

# État des lieux sur la prise en charge des troubles somatoformes par les médecins généralistes des Bouches-du-Rhône

Sylviane Sobzé

▶ **To cite this version:**

Sylviane Sobzé. État des lieux sur la prise en charge des troubles somatoformes par les médecins généralistes des Bouches-du-Rhône. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03464799

**HAL Id: dumas-03464799**

**https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03464799**

Submitted on 3 Dec 2021

**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.

Faculté des sciences médicales et paramédicales
Aix*Marseille Université

# Etat des lieux sur la prise en charge des troubles somatoformes par les médecins généralistes des Bouches-du-Rhône

# T H E S E

**Présentée et publiquement soutenue devant**

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES**

**DE MARSEILLE**

**Le 9 Novembre 2021**

**Par Madame Syliane SOBZÉ**

**Née le 14 mai 1978 à Bafang (CAMEROUN)**

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 Docteur BELZEAUX Raoul** | **Directeur** |
| **Madame le Docteur (MCU-PH) ELDIN Carole** | **Assesseur** |
| **Monsieur le Docteur BERNAL Alexis** | **Assesseur** |

Faculté des sciences médicales et paramédicales
Aix*Marseille Université

# Etat des lieux sur la prise en charge des troubles somatoformes par les médecins généralistes des Bouches-du-Rhône

# T H E S E

**Présentée et publiquement soutenue devant**

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES**

**DE MARSEILLE**

**Le 9 Novembre 2021**

**Par Madame Syliane SOBZÉ**

**Née le 14 mai 1978 à Bafang (CAMEROUN)**

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 Docteur BELZEAUX Raoul** | **Directeur** |
| **Madame le Docteur (MCU-PH) ELDIN Carole** | **Assesseur** |
| **Monsieur le Docteur BERNAL Alexis** | **Assesseur** |

Faculté des sciences médicales et paramédicales
Aix*Marseille Université

# FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

| | | |
|---|---|---|
| **Doyen** | **:** | **Pr. Georges LEONETTI** |
| 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

| | | |
|---|---|---|
| **Directeur** | **:** | **Pr. Jean-Michel VITON** |

***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 |

Faculté des sciences médicales et paramédicales
Aix*Marseille Université

## ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE

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

***Chargés de mission***

- 1er cycle : Madame Estelle BOISSIER
- 2ème cycle : Madame Cécile NINA

## ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

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

***Chargés de mission***

- Masso- kinésithérapie 1er cycle : Madame Béatrice CAORS
- Masso-kinésithérapie 2ème 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
ALDIGHIERI René
ALESSANDRINI Pierre
ALLIEZ Bernard
AQUARON Robert
ARGEME Maxime
ASSADOURIAN Robert
AUFFRAY 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 Jean-Paul
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
BOTTA-FRIDLUND Danielle
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

MM DEVRED Philippe
DJIANE Pierre
DONNET Vincent
DUCASSOU Jacques
DUFOUR Michel
DUMON Henri
ENJALBERT Alain
FAUGERE Gérard
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 Sébastien
GOUDARD Alain
GOUIN François
GRILLO Jean-Marie
GRIMAUD Jean-Charles
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

CHAUVEL Patrick
CHOUX Maurice
CIANFARANI François
CLAVERIE Jean-Michel
CLEMENT Robert
COMBALBERT André
CONTE-DEVOLX Bernard
CORRIOL Jacques
COULANGE Christian
CURVALE Georges
DALMAS Henri
DE MICO Philippe
DELPERO Jean-Robert
DESSEIN Alain
DELARQUE Alain
DEVIN Robert

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

MM MICHOTEY Georges
MIRANDA François
MONFORT Gérard
MONGES André
MONGIN Maurice
MUNDLER Olivier
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

VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAMBUC Roland
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jacques
SARLES - PHILIP Nicole
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SEITZ Jean-François
SERMENT Gérard
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THIRION Xavier
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène

# 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 |

**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 |

2020

| | | |
|---|---|---|
| M. le Professeur | DELPERO Jean-Robert | 31/08/2023 |
| M. le Professeur | GRIMAUD Jean-Charles | 31/08/2023 |
| M. le Professeur | SAMBUC Roland | 31/08/2023 |
| M. le Professeur | SEITZ Jean-François | 31/08/2023 |
| 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 | BONGRAND Pierre | 31/08/2021 |
| M. le Professeur | COZZONE Patrick | 31/08/2021 |
| M. le Professeur | FAVRE Roger | 31/08/2021 |
| M. le Professeur | FONTES Michel | 31/08/2021 |
| M. le Professeur | NAZARIAN Serge | 31/08/2021 |

# Honoris causa

| | |
|---|---|
| **1967** | |
| MM. les Professeurs | DADI (Italie) |
| | CID DOS SANTOS (Portugal) |
| **1974** | |
| MM. les Professeurs | MAC ILWAIN (Grande-Bretagne) |
| | T.A. LAMBO (Suisse) |
| **1975** | |
| MM. les Professeurs | O. SWENSON (U.S.A.) |
| | Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne) |
| **1976** | |
| MM. les Professeurs | P. FRANCHIMONT (Belgique) |
| | Z.J. BOWERS (U.S.A.) |
| **1977** | |
| MM. les Professeurs | C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.) |
| | C.GIBBS (U.S.A.) |
| | J. DACIE (Grande-Bretagne) |
| **1978** | |
| M. le Président | F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire) |
| **1980** | |
| MM. les Professeurs | A. MARGULIS (U.S.A.) |
| | R.D. ADAMS (U.S.A.) |
| **1981** | |
| MM. les Professeurs | H. RAPPAPORT (U.S.A.) |
| | M. SCHOU (Danemark) |
| | M. AMENT (U.S.A.) |
| | Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne) |
| | S. REFSUM (Norvège) |
| **1982** | |
| M. le Professeur | W.H. HENDREN (U.S.A.) |
| **1985** | |
| MM. les Professeurs | S. MASSRY (U.S.A.) |
| | KLINSMANN (R.D.A.) |
| **1986** | |
| MM. les Professeurs | E. MIHICH (U.S.A.) |
| | T. MUNSAT (U.S.A.) |
| | LIANA BOLIS (Suisse) |
| | L.P. ROWLAND (U.S.A.) |

**1987**

M. le Professeur — P.J. DYCK (U.S.A.)

**1988**

MM. les Professeurs — R. BERGUER (U.S.A.)
W.K. ENGEL (U.S.A.)
V. ASKANAS (U.S.A.)
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
A. DAVIGNON (Canada)
A. BETTARELLO (Brésil)

**1989**

M. le Professeur — P. MUSTACCHI (U.S.A.)

**1990**

MM. les Professeurs — J.G. MC LEOD (Australie)
J. PORTER (U.S.A.)

**1991**

MM. les Professeurs — J. Edward MC DADE (U.S.A.)
W. BURGDORFER (U.S.A.)

**1992**

MM. les Professeurs — H.G. SCHWARZACHER (Autriche)
D. CARSON (U.S.A.)
T. YAMAMURO (Japon)

**1994**

MM. les Professeurs — G. KARPATI (Canada)
W.J. KOLFF (U.S.A.)

**1995**

MM. les Professeurs — D. WALKER (U.S.A.)
M. MULLER (Suisse)
V. BONOMINI (Italie)

**1997**

MM. les Professeurs — C. DINARELLO (U.S.A.)
D. STULBERG (U.S.A.)
A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne)
P.I. BRANEMARK (Suède)

**1998**

MM. les Professeurs — O. JARDETSKY (U.S.A.)

**1999**

MM. les Professeurs — J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)

| | |
|---|---|
| | D. COLLEN (Belgique) |
| | S. DIMAURO (U. S. A.) |
| **2000** | |
| MM. les Professeurs | D. SPIEGEL (U. S. A.) |
| | C. R. CONTI (U.S.A.) |
| **2001** | |
| MM. les Professeurs | P-B. BENNET (U. S. A.) |
| | G. HUGUES (Grande Bretagne) |
| | J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne) |
| **2002** | |
| MM. les Professeurs | M. ABEDI (Canada) |
| | K. DAI (Chine) |
| **2003** | |
| M. le Professeur | T. MARRIE (Canada) |
| Sir | G.K. RADDA (Grande Bretagne) |
| **2004** | |
| M. le Professeur | M. DAKE (U.S.A.) |
| **2005** | |
| M. le Professeur | L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.) |
| **2006** | |
| M. le Professeur | A. R. CASTANEDA (U.S.A.) |
| **2007** | |
| M. le Professeur | S. KAUFMANN (Allemagne) |

# PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert
ALBANESE Jacques
ALIMI Yves
AMABILE Philippe
AMBROSI Pierre
ANDRE Nicolas
ARGENSON Jean-Noël
ASTOUL Philippe
ATTARIAN Shahram
AUDOUIN Bertrand
AUQUIER Pascal
AVIERINOS Jean-François
AZULAY Jean-Philippe
BAILLY Daniel
BARLESI Fabrice
BARLIER-SETTI Anne
BARLOGIS Vincent
BARTHET Marc
BARTOLI Christophe
BARTOLI Jean-Michel
BARTOLI Michel
BARTOLOMEI Fabrice
BASTIDE Cyrille
BENSOUSSAN Laurent
BERBIS Philippe
BERBIS Julie
BERDAH Stéphane
BEROUD Christophe
BERTUCCI François
BLAISE Didier
BLIN Olivier
BLONDEL Benjamin
BONIN/GUILLAUME Sylvie
BONELLO Laurent
BONNET Jean-Louis
*BOUBLI Léon Surnombre*
BOUFI Mourad
BOYER Laurent
BREGEON Fabienne
BRETELLE Florence
BROUQUI Philippe
BRUDER Nicolas
BRUE Thierry
BRUNET Philippe
BURTEY Stéphane
CARCOPINO-TUSOLI Xavier
CASANOVA Dominique
CASTINETTI Frédéric
CECCALDI Mathieu
CHAGNAUD Christophe
CHAMBOST Hervé
CHAMPSAUR Pierre
CHANEZ Pascal
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle
CHARREL Rémi
CHAUMOITRE Kathia
CHIARONI Jacques
CHINOT Olivier
CHOSSEGROS Cyrille
COLLART Frédéric
COSTELLO Régis
COURBIERE Blandine
COWEN Didier
CRAVELLO Ludovic
CUISSET Thomas
DA FONSECA David
DAHAN-ALCARAZ Laetitia
DANIEL Laurent
DARMON Patrice
DAVID Thierry
D'ERCOLE Claude
D'JOURNO Xavier
DEHARO Jean-Claude
DELAPORTE Emmanuel
DENIS Danièle
DISDIER Patrick
DODDOLI Christophe
DRANCOURT Michel
DUBUS Jean-Christophe
DUFFAUD Florence
DUFOUR Henry
DURAND Jean-Marc
DUSSOL Bertrand
EBBO Mikaël
EUSEBIO Alexandre
FABRE Alexandre
FAKHRY Nicolas
FELICIAN Olvier
FENOLLAR Florence
FIGARELLA/BRANGER Dominique
FLECHER Xavier
FOUILLOUX Virginie
FOURNIER Pierre-Edouard
FRANCESCHI Frédéric
FUENTES Stéphane
GABERT Jean
GABORIT Bénédicte
GAINNIER Marc
GARCIA Stéphane
GARIBOLDI Vlad
GAUDART Jean
GAUDY-MARQUESTE Caroline
GENTILE Stéphanie
GERBEAUX Patrick
GEROLAMI/SANTANDREA René
GILBERT/ALESSI Marie-Christine
GIORGI Roch
GIOVANNI Antoine
GIRARD Nadine
GIRAUD/CHABROL Brigitte
GONCALVES Anthony
GRANEL/REY Brigitte
GRANVAL Philippe
GREILLIER Laurent
GROB Jean-Jacques
GUEDJ Eric

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PAGANELLI Franck
*PANUEL Michel Surnombre*
PAPAZIAN Laurent
PAROLA Philippe
*PARRATTE Sébastien Disponibilité*
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure
PELLETIER Jean
PERRIN Jeanne
PETIT Philippe
PHAM Thao
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominiq
PIQUET Philippe
PIRRO Nicolas
POINSO François
RACCAH Denis
RANQUE Stéphane
*RAOULT Didier Surnombre*
REGIS Jean
REYNAUD/GAUBERT Martine
REYNAUD Rachel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth
RICHIERI Raphaëlle
ROCHE Pierre-Hugues
ROCH Antoine
ROCHWERGER Richard
ROLL Patrice
ROSSI Dominique
ROSSI Pascal
ROUDIER Jean
SALAS Sébastien
SARLON-BARTOLI Gabrielle
SCAVARDA Didier
SCHLEINITZ Nicolas
SEBAG Frédéric
SIELEZNEFF Igor
SIMON Nicolas
STEIN Andréas
TAIEB David
THOMAS Pascal
THUNY Franck
TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
TRIGLIA Jean-Michel
TROPIANO Patrick
TSIMARATOS Michel

**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 retraite mars 2021*
FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne

**PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI**

REVIS Joana

**PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GEN**

GENTILE Gaëtan

**PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE**

GUIDA Pierre

GUIEU Régis
GUIS Sandrine
GUYE Maxime
GUYOT Laurent
*GUYS Jean-Michel Surnombre*
HABIB Gilbert
HARDWIGSEN Jean
HARLE Jean-Robert
HOUVENAEGHEL Gilles
JACQUIER Alexis
JOURDE-CHICHE Noémie
JOUVE Jean-Luc
KAPLANSKI Gilles
KARSENTY Gilles
*KERBAUL François détachement*
KRAHN Martin
LAFFORGUE Pierre
LAGIER Jean-Christophe
LAMBAUDIE Eric
LANCON Christophe
LA SCOLA Bernard
LAUNAY Franck
LAVIEILLE Jean-Pierre
LE CORROLLER Thomas
LECHEVALLIER Eric
LEGRE Régis
LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
LEONE Marc
LEONETTI Georges
LEPIDI Hubert
LEVY Nicolas
MACE Loïc
MAGNAN Pierre-Edouard
MANCINI Julien
MEGE Jean-Louis
MERROT Thierry
METZLER/GUILLEMAIN Catherine
MEYER/DUTOUR Anne
MICCALEF/ROLL Joëlle
MICHEL Fabrice
MICHEL Gérard
MICHEL Justin
MICHELET Pierre
MILH Mathieu
MILLION Matthieu
MOAL Valérie
MORANGE Pierre-Emmanuel
MOULIN Guy
MOUTARDIER Vincent
NAUDIN Jean
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
NICOLLAS Richard
NGUYEN Karine
OLIVE Daniel
OLLIVIER Matthieu
OUAFIK L'Houcine
OVAERT-REGGIO Caroline
PADOVANI Laetitia

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

TURRINI Olivier
VALERO René
VAROQUAUX Arthur Damien
VELLY Lionel
VEY Norbert
VIDAL Vincent
VIENS Patrice
VILLANI Patrick
VITON Jean-Michel
VITTON Véronique
*VIEHWEGER Heide Elke détachement*
VIVIER Eric
XERRI Luc

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

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

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

## MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic

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

BARGIER Jacques
CALVET-MONTREDON Céline
FORTE Jenny
JANCZEWSKI Aurélie
NUSSLI Nicolas
ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle

THERY Didier

## MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

BOURRIQUEN Maryline

EVANS-VIALLAT Catherine

LAZZAROTTO Sébastien

LUCAS Guillaume

MATHIEU Marion

MAYENS-RODRIGUES Sandrine

MELLINAS Marie

ROMAN Christophe

TRINQUET Laure

**ESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITA**
**PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants**

## 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)

## ANGLAIS *11*

*BRANDENBURGER Chantal (PRCE) retraite mars 2021*
FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne (PRCE)

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

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
PERRIN Jeanne (PU-PH)

## BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE *4301*

GUEDJ Eric (PU-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) Surnombre*

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)
FROMONOT Julien (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
ROMANET Pauline (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

## 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)

## CARDIOLOGIE *5102*

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)

GUYE Maxime (PU-PH)
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 Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE 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 ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE** *5002*

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

**ROLOGIE ; RADIOTHERAPIE** *4702CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAP*

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)
PADOVANI Laetitia (PH-PH)
SALAS Sébastien (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)
TABOURET Emeline (MCU-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 VISCERALE ET DIGESTIVE** *5202*

BERDAH Stéphane (PU-PH)
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)
MEGE Diane (MCU-PH)

**CHIRURGIE INFANTILE** *5402CHIRURGIE INFANTILE 5402*

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

**FACIALE ET STOMATOLOGIE** *5503CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE E*

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)
FOUILLOUX Virginie (PU-PH)
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
MACE Loïc (PU-PH)
THOMAS Pascal (PU-PH)
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

## CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOLOGIE *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)

## GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE *5201*

BARTHET Marc (PU-PH)
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
GRANDVAL Philippe (PU-PH)
VITTON Véronique (PU-PH)

## HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE *4202*

LEPIDI Hubert (PU-PH)

PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-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)
NGYUEN Karine (PU-PH)

## DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

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

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

## 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)

## **PIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION** *460*

AUQUIER Pascal (PU-PH)
BERBIS Julie (PU-PH)
BOYER Laurent (PU-PH)
GENTILE Stéphanie (PU-PH)

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

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)

## **IMMUNOLOGIE** *4703*

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

FERON François (PR) (69ème section)

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

## **MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES** *4503*

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

ELDIN Carole (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)
EBBO Mikael (PU-PH)
GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
HARLE Jean-Robert (PU-PH)
ROSSI Pascal (PU-PH)
SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

BENYAMINE Audrey (MCU-PH)

## **HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION** *4701*

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)

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

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

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

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

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND Caroline (MCF) (1ère section)

## **MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION** *4905*

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

## **MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL** *4602*

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

## MEDECINE GENERALE *5303*

GENTILE Gaëtan (PR  Méd. Gén. Temps plein)

CASANOVA Ludovic (MCF  Méd. Gén. Temps plein)

GUIDA Pierre (PR associé Méd. Gén. à mi-temps) retraite au 25/09/2(

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)
FORTE Jenny (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
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/

## 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*

DAVID Thierry (PU-PH)
DENIS Danièle (PU-PH)

## 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 (PAST) (Orthophonie) (7ème Section)

## PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE *4502*

## NEPHROLOGIE *5203*

BRUNET Philippe (PU-PH)
BURTEY Stépahne (PU-PH)
DUSSOL Bertrand (PU-PH)
JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)
MOAL Valérie (PU-PH)

ROBERT Thomas (MCU-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)
MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)
SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

