



**HAL**  
open science

**Le diagnostic des troubles psychosomatiques en soins primaires est-il démontrable par les données actuelles de l’Evidence Based Medicine? Éléments de réflexion épistémologiques à travers une revue narrative non exhaustive de la littérature**

Aurélie Rignon

► **To cite this version:**

Aurélie Rignon. Le diagnostic des troubles psychosomatiques en soins primaires est-il démontrable par les données actuelles de l’Evidence Based Medicine? Éléments de réflexion épistémologiques à travers une revue narrative non exhaustive de la littérature. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-02978313

**HAL Id: dumas-02978313**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02978313v1>**

Submitted on 26 Oct 2020

**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.



**Le diagnostic des troubles psychosomatiques en soins primaires est-il démontrable par les données actuelles de l'Evidence Based Medicine?**

**Eléments de réflexion épistémologiques à travers une revue narrative non exhaustive de la littérature**

# **T H È S E**

**Présentée et publiquement soutenue devant**

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES**

**DE MARSEILLE**

**Le 5 Octobre 2020**

**Par Madame Aurélie RIGNON**

**Née le 18 avril 1982 à Saint-Martin-D'heres (38)**

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

**Membres du Jury de la Thèse :**

**Monsieur le Professeur NAUDIN Jean**

**Président**

**Monsieur le Professeur BROUQUI Philippe**

**Assesseur**

**Monsieur le Docteur VION-DURY Jean**

**Assesseur**

**Monsieur le Professeur des Universités LE COZ Pierre**

**Assesseur**

**Monsieur le Docteur POHER Yves**

**Directeur**





**Le diagnostic des troubles psychosomatiques en soins primaires est-il démontrable par les données actuelles de l'Evidence Based Medicine?**

**Eléments de réflexion épistémologiques à travers une revue narrative non exhaustive de la littérature**

# **T H È S E**

**Présentée et publiquement soutenue devant**

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES**

**DE MARSEILLE**

**Le 5 Octobre 2020**

**Par Madame Aurélie RIGNON**

**Née le 18 avril 1982 à Saint-Martin-D'heres (38)**

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

**Membres du Jury de la Thèse :**

**Monsieur le Professeur NAUDIN Jean**

**Président**

**Monsieur le Professeur BROUQUI Philippe**

**Assesseur**

**Monsieur le Docteur VION-DURY Jean**

**Assesseur**

**Monsieur le Professeur des Universités LE COZ Pierre**

**Assesseur**

**Monsieur le Docteur POHER Yves**

**Directeur**

## FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

<b>Doyen</b>	:	<b>Pr. Georges LEONETTI</b>
Vice-Doyen aux affaires générales	:	Pr. Patrick DESSI
Vice-Doyen aux professions paramédicales	:	Pr. Philippe BERBIS
Conseiller	:	Pr. Patrick VILLANI

### **Assesseurs :**

➤ aux études	:	Pr. Kathia CHAUMOITRE
➤ à la recherche	:	Pr. Jean-Louis MEGE
➤ à l'unité mixte de formation continue en santé	:	Pr. Justin MICHEL
➤ pour le secteur NORD	:	Pr. Stéphane BERDAH
➤ Groupements Hospitaliers de territoire	:	Pr. Jean-Noël ARGENSON
➤ aux masters	:	Pr. Pascal ADALIAN

### **Chargés de mission :**

➤ sciences humaines et sociales	:	Pr. Pierre LE COZ
➤ relations internationales	:	Pr. Stéphane RANQUE
➤ DU/DIU	:	Pr. Véronique VITTON
➤ DPC, disciplines médicales & biologiques	:	Pr. Frédéric CASTINETTI
➤ DPC, disciplines chirurgicales	:	Dr. Thomas GRAILLON

## ÉCOLE DE MEDECINE

<b>Directeur</b>	:	<b>Pr. Jean-Michel VITON</b>
------------------	---	------------------------------

### **Chargés de mission**

▪ PACES – Post-PACES	:	Pr. Régis GUIEU
▪ DFGSM	:	Pr. Anne-Laure PELISSIER
▪ DFASM	:	Pr. Marie-Aleth RICHARD
▪ DFASM	:	Pr. Marc BARTHET
▪ Préparation aux ECN	:	Dr Aurélie DAUMAS
▪ DES spécialités	:	Pr. Pierre-Edouard FOURNIER
▪ DES stages hospitaliers	:	Pr. Benjamin BLONDEL
▪ DES MG	:	Pr. Christophe BARTOLI
▪ Démographie médicale	:	Dr. Noémie RESSEGUIER
▪ Etudiant	:	Elise DOMINJON

## ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE

**Directrice** : **Madame Carole ZAKARIAN**

**Chargés de mission**

- 1<sup>er</sup> cycle : Madame Estelle BOISSIER
- 2<sup>ème</sup> cycle : Madame Cécile NINA

## ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

**Directeur** : **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

**Chargés de mission**

- Masso- kinésithérapie 1<sup>er</sup> cycle : Madame Béatrice CAORS
- Masso-kinésithérapie 2<sup>ème</sup> cycle : Madame Joannie HENRY
- Mutualisation des enseignements : Madame Géraldine DEPRES

## ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

**Directeur** : **Monsieur Sébastien COLSON**

**Chargés de mission**

- Chargée de mission : Madame Sandrine MAYEN RODRIGUES
- Chargé de mission : Monsieur Christophe ROMAN

## PROFESSEURS HONORAIRES

MM AGOSTINI Serge  
 ALDIGHERI René  
 ALESSANDRINI Pierre  
 ALLIEZ Bernard  
 AQUARON Robert  
 ARGEME Maxime  
 ASSADOURIAN Robert  
 AUFRAY Jean-Pierre  
 AUTILLO-TOUATI Amapola  
 AZORIN Jean-Michel  
 BAILLE Yves  
 BARDOT Jacques  
 BARDOT André  
 BERARD Pierre  
 BERGOIN Maurice  
 BERLAND Yvon  
 BERNARD Dominique  
 BERNARD Jean-Louis  
 BERNARD Pierre-Marie  
 BERTRAND Edmond  
 BISSET Jean-Pierre  
 BLANC Bernard  
 BLANC Jean-Louis  
 BOLLINI Gérard  
 BONGRAND Pierre  
 BONNEAU Henri  
 BONNOIT Jean  
 BORY Michel  
 BOTTA Alain  
 BOURGEADE Augustin  
 BOUVENOT Gilles  
 BOUYALA Jean-Marie  
 BREMOND Georges  
 BRICOT René  
 BRUNET Christian  
 BUREAU Henri  
 CAMBOULIVES Jean  
 CANNONI Maurice  
 CARTOUZOU Guy  
 CAU Pierre  
 CHABOT Jean-Michel  
 CHAMLIAN Albert  
 CHARPIN Denis  
 CHARREL Michel  
 CHAUVEL Patrick  
 CHOUX Maurice  
 CIANFARANI François  
 CLAVERIE Jean-Michel  
 CLEMENT Robert  
 COMBALBERT André  
 CONTE-DEVOLX Bernard  
 CORRIOL Jacques  
 COULANGE Christian  
 DALMAS Henri  
 DE MICO Philippe  
 DESSEIN Alain  
 DELARQUE Alain  
 DEVIN Robert  
 DEVRED Philippe  
 DJIANE Pierre  
 DONNET Vincent  
 DUÇASSOU Jacques

MM DUFOUR Michel  
 DUMON Henri  
 ENJALBERT Alain  
 FAVRE Roger  
 FIECHI Marius  
 FARNARIER Georges  
 FIGARELLA Jacques  
 FONTES Michel  
 FRANCES Yves  
 FRANCOIS Georges  
 FUENTES Pierre  
 GABRIEL Bernard  
 GALINIER Louis  
 GALLAIS Hervé  
 GAMERRE Marc  
 GARCIN Michel  
 GARNIER Jean-Marc  
 GAUTHIER André  
 GERARD Raymond  
 GEROLAMI-SANTANDREA André  
 GIUDICELLI Roger  
 GIUDICELLI Sébastien  
 GOUDARD Alain  
 GOUIN François  
 GRILLO Jean-Marie  
 GRISOLI François  
 GROULIER Pierre  
 HADIDA/SAYAG Jacqueline  
 HASSOUN Jacques  
 HEIM Marc  
 HOUEL Jean  
 HUGUET Jean-François  
 JAQUET Philippe  
 JAMMES Yves  
 JOUVE Paulette  
 JUHAN Claude  
 JUIN Pierre  
 KAPHAN Gérard  
 KASBARIAN Michel  
 KLEISBAUER Jean-Pierre  
 LACHARD Jean  
 LAFFARGUE Pierre  
 LAUGIER René  
 LE TREUT Yves  
 LEVY Samuel  
 LOUCHET Edmond  
 LOUIS René  
 LUCIANI Jean-Marie  
 MAGALON Guy  
 MAGNAN Jacques  
 MALLAN- MANCINI Josette  
 MALMEJAC Claude  
 MARANINCHI Dominique  
 MARTIN Claude  
 MATTEI Jean François  
 MERCIER Claude  
 METGE Paul  
 MICHOTEY Georges  
 MIRANDA François  
 MONFORT Gérard  
 MONGES André  
 MONGIN Maurice

## PROFESSEURS HONORAIRES

MM MONTIES Jean-Raoul  
NAZARIAN Serge  
NICOLI René  
NOIRCLERC Michel  
OLMER Michel  
OREHEK Jean  
PAPY Jean-Jacques  
PAULIN Raymond  
PELOUX Yves  
PENAUD Antony  
PENE Pierre  
PIANA Lucien  
PICAUD Robert  
PIGNOL Fernand  
POGGI Louis  
POITOUT Dominique  
PONCET Michel  
POUGET Jean  
PRIVAT Yvan  
QUILICHINI Francis  
RANQUE Jacques  
RANQUE Philippe  
RICHAUD Christian  
RIDINGS Bernard  
ROCHAT Hervé  
ROHNER Jean-Jacques  
ROUX Hubert  
ROUX Michel  
RUFO Marcel  
SAHEL José  
SALAMON Georges  
SALDUCCI Jacques  
SAN MARCO Jean-Louis  
SANKALE Marc  
SARACCO Jacques  
SARLES Jacques  
SASTRE Bernard  
SCHIANO Alain  
SCOTTO Jean-Claude  
SEBAHOUN Gérard  
SERMENT Gérard  
SOULAYROL René  
STAHL André  
TAMALET Jacques  
TARANGER-CHARPIN Colette  
THOMASSIN Jean-Marc  
UNAL Daniel  
VAGUE Philippe  
VAGUE/JUHAN Irène

VANUXEM Paul  
VERVLOET Daniel  
VIALETTES Bernard  
WEILLER Pierre-Jean



## EMERITAT

### 2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

### 2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

### 2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

### 2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

### 2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

### 2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

### 2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

### 2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

## EMERITAT

### 2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

### 2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

### 2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019

### 2019

M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2020
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2020
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2020
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2020
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2020
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2020
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHOSSEGROS Cyrille	GUEDJ Eric
ALBANESE Jacques	COLLART Frédéric	GUIEU Régis
ALIMI Yves	COSTELLO Régis	GUIS Sandrine
AMABILE Philippe	COURBIERE Blandine	GUYE Maxime
AMBROSI Pierre	COWEN Didier	GUYOT Laurent
ANDRE Nicolas	CRAVELLO Ludovic	<i>GUYS Jean-Michel Surnombre</i>
ARGENSON Jean-Noël	CUISSET Thomas	HABIB Gilbert
ASTOUL Philippe	<i>CURVALE Georges Surnombre</i>	HARDWIGSEN Jean
ATTARIAN Shahram	DA FONSECA David	HARLE Jean-Robert
AUDOUIN Bertrand	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	<i>HOFFART Louis Disponibilité</i>
AUQUIER Pascal	DANIEL Laurent	HOUVENAEGHEL Gilles
AVIERINOS Jean-François	DARMON Patrice	JACQUIER Alexis
AZULAY Jean-Philippe	D'ERCOLE Claude	JOURDE-CHICHE Noémie
BAILLY Daniel	D'JOURNO Xavier	JOUVE Jean-Luc
BARLESI Fabrice	DEHARO Jean-Claude	KAPLANSKI Gilles
BARLIER-SETTI Anne	DELAPORTE Emmanuel	KARSENTY Gilles
BARTHET Marc	<i>DELPERO Jean-Robert Surnombre</i>	<i>KERBAUL François détachement</i>
BARTOLI Christophe	DENIS Danièle	KRAHN Martin
BARTOLI Jean-Michel	DISDIER Patrick	LAFFORGUE Pierre
BARTOLI Michel	DODDOLI Christophe	LAGIER Jean-Christophe
BARTOLOMEI Fabrice	DRANCOURT Michel	LAMBAUDIE Eric
BASTIDE Cyrille	DUBUS Jean-Christophe	LANCON Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DUFFAUD Florence	LA SCOLA Bernard
BERBIS Philippe	DUFOUR Henry	LAUNAY Franck
BERBIS Julie	DURAND Jean-Marc	LAVIEILLE Jean-Pierre
BERDAH Stéphane	DUSSOL Bertrand	LE CORROLLER Thomas
<i>BERNARD Jean-Paul Retraite au 25/11/2019</i>	EBBO Mikaël	LECHEVALLIER Eric
BEROUD Christophe	EUSEBIO Alexandre	LEGRE Régis
BERTUCCI François	FAKHRY Nicolas	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BLAISE Didier	<i>FAUGERE Gérard Surnombre</i>	LEONE Marc
BLIN Olivier	FELICIAN Olivier	LEONETTI Georges
BLONDEL Benjamin	FENOLLAR Florence	LEPIDI Hubert
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FIGARELLA/BRANGER Dominique	LEVY Nicolas
BONELLO Laurent	FLECHER Xavier	MACE Loïc
BONNET Jean-Louis	FOURNIER Pierre-Edouard	MAGNAN Pierre-Edouard
<i>BOTTA/FRIDLUND Danielle Surnombre</i>	FRANCESCHI Frédéric	MANCINI Julien
<i>BOUBLI Léon Surnombre</i>	FUENTES Stéphane	<i>MATONTI Frédéric Disponibilité</i>
BOUFI Mourad	GABERT Jean	MEGE Jean-Louis
BOYER Laurent	GABORIT Bénédicte	MERROT Thierry
BREGEON Fabienne	GAINNIER Marc	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BRETELLE Florence	GARCIA Stéphane	MEYER/DUTOUR Anne
BROUQUI Philippe	GARIBOLDI Vlad	MICCALEF/ROLL Joëlle
BRUDER Nicolas	GAUDART Jean	MICHEL Fabrice
BRUE Thierry	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MICHEL Gérard
BRUNET Philippe	GENTILE Stéphanie	MICHEL Justin
BURTEY Stéphane	GERBEAUX Patrick	MICHELET Pierre
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GEROLAMI/SANTANDREA René	MILH Mathieu
CASANOVA Dominique	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	MILLION Matthieu
CASTINETTI Frédéric	GIORGI Roch	MOAL Valérie
CECCALDI Mathieu	GIOVANNI Antoine	MORANGE Pierre-Emmanuel
CHAGNAUD Christophe	GIRARD Nadine	MOULIN Guy
CHAMBOST Hervé	GIRAUD/CHABROL Brigitte	MOUTARDIER Vincent
CHAMPSAUR Pierre	GONCALVES Anthony	<i>MUNDLER Olivier Surnombre</i>
CHANEZ Pascal	GRANEL/REY Brigitte	NAUDIN Jean
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GRANVAL Philippe	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
CHARREL Rémi	GREILLIER Laurent	NICOLLAS Richard
CHAUMOITRE Kathia	GRIMAUD Jean-Charles	OLIVE Daniel
CHIARONI Jacques	GROB Jean-Jacques	OUAFIK L'Houcine
CHINOT Olivier		OVAERT-REGGIO Caroline

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PAGANELLI Franck	ROCH Antoine	TRIGLIA Jean-Michel
PANUEL Michel	ROCHWERGER Richard	TROPIANO Patrick
PAPAZIAN Laurent	ROLL Patrice	TSIMARATOS Michel
PAROLA Philippe	ROSSI Dominique	TURRINI Olivier
<i>PARRATTE Sébastien Disponibilité</i>	ROSSI Pascal	VALERO René
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROUDIER Jean	VAROQUAUX Arthur Damien
PELLETIER Jean	SALAS Sébastien	VELLY Lionel
PERRIN Jeanne	<i>SAMBUC Roland Surnombre</i>	VEY Norbert
PETIT Philippe	SARLES/PHILIP Nicole	VIDAL Vincent
PHAM Thao	SARLON-BARTOLI Gabrielle	VIENS Patrice
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SCAVARDA Didier	VILLANI Patrick
PIQUET Philippe	SCHLEINITZ Nicolas	VITON Jean-Michel
PIRRO Nicolas	SEBAG Frédéric	VITTON Véronique
POINSO François	SEITZ Jean-François	VIEHWEGER Heide Elke
RACCAH Denis	SIELEZNEFF Igor	VIVIER Eric
RANQUE Stéphane	SIMON Nicolas	XERRI Luc
RAOULT Didier	STEIN Andréas	
REGIS Jean	TAIEB David	
REYNAUD/GAUBERT Martine	THIRION Xavier	
REYNAUD Rachel	THOMAS Pascal	
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth	THUNY Franck	
ROCHE Pierre-Hugues	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès	

---

### PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal  
AGHABABIAN Valérie  
BELIN Pascal  
CHABANNON Christian  
CHABRIERE Eric  
FERON François  
LE COZ Pierre  
LEVASSEUR Anthony  
RANJEVA Jean-Philippe  
SOBOL Hagay

### PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

### PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

### PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

### PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

ADNOT Sébastien  
GUIDA Pierre

### PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES (disciplines médicales)

LOUIS-BORRIONE Claude

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AHERFI Sarah	ELDIN Carole	NINOVE Laetitia
ANGELAKIS Emmanouil ( <i>disponibilité</i> )	FABRE Alexandre	NOUGAIREDE Antoine
ATLAN Catherine ( <i>disponibilité</i> )	FAURE Alice	OLLIVIER Matthieu
BARTHELEMY Pierre	FOLETTI Jean- Marc	PAULMYER/LACROIX Odile
BEGE Thierry	FOUILLOUX Virginie	PESENTI Sébastien
BELIARD Sophie	FRANKEL Diane	RADULESCO Thomas
BENYAMINE Audrey	FROMNOT Julien	RESSEGUIER Noémie
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GASTALDI Marguerite	ROBERT Philippe
BERTRAND Baptiste	GELSI/BOYER Véronique	ROMANET Pauline
BEYER-BERJOT Laura	GIUSIANO Bernard	SABATIER Renaud
BIRNBAUM David	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	SARI-MINODIER Irène
BONINI Francesca	GONZALEZ Jean-Michel	SAVEANU Alexandru
BOUCRAUT Joseph	GOURIET Frédérique	SECQ Véronique ( <i>disponibilité</i> )
BOULAMERY Audrey	GRAILLON Thomas	STELLMANN Jan-Patrick
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUERIN Carole	SUCHON Pierre
BOUSSEN Salah Michel	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	TABOURET Emeline
BUFFAT Christophe	GUIDON Catherine	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	GUIVARCH Jokthan	TOGA Isabelle
CARRON Romain	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOMASINI Pascale
CASSAGNE Carole	HRAIECH Sami	TOSELLO Barthélémy
CERMOLACCE Michel	KASPI-PEZZOLI Elise	TROUSSE Delphine
CHAUDET Hervé	L'OLLIVIER Coralie	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CHRETIEN Anne-Sophie	LABIT-BOUVIER Corinne	VELY Frédéric
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VION-DURY Jean
CUNY Thomas	LAGIER Aude ( <i>disponibilité</i> )	ZATTARA/CANNONI Hélène
DADOUN Frédéric ( <i>disponibilité</i> )	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	
DALES Jean-Philippe	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DAUMAS Aurélie	LOOSVELD Marie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	MAAROUF Adil	
DELLIAUX Stéphane	MACAGNO Nicolas	
DESPLAT/JEGO Sophie	MAUES DE PAULA André	
DEVILLIER Raynier	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
DUBOURG Grégory	NGUYEN PHONG Karine	
DUCONSEIL Pauline		
DUFOUR Jean-Charles		

---

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DEGIOANNI/SALLE Anna	POUGET Benoît
BARBACARU/PERLES T. A.	DESNUES Benoît	RUEL Jérôme
BERLAND/BENHAIM Caroline	MARANINCHI Marie	THOLLON Lionel
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THIRION Sylvie
BOYER Sylvie	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	VERNA Emeline
COLSON Sébastien	POGGI Marjorie	

## MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic

## MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques  
BONNET Pierre-André  
CALVET-MONTREDON Céline  
JANCZEWSKI Aurélie  
NUSSLI Nicolas  
ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle  
THERY Didier (nomination au 1/10/2019)

**MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS**

BOURRIQUEN Maryline  
EVANS-VIALLAT Catherine  
LUCAS Guillaume  
MATHIEU Marion  
MAYENS-RODRIGUES Sandrine  
MELLINAS Marie  
REVIS Joana  
ROMAN Christophe  
TRINQUET Laure

**ANATOMIE 4201**

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)  
 LE CORROLLER Thomas (PU-PH)  
 PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)

LAGIER Aude (MCU-PH) *disponibilité*

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

**ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203**

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)

DANIEL Laurent (PU-PH)

FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)

GARCIA Stéphane (PU-PH)

XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)

GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)

LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)

MACAGNO Nicolas (MCU-PH)

MAUES DE PAULA André (MCU-PH)

SECQ Véronique (MCU-PH) *disponibilité*

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;  
 MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)

BRUDER Nicolas (PU-PH)

LEONE Marc (PU-PH)

MICHEL Fabrice (PU-PH)

VELLY Lionel (PU-PH)

BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH)

GUIDON Catherine (MCU-PH)

**ANTHROPOLOGIE 20**

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)

POUGET Benoît (MCF)

VERNA Emeline (MCF)

**BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501**

CHARREL Rémi (PU PH)

DRANCOURT Michel (PU-PH)

FENOLLAR Florence (PU-PH)

FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)

NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)

LA SCOLA Bernard (PU-PH)

RAOULT Didier (PU-PH)

AHERFI Sarah (MCU-PH)

ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) *disponibilité*

DUBOURG Grégory (MCU-PH)

GOURIET Frédérique (MCU-PH)

NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)

NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)

LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)

DESNUES Benoit (MCF) ( 65ème section )

MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

**BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401**

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)

GABERT Jean (PU-PH)

GUIEU Régis (PU-PH)

OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)

FROMNOT Julien (MCU-PH)

MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)

ROMANET Pauline (MCU-PH)

SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

**ANGLAIS 11**

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

**BIOLOGIE CELLULAIRE 4403**

ROLL Patrice (PU-PH)

FRANKEL Diane (MCU-PH)

GASTALDI Marguerite (MCU-PH)

KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)

LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT  
 ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)

PERRIN Jeanne (PU-PH)  
 DRH Campus Timone

GUEDJ Eric (PU-PH)  
 GUYE Maxime (PU-PH)  
 MUNDLER Olivier (PU-PH) *Surnombre*  
 TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)  
 RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)  
 VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Teodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIostatistiques, Informatique Médicale  
 ET Technologies de Communication 4604**

GAUDART Jean (PU-PH)  
 GIORGI Roch (PU-PH)  
 MANCINI Julien (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)  
 DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)  
 GIUSIANO Bernard (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)  
 BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

**CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002**

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)  
 BLONDEL Benjamin (PU-PH)  
 CURVALE Georges (PU-PH) *Surnombre*  
 FLECHER Xavier (PU-PH)  
 PARRATTE Sébastien (PU-PH) *Disponibilité*  
 ROCHWERGER Richard (PU-PH)  
 TROPIANO Patrick (PU-PH)

OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)

**CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702**

BERTUCCI François (PU-PH)  
 CHINOT Olivier (PU-PH)  
 COWEN Didier (PU-PH)  
 DUFFAUD Florence (PU-PH)  
 GONCALVES Anthony (PU-PH)  
 HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)  
 LAMBAUDIE Eric (PU-PH)  
 SALAS Sébastien (PU-PH)  
 VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)  
 TABOURET Emeline (MCU-PH)

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)  
 BONELLO Laurent (PU-PH)  
 BONNET Jean-Louis (PU-PH)  
 CUISSET Thomas (PU-PH)  
 DEHARO Jean-Claude (PU-PH)  
 FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)  
 HABIB Gilbert (PU-PH)  
 PAGANELLI Franck (PU-PH)  
 THUNY Franck (PU-PH)

**CHIRURGIE VISCÉRALE ET DIGESTIVE 5202**

BERDAH Stéphane (PU-PH)  
 DELPERO Jean-Robert (PU-PH) *Surnombre*  
 HARDWIGSEN Jean (PU-PH)  
 MOUTARDIER Vincent (PU-PH)  
 SEBAG Frédéric (PU-PH)  
 SIELEZNEFF Igor (PU-PH)  
 TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)  
 BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)  
 BIRNBAUM David (MCU-PH)  
 DUCONSEIL Pauline (MCU-PH)  
 GUERIN Carole (MCU-PH)

**CHIRURGIE INFANTILE 5402**

GUYSS Jean-Michel (PU-PH) *Surnombre*  
 JOUVE Jean-Luc (PU-PH)  
 LAUNAY Franck (PU-PH)  
 MERROT Thierry (PU-PH)  
 VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)  
 FAURE Alice (MCU-PH)  
 PESENTI Sébastien (MCU-PH)

LOUIS-BORRIONE Claude (PR associé des Universités)

**CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503**

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)  
 GUYOT Laurent (PU-PH)  
 FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)



**CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103**

COLLART Frédéric (PU-PH)  
 D'JOURNO Xavier (PU-PH)  
 DODDOLI Christophe (PU-PH)  
 GARIBOLDI Vlad (PU-PH)  
 MACE Loïc (PU-PH)  
 THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)  
 TROUSSE Delphine (MCU-PH)

**CHIRURGIE PLASTIQUE,****RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOGIE 5004**

CASANOVA Dominique (PU-PH)  
 LEGRE Régis (PU-PH)

BERTRAND Baptiste (MCU-PH)  
 HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

**CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104**

ALIMI Yves (PU-PH)  
 AMABILE Philippe (PU-PH)  
 BARTOLI Michel (PU-PH)  
 BOUFI Mourad (PU-PH)  
 MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)  
 PIQUET Philippe (PU-PH)  
 SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

**HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202**

LEPIDI Hubert (PU-PH)  
 LEPIDI Hubert (PU-PH)

PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

**GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201**

BARTHET Marc (PU-PH)  
 BERNARD Jean-Paul (PU-PH) *retraite au 25/11/2019*  
 BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH) *Surnombre*  
 DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)  
 GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)  
 GRANDVAL Philippe (PU-PH)  
 GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)  
 SEITZ Jean-François (PU-PH)  
 VITTON Véronique (PU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

**DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003**

BERBIS Philippe (PU-PH)  
 DELAPORTE Emmanuel (PU-PH)  
 GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)  
 GROB Jean-Jacques (PU-PH)  
 RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

**GENETIQUE 4704**

BEROUD Christophe (PU-PH)  
 KRAHN Martin (PU-PH)  
 LEVY Nicolas (PU-PH)  
 SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

**DUSI**

COLSON Sébastien (MCF)

NGYUEN Karine (MCU-PH)  
 TOGA Caroline (MCU-PH)  
 ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

BOURRIQUEN Maryline (MAST)  
 EVANS-VIALLAT Catherine (MAST)  
 LUCAS Guillaume (MAST)  
 MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)  
 MELLINAS Marie (MAST)  
 ROMAN Christophe (MAST)  
 TRINQUET Laure (MAST)

**GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403**

AGOSTINI Aubert (PU-PH)  
 BOUBLI Léon (PU-PH) *Surnombre*  
 BRETELLE Florence (PU-PH)  
 CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)  
 COURBIERE Blandine (PU-PH)  
 CRAVELLO Ludovic (PU-PH)  
 D'ERCOLE Claude (PU-PH)

**ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ;  
GYNECOLOGIE MEDICALE 5404**

BRUE Thierry (PU-PH)  
 CASTINETTI Frédéric (PU-PH)  
 CUNY Thomas (MCU PH)

AUQUIER Pascal (PU-PH)  
 BERBIS Julie (PU-PH)  
 BOYER Laurent (PU-PH)  
 GENTILE Stéphanie (PU-PH)  
 SAMBUC Roland (PU-PH) *Sumombre*  
 THIRION Xavier (PU-PH)

BLAISE Didier (PU-PH)  
 COSTELLO Régis (PU-PH)  
 CHIARONI Jacques (PU-PH)  
 GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)  
 MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)  
 VEY Norbert (PU-PH)

LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)  
 RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)  
 GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)  
 LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)  
 LOOSVELD Marie (MCU-PH)  
 SUCHON Pierre (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)  
 TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

#### IMMUNOLOGIE 4703

#### MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)  
 MEGE Jean-Louis (PU-PH)  
 OLIVE Daniel (PU-PH)  
 VIVIER Eric (PU-PH)

BARTOLI Christophe (PU-PH)  
 LEONETTI Georges (PU-PH)  
 PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)  
 PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)  
 CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)  
 DEGEORGES/MITTE Joëlle (MCU-PH)  
 DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)  
 ROBERT Philippe (MCU-PH)  
 VELY Frédéric (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

#### MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

#### MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)  
 VITON Jean-Michel (PU-PH)

BROUQUI Philippe (PU-PH)  
 LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)  
 MILLION Matthieu (PU-PH)  
 PAROLA Philippe (PU-PH)  
 STEIN Andréas (PU-PH)

#### MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

ELDIN Carole (MCU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)  
 SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

#### MEDECINE D'URGENCE 4805

KERBAUL François (PU-PH) *détachement*  
 MICHELET Pierre (PU-PH)

#### MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE 5301

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)  
 DISDIER Patrick (PU-PH)  
 DURAND Jean-Marc (PU-PH)  
 GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)  
 HARLE Jean-Robert (PU-PH)  
 ROSSI Pascal (PU-PH)  
 SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

BENYAMINE Audrey (MCU-PH)

EBBO Mikael (MCU-PH)

DRH Campus Timone

MAJ 01.09.2019

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)

ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

GUIDA Pierre (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén à mi-temps)

CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)

JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUSSLI Nicolas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) (nomination au 1/10/2019)

#### NUTRITION 4404

DARMON Patrice (PU-PH)

RACCAH Denis (PU-PH)

VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité

BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

#### ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)

SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

#### OPHTALMOLOGIE 5502

DENIS Danièle (PU-PH)

HOFFART Louis (PU-PH) Disponibilité

MATONTI Frédéric (PU-PH) Disponibilité

#### OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH)

FAKHRY Nicolas (PU-PH)

GIOVANNI Antoine (PU-PH)

LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)

MICHEL Justin (PU-PH)

NICOLLAS Richard (PU-PH)

TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

RADULESCO Thomas (MCU-PH)

REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)

BRUNET Philippe (PU-PH)

BURTEY Stéphanne (PU-PH)

DUSSOL Bertrand (PU-PH)

JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)

MOAL Valérie (PU-PH)

#### NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)

FUENTES Stéphane (PU-PH)

REGIS Jean (PU-PH)

ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)

SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)

GRAILLON Thomas (MCU PH)

#### NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)

AUDOIN Bertrand (PU-PH)

AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)

CECCALDI Mathieu (PU-PH)

EUSEBIO Alexandre (PU-PH)

FELICIAN Olivier (PU-PH)

PELLETIER Jean (PU-PH)

MAAROUF Adil (MCU-PH)

#### PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)

POINSO François (PU-PH)

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

#### PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE - PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803

BLIN Olivier (PU-PH)

FAUGERE Gérard (PU-PH) Surnombre

MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)

SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

RANQUE Stéphane (PU-PH)

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)

MATHIEU Marion (MAST)

L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)

TOGA Isabelle (MCU-PH)

## PHYSIOLOGIE 4402

## PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)

CHAMBOST Hervé (PU-PH)

BREGEON Fabienne (PU-PH)

DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)

GABORIT Bénédicte (PU-PH)

GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)

MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)

MICHEL Gérard (PU-PH)

TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

MILH Mathieu (PU-PH)

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)

OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)

BONINI Francesca (MCU-PH)

REYNAUD Rachel (PU-PH)

BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)

TSIMARATOS Michel (PU-PH)

DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)

FABRE Alexandre (MCU-PH)

THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

## PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

## PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

BAILLY Daniel (PU-PH)

ASTOUL Philippe (PU-PH)

LANCON Christophe (PU-PH)

BARLES Fabrice (PU-PH)

NAUDIN Jean (PU-PH)

CHANEZ Pascal (PU-PH)

CERMOLACCE Michel (MCU-PH)

GREILLIER Laurent (PU PH)

## PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16

REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

AGHABABIAN Valérie (PR)

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

## RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302

## RHUMATOLOGIE 5001

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)

GUIS Sandrine (PU-PH)

CHAGNAUD Christophe (PU-PH)

LAFFORGUE Pierre (PU-PH)

CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)

PHAM Thao (PU-PH)

GIRARD Nadine (PU-PH)

ROUDIER Jean (PU-PH)

JACQUIER Alexis (PU-PH)

MOULIN Guy (PU-PH)

PANUEL Michel (PU-PH)

PETIT Philippe (PU-PH)

VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)

VIDAL Vincent (PU-PH)

## THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

AMBROSI Pierre (PU-PH)

VILLANI Patrick (PU-PH)

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

## REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

## UROLOGIE 5204

GAINNIER Marc (PU-PH)

BASTIDE Cyrille (PU-PH)

GERBEAUX Patrick (PU-PH)

KARSENTY Gilles (PU-PH)

PAPAZIAN Laurent (PU-PH)

LECHEVALLIER Eric (PU-PH)

ROCH Antoine (PU-PH)

ROSSI Dominique (PU-PH)

HRAIECH Samir (MCU-PH) Timone

## **REMERCIEMENTS**

### **A Monsieur le Professeur Jean Naudin,**

Construire une réflexion épistémologique comme celle-ci n'aurait pas été possible sans un président de jury lui-même enclin à décloisonner nos disciplines et nos angles de vue. Soyez assuré de ma gratitude pour avoir accepté de nous accompagner dans ce travail ouvert.

### **A Monsieur le Docteur Jean Vion-Dury,**

Merci de l'intérêt que vous avez porté à ce travail et de l'investissement très appréciable que vous avez spontanément manifesté. Un parcours comme le vôtre ne pouvait que trouver sa place naturelle au sein d'une entreprise que nous souhaitons délibérément transdisciplinaire.

### **A Monsieur le Professeur Philippe Brouqui,**

Outre mon attrait de longue date pour l'infectiologie, je porte une immense estime au travail exceptionnel, contre vents et marées, que les équipes de l'IHU - méditerranée infection ont mené avec intégrité au cours de cette année 2020. C'est donc un grand plaisir et un honneur de vous compter parmi nous. Veuillez recevoir mes plus vifs et confraternels remerciements.

### **A Monsieur le Professeur Pierre Le Coz,**

Vous faites partie de ceux qui, dans l'échiquier social, se dressent avec force contre la mode, la facilité, la paresse intellectuelle ; toutes choses qui, en l'absence d'œuvre de vigilance, nous menacent substantiellement. Pour cela, en sus de vos inspirants travaux et d'une affabilité immédiate des plus rafraîchissantes, je vous adresse mes plus sincères remerciements.

### **A Monsieur le Docteur Yves Poher,**

Yves, je pourrais naturellement ici rendre grâce de tes conseils avisés ou de ta disponibilité, jusqu'en terre Corse. C'est ce que l'on a coutume d'écrire au directeur de thèse, et c'eût été à juste titre te concernant. Mais le plaisir est trop grand de te rendre un hommage moins académique. Ton militantisme courageux, ta mesure en toute opinion, ton écoute sans faille, ton amour des Arts et des Lettres en particulier, ton sens du partage simple et chaleureux, ta passion pour l'autre - d'où qu'il vienne -, ton ouverture d'esprit comme éternel rempart au dogmatisme, ton humilité loin de toute posture, voilà ce qui bien au-delà d'un bon médecin fait de toi l'être humain aux qualités rares dont je suis heureuse de partager l'amitié. Merci.

A celles et ceux que j'ai croisés au détour d'un brancard, d'une salle d'examen, d'un lit ou bien d'une rue.

Vos visages parfois abîmés, vos corps meurtris, mais toujours dignes, voilà tout ce dont je me souviens. Nos échanges auront formé mes plus signifiants traités de philosophie, mes plus sûrs accès à toute spiritualité, mes plus émouvants chemins de compréhension vers de plus vastes perceptions.

Rien ne nous sépare, rien ne nous distingue, vraiment rien.

Merci d'avoir partagé vos vies et mêlé vos regards non travestis aux miens,

Nous ne sommes construits que de cela.

A ceux qui m'ont appris,

A ceux qui m'ont aidée,

Au miens, ici-bas et au-delà,

Aux sources d'inspiration,

A Marseille la lumineuse,

*L'honnêteté, la sincérité, la simplicité, l'humilité, la générosité, l'absence de vanité, la capacité à servir les autres - qualités à la portée de toutes les âmes - sont les véritables fondations de notre vie spirituelle.*

*La pauvreté n'est pas un accident. Comme l'esclavage et l'apartheid, elle a été faite par l'homme et peut être supprimée par des actions communes à l'humanité*

*Vaincre la pauvreté ce n'est pas un geste de charité, c'est un acte de justice.*

Nelson Mandela

## TABLE DES MATIÈRES

Introduction.....	3
Méthodes.....	6
Résultats.....	11
<b>PREMIERE PARTIE : MODELE DE L'EVIDENCE BASED MEDICINE</b>	
Contexte.....	11
Emergence et origine du concept.....	11
Applications pratiques et institutionnelles.....	12
Définition du principe.....	12
Définition issue de l'article fondateur du BMJ.....	12
Présentation du principe de l'EBM par l'association Cochrane.....	13
Processus de la démarche EBM en pratique.....	14
Niveaux de preuve.....	16
Limites du concept.....	18
<b>DEUXIEME PARTIE : ELEMENTS DE NOSOLOGIE</b>	
<b>Troubles psychosomatiques et autres troubles connexes.....</b>	<b>20</b>
Définitions de l'Académie de Médecine.....	20
Classifications psychiatriques.....	22
Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (DSM) .....	22
<i>Origines du manuel et révisions ultérieures.....</i>	<i>22</i>
<i>DSM IV : catégorie des troubles somatoformes.....</i>	<i>23</i>
<i>DSM-5 : catégorie des troubles de symptômes somatiques et t.connexes.....</i>	<i>31</i>
Collège National des Universitaires de Psychiatrie (CNUP) .....	41
Classifications extra-psychiatriques.....	47
Classification Internationale des Maladies (CIM-10) .....	47
Collège des Enseignants de Neurologie (CEN) .....	50
Société Nationale Française de Gastro-Entérologie (SNFGE).....	51
Dictionnaire des résultats de consultation (DRC).....	52
Eléments de littérature.....	54
Critique du DSM par la communauté médicale.....	54
La relation médecin-patient.....	57
Discussion.....	59
<b>PREMIERE PARTIE : RESULTAT PRINCIPAL ET IMPLICATIONS</b>	
Réponse à la question de recherche.....	59
Forces et limites de l'étude.....	61
Observations principales.....	62
L'impossible totalisation classificatoire.....	62
<i>Absence de consensus, illusion d'objectivité.....</i>	<i>62</i>
<i>Territoires et délimitations.....</i>	<i>64</i>
<i>La dérive des continents .....</i>	<i>66</i>

Une crise des modèles.....	69
<i>L'EBM, un paradigme clivant</i> .....	69
<i>L'héritage freudien</i> .....	72
<i>Du risque doxique à la mésalliance thérapeutique</i> .....	74
<b>DEUXIEME PARTIE : HYPOTHESE</b>	
<b>L'entreprise diagnostique entre complexité scientifique et enjeux sociaux</b> .....	77
Recherche du substrat et niveaux de lecture.....	77
<i>Traduire l'invisible</i> .....	77
<i>Le prisme et la focale</i> .....	79
<i>Penser le mouvement : un idéaltype instable</i> .....	82
Influence des enjeux sociaux sur le diagnostic.....	87
<i>Croyances individuelles et injonctions systémiques</i> .....	87
<i>Du morcellement : l'objet normatif post moderne</i> .....	89
<i>La tectonique des plaques</i> .....	91
<b>TROISIEME PARTIE : PERSPECTIVES ET DEVELOPPEMENTS</b>	
<b>La question de l'ignorance</b> .....	95
Enjeux épistémiques.....	95
<i>Fécondité du vide</i> .....	95
<i>De l'ignorance à la conscience, l'expérience</i> .....	96
<i>La créativité ou l'éloge de la pensée divergente</i> .....	97
Enjeux éthiques.....	101
<i>Malfaisance et déni d'ignorance</i> .....	101
<i>Autonomie réciproque</i> .....	103
<i>De l'éthique à l'équité : l'agir</i> .....	105
Enjeux de civilisation.....	106
<i>Abdiquer toute volonté de pouvoir</i> .....	106
<i>Le manteau et l'humilité</i> .....	109
<i>L'homme imparfait ou l'homme objet ?</i> .....	112
Conclusion.....	115
Bibliographie.....	118
Annexes.....	126
Abréviations.....	130

Serment d'Hippocrate



## INTRODUCTION

Ce travail, fruit d'années de réflexion, s'est nourri à la fois de la pratique clinique et des enseignements qui sont les nôtres. En tant que cliniciens de soins primaires, nous nous confrontons quotidiennement à une double nécessité, celle du diagnostic juste et celle du soin le plus approprié. Ces deux exigences, intimement liées, nous imposent toutes deux une recherche constante de probité ; recherche qui fut, à la fin du XXème siècle, fondatrice du développement de ce que l'on nomme l'Evidence Based Medicine (EBM). Défendu à l'échelle universitaire, institutionnelle et politique, ce cadre voulu normatif offre aux médecins généralistes un ensemble de recommandations et de bonnes pratiques éditées par les sociétés savantes ou les collègues d'enseignants.

Depuis son instauration, ce modèle nous expose à une problématique de positionnement, l'enjeu du clinicien étant de se conformer aux recommandations, sans pour autant annihiler ni la subjectivité inhérente à sa pratique, ni les spécificités individuelles de prise en charge non réductibles à un standard pré établi. De nombreux travaux, notamment de thèse, font état du manichéisme suscité par l'EBM, certains praticiens louant sans objection la volonté d'évaluation statistique des données de la science, d'autres en dénonçant les limites méthodologiques ou idéologiques, mettant en exergue les risques de dérives positivistes. Sans adhérer ni au tout normatif ni au tout subjectif, il appartient au clinicien de mesurer, à chaque nouvelle consultation, l'ensemble des données incombant aux problèmes qui lui sont exposés. Si, à l'issue de cette synthèse, le référé à des données normatives peut apparaître évident face à certains contextes cliniques, il peut en être aussi tout autrement concernant d'autres situations. Ainsi, les critiques de l'EBM relatives à la nécessité de considération du malade comme sujet unique, hors de toute normativité, sont particulièrement fortes s'agissant des pathologies pour lesquelles la mise en cause du psychisme constitue une hypothèse de premier plan.

