b>
<b>Autre :</b>

S : .....

E : Et vous, quand le patient commence à se plaindre, qu'est-ce que vous faites ? Comment vous vous y prenez ? (si S a du mal à répondre spontanément, on lui présente la liste ci-dessous sur papier cartonné)

<b>Applique la prescription médicamenteuse, s'il en existe une</b>
<b>Rappelle au patient que « ce n'est pas méchant » pour le rassurer</b>
<b>Essaie de distraire le patient pour qu'il oublie la plainte</b>
<b>Reproche au patient d'exagérer, trop se plaindre</b>
<b>Ignore la plainte pour ne pas l'encourager</b>
<b>Autre :</b>

S:.....

E : Est-ce que vous jugez votre réaction à la plainte du patient efficace ? Je voulais que vous en évaluiez l'efficacité sur une échelle de 1 à 10 (visualisation de l'échelle ci-dessous sur papier cartonné)

<b>Peu Efficace</b>										<b>Très Efficace</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	

S : .....

E : Je voulais que vous me disiez quand et sur quels critères vous faites appel à son Médecin Traitant pour « X » ? (si S a du mal à répondre spontanément, on lui présente la liste ci-dessous sur papier cartonné)

<b>A chaque fois</b>
<b>Quand la plainte est persistante et/ou intense</b>
<b>Quand la plainte semble se départir de ses caractères habituels</b>
<b>Quand le personnel soignant n'arrive pas à rassurer le patient</b>
<b>Quand le patient le demande</b>
<b>Autre :</b>

S : .....

E : Alors, la dernière fois que le MT avait été appelé pour « X », c'était il y a combien de temps ? Et la fois précédente S:.....

E : Est-ce qu'il a un traitement médicamenteux pour « X » ? En systématique ou en si besoin ?

S : .....

E : (si oui) Je souhaite avoir votre avis sur l'efficacité de ce traitement (visualisation de l'échelle ci-dessous sur papier cartonné)

<b>Pas du tout efficace</b>	
<b>Peu efficace</b>	
<b>Efficace/ assez efficace</b>	
<b>Très efficace</b>	

S : .....

E : Je voulais maintenant qu'on parle un peu de Monsieur/Madame Untel et de sa vie quotidienne dans la structure. Il/elle vit seul ici, n'est-ce pas ? Et il/elle est ici depuis ...

Est-ce qu'il s'est adapté facilement ici ? On peut dire que sa période d'adaptation était :

(visualisation sur papier cartonné)

<b>Facile</b>	<b>Plutôt facile</b>	<b>Ni facile/ni difficile</b>	<b>Plutôt difficile</b>	<b>Difficile</b>
---------------	----------------------	-------------------------------	-------------------------	------------------

S : .....

E : Il occupe comment ses journées ici ? Est-ce qu'il a des activités ? De quel type ? Est-ce qu'il agit spontanément ou uniquement quand il est incité par un animateur ou soignant ?

S : .....

E : Je voulais que vous décriviez, en quelques mots, son tempérament et son comportement dans la structure quand il n'est pas sous l'emprise de son/ses SMI ? (si S a du mal à répondre spontanément, on lui présente la liste ci-dessous sur papier cartonné)

<b>Calme-bienveillant</b>
<b>Gai-extraverti</b>
<b>Confiance en soi -optimiste</b>
<b>Timide-besoin d'encouragement</b>
<b>Réticent -introverti</b>
<b>Méfiance</b>

<b>Exigeant-revendicateur</b>
<b>Pessimisme-auto-apitoiement</b>
<b>Cynisme</b>
<b>Dépendance –insécurité</b>
<b>Irritabilité</b>
<b>Agressivité-hostilité</b>
<b>Autre :</b>

S:.....

E : Voit-il ses enfants/petits-enfants souvent ? Précisez svp

S :.....

E : Voit-il d'autres personnes, p ex amis, proches ? Avec quelle fréquence ?

S :.....

E : Je voulais que vous évaluiez les relations du patient avec les autres résidents sur une échelle de 1 à 10 (*visualisation de l'échelle sur papier cartonné*)

Distantes

chaleureuses

1	2	3	4	5	6	7	8	9		10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	----

S :.....

E : Je voulais que vous évaluiez les relations du patient avec le personnel soignant sur une échelle de 1 à 10 (*visualisation de l'échelle sur papier cartonné*)

Mauvaise

Bonne

Entente

Entente

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

S :.....