## PHILOSPHIE *17*

RANQUE Stéphane (PU-PH)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)
L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)
TOGA Isabelle (MCU-PH)

**PEDIATRIE** *5401*

ANDRE Nicolas (PU-PH)
BARLOGIS Vincent (PU-PH)
CHAMBOST Hervé (PU-PH)
DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)
FABRE Alexandre (PU-PH)
GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)
MICHEL Gérard (PU-PH)
MILH Mathieu (PU-PH)
OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)
REYNAUD Rachel (PU-PH)
TSIMARATOS Michel (PU-PH)

TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

**PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE** *4903*

BAILLY Daniel (PU-PH)
LANCON Christophe (PU-PH)
NAUDIN Jean (PU-PH)
RICHIERI Raphaëlle (PU-PH)

CERMOLACCE Michel (MCU-PH)

**'CHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16**

AGHABABIAN Valérie (PR)

LAZZAROTTO Sébastien (MAST)

**RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE** *4302*

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)
GIRARD Nadine (PU-PH)
JACQUIER Alexis (PU-PH)
MOULIN Guy (PU-PH)
*PANUEL Michel (PU-PH) surnombre*
PETIT Philippe (PU-PH)
VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)
VIDAL Vincent (PU-PH)

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

MATHIEU Marion (MAST)

**PHYSIOLOGIE** *4402*

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)
BREGEON Fabienne (PU-PH)
GABORIT Bénédicte (PU-PH)
MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)
TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BONINI Francesca (MCU-PH)
BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)
*DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)*
DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
LAGARDE Stanislas (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

**PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE** *5101*

ASTOUL Philippe (PU-PH)
BARLESI Fabrice (PU-PH)
CHANEZ Pascal (PU-PH)

GREILLIER Laurent (PU PH)
REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)
TOMASINI Pascale (MCU-PH)

**RHUMATOLOGIE** *5001*

GUIS Sandrine (PU-PH)
LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
PHAM Thao (PU-PH)
ROUDIER Jean (PU-PH)

**'HERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE** *480-*

AMBROSI Pierre (PU-PH)
VILLANI Patrick (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

**REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE** *4802*

GAINNIER Marc (PU-PH)
GERBEAUX Patrick (PU-PH)
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
ROCH Antoine (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

**UROLOGIE** *5204*

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
KARSENTY Gilles (PU-PH)
LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
ROSSI Dominique (PU-PH)

**REMERCIEMENTS**.

A Monsieur **le Professeur Jean NAUDIN**:
Vous nous octroyez le privilège de siéger à la présidence de ce jury de thèse., nous vous remercions de l'intérêt que vous portez à ce travail.
Veuillez recevoir l'expression de notre respectueux dévouement.

A Madame **la Docteur Carole Eldin** : Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en acceptant d'évaluer mon travail et d'enrichir le jury de votre expérience en tant qu'infectiologue. Je vous suis également très reconnaissante pour avoir pris le temps de relire ce travail.

À Monsieur **le Docteur Raoul Belzeaux**, mon directeur de thèse, ce travail n'aurait pas été possible sans ta disponibilité, ta patience, ton expérience, tes nombreux conseils et tes pertinentes remarques, qui m'ont permis de produire un travail de qualité. Je te remercie pour ton accompagnement confraternel.

Merci au **Professeur Michel Azorin** qui a été le premier à m'encourager dans ce projet.

Merci au **Docteur Alexandre El Kaim** qui a eu la gentillesse de me donner son avis et ses conseils dans l'élaboration de ce travail.

Merci à mon tuteur le **Docteur Alexis Bernal** pour les échanges constructifs tout le long de cet internat.

À ma famille,

A Michel, mon Amour, Merci de partager ma vie. Ce travail n'aurait certainement pas abouti sans ta patience, ton écoute, ton énergie. Merci d'être là, à mes côtés, merci de m'apporter autant de ta richesse dans l'aventure comme dans le quotidien.

A mes enfants : Maëlys et Yann, qui ont fait preuve de beaucoup de patience et ont cru en leur mère.

Maman et Papa, votre soutien depuis 43 ans, sans nul doute, a joué un rôle déterminant dans la réussite de toutes ces épreuves de la vie. Merci d'avoir toujours été là.

A Clémentine, Ma grande sœur, un grand merci pour ton soutien, tes disponibilités auprès de mes enfants, ta sensibilité qui sont de constantes sources d'inspiration.

A Toute ma fratrie aux 4 coins du monde, sans oublier Pascaline ma sœur, actuellement au ciel, vous gardez une place unique dans mon cœur.

A Audrey & Claudia, un immense merci votre présence sans faille dans tous les creux de la vie, votre confiance, bienveillance, vos encouragements et vos conseils avisés en toutes circonstances.

Au couple Antoinette et Jean-Claude à qui je dois tant.

Un grand merci à Anne, Vanietta, Marie, Nelly et Valère, pour la joie inconditionnelle qu'ils m'ont apporté et m'apportent encore. Et une pensée pour tous ceux que j'ai oubliés.

## Sommaire

INTRODUCTION ..... 2
1. Partie Théorique ..... 6
1.1. Perspective historique et terminologie ..... 6
1.2. Epidémiologie ..... 19
1.3. Etiologie ..... 24
1.3.1. Les facteurs biologiques ..... 25
1.3.2. Le facteur genre ..... 27
1.3.3. Les facteurs environnementaux ..... 28
1.3.4. Les comorbidités psychiatriques ..... 29
1.4. Prises en charge ..... 32
2. Méthodologie ..... 41
2.1. Contexte ..... 41
2.2. Objectifs et hypothèses ..... 42
2.3. Population ..... 43
2.4. Matériel et procédure ..... 43
2.5. Récapitulatif ..... 45
2.6. Analyses statistiques ..... 46
2.6.1. Analyses univariées ..... 46
2.6.2. Analyse bivariées ..... 46
3. Résultats ..... 47
3.1. Approche empirique ..... 47
3.1.1. Statistiques descriptives ..... 47
3.1.2. Analyses multivariées ..... 58
3.2. Approche qualitative ..... 61
3.2.1. Cas clinique Madame A ..... 61
3.2.2. Cas clinique Madame B ..... 62
4. Discussion ..... 66
4.1. Discussion générale des résultats ..... 66
4.2. Intérêts et limites de l'étude ..... 72
5. Conclusion ..... 75
6. Références bibliographiques ..... 76
7. Annexes ..... 85
7.1. Présentation de l'étude et questionnaire ..... 85

## INTRODUCTION

Les troubles somatoformes ne cessent de s'accroitre en soins primaires. Ces patients souffrant de symptômes atypiques s'intègrent très peu dans les schémas habituels de raisonnement car les praticiens sont majoritairement formés sur le modèle biomédical comparé au modèle narratif. Pourtant, le médecin généraliste reste le premier, souvent le dernier recours lorsque le patient a épuisé toutes ses options thérapeutiques.

Parler de troubles somatoformes passe par la reconnaissance du polymorphisme des symptômes constitutifs de ce trouble, qui englobent plusieurs entités diagnostiques compliquant potentiellement la prise en charge en l'absence de réelles causes physiopathologiques et biologiques. Les études montrent que les médecins utilisent différents termes pour évoquer ces symptômes inexpliqués avec les patients. Ainsi, les termes de «somatisation » et de « trouble fonctionnel » sont régulièrement utilisés pour rendre compte de situations très différentes. Les syndromes somatiques fonctionnels sont des étiquettes médicales descriptives proposées par les somaticiens. On y retrouve au moins un exemple dans chaque spécialité : le syndrome de l'intestin irritable pour les gastro-entérologues, le syndrome de fatigue chronique en médecine interne, le syndrome d'hyperventilation pour les pneumologues, la céphalée de tension aux urgences, etc. Comme nous le verrons, les psychiatres ont proposé une description et une typologie des troubles fonctionnels dans les classifications DSM IV, DSM V et CIM-10, nommée trouble somatoforme, puis plus récemment « Troubles à symptomatologie somatique et troubles connexes » (DSM 5, APA, 2013)[1]. L'Association Américaine de Psychiatrie précise que ces troubles « ne sont pas des simulations ni des plaintes factices », puisqu'ils entrainent une souffrance ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou familial. Toutefois, l'absence de cause organique identifiable pour ces maladies fait souvent sous-estimer leur retentissement, voire douter de leur existence avec un impact majeur sur la qualité de la vie du patient et des coûts inutiles pour le système de santé (Micoulaud-Franchi, Lemogne & Quiles, 2019)[2].

[1] American Psychiatric Association. DSM-5 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Washington (D. C.)[etc.: American Psychiatric, 2013. Print.

[2] Micoulaud-Franchi J-A, Lemogne C, Quiles C. Troubles somatoformes. Evolutions majeurs dans leur approche . Rev Prat 2019; vol69 ;199-204

Ces symptômes persistants inexpliqués représenteraient 15 à 30% de l'activité des médecins généralistes d'après la littérature internationale (Alberto Caille, 2018)[3]**.** Dans une méta-analyse de 2015, la prévalence d'un diagnostic ponctuel d'au moins un trouble somatoforme selon le DSM ou le CIM était estimée entre 26,2% et 34,8% dans une population consultant en soins premiers, et ce taux atteignait 40% à 49% pour les symptômes non expliqués. Il a été admis que les patients présentant ces symptômes expriment de la frustration possiblement liée au manque d'explication, de légitimité et d'efficacité des traitements (Gocko, Plotton, Werner & Cathebras, 2019)[4]. Une question fait alors écho à ce constat : pourquoi cette survalorisation française pour l'organique ? En effet, nous pourrions supposer qu'évoquer le sujet avec le patient éviterait bien des errements délétères (Stora, 1999)[5]. Malgré leur prédominance et leur effet sur le système de soins de santé, les études démontrent que les symptômes inexpliqués sont une source d'anxiété chez plusieurs médecins de famille. Nous retrouvons par exemple leur difficulté à exclure des maladies médicales, leur crainte de manquer un diagnostic, ou encore accueillir la frustration des patients et leurs diverses inquiétudes (Lum, 2018)[6].