Soulevant des questions universelles d'ordre physique comme métaphysique, occupant la pensée scientifique et philosophique depuis des siècles sans jamais avoir été tranché, le sujet du dualisme corps-esprit constitue, en médecine, l'objet de spéculations concrètes, *in fine* vectrices de réelles traductions nosologiques, elles-mêmes fécondes d'applications thérapeutiques parfois contradictoires.

Les concepts physiopathologiques impliquant les relations psyché-soma demeurent multiples, complexes à étayer et encore mal connus. Les classifications psychiatriques en vigueur étant directement corrélées aux écoles de pensées desquelles elles découlent, leur usage demeure controversé dans l'optique d'une démarche relevant de l'EBM.

C'est ainsi qu'un processus diagnostique se voulant initialement fondé sur la recherche d'éléments reproductibles ou mesurables, peut conclure à un trouble psychosomatique, ce sans avoir objectivé les preuves attendues, et ce en présupposant la recherche et l'exclusion de toute autre étiologie. Une telle conclusion, infondée au regard de la méthode défendue et sous-tendue par l'affirmation *stricto sensu* indémontrable d'une connaissance préalable omnipotente, constitue un paradoxe nous conduisant *ipso facto* à interroger la question des preuves inhérentes aux pathologies pour lesquelles un déterminisme psychique est envisagé.

Ce travail de nature épistémologique propose d'établir une réflexion au sujet du concept de preuve à travers l'exemple des troubles dits psychosomatiques. Cet exemple ouvre la réflexion sur un problème très fréquemment rencontré en médecine générale, celui des symptômes médicalement inexplicables, ainsi que sur un thème exploré par les philosophes ou les sociologues mais peu par les médecins, le non-savoir.

Notre méthode consistera en une analyse conjointe des classifications nosologiques contemporaines ainsi qu'une revue narrative de la littérature scientifique. Nous proposerons une réflexion transdisciplinaire étayée d'approches issues à la fois des sciences médicales mais aussi des sciences humaines et sociales.

Nous n'aurons pas l'outrecuidance de prétendre à la réalisation d'un essai philosophique, pas plus que nous n'aurons l'ambition d'établir une nosographie médicale inédite. Notre seul engagement sera de livrer une analyse originale des données actuelles de la science concernant les troubles psychosomatiques. Le but sera de rechercher les éventuels biais au sein du corpus et, *de facto*, des praxis.

Notre travail sera précédé d'une mise en perspective historique concernant le concept de médecine basée sur les preuves

Nous formulons l'hypothèse que le diagnostic de troubles dits psychosomatiques en soins primaires engage, aux temps successifs composant l'acte médical, des confusions, des approximations, ainsi que des affirmations infondées, toutes constitutives d'erreurs de

jugement ; ce alors même que le recours à ce diagnostic participe des nosographies médicales actuelles se réclamant de l'Evidence Based Medicine.

Nous aurons donc pour objectif principal de répondre à la question « **le diagnostic des troubles psychosomatiques en soins primaires est-il démontrable par les données actuelles de l'Evidence Based Medicine ?** »

Un second objectif sera celui d'appréhender le problème du non-savoir en médecine, ce, en affirmant la stricte nécessité de sa reconnaissance puisque nous faisons notre la position de Bachelard lorsqu'il soutient « l'esprit scientifique nous interdit d'avoir une opinion sur des questions que nous ne comprenons pas, sur des questions que nous ne savons pas formuler clairement. Avant tout, il faut savoir poser des problèmes. [...] C'est précisément ce sens du problème qui donne la marque du véritable esprit scientifique [1] ».

## METHODES

Nous avons pour objectif principal de répondre à la question « le diagnostic des troubles psychosomatiques en soins primaires est-il démontrable par les données actuelles de l'Evidence Based Medicine ? »

Un second objectif, corollaire du premier, était celui d'appréhender le problème du non-savoir en médecine.

Cette thèse de nature épistémologique a eu pour but de construire, autour de la question principale de recherche, des éléments de réponses articulés par une réflexion volontairement éclairée d'approches issues des sciences médicales comme des sciences humaines et sociales. Interrogeant la problématique des méthodes de production standardisées du savoir, ainsi que leurs applications, il eut été intellectuellement critiquable de conformer notre réflexion à un cadre méthodologique dont l'architecture aurait intégralement reposé sur ces mêmes procédés. Nous avons donc délibérément choisi de nous affranchir d'un format d'étude stricto sensu qualitatif ou quantitatif, générateur d'analyses statistiques, lui préférant une approche originale narrative mixte, incluant une part d'informations méthodologiques et réalisée selon un processus itératif de recherche documentaire transdisciplinaire.

A l'instar d'un certain nombre de revues médicales de premier plan, nous défendons avec force la place du procédé narratif dans l'élaboration des travaux de recherches [2].

Si l'utilisation brute, puis l'interprétation, de data statistiques constitue une matière trouvant son sens en médecine, nous soutenons l'hypothèse que l'utilisation de « data d'idées » le trouve également, même s'il n'est pas le même.

La narration trouve ses limites comme ses forces dans l'outil qui la compose, l'humain. Si dans l'exercice de production du savoir le recours à l'humain, être par essence subjectif, constitue un biais recevable, il demeure également recevable de considérer l'esprit humain comme effecteur potentiel de cette même production. Que l'on considère la pensée humaine comme un processus convergent, mettant en relation des connaissances et des raisonnements de manière logique et linéaire ; ou que l'on considère la pensée humaine comme un processus divergent générateur d'idées multiples *a priori* non organisées, force est de constater que cette pensée représente un instrument créatif de production et de structuration de l'information.

Ainsi, loin de constituer un amoncellement stériles de données d'origines diverses, l'étude narrative se veut une réelle construction analytique, fruit d'une dynamique de pensée originale, mais ne constituant en aucun cas une création *ex nihilo*, puisque développée et alimentée à la lumière de données préalablement portée à la connaissance du narrateur.

Le procédé de synthèse ne prend ici pas la forme d'une synthèse statistique, mais celle d'une synthèse d'idées structurées, dont l'objectivité repose sur un procédé discursif exposé sans dissimulation au lecteur, alors en capacité de juger ce qui lui est exposé. La part de subjectivité de ce type de revue s'exprime dans le choix des ressources sélectionnées tout comme dans leur organisation et leur analyse. Cependant, nous postulons la théorie que cette part de subjectivité existe en toute production scientifique, à différents niveaux, et qu'il convient par conséquent d'en tenir compte de manière générale, ce, que l'on se place en position de production de connaissances, tout comme en position d'utilisation des connaissances.

La méthode retenue pour notre travail a donc été celle d'une revue narrative de la littérature scientifique, elle-même orientée et organisée par une réflexion axiologique sous-jacente d'ascendance en partie philosophique. Les articles scientifiques analysés, de même que l'ensemble des ressources documentaires, ont été choisis de manière non systématique et non exhaustive selon les axes définis *ex-ante* autour de la question de recherche et des arguments de réponses.

La méthodologie poursuivie au cours cette étude descriptive empruntait donc tout à la fois aux sciences médicales comme aux sciences humaines, ce afin de conserver une lisibilité du plus grand nombre sans sacrifier à la volonté de transdisciplinarité promue par les défenseurs d'une approche globale de la médecine, dont nous nous réclamons en tant que médecins généralistes.

Afin de répondre à la question de recherche, un travail documenté de double mise en perspective historique a été préalablement réalisé.

Il concernait en premier lieu le concept de preuve en médecine, concept nous amenant *in fine* à définir l'Evidence Based Medicine, modèle institutionnellement défendu et pratiqué en occident à l'heure actuelle.

Il concernait ensuite les théories traitant des processus physiopathologiques au regard du dualisme corps esprit. Cette seconde mise en perspective nous a conduit à rechercher et

définir quelles étaient les nosographies médicales actuellement en application concernant les troubles dits psychosomatiques et autres troubles connexes. Il est à noter que, pour désigner des troubles mal définis et pour lesquels on supposerait une part de déterminisme psychique, nous avons fait le choix d'employer le terme *troubles psychosomatiques* dans notre question de recherche, ce en raison de son usage commun par les médecins (notamment médecins de soins primaires) et les malades [3]. Par ailleurs, compte tenu des proximités classificatoires et des confusions dans l'utilisation des différentes catégories diagnostiques par les praticiens, cette étude s'étend volontairement à l'ensemble des terminologies nosologiques connexes aux troubles psychosomatiques. Selon le CNUP, en effet, « la distinction entre trouble somatoforme et trouble psychosomatique n'est pas toujours aisée et les modifications à répétition des classifications nosographiques ont participé à la confusion [...] bien qu'il faille les distinguer, dans la littérature, les deux concepts de troubles psychosomatiques et de troubles somatoformes sont souvent regroupés sous le terme de trouble psychosomatique au sens large, c'est-à-dire des manifestations à expression essentiellement physique, mais dont le déterminisme et l'évolution sont fortement marqués par l'intervention de facteurs psychologiques ou psychopathologiques [4] ».

Chacun des positionnements inhérents à cette double thématique de la méthode et des troubles liant corps et esprit étant extrêmement denses, nous avons fait le choix de n'exposer que les repères scientifiques et épistémologiques les plus marquants. Par volonté didactique et par souci de synthèse, ces données ont été traduites de manière chronologique.

Nous nous sommes ensuite attachés, dans le cadre des troubles préfigurés comme psychosomatiques, à rechercher les éventuels biais méthodologiques en termes de processus diagnostique.

Pour cela nous avons eu recours à une recherche bibliographique menée selon une stratégie de requêtes thématiques suivant les directions précédemment définies. Les ressources ont été sélectionnées parmi plusieurs champs disciplinaires (notamment la médecine, la sociologie, l'anthropologie, la philosophie ou encore la psychologie)

Les bases de données médicales internationales retenues étaient PubMed (moteur de recherche en sciences biomédicales, contenant Medline), Cochrane library, ScienceDirect (revues de l'éditeur Elsevier, contenant la Bibliothèque Médicale Française), PsycArticles et PsycINFO (bases de données produites par l'American Psychological Association), PubPsych

(base de données européenne en psychologie), Proquest Dissertations & Theses (base bibliographique de mémoires et de thèses universitaires - Amérique du Nord et Europe) et clinicaltrials.gov (base produite par la National Library of Medicine).

Les bases de données francophones interrogées étaient le CisMef (Catalogue et Index des Sites Médicaux en langue française - CHU de Rouen), la BDSP (Banque de Données en Santé Publique), le SUDOC (Système Universitaire de Documentation, catalogue des bibliothèques universitaires françaises), cairn.info (revues et ouvrages), LiSSa (Littérature Scientifique en Santé) ainsi que PASCAL et FRANCIS (bases de données en sciences exactes, humaines et sociales, produites par l'Inist-CNRS).

Chaque recherche a été menée à l'aide d'une série de mots clés du Medical Subject Heading (MeSH) parmi lesquels : psychosomatic disorders (trouble psychosomatiques), somatoform disorders (troubles somatoformes), medically unexplained symptoms (symptômes médicalement inexplicables), evidence based medicine (médecine fondée sur les preuves), primary health cares (soins primaires), general practitioners (médecins généralistes), general practice (médecine générale).

Les mots clés ont été employés seuls et combinés grâce à des opérateurs booléens (*and* et *or*). Afin d'obtenir le résultat de recherche le plus probant, chaque base de données a été interrogée selon plusieurs algorithmes de mots-clés combinés.

Nous avons procédé à une analyse conjointe des classifications nosologiques contemporaines en vigueur en occident concernant les troubles psychosomatiques. Celles-ci ont été recherchées au sein de la CIM-10, du DSM-IV, du DSM-5, ainsi que des collèges nationaux d'enseignants.

L'histoire de la médecine étant intimement liée à l'histoire du pays dans laquelle elle s'exerce, il peut s'avérer peu contributif de mener une réflexion comparative de pratique dans plusieurs pays. Pour cette raison contextuelle, nous avons uniquement choisi d'étudier des données émanant d'Europe et d'Amérique du Nord, ce s'agissant des publications de recherches ou s'agissant des classifications institutionnellement reconnues.

Bien que présentant des milieux culturels variés, la médecine pratiquée au sein de ces zones géographiques relève des mêmes référentiels issus de l'EBM, et des mêmes cadres nosologiques en termes de recommandations. Pour cette raison référentielle, les autres classifications psychiatriques internationales, comme la classification chinoise des troubles mentaux par exemple, n'ont pas été incluses.

Nous avons défini comme critères d'exclusion les ressources documentaires concernant la population pédiatrique, les études menées hors d'Europe et d'Amérique du Nord ainsi que les études trop anciennes.

Une recherche parmi les textes réglementaires et législatifs, via notamment le site Légifrance, a été réalisée. La littérature grise a été investiguée via le moteur de recherche Google Scholar.



# **RESULTATS**

## **Partie 1**

### **Modèle de l'Evidence Based Medicine**

#### **CONTEXTE**

##### *Emergence et origine du concept*

Le terme « evidence based medicine » ou EBM, littéralement « la médecine fondée sur les preuves », est employé pour la première fois en 1991 dans la littérature scientifique par Gordon Guyatt [5]. Une définition plus complète sera publiée en 1992 dans le *Journal of the American Medical Association (JAMA)* par une équipe de chercheurs canadiens du département d'épidémiologie clinique et de bio-statistiques de l'université de médecine McMaster [6]. La méthode promue par les universitaires fondateurs de l'evidence-based medicine working group, au premier rang desquels Gordon Guyatt et David Sackett, se veut initialement un outil de nature pédagogique puisque ses instigateurs l'utilisent à des fins d'enseignement eu sein de l'université depuis les années quatre-vingt. L'EBM est alors présentée comme une méthode de recherche et d'analyse rationnelle des publications scientifiques à l'attention des étudiants, auxquels il est enseigné de critiquer les sources d'informations, sources au nombre et à l'obsolescence croissants.

Ce qui n'était, au départ, qu'un outil pédagogique à destination des étudiants en médecine, expose finalement à l'incitation d'un changement de paradigme dans la pratique médicale. Il est ainsi suggéré que la prise de décision médicale ne soit plus dirigée par l'autorité scientifique dite traditionnelle, le mandarinat ou les connaissances personnelles, mais qu'elle soit remplacée par la méthode promue par le modèle de l'EBM.

Les critiques principales adressées au modèle alors en place sont le risque de subjectivité ainsi que les potentielles dérives autoritaires liée à la hiérarchie et aux avis d'experts. Le nouveau prisme décisionnel constitué par l'EBM essayant lui aussi des critiques, David Sackett publie en 1996 dans le *British Medical Journal* « Evidence-Based Medicine : What it is and what it isn't », un article ayant pour vocation de répondre aux controverses et asseoir la méthode.

Cette publication constitue encore, à l'heure actuelle, une référence concernant la définition de l'Evidence Based Medicine [7].

### ***Applications pratiques et institutionnelles***

Au milieu des années 90 la méthodologie relative à l'EBM est suivie par la Cochrane Collaboration [8-10]. Le BMJ crée la revue Evidence-based Medicine en 1995, tandis que le terme Evidence-Based Medicine voit le jour au sein des termes MeSH référencés dans les bases de données médicales deux ans plus tard, rendant ainsi le concept lisible et son occurrence accessible à la recherche.

En France, l'EBM devient, *de facto*, une référence pour le clinicien en revêtant une obligation morale envers les malades en 1995, date à laquelle il figure par décret au code de déontologie sous l'acception « soins [...] fondés sur les données acquises de la science » [11].

Dès la fin du XXème siècle les publications scientifiques intégrant le terme EBM se multiplient et le concept se démocratise, au sein de la profession médicale comme de l'institution. Les niveaux de preuves intègrent la pratique courante et la méthodologie qu'ils sous-tendent donnera lieu à des méthodologies connexes dans d'autres champs disciplinaires. Ainsi se développeront, par exemple, des méthodologies spécifiques à la sociologie, les soins infirmiers, les soins dentaires, la kinésithérapie, l'orthophonie ou encore la psychologie. Toutes basées sur un même modèle, elles se regroupent sous la terminologie générale *evidence-based practice* et se déclinent selon les corps de métiers (*evidence-based dentistry*, *evidence-based nursing*...)

## **DEFINITION DU PRINCIPE**

### ***Définition issue de l'article fondateur du BMJ [7]***

*« La médecine fondée sur les preuves est l'utilisation consciencieuse, explicite et judicieuse des meilleures preuves actuelles dans la prise de décisions concernant les soins personnalisés aux patients. La pratique de la médecine fondée sur les preuves signifie l'intégration de l'expertise clinique individuelle avec les meilleures preuves cliniques externes*

*disponibles issues de la recherche systématique. Par expertise clinique individuelle, nous entendons la compétence et le jugement que les cliniciens individuels acquièrent par leur propre expérience et pratique clinique »*

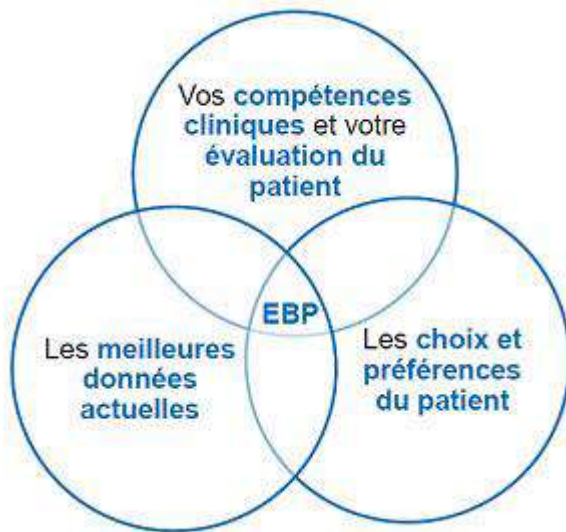
En 2000, un nouvel article rédigé sous l'égide de DL. Sackett précisera encore davantage l'importance des compétences cliniques du thérapeute en indiquant « *l'EBM met l'accent sur l'apprentissage par les situations cliniques, et laisse toute latitude aux préférences des patients et des cliniciens* » [12].

### ***Présentation du principe de l'EBM par l'association Cochrane***

L'association Cochrane est une association à but non lucratif née en 1993 et répartie dans plus de 130 pays, dont la France. Initialement nommée Cochrane Collaboration en hommage à l'épidémiologiste Archie Cochrane, l'association compte plus de 50 000 collaborateurs bénévoles parmi lesquels des chercheurs, des professionnels de santé et des patients. Elle ne bénéficie d'aucun financement, ce qui lui permet de revendiquer l'absence de risque de conflits d'intérêt et, par voie de conséquence, l'indépendance de ses fonctions. Afin d'assurer la diffusion d'informations concernant la probité des interventions en santé, l'aide à la prise de décision adressée aux patients et aux soignants et la promotion de l'EBM, l'association produit et diffuse des revues systématiques spécialisées en santé et concours à leur accès par la base de données de la Cochrane Library.

L'EBM est désigné par l'association Cochrane avant tout comme une démarche intégrative intéressant la décision de soin. Celle-ci inclue les données de la recherche scientifique actualisées, l'expérience du médecin et les besoins et demande du patient, ce qui correspond aux principes énoncés par DL. Sackett et que l'on peut schématiser en plaçant la décision médicale au point de jonction des déterminants impliqués dans l'EBM (voir figure n°1). Concernant la formation professionnelle, l'EBM est définie comme un processus d'auto-apprentissage continu du médecin lui permettant d'adapter ses pratiques aux données de la science bénéficiant des meilleurs niveaux de preuve.

Figure n°1 : schéma synthétique du paradigme de l'Evidence-Based Practice

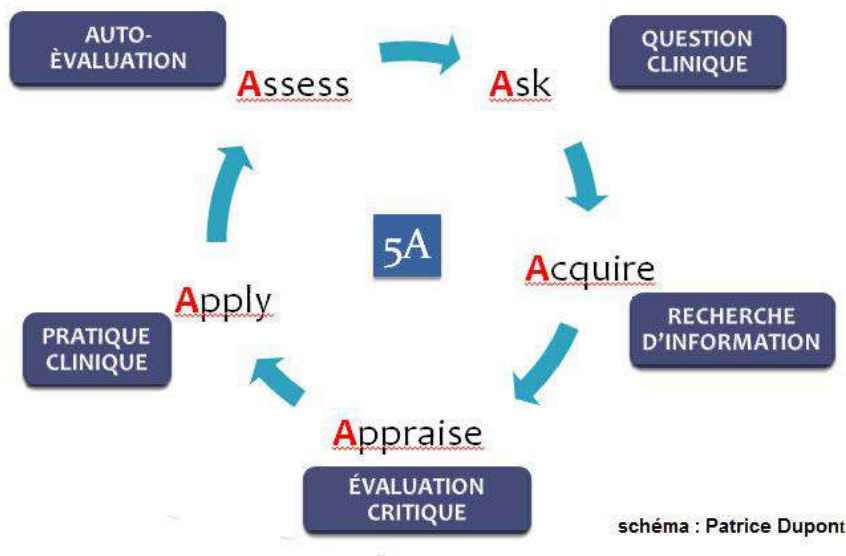


Source: Sharon E. Straus et al. [13]

## PROCESSUS DE LA DEMARCHE EBM EN PRATIQUE

La démarche EBM énoncée par l'association Cochrane procède en quatre étapes, auxquelles une cinquième étape peut être ajoutée pour signifier l'évaluation de la performance clinique à l'issue de l'application des preuves choisies (voir figure n°2) [14].

Figure n°2 : étapes du processus de choix selon le modèle de l'EBM [15]



Source :  
Bibliothèques  
de l'Université  
de Montréal

schéma : Patrice Dupont

## **Première étape : clarifier puis formuler la question clinique selon le modèle PICO**

En premier lieu, il convient de déterminer le type de question concerné. Ainsi, on individualise quatre types de question :

- Comment sélectionner et interpréter un test diagnostique ?
- Comment identifier les causes d'une maladie ?
- Comment choisir le meilleur traitement pour le patient ?
- Comment prévoir l'évolution et les complications probables d'une maladie ?

Dans un second temps, la question formulée est décomposée selon les 4 critères PICO suivants afin d'identifier les concepts clés (tableau n° 1).

*Tableau n°1 : critères PICO*

Critères PICO	Signification	Explication, exemples
P	Patient ou problème médical	Caractéristiques du patient et/ou le problème qu'il pose
I	Intervention évaluée	Nouveau traitement, test diagnostique
C	Comparateur (intervention servant de comparaison, si appropriée)	Placebo, traitement conventionnel ou test de référence
O	Outcome (événement mesuré, issue clinique)	Taux de mortalité à 1 an, taux d'infarctus du myocarde

## **Deuxième étape : recherche de publications pertinentes à partir de mots clés**

L'on recherchera, dans les bases de données, les articles scientifiques les plus adaptés à la question clinique investiguée et présentant le plus haut niveau de preuve possible.

## **Troisième étape : analyse critique et évaluation des données bibliographiques en termes de méthodologie et de résultats**

La validité méthodologique des articles doit être évaluée par la recherche des éventuels biais susceptibles d'induire une lecture faussée, donc des résultats moins probants. La pertinence clinique de l'effet mesuré doit être évaluée en interrogeant, par exemple, le caractère suffisant ou non de l'effectif de l'échantillon pour avoir une estimation précise de l'effet du traitement.

L'applicabilité et l'utilité pour le patient doivent être investiguées. Pour cela, on s'assurera de la corrélation entre le patient et le contexte de soins de l'étude, on vérifiera si les critères de jugement sont importants pour le patient et l'on veillera à ce que les risques ne soient pas supérieurs aux bénéfices attendus.

#### **Quatrième étape : Application des résultats retenus au patient**

Le clinicien, fort de son expertise personnelle, détermine l'utilisation ou non des données scientifiques recueillies à l'issue de sa recherche dans la prise en charge du patient. Les préférences du patient, les preuves de la littérature et l'expérience du médecin concourent toutes à la décision médicale. Les ressources disponibles et à mettre en œuvre seront également prise en compte. Ainsi, soit les soins usuels seront poursuivis à cause d'un manque de preuves évident, d'un effet thérapeutique limité, du coût ou d'une mauvaise tolérance ; soit une nouvelle intervention sera envisagée ; soit de nouvelles options seront investiguées.

#### **NIVEAUX DE PREUVE**

Selon la HAS, le niveau de preuve caractérise la capacité d'une étude à répondre à la question posée [16]. Cet élément est jugé via la correspondance des données avec la question investiguée, la population et les critères de jugement. Ainsi le niveau de preuve est lié à l'adéquation du protocole d'étude à la question posée, à la présence ou non de biais significatifs, à l'adaptation de l'analyse statistique aux objectifs du travail ainsi qu'à la puissance, notamment déterminée par la taille de l'échantillon.

La HAS indique quel type de protocole permet d'obtenir le plus fort niveau de preuve en fonction du domaine exploré (tableau n°2), elle précise les critères définissant le niveau de preuve (tableau n°3) et détaille les grades des recommandations (tableau n°4).

A noter que la gradation des recommandations fondée sur le niveau de preuve scientifique de la littérature ne présume pas obligatoirement du degré de force de ces recommandations. Des recommandations de grade C ou fondées sur un accord d'experts peuvent, par exemple, être considérées comme fortes malgré l'absence de données scientifiques. Ce manque peut être lié à des raisons éthiques, techniques ou historiques.

La HAS fournit ainsi l'exemple des digitaliques employés dans l'insuffisance cardiaque gauche, bénéficiant déjà de recommandations fortes avant même que leur intérêt n'ait été

scientifiquement prouvé par essais thérapeutiques comparatifs. L'on appréciera donc la force des recommandations en fonction du niveau d'évidence scientifique et de l'interprétation des experts. La littérature n'étant pas en mesure de fournir de réponse pertinente à toutes les questions, les recommandations doivent distinguer les réponses bénéficiant ou non d'une *evidence scientifique*.

Tableau n°2 : type de protocole préférentiellement proposé pour une question donnée [ibid]

	Question	Protocole
<b>THERAPEUTIQUE</b>	Efficacité	Étude contrôlée randomisée
	Sécurité	Étude contrôlée randomisée ou suivi de cohorte
<b>DIAGNOSTIC</b>	Reproductibilité/Variabilité	Transversal comparatif avec répétition de mesure
	Sensibilité/Spécificité	Transversal comparatif avec étalon-or
	Efficacité/Utilité	Étude contrôlée randomisée
	Stratégie	Étude contrôlée randomisée ou arbre décisionnel
<b>CAUSALITÉ</b>	Phénomène contrôlable fréquent	Étude contrôlée randomisée
	Phénomène non contrôlable fréquent	Suivi de cohorte (exposés/non exposés)
	Phénomène rare	Étude cas-témoin
<b>PRONOSTIC</b>	Maladie fréquente	Étude contrôlée randomisée ou suivi de cohorte
	Maladie rare	Étude cas-témoin

Tableau n° 3: classification générale du niveau de preuve d'une étude [ibid]

Niveau de preuve	Description
<b>Fort</b>	Protocole adapté pour répondre au mieux à la question posée Absence de biais majeur Analyse statistique adaptée aux objectifs Puissance suffisante
<b>Intermédiaire</b>	Protocole adapté pour répondre au mieux à la question posée Puissance nettement insuffisante (effectif insuffisant ou puissance <i>a posteriori</i> insuffisante) et/ou anomalies mineures
<b>Faible</b>	Autres types d'études

Tableau n°4 : grade des recommandations [ibid]

Grade	Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature
<b>A</b> <b>Preuve scientifique établie</b>	<b>Niveau 1</b> Essais comparatifs randomisés de forte puissance Méta-analyse d'essais comparatifs randomisés Analyse de décision fondée sur des études bien menées
<b>B</b> <b>Présomption scientifique</b>	<b>Niveau 2</b> Essais comparatifs randomisés de faible puissance Etudes comparatives non randomisées bien menées Etudes de cohortes.
<b>C</b> <b>Faible niveau de preuve scientifique</b>	<b>Niveau 3</b> Etudes cas-témoins
	<b>Niveau 4</b> Etudes comparatives comportant des biais importants Etudes rétrospectives Séries de cas Etudes épidémiologiques descriptives (transversale, longitudinale)

## LIMITES DU CONCEPT

Il existe, selon la Cochrane, des limites liées à la réalisation et à la méthodologie des essais, notamment la sélection des patients, la pertinence des mesures ou encore la signification clinique des résultats [17, 18].

Il peut également survenir des erreurs de randomisation, des problèmes dans l'inclusion ou au contraire l'exclusion de patients, mais également des infractions aux protocoles mis en place.

Des critiques « plus fondamentales » sont formulées, elles soulignent que la médecine est « autant un art qu'une science » et qu'« une pratique exclusive de l'EBM, si tant est qu'elle soit possible, n'est pas souhaitable ».

L'EBM est également décrite comme « une méthode résolument positiviste, qui ne permet pas toujours de prendre en compte le système de valeurs du patient ».

Une critique est adressée à « la primauté de la population sur l'individu que la méthode statistique impose » ; les groupes représentés dans les études ne correspondant que rarement à la population générale, composée en outre d'individus présentant tous des « fluctuations



individuelles » et parfois plusieurs pathologies concomitantes (les essais randomisés étant moins pertinents en cas de polyopathologies).

La Cochrane mentionne, enfin, l'existence de *zones grises* correspondant à l'absence de données scientifiques pour un certain nombre d'actes médicaux. « Ce qui est blanc ou noir dans une revue scientifique peut rapidement devenir gris dans la pratique clinique [19] ».

Dans un éditorial de mars 2015, intitulé « pour une EBM au service des patients », la revue *Prescrire*, fait état de « dérives de l'EBM nuisibles aux patients ».

Reprenant les études de S.Every-Palmer et J.Howick ; T.Greenhalgh et al, ainsi que celle de AW.Chan et al, l'EBM est décrite comme « d'abord victime d'un détournement par des intérêts industriels [20-23] ».

Les firmes à l'origine des essais sont présentées comme pourvoyeuses de nombreux biais puisqu'elles « choisissent largement les domaines de recherche, les méthodes d'évaluation, les critères d'efficacité [...] orientent la recherche vers des facteurs de risques plutôt que vers les maladies elles-mêmes. Elles ne publient pas toutes les données défavorables à leurs produits, etc. »

Une réserve est également portée à la profusion de publications, difficilement applicables par le surcroît d'information généré, en particulier lorsque les patients présentent des comorbidités.

L'éditorial conclue sur la nécessité « pour les soignants et les patients de se faire entendre dans la recherche en santé, dont les acteurs principaux sont devenus les firmes et leurs actionnaires. Et de se faire entendre aussi dans l'application des données de l'évaluation, face aux technocrates qui, dans les administrations, les agences ou les assurances, rêvent d'une médecine standardisée [20] ».

## Partie 2

### **Éléments de nosologie : troubles psychosomatiques et autres troubles connexes**

En France, les deux principaux systèmes de classification utilisés dans le cadre des soins psychiques sont la Classification Internationale des Maladies (CIM) et le Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (DSM). Le DSM présente des critères de classement plus détaillés et davantage de diagnostics différentiels que la CIM qui, par ailleurs, ne dispose pas de code pour certaines situations cliniques.

Nous avons inclus dans notre recueil de données deux exemples de classifications extra psychiatriques, celle du collège des enseignants de neurologie et celle de la Société Nationale Française de Gastro-Entérologie. La Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent (CFTMEA), n'a pas été abordée dans le présent travail qui n'avait pour objet que la médecine adulte.

### **Définitions de l'Académie de Médecine**

Toutes spécialités médicales confondues, différentes occurrences sont employées concernant les troubles mal étayés pour lesquels une origine psychique est envisagée. Le dictionnaire de l'Académie de Médecine donne une définition précise de la plupart des étiquettes diagnostiques que l'on peut trouver.

Les termes *sine materia*, *sans substatum* ou anorganique réfèrent à l'absence de lésion ou d'anomalie identifiée. Un prurit *sine materia* désigne par exemple, selon l'académie de médecine, un prurit pour lequel aucune dermatose évidente n'est retrouvée bien que quelques éléments causaux généraux soient évoqués (irritations, xérose ou grand âge notamment).

Le terme *essentiel*, du latin *essentialis* « qui est défini par sa nature même », ou ses synonymes *idiopathique* et *protopathique*, sont décrits par l'académie de médecine comme des termes qualifiant « une maladie ou un syndrome qui ne peuvent être rattachés à aucune cause connue », comme « une lésion ou une maladie dont on ne connaît pas l'étiologie, donc d'origine inconnue, sans cause apparente ». L'académie offre une note additionnelle en précisant que ces termes diagnostiques sont « souvent des termes d'attente » puisque la pathologie à laquelle ils réfèrent est « progressivement démembrée lors de la découverte de leurs étiologies »

L'académie de médecine rapporte la *psychosomatique* à une conception unitaire corps-esprit de l'homme malade (médecine naturaliste de l'école allemande, J. C. Heinroth), alors qu'elle définit le *trouble somatoforme* comme un « trouble caractérisé par des symptômes physiques évoquant des affections somatiques, sans qu'aucune anomalie organique ne puisse être décelée, ni qu'aucun mécanisme physiopathologique ne soit connu ». Ainsi, l'académie range notamment sous cette rubrique la somatisation, le trouble de conversion, l'hypocondrie, le dysfonctionnement neurovégétatif et la douleur psychogène, en précisant qu'il existe « des arguments démonstratifs ou de fortes présomptions pour lier ces symptômes à des facteurs ou à des conflits psychologiques. » La somatisation est ainsi plus explicitement désignée comme l'émergence de « symptômes physiques multiples, chroniques mais fluctuants, surtout gastro-intestinaux, cutanés et gynécologiques, sans relation avec une pathologie organique, sinon hors de proportion avec celle-ci ». Concernant la somatisation, l'académie de médecine livre une note supplémentaire : « Sans pour autant se référer au vocabulaire de la psychanalyse ni à une nosographie inspirée de celle-ci, un tel terme traduit la transcription au niveau du corps d'un conflit intrapsychique (refoulement d'une pulsion érotique ou agressive, p. ex.). Ce terme a suppléé celui, traditionnel, de conversion »

Le terme *fonctionnel* est défini par l'académie de médecine comme relatif à « une symptomatologie ne répondant à aucune maladie définie ». L'institution détaille les plaintes fonctionnelles comme portant sur « le fonctionnement d'un ou de plusieurs organes [...] sans lésions anatomiques pouvant en rendre compte ». La définition est complétée par un élément de terrain puisque les troubles fonctionnels sont définis comme étant « le fait de personnalités anxieuses, histrioniques » et pouvant constituer « le signe initial d'une autre affection psychique, notamment dépressive ».

Un autre terme connexe, abondamment retrouvé dans la littérature, est celui de *symptômes médicalement inexpliqués*, dont il existe également une variante, celle de *symptômes bio-médicalement inexpliqués*, terme impliquant l'absence d'explication uniquement de nature biomédicale sans plus de précision sur des explications d'une autre nature.

## Classifications psychiatriques

### MANUEL DIAGNOSTIQUE ET STATISTIQUE DES TROUBLES MENTAUX (DSM)

#### *Origines du manuel et révisions ultérieures*

La nosographie des maladies mentales constitue une production complexe en partie liée aux représentations de la maladie dans la société, donc étroitement liées à la culture d'une communauté. Après la seconde guerre mondiale, au cours de laquelle de nombreux psychiatres ont pris part à l'effort de guerre en soignant les soldats, l'OMS, elle-même fondée en 1948, dirige la sixième version de la CIM en y incluant pour la toute première fois une section consacrée aux troubles psychiatriques [24]. L'Association américaine de psychiatrie (*American Psychiatric Association* ou APA) décide à la même époque de réaliser un travail de classification qui aboutira en 1952 à la création du Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (DSM ou *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*). Cet ouvrage constitue actuellement la référence médicale pour les autorités de santé occidentales en matière de soins psychiatriques. Les référentiels présentés sont issues de données statistiques hospitalières américaines.

Les deux premières versions du DSM (DSM-I publié en 1952, puis DSM-II publié en 1968) se fondent en grande part sur des théories psychanalytiques, notamment freudienne, et psychologiques, scindant essentiellement les troubles en deux catégories, celle des névroses et celle des psychoses.

Le VI<sup>e</sup> Congrès mondial de psychiatrie en 1976 voit l'adoption d'une résolution en faveur d'une concordance des différentes classifications nationales de maladies mentales en vigueur avec la CIM toujours sous l'égide de l'OMS [25]. C'est ainsi, qu'aux Etats Unis, l'APA procède à la troisième révision du manuel en 1980, révision qui marque une rupture avec les deux versions antérieures puisqu'il se rapproche désormais dans sa structuration d'une doctrine basée sur des éléments classificatoires et une critériologie nouvelle se voulant plus précise. Le processus identificatoire des pathologies mentales suit désormais une logique empirique, descriptive, sous tendue de données quantitatives statistiques (issues de l'analyse des symptômes), de la même manière que pour les autres spécialités médicales.

Dès lors, le manuel se revendique comme un ouvrage diagnostique athéorique, la volonté affichée étant celle de rompre avec tout courant psychopathologique d'ascendance

psychanalytique, courant alors jugé subjectif par les auteurs. Le Dr Robert Spitzer, co-auteur de cette nouvelle version du DSM, œuvre à l'émergence d'une standardisation classificatoire plus en adéquation avec la psychiatrie dite « biologique » alors en plein essor, le but étant d'adopter un langage unifié destiné à la fois aux psychiatres, aux médecins et aux chercheurs [24].

La césure doctrinale impulsée par le DSM III n'a pas été infirmée dans les versions qui lui ont succédé, la volonté de se rapprocher des classifications de pathologies dites somatiques persistant.

Ayant fait le choix de se démarquer des théories explicatives d'héritage psychanalytique, les auteurs du DSM III scindent la catégorie « hystérie » en plusieurs diagnostics distincts (état de stress post traumatique, trouble de la personnalité multiple).

Après une révision significative en 1987, le DSM est publié dans une quatrième version en 1994 puis brièvement révisé en 2000 [26]. Le DSM IV organise la classification des pathologies mentales en suivant une approche intégrative multiaxiale qui distingue 5 axes d'analyse : l'axe I relatif aux pathologies psychiatriques, l'axe II relatif aux troubles de personnalité et au développement, l'axe III relatif aux troubles somatiques associés, l'axe IV relatif aux facteurs psycho-sociaux et environnementaux et l'axe V relatif à l'adaptation psycho-social et au fonctionnement global.

Le DSM IV identifie de manière quantitative un certain nombre de critères diagnostiques (fréquence, durée des symptômes, nombre de symptômes seuil) mettant en exergue une idée de déviation quantitative de la notion de norme.

### ***DSM IV : catégorie des troubles somatoformes***

#### Critères diagnostiques généraux

Distincte de la catégorie des troubles anxieux, de celle des troubles dissociatifs, de celles des troubles factices ainsi que du cadre des facteurs psychologiques influençant une affection médicale, la catégorie des troubles somatoformes regroupe 7 sous catégories : le trouble de somatisation, le trouble somatoforme indifférencié, le trouble de conversion, le trouble douloureux, l'hypocondrie, la peur d'une dysmorphie corporelle et le trouble somatoforme non spécifié.

Le présent chapitre expose ci-après les critères diagnostiques (regroupés dans les tableaux 5 à 11) ainsi que la retranscription des notes complémentaires du DSM pour chaque catégorie.

La clinique commune à l'ensemble de ces troubles rassemble des symptômes physiques involontaires faisant évoquer une affection médicale générale et liés à une souffrance cliniquement significative ou à une altération du fonctionnement (socio-professionnel ou dans d'autres domaines).

L'annexe n°1 rassemble les examens cliniques et complémentaires.

Les troubles de cette catégorie ne sont pas regroupés en raison d'une étiologie ou de mécanismes supposés communs, ils sont regroupés uniquement car les symptômes rencontrés ne peuvent s'expliquer complètement ni par une affection médicale générale, ni par un autre trouble mental, d'où la **nécessité d'exclure toute affection médicale générale ou toute prise de substance pour porter le diagnostic.**

*Tableau n° 5 : critères diagnostiques du trouble somatisation*

<b>Trouble somatisation</b> , anciennement appelé hystérie ou syndrome de Briquet
<p><b>A.</b> Antécédents de plaintes somatiques multiples, début avant 30 ans, évolution sur plusieurs années, demande de traitement ou altération significative du fonctionnement social, professionnel ou autres domaines importants</p> <p><b>B. Antécédents obligatoires</b> Au moins : 4 localisations ou fonctions douloureuses, 2 symptômes gastro-intestinaux autres que douleurs, 1 symptôme sexuel ou de l'appareil génital autre que douleur, 1 symptôme ou déficit pseudo-neurologique (évoquant une affection neurologique) autre qu'une douleur : symptômes de conversion comme trouble de coordination ou d'équilibre, paralysie ou faiblesse musculaire localisée, difficultés de déglutition, aphonie, rétention urinaire, hallucinations, perte de sensibilité tactile ou douloureuse, diplopie, cécité, surdité, crises convulsives ; symptômes dissociatifs comme amnésie ; perte de conscience autre que évanouissement</p> <p><b>C.</b> Soit aucun symptôme ne peut s'expliquer complètement ni par une affection médicale connue (après examen médicaux appropriés) ni par une substance (drogue ou médicament) ; soit, en cas d'affection médicale, symptômes ou altération du fonctionnement nettement disproportionnés par rapport à ce que laisseraient prévoir l'histoire de la maladie, l'examen physique ou les examens complémentaires</p> <p><b>D.</b> Symptômes involontaires, non feints</p>

### Commentaires du DSM :

Les plaintes sont décrites comme habituellement exprimées en termes imagés et excessifs, contenant peu d'informations factuelles précises. Le récit est souvent inconsistant ou contradictoire. Pour mettre en évidence un comportement de plaintes somatiques répétées, il convient de reconstituer l'histoire des traitements et hospitalisations antérieurs. La biographie de ces individus, particulièrement lorsqu'ils présentent des troubles de la personnalité, est souvent aussi chaotique et compliquée que leur histoire médicale.

**Risques :** nomadisme médical, traitements multiples, iatrogénie, morbidité accrue.

**Comorbidités :** EDM, trouble panique et troubles liés à l'utilisation d'une substance, fréquents troubles de la personnalité (troubles histrionique, borderline et antisociale plus souvent associés).

*Tableau n° 6 : critères diagnostiques du trouble somatoforme indifférencié*

<b>Trouble somatoforme indifférencié</b>
<p><b>A.</b> Une ou plusieurs plaintes somatiques</p> <p><b>B.</b> Soit aucun symptôme ne peut s'expliquer complètement ni par une affection médicale connue (après examen médicaux appropriés) ni par une substance, soit symptômes ou altération du fonctionnement nettement disproportionnés par rapport à ce que laisseraient prévoir l'histoire de la maladie, l'examen physique ou les examens complémentaires en cas d'affection médicale</p> <p><b>C.</b> Souffrance cliniquement significative ou altération du fonctionnement social, professionnel ou autres domaines importants</p> <p><b>D.</b> Au moins 6 mois</p> <p><b>E.</b> Pas mieux expliqué par un autre trouble mental</p> <p><b>F.</b> Symptôme involontaire et non feint</p>

L'anamnèse des sujets qui présentent ce trouble varie typiquement d'un examen à l'autre.