E : Je vous remercie beaucoup pour votre participation et votre aide

NB : à la fin de l'entretien on demande au soignant de remplir pour M/Mme Untel a) l'index de Barthel et b) MADRS

## Entretien Dirigé avec le PATIENT

NB : L'entretien se divise en 4 parties :

- A) porte sur la période précédant l'entrée en MDR  
(BIV de la Grille de Recueil des Données)
- B) cherche à inciter le patient à évoquer des événements qui ont éventuellement marqué sa vie-cette partie de l'entretien est inévitablement moins « Dirigée »  
(BII de la Grille de Recueil des Données)
- C) l'entrée en MDR : décision/adaptation  
(BIII de la Grille de Recueil des Données)
- D) ATCD de SMI  
(BIV de la Grille de Recueil des Données)

### **Introduction**

E : On fait un travail de recherche sur la qualité de vie des personnes âgées. Votre établissement a été inclus à l'étude et suite à un tirage au sort vous avez été sélectionné parmi d'autres résidents pour participer. Il s'agit de répondre à certaines questions que je vais vous poser. Je devrai vous dire que l'anonymat des participants est garanti et que moi, je suis tenue au secret médical. Est-ce que vous seriez d'accord pour participer ?

P : .....

### **A)**

E : Je voulais d'abord que vous me parliez de votre vie juste avant de venir ici : Vous habitiez où ? Dans une maison, appartement ? Seul(e) (ou autre) ?

P : .....

E : Vous faisiez vous-même votre ménage et vos courses ou vous vous faisiez aider ? Par qui ?

P : Et vous occupiez comment votre temps libre ? (si P a du mal à répondre E cite des exemples : jardinage, télé etc.)

E : Vous aviez de la famille proche pas loin de chez vous. (p.ex. dans la même commune) Qui ?

P : .....

E : Et vos enfants ? (s'il ne les a pas cités) Vous les voyiez régulièrement ? c'est-à-dire ?

P : .....

E : Et qui est-ce que vous voyiez d'autre ? Fréquemment (préciser) ?

P : .....

### **B)**

E : Je voulais que vous me parliez un peu de votre enfance

Vous êtes né(e) où ? C'est là où vous avez grandi aussi ? Et ensuite ?

P : .....

E : Vous êtes né(e) dans une famille nombreuse. ? Vous avez combien de frères et sœurs ? Est-ce qu'il y en a qui ne sont plus en vie ? (si oui) Y-en-a -t-il qui sont décédés jeunes ?

P : .....

E : Et vos parents, ils travaillaient dans quoi ? Se sont-ils bien occupés de vous ?

E : Alors, on peut dire que votre enfance était plutôt heureuse (ou difficile en fonction) Est-ce qu'il y a eu des événements ou des situations durant l'enfance qui vous ont marqué à vie ?

P : .....

E : Vous avez fait des études ? (ou vous avez eu votre CEP ?) Vous vous êtes marié(e) à quel âge ? Vous avez eu combien d'enfants ? Ils habitent tous dans la région ?

P : .....

E : Vous avez travaillé dans quoi ? Avez-vous changé souvent de poste ou d'employeur ? Avez-vous souvent été au chômage ? Vous êtes parti à la retraite à quel âge ?

P : .....

E : En deux mots, est-ce que dans votre vie les choses se sont plutôt bien passées ou il y a eu des choses très difficiles à vivre ? Si vous aviez eu la possibilité de changer quelque chose qu'est-ce que vous auriez changé ?

P : ...

### C)

E : Votre arrivée ici, vous l'avez choisi, ou vous n'avez pas vraiment eu le choix ? Dans quel contexte avez-vous pris la décision ?

P :

E : Cela vous a pris combien de temps de vous adapter ? Vous diriez que l'adaptation était :  
(visualisation *sur papier cartonné*)

<b>Facile</b>	<b>Plutôt facile</b>	<b>Ni facile/ni difficile</b>	<b>Plutôt difficile</b>	<b>Difficile</b>
---------------	----------------------	-------------------------------	-------------------------	------------------

P : .....

### D)

E : J'ai vu dans votre dossier médical que ce dernier temps, vous vous plaigniez souvent de « X » Est-ce vous avez eu déjà eu, dans le passé, en étant plus jeune ce genre de problème ? Quand ?

P : .....

E : (*si il présente aussi d'autres SMI, indiqués par le soignant*) : J'ai aussi vu dans votre dossier que dernièrement vous souffrez également de « ..... » et de « .... » (*on cite les SMI non prépondérants*) Avez-vous déjà eu ça dans le passé ? Quand ?

P : .....

E : (*au sujet des SMI qu'il dit avoir déjà eu dans le passé* :) Dans le passé, qu'est-ce que vous faisiez pour soulager ces gênes ? Avez-vous jamais eu recours à des moyens thérapeutiques autres que ceux de la médecine classique ? Lesquels ?

P : .....

E : Avez-vous peut-être eu dans le passé d'autres symptômes qui comme « X » vous ont taraudé longtemps mais qui ont fini par disparaître et vous n'en souffrez plus actuellement ? Lesquels ? Quand ?

*NB A la fin de l'entretien, passation de l'échelle d'autoévaluation sur le stress perçu*