Il a ainsi été rapporté que certains médecins pouvaient se sentir déroutés voire mal à l'aise dans la gestion de la consultation et la difficulté à soigner ces troubles d'où l'accroissement au delà du raisonnable des investigations telles que : la prescription d'examens biologiques et iconographiques, la multiplication des consultations, ou encore les arrêts de travail contribuant à pérenniser le trouble (Meunier, 2009[7] ; Alberto Caille[8], 2018 ; Micoulaud-Franchi, 2019 [9]). Ce sentiment parfois d'impuissance à soigner ces patients, au risque de les catégoriser comme patients difficiles, pénibles peut être ressenti par nombre de praticiens (Piereira-Charles, 2018)[10] et conduire à une altération de la relation : médecin-malade comme

[3] Alberto Caille. Prise en charge des symptômes biomédicalement inexpliqués en médecine générale. Médecine humaine et pathologie. 2018. ⟨dumas-02075963⟩.

[4] Gocko X, Plotton C, Werner E.L, Cathebras P. Patients adultes présentant des symptômes fonctionnels et syndromes somatiques fonctionnels. Rev Exercer 2019 ; 156 :363-8

[5] Stora J.B. Quand le corps prend la relève, stress, traumatismes et maladies somatiques, Odile Jacob, 1999

[6] Lum I. Réflexions sur la gestion des symptomes médicalement inexpliqués. Le Médecin de famille canadien Novembre 2018 Vol 64, P 859 disponible www.cfp.ca]

[7] Meunier S. Les symptômes médicalement inexpliqués en médecine générale. [Thèse]. Créteil : Université Paris Val-de-Marne – Faculté de Médecine ; 2009.

[8] Alberto Caille. Prise en charge des symptômes biomédicalement inexpliqués en médecine générale. Médecine humaine et pathologie. 2018. ⟨dumas-02075963

[9] Micoulaud-Franchi J-A. Somatoform disorders: 10 key messages. Rev Prat. févr 2019;69(2):223

[10] Pereira-Charles J, Terra C, Colombani H, Rossignol L. Prise en charge des patients pénibles en centre de santé. exercer 2018;143:216-21

le souligne Consoli (cité par Doquir, 2013)[11]: « Désillusions pour chaque partenaire de la relation de soins : d'un côté un médecin déçu (de son échec), de l'autre un malade frustré d'en être toujours là avec son symptôme qui persiste et reste toujours aussi opaque ».

Les médecins d'aujourd'hui ne peuvent l'ignorer, l'omniprésence du médical dans le champ des médias est un fond culturel renforçant à la fois la perception d'une vulnérabilité et de la faillibilité des médecins. Face à un patient de plus en plus inquiet, méfiant et informé, il est devenu difficile d'affirmer sans douter « qu'il n'y a rien (de grave) ». Il ne faut en tout cas jamais s'en tenir au verdict : « vous n'avez rien », qui, selon Balint: « ne rassure presque jamais un névrosé, bien qu'il puisse rassurer un patient physiquement malade» [12].

Nous savons que les patients présentant un ou plusieurs symptômes persistants ont souvent un niveau élevé d'anxiété pour leur santé, se traduisant notamment par une attention exagérée portée sur leur corps sans substratum organique associé le plus souvent. Comment rassurer et accompagner un patient dans cette situation de troubles fonctionnels invalidant ? Et plus particulièrement lorsqu'il est pris dans cette illusion organique que représente ce trouble ?

Malgré plusieurs travaux de recherche effectués sur cette thématique, ce trouble ne cesse de s'accroitre en termes de fréquence et ceux d'autant plus chez des patients ayant présenté certaines pathologies telles que : syndromes post Lyme, syndromes post infection à Sars-Cov, mais qui sont pourtant totalement guéris biologiquement.

Dans ce contexte, la présente étude a pour objectif d'examiner la démarche des médecins généralistes face aux troubles somatoformes, toujours en pleine croissance en soins primaires, afin de mieux cerner les enjeux théoriques et pratiques liés à la prise en charge de cette pathologie en médecine générale.

Dans un premier temps, le présent travail de recherche, proposera une synthèse de la littérature scientifique sur les troubles somatoformes en population générale et clinique. Ensuite, nous vous détaillerons, dans un second temps, la méthodologie de notre protocole de recherche à savoir : nos objectifs et hypothèses, notre échantillon de population, nos instruments de mesure et la procédure de notre recueil des données. Un troisième temps sera consacré aux résultats de notre étude, qui se déclinent en deux axes. Le premier axe

[11] Docquir C. Les symptômes médicalement inexpliqués : précisions terminologiques, données épidémiologiques chez l'adulte et l'enfant, aperçu des contre-attitudes. Bulletin de psychologie. 13 mars 2013;Numéro 523(1):61-75.

[12]Herzlich C. Du symptôme organique à la norme sociale : des médecins dans un « groupe Balint». Sci Soc Santé. 1984;2(1):11–31.

correspond aux analyses statistiques descriptives, puis inférentielles, que nous compléterons, dans un second axe par la présentation de deux vignettes cliniques de patients pris en charge en médecine générale pour un trouble somatoforme. Puis, dans un quatrième temps, nous confronterons et discuterons nos résultats au regard des données issues de la littérature scientifique sur le sujet et nous aborderons les intérêts et limites de notre protocole de recherche. Enfin, dans notre conclusion, nous formulerons nos recommandations cliniques et nous vous proposerons une ouverture sur de futures recherches à mener dans le domaine des troubles somatoformes.

# 1. Partie Théorique

## 1.1. Perspective historique et terminologie

Dans un premier temps, il nous apparaît opportun de retracer l'historique ayant conduit à la conceptualisation de cette entité clinique que sont les troubles somatoformes afin d'en préciser la terminologie actuelle. En effet, bien que décrits depuis l'Antiquité, ils ont connu un certain nombre de remaniements théoriques et nosographiques, inhérents au déroulement de la pensée médicale à travers les siècles.

Ainsi, dans l'Antiquité, il avait été repéré le cas de patients présentant des troubles ne pouvant être expliqués médicalement mais dont pourtant l'expression somatique était au premier plan du tableau clinique. Socrate usa dès lors du vocable de « théorie de la migration utérine », en référence à l'hystérie, pour les nommer, et Dioclès de Caryste fit une description qu'il classa du côté de l'hypocondrie. Rappelons, que ce médecin opérait une description purement physique de l'hypocondrie : « de crachements humides abondants, d'éructations aiguës, de vents, de chaleur dans les hypochondres » [13].

Puis, courant du XVII[e] siècle Willis et Sydenham vont opérer un regroupement où l'hystérie et l'hypocondrie seront toutes deux classées dans les maladies nerveuses. En effet, l'hypothèse qui primait alors était que tant l'hystérie que l'hypocondrie résultaient d'un dysfonctionnement global du système nerveux[14].

En 1769, Cullen introduisit dans le vocabulaire scientifique médical, le terme « névrose » pour qualifier le groupe des maladies nerveuses à l'intérieur duquel figuraient l'adynamie dont l'hypocondrie et les spasmes comprenant l'hystérie. Ce terme de névrose était alors réservé pour désigner les affections sans fièvre ou lésion localisée et comme nous le savons son acception a connu diverses évolutions jusqu'à Freud.

Puis, au XIX[e] siècle les anatomo-pathologistes de l'époque vont modifier la dénomination de névrose au profit de celle de « lésion négative ».

Dans ce contexte, Georget dans son dictionnaire de médecine stipula :

> « […] troubles chroniques, non dangereux, intermittents, sans fièvre, susceptibles en apparence d'entraîner une souffrance telle que le sujet se croit gravement malade ; ils ne comportent aucune vérification post mortem de la présence de lésions organiques. Les névroses incluent les céphalées périodiques, l'hypochondrie, la catalepsie, la

[13] Citation tirée du traité *Affection, cause, traitement*, fr. 109, P. J. van der Eijk (éd.), in *Diocles of Carystus. A Collection of Fragments with Translation and Commentary*, vol. I, Leyde, Brill, 2000, p. 188-195 (p. 190-191).
[14] Rouby, Pascal, et al. "Somatisation, Conversion Et Trouble Somatoforme… Nosographie Et Psychopathologie." *Douleurs*, vol. 6, no. 1, 2005, pp. 14–20.

chorée, l'hystérie, l'asthme, les palpitations nerveuses, les gastralgies avec ou sans vomissements, et les névralgies.» [15].