Tableau n° 7 : critères diagnostiques du trouble de conversion

Trouble de conversion
<p><b>A.</b> Un ou plusieurs symptômes ou déficits touchant la motricité volontaire ou les fonctions sensitives ou sensorielles suggérant affection neurologique ou médicale générale.</p> <p><b>B.</b> Facteurs psychologiques (survenue ou aggravation précédée par conflits ou stress)</p> <p><b>C.</b> Symptôme ou déficit involontaire, non feint</p> <p><b>D.</b> Après examens médicaux appropriés, symptôme ou déficit non expliqué complètement par affection médicale générale ou substance, ni assimilé à un comportement ou une expérience culturellement déterminé(e)</p> <p><b>E.</b> Souffrance cliniquement significative ou altération du fonctionnement social, professionnel ou autres domaines importants, ou justifie une évaluation médicale.</p> <p><b>F.</b> Symptômes ou déficit non limités à douleur ou dysfonction sexuelle, pas exclusivement au cours d'un trouble somatisation, pas mieux expliqués par autre trouble mental</p> <p>Sous type</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- <b>Symptôme ou déficit moteur</b> : trouble de coordination ou d'équilibre, paralysie ou faiblesse musculaire localisée, difficultés de déglutition, aphonie, rétention urinaire</li><li>- <b>Symptôme ou déficit sensitif ou sensoriel</b> : perte de sensibilité tactile ou douloureuse, diplopie, cécité, surdité, hallucinations</li><li>- <b>Crises épileptiques ou convulsions</b> : avec manifestations motrices ou sensitives</li><li>- <b>Présentation mixte</b> : symptômes de plusieurs catégories</li></ul>

Commentaires du DSM :

Plus la personne est naïve en matière de connaissances médicales, moins les symptômes apparaissent vraisemblables. Des sujets plus évolués ont en général des symptômes et des déficits plus subtils, qui peuvent simuler de près des affections neurologiques ou médicales générales.

L'étiologie médicale générale de ce qui apparaît comme un trouble de conversion ne se révèle parfois qu'après plusieurs années, donc le diagnostic est à réévaluer périodiquement.

De nombreuses maladies neurologiques peuvent être prises à tort pour un trouble de conversion, près d'un tiers des individus ayant des symptômes de conversion souffrent ou ont souffert d'une maladie neurologique.

Dans les premières études, une étiologie médicale générale était retrouvée ultérieurement chez un quart à la moitié des sujets qui étaient diagnostiqués avec un trouble de conversion. Ces erreurs sont moins fréquentes, peut-être en raison d'une meilleure connaissance du trouble de conversion et des progrès en techniques de diagnostic. Un symptôme de conversion risque



d'autant moins d'être dû à une affection médicale générale qu'il existe des antécédents de symptômes somatiques inexplicables ou de symptômes dissociatifs, surtout si les critères du trouble somatisation ont été réunis dans le passé. Les symptômes de conversion ne respectent pas les voies anatomiques connues ni les règles de la physiologie, mais correspondent plutôt à la conception qu'a le sujet d'une maladie. Les symptômes sont souvent inconsistants (par exemple une extrémité « paralysée » qui bouge par inadvertance)

Il peut être difficile d'établir qu'un symptôme n'est pas intentionnel ou feint. Une évaluation soigneuse du contexte permet en général de le déterminer, spécialement en ce qui concerne d'éventuels avantages extérieurs ou le fait de jouer le rôle de malade. Le recours à des sources d'information supplémentaires en dehors des dires du sujet peut être utile (collègues de travail, dossier médical).

On peut constater une « belle indifférence » (individus « relativement peu concernés par la nature ou les conséquences des symptômes ») ou une attitude dramatique ou histrionique. Ces individus étant souvent suggestibles, leurs symptômes peuvent se modifier ou disparaître sous l'influence de facteurs extérieurs, mais cela peut s'observer également dans les affections médicales générales.

Les symptômes sont peut-être plus répandus dans les suites de stress psychosociaux extrêmes. Une attitude de dépendance et l'adoption d'un rôle de malade peuvent être favorisées au cours du traitement. Présence de fréquentes autres plaintes somatiques qui ne sont pas des manifestations de conversion.

**Comorbidités** : troubles dissociatifs, EDM, troubles de la personnalité histrionique, antisociale, borderline et dépendante.

*Hypothèse de la tradition psychopathologique :*

Le symptôme somatique représente la résolution symbolique d'un conflit psychologique inconscient, réduisant l'anxiété et servant à maintenir le conflit hors de la conscience (*bénéfice primaire*). Il existe un possible *bénéfice secondaire* (avantages extérieurs).

Les facteurs psychologiques étant omniprésents dans une affection médicale générale, il peut être difficile de déterminer si un facteur spécifique a ou non une relation étiologique avec le symptôme ou le déficit. La relation chronologique entre un conflit ou un stress et la survenue ou l'aggravation d'un symptôme peut être un argument utile, surtout en cas d'antécédents similaires.

Tableau n° 8 : critères diagnostiques du trouble douloureux

Trouble douloureux
<p>A. Douleur dans une ou plusieurs localisations, intensité justifiant un examen</p> <p>B. Souffrance cliniquement significative ou altération du fonctionnement social, professionnel ou autres domaines importants.</p> <p>C. Rôle important des facteurs psychologiques : déclenchement, intensité, aggravation ou persistance de la douleur.</p> <p>D. Symptôme ou déficit involontaire, non feint</p> <p>E. Pas mieux expliqué par trouble de l'humeur, trouble anxieux ou psychotique ; ne répond pas aux critères de la dyspareunie</p> <p>Trouble douloureux aigu si inférieur à 6 mois, chronique à partir de 6 mois</p> <p>Sous-types en fonction des facteurs étiologiques et d'entretien de la douleur les plus impliqués :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- <b>Trouble douloureux associé à des facteurs psychologiques</b> : rôle nul ou minime d'une affection médicale, les facteurs psychologiques peuvent consister en un autre trouble des Axes I ou II (diagnostiqué lui aussi) ou bien ne pas atteindre le seuil d'un trouble de l'Axe I ou II (réactions à des facteurs de stress psychosociaux)</li><li>- <b>Trouble douloureux associé à la fois à des facteurs psychologiques et à une affection médicale générale</b> : localisation douleur ou affection médicale codée sur l'Axe III</li><li>- <b>Trouble douloureux associé à une affection médicale générale</b> : non considéré comme trouble mental (rôle nul ou minime des facteurs psychologiques)</li></ul>

Commentaires du DSM :

Les individus souffrant de douleur aiguë ou chronique récurrente sont convaincus parfois qu'il existe quelque part un médecin ou un autre thérapeute qui détient le remède à cette douleur. Ils peuvent consacrer énormément de temps et d'argent à poursuivre ainsi un objectif inaccessible.

**Risques** : incapacité à travailler, recours fréquent aux soins, focalisation exclusive, prise de médicaments, problèmes relationnels, dépendance ou abus aux opiacés, benzodiazépines, substance (surtout alcool), risque suicidaire si dépression grave ou maladie en phase terminale.

**Comorbidités** : douleur chronique plus souvent associée aux troubles dépressifs et troubles du sommeil, douleur aiguë aux troubles anxieux. Les troubles mentaux peuvent précéder le trouble douloureux (peut-être y prédisposer), lui être contemporains ou en être la conséquence.

Tableau n° 9 : critères diagnostiques de l'hypochondrie

Hypochondrie
<p><b>A.</b> Préoccupation centrée sur crainte ou idée d'être atteint d'une maladie grave, fondée sur l'interprétation erronée de symptômes physiques</p> <p><b>B.</b> Préoccupation persistante malgré bilan médical approprié et rassurant.</p> <p><b>C.</b> Intensité non délirante de la croyance (<math>\neq</math> trouble délirant, type somatique), non limitée à une préoccupation sur l'apparence</p> <p><b>D.</b> souffrance cliniquement significative ou altération du fonctionnement (socio-professionnel, autres domaines importants)</p> <p><b>E.</b> Pendant au moins 6 mois.</p> <p><b>F.</b> Pas mieux expliqué par anxiété généralisée, TOC, trouble panique, EDM, angoisse de séparation ou autre trouble somatoforme</p>

Commentaires du DSM :

Spécifier si la plupart du temps au cours de l'épisode actuel le sujet ne reconnaît pas que sa préoccupation est excessive ou déraisonnable, si aucune affection médicale générale ne peut expliquer complètement l'inquiétude ou les symptômes (affection médicale générale possible). La préoccupation peut concerner des fonctions corporelles, un organe, une maladie, des perturbations physiques mineures, des sensations physiques vagues et ambiguës (successivement ou simultanément). Inquiétude de la signification, de l'authenticité et de l'étiologie des symptômes ; fréquentes peurs de vieillir et de la mort.

La préoccupation devient élément central de l'image de soi, des conversations et la réponse aux stress de l'existence.

Antécédents médicaux souvent exposés dans les moindres détails, et « en long et en large »  
Surconsommation médicale fréquente, détérioration des relations médecin-malade (frustration et colère réciproques). Pensent souvent être mal soignés, « peuvent résister avec acharnement » à la possibilité de soins psychiatriques. Complications liées aux investigations diagnostiques (risques et coût), mais bilan trop succinct pouvant ne pas repérer une réelle affection médicale. Tensions dans les relations sociales (fréquente attente d'une considération et d'un traitement particuliers). Absentéisme professionnel fréquent, invalidité dans les cas sévères.

**Facteurs de risque :** antécédent personnel (surtout infantile) ou familial de maladies graves

**Possibles facteurs précipitant :** stress psychosociaux (mort d'un proche).

**Fréquentes comorbidités :** troubles anxieux, dépression et autres troubles somatoformes.

Tableau n° 10 : critères diagnostiques de la peur d'une dysmorphie corporelle

Peur d'une dysmorphie corporelle
<p><b>A.</b> Préoccupation concernant un défaut imaginaire de l'apparence physique. Si léger défaut apparent, préoccupation manifestement démesurée</p> <p><b>B.</b> Souffrance cliniquement significative ou altération du fonctionnement social, professionnel ou autres domaines importants</p> <p><b>C.</b> Pas mieux expliquée par autre trouble mental (dont anorexie mentale)</p>

Plainte souvent précise, parfois plus vague, pouvant concerner tout le corps (visage ou tête généralement). Préoccupations le plus souvent vues comme difficiles à contrôler, peu de tentative de résistance. Examen du corps parfois plusieurs heures par jour et soins du corps pour lutter contre l'anxiété avec effet inverse. Parfois évitement de l'image ou camouflage, soulagement temporaire par la réassurance. Idées de références, comparaisons, souvent idées fausses de moquerie extérieure. Parfois peur de fragilité notamment face à la maladie de la zone qui préoccupe. Parfois caractère anosognosique ou délirant (sans critique) associé au trouble.

**Risques** : préoccupation dominant les pensées, évitement du travail ou des situations publiques, isolement, hospitalisations répétées, multiples traitements à visée esthétique, tentatives personnelles de correction du défaut, iatrogénie, aggravation des troubles, suicide.

**Comorbidités** : EDM, trouble délirant, phobie sociale, TOC.

Tableau n° 11 : critères diagnostiques du trouble somatoforme non spécifié

Trouble somatoforme non spécifié
<p>Symptômes somatoformes ne correspondant à aucun trouble somatoforme spécifique</p> <p>Exemples :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Le <b>pseudocyesis</b> ou croyance erronée d'être enceinte associant des signes objectifs de grossesse : augmentation du volume abdominal (sans éversion de l'ombilic), diminution des règles ou aménorrhée, sensation subjective de mouvements fœtaux, engorgement et sécrétions mammaires, douleurs de travail à la date présumée de l'accouchement, possibles modifications endocriniennes mais non liées à une affection médicale générale</li><li>- <b>Symptômes hypocondriaques non psychotiques</b> moins de 6 mois.</li><li>- <b>Plaintes somatiques inexpliquées</b> (fatigue ou une faiblesse du corps) moins de 6 mois et non dues à un autre trouble mental</li></ul>

## *DSM-5 : catégorie des troubles de symptômes somatiques et troubles connexes*

La cinquième et dernière version du DSM, le DSM-5, paraît en 2013, elle donne lieu à de multiples modifications, dont une réorganisation des chapitres pensée pour tendre à une meilleure compatibilité avec la CIM-11, onzième version de la Classification Internationale des Maladies, qui doit entrer en vigueur en 2022 [29]. Les chiffres romains, antérieurement utilisés pour qualifier la version du DSM, sont remplacés par des chiffres arabes et le système axial du DSM IV est supprimé.

Dans le DSM 5, la catégorie des troubles somatoformes est remplacée par une catégorie largement remaniée, celle des **troubles de symptômes somatiques (TSS) et troubles connexes**.

Cette catégorie inclut le trouble de symptôme somatique, le trouble de symptôme neurologique fonctionnel, les facteurs psychologiques affectant d'autres conditions médicales, le trouble factice, d'autres symptômes somatiques et troubles connexes spécifiés ainsi que d'autres symptômes somatiques et troubles connexes non spécifiés.

Comme synthétisé dans le tableau n°12, la catégorie des troubles de symptômes somatiques et troubles connexes ne correspond pas aux découpages classificatoires diagnostiques précédents.

- Le trouble de symptôme neurologique fonctionnel remplace le trouble de conversion du DSM IV
- Le trouble de symptôme somatique regroupe à lui seul les anciennes sous catégories des troubles somatisation, troubles douloureux, troubles somatoformes indifférenciés et hypocondrie associée à des symptômes somatiques.
- Les facteurs affectant d'autres affections médicales et le trouble factice appartiennent à présent également à la catégorie des TSS et troubles connexes alors qu'ils n'appartenaient pas à la catégorie des troubles somatoformes du DSM IV
- L'hypocondrie est désormais scindée en deux groupes diagnostiques distincts, la distinction étant portée sur la présence ou non de symptômes somatiques. En présence de ces derniers, l'hypocondrie correspond dans le DSM 5 à l'anxiété pour la santé (sous-catégorie de la catégorie des troubles anxieux), en leur présence elle correspond à la crainte excessive d'avoir une maladie (sous-catégorie des TSS et troubles connexes).

Tableau n° 12: correspondances catégorielles entre le DSM-IV-TR et le DSM 5

DSM IV TR		DSM 5	
catégories	sous-catégories	sous-catégories	catégories
<b>troubles somatoformes</b>	peur d'une dysmorphie corporelle	trouble délirant de type somatique	<b>Spectre de la schizophrénie*</b>
		trouble obsession d'une dysmorphie corporelle	<b>TOC et troubles connexes</b>
	trouble somatoforme non spécifié		
	hypocondrie avec symptômes somatiques	anxiété pour la santé (trouble anxieux dû à une autre affection médiale)	<b>troubles anxieux</b>
	hypocondrie sans symptômes somatiques	crainte excessive d'avoir une maladie	<b>troubles de symptômes somatiques et troubles connexes</b>
	trouble somatisation	trouble de symptôme somatique (dont TSS à prédominance douloureux)	
	trouble douloureux		
	trouble somatoforme indifférencié		
trouble de conversion	le trouble de symptôme neurologique fonctionnel		
	troubles psychosomatiques	les facteurs psychologiques affectant d'autres conditions médicales	
<b>trouble factice</b>	trouble factice	trouble factice	
		autres symptômes somatiques et troubles connexes spécifiés	
		autres symptômes somatiques et troubles connexes non spécifiés	

\*Spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques

Tous les troubles de la catégorie des troubles de symptômes somatiques et troubles connexes présentent des **symptômes somatiques proéminents associés à une détresse et une déficience importantes**.

Ce type de trouble est souvent rencontré en soins primaires et moins souvent dans les services psychiatriques. La catégorie des troubles somatoformes du DSM IV a été réorganisée dans le but annoncé d'être plus utile aux praticiens non psychiatres dont les médecins généralistes. Le

principal diagnostic de cette catégorie, le trouble somatique symptomatique est diagnostiqué via des **symptômes et signes positifs** (symptômes somatiques pénibles médicalement expliqués ou non associés à des pensées, sentiments ou comportements anormaux en réponse à ces symptômes) **plutôt que sur des signes négatifs comme dans le DSM IV** (l'absence d'explication médicale des symptômes somatiques était requise au diagnostic de trouble somatoforme, ce qui en faisait un diagnostic d'exclusion)

La distinction des troubles ne s'établit pas à la faveur des symptômes somatiques en soi, mais plutôt à leur présentation et interprétation. **L'intégration de composantes affectives, cognitives et comportementales dans les critères diagnostiques** donne, selon le DSM 5, « une image plus complète et plus précise du véritable tableau clinique que celle que l'on peut obtenir en évaluant uniquement les plaintes somatiques ».

#### Motivations des changements catégoriels :

Les modifications de cette catégorie diagnostiques sont justifiées par le fait que l'appellation troubles somatoformes « prêtait à confusion », par le fait que « les troubles somatoformes se chevauchaient largement » (eu égard à des limites de diagnostics « pas claires ») et enfin par le fait que les médecins non psychiatriques trouvaient les diagnostics somatoformes du DSM IV « difficiles à comprendre et à utiliser »

Ainsi, le DSM 5 dit avoir procédé aux corrections nécessaires en changeant l'appellation de la catégorie, en réduisant le nombre total de troubles ainsi que leurs sous-catégories et en modifiant les critères précédents qui « mettaient trop l'accent sur le caractère central des symptômes médicalement inexpliqués ». Les auteurs du manuel expose de caractère limité de la fiabilité de détermination d'un SMI, raison pour laquelle « fonder un diagnostic sur l'absence d'explication est problématique et renforce le dualisme entre l'esprit et le corps. Il n'est pas approprié de donner à un individu un diagnostic de trouble mental uniquement parce qu'une cause médicale ne peut être démontrée ». Par ailleurs un diagnostic médical n'est pas incompatible avec un trouble mental comorbide (dont un trouble de symptôme somatique ou trouble connexe)

Les rédacteurs du DSM-5 reconnaissent, en faisant l'hypothèse du manque d'explications médicales, que les patients ont considéré les diagnostics de troubles somatoformes comme « péjoratifs et dégradants, impliquant que leurs symptômes physiques n'étaient pas "réels" ».

## Commentaires généraux du DSM concernant les TSS et troubles connexes :

Certains troubles mentaux peuvent initialement apparaître avec des symptômes somatiques principalement. Les comorbidités médicales sont considérables, mais les causes de certains symptômes somatiques et troubles connexes peuvent être inconnues. Le TSS permet une méthode plus utile pour caractériser les individus qui étaient diagnostiqués comme souffrant d'une trouble de somatisation.

**Comorbidités** : anxiété ou trouble dépressif (déficience fonctionnelle, manque de compliance)

**Facteurs de risques** : vulnérabilité génétique et biologique, traumatismes précoces, expériences et apprentissage (attention due à la maladie, manque de renforcement des expressions de détresse non symptomatiques), normes culturelles/sociales dévalorisant et stigmatisant la souffrance psychologique.

Ce chapitre expose ci-après les critères diagnostiques (tableaux 13 à 19) ainsi que la retranscription des notes complémentaires du DSM pour chaque catégorie.

*Tableau n° 13 : critères diagnostiques du trouble de symptôme somatique*

<b>Trouble de symptômes somatiques</b>
<p><b>A.</b> Un ou plusieurs symptômes pénibles (spécifiques ou non) ou entraînant une perturbation importante du quotidien</p> <p><b>B.</b> Pensées, sentiments ou comportements excessifs liés aux symptômes somatiques ou aux préoccupations de santé et se manifestant par au moins un des éléments :</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Des pensées disproportionnées et persistantes sur la gravité de ses symptômes</li><li>2. Niveau élevé et persistant d'anxiété concernant la santé ou les symptômes</li><li>3. Temps et énergie excessifs consacrés à ces symptômes ou préoccupations</li></ol> <p><b>C.</b> Bien qu'un seul symptôme somatique puisse ne pas être présent de façon continue, les symptômes sont persistants (généralement plus de 6 mois)</p> <p>Précisez si la douleur est prédominante (précédemment trouble de la douleur) Evolution persistante : symptômes graves et altération marquée pendant plus de 6 mois</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- <b>Gravité légère</b> : 1 seul des symptômes du critère B</li><li>- <b>Gravité modérée</b> : 2 ou plusieurs des symptômes du critère B</li><li>- <b>Gravité sévère</b> : 2 ou plusieurs des symptômes du critère B et plaintes somatiques multiples (ou un symptôme somatique très grave)</li></ul>



### Commentaires du DSM :

Le TSS n'est pas diagnostiqué sur la seule absence d'explication médicale évidente.

Au premier plan, la souffrance est authentique, peu importe qu'elle soit ou non expliquée médicalement.

Les patients évaluent leurs symptômes corporels comme indûment menaçants, nocifs ou gênants, même parfois encore en cas de preuve du contraire. La détresse ressentie est généralement décrite comme surtout concentrée sur les plaintes somatiques, parfois sans corrélation exprimée avec toute autre origine non somatique. Fréquent recours aux services médicaux, sans amélioration le plus souvent, les interventions peuvent même aggraver les symptômes. Consultation initiale spontanée plutôt en soins primaires qu'en service de santé mentale, la suggestion d'une orientation vers un spécialiste en santé mentale peut être refusée ou accueillie avec surprise.

On note hypothétiquement une sensibilité accrue aux effets secondaires des médicaments chez certains patients. Certains patients estiment leur évaluation médicale et leur traitement inadéquats.

Les caractéristiques cognitives comprennent l'attention portée aux symptômes somatiques, l'attribution des sensations à des atteintes somatiques, l'inquiétude sur la maladie et la crainte que toute activité puisse endommager le corps.

Les caractéristiques comportementales correspondent aux contrôles corporels répétés (détection des anomalies), la recherche d'aide médicale et de réconfort et l'évitement de l'activité physique ; elles sont plus prononcées en cas de symptômes somatiques graves et persistants.

**Facteurs de risque et de pronostic :** le trait de personnalité de l'affectivité négative (névrose) est un facteur indépendant de corrélation/risque d'un nombre élevé de symptômes somatiques. L'anxiété ou la dépression peuvent exacerber les symptômes et les déficiences. TSS plus fréquent en cas de statut socioéconomique inférieur et en cas de stress récent.

**Comorbidités :** fréquents troubles médicaux, anxieux et dépressifs (d'où un risque suicidaire accru). En cas de maladie somatique la déficience est plus importante

Tableau n° 14: critères diagnostiques du trouble de symptômes neurologiques fonctionnels

Trouble des symptômes neurologiques fonctionnels
<p><b>A.</b> Un ou plusieurs symptômes d'altération de la fonction motrice ou sensorielle volontaire</p> <p><b>B.</b> Preuve clinique de l'incompatibilité entre le symptôme et les fonctions motrices ou sensorielles volontaires reconnues des troubles neurologiques ou médicaux</p> <p><b>C.</b> Pas mieux expliqué par un autre trouble médical ou mental</p> <p><b>D.</b> Détresse ou déficience cliniquement significative sur le plan social, professionnel ou dans d'autres domaines importants, ou justifiant une évaluation médicale</p> <p>Les symptômes peuvent être (codes CIM 10 associés): malaise ou paralysie (F44.4), mouvements anormaux (F44.4), symptômes de déglutition, (F44.4), symptôme de la parole (F44.4), attaques ou saisies (F44.5), anesthésie ou perte sensorielle (F44.6), symptôme sensoriel particulier dont trouble visuel, olfactif ou auditif (F44.6), symptômes mixtes (F44.7)</p> <p>L'épisode est aigu si les symptômes existent depuis moins de 6 mois et persistant à partir de 6 mois. Facteur de stress psychique absent ou présent</p>

#### Commentaires du DSM :

De nombreux cliniciens utilisent les noms alternatifs de *fonctionnel* (se référant à une anomalie centrale de fonctionnement du système nerveux) ou *psychogène* (se référant à une étiologie supposée) pour décrire les symptômes du trouble de conversion ou trouble symptomatique neurologique fonctionnel.

Les SMI sont une caractéristique essentielle du trouble de conversion car on peut démontrer définitivement dans ces troubles que les symptômes ne sont pas conformes à la pathophysiologie médicale.

La crise psychogène associant tremblement généralisé des membres avec altération apparente ou perte de conscience ressemble parfois à une crise d'épilepsie mais il s'agit d'une crise non épileptique. Des épisodes de non-réponse ressemblant à une syncope ou à un coma sont possibles.

Le diagnostic doit être porté sur l'ensemble des symptômes et non à cause d'un seul résultat clinique normal ou d'un symptôme « bizarre ». Les résultats cliniques doivent montrer clairement l'incompatibilité avec une maladie neurologique, en démontrant que les signes ne sont plus positifs lorsqu'ils sont testés d'une autre manière (exemple : signe de Hoover où la

force d'extension de hanche affaiblie revient normale avec flexion de hanche contre résistance).

Le handicap induit est parfois important (similaire aux maladies médicales comparables)

Le caractère intentionnel ou non des troubles n'est pas impliqué dans le diagnostic car il ne peut pas être discerné de manière fiable.

La « belle indifférence » et les bénéfices secondaires ne doivent pas intervenir dans l'établissement du diagnostic car ils ne sont pas spécifiques.

**Facteurs de risque et de pronostic :** troubles de personnalité, antécédents d'abus et de négligence dans l'enfance, stress, maladie neurologique provoquant des symptômes similaires (par exemple crises psychogènes plus fréquentes chez les patients épileptiques).

**Comorbidités :** fréquents troubles anxieux et dépressifs, fréquent trouble somatique (dont trouble neurologique), fréquents symptômes dissociatifs, substance et abus d'alcool rares, troubles de la personnalité

*Tableau n° 15 : critères diagnostiques du trouble d'anxiété lié à une maladie*

<b>Trouble d'anxiété lié à une maladie</b>
<p><b>A.</b> Préoccupation d'avoir ou acquérir une maladie grave</p> <p><b>B.</b> Symptômes somatiques absents ou faibles. Si autre problème médical ou risque élevé d'en développer, la préoccupation est clairement excessive ou disproportionnée.</p> <p><b>C.</b> Niveau d'anxiété élevé concernant la santé</p> <p><b>D.</b> Comportements excessifs liés à la santé (vérification multiples de son corps) ou évitement inadapté (consultations médicales)</p> <p><b>E.</b> Pendant au moins 6 mois</p> <p><b>F.</b> Pas mieux expliqué par autre trouble dont trouble symptomatique, trouble panique, TAG, trouble dysmorphique corporel, TOC, trouble délirant de type somatique</p> <p>Précisez si les <b>soins médicaux sont fréquemment utilisés ou évités</b> (trop anxiogène)</p>

#### Commentaires du DSM :

L'évaluation approfondie n'identifie pas un état expliquant les préoccupations. La détresse émane plutôt de l'anxiété que des sensations physiques. En cas de signe physique, il s'agit souvent d'un symptôme physiologique normal, bénin, autolimité ou considéré comme un signe de maladie. Risques d'altération de la qualité des performances professionnelles (invalidité) et

des relations interpersonnelles (maladie au centre de l'identité, sujet fréquent du discours social, réponse au stress)

Nomadisme médical fréquent (plus souvent hors des services de santé mentale) : bilans négatifs, soins souvent jugés insatisfaisants, réassurance non pérenne, sentiment de ne pas « être pris au sérieux par les médecins » (préoccupations parfois justifiées « car les médecins sont parfois dédaigneux ou réagissent avec frustration ou hostilité »), parfois exacerbation anxieuse paradoxale ou complications iatrogènes.

75 % des personnes ayant déjà reçu un diagnostic d'hypocondrie sont subsumés sous le diagnostic de TSS, mais environ 25% ont une forte anxiété de santé en l'absence de symptômes.

**Facteurs de risque** : antécédent de maltraitance ou maladie grave dans l'enfance

**Comorbidités** : inconnues car nouvelle catégorie nosologique (l'hypocondrie coexiste avec les troubles dépressifs et les troubles anxieux, en particulier TAG, trouble panique et TOC). Environ deux tiers des sujets susceptibles d'avoir au moins une autre comorbidité majeure (risque élevé pour les troubles des symptômes somatiques et les troubles de la personnalité)

*Tableau n° 16 : critères diagnostiques des facteurs psychologiques qui affectent d'autres conditions médicales*

<b>Les facteurs psychologiques qui affectent d'autres conditions médicales</b>
<p><b>A.</b> Présence d'un symptôme ou d'un état médical autre qu'un trouble mental</p> <p><b>B.</b> Facteurs psychologiques ou comportementaux ayant une incidence négative sur l'état de santé dans l'un des cas suivants :</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Association temporelle étroite entre les facteurs psychologiques et le développement ou l'exacerbation de l'état de santé, ou le retard dans le rétablissement</li><li>2. Interférence avec le traitement de la condition médicale</li><li>3. Risques supplémentaires bien établis pour la santé de l'individu</li><li>4. Précipitation ou exacerbation des symptômes sous-jacents ou nécessitant une attention médicale</li></ol> <p><b>C.</b> Pas mieux expliqués par un autre trouble mental</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- <b>Gravité légère</b> : augmentation du risque médical</li><li>- <b>Gravité modérée</b> : aggravation de la condition médicale sous-jacente</li><li>- <b>Gravité sévère</b> : hospitalisation ou visite aux urgences</li><li>- <b>Gravité extrême</b> : risque grave, mise en danger de la vie</li></ul>

Commentaires du DSM :

Les facteurs psychologiques ou comportementaux comprennent la détresse psychologique, les schémas de l'interaction, les styles d'adaptation et les comportements de santé mal adaptés (négarion des symptômes, non-respect des recommandations médicales). Les conditions médicales peuvent présenter une pathophysiologie claire, des syndromes fonctionnels (migraine, syndrome du côlon irritable, fibromyalgie) ou des symptômes médicaux idiopathiques (douleurs, fatigue, vertiges). Des preuves raisonnables sont nécessaires pour suggérer une association entre les facteurs psychologiques et la santé, bien que souvent il ne soit pas possible de démontrer la causalité directe ou les mécanismes en œuvre.

*Tableau n° 17 : critères diagnostiques du trouble factice*

<b>Trouble factice</b>
<p><b>Trouble factice imposé à soi-même</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>A. Falsification de signes ou symptômes physiques ou psychologiques, ou induction de blessures ou maladie, associée à une tromperie identifiée</li><li>B. Présente de soi aux autres comme malade, affaibli ou blessé</li><li>C. Comportement trompeur évident, même en l'absence de récompenses extérieures évidentes</li><li>D. Pas mieux expliqué par autre trouble mental</li></ul> <p><b>Trouble factice imposé à un autre, anciennement "trouble factice par procuration"</b> (C'est l'auteur, et non la victime, qui reçoit le diagnostic)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>A. Falsification de signes ou symptômes physiques ou psychologiques, ou induction de blessures, associée à une tromperie identifiée</li><li>B. L'individu présente un autre individu (victime) à d'autres comme étant malade, affaibli ou blessé</li><li>C. Comportement trompeur évident, même en l'absence de récompenses extérieures évidentes</li><li>D. Pas mieux expliqué par autre trouble mental</li></ul>

Commentaires du DSM :

Le diagnostic de trouble factice (épisode unique ou récurrent) met l'accent sur la falsification des signes et symptômes de maladie plutôt que sur l'intention ou la motivation.

Il existe des similitudes avec les troubles liés à la consommation de substances, les troubles alimentaires, les troubles du contrôle des impulsions, le trouble pédophile, et certains autres

troubles établis liés à la fois à la persistance du comportement et les efforts intentionnels pour dissimuler le comportement désordonné par la tromperie. Possible détresse psychologique ou déficience fonctionnelle causant des dommages, parfois comportement criminel

*Tableau n° 18 : critères diagnostiques du TSS spécifié et trouble apparenté*

<b>Autre symptôme somatique spécifié et trouble apparenté</b>
Détresse cliniquement significative ou une déficience sociale ou dans d'autres domaines importants mais critères complets pour un diagnostic de trouble de symptômes somatiques et troubles connexes. Exemples : Trouble symptomatique durant moins de 6 mois Trouble anxieux lié à une maladie dont les symptômes durent moins de 6 mois Trouble d'anxiété lié à une maladie sans comportement excessif lié à la santé  Pseudocyesis : fausse croyance d'être enceinte, signes objectifs et symptômes de grossesse symptômes médicalement inexpliqués caractéristique essentielle parce qu'il est possible de démontrer définitivement que les symptômes ne sont pas conformes à la pathophysiologie médicale

*Tableau n° 19 : critères diagnostiques du TSS non spécifié et trouble apparenté*

<b>Symptôme somatique non spécifié et trouble apparenté</b>
Détresse cliniquement significative ou déficience sociale ou dans d'autres domaines importants mais critères complets pour un diagnostic de trouble de symptômes somatiques et troubles connexes

## COLLEGE NATIONAL DES UNIVERSITAIRES DE PSYCHIATRIE (CNUP)

Les troubles somatiques à déterminisme psychique font partie du chapitre consacré aux **troubles somatoformes** [4].

**La distinction est faite entre le trouble somatoforme et le trouble psychosomatique**, qui correspond à un trouble médical non-psychiatrique avec une lésion identifiable pour lesquels des facteurs psychologiques sont des facteurs prépondérant déclenchant ou d'entretien (exemples : maladie coronarienne, asthme, eczémas, ulcère gastroduodéal). Pourtant le CNUP précise que la distinction entre trouble somatoforme et trouble psychosomatique n'est pas toujours aisée, les modifications à répétition des classifications nosographiques ayant participé à la confusion. Par ailleurs, dans la littérature les deux concepts sont parfois confondus sous le terme de trouble psychosomatique au sens large (manifestations à expression essentiellement somatique, dont le déterminisme et l'évolution sont très marqués par des facteurs psychologiques ou psychopathologiques)

Les troubles somatoformes correspondent à un ensemble de symptômes, de signes, de syndromes ou de plaintes de type physique pour lesquels aucune anomalie identifiable de type lésionnel ne peut être incriminée. Ils associent souffrance psychique, altération du fonctionnement socio-professionnel, non imputabilité à un autre trouble et participation psychologique à l'étiopathogénie.

Cette catégorie regroupe

- le trouble somatisation
- le trouble de conversion
- le trouble douloureux
- l'hypocondrie
- les dysmorphophobies

Ces troubles sont d'allure non-psychiatrique mais certaines caractéristiques font supposer l'existence de mécanismes psychologiques : focalisation excessive sur les sensations corporelles avec considération menaçante des symptômes, crainte disproportionnée de développer ou d'avoir une maladie somatique grave.

Les symptômes ou signes cliniques sont dits, indifféremment *somatoformes* ou *fonctionnels*.

Le CNUP mentionne la nécessité d' « éviter de parler de symptômes ou signes cliniques *médicalement inexpliqués* et surtout bannir le terme de symptômes ou signes cliniques *hystériques* ». La symptomatologie des troubles étant d'allure non-psychiatrique, les patients opte naturellement pour une consultation initiale avec un médecin non-psychiatre.

- **Les symptômes et signes fonctionnels** peuvent concerner tous les appareils (en particulier gastro-intestinal, cardiovasculaire, génito-urinaire et sexuel). De multiples plaintes fonctionnelles polymorphes et durables sont désignées par le syndrome de Briquet
- **Les symptômes et signes d'allure neurologique** peuvent être moteurs, sensitifs (le plus souvent à gauche), sensoriels (parfois des hallucinations, souvent polysensorielles et fantasmatiques). Possibles mouvements anormaux, convulsions ou crises d'allure épileptique avec perte de connaissance, possible influence par la suggestion. Le terme de symptômes ou signes *pseudo-neurologiques* est décrit comme « à éviter ». Les symptômes ne respectent pas l'organisation anatomique du SNC ni du SNP. Dans 30 % des cas environ, il existe une maladie neurologique morbide (convulsion non épileptique et crise épileptique, faiblesse non systématisée et sclérose en plaque), sans que celle-ci n'explique entièrement les symptômes. Le CNUP impose donc la prudence quant à l'interprétation psychiatrique de symptômes ou signes neurologiques présentant une organisation anatomique peu évidente.
- **Symptômes douloureux** : aigus si évoluant depuis moins de 6 mois, chroniques au-delà ; comorbidités possibles
- **Hypocondrie** : conviction erronée de présenter une pathologie non-psychiatrique persistant plus de 6 mois malgré un bilan médical approprié et rassurant.
- **Peur d'une dysmorphie corporelle ou dysmorphophobie** : préoccupation concernant un défaut imaginaire de l'apparence physique



Tableau n° 20: critères de diagnostics positifs des troubles somatoformes

catégorie des troubles somatoformes		
sous-catégorie des troubles de somatisation	sous-catégorie des troubles de conversion	sous-catégorie des troubles douloureux
<ul style="list-style-type: none"> <li>• symptômes fonctionnels atteignant au moins trois domaines corporels (relative sévérité)</li> <li>• évolution depuis plusieurs années, début avant 30 ans</li> <li>• répercussions fonctionnelles</li> <li>• surtout absence de diagnostic différentiel</li> </ul> <p>bilans complémentaires des pathologies non-psychiatriques, en sachant aussi les arrêter</p> <p>troubles somatoformes non spécifiés si inférieure à 6 mois, indifférenciée après 6 mois ; généralement un domaine corporel (alors fréquemment rattachés à un <i>syndrome somatique fonctionnel</i>)</p> <p>les médecins non-psychiatres utilisent rarement la catégorie des troubles somatoformes et ont plus volontiers recours à cette notion de <i>syndromes somatiques fonctionnels</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• symptômes ou signes d'allure neurologique <ul style="list-style-type: none"> <li>• facteur psychologique</li> <li>• répercussions fonctionnelles</li> <li>• surtout absence de diagnostic différentiel</li> </ul> </li> </ul> <p>bilans complémentaires pour éliminer une maladie neurologique</p> <p>troubles de conversion en fonction de la sphère d'allure neurologique prépondérante des symptômes : type moteur, sensitif/sensoriel, malaise/convulsion.</p> <p>Les médecins non-psychiatres ont proposé leur propre appellation, utilisant le plus souvent le terme de <i>trouble psychogène</i> (paralysies psychogènes, aphonies psychogènes, surdités psychogènes, crises non épileptiques psychogènes...)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• symptômes douloureux</li> <li>• facteur psychologique</li> <li>• répercussions fonctionnelles</li> <li>• surtout absence de diagnostic différentiel</li> </ul> <p>comorbidités non-psychiatrique source de douleur possible (mais douleur insuffisamment expliqués par la pathologie somatique)</p> <p>bilans complémentaires pour éliminer une maladie neurologique</p> <p>forme aiguë (moins de 6 mois), forme chronique (plus de 6 mois), forme associée à une pathologie médicale non-psychiatrique</p>

**Diagnostiques différentiels** : troubles factices (production intentionnelle de signes ou symptômes physiques ou psychologiques, également appelé syndrome de Münchhausen, exceptionnel), troubles psychosomatiques.

**Fréquentes plaintes d'allure somatique**: manifestations neurovégétatives de l'anxiété, douleurs non systématisées du trouble dépressif, sensations corporelles hallucinatoires et idées délirantes hypocondriaques des troubles psychotiques.

Si les symptômes sont mieux expliqués par un autre trouble psychiatrique, le diagnostic de trouble somatoforme ne doit pas être porté, le bilan complémentaire est guidé par le contexte. Les frontières diagnostiques peuvent être complexes entre un épisode dépressif associé à un trouble somatoforme de type douloureux et un épisode dépressif avec de simples symptômes douloureux (dans ce cas, les douleurs disparaissent lors de l'amélioration de la dépression). Les troubles dissociatifs (amnésie dissociative, trouble dépersonnalisation/déréalisation) peuvent être également associés au trouble de conversion.

### **Le concept historique de *conversion hystérique***

Le terme hystérie provient du grec hystera « utérus ». Les grecs utilisaient ce mot pour évoquer des maladies secondaires à la migration d'un utérus resté trop longtemps stérile après la puberté. La conversion hystérique correspond la transformation d'une énergie « psychique » en énergie « somatique ».

Les symptômes hystériques seraient la « mise en scène symbolique par le corps » de la représentation d'un traumatisme sexuel refoulé réel ou symbolique. Bien que des facteurs de stress soient retrouvés dans les facteurs de risque (déclenchant ou entretenant les troubles somatoformes), leur nature « sexuelle » est loin d'être systématique

Le CNUP précise « dans certains cas s'acharner à décrypter la symbolique du traumatisme sexuel inconscient sera au mieux inutile ».

### **Les modèles cognitifs et comportementaux**

Intervention de mécanismes biologiques, émotionnels, cognitifs, comportementaux et sociaux, dans l'amplification des sensations corporelles et de leur retentissement.

Les mécanismes cognitifs impliquent notamment une attention excessive aux sensations corporelles, (renfort paradoxal fréquent par efforts d'évitement), l'attribution à ces sensations d'une signification menaçante (catastrophisme). Les interprétations dysfonctionnelles peuvent être favorisées par une maladie, une personnalité anxieuse ou des difficultés à différencier son état émotionnel des sensations corporelles associées (dimension alexithymique).

Les mécanismes comportementaux sont surtout l'évitement des symptômes somatiques (renfort négatif par conditionnement opérant skinnerien) et psychologiques (dont la peur suscitée par le catastrophisme), avec la multiplication des examens médicaux (réassurance).

Les modèles les plus comportementaux donnent un rôle important au conditionnement répondant selon le modèle pavlovien). Dans un premier temps un stimulus conditionnel (comme la distension du tube digestif) acquiert un caractère pénible ou menaçante par association avec un stimulus inconditionnel (comme des douleurs abdominales lors d'une gastroentérite aiguë infectieuse); ensuite le stimulus conditionnel entraîne des sensations pénibles même sans le stimulus inconditionnel.

Des mécanismes sociaux peuvent constituer un renfort positif par les *bénéfices secondaires* (non intentionnels).

Les bénéfices secondaires indiquent que « les symptômes, et parfois le statut de malade, peuvent être un mode d'interaction sociale qui assure, d'une certaine façon, aux patients des stratégies adaptatives pour obtenir le soutien des autres face à ce qui leur arrive »

### **Les modèles psychophysiologiques**

Présenté comme dépassant le clivage dualiste psyché/soma, reposent sur « un postulat psychophysiologique retrouvant dans toute expérience une dimension subjective (vécue) et objective (mesurable par exemple par les outils de l'imagerie cérébrale fonctionnelle) ».

Ainsi, les troubles somatoformes se voient corrélés à des modifications fonctionnelles de certaines régions cérébrales (cortex cingulaire et préfrontal médian notamment) avec l'attribution d'un caractère aversif à certains symptômes.

Les facteurs de stress pourraient entraîner des modifications du fonctionnement de ces régions.

Les régions cérébrales impliquées dans la régulation émotionnelle et la représentation de soi pourraient alors venir moduler les régions plus directement responsables de la symptomatologie (par exemple, le cortex moteur en cas de trouble de conversion de type moteur, ou le cortex pariétal en cas de trouble de conversion de type sensitif).