En 1970, Charcot va proposer une description rigoureuse de l'hystérie, à partir de la méthode anatomoclinique, une méthode qui repose sur la recherche de la différence. Plus précisément, elle consiste à juxtaposer des cas de plus en plus analogues, et d'examiner jusqu'où ira la différence et de déterminer son point d'épuisement. Guillain (1958), nous en a offert un exemple, sur la manière dont Charcot menait cette démarche :

> « Il s'assoit près d'une table nue et aussitôt fait venir le malade à étudier. On déshabille celui-ci complètement. L'interne lit une observation, le Maître l'écoute Attentivement. Ensuite un long silence pendant lequel il regarde, regarde le patient, en tapotant d'une main sur la table, il commande au malade un mouvement, le fait parler, demande qu'on recherche ses réflexes, qu'on explore sa sensibilité… Il fait venir un second malade, l'examine comme le précédent, en réclame un troisième, et toujours sans mot dire les compare entre eux » [16].

Le travail de Charcot sur l'hystérie sera de tenter de démontrer, en autre, que les paralysies hystériques ne résultent pas de lésions organiques mais d'une lésion qu'il nomme « dynamique fonctionnelle » et qu'il est possible de reconstituer sous hypnose. Il va élaborer une série de *Leçons* portant sur la description des manifestations qui se produisent dans le corps des patientes souffrant d'hystérie. Ainsi, il va par exemple mettre en parallèle l'hémianesthésie hystérique et l'hyperesthésie ovarienne, phénomènes fréquemment présents conjointement chez une même patiente. C'est au travers d'une description rigoureuse de ses observations qu'il va alors interroger l'apparition de certains phénomènes en en soulignant les analogies et les points de disjonctions. Ainsi, au cours de ses *Leçons* seront abordées aussi bien l'hémianesthésie que les paralysies, ou encore les contractures des membres, les douleurs physiques, les pertes de connaissances, autant de symptômes pouvant se manifester lors des crises d'hystérie ou dans l'épilepsie.

Aux moins deux éléments centraux sont à retenir dans le travail et l'héritage laissés par Charcot. Le premier est qu'il a permis, au travers de son objectivation des phénomènes observés, de faire reconnaitre la véracité de ces troubles par la communauté scientifique de l'époque à savoir que ces patients présentent une souffrance réelle et qu'ils ne sont pas des simulateurs. Le second est conjoint du premier et concerne la représentation et les connaissances sur l'hystérie, qui, pour Charcot, n'est pas seulement l'apanage des femmes,

[15] Georget EJ. Névroses. In : "Dictionnaire de médecine" Vol XXV, Paris, Béchet 1840:27-41.
[16] Cité par Guillain, in *Charcot*, 1 vol., Masson, Paris, 1958.

puisque des hommes peuvent eux aussi présenter des symptômes caractéristiques de cette affection. Toutefois, Charcot, dans son travail s'est retrouvé confronté à plusieurs points de butée, notamment sur cette question de l'hystérie masculine, qu'il ne parvenait pas à expliquer. En effet, comme nous le savons son approche des troubles n'incluait pas la dimension psychique.

C'est dans ce contexte, que la fin du XIX$^{e}$ siècle, va voir émerger une nouvelle approche théorique des névroses avec Freud. En effet, dès lors la psychiatrie officielle sera peu à peu délaissée au profit de la psychopathologie Freudienne.

Dans ses nombreux travaux, Freud, dans un premier temps, va différencier les névroses en deux classes : les névroses actuelles qu'il lie à un dysfonctionnement de la sexualité et les psychonévroses qui « s'originent », selon l'auteur, dans les conflits infantiles [17].

Ainsi, son travail sur les psychonévroses (*Les Psychonévroses de défense*, 1894-1896)[18] l'a conduit à dégager plusieurs mécanismes de défenses dont la conversion pour l'hystérie, le déplacement ou la transposition pour la névrose obsessionnelle et le rejet pour la psychose. En revanche, il fait référence au refoulement pour désigner le destin des représentations qui sont scindées de la conscience, mécanisme qu'il impute aussi bien à l'hystérie qu'à la névrose obsessionnelle. Dans ses *Etudes sur l'Hystéries* (1895)[19], Freud conçoit la représentation refoulée comme un noyau de cristallisation englobant toutes les représentations insupportables en dehors de l'intervention du champ de la conscience, elle est donc corrélative du processus primaire (Inconscient). En effet, Freud réserve le terme de défense pour désigner de manière générale les processus psychiques en jeu, qu'ils soient pathologiques ou non, et dans lesquels l'affect et la représentation vont être soumis à un sort différent. Le refoulement, plus précisément le terme de refoulé sera pendant une longue période pour Freud synonyme d'Inconscient.

Concernant les névroses hystériques, classe de névrose présentant des tableaux cliniques variés, les deux formes symptomatiques qui furent isolées concernent d'une part l'hystérie de conversion où le conflit psychique vient se symboliser dans le corps et peut donner lieu à des manifestations paroxystiques telles que des crises émotionnelles avec théâtralisme ou des formes plus durables se manifestant par une asthénie, des paralysies hystériques, etc, et d'autre part l'hystérie d'angoisse telle qu'elle a été conceptualisée par Freud lors de son étude

[17] Laplanche J, Pontalis J-B. *Vocabulaire de la Psychanalyse*. pp 267-270. 11, Édition PUF, 1992.
[18] Freud, S., et Laplanche, J. *Névrose, Psychose Et Perversion*. Presses Universitaires De France, 1973.
[19] Freud, S. *Études Sur L'hystérie.* Presses Universitaires De France, 2002.

clinique du Petit Hans [20] et qui correspond à l'émergence d'une angoisse fixée de manière plus ou moins stable sur un objet extérieur (encore appelé objet phobogène). Egalement, Freud a introduit d'autres formes d'hystérie comme l'hystérie de défense qui correspond chez ce psychanalyste à la mise en place de défenses par le sujet pour lutter contre des représentations chargées d'une valence déplaisante. Ou encore, l'hystérie de rétention pour désigner le fait que les affects, sous l'action de certaines circonstances extérieures, n'ont pu être abréagis. L'hystérie hypnoïde se caractérise, quant à elle, par la survenue d'un état hypnoïde au cours duquel la personne ne peut intégrer dans sa personne et son histoire les représentations qui sont survenues au cours de ce phénomène. Enfin, l'hystérie traumatique, sert à désigner chez Charcot, l'apparition de symptômes somatiques souvent des paralysies sans causes organiques survenant après l'exposition à un traumatisme [21].

Pour Freud, dans les *Cinq Psychanalyses*, l'hystérie résulterait d'une non-résolution du complexe d'Œdipe avec une fixation phallique. Si durant l'enfance les fantasmes œdipiens sont refoulés, à l'adolescence et au début de l'âge adulte par une réactivation de la pulsion sexuelle ils refont surface par retour du refoulé et s'expriment alors par ce besoin d'affection, de séduction et d'érotisation. Le refoulement va jouer un rôle central, pour se protéger du danger œdipien. Le refoulement peut être complet, Freud à ce propos parlait de *la belle indifférence* chez l'hystérique pour souligner les amnésies affectives présentes chez certaines de ses patientes, ou à l'inverse il peut être incomplet.

Concernant la question du mécanisme d'identification, Freud va dégager, notamment suite à ses observations du cas de Dora[22], la prévalence du recours aux identifications secondaires, indissociables du désir objectal, qui sont marquées par une labilité prégnante chez l'hystérique, qui peut ainsi tour à tour se parer par emprunt de certains traits de personnalité ou de symptômes. Souvenons-nous que Dora pouvait ainsi se parer du symptôme de toux de son père, et de celui de catarrhe de sa mère. Freud voyait dans ces différentes facettes identificatoires chez l'hystérique un moyen de pallier à leur propre panne identitaire, notamment concernant la question féminine. Ainsi, ces divers investissements objectaux avaient alors pour fonction de restaurer la consistance interne du patient.

[20] Freud, S. *Cinq psychanalyses,* Presses Universitaires De France, 1995.
[21] Laplanche J, Pontalis J-B. *Vocabulaire de la Psychanalyse*. pp 267-270. 11, Édition PUF, 1992.
[22] Freud, Sigmund. *Cinq psychanalyses,* Presses Universitaires De France, 1995.

Quelques mots à présent sur le rôle de la conversion. La conversion est l'actualisation dans le corps des conflits psychiques inconscients refoulés, des représentations sexuelles. La conversion représente symboliquement le conflit refoulé, là où la souffrance corporelle, le réel, n'est que contingence. D'un point de vue économique, Freud va conceptualiser la conversion comme la transposition dans le corps de l'énergie libidinale détachée de la représentation. Plus précisément, l'énergie libidinale en se transformant c'est-à-dire en se détachant de la représentation va se convertir en innervation somatique. Ses observations le conduisirent à remarquer que derrière ces symptômes corporels, se cachaient une signification voire plusieurs significations, telle une énigme qui n'attendait qu'à être dévoilée et dont le corps se faisait le porteur et parlait en lieu et place des représentations refoulées. A ce propos, il dira :

> « Au cours des ans un symptôme peut voir changer une de ses significations ou sa signification dominante […]. La production d'un symptôme de cette sorte est si difficile, le transfert d'une excitation purement psychique dans le domaine du corps – processus que j'ai nommé conversion – dépend du concours de tant de conditions favorables, la complaisance somatique nécessaire à la conversion est si malaisément obtenue que la poussée vers la décharge de l'excitation provenant de l'inconscient conduit à se contenter si possible de la voie de décharge qui est praticable »[23].

Un point est ici à retenir quant Freud parle de « complaisance somatique » il émet le postulat selon lequel certains individus seraient prédisposés à la conversion.

Courant des années 1970, l'apparition des classifications (Classification Internationale des Maladies de l'Organisation Mondiale de la Santé (CIM) et *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, publié par l'*American Psychiatric Association* (DSM)) auquel s'ajoutent : la prolifération des travaux épidémiologiques, l'avènement de la recherche empirique quantitative, les évolutions en pharmacologie, etc. ont participé à la remise en question du modèle psychodynamique Freudien. Ces deux classifications a-théoriques faisant pourtant référence dans les milieux de la santé mentale et de la recherche s'éloignent d'une compréhension singulière et exhaustive du sujet telle qu'elle est pensée et portée par la psychologie clinique d'orientation psychodynamique. En effet, les notions même de structures ont été élidées de ces démarches diagnostiques au profit de celles de troubles et de syndromes.

[23] Freud, S. *Études Sur L'hystérie.* Presses Universitaires De France, 2002.

La dimension psychodynamique sous-tendant la compréhension du fonctionnement psychique et la reconnaissance du polymorphisme des symptômes ont été abrasées. En effet, dès la troisième édition du DSM (DSM-3)[24], le concept de névrose n'apparait plus dans les classifications, ainsi l'hystérie et l'hypocondrie se voient englober dans une nouvelle nomenclature celle des Troubles somatoformes composée du trouble de conversion, du trouble de somatisation, du trouble douloureux et de l'hypocondrie. Cette nouvelle dénomination sera également reprise dans le DSM-IV-TR[25] où les troubles somatoformes seront décrits par:

(i) La présence de symptômes physiques faisant évoquer une affection médicale générale, mais qui ne peuvent s'expliquer complètement ni par une affection médicale générale, ni par l'abus de substances ou par un autre trouble mental

(ii) Les symptômes doivent être à l'origine d'une souffrance cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines.

(iii) Les symptômes physiques ne sont pas volontaires (c.-à-d. sous le contrôle de la volonté).

Le DSM-IV-TR scinde les troubles somatoformes en : trouble de la somatisation, trouble somatoforme indifférencié, trouble de conversion, trouble douloureux, hypocondrie, dysmorphophobie, trouble somatoforme non spécifié (incluant les plaintes physiques inexpliquées, par ex., la fatigue). Les troubles dissociatifs (ceux où il y a habituellement une interruption dans les fonctions normales d'intégration de la conscience, de la mémoire, de l'identité et des perceptions) sont classés séparément.

Dans la CIM-10[26], comme nous le savons les troubles mentaux et du comportement sont présentés dans le chapitre V sous les codes allant de F00 à F99.

Les troubles somatoformes sont classifiés sous le code F45 et sont regroupés sous le bloc intitulé : Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes. Ils y sont présentés comme des troubles caractérisés par l'apparition de symptômes physiques pour lesquels « 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

[24] American Psychiatric Association.– *DSM-III, Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 3e édition, Washington DC, 1980.

[25] American Psychiatric Association.– *DSM-IV-TR, Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4e édition, texte révisé, Washington DC, 2000, trad. fr., *Manuel diagnostic et statistique des troubles mentaux*, Paris, Masson, 2003.

[26] Organisation Mondiale de la Santé.– *CIM-10, classification internationale des troubles mentaux et du comportement*, Paris, Masson, 1992.

organique. S'il existe un trouble physique authentique, ce dernier ne permet de rendre compte ni de la nature ou de la gravité des symptômes, ni de la détresse ou des préoccupations du sujet. ». Les troubles somatoformes sont subdivisés en 7 sous axes : somatisation (F45.0), trouble somatoforme indifférencié (F45.1), trouble hypocondriaque (F45.2), dysfonctionnement neurovégétatif somatoforme (F45.3), syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), autres troubles somatoformes (F45.8) et trouble somatoforme sans précision (F45.9).

Pour le premier sous axe : la somatisation, ce trouble inclut comme principales caractéristiques la présence de « symptômes physiques multiples, récurrents et variables dans le temps, persistant au moins deux ans. Dans la plupart des cas, 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. Les symptômes peuvent renvoyer à n'importe quel système ou partie du corps. Le trouble a une évolution chronique et fluctuante, et s'accompagne souvent d'une altération du comportement social, interpersonnel et familial. Quand le trouble est de durée plus brève (moins de deux ans) ou quand il se caractérise par des symptômes moins évidents, on doit faire un diagnostic de trouble somatoforme indifférencié (F45.1) ». Il englobe également le syndrome de Briquet et le trouble psychosomatique multiple.

Le second sous axe à savoir : le Trouble somatoforme indifférencié, précise que pour qu'un diagnostic soit retenu le patient doit présenter « des plaintes somatoformes multiples, variables dans le temps, persistantes, mais ne répondant pas au tableau clinique complet et typique d'une somatisation. »

Le Trouble hypocondriaque se caractérise, quant à lui, par une « une préoccupation persistante concernant la présence éventuelle d'un ou de plusieurs troubles somatiques graves et évolutifs, se traduisant par des plaintes somatiques persistantes ou par une préoccupation durable concernant l'apparence physique. Des sensations et des signes physiques normaux ou anodins sont souvent interprétés par le sujet comme étant anormaux ou pénibles. L'attention du sujet se concentre habituellement sur un ou deux organes ou systèmes. Il existe souvent une dépression et une anxiété importantes, pouvant justifier un diagnostic supplémentaire. ». Nous retrouvons la dysmorphophobie (non délirante), l'hypocondrie, la névrose hypocondriaque, la nosophobie, et la peur d'une dysmorphie corporelle. En revanche, sont

exclus de ce diagnostic : la dysmorphophobie délirante (F22.8) et les idées délirantes stables concernant le fonctionnement ou la forme du corps (F22.-).

Le quatrième axe porte sur le diagnostic de dysfonctionnement neurovégétatif somatoforme, trouble au cours duquel « Le patient attribue ses symptômes au trouble somatique d'un système ou d'un organe innervé et contrôlé, en grande partie ou entièrement, par le système neurovégétatif: système cardio-vasculaire, gastro-intestinal, respiratoire, et urogénital. Les symptômes sont habituellement de deux types, aucun des deux n'évoquant un trouble somatique de l'organe ou du système concerné. Le premier type concerne des plaintes en rapport avec des signes objectifs d'un hyperfonctionnement neurovégétatif, par exemple des palpitations, une transpiration, des bouffées de chaleur ou de froid, des tremblements, ainsi que des manifestations traduisant une crainte et un sentiment de détresse quant à la présence possible d'un trouble somatique. Le deuxième type concerne des plaintes subjectives non spécifiques et variables, par exemple des douleurs vagues, des sensations de brûlure, de lourdeur, d'oppression, de gonflement ou d'étirement, attribuées par le patient à un organe ou à un système spécifique. ». Le dysfonctionnement peut revêtir différentes expressions : asthénie neuro-circulatoire, formes psychogènes de l'aérophagie (« côlon irritable, diarrhée, dyspepsie, dysurie, flatulence, hoquet, hyperventilation, mictions fréquentes, spasme du pylore, toux »), ou encore névrose cardiaque ou gastrique et enfin syndrome de Da Costa. Toutefois, seront exclus les dysfonctionnements associés à des facteurs psychologiques et comportementaux associés à des maladies ou des troubles classés ailleurs (F54).

Concernant le syndrome douloureux somatoforme persistant, il est à noter que pour qu'un diagnostic soit retenu la plainte essentielle doit concerner : « une douleur persistante, intense, s'accompagnant d'un sentiment de détresse, non expliquée entièrement par un processus physiologique ou un trouble physique et survenant dans un contexte de conflits émotionnels et de problèmes psycho-sociaux suffisamment importants pour constituer la cause essentielle du trouble selon le clinicien. Le trouble assure habituellement au patient une aide et une sollicitude accrues de la part de son entourage et des médecins. Une douleur considérée comme psychogène mais survenant au cours d'un trouble dépressif ou d'une schizophrénie ne doit pas être classée ici. ». Cette catégorisation nosographique s'applique aussi aux céphalées et dorsalgie psychogènes, aux douleurs somatoformes et aux psychalgies. En revanche, en sont exclus : les céphalées de tension.

Dans les autres troubles somatoformes, sont répertoriés les : « troubles des sensations, des fonctions et du comportement, non dus à un trouble physique, qui ne sont pas sous l'influence du système neurovégétatif, qui se rapportent à des systèmes ou à des parties du corps spécifiques, et qui sont étroitement liés d'un point de vue chronologique avec des événements ou des problèmes stressants. ». Peuvent ainsi y figurer : la dysménorrhée, la dysphagie, y compris la « boule hystérique », le prurit, le torticolis, ou encore le bruxisme.

Enfin, est considéré comme un « trouble somatoforme, sans précision », un trouble psychosomatique non précisé.

Parmi l'ensemble de ces troubles somatoformes, notons que le syndrome douloureux somatoforme persistant, le trouble dissociatif/de conversion et le syndrome de fatigue chronique (neurasthénie) sont les plus fréquemment observés en population infanto-juvénile.