Objectifs énoncés par le CNUP :

- Eviter de multiplier au-delà du raisonnable des investigations contribuant à pérenniser le trouble
- Savoir orienter le patient sur un suivi psychiatrique, informer le patient afin qu'il trouve un intérêt progressif à une démarche de santé tournée vers la santé mentale
- Reconnaître que les symptômes sont « véritables » et peuvent être très effrayants et invalidants, il s'agit de ne pas contester leur légitimité, ne jamais dire « il n'y a rien »
- Proposer un diagnostic positif : donner le nom du trouble mental, donner des noms alternatifs que le patient puisse comprendre, les termes *fonctionnels* ou *émotionnels* sont souvent bien acceptés par les patients, et rassurer sur le fait qu'il s'agit d'une maladie commune et reconnue
- Maintenir une alliance thérapeutique de qualité, particulièrement délicate chez ces patients volontiers sceptiques voire réticents à l'idée d'une participation psychologique à leurs symptômes
- Les objectifs thérapeutiques doivent être modestes mais centrés sur l'atténuation des symptômes et de leur retentissement psychosocial plutôt que la guérison

Tableau n° 21: exemples de syndromes somatiques fonctionnels chez l'adulte (source : CNUP)

Spécialité médicale	Syndrome somatique fonctionnel
Gastroentérologie	Syndrome du côlon irritable ; dyspepsie non ulcéreuse
Gynécologie	Syndrome prémenstruel, algies pelviennes chroniques, vulvodynies
Rhumatologie	Fibromyalgie (ou syndrome polyalgique idiopathique diffus SPID)
Cardiologie	Précordialgies à coronaires saines
Pneumologie	Syndrome d'hyperventilation
Immunologie	Syndrome de fatigue chronique
Neurologie	Céphalées de tension
Stomatologie	Syndrome algodysfonctionnel de l'appareil manducateur (SADAM), glossodynies
ORL	Rhinite chronique non allergique
Allergologie	Intolérance environnementale idiopathique

## Classifications extra psychiatriques

### CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES (CIM-10)

**Les troubles mentaux et du comportement** sont regroupés dans le chapitre V de la CIM-10 (dixième version de la CIM) sous les codes F00 à F99 [29]. Ce chapitre comprend notamment le groupe des troubles dissociatifs (ou troubles de conversion) et celui des troubles somatoformes [Annexe 2].

**Les troubles dissociatifs ou de conversion (code F44)**, antérieurement nommés *hystérie de conversion*, sont présentés comme les troubles caractérisés par « une perte partielle ou complète des fonctions normales d'intégration des souvenirs, de la conscience de l'identité ou des sensations immédiates et du contrôle des mouvements corporels ». Il s'agit de troubles intégrant soit une perturbation des fonctions physiques normalement contrôlées par la volonté, soit une perte des sensations. Ce groupe rassemble l'hystérie (de conversion), la psychose hystérique et la réaction de conversion ; il n'inclut pas le diagnostic de simulateur (code Z76.5). L'évolution est marquée par une tendance à la résolution en quelques semaines ou mois, en particulier dans un contexte de déclencheur traumatique. Une évolution chronique peut apparaître quand le trouble est lié à « des problèmes ou des difficultés interpersonnelles insolubles ». Possibilité de survenue ultérieure d'un trouble physique ou psychiatrique grave. D'un point de vue causal, la CIM-10 précise que l'on « dispose d'arguments pour penser que la perte d'une fonction est, dans ce trouble, l'expression d'un conflit ou d'un besoin psychique ». La nature des troubles est admise comme psychogène car les symptômes surviennent en relation temporelle étroite (souvent brusquement) avec un facteur de stress psychologique, celui-ci pouvant être représenté par « des événements traumatiques, des problèmes insolubles et insupportables ou des relations interpersonnelles difficiles ». Les symptômes correspondent souvent à l'idée que se fait le sujet d'une pathologie somatique. L'examen médical et les examens complémentaires ne sont pas contributifs.

**Les troubles somatoformes (code F45)** correspondent à l'apparition de symptômes physiques associés à « une quête médicale insistante, persistant en dépit de bilans négatifs répétés et de déclarations faites par les médecins selon lesquelles les symptômes n'ont aucune base organique ». En cas de trouble physique établi, il ne peut pas expliquer ni les symptômes ni les préoccupations. Cela inclue les douleurs ou autres sensations physiques complexes faisant intervenir le SNA.

**La somatisation (F45.0)** inclue le syndrome de Briquet et le trouble psychosomatique multiple. Ce groupe rassemble des symptômes physiques multiples, intéressant n'importe quel système ou partie du corps, récurrents pendant au moins deux ans et fluctuant avec le temps. Le plus souvent « les sujets entretiennent depuis longtemps des relations complexes avec les services médicaux spécialisés et non spécialisés, et ont subi de nombreuses investigations ou interventions exploratrices négatives ». L'évolution chronique implique souvent une altération du comportement social, interpersonnel et familial.

**Le trouble somatoforme indifférencié (F45.1)** correspond aux plaintes somatoformes multiples, persistantes, variant dans le temps, mais ne répondant pas aux critères d'une somatisation. Il inclue le trouble psychosomatique indifférencié.

**Le trouble hypocondriaque (F45.2)** est caractérisé par une préoccupation persistante au sujet d'un ou de plusieurs éventuels troubles somatiques graves et évolutifs. On retrouve des plaintes somatiques persistantes (habituellement centrées sur un ou deux organes ou systèmes) ou une préoccupation durable de l'apparence physique. Fréquentes interprétation péjorative (anormalité, pénibilité) de sensations et signes physiques normaux. Dépression et anxiété co morbides fréquentes. Ce trouble inclue la dysmorphophobie (non délirante), l'hypocondrie, la névrose hypocondriaque, la nosophobie et la peur d'une dysmorphie corporelle.

**Le dysfonctionnement neurovégétatif somatoforme (F45.3)** concerne les patients présentant des symptômes qu'ils attribuent au trouble somatique d'un système ou d'un organe innervé et contrôlé en grande partie ou entièrement par le système neurovégétatif, sans que rien n'évoque un trouble somatique réel de l'organe ou du système concerné.

Un premier type de plainte concerne des signes objectifs d'hyperfonctionnement neurovégétatif accompagnés d'une crainte d'un possible trouble somatique. Un deuxième type de plainte concerne des symptômes subjectifs, variables et non spécifiques, attribués par le patient à un organe ou un système. Le dysfonctionnement peut être d'expression circulatoire (F45.30 : asthénie neurocirculatoire, névrose cardiaque, syndrome de Da Costa), œsogastrique (F45.31 : formes psychogènes d'aérophagie, de dyspepsie, de hoquet, de spasme du pylore et de névrose gastrique), intestinale (F45.32 : formes psychogènes de ballonnement, de « côlon irritable », de diarrhée et de flatulence), respiratoire (F45.33 : formes psychogènes d'hyperventilation et de

toux), génito-urinaire (F45.34 : formes psychogènes de dysurie et de mictions fréquentes) ou autre (F45.38).

À l'exclusion facteurs psychologiques et comportementaux associés à des maladies ou des troubles classés ailleurs (F54)

**Le syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4)** désigne une douleur intense, durable, créant un sentiment de détresse et non expliquée entièrement par un processus physiologique ou un trouble physique dans un contexte de « conflits émotionnels et de problèmes psychosociaux suffisamment importants pour constituer la cause essentielle du trouble selon le clinicien ». Accroissement de l'aide et de la sollicitude (entourage, médecins) habituellement assuré par le trouble. Cette catégorie regroupe céphalées psychogènes, dorsalgies psychogènes, douleurs somatoformes et psychalgies.

Exceptions : céphalée de tension (G44.2). Une douleur considérée comme psychogène mais survenant au cours d'un trouble dépressif ou d'une schizophrénie n'est pas classée ici.

**Les autres troubles somatoformes (F45.8)** représentent les troubles des sensations, des fonctions et du comportement non dus à un trouble physique, non influencés par le système neurovégétatif, intéressant des systèmes ou à des parties du corps spécifiques, et étroitement liés chronologiquement avec des facteurs de stress. On classe ainsi les troubles psychogènes suivants : dysménorrhée, dysphagie (dont la « boule hystérique »), prurit, torticolis, bruxisme.

**Le trouble somatoforme, sans précision (F45.9)** correspondent au trouble psychosomatique SAI.

### ***Critique de la CIM***

Comme le DSM, la CIM-10 propose une classification diagnostique basée sur les signes symptomatiques. Des critiques sont formulées quant aux discordances de classifications entre le DSM-5 et la CIM-10. Pierre Schulz déclare ainsi « ces discordances s'expliquent en partie par la vingtaine d'années séparant la publication de la CIM-10 (début des années 1990) de celle du DSM-5 (début des années 2010). Les concepteurs du DSM-5 avaient l'objectif de proposer une nosographie à la fois dimensionnelle et fondée sur des marqueurs biologiques, mais ceci n'a pas été réalisable [30] ».

## COLLEGE DES ENSEIGNANTS DE NEUROLOGIE (CEN)

Le collège français des enseignants de neurologie livre un cours de **sémiologie des troubles somatomorphes [31]**.

Définis comme des troubles qui ont littéralement la forme (morphè) de trouble somatiques (soma : le corps) », ils sont présentés comme des symptômes et signes cliniques exprimant inconsciemment de façon somatique une difficulté psychique non verbalisable et résumé par l'assertion le « corps parle ». Le collège indique comme synonymes les termes de *conversion somatique (hystérique)*, trouble *anorganique* et trouble *fonctionnel*.

Les troubles somatomorphes sont distingués des simulations (tromperie délibérée) et pathomimies (auto-fabrication des lésions corporelles), des manifestations somatiques de l'angoisse et de la dépression, de l'hypochondrie (définie comme conviction délirante d'avoir une maladie), des phénomènes psychosomatiques (définis comme comportant des lésions objectivables telles que certaines dermatoses), des manifestations somatiques des psychoses et des syndromes de stress post-traumatiques.

Il est spécifié que les troubles somatomorphes ne constituent « pas qu'un diagnostic d'élimination des troubles somatiques ». L'identification clinique repose notamment sur leur dissemblance avec tout trouble somatique connu, des incohérences anatomiques, leur expression excessive (théâtralisme) ou au contraire « belle indifférence », des événements de vie précéssifs difficiles (comme deuils ou séparations), une symbolisation (la région du corps concernée symbolisant la difficulté psychique) ou une identification imaginaire (le sujet empruntant un trouble somatique à l'entourage), des bénéfices secondaires, une personnalité hystérique très inconstante.

Les contenus cliniques des troubles somatomorphes sont présentés comme très variés : bégaiement somatomorphe, psychalgies , marche somotorphe (hystérique) , amnésie psychogène, troubles moteurs, troubles sensitifs, troubles sensoriels, aphasie, amnésie, pseudo crises épileptiques (coexistant souvent avec de réelles crises épileptiques), comas, troubles vésico sphinctériens



## SOCIETE NATIONALE FRANCAISE DE GASTRO-ENTEROLOGIE (SNFGE)

### Exemple du syndrome de l'intestin irritable [32]

Selon la Société nationale française de gastro-entérologie, le syndrome de l'intestin irritable (SII) ou *colopathie fonctionnelle* ou *côlon irritable*, est une authentique maladie digestive, bénigne, fréquente, pouvant altérer fortement sur la qualité de vie, et n'ayant « rien de *psycho-somatique* » même si les facteurs psychologiques peuvent accentuer les symptômes.

Diagnostic d'élimination, essentiellement clinique.

Il s'agit d'une pathologie chronique (au moins 6 mois d'évolution), multifactorielle, associant des douleurs abdominales et des troubles du transit, elle est dite *fonctionnelle*, aucune anomalie organique causale n'est objectivée par les examens. D'éventuels symptômes extra-digestifs sont possibles (céphalées, bouffées de chaleur, douleurs musculaires, asthénie)

- Il existe différents facteurs causaux, variable selon les individus : troubles de la motricité de l'intestin grêle et du côlon (pouvant causer une accélération ou d'un ralentissement du transit), intestin souvent trop sensible à son contenu (chez 60 % des malades), parfois anomalies des mécanismes de contrôle de la douleur viscérale au niveau du SNC, phénomène de dysbiose par déséquilibre du microbiote (chez deux tiers des malades), augmentation de la perméabilité intestinale (chez 50% des malades) permettant le passage de fragments bactériens à l'origine de réactions inflammatoires minimes rendant l'intestin hypersensible.
- Des facteurs de stress ou d'anxiété peuvent déclencher le trouble ou accentuer les symptômes.
- Les femmes sont trois fois plus touchées que les hommes
- Les infections gastro-intestinales multiplient par deux à trois le risque de syndrome de l'intestin irritable (dans 15 à 20 % des cas un syndrome de l'intestin irritable fait suite à une infection intestinale)
- Antécédent d'abus sexuel dans 30 à 40 % des cas de troubles fonctionnels intestinaux.

**Comorbidités** : fibromyalgie (un syndrome de l'intestin irritable existe chez la moitié environ des personnes souffrant de fibromyalgie), cystite interstitielle, dyspepsie (symptômes, douleur ou malaise épigastrique, le reflux gastro-œsophagien (RGO)

## DICTIONNAIRE DES RESULTATS DE CONSULTATION

Le Dictionnaire des Résultats de consultation (DRC) regroupe les 275 cas rencontrés par un MG au moins une fois par an en moyenne [33]. Les résultats de consultation (RC) représentent plus de 97% des situations cliniques en soins primaires (voir Annexe 3 - principaux RC).

Outil conçu dans les années 90 par la Société Française de Médecine Générale (SFMG) à partir des travaux du Dr Robert N. Braun, médecin généraliste développés dans les années 70. Un ou plusieurs codes CIM-10 par RC possibles en fonction des combinaisons d'items (correspondance informatique automatique entre CIM-10 et RC).

La correspondance avec la Classification Internationale des Soins Primaires (CISP) existe avec un ou plusieurs codes CISP-2 par RC possibles en fonction des combinaisons d'items.

### Commentaires de la SFMG :

- « Affirmer que le médecin peut, chaque fois, au terme de vingt minutes de consultation, identifier de façon certaine l'existence d'une maladie nosologiquement définie, est sans doute la plus grande illusion collective des médecins. » L'incertitude diagnostique est quotidienne.
- « Quoi de plus confortable et rassurant que de diagnostiquer une varicelle ou une sinusite... Mais dans 70% des cas nous sommes face à des symptômes et des syndromes, en situation d'incertitude diagnostique. Le Dictionnaire des Résultats de consultation permet de nommer avec rigueur ces situations cliniques et nous donne alors ce même confort »
- « Lors d'un colloque à Paris en 1987, 1500 spécialistes du risque, issus du monde industriel, de la sécurité civile, de l'assurance, des sciences humaines... constatent que leurs démarches sont identiques. Une discipline au carrefour des sciences exactes et des sciences humaines voit alors le jour. Elle propose une approche scientifique du danger et un essai de modélisation de celui-ci, visant à faire mieux connaître et à tenter d'analyser de manière globale les dangers et leurs risques »

Les contraintes du médecin généraliste dans sa recherche diagnostique sont la prise en charge de troubles souvent au stade précoce de leur évolution (tous les signes de la maladie peuvent ne pas être encore apparus), l'absence de plateau technique, la limitation des moyens diagnostiques et un temps décisionnel court (18 minutes en moyenne).

Pour évaluer au mieux les risques et prendre des décisions adaptées, il est indispensable de nommer précisément la situation clinique observée, c'est à cela que sert le DRC.

Figure n° 3 : répartition des diagnostics en soins primaires [33]



## Éléments de littérature

### CRITIQUE DU DSM PAR LA COMMUNAUTE MEDICALE

Le critère diagnostique du DSM-IV exigeant que les symptômes somatiques soient médicalement expliqués est supprimé dans le DSM-5. Selon David J Kupfer, ce critère conduisait à un diagnostic ne prenant pas en compte les patients qui présentaient une réaction inhabituellement négative à leurs symptômes (comme une anxiété excessive) alors que ces patients pouvaient bénéficier d'un traitement. Ainsi, le directeur de la révision de la dernière version du DSM affirme l'extension du diagnostic concernant les troubles de symptômes somatiques. « Certains patients souffrant d'affections physiques telles que les maladies cardiaques ou le cancer auront effectivement des pensées, des sentiments et des comportements disproportionnés et excessifs liés à leur maladie et, selon la gravité des symptômes, ces personnes peuvent remplir les conditions requises pour un diagnostic de trouble de symptôme somatique [...] En ce sens, le trouble de symptôme somatique est comme la dépression ou l'anxiété ou de nombreux autres troubles mentaux ; il peut survenir dans le contexte d'une maladie médicale grave. Le changement permettant un diagnostic dans le contexte de symptômes médicalement expliqués supprime la séparation corps-esprit impliquée dans les éditions précédentes et encourage le jugement clinique et l'évaluation complète plutôt qu'une liste de contrôle qui pourrait arbitrairement empêcher de nombreuses personnes souffrant à la fois de troubles symptomatiques et d'un autre diagnostic médical d'obtenir l'aide dont elles ont besoin [34] » .

Le DSM 5 a soulevé, par ailleurs, de vives critiques dès sa mise en ligne sur internet avant sa publication définitive.

Sont notamment dénoncés l'adoption de critères diagnostiques élargis comme l'âge seuil des premiers symptômes du trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité qui passe de 7 à 12 ans, ou bien le deuil qui ne constitue plus un critère d'exclusion du diagnostic d'épisode dépressif majeur. Est également visée la création de nouvelles entités diagnostiques comme les troubles de l'humeur avec perte de contrôle chez les enfants de plus de 6 ans. Ces changements ont pour conséquence de considérer comme pathologiques des états et comportements qui, antérieurement à cette classification, n'étaient pas considérés comme tels, avec *in fine* une délivrance accrue de produits psychotropes dans la population. Ces controverses ont induit

quelques corrections, des notes additionnelles et une requalification de certains diagnostics en « troubles encore insuffisamment explorés ». Concernant les troubles de symptômes somatiques, une mention est retirée : « un diagnostic distinct de trouble de symptômes somatiques n'est pas posé si les symptômes somatiques et les pensées, les sentiments ou les comportements qui y sont liés se produisent seulement pendant les épisodes dépressifs majeurs ». La raison invoquée de cette mise à jour est que celle-ci « résout une divergence entre les critères diagnostiques et le texte, en adhérant aux critères de trouble de symptômes somatiques ». Désormais les critères corrigés n'excluent plus les symptômes survenant au cours des épisodes dépressifs [35].

Parmi les scientifiques opposant de vives critiques au DSM-5, l'on retrouve notamment le psychiatre Allen Frances, ancien directeur de la révision ayant conduit au DSM-IV et qui met en garde contre les risques de surdiagnostics inhérents à l'élargissement des critères diagnostiques [36]. Selon Allen Frances la psychiatrie descriptive a connu deux crises de confiance. La première crise a été provoquée au début des années 70 par deux études ayant remis en question la crédibilité des soins psychiatriques, l'étude de Kendell et al. ayant objectivé que les psychiatres britanniques et américains concluaient à des diagnostics radicalement différents lorsqu'ils visionnaient des vidéos du même patient, et l'étude de Rosenhan exposant l'expérience d'étudiants diplômés ayant été maintenus en hôpital psychiatrique pour des séjours prolongés après avoir prétendu entendre des voix, ce malgré un comportement complètement normal une fois admis [37,38]. La seconde crise de confiance réside selon Allen Frances dans l'inflation des diagnostics du DSM 5. « Les frontières élastiques de la psychiatrie n'ont cessé de s'étendre, car il n'y a pas de ligne brillante qui sépare l'individu inquiet de celui souffrant de léger désordre mental [39] ».

Thomas Insel, directeur du *National Institute of Mental Health* (NIMH), organisme américain de subvention pour la recherche en santé mentale, a quant à lui marqué de vives critiques vis-à-vis du DSM-5 en déclarant « la faiblesse du DSM est son manque de validité. Contrairement à nos définitions de la cardiopathie ischémique, du lymphome ou du SIDA, les diagnostics du DSM sont fondés sur un consensus sur les groupements de symptômes cliniques, mais sur aucune mesure objective en laboratoire. Dans le reste de la médecine, cela équivaldrait à créer des systèmes de diagnostic basés sur la nature de la douleur à la poitrine ou sur la qualité d'une fièvre. Or nous savons qu'à eux seuls, les symptômes indiquent rarement le meilleur choix de traitement [40].

Les conflits d'intérêts avec l'industrie pharmaceutique sont également contestés. Ainsi l'encyclopédie Universalis rappelle la parution d'un article mentionnant l'accroissement des conflits d'intérêt au sein du comité rédactionnel du DSM-5 « jusqu'à atteindre 69 % de ces membres [24, 41] ».

De nombreux psychiatres manifestent leurs inquiétudes. Ainsi, le psychiatre Marco Vannotti évoque les écueils du DSM vis-à-vis des patients douloureux chroniques [42]. Concernant le DSM-IV, il qualifie de nocive l'hypothèse pour un patient douloureux de recevoir en sus de ses douleurs un diagnostic de maladie psychiatrique, le trouble de symptôme douloureux, diagnostic qui « aménageait dès lors des impasses dans lesquelles nous perdions nos possibilités d'alliance avec le patient ». L'hypothèse théorique du trouble mental opérant une « dénaturation de l'expérience douloureuse *corporelle* [...] suggérait – entre les lignes, mais avec insistance – que le patient a des contenus psychiques qu'il refoule, nie ou dissimule [...] Il s'agit là d'un malentendu grave et parfois irrécupérable, parce qu'humiliant pour le patient ». Concernant le DSM-5 et la révision des critères diagnostiques vers la nécessité de pensées, sentiments et comportements excessifs, le psychiatre met en exergue un nouvel écueil, différent du précédent, celui de la subjectivité du caractère excessif investigué. « A qui va incomber la tâche délicate d'en fixer le seuil ? ». Il conclue son propos par une disqualification des deux théories diagnostiques vis-à-vis de la douleur. « Parler de la douleur – même de manière exagérée – est pourtant la façon la plus évidente d'en appeler à l'autre, de tenter de «renouer» et de mettre à l'épreuve la fiabilité du lien humain. Or, les deux appellations – TSD ou TSS – empêchent paradoxalement les médecins de répondre à cet appel : la première par ce qu'elle stigmatise le patient, lorsque la deuxième le juge pour les soi-disant excès de sa manière d'être, de sentir et de penser » [ibid].

Dans un article de J Katz et al., la douleur chronique réfractaire est décrite « sans surprise... hautement comorbide avec la dépression et l'anxiété [...] Elle pollue la relation thérapeutique en introduisant un élément de méfiance mutuelle et de blâme implicite, sinon explicite [43] ». Une corrélation entre de nombreuses douleurs inexplicées et « une interaction entre les mécanismes neurophysiologiques périphériques et centraux devenus déficients » est avancée comme explication possible, alors que le DSM « surpsychologise les personnes souffrant de douleur chronique ». Compte tenu d'une sensibilité et d'une spécificité faibles, le TSS est décrit comme pourvoyeurs d'erreur diagnostique et de *stigmates nuisibles*.

## LA RELATION MEDECIN-PATIENT

Une étude publiée par Shattock L et al. avait pour objectif d'investiguer comment naissent les opinions des médecins au sujet des SMI [44]. Les médecins sont décrits comme trouvant les patients présentant des SMI « difficiles à gérer », certains cliniciens ayant « une attitude négative envers ces patients ». Cette étude examine les croyances et les influences des stagiaires en médecine au sujet des patients atteints de SMI (patients qui signalent des niveaux de détresse plus élevés et cherchent un soutien plus émotionnel auprès des professionnels de la santé) [45,46].

Les patients sont décrits comme souvent réticents à partager les aspects psychosociaux de leur expérience de la maladie avec les médecins, par peur d'être rejetés. Des études documentent la frustration réciproque que ressentent les patients et les médecins. Les cliniciens déclarent considérer les SMI comme des problèmes médicaux illégitimes. L'étude de Shattock et al. était réalisée selon des entretiens semi-structurés incluant 43 stagiaires en médecine n'ayant « jamais eu d'enseignement formel sur les SMI ». Tous les étudiants en médecine avaient des opinions. Les SMI étaient principalement considérés comme étant associés à « une détresse psychologique ou des facteurs psychosociaux ». Les modèles étaient « en grande partie peu sophistiqués, en faisant des associations simples entre l'humeur et les symptômes, sans comprendre les éventuels mécanismes impliqués. » Certains stagiaires en ont déduit que la personnalité des patients pouvait contribuer à la pathologie, d'autres considéraient *a contrario* tous les symptômes physiques comme ayant un caractère purement biologique. Ces derniers pensaient donc, face aux SMI, que les cliniciens n'avaient pas réussi à enquêter de manière adéquate, ou que la science ne disposait pas encore des connaissances et de la technologie permettant de détecter les mécanismes de causalité.

Parvenir à un diagnostic a été considéré comme un défi. Beaucoup de répondeurs ont estimé que les SMI représentaient un diagnostic d'exclusion, ils étaient considérés comme *moins importants et moins sérieux* par rapport aux symptômes *explicables*, opposant les *véritables* symptômes aux symptômes présentés comme *simulés*.

Les participants ont estimé qu'en tant que diagnosticien leur rôle était de *démasquer la vérité*. L'un d'eux a déclaré « le patient ne va pas mentir, mais il y a des moments où vous devez être capable de différencier les cas où le patient invente ». Les stagiaires étaient plus familiers avec le diagnostic fonctionnel. Un autre stagiaire a déclaré « il y a un grand débat parmi les médecins

pour savoir si le syndrome du côlon irritable est une maladie ou non... euh et si les patients sont juste en quelque sorte, non pas en train d'imaginer les symptômes mais... Ils reçoivent beaucoup d'attention".

Certains ont décrit les stratégies qu'ils ont utilisées pour porter un jugement sur la légitimité des symptômes, comme le fait de constater la cohérence d'une narration, déclarant « vous ne pouvez pas lui dire qu'elle invente si elle vous dit que c'est une expérience réelle. Et elle n'a jamais changé son histoire... Toujours exactement la même description, tout est exactement identique ».

L'article conclue à la difficulté à diagnostiquer un Symptôme Médicalement Inexpliqué.

Un article évoquant les SMI comme un défi pour le clinicien décrit les patients comme *poly-plaintifs, exagérateurs*, voire encore *simulateurs* ou *manipulateurs*.

La souffrance est paradoxale, retrouvée autant chez le patient que chez le médecin. Ces patients sont souvent malmenés par les professionnels de la santé. « La nosographie médicale entérine trop souvent la notion d'une causalité soit physique, soit psychique, maintenant ainsi implicitement une dichotomie corps-esprit. Autrement dit, si des symptômes ne peuvent pas être expliqués médicalement, alors leur origine doit être forcément psychologique. Toutefois, chez les patients initialement diagnostiqués avec des symptômes somatiques fonctionnels, 9 % des diagnostics sont révisés [47]».

Le médecin qui ne trouve pas d'origine somatique envisage une étiologie psychique « ce qui peut s'accompagner d'un sentiment plus ou moins conscient de rejet ou pour le moins d'un questionnement autour de la légitimité et de la légitimation de la plainte ». Les patients, eux, sont décrits comme voulant que « leur(s) médecin(s) reconnaisse(nt) que leurs symptômes sont réels [ibid]».

De très nombreuses études font état du sentiment d'offense, de stigmatisation, de rejet et de manque d'écoute ressenti par les patients présentant un SMI [48-52].



# **DISCUSSION**

## **Partie 1**

### **Résultat principal et implications**

#### **REPONSE A LA QUESTION DE RECHERCHE**

Dans cette première partie de discussion, nous répondons à la question de recherche, en affirmant l'absence de démonstration diagnostique, par des critères relevant de l'EBM, des catégories nosologiques traduisant l'hypothèse d'un déterminisme psychique dans la survenue de symptômes somatiques.

Aucun argument diagnostique retrouvé dans les classifications étudiées au chapitre des résultats ne saurait constituer un argument, positif ou négatif, de nature mesurable, reproductible ou quantifiable. Une critique à l'égard de cette réponse pourrait être celle de considérer les troubles psychosomatiques et autres troubles connexes comme démontrables par les données de l'EBM, eu égard aux statistiques dévolues à ces nosologies, quelles qu'en soient les appellations. Il existe, en effet, quantité de données chiffrées concernant ces catégories complexes, dont les contours flous font l'objet de fréquents changements de dénomination et de systèmes de classification. Le DSM, à lui seul, est ainsi construit sur la base des statistiques propres à chacune des catégories décrites.

Mais, nous affirmons ici, sans ambiguïté, que la statistique n'est rien de moins qu'un outil mathématique, et qu'en cette qualité prosaïque d'outil elle n'est en rien intrinsèquement dépositaire d'un quelconque savoir. Un outil, comme une technique, peut être utilisé de multiples manières et rendre, *de facto*, des conclusions convergentes tout aussi bien que contradictoires. Nous croyons que la matière diagnostique doit juger des éléments de diagnostics eux-mêmes, qu'ils soient cliniques ou bien fruits d'examens complémentaires tenant lieu de tests diagnostiques, car ce sont précisément l'ensemble de ces éléments, par leur nature, qui sont à même de fonder les classifications. Edifier des calculs statistiques, à l'échelle d'une population, sur la base de classifications elles-mêmes sous tendues par un raisonnement théorique ne crédite en rien les dites classifications d'une quelconque justification objective. Le

DSM, voulu athéorique, ne livre en réalité pas d'arguments cliniques autres que théoriques concernant les symptômes des troubles somatiques à déterminisme hypothétiquement psychique. Freud lui-même évoquait, en son temps, le caractère descriptif de la clinique psychiatrique : « dans le cadre même de la médecine, la psychiatrie, il est vrai, s'occupe à décrire les troubles psychiques qu'elle observe et à les réunir en tableaux cliniques, mais dans leurs bons moments les psychiatres se demandent eux-mêmes si leurs arrangements purement descriptifs méritent le nom de science [53] ». Nous ne remettons pas en cause, pour notre part, le caractère scientifique et légitime de la médecine descriptive, empirique, qui s'inscrit, nous le pensons, de plein droit dans la recherche au sens large.

Si l'on se réfère à la définition de l'EBM telle qu'énoncée par les articles fondateurs du concept, les critères défendus associent le recours aux données actualisées les plus pertinentes de la recherche scientifique, l'expérience du médecin ainsi que les besoins et demandes du patient. Les preuves scientifiques probantes promues par l'EBM doivent être issues d'articles présentant un niveau de preuve le plus fort possible, le plus haut niveau étant celui des Essais Comparatifs Randomisés de forte puissance.

Notre question concernait le domaine diagnostique, or s'il existe bien une littérature abondante de publications de type ECR concernant le traitement des troubles somatoformes ou autres troubles connexes, ce n'est pas le cas concernant l'aspect diagnostique [54-56].

Les ECR traitant des questions diagnostiques sont élaborés à partir de tests diagnostiques. Ces tests font défaut au sein des nosographies consacrées aux troubles somatiques à déterminant psychique, ces derniers ne se référant pas à des examens complémentaires techniques mais seulement à la sémiologie clinique. La première étape de la démarche EBM, qui consiste à formuler une question, puis la décomposer selon le modèle PICO, n'est ici pas mise en œuvre. Les types de protocoles préférentiellement proposés pour une question diagnostique, selon les recommandations de la HAS, sont soit le protocole transversal comparatif avec répétition de mesure (pour juger de la reproductibilité et de la variabilité d'un test diagnostique), soit le protocole transversal comparatif avec étalon-or (pour juger de la sensibilité et de la spécificité d'un test diagnostique), soit l'étude contrôlée randomisée (pour juger de l'efficacité et de l'utilité d'un test diagnostique), soit l'étude contrôlée randomisée ou arbre décisionnel (pour juger de la stratégie diagnostique) [16].

Par ailleurs, le critère ayant trait à la prise en compte des demandes des patients ne semble pas rempli non plus concernant notre problématique de recherche dans la mesure où, précisément, de nombreux patients rencontrent, selon la littérature, un manque d'écoute ainsi qu'un manque de prise en considération de leur parole.

A double titre, les critères de type EBM ne sont donc pas intégrés aux démonstrations diagnostiques des troubles psychosomatiques et autres troubles connexes. Seule l'expérience du médecin, assortie de classifications sous-tendues d'éléments purement cliniques, permet d'édifier de tels diagnostics.

Il est par ailleurs intéressant de remarquer que, loin de relever d'une méthode de type EBM, le diagnostic de ces troubles procèdent globalement d'une méthode de type groupes d'experts puisque le DSM-5 a été rédigé sous l'égide de nombreux experts internationaux échangeant leurs avis cliniques sur la base des symptômes investigués. Ceci correspond, sur le plan diagnostique, au type de décisions médicales qui ont fait émerger l'EBM, les fondateurs de cette méthode reprochant aux experts leur manque d'objectivité scientifique.

## **FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE**

Une limite de cette étude est de nature culturelle. Les ressources documentaires intégrées au présent travail sont issues de plusieurs pays, majoritairement européens et nord-américains. Or, les variantes fines inhérentes à chacune des cultures propres à ces pays (qu'il s'agisse des variantes relatives aux données des populations, à celles du système de santé ou des institutions politiques) ne sauraient être convenablement retranscrites ici par des auteurs français immergés dans leur propre culture et leur propre temporalité.

Deux autres limites peuvent être émises, celle de la subjectivité potentielle des choix de ressources bibliographiques employées et celle de l'absence d'exhaustivité de la recherche documentaire. Ces limites sont propres au procédé narratif conduit selon un mode non systématique, option que nous avons retenue compte tenu de la nature de la question de recherche.

La force principale de cette recherche tient à son originalité de vue. De nombreuses publications scientifiques traitent des troubles somatoformes, des troubles fonctionnels ou des symptômes médicalement inexplicables. De nombreuses autres études traitent de l'EBM et de ses limites, mais très peu de recherches croisent les deux thématiques. Nous avons fait le choix d'interroger l'applicabilité et la qualification du modèle normatif de l'EBM en lui-même.

## Observations principales

### L'IMPOSSIBLE TOTALISATION CLASSIFICATOIRE

#### *Absence de consensus, illusion d'objectivité*

Si l'on se réfère aux définitions énoncées par l'Académie de médecine, les différentes étiquettes diagnostiques relatives aux troubles somatiques impliquant une part de déterminisme psychique ne traduisent pas les mêmes positions diagnostiques, ni, de manière sous-jacente, les mêmes positions idéologiques. Schématiquement plusieurs groupes peuvent être individualisés.

Les termes *sine materia*, *sans substratum* ou *anorganique* traduisent un premier type de positionnement dans lequel le diagnostic est posé par l'absence, en l'occurrence l'absence de lésion ou d'anomalie biologique ou physique objectivée. La position est celle d'une absence reconnue, l'on se base sur cette absence pour caractériser le trouble. Il n'est donc pas ici question de lacune de connaissance du côté du thérapeute, mais de lacune de signe tangible du côté du malade. Pourtant le manque de connaissances ou d'outils techniques peut être participatif des lacunes évoquées. Un souffle cardiaque anorganique est ainsi défini comme un souffle perçu à l'auscultation mais ne correspondant à aucune lésion anatomique retrouvée en imagerie, ce qui lie directement les techniques d'imagerie à la définition du trouble. Des lésions myocardiques réelles pourraient exister mais difficiles ou impossibles à mettre en évidence compte tenu des techniques actuelles. Une telle définition diagnostique, construite sur l'absence peut être lue de deux manières. La première serait de considérer l'hypothèse d'un symptôme de génération spontanée, notion toute aristotélicienne renvoyant au terme moderne d'abiogénèse (apparition d'une structure vivante sans ascendant à partir d'un substrat inanimé). La seconde lecture renvoie à l'absence de maladie.

Un second groupe illustre un positionnement plus flou. Les termes *essentiel*, *idiopathique* ou *protopathique* qualifient une maladie, une lésion ou un syndrome dont l'origine est inconnue. Les mots, ici, tradiraient un caractère provisoire, dans l'attente du dévoilement des apparences, en l'état muettes.

Un troisième groupe sémantique renvoie plus explicitement à l'étiologie psychique. Selon les classifications nosologiques et les écoles de pensées, ce groupe se traduit par les termes *somatisation*, *troubles psychosomatiques*, *troubles somatoformes*, *troubles somatomorphes* ou

encore *troubles psychogènes*, ce dernier étant *stricto sensu* la retranscription la plus directe d'une étiologie d'origine psychique, les troubles étant littéralement désignés comme générés par la psyché.

Il est à noter que le terme *fonctionnel* se situe à mi-chemin entre plusieurs positionnements, l'académie de médecine employant ce terme pour caractériser des symptômes ne répondant à aucune maladie ni lésion définie. Il ne s'agit donc pas ici de remettre en question les causes de la maladie, mais l'existence même de la maladie. On retrouve ici une définition étoffée conjuguant l'absence de substrat organique, une multiplicité des troubles rendant plus complexe leur compréhension ou même leur considération d'existence, ainsi qu'un terrain psychiatrique pathologique préexistant (personnalités anxieuses et histrioniques).

Un dernier type de positionnement, factuel, traduit sans détour l'aveu d'ignorance du thérapeute en l'absence de données objectivables suffisantes, puisqu'il s'agit du terme *symptômes médicalement inexplicés*.

Les termes sus cités sont employés de manière inhomogène au sein des classifications et par les thérapeutes. Ainsi, par exemple pour le CNUP, les termes *troubles somatoformes* et *troubles fonctionnels* sont employés indifféremment. Le DSM-5, quant à lui, précise que « de nombreux cliniciens utilisent les noms alternatifs de *fonctionnel* ou *psychogène* pour décrire les symptômes du trouble de conversion (trouble symptomatique neurologique fonctionnel) ». Le collègue français des enseignants de neurologie considère, dans son cours relatif aux troubles somatomorphes, que les termes de *conversion somatique*, trouble *anorganique* et trouble *fonctionnel* sont tous synonymes. La CIM-10, elle, inclue le syndrome de Briquet et le trouble psychosomatique multiple dans la catégorie somatisation (alors que selon le DSM le trouble psychosomatique est une maladie organique aggravée par le psychisme). Le trouble de conversion appartient à la catégorie des troubles somatoformes dans le DSM IV et à la catégorie des troubles dissociatifs dans la CIM 10.

L'absence de consensus sémantique que nous venons d'exposer, par quelques exemples non exhaustifs, ne correspond pas à de simples variations de langage mais bien à des modèles théoriques tout à fait distincts.

Depuis la rupture épistémologique opérée par Claude Bernard et l'avènement du paradigme déterministe, la médecine occidentale recherche les causes des phénomènes pathologiques en se basant largement sur le fonctionnement des organes. Or ce modèle est limité par l'évolution des méthodes et des techniques. L'usage du DSM met également en évidence les limites constituées par le contexte culturel, les critères diagnostiques variant selon les cultures.

Par ailleurs, d'autres types de limites, propres aux nosologies psychiatriques, ont été évoqués et décrits par le psychiatre Henri Ellenberger en 1963. Se donnant pour objectif d'aborder les facteurs pouvant interférer dans les choix critériologiques, il conclut à l'influence des auteurs eux-mêmes en tant qu'individu porteurs de déterminismes propres. « Certains, partis d'une notion incomplète de la nature de la classification, ont voulu la faire exclusivement d'après les besoins pratiques immédiats, ou d'après des conceptions abstraites. D'autres y ont projeté inconsciemment des contenus schématiques d'ordre numérique, linguistique, sociologue, ou empruntés à des courants intellectuels contemporains. D'autres enfin ont peut-être suivi un dynamisme personnel inconscient qui les a amenés à satisfaire des tendances affectives inconscientes ou à résoudre leurs problèmes par procuration [57] ».

### *Territoires et délimitations*

Les relations psyché-soma, et les spéculations diagnostiques qu'elles engendrent, nous amènent à considérer la pathologie en termes d'espaces. Eternelle question de la dualité, éternelles suppositions sur la nature de l'esprit et sur ses contours, le diagnostic doit-il être considéré comme une entité topographique ? Est-il le lieu d'appartenance d'une contrée médicale, ou bien les frontières qu'on tente de lui apposer sont-elles simplement à effacer ? Même une affection d'apparence locale expose le médecin zélé au défi de pouvoir circonscrire le mal à un territoire figé. D'aucun penserait, par exemple, que la problématique d'une fracture ouverte de la jambe se limite à la dite jambe. Mais, qu'en est-il de l'être humain complet au-delà de la jambe ? N'est-il pas exposé dans toutes ses composantes aux conséquences engagées par le fait traumatique ? L'anticoagulation que son médecin ne manquera pas de lui proposer, outre sa diffusion systémique au cœur de l'organisme, lui rappellera peut-être son aversion des piqûres ; tandis que les antibiotiques dérangeront substantiellement son système digestif et que la qualité de son sommeil se trouvera temporairement altérée par la difficulté à supporter la part d'immobilisation d'un plâtre bien encombrant. Et que dire de son désarroi à ne plus pouvoir travailler pendant quelques semaines, lui dont le métier d'artisan ne supporte que peu les aléas économiques ? Nul doute que cet épisode pèsera sur son humeur, entraînant possiblement d'autres conséquences que son médecin aurait toute la sagesse de prévenir.

Il y a de multiples façons de classer les pathologies. L'on peut édifier des classifications selon les populations. L'on distinguera alors les pathologies pédiatriques ou bien celles de la médecine fœtale, les pathologies gériatriques, les affections propres au travailleur via la

médecine du travail, celles qui touchent spécifiquement les hommes à travers l'andrologie, ou les femmes à travers la gynécologie. L'on peut choisir d'établir des classements selon la physiopathologie, la sémiologie ou encore la pratique, distinguant par exemple chirurgie, médecine, biologie ou anatomopathologie.

L'une des classifications les plus communes en médecine est la classification par organe. Si l'on classe et nomme ainsi les maladies selon l'organe qu'elles touchent, à travers des symptômes, alors on parlera par exemple de maladie neurologique en cas d'atteinte du système nerveux ou de maladie cardiaque en cas d'atteinte du cœur. Ce type de dénomination décrit les symptômes visibles invalidant le malade, mais il n'indique pas pourquoi les systèmes concernés souffrent, pas plus qu'il ne balaie la globalité du déséquilibre induit au sein de l'organisme et, plus avant, de la vie du malade.

Si l'on veut décrire la maladie à sa cause, on évoquera alors un classement par étiologie, par exemple infectieuse, toxique, allergique, génétique ou bien traumatique. Et si l'on souhaite tendre à plus d'exhaustivité encore, l'on tâchera de mesurer jusqu'où le processus pathologique retentit.

La dualité semble un modèle séduisant, de même que les classifications peuvent paraître confortables, mais il serait illusoire de considérer les états morbides comme des états limités à un espace cloisonné de nous-mêmes. La thématique des troubles somatiques à déterminisme psychique en est un exemple franc, mais ceci s'applique en réalité à toute la médecine. La grossesse, moment médical autant que passage initiatique aux lectures multiples, représente parmi d'autres exemples ces instants où la complexité et la magie du corps rencontrent celles de l'esprit. Lors du déni de grossesse, aucun signe tangible extérieur n'est objectivable, ce alors même qu'une grossesse évolutive se poursuit, parfois même jusqu'à l'accouchement. *A contrario*, lors d'un fort désir de grossesse et en l'absence réelle de celle-ci, certaines femmes développent une pseudocyesis, grossesse dite nerveuse ou fausse grossesse. Classée dans les troubles somatoformes, ce phénomène donne lieu à la survenue de signes de grossesse comme une aménorrhée, des nausées, une augmentation de volume abdominal ou même parfois une hyperprolactinémie avec sécrétion de lait. De manière analogique, certains auteurs qualifie le syndrome dits de la couvade, ou grossesse sympathique, comme la forme masculine du pseudocyesis puisqu'il associe, lui aussi, des symptômes de grossesse comme la prise de poids, une irritabilité particulière, des maux de ventre ou un risque de dépression après la venue au monde de l'enfant à naître. Indépendamment de toute pathologie organique, ces exemples illustrent bien la puissance de l'esprit sur les manifestations corporelles.