Comme nous venons de le voir, l'appellation « troubles somatoformes » a été employée tant par la classification de l'Association Américaine de Psychiatrie (DSM-IV-TR) que la classification de l'Organisation Mondiale de la Santé (CIM 10). Toutefois, la nouvelle version du DSM (DSM-5)[27], entrée en vigueur en 2013 aux Etats-Unis et en France en 2015, a remplacé le terme « troubles somatoformes » par celui de « troubles à symptomatologie somatique et troubles connexes». Cette nouvelle nomenclature inclut : le trouble de symptôme somatique, le trouble de symptôme neurologique fonctionnel (en remplacement du trouble de conversion), le trouble d'anxiété lié à la maladie, les facteurs psychologiques affectant d'autres conditions médicales, le trouble factice, d'autres symptômes somatiques et troubles connexes spécifiés, d'autres symptômes somatiques et troubles connexes non spécifiés.
Nous vous proposons de vous présenter pour chacun de ces troubles les critères diagnostiques respectifs.

**1/ Trouble de symptômes somatiques**

**A**. Un ou plusieurs symptômes pénibles (spécifiques ou non) ou entraînant une perturbation importante du quotidien

[27] American Psychiatric Association. DSM-5 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Washington (D. C.)[etc.: American Psychiatric, 2013. Print.

**B.** Pensées, sentiments ou comportements excessifs liés aux symptômes somatiques ou aux préoccupations de santé et se manifestant par au moins un des éléments :

1. Des pensées disproportionnées et persistantes sur la gravité de ses symptômes
2. Niveau élevé et persistant d'anxiété concernant la santé ou les symptômes
3. Temps et énergie excessifs consacrés à ces symptômes ou préoccupations

**C.** Bien qu'un seul symptôme somatique puisse ne pas être présent de façon continue, les symptômes sont persistants (généralement plus de 6 mois)

Précisez si la douleur est prédominante (précédemment trouble de la douleur)

Evolution persistante : symptômes graves et altération marquée pendant plus de 6 mois

- **Gravité légère** : 1 seul des symptômes du critère B
- **Gravité modérée** : 2 ou plusieurs des symptômes du critère B
- **Gravité sévère** : 2 ou plusieurs des symptômes du critère B et plaintes somatiques multiples (ou un symptôme somatique très grave).

**2/ Trouble des symptômes neurologiques fonctionnels**

**A**. Un ou plusieurs symptômes d'altération de la fonction motrice ou sensorielle volontaire

**B**. Preuve clinique de l'incompatibilité entre le symptôme et les fonctions motrices ou sensorielles volontaires reconnues des troubles neurologiques ou médicaux

**C**. Pas mieux expliqué par un autre trouble médical ou mental

**D**. Détresse ou déficience cliniquement significative sur le plan social, professionnel ou dans d'autres domaines importants, ou justifiant une évaluation médicale

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)

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.

**3/ Trouble d'anxiété lié à une maladie**

**A**. Préoccupation d'avoir ou acquérir une maladie grave

**B**. Symptômes somatiques absents ou faibles. Si autre problème médical ou risque élevé d'en développer, la préoccupation est clairement excessive ou disproportionnée.

**C**. Niveau d'anxiété élevé concernant la santé

**D**. Comportements excessifs liés à la santé (vérification multiple de son corps) ou évitement inadapté (consultations médicales)

**E**. Pendant au moins 6 mois

**F**. Pas mieux expliqué par autre trouble dont trouble symptomatique, trouble panique, TAG, trouble dysmorphique corporel, TOC, trouble délirant de type somatique

Précisez si les **soins médicaux sont fréquemment utilisés ou évités** (trop anxiogène).

**4/ Les facteurs psychologiques qui affectent d'autres conditions médicales**

**A**. Présence d'un symptôme ou d'un état médical autre qu'un trouble mental

**B.** Facteurs psychologiques ou comportementaux ayant une incidence négative sur l'état de santé dans l'un des cas suivants :

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
2. Interférence avec le traitement de la condition médicale
3. Risques supplémentaires bien établis pour la santé de l'individu
4. Précipitation ou exacerbation des symptômes sous-jacents ou nécessitant une attention médicale

**C**. Pas mieux expliqués par un autre trouble mental

- **Gravité légère** : augmentation du risque médical
- **Gravité modérée** : aggravation de la condition médicale sous-jacente
- **Gravité sévère** : hospitalisation ou visite aux urgences
- **Gravité extrême** : risque grave, mise en danger de la vie.

**5/ Trouble factice**

**Trouble factice imposé à soi-même**

**A.** Falsification de signes ou symptômes physiques ou psychologiques, ou induction de blessures ou maladie, associée à une tromperie identifiée

**B**. Présente de soi aux autres comme malade, affaibli ou blessé

**C**. Comportement trompeur évident, même en l'absence de récompenses extérieures évidentes

D. Pas mieux expliqué par autre trouble mental

**Trouble factice imposé à un autre, anciennement "trouble factice par procuration**" (C'est l'auteur, et non la victime, qui reçoit le diagnostic)

**A**. Falsification de signes ou symptômes physiques ou psychologiques, ou induction de blessures, associée à une tromperie identifiée

**B**. L'individu présente un autre individu (victime) à d'autres comme étant malade, affaibli ou blessé

**C**. Comportement trompeur évident, même en l'absence de récompenses extérieures évidentes

**D**. Pas mieux expliqué par autre trouble mental.

**6/ Autre symptôme somatique spécifié et trouble apparenté**

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.

**7/ Symptôme somatique non spécifié et trouble apparenté**

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.

N'oublions pas de préciser que pour porter un diagnostic de trouble à symptomatologie somatique, la présence de symptômes et de signes positifs est requise tels que : symptômes somatiques pénibles accompagnés de pensées, sentiments et comportements anormaux en réponse à ces symptômes. Le diagnostic n'est alors plus exclusivement ciblé sur l'absence d'une explication médicale sur les symptômes somatiques dont se plaint le patient. Il s'agissait aussi selon les rédacteurs du DSM-5 de rompre avec la précédente nomenclature de « Troubles somatoformes » dont les diagnostics étaient souvent vécus par les patients comme « péjoratifs et dégradants, impliquant que leurs symptômes physiques n'étaient pas "réels" ».

Toutefois, le psychiatre Allen Frances qui a dirigé la révision du DSM-IV, reprenant les propos de Suzy Chapman, a émis un certain nombre de réserve sur les nouveaux critères

présents dans le DSM-V, qui selon lui risquent de conduire à des surdiagnostics[28]. En effet, selon Chapman, ces nouveaux critères risquent d'occasionner des faux diagnostics avec les maladies dites « fonctionnelles » telles que : la fatigue chronique, la fibromyalgie, la maladie de Lyme, le syndrome intestin irritable, la maladie de la guerre du Golfe et la sensibilité aux produits chimiques [29]. Toutefois, en réponse à ces inquiétudes, Dimsdale aurait confirmé la fiabilité de ce diagnostic mise en avant par des études cliniques de terrain, avec un κ de 0,60[30] soulignant la présence d'une forte concordance avec les critères du DSM-5.

Concernant la Classification de l'Organisation Mondiale de la Santé, une onzième version a été approuvée en 2019 et entrera en vigueur en janvier 2022 en France. Bien que la nouvelle version de la classification de l'OMS (CIM-11) soit en cours d'élaboration, une modification, là encore, de dénomination des troubles somatoformes pourrait advenir.
Toutefois, soulignons que ces changements de dénominations actés (DSM-5) ou supposés (CIM-11) n'auraient pas une incidence majeure sur les contenus cliniques et thérapeutiques. Par ailleurs, comme le faisait justement remarquer P. Schultz (2016), il existe à ce jour de nombreuses discordances entre le DSM-5 et la CIM-10, qui « 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 »[31].

Encore, n'oublions pas de mentionner que les patients présentant des « troubles à symptomatologie somatique et apparentés » au sens du DSM-5 consultent et sont pris en charge prioritairement en médecine générale et/ou dans des services de soins médicaux non psychiatriques. Dans cette perspective, il nous paraît important de souligner que les médecins non psychiatres, bien que largement confrontés à la prise en charge de ces troubles, n'ont que rarement recours au manuel du DSM dans leur pratique professionnelle pour porter un

[28] Frances, A. « Mislabeling medical illness as mental disorder », Dec 8, 2012, *Psychology Today*. [En ligne] (Consulté le 25/02/2021) sur https://www.psychologytoday.com/us/blog/dsm5-in-distress/201212/mislabeling-medical-illness-mental-disorder

[29] Chapman, S. Somatic Symptom Disorder Could Capture Millions More Under Mental Health Diagnosis, Dx Revision Watch, May 26, 2012.

[30] Minard, M. (2013). Le chemin périlleux vers le DSM-5. Dans : , M. Minard, *Le DSM-ROI: La psychiatrie américaine et la fabrique des diagnostics* (pp. 338-407). Toulouse, France: ERES.
[31] Schulz P. Traitement des troubles psychiatriques selon le DSM-5 et la CIM-10. 1ère édition. De Boeck. Décembre 2016. 1436 pages. (9782807303065)

diagnostic, de sorte qu'un vocabulaire spécifique propre à chacune des disciplines médicales hors champ de la psychiatrie s'est développé.

Ainsi, de nombreuses spécialités ont décrits un ou plusieurs syndromes somatiques fonctionnels, par exemples en gastroentérologie nous pouvons retrouver le syndrome de l'intestin irritable ou la colopathie fonctionnelle, ou la dyspepsie non ulcéreuse ; en gynécologie : le syndrome prémenstruel, les algies pelviennes chroniques, ou les vulvodynies ; en cardiologie : les précordialgies à coronaires saines ; en rhumatologie : la fibromyalgie ; en pneumologie : la tétanie normocalcémique, le syndrome d'hyperventilation, la spasmophilie ; en immunologie : le syndrome de fatigue chronique, en neurologie : les céphalées de tension ; en stomatologie : le syndrome algodysfonctionnel de l'appareil manducateur, les glossodynies ; en oto-rhino-laryngologie : les rhinites chroniques non allergiques et en allergologie : les intolérances environnementales idiopathiques.