Le dialogue entre corps et esprit est à ce point permanent qu'il paraît audacieux de définir ce que peut être une maladie du corps ou bien une maladie de l'esprit. De nombreux troubles somatiques sont à l'origine de symptômes décrits comme psychiques. On peut citer les pathologies endocriniennes, l'exemple des thyroïdopathies est bien connu, une hypothyroïdie induisant des symptômes d'allure dépressive associant notamment tristesse, ralentissement idéo-moteur ou encore asthénie ; alors qu'une hyperthyroïdie s'exprime par un tableau impliquant souvent insomnie et agitation, parfois confondues avec un accès manique ou hypomaniaque. En réalité, de nombreuses anomalies hormonales donnent lieu à des perturbations thymiques ou du comportement, symptômes classiquement identifiés comme « psychiatriques ». L'hypercorticisme peut, quant à lui, produire insomnie, agitation, euphorie et même parfois une symptomatologie pareille à la mélancolie délirante, tandis que l'hypoglycémie, elle, risquera de générer une agitation motrice et psychique, des angoisses ou des comportements confus. Parmi les pathologies somatiques pourvoyeuses de symptômes thymiques ou comportementaux figurent également le contingent des maladies infectieuses, au rang desquelles, par exemple, les méningo-encéphalites herpétiques, la toxoplasmose cérébrale ou la cryptococcose. Le VIH, le CMV ou la syphilis sont également parmi les agents connus à risques d'induire ce type de troubles. De manière non exhaustive, nous rappelons que des symptômes psychiatriques se retrouvent au travers de dysfonctions affectant tous les systèmes de l'organisme, en particulier certaines pathologies cancéreuses, un grand nombre de pathologies neurologiques, dans les suites de certains traumatismes crâniens, dans les tableaux de certaines intoxications médicamenteuses ou non médicamenteuses ou encore dans les encéphalopathies métaboliques.

### ***La dérive des continents***

L'examen clinique psychiatrique, tel que défini par les enseignements universitaires, met l'accent sur le caractère unique du patient et sur la nécessité d'aborder toute la complexité, y compris environnementale, relative à celui-ci. Ainsi le Manuel de psychiatrie, édité sous la direction de Julien Daniel Guelfi et Frédéric Rouillon, précise « ici, la sémiologie est largement dominée par le *matériel* verbal [...] à la différence de l'examen médical où le recueil des signes cherche à identifier les caractéristiques générales de la maladie plus que la singularité du patient, l'examen psychiatrique tend à une connaissance et une compréhension aussi larges que



possible de la globalité de la personne et de son histoire personnelle et familiale, dont il privilégie les particularités [58] ».

Nous nous félicitons de la volonté de prise en compte du malade comme sujet pensant unique et singulier dans toutes les dimensions de son être, telle qu'énoncée ici, mais nous inscrivons puissamment en faux de l'assertion visant à prétendre que l'examen médical, compris comme somatique, chercherait, dans un élan majoritairement positiviste, à identifier des données morbides dissociées du malade-sujet, laissant de fait en arrière-plan toute considération propre à la singularité de celui-ci.

La médecine générale se veut précisément une médecine centrée sur la singularité du malade. Loin de s'attacher majoritairement ou seulement aux troubles en eux-mêmes, les médecins généralistes sont formés à investiguer largement la vie de leurs patients. Du métier pénible aux relations conjugales délétères, des animaux domestiques potentiels pourvoyeurs d'agents pathogènes à l'habitat parfois toxique, des ressources humaines que l'entourage peut représenter aux confidences de détresse psychique livrées spontanément ou au décours d'une consultation pour tout autre motif, longue est la liste des considérations précisément singulières qui œuvrent à la compréhension globale d'un individu, et qui ne manquent pas de faire l'objet d'une recherche attentive par le médecin. Si l'on considère en outre, la place récurrente de celui que l'on nommait naguère le médecin de famille, l'on peut ajouter la connaissance non négligeable d'un certain nombre de déterminants sociaux et familiaux portés indirectement à la connaissance du thérapeute. L'objet de cette démonstration n'est pas de défendre une spécialité médicale ou une autre, puisque nous en appelons à la transversalité de pratique, l'objet est de souligner que la considération du malade comme sujet singulier doit être présente en toute médecine, non uniquement au sein de la pratique psychiatrique, pas plus qu'au sein seulement de l'exercice d'un omni praticien.

Seule une pratique à la fois portée à l'écoute du récit du patient et à l'observation des symptômes corrélés à l'environnement peut offrir le plus d'éléments de réponses. Les troubles somatiques à l'origine de symptômes psychiatriques existent, tout comme les troubles psychiques pourvoyeurs de symptômes somatiques existent également. Voilà une double réalité à laquelle tout médecin est quotidiennement confronté.

Une question s'impose alors, qu'appelle-t-on un *symptôme psychiatrique*, et par voie de conséquence une *pathologie psychiatrique* ?

En effet, comme nous venons de l'évoquer, les territoires morbides sont difficiles à circonscrire ; sans doute, comme nous le pensons, n'ont-ils pas vocation à être définis par une vision topographique fermée. Peut-être, plutôt que de ranger un certain nombre de troubles sous

l'étiquette « psychiatrique », devrions-nous songer à ce dont nous parlons dans les faits. Nous pourrions, par exemple, parler des symptômes comportementaux ou bien des symptômes thymiques. Ces derniers correspondent aisément à l'idée véhiculée par le terme « psychiatrique », et pourtant l'on pourrait alors s'interroger sur le fait que tout dans notre vie peut être qualifié de *comportements*. Nous nous *comportons* en ce sens que nous vivons, et rares sont les maladies, quelles qu'elles soient, qui n'affectent pas la façon dont *stricto sensu* nous nous comportons. Par ailleurs, qu'en est-il des troubles mnésiques, sensoriels, moteurs ? Qu'en est-il des troubles de l'élocution, des troubles du sommeil, des troubles touchant l'ensemble de nos fonctions cérébrales supérieures à travers nos capacités d'analyse, de langage, de calcul, d'écriture ? Qu'en est-il de nos facultés d'imagination, de déduction, d'intuition ? Ces éléments appartiennent-ils au champ de la psychiatrie ou bien a-t-on là déjà glissé vers le continent somatique ?

L'on voit bien que les frontières que l'on tenterait d'établir, y compris celles se donnant lieu de séparer psyché et soma, sont toutes artificielles et intenables dès lors que l'on tente de les appliquer à la réalité d'un individu.

Les classifications, comme l'entreprise diagnostique, revêtent par nécessité une large part d'abstraction conceptuelle, part qu'il est nécessaire de pouvoir dépasser pour tenter de résoudre les pathologies qui nous font face. Nos chances de résultats sont probablement maigres si l'on reste à la surface des seuls symptômes, ou même à celle de la topographie supposément causale de ces symptômes. Ainsi, même si les travaux d'imagerie cérébrale ont tout leur sens, leur intérêt et leur portée, il semble indispensable de décroisonner nos vues au-delà du cerveau qui ne préfigure probablement pas l'unique lieu dysfonctionnel dans bon nombre de troubles dits psychiatriques.

L'avènement de la métagénomique a permis de tisser des liens entre l'état de notre microbiote et le développement de phénomènes inflammatoires potentiellement pathologiques, via notamment la survenue de dysbiose au niveau de notre intestin. Nombreuses sont désormais les affections pour lesquelles on suspecte ce type de processus physiopathologique. Des publications traitent par exemple, à cet effet, de l'obésité, des allergies, des maladies cardiovasculaires, de la schizophrénie ou encore de l'autisme [59-61].

D'autres études font, quant à elles, le lien entre agent infectieux et pathologies psychiatriques. Les travaux de méta-analyse de Sutterland et al. suggèrent, par exemple, que la toxoplasmose est associée à plusieurs troubles psychiatriques (troubles bipolaires, TOC, toxicomanie) et que dans la schizophrénie la réactivation de l'infection latente à *Toxoplasma gondii* peut se produire [62].

## Une crise des modèles

### *L'EBM, un paradigme clivant*

Tout médecin ayant fait le vœu de soigner avec probité et sécurité tend naturellement à chercher les moyens d'obtenir ces garanties. L'EBM se revendiquant initialement comme l'un de ces moyens, il est à penser qu'en théorie son principe soit plus loué que dénoncé par l'ensemble des cliniciens. Or, nombre de critiques suivent ce modèle depuis sa création, lui conférant ainsi un statut clivant au sein de la profession. Malgré les précisions apportées au concept avec les années, et la diffusion de ces précisions par les fondateurs de la méthode, les controverses ne cessent pas.

Dans ce contexte, nous pensons utile de dépasser les dichotomies superficielles qui tenteraient d'opposer de manière abrupte et manichéenne l'objectivité à la subjectivité, le scientisme au charlatanisme ou encore la médecine déshumanisée à la pratique centrée sur les besoins du patient. Derrière ces étiquettes grossières, passablement inexactes et peu enclines au respect de chacun, se trouvent des praticiens nourrissant un dessein commun, et portant pour la majorité d'entre eux leur part de paradoxes à l'égard du clivage noué autour de la question de la méthode. Que penser en effet de ces praticiens farouches défenseurs de l'EBM, pourfendeurs de toute supposée pratique *non scientifique*, mais concédant à prescrire çà et là quelques remèdes homéopathiques à la femme enceinte ou au jeune enfant ? Que penser du médecin acupuncteur qui, ayant conservé une activité mixte, se réfère régulièrement aux recommandations de bonnes pratiques pour son exercice de l'allopathie ? Nous sommes globalement, nous thérapeutes, tous porteurs d'un morceau de ces étiquettes interchangeable et relativement vaines. Nul ne peut prétendre à l'objectivité pleine, entière et inopposable, quel que soit son exercice. Nul ne peut non plus prétendre au monopole des pratiques humanistes.

Il serait sans doute plus judicieux d'observer les inclinations sociologiques, politiques ou anthropologiques derrière les clivages professionnels, clivages stériles si l'on choisit de ne les regarder que comme point de rupture.

Les critiques formulées à l'encontre de l'EBM ne concernent pas, le plus souvent, le principe fondateur de celle-ci mais ses risques de dérives. Dans une société néo-libérale, le risque est celui des conflits d'intérêts, des standardisations de pratiques, des réductions de coût de fonctionnement, et à terme de l'uniformisation d'exercice. La Revue Minerva, revendiquée comme revue d'EBM, affirme par exemple, dans l'un de ses éditoriaux et de manière

transparente, le fait que sa publication soit « soutenue dans sa démarche aussi bien par les universités que par les organismes assureurs, les autorités et les associations professionnelles ». Elle poursuit en précisant « l'EBM apparaît comme une façon apolitique de faire des choix pour les soins ; ses conséquences sont cependant bien politiques. La réalité est aussi que la majorité des preuves apportées l'est dans des études financées par l'industrie pharmaceutique qui s'intéresse surtout aux affections d'occidentaux aisés tandis que les recherches sur des affections plus fréquentes dans des classes sociales économiques moins favorisées ou des maladies présentes dans les pays pauvres sont délaissées et attendent le financement d'autorités pas toujours intéressées ». Forte de son influence au sein de la communauté scientifique, l'EBM est également désormais décrite comme un élément central de choix politique : « un pas supplémentaire a été franchi ces dernières années. L'EBM [...] ne progresse pas uniquement dans la pratique des soins. Les autorités [...] utilisent de plus en plus ce concept pour motiver des choix. Certains choix de remboursement ou non d'interventions médicales sont motivés par l'assurance maladie sur cette base [...] l'EBM est de plus en plus utilisée en dehors du contexte pour lequel elle était initialement destinée [63] ».

L'utilisation de l'EBM à des finalités idéologiques, loin de son postulat de départ, constitue l'essence de l'élément clivant pour les soignants, et par extension pour les citoyens concernés par les choix opérés au sein de leur système de santé. Nous défendons ici l'idée que l'EBM est un outil applicable à certains domaines d'expertise comme celui de la pharmacologie en particulier, bien que même en ce domaine des limites à son usage existent. Il est en revanche un outil inapte à évaluer le bénéfice d'un certain nombre de pratiques thérapeutiques, en particulier les thérapeutiques dites physiques, peu reproductibles et difficilement évaluables quantitativement, telles que la kinésithérapie, l'ergothérapie, la sophrologie, l'hypnose, la méditation ou encore l'acupuncture [64,65].

Difficile également d'utiliser ce modèle pour juger de l'efficacité d'une psychanalyse ou d'une séance d'équithérapie. Impossible, de la même manière, d'émettre via l'EBM une quelconque évaluation de la portée unique, donc impropre à la standardisation, de la relation médecin-malade sur la qualité des soins, élément pourtant clé de toute forme de prise en charge.

Alors que nombreux sont les exemples à ne pas pouvoir être évalués par le prisme du standard, la place des preuves scientifiques semble peser de plus en plus lourd dans le triptyque qu'elles composent avec le malade et le médecin, l'EBM s'érigeant à présent au rang de paradigme scientifique au sens défini par Thomas Kuhn [66].

Que penser, alors, d'une méthodologie qui soit juge et partie dès l'instant où elle disqualifie toute matière non calibrée à son exécution ? Ce point demeure une des questions fondamentales

qui nous pousse à penser, pour notre part, que l'EBM est une méthodologie utile, valable, souhaitable, mais que son usage se doit d'être limité uniquement aux pratiques qu'elle est en mesure d'évaluer. Elle ne doit en aucun cas constituer un gold standard à elle seule, car seule elle ne balaye pas l'ensemble des pratiques favorables à la santé des patients.

Il est, par ailleurs, à considérer qu'au plan méthodologique l'EBM a été fondée sur le modèle d'une médecine occidentale. L'acupuncture, pratique enseignée en faculté de médecine et sanctionnée par un diplôme universitaire, ne relève par exemple pas de cette nosologie propre à la médecine occidentale. Elle relève d'une nosologie d'ascendance orientale privilégiant une vision toujours individualisée des soins. Bien que quelques essais d'ECR existent concernant l'acupuncture pour certaines indications très circonscrites, la discordance méthodologique est manifeste. Un protocole en double aveugle contre placebo est en effet difficilement réalisable pour un traitement par acupuncture, d'une part car la piqure est ressentie par le patient, d'autre part car même en piquant en dehors d'un point d'acupuncture précis il existe quand même une action induite. Ceci illustre la nécessaire corrélation entre les outils d'évaluation et les objets à évaluer.

Toute pratique appelle une forme d'évaluation, une recherche d'amélioration et de sécurité, mais toute pratique ne peut être évaluée par un seul et même mode opératoire rigide et, de fait, inefficace. Comme Karl Popper l'avancait, aucune rationalité ne peut subsister sans critique et sans remise en cause. « C'est la falsifiabilité et non la vérifiabilité d'un système qu'il faut prendre comme critère de démarcation [...], je n'exigerai pas d'un système scientifique qu'il puisse être choisi une fois pour toutes, dans une acception positive [...] un système faisant partie de la science empirique doit pouvoir être réfuté par l'expérience [67] ».

Balayer d'un revers de la main certaines pratiques, au seul motif qu'elles ne sont pas aptes à être randomisées et comparées, constitue un mépris franc doublé d'une profonde méconnaissance à l'égard de bien des savoirs, savoirs issus de notre culture ou bien d'une autre.

L'anthropologue Andras Zempléni, critiquant une forme d'ethnocentrisme de la médecine occidentale, écrivait « leur art (celui des devins et « guérisseurs » traditionnels) n'est pas un ersatz « magique », « primitif » ou « irrationnel » de la médecine occidentale, mais bien sa part manquante qu'elle a dû refouler en dissociant – à tort et à raison scientifique – le social et le biologique [68] ».

Ce détour anthropologique nous offre à comprendre à quel point le monopole de vue, en matière de médecine, nous fait perdre bien plus de connaissances qu'il ne nous en fait gagner.

## *L'héritage freudien*

L'héritage de la pensée freudienne pose les bases de toutes les classifications nosologiques traitant des symptômes somatiques à déterminisme psychique, pourtant cet héritage n'est pas uniformément assumé ni revendiqué. De manière paradoxale, certaines classifications exposent leur indépendance vis-à-vis des théories psychanalytiques, via les dénominations employées, et pourtant se réclament de ces mêmes théories par les mécanismes sous-tendant les catégories diagnostiques qu'elles avancent. L'Académie de médecine dit ainsi de la somatisation « sans pour autant se référer au vocabulaire de la psychanalyse ni à une nosographie inspirée de celle-ci, un tel terme traduit la transcription au niveau du corps d'un conflit intrapsychique (refoulement d'une pulsion érotique ou agressive, p. ex.). Ce terme a suppléé celui, traditionnel, de *conversion* »

Cet héritage contrarié, fruit des oppositions des écoles de pensées, cristallise un malaise auprès des médecins ayant du mal à se positionner ; peut-être n'osent-ils plus ouvertement se réclamer de la psychanalyse à l'ère de l'EBM ?

Il est intéressant de constater dans tous les cas que l'écrasante majorité des praticiens toute spécialité confondue, y compris les plus fervents défenseurs du positivisme, se réfèrent parfois dans leur pratique à des diagnostics de troubles somatiques à déterminisme psychique, validant paradoxalement l'héritage freudien. Pourtant les théories freudiennes, dans leurs diagnostics comme dans leurs traitements, n'ont rien de positivistes et ne sauraient en aucun cas s'inscrire dans une démarche relevant de l'EBM.

L'exemple de la « belle indifférence » est une illustration de cet héritage suscitant tant d'ambivalences. Selon la théorie psychanalytique, ce terme correspondrait à un détachement émotionnel de certains patients à l'égard de leur état de santé, détachement considéré comme marque d'une conversion hystérique établie au cours de laquelle la douleur psychique a disparue, refoulée et totalement convertie en symptômes physiques [69]. Défini par le DSM-IV comme une relative inconséquence à propos de la nature ou des implications du symptôme somatique vécu, ce comportement est signalé comme non systématique puisque possiblement présent en cas de conversion, bien qu'une « attitude dramatique ou histrionique » puisse au contraire s'observer. Le DSM-IV indique également que la « belle indifférence » peut s'observer dans les affections médicales générales, marquant à cet égard l'absence de spécificité de ce symptôme. Le CEN associe, quant à lui, les troubles somatomorphes à « leur expression excessive (théâtralisme) ou au contraire à la *belle indifférence* », tandis que pour le DSM-5 « la

*belle indifférence* et les bénéfices secondaires ne doivent pas intervenir dans l'établissement du diagnostic car ils ne sont pas spécifiques ».

Quel sens alors donner à un signe non systématique et non spécifique ? Alors qu'il est encore souvent employé dans les nosographies désignant des troubles d'ascendance hystérique, des études montrent pourtant son manque de valeur diagnostique.

Ainsi, une étude de cas publiée par van Meerkerk-Aanen PJ et al., et consacrée aux *troubles neurologiques faussement qualifiés de troubles de conversion*, fait état d'une femme de 62 ans consultant pour des chutes de tension depuis trois ans, diagnostiquée comme souffrant de la maladie coeliaque et orientée, en conséquence, vers un centre spécialisé où l'on met en évidence chez elle *la belle indifférence* ainsi que des antécédents d'inceste. Après une année marquée par une dégradation physique continue et des examens physiques et psychiatriques répétés, la patiente que l'on pensait souffrante de conversion est finalement diagnostiquée comme atteinte d'une paralysie supranucléaire progressive / syndrome de Richardson (PSPS). L'étude conclue que *la belle indifférence* « peut aussi être l'expression d'un manque de mimétisme dû au Parkinson ou d'un trouble des mouvements oculaires dans le contexte d'une maladie neurologique » et affirme la nécessité de procéder à un nouvel examen neurologique si « aucune amélioration ne se produit en termes de symptômes physiques, mentaux et cognitifs malgré une thérapie appropriée [70] ». Outre le caractère probablement stigmatisant de l'antécédent d'inceste dans l'établissement du diagnostic, cet article illustre le caractère non discriminant de *la belle indifférence* au regard du diagnostic d'un trouble de conversion ou d'un trouble somatique avéré.

De la même manière, une revue systématique a été publiée par Stone.J et al., rassemblant 11 études réalisées depuis 1965 auprès de patients présentant *la belle indifférence*. Au total, la fréquence médiane de *la belle indifférence* était de 21 % chez 356 patients présentant des symptômes de conversion et de 29 % chez 157 patients atteints d'une maladie organique. Le symptôme dit de *la belle indifférence* ne permettant pas de distinguer les pathologies organiques des troubles de conversion, les auteurs concluaient sur la nécessité d'abandonner cet élément clinique faute d'une définition et d'une utilité clarifiées.

Après avoir évoqué cette étude, le Dr Alain Bottéro, médecin-psychiatre et anthropologue, s'interroge sur la validité de ce symptôme. « Quand est-on en droit de parler de *belle indifférence* véritable ? Sommes-nous toujours assurés d'être en présence d'un dédain

ostensible de la gêne censée accompagner le symptôme ? Ne peut-on se méprendre sur une certaine discrétion de la part du patient ? Ou sur sa crainte d'en faire trop, notamment en présence de psychiatres qu'il redoute prompts à lui apposer l'étiquette psychiatrique ? Ou encore, dans un registre plus neurologique cette fois, de la confondre avec une *négligence*, une *anosognosie* d'origine lésionnelle ? ». Après avoir conclu à une valeur diagnostique nulle, il apporte un élément de réflexion externaliste en déclarant « il paraît assez probable qu'avec *la belle indifférence hystérique*, on a plus affaire à une représentation médicale de la plainte féminine qu'à une réalité intangible de la pathologie [71,72] ».

### ***Du risque doxique à la mésalliance thérapeutique***

Lorsque l'on ambitionne de réaliser une classification nosologique, donc une forme de standardisation applicable aux états morbides, il convient de sacrifier à l'énoncé d'éléments objectifs nécessaires pour catégoriser les troubles, faute de quoi le dogme et les spéculations remplacent la science. En l'absence d'éléments objectifs, le jugement et l'opinion peuvent être à l'origine des classements. Ainsi, l'homosexualité, jusqu'alors inscrite comme une déviance, fut retirée du DSM en 1973 grâce à un contexte socio-culturel favorable à cette évolution. Rien de scientifique au sens objectif du terme ne rentrait en ligne de compte dans la considération de cette orientation sexuelle comme pathologique avant son retrait du DSM. A l'heure actuelle, la problématique de l'opinion comme facteur de référence catégoriel demeure un problème largement retrouvé dans les critiques émises à l'encontre du DSM-5, la normalité comportementale n'étant pas un élément scientifiquement mesurable.

Qu'est-ce qui justifie, objectivement, que le trouble de somatisation du DSM-IV soit posé en présence de 4 symptômes douloureux et non 3 ou bien 5, sinon l'arbitraire ? N'est-il pas simplement humain que les patients percevant une défiance face à leur parole et leurs demandes deviennent de plus en plus malheureux, voir vindicatifs ? Que penser quand l'excès de souffrance due aux carences du système médical devient à lui seul constitutif d'un « symptôme » utilisé à charge contre le malade, comme cela est le cas pour les troubles de symptômes somatiques du DSM-5 ? Les classifications préconisent de ne pas multiplier les examens alors même qu'au sens strict, nous n'avons aucune certitude de l'origine des troubles du patient. C'est un non-sens qui accroît davantage le problème et consomme la rupture d'alliance thérapeutique.



Les arguments cliniques demeurent flous. Les classifications, pourtant contemporaines, se contredisent sur les terminologies ou ne s'accordent pas sur les critères diagnostiques. Dès lors, quelle validité accorder à chacune d'entre elles ?

Les occurrences marquant l'approximation au sein des classifications des troubles somatoformes et troubles connexes sont nombreuses (« on estime », « il semble », « il paraît » etc.). Le jugement moral s'imisce au sein des nosologies. Ainsi, concernant les individus présentant un trouble de somatisation, « particulièrement lorsqu'ils présentent des troubles de la personnalité », le DSM-IV fait par exemple état d'une biographie « souvent aussi chaotique et compliquée que leur histoire médicale ». Dans un autre registre, « le recours à des sources d'information supplémentaires en dehors des dires du sujet peut être utile (p. ex., collègues de travail, dossier médical) » concernant les troubles de conversion d'après le DSM. Cet élément, plaçant le médecin dans un rôle de juge, littéralement appelé à juger de la vérité de la parole du malade, est un élément que l'on retrouve fréquemment dans les classifications des troubles somatoformes et troubles connexes.

Le DSM-IV précise, par exemple, pour le diagnostic du trouble douloureux « les individus souffrant d'une douleur aiguë ou chronique récurrente sont convaincus parfois qu'il existe quelque part un médecin ou un autre thérapeute qui détient *le remède* à cette douleur. Ils peuvent consacrer énormément de temps et d'argent à poursuivre ainsi un objectif inaccessible ». N'est-il pas humain pour un individu souffrant, ne trouvant d'origine à sa souffrance, de multiplier les consultations et les hypothèses pour tenter de trouver une solution à ses maux ? N'est-il pas compréhensible, et surtout souhaitable, que le malade conserve l'espoir de guérir ? Qui sommes-nous pour juger de façon péremptoire du caractère *inaccessible* de l'objectif ? Est-ce là l'objet d'une nosologie médicale ? Une médecine résolue à pareil postulat d'échec programmé serait vaine.

Les interprétations et suppositions quant aux perceptions du malade peuvent également faire partie des critères diagnostiques, ainsi le DSM précise « typiquement les symptômes de conversion ne respectent pas les voies anatomiques connues ni les règles de la physiologie, mais correspondent plutôt à la conception qu'a le sujet d'une maladie donnée ».

Le diagnostic de symptômes somatiques à déterminisme potentiellement psychique donne lieu à une crise d'alliance thérapeutique dont la littérature se fait largement l'écho. Aux prises dans un rapport de force, les patients émettent des revendications de soins complexes à satisfaire à plusieurs égards. Ces revendications se heurtent à notre ignorance, notre inaptitude à désigner

chaque trouble et à le soigner ; elles se heurtent également, de manière systémique, à un cadre libéral offrant de moins en moins de place aux actes peu rémunérateurs. Les patients souffrant de symptômes médicalement inexpliqués devraient pouvoir bénéficier d'examens attentifs et d'interrogatoires extrêmement détaillés, ceci prend du temps. Nous sommes en présence de revendications de soins non marchands, non standardisés, car précisément il faut chercher par le détail ce qui peut faire l'objet du trouble dans chacun de ces cas, par définition, particuliers.

La littérature aborde abondamment le sentiment d'offense ressenti par de nombreux patients ne se sentant pas considérés dans la singularité de leurs troubles et de leurs demandes. Il est aussi question de l'influence des terminologies employées au sein de la relation de soin. Ainsi, une étude indique que parmi toutes les dénominations (*SMI, troubles fonctionnels, maladies psychosomatiques, troubles de conversion, somatisation, troubles factices ou pathomimies etc.*), les termes « les mieux acceptés par les patients sont ceux de troubles somatiques fonctionnels (seuls moins de 15 % des patients se sentent offensés), largement devant les définitions de SMI et de maladie psychosomatique (plus de 50 % des patients) ». On peut alors se demander si cette meilleure acceptation ne passe pas simplement par le fait que le mot *fonctionnel* n'est pas corrélé à la sphère psychique dans le langage commun.

On prête à Carl Gustav Jung la citation « il est assez stérile d'étiqueter les gens et de les presser dans des catégories ». Dans le *Traité des névroses*, publié en 1883, les médecins Alexandre Axenfeld et Henri Huchard énonçaient quant à eux ainsi leur perception à l'égard des catégories névrotiques : « si vous vous récusez tous les états pathologiques qui dépendent d'une altération des solides ou des liquides, que restera-t-il pour constituer la classe des névroses ? Il restera un amalgame de faits qui se ressemblent par un seul point, c'est que leur nature nous échappe, un amas d'états morbides essentiels, c'est-à-dire existant, parce qu'ils existent ; il restera, en un mot, notre ignorance élevée à la hauteur d'un caractère nosologique [73] ».

Ces deux assertions sont justes. La médecine a pour but d'étiqueter des troubles et non des individus. C'est précisément le manque de considération de l'intégrité des individus ainsi que la réduction des êtres aux symptômes qui constituent, nous le croyons, l'écueil et la source de bien des mésalliances évitables.

## Partie 2

### **Hypothèse : l'entreprise diagnostique entre complexité scientifique et enjeux sociaux**

La première partie de cette discussion nous a permis de répondre à la problématique qui était la nôtre concernant les troubles dits psychosomatiques. Ces derniers, de même que l'ensemble des catégories nosographiques et sémantiques connexes, ne sont pas *stricto sensu* démontrables par les critères voulus objectifs défendus par l'EBM, ce alors qu'ils appartiennent aux classifications contemporaines se réclamant d'une telle démarche scientifique.

Cette seconde partie de discussion formule une hypothèse en réponse à ce paradoxe. Afin d'interpréter les résultats de notre étude et expliquer les observations recueillies, nous développerons donc en premier lieu quelques éléments relatifs à l'extrême complexité que revêt l'entreprise diagnostique. En second lieu, nous exposerons en quoi les lacunes retrouvées au cours de cette entreprise peuvent être l'objet d'un déni ou d'un contournement, ce afin de faire naître et promouvoir des catégories nosographiques répondant à une ou plusieurs fonctions sociales.

## **RECHERCHE DU SUBSTRAT ET NIVEAUX DE LECTURE**

### ***Traduire l'invisible***

Les mécanismes physiopathologiques faisant encore l'objet de suppositions ouvrent la question de la preuve, et plus avant de la matérialité de celle-ci. La tâche du médecin dessine au quotidien un cheminement continu entre corps et esprit, support matériel et immatériel, tangible et intangible, ce sans jamais perdre de vue que cette graduation du visible à l'invisible participe, dans son ensemble, d'une mosaïque de l'être qui lui fait face. Le processus du vivant est décrit, selon diverses traditions et civilisations, comme mouvement ou circulation d'énergie. On retrouve notamment ce concept en médecine traditionnelle chinoise, l'énergie étant le point liant le visible à l'invisible, formant un tout mouvant s'inscrivant dans une compréhension globale de l'individu [74]. Mais l'héritage de Descartes a préfiguré, dans la pensée occidentale, une dualité tenace entre corporéité et psychisme, dualité participative d'une conception bipartite

de la nature humaine, pareille à un écosystème à deux continents étrangers l'un à l'autre, deux essences dont on ne saurait déchiffrer les liaisons sous-terraines, l'identité complète ou le berceau commun [75]. Nous nous inscrivons ici en faux de ce legs réductionniste, affirmant la nécessité prééminente de considérer l'homme dans un tout, fut-il complexe à saisir.

La dualité est une notion fondatrice de bien des schémas de pensée. Ainsi, tout comme l'homme peut être perçu dans la dualité, le savoir lui-même peut être ainsi dépeint lorsqu'on le construit en opposition pure à son corolaire, l'ignorance. Mais là encore, en matière de médecine, le manichéisme de vue peine à trouver sa place, puisque rares sont les situations cliniques induisant dans les faits un exercice fondé de pleine connaissance ou de pleine ignorance. L'écrasante majorité du métier de soin se dessine sur le chemin reliant les pôles. L'on se place alors graduellement plus ou moins proche de la connaissance pure, tenue pour savoir absolu, et vers laquelle il demeure souhaitable que chaque pratique tende. Si l'on considère ce schéma polarisé, l'on peut alors penser la sémantique élargie de celui-ci. Du côté de la connaissance, se placeraient alors les notions de vérité, de certitude ou de raison. À l'inverse, l'ignorance associerait, quant à elle, les notions de fausseté, d'incertitude ou d'erreur. Dans l'hypothèse où la notion de preuve appartiendrait idéalement au pôle du savoir, comment penser la validité intrinsèque et extrinsèque variable de celle-ci ? La vérité implique-t-elle une matérialité dans sa représentation ? En médecine, il est usuel de se référer à des arguments diagnostics tangibles, mesurables, quantifiables ou à tout le moins visibles et descriptibles. Ce référent concerne la majeure partie des examens complémentaires issus de la technicité médicale et constitue le but affiché des examens cliniques. On décrira, par exemple, le murmure vésiculaire d'un poumon, la turgescence d'une veine jugulaire ou bien l'érysipèle d'un membre inférieur, la description tenant lieu de preuve manifeste pouvant être partagée.

La notion de preuve médicale, en ce qu'elle se confronte au tangible, interroge l'idée de la matérialité. Toutes les pathologies impliquant des éléments ayant trait au psychisme, qu'il s'agisse d'éléments causaux ou induits, posent, plus que les pathologies supposément « somatiques » la question de la matérialité. Quand le corps se dissèque, se palpe et s'observe à la lumière crue de l'œil ou des instruments, qu'en est-il de l'esprit indivisible et impalpable ? Comment édifier diagnostic juste, valide, légitime, face à la matérialité inégale des composants de l'être ? Si la preuve est matière, toucher à la vérité du corps serait-il possible alors qu'il n'en serait rien de la vérité de l'esprit ? Autant d'interrogations qui mettent en lumière la complexité de l'information recueillie dans la recherche diagnostique.

L'expression corporelle, comme l'expression psychique, comportementale ou thymique, sont autant de manifestations de la vie humaine à l'échelle d'un individu, toutes concomitantes bien

que de nature distincte. Ainsi, la traduction de chacune de ces expressions implique différentes approches, au rang desquelles le langage tient lieu de vecteur privilégié. Parmi d'autres signes, le logos permet, en effet, la structure de la pensée, son codage, mais aussi son partage via les mots, véhicules immatériels mais fonctionnels, décrits, organisés et répondant à une architecture signifiante qu'il convient de prendre en considération parmi les éléments éclairant avec probité la recherche diagnostique. Le vécu exprimé du malade, traduit par le médecin sous la forme d'une étiquette sémantique, définit un diagnostic. Cette étiquette, souvent porteuse d'imprécision, n'est pas anodine puisque ce choix par les mots circonscrit, *de facto*, une part de subjectivité et une orientation.

### ***Le prisme et la focale***

Il n'est pas rare que la recherche diagnostique entraîne des oppositions de vue de la part des médecins issus de courants de pensées ou de disciplines différentes. Ainsi, dans le domaine de la psychiatrie, l'on retrouve de fréquentes oppositions notamment entre les partisans de la tradition psychanalytique et ceux de la médecine dite positiviste ou mécaniste. Pourtant, deux langages distincts, deux cultures singulières, deux visions d'apparence contradictoires, peuvent en réalité décrire avec justesse un même tableau clinique. Cela tient à la considération du prisme d'approche et de la focale de vue. L'on peut parler de la même chose, désigner la même origine à un trouble, mais ne pas la signifier dans les mêmes termes ni les mêmes constructions intellectuelles. Des équipes ont par exemple démontré, via l'étude du polymorphisme de certains gènes, l'incidence du stress précoce et sévère sur l'âge de survenue d'un trouble bipolaire [76,77]. Ainsi, des événements de vie tels que maltraitances et abus physiques ou psychiques seront pointés du doigt par le psychanalyste comme cause potentielle à la survenue du trouble de l'humeur, alors que le neurobiologiste évoquera l'implication génétique. En réalité, les deux positions convergent puisque c'est précisément le traumatisme infantile qui induit une modulation décisive de l'expression du gène, phénomène qui prendra ensuite part à la décompensation de la maladie, le psychisme et le corps étant lié dans une boucle incluant interactions avec l'environnement et variation épigénétique.

Cette vision inclusive de la vie émotionnelle et des réactions biologique se trouve particulièrement éclairée par certains concepts immunologiques. La prise en compte de l'évènement de vie causal, tout comme son expression biologique induite, ne sauraient, l'une comme l'autre, se soustraire à la compréhension diagnostique totale du tableau. En effet,

omettre ou occulter le traumatisme initial, en se concentrant uniquement sur les chaînes de réactions biologiques, reviendrait à dessiner une trajectoire sans point de départ, ce qui rendrait en partie caduque le raisonnement global. De la même manière, considérer le traumatisme comme point d'entrée participatif du trouble serait insuffisant si l'on ne recherchait pas, ensuite, sa traduction secondaire au sein de l'écosystème complexe auquel cet élément externe vient un jour se confronter.

Il est bien ici question d'abolir sciemment les frontières artificielles de l'être mais aussi celles, tout aussi factices et limitantes, de la culture du thérapeute, ce pour tenter de tracer un chemin cohérent et lisible dans le déroulé de la survenue du trouble, de son point de départ le plus inaugural à son expression la plus finale. La métaphore des dominos pourrait à cet égard livrer une illustration schématique de la conduite diagnostique parfaite en ce qu'elle impose de regards francs et honnêtes sur chaque étape de la course des éléments en place qui, du premier au dernier, s'effondrent implacablement sous le joug de celui qui le précède, traçant en un seul élan un ou plusieurs parcours de chute concomitants dont il faudra saisir la mécanique globale si l'on souhaite tendre au retour de l'état antérieur.

En France, des équipes de recherche comme celle du Dr Marion Leboyer ont mis en évidence les liens entre troubles psychiatriques et dysfonction du système immuno-inflammatoire, ce à travers l'imagerie cérébrale, la recherche de bio-marqueurs ou l'histologie. Ces travaux ouvrent une autre perspective thérapeutique que la voie unique de l'action directe sur les neuromédiateurs. Il est désormais établi que la survenue de facteurs de stress physiques (infections, intoxications, carences alimentaires, carences de sommeil) ou psychiques, de la vie in utero à la vie adulte, peuvent conduire à des effets pro-inflammatoires potentiellement neurotoxiques.

La recherche diagnostique engage, par sa nature, une approche multifactorielle. Il appartient au clinicien de se saisir de l'ensemble des données portées à sa connaissance, afin de caractériser de la manière la plus exhaustive et la plus rigoureuse possible le tableau clinique qui lui fait face. Pour cela, il convient de caractériser les troubles en portant notamment une stricte attention à ne pas mêler causes et conséquences ou éléments déclencheurs et facteurs d'entretien. Cette analyse nécessite de prendre en compte, de manière systématique, à la fois le malade en tant qu'individu mais aussi son environnement ainsi que son mode de vie. Le diagnostic revêt toujours un caractère multifactoriel et opère une multiplicité de vues complémentaires et pas toujours hiérarchisées. Un tableau de pyélonéphrite ne sera jamais identique chez deux individus donnés, précisément car la singularité de chacun impactera la singularité du diagnostic et de ses composantes, qu'il s'agisse par exemple du mode de

survenue, de l'intensité de la douleur, de sa topographie exacte ou bien encore de la restitution de celle-ci par le malade.

La décompensation d'un trouble s'établit le plus souvent à la faveur de facteurs exogènes et de facteurs endogènes qu'il nous faut tous considérer lorsque l'on est en quête d'un diagnostic. Ainsi, l'on évoquera par exemple un ou plus facteurs prédisposant qualifiant le « terrain » propre au malade, ainsi qu'un ou plusieurs facteurs précipitant qualifiant les circonstances ayant fait le lit de la maladie. Le plus souvent ces facteurs s'imbriquent et se répondent, rendant à cet égard prééminente la place de l'épigénétique au regard de la génétique pure.

Au niveau biologique, le stress impacte le système endocrinien via une action des hormones sur le système immunitaire, notamment via la production de cortisol. L'axe hypothalamo-hypophysaire, bien décrit, n'est vraisemblablement pas le seul axe du stress. De multiples interactions liant systèmes immunitaire, nerveux et hormonal, restent à étudier. Au demeurant, le modèle du stress, initié par Reilly puis décrit par le canadien Hans Seyle, constitue un prisme d'approche multifocal et systématique utile dans la conceptualisation diagnostique, en particulier du point de vue de la prise en compte des facteurs exogènes [78-79]. Ce modèle peut, en effet, être appliqué à de multiples situations pathologiques. Ainsi, l'on considèrera l'entrée dans la maladie comme un point de rupture avec l'état antérieur indemne de tout trouble, ce point de rupture étant considéré comme le moment de survenue d'un ou plusieurs facteurs de stress. La tâche diagnostique implique de caractériser la nature du stress inaugural. Celle-ci peut être physique, chimique, biologique ou bien encore psychique. On tiendra par exemple pour responsable du stress initial un élément physique lors d'un traumatisme ostéo-articulaire, un élément biologique lors d'une infection parasitaire ou un élément psychique lors d'un deuil pathologique. Il convient, dans ce modèle, de distinguer les facteurs de stress à la faveur desquels la décompensation pathologique s'établit, des éléments de stress potentiellement induits par le trouble constitué.

On parle parfois de cause somatique qui « miment » la dépression, mais la dépression est un ensemble de symptômes pas une cause, on peut donc dire sans fausseté, si cela a été observé, qu'une cause somatique est à l'origine d'une dépression. A contrario un SSPT porte en sa dénomination même la cause et la conséquence ; la cause identifiée est le traumatisme psychique, la conséquence est le stress pérenne induit.

Cette distinction entre causes et conséquences est d'autant plus opaque et complexe à mettre en exergue que la maladie suit un schéma d'évolution chronique, où l'on retrouvera fréquemment des réactions en chaîne physiques comme psychiques où le trouble initial se complexifie d'autres dysfonctions avec le temps. Il est à noter que les symptômes médicalement inexplicables

peuvent aisément donner lieu à la survenue de symptômes anxieux ou dépressifs (source), ces derniers pouvant même devenir très présents dans la symptomatologie. Or, un trouble initial et un trouble induit par celui-ci ne sauraient en aucun cas être tenus comme réductibles l'un à l'autre. Dans ce cas de figure, il est impératif pour le clinicien de ne pas considérer avec facilité ces éléments comme cause, mais bien comme conséquence, de la pathologie investiguée. Cela n'annule, par ailleurs, en rien cette symptomatologie secondairement induite qu'il sera tout aussi nécessaire de prendre en charge.

Ainsi, l'on prendra soin, en particulier dans les tableaux chroniques, de repérer les éventuels facteurs de stress tout en considérant, comme le souligne Jean Benjamin Stora, que quatre types de stress peuvent être distingués : « 1/ le stress ponctuel limité dans le temps ou stress aigu (traumatisme physique ou psychique) ; 2/ le stress lié à des séquences d'évènements ; 3/ le stress permanent intermittent ; et 4/ le stress permanent [80] ».

Repérer les particularités du terrain et identifier les facteurs de stress - qu'ils soient déclencheurs de la maladie ou qu'ils constituent des éléments d'entretien - est impératif à la constitution du diagnostic, car le diagnostic ne saurait constituer un appareil sophistiqué dont l'on se félicite d'avoir fait le tour par satisfaction vaine. Le diagnostic est la pierre angulaire du traitement sans laquelle tout soin ne peut intervenir avec succès, la recherche du retour à l'équilibre s'inscrivant dans une tentative d'action à chaque niveau de lecture du problème. Bien sûr, établir la ou les causes d'un trouble ne suffit pas toujours au recouvrement de la santé. Identifier une intoxication au Distilbène chez une patiente infertile exposée in utero ne permet pas de solutionner la malformation occasionnée par le toxique, pas plus que le fait d'établir un lien entre survenue d'un cancer et tabagisme ne puisse à lui seul traiter le cancer. Mais, identifier la cause permet de circonscrire la question de l'origine puis de cibler les solutions possibles, mais aussi d'éviter les faux diagnostics pourvoyeurs d'erreurs de jugement et de traitement. On peut alors se fixer pour objectif thérapeutique de circonscrire et annihiler le ou les facteurs de stress impliqués et réaliser les actes de prévention primaire ou secondaire les plus appropriés.

### ***Penser le mouvement, un idéaltype instable***

Quelle que soit la pathologie et les constructions qui s'y rapportent, l'analyse diagnostique ne peut faire l'économie d'une pensée du mouvement, car la construction diagnostique même est par essence interdépendante des connaissances scientifiques et des perceptions humaines en évolution dans le temps. Tout clinicien poursuit le but d'un diagnostic



complet, étiologique, celui qui par définition désigne l'élément à l'origine des lésions, elles-mêmes à l'origine des symptômes. Au demeurant, faute de connaissances, le diagnostic posé n'est pas toujours révélateur du processus causal exhaustif du trouble étudié.

Les dysfonctions visibles, notamment motrices, de la Sclérose En Plaques trouvent par exemple leur source dans un ensemble de lésions tissulaires cérébrales. Il n'est ainsi pas inexact de prétendre que la SEP est une maladie causée par une atteinte du SNC via une cause anatomo-clinique objectivable en imagerie. Ce niveau causal a donné son nom à la maladie, les plaques décrivant l'aspect lésionnel, au demeurant la cause des lésions elles-mêmes est encore inconnue puisque la voie ayant menée à celles-ci n'a pas été objectivée. C'est ainsi que la conséquence lésionnelle, faute d'explication la précédant, devient la cause admise pour un temps donné, dans l'attente de la découverte du mécanisme plus en amont. Les pathologies à l'étiologie désormais découverte offrent une perspective riche d'enseignement quant au processus diagnostique en tant que démarche à la fois pratique et intellectuelle.

L'exemple de la syphilis constitue à cet égard un modèle de réflexion illustrant bien comment l'accroissement progressif des connaissances et des techniques médicales au cours du temps permettent une évolution, à la fois du diagnostic posé, mais également de la vision d'une maladie au sein de la société. Ainsi, la syphilis a connu plusieurs étapes dans son processus diagnostique, étapes concomitantes et participatives de perceptions changeantes de la pathologie au cours des siècles. Les premières descriptions de la maladie en Europe se retrouvent au XV<sup>ème</sup> siècle, bien qu'une origine antérieure du pathogène ne soit pas exclue. On nomme notamment ce nouveau mal *mal de Naples* [81] ». L'hypothèse d'une origine américaine via la flotte de Christophe Colomb de retour en Europe se fait jour, sans pourtant devenir une certitude. La dénomination Syphilis est employée en 1530 pour la première fois dans un récit poétique de Girolamo Fracastoro. Initialement, on décrit un diagnostic purement symptomatique. Au XVI<sup>ème</sup> siècle, la clinique précise les trois stades évolutifs de la maladie comme des phases de plus en plus sévères entre lesquelles s'intercalent des périodes de rémission apparentes. Au XIX<sup>ème</sup> siècle, l'infection est évoquée comme primaire, secondaire et tertiaire. Le diagnostic gagne ensuite en précision lorsqu'en 1822 Antoine Laurent Bayle, aliéniste, livre pour la première fois une description associant symptômes cliniques et lésions tissulaires du système nerveux central figurant une méningo-encéphalite. La maladie prend alors le nom de maladie de Bayle ou paralysie générale, eu égard l'une des atteintes neuro-syphilitiques caractéristiques de la phase tertiaire. En parlant de paralysie générale ou de paralysie générale progressive, le symptôme considéré comme le plus invalidant devient un qualificatif éponyme de la pathologie alors abordée comme un ensemble de troubles de nature

essentiellement mentale. On rapporte notamment, à cet effet, un déclin cognitif aboutissant à un état de démence ainsi que des comportements d'expression maniaque ou hypomaniaque. A cette époque, la syphilis bénéficie donc d'un diagnostic liant lésions objectivable d'un substrat anatomique et description de symptômes cliniques, sans par ailleurs en spécifier davantage l'origine. Il faudra encore attendre près d'un demi-siècle, et l'avènement de nouveaux progrès en microbiologie, pour que Fritz Schaudinn et Erich Hoffmann découvrent le tréponème, agent infectieux causal de la maladie, puis 1913 pour que le bactériologiste Hideyo Noguchi isole *Treponema pallidum* dans le cerveau d'un malade décédé de paralysie générale. Le diagnostic étiologique complet est alors posé. La syphilis devient, aux yeux de la communauté scientifique comme aux yeux de la société des hommes, une maladie bactérienne sexuellement transmissible dont le germe est désigné et décrit. Les sels de mercure, utilisés pendant quatre siècles malgré leur puissante toxicité et leur parfaite inefficience, sont progressivement remplacés par la malariathérapie, puis définitivement abandonnées au profit de la pénicilline au milieu du XXème siècle [82]. Tandis que le traitement étiologique est, *in fine*, mis à jour après des siècles de questionnements, d'hypothèses et de recherches, les malades jusqu'alors considérés comme aliénés accèdent, quant à eux, au statut nouveau de sujets souffrant d'une infection insidieuse, potentiellement létale mais désormais curable.

Songer au nombre colossal de bactéries, virus, parasites ou champignons qui n'ont pas encore été cultivés ni étudiés, et au sujet desquelles, par définition, aucun lien de corrélation avec la physiopathologie humaine n'a pu être établi, donne une idée vertigineuse des causes qu'il nous reste à élucider concernant un nombre conséquent de processus pathologiques d'origine infectieuse.

Dans le même ordre d'idée d'implication du facteur temporel, on peut évoquer quantité de pathologies dont l'origine désignée a substantiellement varié au cours de siècles, et pour lesquelles la connaissance étiologique n'a été possible qu'à l'aune de découvertes techniques déterminantes. Ainsi, la chorée de Huntington a donné lieu à de nombreuses confusions diagnostiques depuis sa description en 1872 par le Dr Georges Huntington, ce malgré l'utilisation de l'imagerie cérébrale et la mise en évidence possible d'une atrophie de la tête des noyaux caudés. L'accès au diagnostic de certitude intervient en 1993 grâce à l'identification du gène responsable de la maladie [83]. Autres maladies, autres progrès, c'est à la faveur de la création de l'EEG que l'épilepsie, quant à elle, passe au XXème siècle du domaine de la psychiatrie à celui de la neurologie, tout comme la maladie de Parkinson nommée « paralysie agitante » et classée comme pathologie mentale au début du XIXème siècle.

Que l'on construise un diagnostic à la lumière d'un modèle intellectuel comme celui du stress, ou que l'on choisisse d'emprunter d'autres voies de raisonnement, il convient de garder à l'esprit les nombreuses confusions potentiellement générées par l'ensemble des éléments que l'on peut désigner par le terme « diagnostic », cette notion ne regroupant aucune définition stricte. L'académie française définit le diagnostic comme l' « identification d'une maladie chez un patient d'après l'étude des symptômes et des signes, les résultats de divers examens, *etc.* ». Cette description offre une part de latitude significative, la locution *et cetera* tenant un rôle des moins anodins puisqu'elle permet stricto sensu au processus identificatoire de la maladie de se voir référé à des éléments dont la non exhaustivité et la nature même est laissée à la libre appréciation du locuteur. L'académie de médecine, quant à elle, ne donne pas de définition du seul diagnostic mais désigne sous le terme de syndrome un « ensemble de symptômes et signes cliniques et de modifications pathologiques, toujours associés, dont les causes ou les mécanismes peuvent être différents et qui permettent d'individualiser une affection ». L'institution distingue la maladie, « entité précise », du syndrome pouvant être « commun à plusieurs maladies [...] entité nosologique permettant de porter un diagnostic qui conduit à un traitement, au moins palliatif. » Ainsi, certains diagnostics sont portés à la lumière des seuls symptômes cliniques décrits ou bien à un ensemble de symptômes constitutifs d'une entité syndromique, le syndrome pouvant être assimilé à la maladie elle-même par méconnaissance de la cause ou bien par habitude d'usage. Les éléments participatifs de la construction du diagnostic sont donc à la fois des éléments livrés par le patient, qu'il s'agisse des symptômes observés ou bien rapportés, mais également des éléments que le médecin aura la charge de rechercher. Il existe des preuves signant à elles seules la maladie par leur spécificité, bien qu'elles ne soient pas systématiques ni obligatoires au diagnostic. Lorsqu'il s'agit d'un signe clinique, on parle de signe pathognomonique, comme le signe de Koplik traduisant une muqueuse buccale tachée de petites ponctuations blanchâtres annonciatrices de la rougeole quelques jours avant la survenue de l'exanthème. Les examens complémentaires peuvent, eux aussi, fournir des signes livrant à eux seuls le diagnostic. Ces cas de figure sont confortables, mais très souvent, à défaut de preuve idéale, qu'elle soit clinique, biologique, radiologique ou liée à tout autre examen complémentaire, l'exercice clinique recourt aux faisceaux de preuves. Ces faisceaux incluent également les traitements dit « d'épreuve » consistant à administrer une thérapeutique dont on fait l'hypothèse de l'efficacité, et dont le résultat affirmera ou infirmera l'hypothèse. On peut citer, à cet effet, la maladie de Whipple initialement décrite par George Hoyt Whipple en 1907 puis empiriquement traitée avec succès par antibiotique dès le milieu du XXème siècle, ce alors même que l'origine bactérienne de la maladie était inconnue [84]. La

culture du bacille est réalisée en 2000 par Didier Raoult et al, le nom de *Tropheryma whipplei* sera adopté l'année suivante [85,86].

La démarche biomédicale demeure probabiliste puisque l'on fait l'hypothèse qu'en maximisant les arguments positifs et négatifs convergents en direction du diagnostic envisagé la probabilité d'erreur de jugement se réduit. La poursuite du diagnostic s'articule ainsi de manière stricto sensu artificielle (du latin *artificialis* « fait avec art ») autour d'un ensemble de preuves que l'on définira par leur caractère systématique ou non, leur potentielle reproductibilité, leur nature ou leur valeur. L'entreprise diagnostique se retrouve ainsi tout à fait semblable à la construction d'un idéaltype tel que défini par Max Weber. « On obtient un idéaltype en accentuant unilatéralement un ou plusieurs points de vue et en enchaînant une multitude de phénomènes donnés isolément, diffus et discrets, que l'on trouve tantôt en grand nombre, tantôt en petit nombre et par endroits pas du tout, qu'on ordonne selon les précédents points de vue choisis unilatéralement, pour former un tableau de pensée homogène [87] ». Max Weber emploie une terminologie d'unilatéralité à dessein puisqu'il désigne bien ici la construction unilatérale produite par un individu à partir de la synthèse cohérente des perceptions du réel qui sont les siennes, exactement comme peut le faire un médecin lorsqu'il collige l'ensemble des données portées à sa connaissance pour un individu donné. Certains éléments concrets sont accentués par le sujet afin de correspondre à son analyse et son entendement propres. « L'idéaltype, n'est donc en aucun cas une abstraction mais plutôt un parti pris concret construit à la lumière d'une constellation d'arguments mis en relation par une seule et même personne. Ceci constitue des « constructions de relations qui sont suffisamment justifiées au regard de notre imagination, donc «objectivement possibles», et qui semblent adéquates à notre savoir nomologique ». « On ne trouvera nulle part empiriquement un pareil tableau dans sa pureté conceptuelle: il est une utopie ». Comprendons bien que c'est l'assemblage tel que constitué qui figure l'utopie. Comme en sociologie, c'est à l'aune du travail historique, en l'occurrence épistémologique, que l'on déterminera « dans chaque cas particulier combien la réalité se rapproche ou s'écarte de ce tableau idéal » [ibid]. L'idéaltype est la traduction d'une réalité à un moment donné. Voué à évoluer, il constitue en l'état un modèle permettant de conceptualiser le sujet de manière intelligible, tout en supportant la nécessaire déconstruction de la pensée.

## INFLUENCE DES ENJEUX SOCIAUX SUR LE DIAGNOSTIC

### *Croyances individuelles et injonctions systémiques*

Les médecins représentent un corps de métier soumis à d'importantes contraintes. Eu égard à une charge de travail souvent lourde, un niveau de responsabilité conséquent ou encore une exposition récurrente à la détresse d'autrui, de nombreux facteurs potentiels de fragilité existent au sein de la profession. Ainsi, un rapport de la commission nationale permanente du CNOM intitulé « médecin malade » rappelle le risque d'épuisement professionnel, d'automédication, de défaut de prise en charge en cas de maladie ou encore de recours aux pratiques addictives face un état de mal être. L'exigence accrue des patients, les agressions physiques parfois subies, les possibles procédures encourues en cas d'erreur médicale, de même que la nécessité de survie économique d'un cabinet en cas d'exercice libéral, constituent autant de facteurs constitutifs de pression au sein de la vie professionnelle [88]. Cette équation peut se traduire par un temps insuffisant accordé aux patients présentant une situation clinique complexe, elle peut également se manifester par une difficulté à composer avec le sentiment d'impuissance inhérent à certaines situations pathologiques, dont les situations de défaut diagnostique, diagnostic incertain ou totalement inconnu. L'erreur diagnostique grave demeure un sujet de préoccupation central en médecine générale, sujet qui a notamment donné lieu en France à la promotion de l'utilisation du Dictionnaire des Résultats de Consultations [89, 90,33].

Il est à remarquer que les contraintes liées à la charge de travail, face à une démographie médicale parfois déficitaire, peuvent induire un sentiment de devoir de performativité ; performativité prenant la forme d'un exercice où les ressources de temps et d'énergie consacrées au malade deviennent de plus en plus limitées ; performativité dictée à l'hôpital par une gestion administrative répondant aux impératifs de rentabilité de la T2A et de la loi HPST ; performativité dictée en ville par d'autres paramètres systémiques, dont ceux notamment de l'assurance maladie au travers d'objectifs à atteindre comme ceux de la ROSP [91]. L'exercice des soins primaires est soumis à de multiples injonctions, parfois paradoxales. La qualité des soins fait, par exemple, l'objet de nombreuses recommandations émanant notamment de la HAS, ce alors même que les réformes juridiques de la gouvernance hospitalière creusent le déficit des établissements de santé, altérant de fait les moyens humains et matériels précisément garant de cette même qualité des soins [92]. Les réseaux ville-hôpital étant intimement liés,

cette altération des soins institutionnels compte indubitablement une part de répercussions se mesurant à l'échelle des soins ambulatoires.

Mais la performativité économique d'impulsion systémique n'est pas la seule composante à prendre en compte. Bien que la culture de l'agir puisse être en partie inculquée via la formation hospitalo-universitaire, en écho aux contraintes globales du système de santé, il existe également chez certains médecins un désir de performativité personnel, plus idéologique, lié à des croyances telles que la toute-puissance médicale ou le devoir exhaustif de réponse. Ces croyances, intégrées bien que parfois critiquées, peuvent être mal vécues par le praticien. Ainsi, une étude qualitative par méthode du focus group, publiée par Moreau et al. dans la revue du praticien-médecine générale, fait état de ce type de perception dans la relation médecin-malade [93]. Parmi les critères de non qualité et d'insatisfaction relatifs à leur pratique, les médecins évoquent « le mythe de la toute-puissance supposée ; la difficulté à trouver la « bonne » distance avec le patient, les attitudes négatives, les traits de personnalité, les aspects transférentiels; le fait d'être femme médecin ; la gestion problématique du temps, les problèmes de disponibilité ; le manque de formation ». Ces aspects sont signalés comme pouvant être à l'origine de conflits et difficultés relationnelles avec le patient. Le « manque d'assurance du médecin », ainsi qu'une relation jugée « consumériste », constituent des difficultés partagées par médecins et malades, alors que les malades seuls évoquent quant à eux notamment le droit à l'erreur du médecin si celui-ci a « la franchise de la reconnaître », la crainte d'un manque d'accessibilité aux soins d'urgence ou une perception négative à l'égard des médecins « pressés ».

Entre la figure du médecin savant, posture d'omniscience, et la réalité du soin pétri de données inconnues, un hiatus prend forme. Afin de faire face à ce hiatus, illustrant l'impossibilité d'une pratique idéale, l'on peut retrouver chez certains médecins la volonté de contrer artificiellement l'anxiété et l'inconfort. Ces stratégies d'évitement peuvent à titre individuel prendre de multiples formes, déni des erreurs de jugement, manque de considération de la parole du malade ou encore propension à porter un diagnostic hâtif insuffisamment étayé. Ainsi, l'on retrouve dans la littérature l'occurrence « challenge » fréquemment associée aux symptômes médicalement inexpliqués, ces derniers représentant un défi au devoir de tout classifier, tout expliquer, tout solutionner ; un défi à l'illusion de toute puissance.

## *Du morcellement : l'objet normatif post moderne*

L'exercice de la médecine au cœur de la cité accompagne, de fait, les mouvements et inclinations des civilisations. Depuis les années soixante, la société occidentale a connu un essor croissant du consumérisme. Parallèlement à la construction d'une société marchande prônant un individualisme valorisé, l'éthique a elle aussi évolué quittant progressivement les rangs du devoir pour gagner ceux de la compassion encouragée.

Jean François Lyotard pointait déjà en 1979 dans *La condition postmoderne* le caractère marchand du savoir au sein d'une société basée sur un modèle capitaliste libéral [94]. « Sous sa forme de marchandise informationnelle indispensable à la puissance productive, le savoir est déjà et sera un enjeu majeur, peut-être le plus important dans la compétition mondiale pour le pouvoir. Comme les États-nations se sont battus pour maîtriser des territoires, puis pour maîtriser la disposition et l'exploitation des matières premières et des mains-d'œuvre bon marché, il est pensable qu'ils se battent à l'avenir pour maîtriser des informations. Ainsi se trouve ouvert un nouveau champ pour les stratégies industrielles et commerciales et pour les stratégies militaires et politiques » [ibid]. Près de quarante ans après la parution de la condition post moderne, force est de constater le caractère abyssal des enjeux économiques et géopolitiques inhérents aux flux d'informations via le développement des réseaux informatiques, des banques de big data ou des télécommunications.

Ainsi, si le modèle normatif s'étend, notamment légalement, à différents pans de la société, il se retrouve également en médecine où le paradigme de l'EBM a fait émerger une vision normative codifiée des schémas de réponses thérapeutiques [95].

Le développement d'algorithmes diagnostics et d'arborescences décisionnelles, l'utilisation de codes qualifiant les symptômes ou les syndromes et la retranscription de l'exercice médical sous forme de résultats de consultations sont autant d'éléments informationnels normatifs, stockés et utilisables. De fait, la volonté d'encoder le vivant et porter diagnostic, y compris lorsque la pathologie présente des symptômes difficilement objectivables ou explicables, nous renvoie à la critique de sur-diagnostic émise à l'égard du DSM-5. Cette position, pour être tenue, passe par la considération du pathologique vu comme écart de la norme. La théorisation de la norme en médecine a nourri de nombreuses œuvres, celle de Canguilhem, mais également celle de Foucault, ce dernier y ajoutant une analyse systémique faisant écho au concept de biopolitique, un concept qu'il décrit comme une forme de pouvoir exercé directement sur la vie humaine [96]. « Nous sommes entrés dans un type de société où le pouvoir de la loi est en train

non pas de régresser, mais de s'intégrer à un pouvoir beaucoup plus général : celui de la norme. Ce qui implique un système de surveillance, de contrôle tout autre. Une visibilité incessante, une classification permanente des individus, une hiérarchisation, une qualification, l'établissement des limites, une mise en diagnostic. La norme devient le partage des individus [97] ». La *mise en diagnostic* est ainsi explicitement désignée comme finalité d'un système et non plus uniquement comme partie prenante du processus de soin. L'EBM devient, dans ce contexte, un outil potentiel au service d'une doctrine productiviste où le savoir se trouve mécaniquement relégué au second plan derrière l'accumulation d'entités marchandes. Parmi ces entités marchandes figurent notamment les articles scientifiques, ces derniers faisant l'objet d'une course à la publication ayant pour effet délétère une baisse notable de la qualité des productions, phénomène dénoncé dès 2005 par John P.A. Ioannidis, professeur de médecine et chercheur à l'Université de Stanford, qui a estimé à environ 85 % le taux de gaspillage des ressources de recherche [98-100].

Livrant une analyse de François Lyotard et précisant autour de quoi s'articule savoir et pouvoir, Yves Charles Zarka évoque le contrôle par l'évaluation des connaissances, évaluation qu'il décrit comme « le nouveau paradigme auquel toute la société est soumise [...] destructeur parce qu'il fait perdre de vue l'objet même des activités auxquelles on l'impose », parce que « on a oublié que le savoir avait pour objet la vérité et que la vérité n'a rien à voir avec des procédures de production [101] ».

La société post moderne, cessant d'accorder le crédit naguère porté aux métarécits totalisants issus des Lumières et de l'idéalisme, a laissé place à un modèle productiviste où le savoir se veut désormais morcelé. Ainsi et comme d'autres, le savoir médical se retrouve compartimenté, tributaire de spécialités ou de sous spécialités, elles-mêmes porteuses d'une technicité particulière orientant un angle de vue restreint sur l'objet de connaissance. Paradoxalement, cette division des connaissances vers des secteurs toujours plus confidentiels conduit à la fois à un amoncellement d'informations techniques au sein d'un système de santé prônant une tarification des soins corrélée aux actes comme entités de valeurs, mais également à un phénomène inévitable d'effacement de la vue d'ensemble générateur d'une perte de cohérence informationnelle. Il n'est pas ici question de remettre en cause les progrès techniques ou l'hyper spécialité en tant que telle, il est question de remettre en cause un système au sein duquel le lien se perd entre des éléments de connaissance disparates, le sens global se désarticulant au profit d'un nuage de savoirs disjoints peu à même de prendre part à la compréhension plus large d'un phénomène pathologique singulier. Ceci est observable dans le domaine des soins primaires où il est précisément question de cette unité de vue que l'on cherche à conserver. Le morcellement



du savoir s'illustre ainsi, au niveau diagnostique, par la multiplication de certaines catégories, au rang desquelles peuvent figurer des nosologies connexes aux troubles psychosomatiques.

Le diagnostic trouvant son origine étymologique dans le grec ancien *diagnostikós* (*διαγνωστικός*), littéralement « capable de discerner », l'impossible totalisation apparente des classifications hypothèque-t-elle dès lors nos capacités de discernement ? Nous voulons ici répondre en abordant la voie d'une réflexion transversale à l'image de la pensée complexe défendue par Edgar Morin. Loin de constituer une impasse, nous croyons que l'écueil d'une ambition diagnostique totalisante peut être lu comme la nécessaire redirection vers une compréhension affinée et plus individualisée des phénomènes, phénomènes qu'il est possible de penser avec cohérence si l'on s'offre la possibilité de penser hors d'une seule et même dimension unimodale.

Qu'il s'agisse d'éléments de nature physique ou bien concernant leur vie au sens large, leur architecture sociale et familiale, leur environnement de vie ou de travail et plus encore leurs émotions, aucune information ne saurait constituer un surplus dans la compréhension globale des individus. L'enjeu de soin demeure la réception puis une forme d'organisation de ces éléments de compréhension. Edgar Morin s'est intéressé au travers de son œuvre à ce type d'organisation, puisqu'il a formulé un ensemble de concepts en mesure de relier de tels éléments isolés [102]. Une de ses idées majeure concerne le principe dit dialogique, par lequel des éléments de connaissances peuvent à la fois être complémentaires et antagonistes, à l'image de la culture européenne, assemblage complexe né de la dualité de son héritage judéo-chrétien et gréco-romain. Nous défendons ici une médecine holistique fondée sur une volonté de compréhension globale des individus, celle-ci tient lieu d'une forme de pensée complexe où le sujet malade n'est pas réduit à une somme statique des composants morcelés, mais bien au contraire se trouve considéré dans une vision dynamique et unifiée de son être.

### ***La tectonique des plaques***

Apposer une étiquette potentiellement infondée sur un trouble met en lumière différents problèmes quant au respect de la parole du sujet malade. Ainsi, la philosophe britannique Miranda Fricker a désigné sous le terme d'injustice épistémique la remise en cause des capacités d'un individu ou d'un groupe d'individus à produire des connaissances lors de ses prises de parole [103]. Il est question ici du manque de crédit accordé à tout ou partie du discours de certaines personnes dont l'on suppose, par préjugé, l'absence de compétence donc l'absence de

légitimité à partager son point de vue propre. Ce cas de figure peut se retrouver dans une relation de soin engageant un professionnel de santé dont le postulat serait précisément, et pour ces raisons, de ne pas prendre en considération la parole du patient en tant que sujet dépositaire d'un savoir utile à l'examen de sa situation.

L'individu peut-il se penser lui-même ? Le cas échéant, quelle valeur accorder au savoir qui est le sien ? Voilà en substance le fond du sujet. Les phénomènes d'ostracisme induits par les soins ont été décrits à de multiples reprises, à travers notamment la théorie dite de l'étiquetage puis celle dite de l'étiquetage modifié, s'intéressant au sentiment de stigmatisation. Cette problématique a été étudiée, sur la base de témoignages de patients, à partir des années quatre-vingt. Des chercheurs ont ainsi pu mettre en exergue le sentiment de rejet né de l'étiquetage diagnostique [104]. Michel Foucault a également analysé ce type de manifestations par lesquelles l'individu aliéné, supposé dépourvu du discernement, de la conscience ou de l'acuité nécessaire à une quelconque interprétation de son expérience, peut se retrouver assujéti à une position de soumission au discours médical dominant. Ainsi, au sein d'un monde performatif, la figure de l'aliéné peut être vue comme une façon systémique de faire taire les revendications de soins, longues et coûteuses, des patients aux symptômes médicalement inexplicables. Les violences structurelles décrites par Foucault peuvent être lues via le prisme social de la peur, véhiculée par la maladie mentale ou par l'institution psychiatrique elle-même. Outre les préjugés directement attribués à la maladie, il convient en effet de ne pas sous-évaluer par ailleurs la violence produite par certaines pratiques au sein même des établissements de soin, pratiques dénoncées par la convention onusienne relative aux Droits des Personnes Handicapées [105].

D'un point de vue structurel relatif à notre système de santé, la violence potentiellement subie par les patients peut aussi, en partie, être considérée comme la résultante d'une tension insoutenable, fondée par l'ensemble de la médecine autour du vœu pieu d'union des doctrines liant psyché et soma.

Eu égard à ses spécificités épistémologiques, la psychiatrie demeure, depuis sa séparation du reste de la médecine, une spécialité au statut singulier. Si la séparation opérée après les événements de mai 68 fut le fruit du besoin essentiel d'accueil et d'écoute du malade comme sujet pensant (ce qui était et demeure une avancée majeure des soins au bénéfice des patients), la science médicale et ses observateurs n'ont pourtant, depuis, cessé de récuser la légitimité des pratiques psychiatriques. La pression matérialiste, mue par l'essor des neurosciences, tend à désavouer la subjectivité des sciences de l'esprit au profit du projet d'objectivité des sciences de la nature.

Certains discours, voués à l'orthodoxie scientiste, raillent l'absence de biologie propre aux soins psychiques, reléguant ces derniers à une ère supposément pré-pastorienne incapable de produire son lot de diagnostics positifs par l'avènement de marqueurs stables, une ère dont le désaveu porté trouve usage. La psychiatrie, notamment en raison de son statut singulier a, en effet, pu devenir cette boîte de Pandore où l'ensemble des cliniciens dits organiciens semblent autorisés à déposer le contenu de leur ignorance, laissant aux psychiatres tant décriés le soin d'étiqueter, par le sens, les troubles qu'ils n'ont pas su ou pas pu désigner. Ainsi naissent les diagnostics dits d'élimination pour lesquels toute cause somatique ou toxique doit avoir été préalablement écartée.

Il y a là plus qu'un paradoxe, plus qu'une ambivalence, plus qu'une perversion de système, plus qu'une facilité de pratique ou qu'un non-sens médiocre. Il y a là l'objet cristallisé de tout le tourment médical : le fantasme accordé à l'illusion de toute puissance.

Supposant la connaissance *in extenso* de tout supposé corpus extra psychiatrique qu'elle doit, par définition, être en mesure de supporter, la construction du diagnostic d'élimination semble sinon une imposture, à tout le moins un confortable artifice allégorique des objets méconnus de notre science.

Certains troubles du corps trouvent leur genèse dans une douleur de l'esprit, une émotion abîmée, un souvenir impossible à exposer au dehors de soi. Ces cas de figure, nombreux, embrassent leur plein accompagnement dans l'écoute et le travail de conscience. Mais il est aussi d'autres cas de figure, d'autres vies humaines malmenées sans que l'on ne comprenne pourquoi et sans, pourtant, que l'esprit n'y préfigure un quelconque déterminisme initial. Ce sont de ces cas précisément qu'est né le présent travail. Ce sont de ces cas porteurs de nos ignorances, de nos frustrations, de notre inaptitude à pouvoir aider, du reflet de notre insolence parfois, que nous souhaitons parler. Ces cas ne doivent pas être tenus pour ce qu'ils ne sont pas, pas plus que la psychiatrie ne doit être instrumentalisée par le reste de la médecine comme un réceptacle barbare à double titre, celui de la brutalité subie par les malades dont l'esprit ne réclame pas le soin, celui du discrédit obscène jeté sur un pan précieux et nécessaire de la médecine par le seul mouvement de confondre sans distinction les véritables plaies psychiques et le morne contenu de notre méconnaissance poussée à l'impéritie.

Rejetant toute idéologie réductrice, nous souscrivons à l'acceptation d'un espace couvrant à la fois le positivisme des sciences de la nature et la subjectivité des sciences humaines tournées vers l'écoute du sujet singulier, ce sans volonté de réduction de l'une à l'autre de ces propositions. Cette dichotomie incarnée des soins psychiques se retrouve dans la littérature. Selon Yannis Gansel, « la psychiatrie française moderne se situe, depuis sa naissance au début

du xix<sup>e</sup> siècle, dans une bipolarité épistémologique, c'est-à-dire dans un même cadre paradigmatique tendu entre deux logiques scientifiques distinctes. [...] Une ligne de partage logique distingue, dans l'aliénisme de Pinel, l'approche nosographique botaniste et le traitement moral compréhensif. Cette même ligne de partage sépare neurosciences et psychanalyse dans la psychiatrie contemporaine [106] ».

Ainsi, il devrait apparaître inconcevable pour un médecin de désigner une inclination vers les soins de l'esprit ou bien ceux du corps. Nous défendons avec ardeur la place de chaque apport probant au concours du soin, quelle qu'en soit l'origine, la méthode, l'école et le cheminement. Aucune hégémonie ne saurait, ni ne devrait, trouver sa place dans nos pratiques, pas plus que dans nos pensées. Nous œuvrons, pour notre part, à la pleine considération des multiplicités de vues et revendiquons la nécessité d'existence de répertoires d'aide polymorphes et mouvants, car l'existence n'est que mouvement et car l'usage statique d'une doctrine nous condamne à exclure du champ des possibles de précieux messagers à venir.

Pas plus qu'une science de l'écoute ne peut se fondre dans les codes normés du standard, les sciences du vivant, telles que la biologie ou la physique à l'échelle de la matière, ne sauraient emprunter les voies du tout subjectif. Sans doute avons-nous pour mandat d'œuvrer le mieux possible à l'expansion de nos propres champs de compétences, sans nous arroger le droit de préempter les territoires du soin qui nous sont étrangers, mais bien au contraire en conservant intacte et pérenne notre volonté de dialogue et d'échanges pour une charge commune : le bien de la personne qui réclame le soin.

Comme le synthétisait Wilhelm Dilthey, il est des phénomènes que l'on démontre et d'autres que, simplement, l'on accompagne.

« Nous expliquons la nature, nous comprenons la vie psychique [107] »

## Partie 3

### Perspectives et développements : la question de l'ignorance

#### ENJEUX EPISTEMIQUES

##### *Fécondité du vide*

Le savoir en sciences médicales comme ailleurs pose, d'un point de vue ontologique, la question de l'accès aux connaissances, mais aussi de la validité de celles-ci.

Concernant le problème du diagnostic, comment circonscrire les connaissances qui nous permettront d'apposer une étiquette sur un trouble puis d'en déduire une solution ? Comment mener les recherches ? La question du savoir impose la plus grande humilité puisqu'elle nous rappelle sans cesse à notre condition humaine, dotée de limites qu'il nous est sans doute naturel de vouloir dépasser mais que l'on ne peut annihiler pour autant, sous peine de les voir s'accroître davantage. Les diagnostics dits d'élimination, comme peuvent être considérés les diagnostics de troubles psychosomatiques et autres troubles connexes, supposent en théorie une connaissance exhaustive de la matière médicale, une omniscience paradoxale puisque l'on exclut précisément de cette supposée omniscience un contingent entier de troubles de nature inexplicée.

Ce paradoxe renvoie en partie au paradoxe de Ménon dans lequel Platon expose le dilemme posé par le problème même de la recherche, dilemme au cours duquel Socrate dit « Il n'est pas possible à l'homme de chercher ni ce qu'il sait, ni ce qu'il ne sait pas. Il ne saurait chercher ce qu'il sait, puisqu'il le sait, et qu'en ce cas, il n'a pas besoin de le chercher, ni ce qu'il ne sait pas par la raison qu'il ne sait même pas ce qu'il doit chercher [108] ». Voilà ainsi l'homme renvoyé, dans sa quête, aux limites de ses capacités comme à l'utilité de ses questions. Platon tranche le dilemme par la théorie du souvenir, la connaissance faisant écho aux réminiscences.

Que l'accès à la connaissance passe par la voie du souvenir ou par d'autres voies, il n'en demeure pas moins que l'inconnu habite considérablement nos vies et qu'il nous faut composer avec ce vide, un vide qui, en réalité, constitue le moteur du processus scientifique en cela qu'il déstabilise sans cesse les enseignements préétablis par une pression constante des données émergentes à la voie consciente. Il n'y a pas de savoir sans absence de savoir, et c'est

précisément de cet espace de l'absence que peuvent naître une réflexion nouvelle sur la santé humaine, et le dépassement d'une ambition nosologique rigide et illusoire englobant toute la médecine, celle du corps et de l'esprit.

### *De l'ignorance à la conscience, l'expérience*

La première étape de toute recherche de savoir réside dans la considération du non savoir, de l'incertitude ou du doute. Emmanuel Kant distingue l'ignorance savante, de l'ignorance vulgaire. Si la première concerne « celui qui voit distinctement les limites de la connaissance, par conséquent le champ de l'ignorance, à partir d'où il commence à s'étendre »; la seconde demeure *a contrario* propre à « celui qui est ignorant sans apercevoir les raisons des limites de l'ignorance et sans s'en inquiéter [109] ».

Kant dit ainsi de l'homme en proie à l'ignorance vulgaire qu'il « ne sait même pas qu'il ne sait rien. Car il est impossible d'avoir la représentation de son ignorance autrement que par la science ». Le terme de science étant ici à considérer sous l'angle de la philosophie vue comme entreprise de conscience, puisque c'est précisément la conscience portée sur notre ignorance qui nous offre la possibilité d'en réduire le poids.

La philosophie kantienne s'inscrit ainsi de plein droit dans le propos médical, puisque la pratique de la médecine appelle chaque jour à cette question de philosophie générale : que sommes-nous en mesure de connaître ? L'aveu d'ignorance, et au-delà plus encore l'affirmation d'une inaptitude à l'omniscience, devrait inonder et éclairer la pratique de tout médecin garant d'actes justes. Nous soutenons, comme Kant, l'idée d'une modélisation et d'une lecture des idées par notre entendement propre, l'entendement étant à considérer comme le contenant, la forme, de ce que notre esprit est en capacité d'admettre à un temps donné selon la « circonspection du jugement averti par l'expérience » [ibid]. Rien de ce que nous percevons n'est le strict égal de la réalité, celle-ci ne s'achemine et ne se livre à nous qu'aux travers de perceptions, d'expériences, contenant leur part de distorsion et de codage uniques à notre être, mais également déterminés par l'espace-temps, la culture et la civilisation que nous traversons et partageons avec nos congénères. Cette notion d'expérience porteuse de savoir, en opposition à la spéculation porteuse de théorie, est une notion qui a été et demeure valorisée par nombre de penseurs et chercheurs. Albert Einstein le dit implacablement lorsqu'il affirme « la connaissance s'acquiert par l'expérience, tout le reste n'est que de l'information ».

Nietzsche y fait également référence lorsqu'il lie la connaissance philosophique profonde au vécu du philosophe et non à sa seule abstraction. « Qu'est-ce qui nous pousse à considérer tous les philosophes d'un œil à demi méfiant, à demi ironique ? [...] Ils se donnent tous pour des gens qui se seraient haussés jusqu'à leurs opinions propres par l'exercice spontané d'une dialectique froide, pure et divinement sereine [...] alors qu'ils ne font que défendre, avec des arguments découverts après coup, quelque thèse arbitraire, quelque idée gratuite, une "intuition" quelconque, ou encore, le plus souvent, quelque vœu de leur cœur, qu'ils ont fait passer préalablement au crible de l'abstraction. Ce sont tous des avocats sans le savoir, et par surcroît des avocats de leurs préjugés, qu'ils baptisent "vérités"; ils sont très éloignés de ce courage de la conscience qui s'avoue ce qu'il en est [...] Peu à peu j'ai appris à discerner ce que toute grande philosophie a été jusqu'à ce jour : la confession de son auteur, des sortes de mémoires involontaires et qui n'étaient pas pris pour tels [110] ». Cette défense du savoir authentique, forgé dans l'incarnation d'une existence vécue, fut elle une existence en proie à la maladie, se retrouve encore dans le Gai Savoir « seule la grande douleur, cette longue et lente douleur qui prend son temps, où nous nous consumons en quelque sorte comme brûlés au bois vert, nous contraint, nous autres philosophes, à descendre dans nos dernières profondeurs et à nous débarrasser de tout bien-être, de toute demi-teinte, de toute douceur, de tout moyen terme, où nous avons peut-être mis précédemment notre humanité [111] ». C'est la douleur de l'expérience, nue de tout artifice, qui est ici à l'origine du mouvement vers la rencontre de soi, l'essence de soi comme un savoir du procédé vécu.

### *La créativité ou l'éloge de la pensée divergente*

Si la norme peut constituer un cadre propice à développer certains schémas cognitifs, il est à considérer que la norme peut également constituer un obstacle à la pensée. Le recours à l'EBM pose la question du cadre normatif dans l'accès au savoir mais également dans l'exploitation des connaissances. A contrario de la pensée dite convergente, la pensée dite divergente ne relève pas d'un processus normé [112]. Il est ici question d'un élan de pensée spontané, non linéaire, ne suivant aucune structure logique apparente, ne répondant à aucune règle de conformité pré requise et sous tendu par des connexions neuronales complexes intéressant non pas uniquement l'hémisphère droit - considéré comme l'hémisphère supposément créatif - mais intéressant bien conjointement les deux hémisphères cérébraux de

manière dynamique. Il est à noter que la pensée divergente, dont l'imagination est en partie le fruit, existe chez chacun d'entre nous de manière naturelle dès l'enfance et qu'elle se développe ou au contraire se réprime et s'amende en fonction notamment de notre éducation. Bien que les deux formes de pensées soient utiles et complémentaires, la plupart des systèmes éducatifs privilégient une approche linéaire du raisonnement. Cette approche s'inscrit dans un mode de pensée convergent plaçant la logique au centre d'un processus cognitif procédant par étapes réflexives, déductives, à même d'être énoncées, et aboutissant à un résultat unique évaluable par le corps enseignant. La pensée divergente demeure pourtant source de créativité constante tous domaines confondus, la médecine ne faisant nullement l'objet d'une exception en la matière.

On peut, entre autres exemples, citer celui de l'immunologiste danois Niels Kaj Jerne ayant reçu le prix Nobel de médecine en 1984 pour sa théorie dite du réseau idiotypique et ayant déclaré s'être inspiré du modèle génératif du linguiste Noam Chomsky dans l'élaboration de ses travaux [113,114]. Contrairement à la théorie de l'instruction de Linus Pauling, présentant l'antigène comme un agent actif participant à la transformation des molécules de globulines passives en anticorps, la théorie de Jerne postule l'existence d'anticorps spécifiques déjà préformés au sein de l'organisme ; l'antigène, simple perturbateur extérieur, tenant alors une fonction de sélection passive dans un système illimité autorégulé de l'intérieur. Suivant un mode de pensée divergent, transdisciplinaire et original, Jerne a tissé des liens d'analogies et de correspondances libres entre articulations des structures protéiques au sein du système immunitaire et articulations des structures grammaticales au sein du modèle génératif de Chomsky, modèle faisant l'hypothèse d'une capacité innée d'acquisition du langage, présupposant là aussi une forme de régulation internalisée du système. Ce mode de pensée, transversal et intuitif, se nourrit ainsi des connexions ou résonances perçues entre plusieurs sujets d'apparence non reliés. Il trouve à la fois sa source dans une curiosité pour différents domaines de connaissances, une capacité de flexibilité dans l'élaboration des concepts ainsi que l'absence d'attachement à des théories de nature conformiste. On retrouve à cet égard, chez Jerne, un parcours de vie nourri de nombreuses activités extra scientifiques ayant pu contribuer à une vision plus large du réel qu'une perception conditionnée par son seul domaine d'expertise ou un niveau d'expérience plus restreint [115]. Réfléchir aux applications concrètes de l'EBM, ou au contraire aux éléments de connaissance non accessibles à ce modèle, pose plus largement la question du maniement des données via un cadre méthodique restrictif puisque codifié. Le sujet de notre étude porte sur la validité diagnostique d'une catégorie nosologique donnée au regard des preuves édictées par un certain type de lecture de la médecine. Nous souhaitons,



dans cette discussion, ouvrir la question de la méthode en science, et plus avant de la méthode au sens large. La créativité, voie d'accès possible à la connaissance, a-t-elle, *in fine*, besoin de méthode ?

Paul Feyerabend avait répondu par l'infirmatif. « La connaissance ainsi conçue n'est pas une série de théories cohérentes qui convergent vers une conception idéale ; ce n'est pas une marche progressive vers la vérité. C'est plutôt un océan toujours plus vaste d'alternatives mutuellement incompatibles (et peut-être même incommensurables) ; chaque théorie singulière, chaque conte de fées, chaque mythe faisant partie de la collection force les autres à une plus grande souplesse, tout en contribuant, par le biais de cette rivalité, au développement de notre conscience. Rien n'est jamais fixé, aucune conception ne peut être omise d'une analyse complète [...] Experts et profanes, professionnels et dilettantes, fanatiques de la vérité et menteurs – tous sont invités à participer au débat et à apporter leur contribution à l'enrichissement de notre culture [116] ». Nous rejoignons pleinement cette assertion et observons qu'il est, *a minima*, légitime en médecine de se poser la question du fondement de la méthode lorsque l'on considère l'extrême complexité du cerveau humain et l'infinité des potentialités cognitives singulières à chaque individu. Daniel Tammet, auteur et traducteur, doué d'hypermnésie, communément considéré comme génie des langues et des chiffres, également connu en raison du syndrome d'Asperger qui est le sien, livre un témoignage personnel tout à fait éclairant de la diversité que peuvent revêtir nos mondes cognitifs propres. Le sien demeure, entre autres choses, habité de chiffres dotés de couleurs, de formes ou de sons, ce en raison d'un phénomène neurologique appelé synesthésie, par lequel plusieurs sens sont associés au sein de combinaisons de perceptions durables et non ancrées dans la norme [117]. L'auteur, présentant un syndrome dit « syndrome savant », est ainsi capable de livrer des performances *stricto sensu* hors normes, comme réciter les 22 514 premières décimales du chiffre  $\pi$  (Pi) en un peu plus de cinq heures, apprendre le finnois en une semaine ou encore résoudre des équations complexes en quelques secondes, ce sans suivre aucun schéma de pensée logique qu'il puisse être possible de décomposer par étapes. Aux antipodes de toute méthodologie reproductible, tangible ou mesurable, Daniel Tammet traduit son rapport aux chiffres par une dialectique plus proche de la poésie que de l'arithmétique académique. « Quand je regarde une suite de nombres, ma tête se remplit de couleurs, de formes, et de textures qui s'accordent spontanément entre elles pour former des paysages [...] Le nombre 1, par exemple, est d'un blanc brillant et éclatant, comme quelqu'un qui dirige le faisceau d'une lampe torche directement dans mes yeux. Cinq est un coup de tonnerre ou le son des vagues qui se brisent sur les rochers. 37 est grumeleux comme du

porridge, alors que 89 me rappelle la neige qui tombe [...] Selon les opérations, les formes diffèrent. De même, selon les nombres, j'éprouve des sensations et des sentiments distincts. Lorsque je multiplie par 11, je vois toujours des chiffres qui dégringolent dans ma tête. » Cette synesthésie est ainsi si complexe qu'elle permet à l'auteur un encodage numérique inédit extrêmement sophistiqué, notamment vis-à-vis de la reconnaissance immédiate des nombres premiers « Je suis né le 31 janvier 1979. Un mercredi. Je le sais parce que dans mon esprit, le 31 janvier 1979 est bleu. Les mercredis sont toujours bleus, de même que le nombre 9 ou le bruit d'une dispute. J'aime la date de mon anniversaire parce que lorsque je visualise les nombres qui la composent, je vois leurs formes lisses et rondes, comme des galets sur une plage. Il s'agit de nombres premiers, 31, 19, 197, 97, 79 et 1979 qui ne sont divisibles que par eux-mêmes et par 1. Cette impression immédiate de « galet » me permet de reconnaître chaque nombre premier, jusqu'à 9 973. C'est ainsi que mon cerveau fonctionne [ibid] ».

L'on pourrait élaborer de multiples théories au sujet des aptitudes cognitives sus-citées ou bien des difficultés en termes d'interactions sociales d'un individu atteint du syndrome d'Asperger. L'on pourrait s'interroger sur le fait que l'épilepsie, en particulier temporale, semble plus fréquemment retrouvée chez les enfants souffrant d'autisme que dans le reste de la population pédiatrique, tenter d'y déceler un lien à l'émergence de la synesthésie et là aussi échafauder des théories [118,119]. Oui, tout cela et bien d'autres éléments pourraient être effectivement étudiés, il n'en demeure pas moins que l'expérience d'un homme comme celle de Daniel Tammet ne peut que faire imploser à elle seule toute hypothétique loi générale, une et immuable, en matière de fonctionnement humain. L'auteur livre d'ailleurs une définition imagée parfaitement fidèle d'un point de vue des neurosciences, de ce que peut être la pensée divergente. « A l'inverse des machines, certains cerveaux ne suivent pas une réflexion étape par étape; ils puisent leur inspiration dans une sorte de chaos merveilleux et déchaîné qui extirpe les informations de partout dans l'esprit pour arriver à des résultats à nous couper le souffle [120] ».

Considérer l'accès au savoir comme une voie normée constituée à n'en pas douter un point de vue hautement réductionniste, caricatural au sens premier et passablement rudimentaire. Une telle vision ne peut qu'être constitutive d'un appauvrissement patent de notre capacité de considération du réel.

## ENJEUX ETHIQUES

### *Malfaisance et déni d'ignorance*

Nous souhaitons ici attirer l'attention du lecteur sur l'impact péjoratif des diagnostics établis sans preuves suffisantes, ce à de multiples égards, allant de la perte de chance directe au risque de surmédicalisation et de iatrogénie\*, en passant également par différentes formes de violences structurelles notamment en lien avec le crédit et la place accordés à la parole du patient.

S'il est évident qu'apposer une étiquette erronée sur un trouble peut entraîner pour le sujet concerné le défaut d'opportunité de recourir aux soins appropriés, la maladie pouvant par ailleurs s'aggraver faute d'être traitée, il est tout aussi évident de prendre en considération les dommages directs ou indirects causés par de potentiels traitements engagés à mauvais escient. Pour le malade ne bénéficiant pas de soins adéquats, peuvent s'ajouter aux préjudices physiques et psychiques une incapacité de travailler ou de satisfaire aux obligations familiales et sociales qui sont les siennes, ceci entraînant de multiples difficultés. Il est à noter que la perte de chance, consacrée par la Cour de cassation dans un arrêt du 18 mars 1975, représente dans ce cas de figure à la fois « la privation d'une probabilité raisonnable » de la survenue d'un événement favorable » (en l'espèce la mise en œuvre du traitement approprié) mais aussi « l'absence de survenue d'un événement défavorable » (que peut ici constituer tout acte médical inapproprié entraînant des conséquences préjudiciables). Le principe juridique de perte de chance rejoint, d'un point de vue éthique et déontologique, la locution *Primum non nocere*, principe de prudence imputable à tout médecin et sanctionnant, avant tout soin, la primauté du devoir de ne pas nuire.

Il est naturel, lorsque l'on tente de comprendre un phénomène pathologique inconnu, de formuler des hypothèses et spéculer sur leur validité. Mais nulle spéculation, fut elle sophistiquée, ne peut être réductible à la preuve. Livrer à un individu un diagnostic non étayé ne saurait en aucun cas constituer un acte anodin. Il convient ainsi, parmi les événements défavorables sus cités, de considérer avec la plus grande circonspection le préjudice potentiellement induit par un diagnostic spéculatif porteur pour le malade ou ses proches de stigmatisation ou de culpabilité infondées. L'exemple de l'autisme, ayant conduit à la théorie dite des « mères réfrigérateurs » spéculée par Léo Kanner à la fin des années quarante aux Etats Unis, puis promue par Bruno Bettelheim dans les années soixante, constitue une illustration manifeste de ce type de préjudice. Eu égard à leur affectivité supposément déficitaire, cette

théorie tenait les parents, et tout particulièrement la mère, pour responsables des troubles développementaux de leur enfant [121,122]. Selon cette doctrine, il était donc d'usage thérapeutique d'envoyer les jeunes enfants autistes dans des centres de vie loin de leur famille, ce sans bénéfice objectif, leur faisant de fait subir une carence affective cette fois bien réelle. Dans ce cas, le préjudice est à la fois de nature physique puisque l'enfant ne bénéficiait pas de soins probants, mais aussi de nature psychologique puisque de lourds dommages étaient portés aux relations familiales, ce par pure spéculation.

Plus récemment, on peut également évoquer l'exemple de l'endométriose dont la variabilité de prévalence selon les études (2 à 74 % chez les femmes présentant des algies pelviennes chroniques, plus de 33% en cas d'algies pelviennes aiguës) souligne bien les difficultés diagnostiques. Pourtant évoquée depuis environ trente ans dans la littérature scientifique et probablement connue depuis l'Antiquité et le Corpus hippocratique, l'endométriose accuse toujours un retard diagnostique majeur (actuellement estimé entre huit à dix ans en moyenne en France d'après les sources de l'assurance maladie) et demeure de fait substantiellement sous diagnostiquée, reléguant encore ainsi de trop nombreuses femmes à une errance diagnostique préjudiciable à bien des titres [123-125]. De la banalisation de leurs douleurs à la dénégation de l'existence réelle des troubles ou à l'octroi d'un diagnostic d'ordre psychosomatique ou fonctionnel, le constat d'échec peut également inclure une absence de prise en charge des troubles sexuels et des problèmes de fertilité. Bien que la physiopathologie demeure insuffisamment étayée, les lésions, elles, sont désormais bien décrites grâce à l'imagerie. On distingue ainsi l'endométriose superficielle ou péritonéale, l'endométriome ovarien et l'endométriose pelvienne profonde sous péritonéale fréquemment multifocale pour laquelle on peut retrouver des zones d'endomètre ectopique au niveau des ligaments utérosacrés, du cul de sac vaginal postérieur, de la vessie, des uretères ou encore du tube digestif [126, 127]. L'endométriose reçoit d'autant plus facilement le diagnostic de trouble psychosomatique ou de trouble fonctionnel que les abus sexuels seraient plus fréquemment retrouvés à l'interrogatoire, mais ce point est discutable [128]. Compte tenu des sous déclarations spontanées de ce type d'abus dans la population générale, on peut en effet s'interroger sur le biais déclaratif concernant des femmes faisant l'objet d'une consultation gynécologique et à qui l'on demandera expressément si elles ont subi de tels abus, en recherchant exhaustivement leurs antécédents [129]. Par ailleurs, même si une sur incidence d'abus sexuels s'avérait effectivement exacte chez les patientes souffrant d'endométriose, et même si alors il serait licite de spéculer sur la portée possible de possibles conflits psychiques post traumatiques, cet élément ne saurait désigner à lui seul le mécanisme physiopathologique de survenue des

troubles, pas plus qu'il n'exonèrerait les patientes les plus sévèrement atteintes de devoir subir un traitement chirurgical d'exérèse du tissu endométrial ectopique. Cet exemple nous offre à réfléchir sur la validité des éléments de preuve et sur la nécessité de ne pas tirer de conclusion hâtive en interprétant partiellement les données, le pivot thérapeutique devant demeurer inscrit dans le plus de factualité possible.

### *Autonomie réciproque*

La pratique du soin convoque la recherche d'alliance thérapeutique et la mise en avant du principe éthique de bienfaisance. Nous n'avons pas choisi de traiter ici l'éthique due aux patients à travers la bienfaisance ou la bienveillance, terme parfois galvaudé, plus communément employé en pratique courante. Aucun soignant ne se réclamerait d'une médecine n'appelant pas à ce principe, mais nous souhaitons ici nous attarder sur un autre élément de bonne marche du soin, un élément constitutif du socle sans lequel la bienfaisance serait compromise, et dont la construction n'est sans doute pas mesurée à sa juste portée, celui de l'autonomie du patient. Attendu que le processus diagnostique constitue fréquemment un idéal type en construction, attendu que les preuves demeurent souvent en partie lacunaires, attendu en conséquence que l'entreprise diagnostique préfigure un procédé à très haut risque d'erreurs, nous postulons l'hypothèse que la pleine autonomie du patient constitue dans ce contexte d'incertitude un essentiel et puissant gage de sécurité à la pratique du soin. Qu'il s'agisse de la manière de nommer les troubles ou de celle de vouloir les circonscrire, la perception et la volonté du patient doivent rester un référentiel fondamental et souverain. Or, selon la déclaration universelle des droits de l'Homme, il nous semble qu'en raison de son caractère inaliénable, il n'appartient pas au médecin ni à quiconque, d'accorder ou refuser au malade, le droit à disposer de lui-même [130]. Dès lors, si l'autonomie est acquise à tous de plein droit dès la naissance, comme peuvent l'être la liberté de conscience ou bien celle d'aller et venir, pourquoi alors enseigner au médecin l'autonomie du malade comme un principe vers lequel tendre, et l'enjoindre à y parvenir ? Ceci illustre toute la difficulté d'application de ce principe, pourtant irrévocablement universel, dans la sphère du soin. La bienfaisance ou la malfaisance réfèrent empiriquement aux actes du médecin, en cela que ces derniers induisent de manière directe l'une ou l'autre de ces conséquences. L'autonomie, ainsi placée parmi ces principes déontologiques tributaires de la pratique, laisse à penser qu'elle réfère elle aussi aux actes du médecin, alors qu'il n'en est rien puisque par principe elle est acquise à l'individu de manière

indépendante et intrinsèque. Nul ne songerait à voir figurer parmi les principes éthiques imputables au médecin la défense de la liberté du malade mentionnée en ces termes, car la liberté pour tous est acquise. Mais si l'autonomie du malade est, dans les faits, elle aussi tributaire des actes du médecin, cela signifie qu'il existe des situations aux cours desquelles ces actes peuvent constituer une entrave à celle-ci. Parmi ces entraves figurent divers formes et degrés d'ingérence et de captation de la volonté du malade. Ceci correspond, par exemple, au mode d'exercice dit « paternaliste », un modèle encore pratiqué qui nous assigne à affirmer que l'ingérence n'est pas le soin. S'arroger le droit de penser l'autre à sa place constitue un assujettissement grave du patient, assujettissement dont l'émergence naît de l'effacement des frontières entre les individus que sont le soignant et le soigné. Le respect de ces individualités, et des volontés dont elles sont porteuses, suppose une réciprocité du principe d'autonomie. Or, le principe d'autonomie ne constitue en rien une assertion évidente dont le soignant serait dépositaire sans une authentique et profonde réflexion personnelle préalable. Lorsque l'on parle d'autonomie du médecin, il n'est pas ici question d'accès à l'auto-détermination ou au respect de sa volonté propre, comme il peut en être question pour le malade. Il est à considérer, pour le thérapeute, l'autonomie au sens de l'absence de porosité des trajectoires, l'absence de captation sur la volonté de son patient. La matière psychanalytique désignerait cette forme d'indépendance comme l'absence de projection du médecin à l'égard du malade. Il est en partie, en effet, question de cela car la problématique projective ne concerne assurément pas que le bénéficiaire du soin, elle concerne aussi son effecteur. Ainsi, l'autonomie participe nous semble-t-il, en premier lieu et par stricte nécessité, d'une démarche de conscience de la part du médecin en tant qu'individu, une démarche engageant son propre rapport à autrui, à lui-même et aux interactions le liant à l'autre dans l'acte de soin. Il est en effet courant de déceler chez les praticiens la projection sur le patient de leurs propres peurs ou besoin de contrôle. Nombreux sont, par exemple, les praticiens peu à l'aise avec la fin de vie, la souffrance ou le handicap, ce notamment en raison du phénomène projectif par lequel ces derniers se retrouvent en position de considérer leur propres incapacités, leur propre finitude ou bien celles de leurs proches. Décideur autoritaire mu par un épais besoin de contrôle, ou au contraire démissionnaire aculé par épuisement professionnel faute d'avoir circonscrit sa trajectoire de celles de ses patients, voilà deux postures parmi tant d'autres auxquelles peuvent être en proie le médecin, postures dépossédant le patient de son arbitrage ou l'abandonnant à sa souffrance sans accompagnement suffisant. Sans pour autant constituer un gage absolu d'évitement de ce type d'écueils, nous affirmons ici avec force que l'exercice de la médecine dans sa globalité requiert un solide examen de conscience de la part du médecin.

La distance dans le soin, voie d'accès et non hypothèque d'une fraternité possible, engage mesure et discernement, absence de projections et de recherche de gratification personnelle. Elle n'est possible qu'à travers l'autonomie du patient et l'autonomie du médecin, la première étant acquise lorsque la seconde suppose une construction consciente.

### ***De l'éthique à l'équité : l'agir***

Si la maladie constitue au sens strict l'expérience du mal, cette expérience et la nature de ce mal peuvent être lues d'innombrables façons. La médecine, aux cours des siècles et au gré des cultures, a pu considérer cette expression comme celle de forces spirituelles, de désordres biologiques, affectifs ou même karmiques. Il existe autant de prismes thérapeutiques qu'il existe de concepts concernant la genèse de la pathologie. Ainsi, la maladie demeure un défi à la médecine, mais également à la philosophie, à l'anthropologie, à la théologie ou simplement à la conscience humaine et à l'entendement. Comment, dès lors, agir au vu de la multiplicité des hypothèses et des théories ? La connaissance pure est-elle la pierre angulaire de l'action ? Le principe de précaution, en l'absence de savoir total, préside-t-il à tout principe de réalité, parmi lequel celui du soigner ? Georges Canguilhem s'est interrogé au cours de son œuvre au sujet de cette question liant d'un côté la philosophie, science du penser, et de l'autre la médecine, science ou art de l'agir. Xavier Roth consacre un ouvrage au sujet de Georges Canguilhem et l'unité de l'expérience [131]. L'exégèse des travaux du philosophe devenu médecin donne lieu à rouvrir ce questionnement de l'agir légitime. « Comment unifier de manière satisfaisante les deux fonctions humaines de connaissance et d'action ? Faut-il admettre, à la suite d'Alain et de la philosophie réflexive, la subordination de l'agir au jugement ? Ou bien doit-on reconnaître, comme y incite l'examen normatif de l'activité technique, une forme d'irréductibilité de l'action à la connaissance objective ? » L'auteur rappelle que pour Canguilhem « l'unité de l'expérience n'est pas un *fait*, mais une *valeur* », point de vue que nous rejoignons et souhaitons éclairer ici du jour de la pensée antique.

Il n'est pas de loi, en matière de médecine, qui puisse de manière objective consacrer l'égalité devant la maladie, ou la justice devant le diagnostic. Devant les tribunaux, le médecin demeure d'ailleurs comptable d'une obligation de moyens et non de résultats. L'on pourra ainsi opposer au thérapeute une quête insuffisante vers la vérité, mais l'accès à la vérité elle-même comme finalité de la quête ne sera pas sanctionnée et ne pourra l'être, puisque rien ne garantit, le plus souvent, la justesse totale et objective des mots posés sur les maux. La construction

diagnostique tend dès lors à rejoindre, dans son procédé, le principe d'équité décrit par Aristote dans l'éthique à Nicomaque, principe de réalité correctif de la loi appliquée à tous, vue comme abstraite et normative, lorsque celle-ci « a manqué de statuer à cause de sa généralité [132] ». L'énoncé d'Aristote se voit applicable aux règles de la médecine puisque « la loi est toujours quelque chose de général [...] il y a des cas d'espèce pour lesquels il n'est pas possible de poser un énoncé général qui s'y applique avec rectitude [...] La faute [...] tient à la nature des choses, puisque par leur essence même la matière des choses de l'ordre pratique revêt ce caractère d'irrégularité ». Il en va ainsi du normal et du pathologique, une vaste et insoluble question des contours de l'irrégulier, ou du dévié de la norme lorsque la norme est désignée [96]. A défaut d'être juste au sens de la règle omnipotente, la recherche diagnostique se dessine donc en un processus incomplètement objectif tendant à l'équité. Le diagnostic équitable, pareil à la règle de plomb des constructions de Lesbos (la règle de l'équité) épouse les contours du singulier, donne sens aux cas particuliers et demeure le décret à la règle générale, le décret « *adapté aux faits* ».

En l'absence de connaissance totale, Platon expose ici la possibilité pour une société de choisir la voie de la sagesse, cette voie ouvrant celle du principe d'équité. Suivant ce chemin de pensée, l'entreprise diagnostique devient, en sus de son instabilité structurelle, constitutive d'un acte équitable à défaut de pouvoir se prétendre acte juste. A ce titre, le fait diagnostique, bien que tangible, rejoint davantage une valeur, valeur de mesure, dans l'intentionnalité éthique de sa construction.

## **ENJEUX DE CIVILISATION**

### ***Abdiquer toute volonté de pouvoir***

Le discours, y compris le discours médical, constitue un puissant vecteur de pouvoir. L'interaction du langage met en jeu les images sociales de chaque locuteur, créant parfois une dissymétrie importante entre les individus. Ainsi, l'image du médecin, et tout ce que celle-ci véhicule socialement, demeure un élément fondamental à considérer dans l'engagement au soin. Le jargon médical, par définition commun à un groupe restreint de locuteurs, constitue un exemple et une traduction de ce type de rapports de pouvoir où, par ailleurs, la domination peut tout aussi bien s'exercer de manière implicite qu'explicite. Pierre Bourdieu fait à cet égard



l'hypothèse d'une action inscrite dans le langage même, au-delà du codage purement informationnel, une action vue comme produit social (donc politique) de multiples éléments convergents en un signifiant précis à destination du récepteur. Selon Pierre Bourdieu, l'individu se socialise dans un système auquel il appartient et dont il partage les codes, mais dont il se distingue également par sa propre singularité, elle-même fruit d'une multitude de déterminismes tissés dès l'enfance. Cette structuration propre du sujet donne naissance à ce que le sociologue nomme l'*habitus*, terme désignant ainsi l'ensemble des dispositions codifiées caractérisant une personne. Ce terreau individuel qu'est l'*habitus* s'inscrit en résonnance ou en opposition avec les *habitus* des autres individus, ce via notamment les interactions langagières, verbales, et non verbales. « Tout permet de supposer que les instructions les plus déterminantes pour la construction de l'*habitus* se transmettent sans passer par le langage et par la conscience, au travers des suggestions qui sont inscrites dans les aspects les plus insignifiants en apparence des choses, des situations ou des pratiques de l'existence ordinaire : ainsi, la modalité des pratiques, les manières de regarder, de se tenir, de garder le silence, ou même de parler [...] sont chargées d'injonctions qui ne sont si puissantes, si difficiles à révoquer, que parce qu'elles sont silencieuses et insidieuses, insistantes et insinuanes [...] les actions ou les paroles les plus anodines sont désormais aperçues dans leur vérité d'injonctions, d'intimidations, de mises en demeure, de mises en garde, de menaces, et dénoncées comme telles avec d'autant plus de violence qu'elles continuent à agir en deçà de la conscience et de la révolte même qu'elles suscitent [133] ». Nous souhaitons ici défendre la place d'une civilisation encline à déjouer la violence structurelle des interactions, tant dans le plan individuel que dans le plan institutionnel. Pour cela, un premier pas incombe au médecin. Il consiste à reconnaître ces dispositions de pouvoir inhérentes au langage, non par simple curiosité intellectuelle mais bien au contraire dans un réel mouvement de compréhension qui appelle à les circonscrire.

Pierre Bourdieu précise son propos en élargissant la problématique des dynamiques de groupes au cas des institutions, propos que l'on peut dès lors appliquer à l'institution médicale. « L'usage du langage, c'est-à-dire aussi bien la manière que la matière du discours, dépend de la position sociale du locuteur qui commande l'accès qu'il peut avoir à la langue de l'institution, à la parole officielle, orthodoxe, légitime ». S'il est possible pour un médecin, en tant qu'individu, de se vivre l'égal du patient, sans consentir ou participer à tout rapport de domination, il est plus difficile d'aplanir une domination institutionnelle, celle-ci ne relevant, de fait, pas du seul individu. Mais nous croyons que l'individu, composite de l'institution, joue sa part d'infléchissement et d'influence, part que nous défendons dans le présent travail.

Nous postulons, en effet, notre devoir de reconnaissance de l'altérité établie dans un rapport horizontal dénué de hiérarchisation des individus. Car c'est par cette position seule que les rapports de domination conscients ou non, du médecin à l'égard du malade, peuvent se dissoudre ; car, en outre, il est à considérer sans détours que l'instrumentalisation du savoir ne soigne pas, pas plus que le pouvoir exercé sur un individu ne peut l'alléger du moindre trouble. L'image du médecin a revêtu, à tort et à raison, bien des statuts au cours des siècles, celui du savant, du bourgeois, de l'érudit, du notable, de l'imposteur, du philanthrope ou encore de l'humaniste. Déconstruisons ces images pour vivre l'expérience d'une égalité de condition remplaçant le médecin comme homme parmi les hommes. Abdiqons le pouvoir artificiel dont nous croyons être pourvus, dont nous usons ou sur lequel nous plaçons notre assise si tel est le cas. Vivons-nous vulnérables comme nos congénères le sont, car nous le sommes. Vivons-nous faillibles comme nos congénères le sont, car nous le sommes. Vivons-nous dans la vérité de notre condition humaine, dépossédés de toute vanité inutile, lourde, humiliante à autrui comme à soi-même, grotesque et vile. Ne prétendons pas une égalité de condition, vivons la, car sans conscience existentielle de cet état de fait, tout en nous trahirait une imposture de discours. Ainsi délestés de ces oripeaux obsolètes, découvrons le savoir, modeste et fragile, sans autre prétention que celle d'en faire usage comme le veut le serment prêté au père de la médecine. Partageons-le, en premier lieu à celui que le trouble contraint, à celui à qui il serait utile. Partageons-le. Humbles dépositaires de science et de lacunes, ne soyons mandarins de personne, respectons les mouvances du savoir qui prend vie puis se dissout. Tachons de porter compréhension à ses récipiendaires comme à ses auteurs. Critiquons avec sens, nos pratiques en premier lieu, et, au-delà de toutes considérations, gardons la parole du malade comme principe de vérité premier, car c'est en ce point cardinal que réside la légitimité la plus fondamentale qui soit, celle de celui qui formule la demande de secours à la communauté des hommes, et en porte le poids.

Nous nous joignons profondément à Paul Ricoeur quant à la légitimité de tous de pouvoir s'approprier la maladie, « ce fond ténébreux », mais aussi la matière médicale auréolée de son spectre de mystères et d'incertitudes. « Parler de guérison, c'est parler de maladie. Or peut-on parler de maladie si l'on n'est ni médecin, ni psychiatre, ni psychanalyste ? Je le crois volontiers. Les notions de trauma ou de traumatisme, de blessure et de vulnérabilité, appartiennent à la conscience commune et au discours ordinaire [134] ».

Penser une relation non verticale à l'autre, une relation non soumise au rapport de force, constitue un plébiscite humaniste ouvrant la voie aux dimensions de solidarité et de fraternité à l'échelle civilisationnelle humaine. Mais, en réalité, d'un point de vue des sciences biologiques,

on ne peut penser l'humain sans penser le reste du vivant, et cela suppose le même type de considérations non hiérarchisées. Bien au contraire, c'est en pensant l'ensemble du vivant dans un rapport de cohésion et d'interdépendance que s'ouvrent bien des champs de perception en matière de sciences, y compris en sciences médicales. C'est par une telle vision que la médecine peut être considérée comme écologique au sens strict, une science où l'homme se place empiriquement comme simple microcosme parmi d'autres, un écosystème au sein d'autres écosystèmes plus vastes que lui, un écosystème abritant de microscopiques et innombrables populations dont il tire sa subsistance ou sa perte.

L'anthropocentrisme, de même que l'hégémonie portée à autrui, constitue une limitation cognitive de perception du vivant, un vivant dont la connaissance globale ne peut faire l'économie du hors soi perçu dans toute sa complexité.

### ***Le manteau et l'humilité***

L'humilité, en ce qu'elle nous rapproche étymologiquement du sol, par l'*humus*, nous rapproche de nos semblables, par nature. C'est dans cette quête du semblable, littéralement celui qui nous ressemble, cette recherche dépouillée d'ornement, que l'espace du soin s'ouvre. Le malade, bien au-delà d'une qualification par son seul trouble, ne saurait être considéré autrement que sous le jour d'un être humain intègre, indivisible, porteur d'une histoire, d'une tradition, d'un langage et de symboles propres. Il n'est pas un objet inanimé, dépourvu d'émotion ou d'opinion, il n'est pas une page blanche ni un réceptacle. Il est à lui seul un monde dont les tentatives d'approche ne peuvent être qu'entreprise d'humilité, ce que l'on perçoit d'un être ne correspondant jamais plus qu'à la représentation que l'on se fait de ce monde. Au-delà de ces représentations subsisteront toujours écarts et erreurs.

L'humilité en pratique médicale en appelle au socratisme, la posture de Socrate étant celle d'un homme se présentant comme celui qui ouvre simplement la voie pour autrui de prendre soin de lui-même par lui-même. Il n'est pas ici question de déposséder autrui de sa propre souveraineté à l'égard de son existence, pas même d'agir si ce n'est par le *logos*. Il est ici question, par ce que l'on a nommé maïeutique, d'accoucher les esprits, de les amener à une forme d'éveil, à se regarder eux-mêmes puis, forts de cette mise en lumière, de prendre soin d'eux-mêmes. Michel Foucault, dans son cours au Collège de France intitulé « herméneutique du sujet » livre une analyse combinée de la notion grecque du souci de soi (*epimeleia heautou*) promue par Socrate à la notion du « connais-toi toi-même » (*gnôthi seauton* en grec ancien), célèbre maxime inscrite

au fronton du temple de Delphes [135]. Il postule l'hypothèse que le principe de connaissance de soi s'inscrit dans un lien de subordination au principe du souci de soi qui constitue la règle première. Le connais-toi toi-même apparaîtrait ainsi « comme une des formes, comme une des conséquences, comme une sorte d'application concrète, précise et particulière, de la règle générale » qui est de ne pas se négliger et d'œuvrer à l'exercice de conscience pour son propre compte. Foucault insiste sur le caractère fondamental de ce principe de souci de soi qui aurait majoritairement accompagné la philosophie des cultures grecque, hellénistique et romaine, citant à cet effet Platon, Sénèque, Epictète ou encore Épicure, ce dernier employant ainsi le verbe *therapeuein* pour désigner cette attention portée à la vérité de soi et dont la traduction qualifie notamment les soins au sens médical.

C'est ainsi de pleine tradition socratique que nous défendons la posture visant à placer autrui en position de trouver pour lui-même, et pour la communauté humaine, le meilleur de sa condition, y compris de sa condition physique et mentale. De cette humble position d'accoucheur naissent deux aspects concrets de la pratique médicale. Le premier est le principe de souveraineté du patient, le second est le caractère unique que revêt le soin propre à chaque malade ; les deux aspects étant consubstantiels l'un à l'autre puisque la souveraineté du sujet implique qu'aucun traitement ne soit strictement identique à deux individus. La variable d'ajustement du traitement idéal réside dans le patient lui-même puisque c'est à lui seul qu'il appartient, en effet, de se saisir ou non des soins proposés, puis de poursuivre ou non son chemin vers la guérison en y adjoignant les ressources qui lui sont propres, donc uniques. Nous postulons, même en présence des pathologies les plus ordinaires, qu'aucun traitement n'est pareil à deux individus car, même s'il advenait qu'une médication puisse soulager en termes supposément égaux deux troubles aux composantes similaires chez deux individus distincts, le soin ne se résumerait pas pour autant à cette seule médication. Le soin implique l'ensemble de l'échange du malade au médecin, un échange cousu de messages, écoute, compréhension mutuelle ; un échange qui, en aucun cas, ne peut être standardisé. Ce type de paradigme est, par ailleurs, celui que l'on retrouve en substance dans le concept de la médecine fondée sur les valeurs ou VBM (values-based medicine) promue par Fulford [136]. Reste à définir quelles valeurs sont à considérer. Nous répondons à une part de ce questionnement par la défense du droit des malades.

Les dérives et les écueils diagnostiques, potentiellement préjudiciables aux patients, posent de fait naturellement cette question du droit des malades. A cet égard, nous souhaitons ouvrir une réflexion quant à la pensée palliative au regard de l'humilité. Du latin *palliare* (« cacher »), lui-

même dérivé du latin classique *pallium* (« manteau »), l'étymologie du verbe pallier nous renvoie à l'acte de recouvrir d'un manteau afin de dissimuler un problème ou bien d'en atténuer certains aspects quand le circonscrire totalement s'avère impossible. L'on recouvre ainsi d'un manteau ce à quoi l'on ne peut remédier que provisoirement. Or ce caractère provisoire renvoie irrévocablement à l'idéal type instable de l'entreprise diagnostique, une entreprise qui nous confronte de fait à l'étendue de notre ignorance, totale ou partielle, et qui nous contraint à agir bien souvent de manière palliative, c'est-à-dire temporaire.

Les principes éthiques de bienfaisance, de non acharnement, de respect de la dignité et de l'intégrité morale, physique et spirituelle des individus, sont appliqués au champ de la thérapeutique dans le cadre des soins palliatifs.

Pourquoi ne pas les appliquer à l'étape du champ diagnostic ? Alors que le médecin est en capacité de dire à son patient son impuissance à le guérir, pourquoi ne pourrait-il pas, dans un strict parallèle, dire son impuissance à désigner la pathologie dont il souffre ou son incapacité à en trouver la source ? Quand l'accompagnement palliatif s'exerce, faute de mieux, dans le traitement, pourquoi ce même type d'accompagnement ne peut-il être considéré lorsqu'il s'agit de diagnostic ?

A l'étape diagnostique, il n'est évidemment pas question de fin de vie, le contexte clinique n'est pas le même que celui de la maladie au stade incurable, même si, faute de soins une maladie non diagnostiquée et non traitée peut *in fine* engager le pronostic vital. Il est en revanche question d'aveu d'ignorance dans les deux cas. Face à la cure ou face à la désignation des maux, il est question d'expérimenter l'humilité due au malade. Accepter de ne pas tricher avec l'impuissance. Accepter de dire « je ne sais pas ce dont vous souffrez », puis tenter de soulager ce qu'il nous est en mesure de soulager dans l'attente et la volonté de découvrir ultérieurement l'origine des maux et la possibilité de soulager davantage.

Apposer une étiquette caduque sur un trouble, y compris en supposant soulager le malade, nourrissant parfois concomitamment l'objectif de se dédouaner de l'ignorance qui peut être la nôtre, n'est en rien synonyme de soin, pas même de soin compassionnel. La vérité est due au patient [ ], c'est à lui qu'il incombe et appartient de choisir puis indiquer ce qu'il est en mesure d'entendre, cela n'autorise pas le corps médical à travestir, le cas échéant, la réalité de l'absence de réponse partielle ou totale [137].

### *L'homme imparfait ou l'homme objet ?*

« Tous les hommes sont menteurs, inconstants, faux, bavards, hypocrites, orgueilleux et lâches, méprisables et sensuels ; toutes les femmes sont perfides, artificieuses, vaniteuses, curieuses et dépravées ; le monde n'est qu'un égout sans fond où les phoques les plus informes rampent et se tordent sur des montagnes de fange ; mais il y a au monde une chose sainte et sublime, c'est l'union de deux de ces êtres si imparfaits et si affreux [138] ».

Voilà en ces quelques mots d'Alfred de Musset une perception du genre humain à même de mettre en exergue un point fondamental de notre nature même, l'imperfection.

Que l'on juge ces mots tendres, justes ou cruels, ils ne sont qu'une traduction personnelle et subjective, réelle, du caractère faillible, vulnérable ou médiocre de ce que nous sommes, par essence. L'être est ainsi fait, inégal, imprécis, restreint ou défectueux, mortel. La médecine se confronte à cette réalité. L'homme n'est ni équation, ni algorithme ; ni mécanique robuste, mouvement perpétuel ou objet impérissable. Il n'est rien de cela et s'il existe une voie possible pour tenter d'approcher la vérité de l'être, n'en fût-ce qu'une parcelle dérisoire et fugace, ce ne peut être que la voie de la confiance. Confiance à l'autre, en son récit, et en l'intelligence intrinsèque du vivant qui se déploie.

Peu importe que l'on appose sur l'épreuve de la maladie une lecture ancrée dans la matière, biologique et objective, ou bien une traduction empruntant les voies de l'esprit, du symbole ou de la foi. Ces prismes d'approches et ces représentations, propres au malade et propres au médecin, ne changent en rien la nature humaine de ces derniers. Faillible l'un comme l'autre. Alors, au sein de cette dialectique singulière, cette triangulation intégrant le recul du pathologique pour objectif commun, le patient expose son trouble et le médecin offre, à sa mesure, un peu de sa technique, de sa raison, de son art sans doute, et, - dans ce que Balint appelle « le remède-médecin » - de lui-même aussi [139]. « Le médicament de beaucoup le plus fréquemment utilisé en médecine est le médecin lui-même. [...] ce n'est pas uniquement la fiole de médicament ou la boîte de cachets qui importent, mais la manière dont le médecin les prescrit à son malade ».

La recherche diagnostique, se heurtant souvent à notre ignorance, nous offre quant à elle de comprendre dans quelle mesure le soin par la recherche systématique et absolue de garanties s'avère inopérant. Il nous faut composer avec ce marqueur existentiel d'humanité qu'est la

vulnérabilité, un marqueur sans équivoque de notre fragilité mais aussi de notre finitude. A l'ère de l'essor tentaculaire du digital dans notre quotidien, de la diffusion de la 5ème génération de télécommunication, du développement de l'intelligence artificielle et des spéculations sur la portée de l'homme supposément augmenté, penser nos failles revient à penser notre vie en tant qu'être humain fragile et mortel. Les enjeux financiers liés aux nanotechnologies, aux biotechnologies, aux technologies de l'information et aux sciences cognitives (NBIC) constituent une pression croissante sur la bioéthique, rendant difficile le contrôle de ce que l'on nomme le transhumanisme.

Ainsi, Jacques Testart, à l'origine du premier bébé éprouvette né en France, écrit-t-il, aux côtés de la journaliste Agnès Rousseaux, ses plus vives réserves. « L'étape suivante, ce serait le « post-humain », l'être affranchi de la condition humaine, qui a totalement fusionné avec la machine. [...] Le projet transhumaniste ambitionne de prendre le relais de l'évolution, pour construire un humain libéré des servitudes corporelles [...] Un marché très lucratif se développe, encouragé par les pouvoirs publics qui délivrent des crédits pour tenter de s'imposer dans la compétition mondiale des innovations et brevets. Qui impulse ces recherches ? Quelles seront les conséquences sociales et environnementales de ce processus ? Comment les débats démocratiques sur ces questions sont-ils complètement éludés ou confisqués ? » Interpellés par la *logique conquérante* du transhumanisme et par l'absence d'*outils* et de *lieux* pour *penser cette mutation*, les deux co-auteurs dénoncent « la fascination des rêves de puissance, les aventures aveugles et désinvoltes qui mèneraient notre espèce à sa perte, et cette conception du progrès qui veut rendre le futile indispensable, au mépris des urgences planétaires qui s'annoncent [140] ».

La question de l'humain modifié par l'humain était déjà abordée il y a près de vingt ans par Jürgen Habermas, évoquant des pratiques « ouvrant la voie à un eugénisme libéral, réglé par l'offre et la demande ». Mentionnant la recherche sur l'embryon et le diagnostic préimplantatoire, le philosophe alertait déjà d'un danger qu'il estimait non sans lien avec la métaphore de l'« élevage humain [141] ».

Aucune évolution de société n'est le fruit du hasard, chaque évolution est le fruit de choix, de directions pensées et suivies. L'humanisme et le productivisme ne peuvent constituer un dessein de civilisation commun. Le corps ne peut demeurer sanctuarisé s'il est voué à l'échange marchand de sa substance. Tenter de soumettre l'homme à des schémas de fonctionnement applicables aux machines ne revêtira jamais aucun sens tant que l'homme sera homme et disposera de sa nature comme de lui-même.

C'est dans le renoncement à tout vouloir désigner, dans l'aveu d'impuissance à l'accès au savoir total, que se livre la traduction la plus implacable qui soit de reconnaissance de notre nature humaine, cette essence imparfaite, source d'ipséité jamais standardisée. C'est précisément cette imperfection, inadéquation de l'être à une mécanique figée, qui confère et offre à notre espèce son humanité, son espace à prendre soin ; car c'est en effet en cet être humain si imparfait que se déploie à chaque instant l'infini des possibles, ce dont Kierkegaard disait toute la poésie, la grâce et la sacralité : face à autrui et au monde la promesse du devenir soi [142].



## CONCLUSION

Nous avons pour objectif principal d'évaluer si le diagnostic des troubles psychosomatiques était démontrable par les données de l'Evidence Based Medicine. Ce sujet ouvrant la thématique des symptômes médicalement inexpliqués, problème récurrent en soins primaires, un objectif secondaire s'est porté sur la question du non-savoir en médecine. Défendant une approche globale des soins, nous avons conduit un travail de nature épistémologique via la réalisation d'une revue de la littérature, à la fois narrative et transdisciplinaire. Nous assumons la limite que constitue la part de subjectivité inhérente à une telle méthode, le procédé narratif non systématique se voulant, par définition, un travail original de structuration de l'information. Par ailleurs, la question de recherche ne circonscrivant pas un domaine technique réduit, mais une problématique plus large relative à nos pratiques, il n'était pas réalisable de se livrer à un quelconque exercice d'exhaustivité en la matière.

Après avoir observé que les nosographies consacrées aux troubles somatiques à déterminisme psychique ne répondaient pas aux codes d'objectivité promus par l'EBM, nous avons relevé que ce type de troubles induisait, par ailleurs, un double malaise. Les données de la littérature nous ont, en effet, permis de mettre en exergue un sentiment fort d'offense et de stigmatisation ressenti par certains patients face au manque de crédit porté à leur parole ; tandis que les praticiens faisaient, quant à eux, également état de difficultés fréquentes, essuyant bien souvent l'inconfort d'une incertitude diagnostique ajouté à la frustration d'une mésalliance thérapeutique avec des malades n'accordant plus leur confiance au corps médical. De cette réalité naît le postulat que l'édification d'un diagnostic, quel qu'il soit, suppose toujours une aptitude du médecin à pouvoir soutenir la part d'ignorance vertigineuse qu'il sous-tend et l'erreur humaine potentielle qu'il draine.

Faute d'accès à une pleine objectivité dans son élaboration, l'entreprise diagnostique revêt une part d'instabilité et d'abstraction nous renvoyant à un modèle proche de celui de l'idéaltype de Max Weber. A la fois outil et matière, confrontée aux influences socio-politiques et à l'extrême complexité des déterminants de la science, la recherche étiologique œuvre à sa propre construction à mesure qu'elle se précise. Ainsi, si les liens psyché-soma constituent, dans ce contexte, ce qui semble figurer un parangon exemplaire de la question instable, il est à considérer que ce sont en réalité les fondations de la science dans son intégralité qui reposent sur un socle inconstant. Aussi, les modèles scientifiques doivent être

tenus pour ce qu'ils sont, des constructions *pro tempore*, artificielles et fragiles, soumises à l'arbitre d'un temps et d'un paradigme donnés, vouées à être déconstruites et capables, de fait, de supporter le mouvement.

Ce sujet de recherche, bien au-delà de sa seule question unitaire, nous a amené à interroger la nature même des sciences médicales, convoquant l'art et le positivisme dans une même réflexion. N'y aurait-il de place que pour deux caricatures du médecin ? D'un côté, le mécaniste froid au rationalisme déshumanisé ; de l'autre, le philanthrope empathique soucieux d'inscrire son patient dans l'être à soi un et unique, mais rejetant toute forme d'analyse tangible ? Renvoyer dos à dos les caractères subjectif et objectif des éléments de preuves de la recherche diagnostique ne saurait restituer le sens, puisque la médecine s'exerce comme un art tout autant qu'elle revendique son appartenance à une science en partie normative, l'homme demeurant irréductible à l'une ou l'autre de ces seules lectures.

Le psychisme tient son rôle de déterminant sur le corps, comme le corps le tient sur l'esprit. De réelles entités morbides peuvent naître de l'un ou de l'autre de ces élans, mais chacune des dynamiques est à penser individuellement, aidé de la prudence et d'un discernement solide, car les classifications ne sont que d'un bien maigre secours en pareilles conjectures. Les interactions complexes liant corps et esprit, souvent évoquées face aux symptômes médicalement inexplicables, ne répondent en effet à aucun consensus, aucun schéma préétabli, aucun standard normé.

Ceci nous amène implacablement à considérer la pratique médicale sous l'angle le plus humble et le plus ouvert qui soit, adoptant une démarche holistique appelant à la multiplicité des approches et à la coexistence interactive des modèles. Nous défendons, de ce fait, le prisme des pathologies de système, nous semble-t-il plus transversal que celui des maladies d'organes, maladies du morcellement, enfermant le malade dans l'entre soi d'une spécialité ou d'une perception unilatérale. La biomédecine apporte son lot de réponses ou de propositions, mais seule elle demeure inopérante. Elle se doit d'adopter, sans hégémonie ni ambition d'exclusivité, une place au sein d'une constellation plus large associant les sciences de la nature à l'ensemble des sciences humaines.

L'accès à l'autre n'est jamais complet, mais il peut être riche ou pauvre de vues. Liberté est donnée au thérapeute de limiter ou non sa ligne d'horizon.

Veiller aux soins de ses congénères n'est pas un choix de vie anodin, il assigne à prendre position, à poursuivre la défense du plus faible au-delà parfois des murs de la consultation, car la santé, en vérité, s'étend bien au-delà de ces murs. C'est ainsi qu'aujourd'hui, nous

souhaitons par cette réflexion nous arracher un instant au matérialisme féroce ; suspendre, le temps d'un époque salubre, les circonvolutions stériles du jugement ou de l'opinion, et tenter simplement d'en appeler au renouement avec une ère authentiquement humaniste, émancipatrice de l'individu et créatrice de biens communs immatériels. Nous réfutons, en tant que serviteurs de la santé publique, l'idée de proroger davantage la remise en cause d'un modèle sociétal dictant des règles de performativité iniques aux dépens de l'essence humaine dans ce qu'elle porte de plus intangible, singulier, précieux et fécond. A l'ère du devoir de formation continue des professionnels de santé, nous souhaitons en appeler au devoir d'examen de conscience du médecin, afin que nul conflit, qu'il soit intérieur ou extérieur, ne puisse prendre le pas sur ses obligations éthiques, celle du respect de l'autonomie pleine et inaliénable du patient, comme celle du devoir critique à l'égard de la marche de la science et des directions poursuivies. D'un point de vue individuel, c'est à cette condition seule que cesseront les luttes de pouvoir dont peuvent être l'objet les malades à leurs dépens. D'un point de vue systémique, c'est par cet engagement que les risques potentiels pesant sur notre société, notamment ceux encourus par les avancées du transhumanisme, pourront être exposés.

La science, si l'on ne la désavoue, tient lieu d'antithèse au dogme. Aussi, le scientifique ne devrait jamais se retrouver sous les traits infatués d'un prêcheur de normes arbitraires, bercé d'illusions de toute puissance et manquant à cet effet à l'intégrité intellectuelle la plus élémentaire. Rien n'objecte, nous semble-t-il en revanche, à ce que son art ou ses connaissances le portent à dénoncer avec vigueur les modèles dont, le cas échéant, la finalité remettrait en cause la nature même de notre humanité, imparfaite et vulnérable.

Conscients des lourds préjugés intrinsèques au déni d'ignorance, nous postulons la nécessité d'aborder avec lucidité le problème du non-savoir, en conservant, en tout temps et sans réserve, la parole du patient reconnue comme vérité première.

Ne nous y trompons pas, le positivisme aura peut-être à nous offrir de qualifier certaines affections par la statistique souple ou le standard habile, mais il ne nous offrira jamais de circonscrire la nature infinie de l'être par les contours étroits d'un cadre normé.

Alors, il restera au médecin d'ausculter et ausculter encore, en se rappelant avec bonheur quelques sciences latines lui ayant enseigné qu'*auscultare* signifie *écouter*.

## **BIBLIOGRAPHIE**

1. Bachelard G. La formation de l'esprit scientifique. Contribution à une psychanalyse de la connaissance objective. 5<sup>ème</sup> édition. Paris : Librairie philosophique J. Vrin. 1938.
2. Faggion CM Jr, Bakas NP, Wasiak J. A survey of prevalence of narrative and systematic reviews in five major medical journals. BMC Med Res Methodol. 2017 Dec 28;17(1):176. doi: 10.1186/s12874-017-0453-y. PMID: 29281975; PMCID: PMC5746017.
3. Moreau A, Girier P, Figon S. et al. Symptômes biomédicalement inexplicés, intérêt de l'approche globale en médecine générale. La Revue du Praticien de Médecine Générale. 2004 ; 18 : 292-95.
4. Collège National des Universitaires en Psychiatrie (CNUP). Référentiel de psychiatrie et addictologie. 2<sup>ème</sup> édition révisée. Tours : Presses universitaires François-Rabelais. 2016. 592p. (ISBN 978-2-86906-419-5)
5. Guyatt GH. Evidence-based medicine (editorial). ACP J Club 1991 114:A16. doi: 10.7326/ACPJC-1991-114-2-A16
6. Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. JAMA. 1992 Nov 4;268(17):2420-5. doi: 10.1001/jama.1992.03490170092032. PMID: 1404801.
7. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ. 1996 Jan 13;312(7023):71-2. doi: 10.1136/bmj.312.7023.71. PMID: 8555924; PMCID: PMC2349778.
8. Sackett D.L. Cochrane Collaboration. British Medical Journal. 1994, 309 (6967), 1514-5
9. Sackett DL. The Cochrane Collaboration [editorial]. ACP Journal Club, 1994, 120 (Suppl 3) A11-Jun
10. Utard G. Evidence-Based Medicine. La médecine fondée sur les preuves. Tutoriel. Université Paris Descartes Bibliothèque interuniversitaire de Santé - Paris – juin 2014 URL : <https://www.biusante.parisdescartes.fr/ressources/pdf/medecine-formation-ebm-tutoriel-biusante.pdf> [consulté le 18 aout 2020]
11. Decret no 95-1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale URL : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000555170&categorieLien=id> [consulté le 30 aout 2020]
12. Sackett DL et al. Evidence-Based Medicine: How to Practice and Teach EBM. JAMA. 2000;284(18):2382–2383. doi:10.1001/jama.284.18.2382-JBK1108-3-1
13. Sharon E. Straus et al. Médecine fondée sur les faits. 3<sup>e</sup> édition. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson. 2007. p.271
14. Macé B. EBM et Cochrane. Université Paris Descartes. Bibliothèque Interuniversitaire de Santé, Pôle Médecine – Odontologie – 2019 URL : <https://www.biusante.parisdescartes.fr/ressources/pdf/ebm-tutoriel-biusante.pdf> [consulté le 10 aout 2020]
15. Clar M., Dupont P. Bibliothèques de l'Université de Montréal. Pratique factuelle [en ligne] URL : <https://bib.umontreal.ca/sciences-sante/pratique-factuelle> [consulté le 18 août 2020]
16. HAS. Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique. Avril 2013 URL : [https://www.hassante.fr/upload/docs/application/pdf/201306/etat\\_des\\_lieux\\_niveau\\_preuve\\_gradation.pdf](https://www.hassante.fr/upload/docs/application/pdf/201306/etat_des_lieux_niveau_preuve_gradation.pdf) [consulté le 1er aout 2020]

17. Cochrane France. Glossaire [En ligne]. Cochrane France. URL : <https://france.cochrane.org/lexique> [consulté le 20 aout 2020]
18. Guiquerro S. Qu'est-ce que l'Evidence-Based Medecine ? [En ligne]. BU Paris Descartes, 2018 URL : [http://parisdescartes.libguides.com/ebm/ebm\\_accueil](http://parisdescartes.libguides.com/ebm/ebm_accueil) [consulté le 18 aout 2020]
19. Naylor CD. Grey zones of clinical practice: some limits to evidence-based medicine. *Lancet*. 1995 Apr 1;345(8953):840-2. doi: 10.1016/s0140-6736(95)92969-x. PMID: 7898234.
20. La Revue Prescrire. Pour une EBM au service des patients. Editorial. Mars 2015.Tome 35 N° 377. P 217.
21. Every-Palmer S, Howick J. How evidence-based medicine is failing due to biased trials and selective publication. *J Eval Clin Pract*. 2014 Dec;20(6):908-14. doi: 10.1111/jep.12147. Epub 2014 May 12. PMID: 24819404.
22. Greenhalgh T, Howick J, Maskrey N; Evidence Based Medicine Renaissance Group. Evidence based medicine: a movement in crisis? *BMJ*. 2014 Jun 13;348:g3725. doi: 10.1136/bmj.g3725. PMID: 24927763; PMCID: PMC4056639.
23. Chan AW, Song F, Vickers A, Jefferson T, Dickersin K, Gøtzsche PC, Krumholz HM, Ghersi D, van der Worp HB. Increasing value and reducing waste: addressing inaccessible research. *Lancet*. 2014 Jan 18;383(9913):257-66. doi: 10.1016/S0140-6736(13)62296-5. Epub 2014 Jan 8. PMID: 24411650; PMCID: PMC4533904.
24. Guéniot C. Maladies mentales (nosographie des). *Encyclopædia Universalis* [en ligne]. URL : <https://www.universalis.fr/encyclopedie/maladies-mentales-nosographie-des/> [consulté le 7 aout 2020]
25. Garrabé J. Nosographie et classifications dans l'histoire de la psychiatrie. *Evol Psychiatr* 2014;79(1)
26. American Psychiatric Association. DSM-IV-TR, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Texte révisé. Issy-les-Moulineaux: Masson. 2005. 1082p.
27. American Psychiatric Association, DSM-5 : diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5e édition. Washington D.C :American Psychiatric Association. 2013 (ISBN 9780890425541)
28. Lemogne C. Présent et avenir des troubles somatoformes. *European Psychiatry*. Cambridge University Press; 2015;30(S2):S40–S41.
29. Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes. 10ème révion. Agence technique de l'information sur l'hospitalisation. 2019. 1020p. [en ligne] URL : [https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/3502/cim-10\\_2019.pdf](https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/3502/cim-10_2019.pdf) [consulté le 10 aout 2020]
30. Schulz P. Traitement des troubles psychiatriques selon le DSM-5 et la CIM-10. 1<sup>ère</sup> édition. De Boeck. Décembre 2016. 1436 pages. (9782807303065)
31. Collège des Enseignants de Neurologie (CEN). Sémiologie des troubles somatomorphes [en ligne] URL :<https://www.cen-neurologie.fr/premier-cycle/semiologie-analytique/syndrome-myogene-myopathique/syndrome-myogene-myopathique-7> [consulté le 3 aout 2020]
32. Société Nationale Française de Gastro-Entérologie (SNFGE). Syndrome de l'intestin irritable. [en ligne] URL : <https://www.snfge.org/content/syndrome-de-lintestin-irritable> [consulté le 10 aout 2020]
33. SFMG. Dictionnaire des Résultats de Consultation. [en ligne] URL :[http://www.sfmfg.org/theorie\\_pratique/outils\\_de\\_la\\_demarche\\_medicale/le\\_dictionnaire\\_des\\_resultats\\_de\\_consultation\\_-\\_drc/](http://www.sfmfg.org/theorie_pratique/outils_de_la_demarche_medicale/le_dictionnaire_des_resultats_de_consultation_-_drc/) [consulté le 30 aout 2020]
34. Kupfer DJ. Somatic Symptoms Criteria in DSM-5 Improve Diagnosis, Care. *Huff post*. April 10, 2013 [en ligne] URL : [https://www.huffpost.com/entry/dsm-5\\_b\\_2648990](https://www.huffpost.com/entry/dsm-5_b_2648990) [consulté le 5 aout 2020]

35. DSM-5 up date 2015 : Somatic Symptom and Related Disorders. Change to “Differential Diagnosis” section of the text (DSM-5, p. 314) August 2015 [en ligne] URL : <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm/updates-to-dsm-5//updates-to-dsm-5-criteria-text> [consulté le 3 aout 2020]
36. Allen Frances A., DSM-5 Refuses to Reduce Overdiagnosis of 'Somatic Symptom Disorder'. Huff post. January 18, 2013. [en ligne] URL : [https://www.huffpost.com/entry/terrible-news-dsm-5-refus\\_b\\_2473321](https://www.huffpost.com/entry/terrible-news-dsm-5-refus_b_2473321) [consulté le 20 aout 2020]
37. Kendell RE, Cooper JE, Gourlay AJ et al. Diagnostic criteria of American and British psychiatrists. Arch Gen Psychiatry 1971;25:123-30
38. Rosenhan DL. On being sane in insane places. Science. 1973 Jan 19;179(4070):250-8. doi: 10.1126/science.179.4070.250. PMID: 4683124.
39. Frances A. The past, present and future of psychiatric diagnosis. World Psychiatry. 2013 Jun;12(2):111-2. doi: 10.1002/wps.20027. PMID: 23737411; PMCID: PMC3683254
40. La crise des neurosciences. Paris Innovation Review. 11 mars 2014 [en ligne] URL : <http://parisinnovationreview.com/article/la-crise-de-croissance-des-neurosciences> [consulté le 30 aout 2020]
41. **Citation:** The *PLoS Medicine* Editors (2012) Does Conflict of Interest Disclosure Worsen Bias? *PLoS Med* 9(4): e1001210. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001210>
42. Vannotti M. DSM-IV, DSM-V : la guerre perdue des patients douloureux chroniques. Rev Med Suisse 2014; volume 10. 2290-2291
43. Katz J., Rosenbloom B., Fashler S. Chronic Pain, Psychopathology, and DSM-5 Somatic Symptom Disorder. The Canadian Journal of Psychiatry, Vol 60, No 4, April 2015 W 167 CanJPsychiatry 2015;60(4):160–167
44. Shattock L, Williamson H, Caldwell K, Anderson K, Peters S. 'They've just got symptoms without science': Medical trainees' acquisition of negative attitudes towards patients with medically unexplained symptoms. Patient Educ Couns. 2013 May;91(2):249-54. doi: 10.1016/j.pec.2012.12.015. Epub 2013 Jan 28. PMID: 23369375
45. Hotopf M, Mayou R, Wadsworth M, Wessely S. Temporal relationships between physical symptoms and psychiatric disorder. Results from a national birth cohort. Br J Psychiatry 1998;173:255–61
46. Salmon P, Ring A, Dowrick CF, Humphris GM. What do general practice patients want when they present medically unexplained symptoms, and why do their doctors feel pressurized? J Psychosom Res 2005;59:225–62
47. Bondolfi G., Stiefel F. Symptômes médicalement non expliqués : un défi pour le clinicien. Rev Med Suisse 2019; volume 15. 327-328
48. Finset A. Why do doctors not learn how to explain "medically unexplained symptoms"? Patient Educ Couns. 2018 May;101(5):763-764. doi: 10.1016/j.pec.2018.03.022. PMID: 29678266.
49. Ding JM, Kanaan RA. What should we say to patients with unexplained neurological symptoms? How explanation affects offence. J Psychosom Res. 2016 Dec;91:55-60. doi: 10.1016/j.jpsychores.2016.10.012. Epub 2016 Nov 3. PMID: 27894463.
50. Tschudi-Madsen H, Kjeldsberg M, Natvig B, Ihlebaek C, Straand J, Bruusgaard D. Medically unexplained conditions considered by patients in general practice. Fam Pract. 2014 Apr;31(2):156-63. doi: 10.1093/fampra/cmt081. Epub 2013 Dec 24. PMID: 24368761.

51. Wong M. Telling me you don't know is ok. *BMJ*. 2020 Jan 8;368:l6803. doi: 10.1136/bmj.l6803. PMID: 31915131.
52. 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. doi: 10.1136/bmj.325.7378.1449. PMID: 12493661; PMCID: PMC139034.
53. Freud S., 1916-1917, Introduction à la psychanalyse, trad. franç., Paris, Payot, 1992.
54. Liu J, Gill NS, Teodorczuk A, Li ZJ, Sun J. The efficacy of cognitive behavioural therapy in somatoform disorders and medically unexplained physical symptoms: A meta-analysis of randomized controlled trials. *J Affect Disord*. 2019;245:98-112. doi:10.1016/j.jad.2018.10.114
55. van Dessel N, den Boeft M, van der Wouden JC, et al. Non-pharmacological interventions for somatoform disorders and medically unexplained physical symptoms (MUPS) in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;(11):CD011142. Published 2014 Nov 1. doi:10.1002/14651858.CD011142.pub2
56. van Ravesteijn H. Mindfulness-based cognitive therapie voor patiënten met somatoforme stoornissen [Mindfulness-based cognitive therapy for patients with somatoform disorders]. *Tijdschr Psychiatr*. 2016;58(3):198-206.
57. Ellenberger HF. Les illusions de la classification psychiatrique (1963). *Evol psychiatr* 2014;79(1)
58. Guelfi JD, Rouillon F. Manuel de psychiatrie. 3<sup>ème</sup> édition. Elsevier Masson. 2017. 976 pages
59. Kåhrström CT, Pariente N, Weiss U. Intestinal microbiota in health and disease. *Nature*. 2016;535(7610):47. doi:10.1038/535047a
60. Torres-Fuentes C, Schellekens H, Dinan TG, Cryan JF. The microbiota-gut-brain axis in obesity. *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 2017;2(10):747-756. doi:10.1016/S2468-1253(17)30147-4
61. Kang DW, Adams JB, Gregory AC, et al. Microbiota Transfer Therapy alters gut ecosystem and improves gastrointestinal and autism symptoms: an open-label study. *Microbiome*. 2017;5(1):10. Published 2017 Jan 23. doi:10.1186/s40168-016-0225-7
62. Sutherland AL, Fond G, Kuin A, et al. Beyond the association. *Toxoplasma gondii* in schizophrenia, bipolar disorder, and addiction: systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand*. 2015;132(3):161-179. doi:10.1111/acps.12423
63. Lemiengre M. Preuve adaptée : reconnaître les limites de l'Evidence-Based Medicine. Editorial. *minerva* volume 7. numéro 5 mai 2008
64. Galouzeau A. De Villepin. Sté française de Sophrologie. Neuro-phénoménologie attentionnelle des états méditatifs *Neurophysiologie Clinique / Clinical Neurophysiology* Volume 49, numéro 3. Paris. France. page 184 (juin 2019) Doi : 10.1016009
65. Brissot R, Huchet A, Nizard J. L'acupuncture face à la Médecine Fondée sur les Preuves (Evidence-Based Medicine EBM) dans les maladies de l'appareil digestif *Hegel Hépatogastro-Entérologie Libérale*, 2017, Numéro 3. DOI : 10.4267/2042/62695
66. Kuhn T.S. La structure des révolutions scientifiques (1970) Paris: Flammarion (1983).
67. Popper K.R. La logique de la découverte scientifique (1958) Paris: Payot (1976).
68. Zempleni A, « La maladie et ses causes », in *Causes, origines et agents de la maladie chez les peuples sans écriture, L' Ethnographie*, T. lxxxix, 1985, N° 96-97, pp. 13-44.
69. Freud S. Métapsychologie. Paris, Gallimard, 1981 ; p. 60

70. van Meerkerk-Aanen PJ, de Vroege L, Khasho D, Foruz A, van Asseldonk JT, van der Feltz-Cornelis CM. La belle indifférence revisited: a case report on progressive supranuclear palsy misdiagnosed as conversion disorder. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2017;13:2057-2067 <https://doi.org/10.2147/NDT.S130475>
71. Stone, J., Smyth, R., Carson, A., & Warlow, C. (2006). La belle indifférence in conversion symptoms and hysteria: Systematic review. *British Journal of Psychiatry*, 188(3), 204-209. doi:10.1192/bjp.188.3.204
72. Bottéro A. La « belle indifférence » ne fait pas la différence. *Neuropsychiatrie : Tendances et Débats* 2006 ; 29
73. Axenfeld A, Huchard H. *Traité des névroses*. 2<sup>ème</sup> édition. Paris : Germer Baillière. 1883.1195p.
74. Huandi Nei Jing. Su Wen. *Le Traité de Médecine naturelle chinoise et d'Acupuncture, ou, le Classique de l'Empereur Jaune*. Paris : You Feng. 2006. 653p. (ISBN 9782842795719)
75. Descartes R.: *Méditations métaphysiques*. Ed Flammarion. 2009. 226p (ISBN 2081220008)
76. Etain B, Aas M, Andreassen OA, Lorentzen S, Dieset I, Gard S, Kahn JP, Bellivier F, Leboyer M, Melle I, Henry C. Childhood trauma is associated with severe clinical characteristics of bipolar disorders. *J Clin Psychiatry*. 2013 Oct;74(10):991-8. doi: 10.4088/JCP.13m08353. PMID: 24229750
77. Oliveira J, Etain B, Lajnef M, Hamdani N, Bennabi M, Bengoufa D, Sundaresh A, Chaabane AB, Bellivier F, Henry C, Kahn JP, Charron D, Krishnamoorthy R, Leboyer M, Tamouza R. Combined effect of TLR2 gene polymorphism and early life stress on the age at onset of bipolar disorders. *PLoS One*. 2015 Mar 19;10(3):e0119702. doi: 10.1371/journal.pone.0119702. PMID: 25790282; PMCID: PMC4366110.
78. Beer FJ. L'histoire du concept biologique du Stress- Communication présentée à la séance du 22 janvier 1977 de la Société française d'Histoire de la Médecine.
79. Selye H. *The Stress of Life*. Me Graw Hill, N e w York. 1956.
80. Stora JB. *Le stress (introduction)*. Ed Presses Universitaires de France, 2010, pp. 3-12.
81. Pierre G. Quétel C. Le mal de Naples. Histoire de la syphilis. In: *Vingtième Siècle, revue d'histoire*, n°16, octobre décembre 1987. Dossier : L'Allemagne, le nazisme et les juifs. pp. 159-160
82. Mahoney, J. F., Arnold, R. C, Harris, A (1943), « Penicillin treatment of early syphilis a preliminary report », *Amer. J. Publ. Health*, , 33 : 1389-1395
83. La maladie de Huntington. Orphanet [en ligne] URL : <https://www.orpha.net/data/patho/Pub/fr/Huntington-FRfrPub118.pdf> [consulté le 30 aout 2020]
84. Maladie de Whipple : quand y penser ? Sophie Cunningham, Francesco Maulucci, Pascal Zufferey, Camillo Ribi, Michel H. Maillard *Rev Med Suisse* 2015; volume 11. 1582-1586
85. Raoult D, Birg ML, La Scola B, Fournier PE, Enea M, Lepidi H, Roux V, Piette JC, Vandenesch F, Vital-Durand D, Marrie TJ. « Cultivation of the bacillus of Whipple's disease » [archive] *N Engl J Med*. 2000;342(9):620-5. PMID 10699161
86. La Scola B, Fenollar F, Fournier PE, Altwegg M, Mallet MN, Raoult D. « Description of Tropheryma whipplei gen. nov., sp. nov., the Whipple's disease bacillus » [archive] *Int J Syst Evol Microbiol*. 2001;51(Pt 4):1471-9. PMID 11491348
87. Max Weber, *Essais sur la théorie de la science*, 1918, Pocket, 1992, p. 172-173.



88. Leriche B. "Le médecin malade" ; Rapport de la commission nationale permanente adopté lors des Assises du Conseil national de l'ordre des médecins du 28 juin 2008. CNOM; 2008 juin
89. Fisseni G, Pentzek M, Abholz HH, Responding to serious medical error in general practice—consequences for the GPs involved: analysis of 75 cases from Germany, *Family Practice*, Volume 25, Issue 1, February 2008, Pages 9–13, <https://doi.org/10.1093/fampra/cmm071>
90. Huhot D, Clerc P, Société française de médecine générale, L'incertitude en médecine générale : comment la réduire, la revue du praticien médecine générale. Octobre 2006, 20, N°744/745 : 1089-1090.
91. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
92. Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé
93. Moreau A, Dedienne M-C, Bornet-Sarrassat L. Attentes et perceptions de la qualité de la relation entre médecins et patients. Etude qualitative par la méthode du focus group Article : Revue du praticien-médecine générale, T. 18 n° 674/675, 2004-12-20, pp. 1495-1498
94. Lyotard F. La condition post moderne. Collection Critique. Editions de minuit. 1979. 128 pages (9782707302762)
95. Deumier.P, Thibierge C et alii, La densification normative, éd. Mare et Martin, 2013, 1204 p.. *RTDCiv. : Revue trimestrielle de droit civil*, Dalloz, 2014, pp.475.
96. Canguilhem G. Le normal et le pathologique. PUF 1966, 2003
97. Foucault M. Dits et écrits, Gallimard, 1994, p.757
98. Pignard-Cheynel N. L'édition de revues scientifiques : une forme de marchandisation de la diffusion des connaissances. 2005. [\(sic\\_00427034\)](#)
99. John P. A. Ioannidis, « Why Most Published Research Findings Are False », *PLOS Medicine*, vol. 2, n° 8, 1<sup>er</sup> août 2005, e124 (ISSN 1549-1277) DOI 10.1371/journal.pmed.0020124)
- 100.Ioannidis JPA (2014) How to Make More Published Research True. PLoS Med 11(10): e1001747. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001747>
- 101.Zarka YC. L'idéologie de l'évaluation : la grande imposture. n°37 de *Cités* PUF, 2009.
- 102.Morin E. La Méthode. Ed Seuil. 2008.
- 103.Fricker M. Epistemic Injustice: Power and the Ethics of Knowing. Oxford: Oxford University Press. 2007. ISBN 9780198237907.
- 104.Lacaze L. La théorie de l'étiquetage modifié ou l' « analyse stigmatisée » revisitée. ERES | « Nouvelle revue de psychosociologie » 2008/1 n° 5 | pages 183 à 199 ISSN 1951-9532 ISBN 9782749209180
- 105.Décret n° 2010-356 du 1er avril 2010 portant publication de la convention relative aux droits des personnes handicapées (ensemble un protocole facultatif), signée à New York le 30 mars 2007 | Legifrance [en ligne] URL : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2010/4/1/MAEJ1008365D/jo> [consulté le 18 août 2020].
- 106.Gansel Y. La bipolarité épistémologique de la psychiatrie française bipolarity in French psychiatry. 2014, p134
- 107.Dilthey W., *Le Monde de l'esprit* (1926), "Idées concernant une psychologie descriptive et analytique" (1894), t. 1, trad. M. Rémy, Aubier Montaigne, 1947, p. 149-150.

108. Platon Ménon. Ed Le livre de Poche. 1999 315p (ISBN 2253067369)
109. Kant E. Critique de la raison pure. Traduction française avec notes par A. Tremesaygues et B. Pacaud. 8<sup>ème</sup> édition. Collection Quadrige. PUF. 2012. 624p (ISBN: 978-2-13-060871-4)
110. Nietzsche F. Par delà le bien et le mal. Première partie. Des préjugés des philosophes. trad. Geneviève Bianquis, Paris, Aubier. 1963.
111. Nietzsche F. Le Gai Savoir. trad. Vialatte. 9<sup>ème</sup> édition. Paris. Gallimard. 1950
112. Guilford JP. Three faces of intellect (Trois aspects de l'intelligence). — Amer. Psychologist, 1959, 14, 469-479.
113. Jerne NK. Idiotypic networks and other preconceived ideas”, Immunological Reviews 79, 5- 24, 1984
114. Chomsky, N. Current Issues in Linguistic Theory, Mouton, The Hague. 1964.
115. Söderqvist T. The life and work of Niels Kaj Jerne as a source of ethical reflection. Scand J Immunol. 2002 Jun;55(6):539-45. doi: 10.1046/j.1365-3083.2002.01082.x. PMID: 12028556.
116. Feyerabend P. Contre la méthode. Esquisse d'une théorie anarchiste de la connaissance. Points Sciences . Ed Seuil. 2007. 349p (ISBN 978-2-02-009995-0)
117. Tammet D. Je suis né un jour bleu. Ed j'ai Lu. 2009.
118. Khetrapal N. Overlap of autism and seizures: understanding cognitive comorbidity. Mens sana monographs, 2010. 8(1), 122–128. <https://doi.org/10.4103/0973-1229.58823>
119. García-Peñas JJ. Autismo, epilepsia y patología del lóbulo temporal [Autism, epilepsy and temporal lobe pathology]. Rev Neurol. 2009;48 Suppl 2:S35-S45
120. Embrasser le ciel immense. Daniel Tammet. Ed j'ai Lu. 2011
121. Leo Kanner Autistic Disturbances of Affective Contact, Nervous Child 2:217-50, 1943.
122. Bettelheim B. La forteresse vide. Ed Gallimard. 1998.
123. Petit E. Endométriose dans tous les sens. Histoire de l'endométriose de l'Antiquité à nos jours. Imagerie de la Femme Volume 26, Issue 1, March 2016, Pages 21-25.
124. Assurance maladie. Endométriose : symptômes, diagnostic et évolution. [en ligne] URL <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/endometrioze/symptomes-diagnostic-evolution> [consulté le 15 aout 2020]
125. Pugsley Z, Ballard K. Management of endometriosis in general practice: the pathway to diagnosis. Br J Gen Pract. 2007 Jun;57(539):470-6. PMID: 17550672; PMCID: PMC2078174
126. RPC Endométriose CNGOF-HAS. Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie. 1 mars 2018;46(3):156-67
127. HAS. Prise en charge de l'endométriose Démarche diagnostique et traitement médical [en ligne]. 2018 déc p. 8. URL [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-01/prise\\_en\\_charge\\_de\\_l\\_endometrioze\\_-\\_demarche\\_diagnostique\\_et\\_traitement\\_medical\\_-\\_fiche\\_de\\_synthese.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-01/prise_en_charge_de_l_endometrioze_-_demarche_diagnostique_et_traitement_medical_-_fiche_de_synthese.pdf) [consulté le 20 aout 2020].
128. Lachowsky M. Endométriose et psychosomatique - 01/01/06 [150-A-60] - Doi : 10.1016/S0246-1064(06)44362-0

129. Violences sexuelles, ce que révèlent les chiffres du ministère de l'intérieur. Nouvel observateur [en ligne] URL <https://www.nouvelobs.com/societe/20180125.OBS1205/violences-sexuelles-ce-que-revelent-les-chiffres-du-ministere-de-l-interieur.html> [consulté le 20 août 2020]
130. ONU. Déclaration universelle des droits de l'homme [en ligne] URL : [https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR\\_Translations/frn.pdf](https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/frn.pdf) [consulté le 1 août 2020]
131. Roth X. Georges Canguilhem et l'unité de l'expérience Juger et agir 1926-1939. Histoire des Sciences- Etudes. Vrin. 2013. 250 p (ISBN 978-2-7116-2491-1)
132. Aristote. par Cachia J. L'éthique à Nicomaque, livre V. Collection Philo-Textes. Ed Ellipses. 64p (ISBN 2729878149)
133. Bourdieu P. Ce que parler veut dire, L'économie des échanges linguistiques, Paris : Fayard, 1982
134. Ricœur, P. (1995). Le pardon peut-il guérir? *Esprit* (1940-), (210 (3/4)), 77-82. Retrieved August 18, 2020, from [www.jstor.org/stable/24276104](http://www.jstor.org/stable/24276104)
135. Foucault M. Herméneutique du sujet. Cours au Collège de France (1981-1982). Hautes Etudes. Ehes Gallimard Seuil 2001. 560p (EAN 9782020308007)
136. Fulford KWM, Loughlin M. Values-based medicine : the facts. *Debates in values-based practice* 2014
137. Tuckett AG. Truth-telling in clinical practice and the arguments for and against a review of the literature. *Nursing Ethics* 2004 11 (5) # 2004 Arnold 10.1191/0969733004ne728oa
138. De Musset A. On ne badine pas avec l'amour. Collection Pocket classiques. Ed Pocket. 2018. 96p (ISBN 2266290029)
139. Balint M. Le médecin, son malade et la maladie. Paris : Payot, 2009 : 419p. (p. 9-45)
140. Testart J., Rousseaux A. Au péril de l'humain. Les promesses suicidaires des transhumanistes. Editions du Seuil 01/03/2018 EAN 9782021342994
141. Habermas J. L'avenir de la nature humaine. Vers un eugénisme libéral ? Trad. C. Bouchindhomme. Paris : Gallimard, coll. NRF essais, 2002, p. 74 sq.
142. Kierkegaard S. Traité du Désespoir, préface. Gallimard, Paris, 2003 p339

## ANNEXES

### ANNEXE 1 Examens complémentaires et cliniques du DSM-IV

	<b>Examens complémentaires</b>
T somatisation <sup>1</sup>	Absence d'anomalie remarquable
TS indifférencié <sup>2</sup>	Aucune mention
Trouble de conversion	Aucune anomalie spécifique. le diagnostic suppose seulement un symptôme incomplètement expliqué par cette affection
Trouble douloureux	Examens complémentaires appropriés pouvant révéler la pathologie associée à la douleur ; affection médicale générale pouvant exister en l'absence d'anomalie objective aux examens ; anomalies pouvant être sans rapport avec la douleur
Hypocondrie	« Les résultats des examens complémentaires ne confirment pas les inquiétudes du sujet »
Peur dys. corp. <sup>3</sup>	Aucune mention
TS non spécifié <sup>4</sup>	Aucune mention

	<b>Examen physique et affections médicales générales associées</b>
Trouble somatisation	Aucune anomalie objective à l'examen physique « ne peut expliquer réellement » les nombreuses plaintes subjective ; si anomalies objectives / affection médicale générale, elles n'expliquent « pas complètement » les plaintes Les diagnostics de troubles fonctionnels « peuvent être mis sur le compte du trouble de somatisation »
TS indifférencié <sup>2</sup>	Aucune mention
Trouble de conversion	Signes objectifs attendus rarement présents car symptômes ne respectant ni les voies anatomiques ni les mécanismes physiologiques connus Symptômes pouvant ressembler à ceux que le malade a observés chez les autres ou sur lui-même (« par exemple, des individus épileptiques peuvent imiter les crises qu'ils ont observées chez d'autres ou bien leurs propres crises, telles qu'on les leur a décrites »). En général conséquences cliniques limitées sans véritables altérations ni incapacités physiques. Plus rarement altération physique (atrophie, contracture) liée à la non-utilisation d'une fonction ou d'une partie du corps ou liée aux procédures diagnostiques ou thérapeutiques. Des symptômes de conversion peuvent apparaître chez des individus atteints de maladies neurologiques.
Trouble douloureux	L'examen physique peut révéler la pathologie associée à la douleur. Le trouble douloureux peut être associé à de nombreuses affections médicales générales (le plus souvent maladies musculaires et squelettiques, neuropathies, tumeurs malignes). Les tentatives de traitement antalgique peuvent créer des troubles et des douleurs supplémentaires
Hypocondrie	L'examen physique ne confirme pas les inquiétudes du sujet
Peur dys. corp. <sup>3</sup>	Aucune mention
TS non spécifié <sup>4</sup>	Aucune mention

<sup>1</sup>trouble de somatisation, <sup>2</sup>trouble somatoforme indifférencié, <sup>3</sup>peur d'une dysmorphie corporelle <sup>4</sup>trouble somatoforme non spécifié

## **ANNEXE 2**

## **Classification Internationale des Maladies, 10<sup>ème</sup> révision (CIM 10)**

### **Chapitre 05 : Troubles mentaux et du comportement**

### **Classe F40-F48 : Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes**

- **(F40) Troubles anxieux phobiques**
  - (F40.0) Agoraphobie
  - (F40.1) Phobies sociales (Anthropophobie, Névrose sociale)
  - (F40.2) Phobies spécifiques (isolées) (Acrophobie, Claustrophobie, Phobie simple, Phobie des animaux)
  - (F40.8) Autres troubles anxieux phobiques
  - (F40.9) Trouble anxieux phobique, sans précision (Etat phobique SAI, Phobie SAI)
  
- **(F41) Autres troubles anxieux**
  - (F41.0) Trouble panique (anxiété épisodique paroxystique)
  - (F41.1) Anxiété généralisée
  - (F41.2) Trouble anxieux et dépressif mixte
  - (F41.3) Autres troubles anxieux mixtes
  - (F41.8) Autres troubles anxieux précisés
  - (F41.9) Trouble anxieux, sans précision
  
- **(F42) Trouble obsessionnel compulsif**
  - (F42.0) Avec idées ou ruminations obsédantes au premier plan
  - (F42.1) Avec comportements compulsifs (rituels obsessionnels) au premier plan
  - (F42.2) Forme mixte, avec idées obsédantes et comportements compulsifs
  - (F42.8) Autres troubles obsessionnels-compulsifs
  - (F42.9) Trouble obsessionnel-compulsif, sans précision
  
- **(F43) Réactions à un facteur de stress important, et troubles de l'adaptation**
  - (F43.0) Réaction aiguë à un facteur de stress
  - (F43.1) État de stress post-traumatique
  - (F43.2) Troubles de l'adaptation (Hospitalisme, Choc culturel)
  - (F43.8) Autres réactions à un facteur de stress sévère
  - (F43.9) Réaction à un facteur de stress sévère, sans précision

- **(F44) Troubles dissociatifs (de conversion)**
  - (F44.0) Amnésie dissociative
  - (F44.1) Fugue dissociative
  - (F44.2) Stupeur dissociative
  - (F44.3) États de transe et de possession
  - (F44.4) Troubles moteurs dissociatifs
  - (F44.5) Convulsions dissociatives
  - (F44.6) Anesthésie dissociative et atteintes sensorielles
  - (F44.7) Trouble dissociatif [de conversion] mixte
  - (F44.8) Autres troubles dissociatifs [de conversion] (Syndrome de Ganser, TDI)
  - (F44.9) Trouble dissociatif (de conversion), sans précision
  
- **(F45) Troubles somatoformes**
  - (F45.0) Trouble de somatisation
  - (F45.1) Trouble somatoforme indifférencié
  - (F45.2) Trouble hypocondriaque
    - Dymorphophobie (non délirante)
    - Hypocondrie
    - Névrose hypocondriaque
    - Nosophobie
    - Peur d'une dysmorphie corporelle
  - (F45.3) Dysfonctionnement neurovégétatif somatoforme
  - (F45.4) Syndrome douloureux somatoforme persistant
  - (F45.8) Autres troubles somatoformes
  - (F45.9) Trouble somatoforme, sans précision
  
- **(F48) Autres troubles névrotiques**
  - (F48.0) Neurasthénie
  - (F48.1) Syndrome de dépersonnalisation-déréalisation
  - (F48.8) Autres troubles névrotiques précisés (Psychasthénie, Syndrome de Briquet)
  - (F48.9) Trouble névrotique, sans précision

### **ANNEXE 3 : Résultats de Consultation par ordre de fréquence**

*Source : SFMG (Dictionnaire des Résultats de Consultation)*

<b>Rang</b>	<b>Résultat de consultation</b>	<b>Nombre d'actes</b>	<b>%</b>
1	HTA	27846	14.08
2	EXAMENS SYSTEMATIQUES ET PREVENTION	21792	11.02
3	HYPERLIPIDÉMIE	15725	7.95
4	ETAT FEBRILE	14868	7.52
5	RHINOPHARYNGITE - RHUME	10706	5.41
6	VACCINATION	10396	5.25
7	ETAT MORBIDE AFEBRILE	9800	4.95
8	LOMBALGIE	8360	4.23
9	DIABETE DE TYPE 2	8348	4.22
10	ARTHROPATHIE-PERIARTHROPATHIE	8277	4.18
11	REACTION A SITUATION EPROUVANTE	5857	2.96
12	REFLUX-PYROSIS-OESOPHAGITE	5512	2.79
13	ARTHROSE	5400	2.73
14	DOULEUR NON CARACTERISTIQUE	5390	2.72
15	TABAGISME	5349	2.70
16	INSOMNIE	5335	2.70
17	ANXIETE - ANGOISSE	4761	2.41
18	ANOMALIE BIOLOGIQUE SANGUINE	4691	2.37
19	RHINITE	4613	2.33
20	DEPRESSION	4488	2.27
21	PLAINTÉ ABDOMINALE	4303	2.18
22	ANGOR - INSUFFISANCE CORONARIENNE	4179	2.11
23	EPAULE (TENOSYNOVITE)	3866	1.95
24	HUMEUR DEPRESSIVE	3724	1.88
25	CONTRACEPTION	3722	1.88
26	ANGINE (AMYGDALITE - PHARYNGITE)	3657	1.85
27	ASTHME	3631	1.84
28	PROCEDURE ADMINISTRATIVE	3580	1.81
29	HYPOTHYROIDIE	3541	1.79
30	TOUX	3410	1.72

## LISTE DES ABREVIATIONS

- **APA** : American Psychiatric Association
- **BMJ** : British Medical Journal
- **CFTMEA** : Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent
- **CHU** : Centre Hospitalo-Universitaire
- **CIM** : Classification Internationale des Maladies
- **CNOM** : Conseil National de l'Ordre des Médecins
- **CNUP** : Collège National des Universitaires de Psychiatrie
- **DRC** : Dictionnaire des Résultats de Consultation
- **DSM** : Diagnostic and Statistical Manual of mental disease
- **EBM** : Evidence Based Medicine
- **EBP** : Evidence Based Practice
- **ECR** : Essai Comparatif Randomisé
- **EEG** : Electroencéphalogramme
- **HAS** : Haute Autorité de Santé
- **HPST** : Hôpital, Patients, Santé, Territoires (loi)
- **MeSH** : Medical Subject Heading
- **OMS** : Organisation Mondiale de la Santé
- **RC** : Résultat de Consultation
- **SEP** : Sclérose En Plaques
- **SFMG** : Société Française de Médecine Générale
- **SMI** : Symptôme Médicalement Inexpliqué
- **SNA** : Système Nerveux Autonome
- **SNC** : Système Nerveux Central
- **SNP** : Système Nerveux Périphérique
- **SSPT** : Syndrome de Stress Post Traumatique
- **T2A** : Tarification A l'Activité
- **TAG** : Trouble Anxieux Généralisé
- **TOC** : Trouble Obsessionnel Compulsif
- **TSS** : Trouble de Symptôme Somatique
- **VBM** : Values Based Medicine



## SERMENT D'HIPPOCRATE

**Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.**

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans **aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions**. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas **usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité**.

**J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.**

Je ne tromperai **jamais leur confiance** et **n'exploiterai pas le pouvoir hérité** des circonstances pour forcer les consciences.

**Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera**. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

**Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés**. **Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers** et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

**Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission**. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

**J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.**

**Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.**



## **RESUME**

**Introduction** : Les symptômes médicalement inexpliqués, très fréquemment rencontrés en soins primaires, ouvrent la question du dualisme corps-esprit, vectrice de traductions nosologiques diverses. Nous avons pour objectif principal d'évaluer la démontrabilité diagnostique des troubles psychosomatiques par les données actuelles de l'EBM, puis d'explorer les implications du non-savoir dans la sphère médicale.

**Méthodes** : Cette étude épistémologique était une revue narrative transdisciplinaire de la littérature, conduite selon un processus non exhaustif et réalisée entre décembre 2019 et août 2020. Les limites et les forces principales résidaient dans les spécificités de l'exercice narratif, sa subjectivité et *de facto* son originalité de positionnement.

**Résultats** : Soumise aux contingences temporelles et aux enjeux sociaux que la science véhicule, l'entreprise diagnostique est apparue proche d'un idéaltype instable, en construction permanente. Le diagnostic des troubles somatiques à déterminisme psychique n'a pas été considéré comme sous-tendu par une critériologie répondant au modèle de l'EBM. La multiplicité, la variabilité et les contradictions des différentes terminologies a mis en exergue l'impossibilité d'une totalisation classificatoire et le risque d'une standardisation impliquant spéculations et jugements de valeurs. Ce travail a en partie objectivé une crise de confiance des patients envers les médecins et une crise des modèles scientifiques notamment illustrée par les critiques du DSM-5.

**Conclusion** : A la fois liée à des données objectives et à la subjectivité individuelle, la médecine ne saurait se réduire à une approche strictement positiviste, ni à un relativisme total. Nourrie d'une pensée complexe résolument non dogmatique, la seule voie qui s'offre au clinicien de soins primaires est celle d'une pratique humble, ouverte, transdisciplinaire, apte à reconnaître son ignorance et tenant pour prioritaire le respect de la parole autonome du patient. L'ensemble des états morbides relevant d'une symptomatologie médicalement inexpliquée appelle à des études complémentaires.

**Mots-clés** : Médecine générale, soins primaires, trouble psychosomatique, trouble somatoforme, trouble fonctionnel, symptôme médicalement inexpliqué, ignorance, transdisciplinarité, confiance, autonomie, humilité