## 1.2. Epidémiologie

En médecine, lorsque nous parlons de maladies, de troubles, nous faisons référence à la présence d'une anomalie objectivement observable. Or, si nous partons du postulat selon lequel les symptômes sont une expérience subjective du patient induite par des changements, sensations ressenties dans son corps, il peut alors se produire une disjonction entre ce qui est objectivement observable et ce qui relève du champ du subjectif de sorte que certaines plaintes somatiques ne trouvent pas d'explications médicales.

Nous parlons alors de troubles somatoformes, de somatisation ou de troubles fonctionnels pour les nommer. Ainsi, pour chaque étude à laquelle nous ferons référence tout au long de cette partie théorique, nous reprendrons la terminologie employée par les auteurs que nous citons.

En Allemagne, dans une cohorte constituait de 2 552 personnes issues de la population générale, 81,6% d'entre elles ont rapporté avoir expérimenté des symptômes physiques sans cause médicale manifeste au cours de la dernière semaine[32]. Ces symptômes sont généralement qualifiés de « fonctionnels » ou de « médicalement inexpliqués », mais dès lors

[32]Hiller, W., Rief, W,. Brähler, E. Somatization in the population: from mild bodily misperceptions to disabling symptoms *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol,* 41 (2006), pp. 704-712

qu'ils se chronicisent et ont un impact sur la qualité de vie de la personne, ils peuvent constituer des troubles somatiques fonctionnels.
Il s'agit des vocables les plus fréquemment utilisés dans la littérature scientifique et qui nous ont servis de mots clefs pour élaborer nos équations de recherche documentaire.

Dans un autre contexte, deux points sont importants à considérer et à souligner pour pouvoir parler de données épidémiologiques dans ce contexte de la prévalence des troubles somatoformes, le premier concerne le référentiel diagnostique utilisé, en effet comme nous avons pu précédemment l'observer qu'il s'agisse de la CIM-10, du DSM-IV-TR ou du DSM-V, bien que certains critères soient similaires pour d'autres il existe des disparités. Le deuxième point concerne la prise en considération du type de population, c'est-à-dire qu'en fonction des modalités de consultations (médecine générale, consultations hospitalières, hospitalisation) les prévalences observées en population générale seront différentes.

Dans les soins primaires au Royaume-Uni, les symptômes et les syndromes somatiques fonctionnels représentent 20 % des consultations[33], et 35% chez les patients hospitalisés[34]. Pour les troubles somatiques fonctionnels tels que : les douleurs chroniques diffuses, la fatigue chronique, le syndrome de l'intestin irritable et le syndrome algo-dysfonctionnel de l'appareil manducateur, l'étude de Aggarwal et al. (2006)[35] a rapporté une prévalence de 27 % au sein d'un échantillon de population générale britannique. Toujours selon cette même étude, 9 % des participants réunissaient les critères d'au moins deux des quatre syndromes. Egalement, selon l'étude de Van Hemert et al. (1993)[36], une prévalence de 25% a été observée en consultation ambulatoire de médecine générale.

Comme nous le savons, se sont fréquemment les médecins généralistes, qui sont en première ligne de la prise en charge. Dans ce contexte, la méta-analyse internationale de Haller et al.

[33] Peveler R, Kilkenny L, Kinmonth A. Symptômes physiques médicalement inexpliqués dans les soins primaires : une comparaison des questionnaires de criblage d'auto-rapport et de l'opinion clinique. J Psychosom Res, 1997; 42: 245-53
[34] Hamilton J, Campos R, Creed F. Anxiety, depression and management of medically unexplained symptoms in medical clinics. J R Coll Physicians 1996; 30: 18-21
[35] Aggarwal, R., McBeth, J., Zakrzewska, J-M., Lunt,J., Macfarlane, G.J. The epidemiology of chronic syndromes that are frequently unexplained: do they have common associated factors? Int J Epidemiol, 35 (2006), pp. 468-476
[36] Van Hemert A, Hengeveld M, Bolk J, Rooijmans H, Vanderbroucke J. Troubles psychologiques liés à la maladie médicale chez les patients d'une clinique externe médicale générale. Psychol Med, 1993; 23: 167-73

(2015)[37] a mis en relief que 26 à 35% des patients consultant en médecine générale présentent au moins un trouble somatique fonctionnel. En médecine générale en France, l'étude de Norton et al. (2009)[38] portant sur une cohorte de 25 patients consultant en médecine générale, a rapporté que 11,8% d'entre eux remplissaient les critères diagnostiques du DSM-IV d'un trouble somatoforme.

Toutefois, les médecins spécialistes sont eux aussi confrontés à la prise en charge de ces troubles [39]. L'étude de Agarwal et al. (2017)[40] a rapporté que 10 à 15% des motifs de consultations chez les rhumatologues canadiens concernaient un diagnostic de fibromyalgie. Dans la même lignée, Nimnuan et al. (2001)[41] ont recensé dans leur étude la fréquence de diagnostics de maladies médicalement inexpliquées (terminologie retenue par les auteurs) sur une cohorte de 550 individus consultant, en fonction des différentes spécialités médicales : dentaire (26, 37%), thoracique (24, 41%), rhumatologie (41, 45%), cardiologie (49, 53%), gastroentérologie (30, 58%), neurologie (64, 62%) et gynécologie (54, 66%). Toujours dans cette même étude, les auteurs ont aussi exploré d'autres variables pouvant avoir une possible incidence sur la fréquence de diagnostics de maladies médicalement inexpliquées comme : le genre, l'âge, le statut marital, le statut professionnel et la classe sociale. Ainsi pour le facteur « genre », il ressort une prévalence plus élevée (55%) chez les femmes que chez les hommes, ce résultat peut aussi s'expliquer en partie par les consultations gynécologiques essentiellement féminines. Plus spécifiquement, nous retrouvons en fonction des différentes spécialités : dentaire (50% d'hommes contre 33% de femmes), thoracique (26% d'hommes contre 53% de femmes), rhumatologie (31% d'hommes contre 52% de femmes), cardiologie (42% d'hommes contre 63% de femmes), gastroentérologie (50% d'hommes contre 63% de femmes), neurologie (55% d'hommes contre 66% de femmes) et gynécologie (66% de femmes). Par ailleurs, la tranche d'âge où le nombre de patients avec un diagnostic de maladies médicalement inexpliquées est le plus important est celle des 46-55 ans, avec 147

[37] Haller, H., Cramer, H., Lauche, R. Dobos G. Somatoforme störungen und medizinisch unerklärbare symptome in der primärversorgung: systematischer review und metaanalyse der prävalenzen Dtsch Arztebl Int, 112 (2015), pp. 279-287

[38] Norton, J, De Roquefeuil, G, David, M, Boulenger, J.-P, Ritchie, K, and Mann, A. "Prévalence Des Troubles Psychiatriques En Médecine Générale Selon Le Patient Health Questionnaire : Adéquation Avec La Détection Par Le Médecin Et Le Traitement Prescrit." Encéphale 35.6 (2009): 560-69. Web.

[39] Nimnuan, C., Hotopf, M., Wessely, S. Medically unexplained symptoms. An epidemiological study in seven specialities J Psychosom Res, 51 (2001), pp. 361-367

[40] Agarwal, A., Oparin, Y., Glick, L., Fitzcharles, M-A.,Adachi, J.D., Cooper, M.D. *et al.* Attitudes toward and management of fibromyalgia J Clin Rheumatol, 1 (2017)

[41] Nimnuan, C et al. "Medically unexplained symptoms: an epidemiological study in seven specialities." *Journal of psychosomatic research* vol. 51,1 (2001): 361-7. doi:10.1016/s0022-3999(01)00223-9

cas rapportés contre par exemple 47 chez les 16-25 ans. Egalement, une fréquence plus élevée de cas a été retrouvée chez les personnes mariées, exerçant une profession et de classe sociale élevée, qui comme nous le comprenons rassemblent aussi plus de conditions matérielles pour pouvoir consulter des spécialistes.

Aussi, n'oublions pas de mentionner que des symptômes peuvent apparaître précocement. Des études menées dans différents pays ont estimé que 25% des enfants présenteraient au moins un type de symptômes somatiques chaque semaine ou tous les 15 jours. Les symptômes somatiques les plus fréquemment observés en population infanto-juvénile sont : les douleurs abdominales, les céphalées et les douleurs musculaires ou articulaires. Des symptômes somatiques récursifs et inconfortables sont retrouvés chez 2 à 5% des enfants et adolescents (Garralda, 2005)[42]. Les auteurs ont, par ailleurs, postulé que les parents et les enfants attribuent généralement ces symptômes à une maladie physique en dépit du manque de preuves médicales, y compris des examens physiques. En conséquence, ils sont seulement orientés vers des psychiatres qu'après des investigations pédiatriques répétées ou celles d'autres spécialistes. Cette orientation reste difficilement acceptée par les parents, qui remettent en question l'utilité d'une consultation psychiatrique pour leur enfant.

Dans la même lignée, une étude germanique (Lieb et al., 2000)[43] portant sur la prévalence des troubles somatoformes (critères diagnostiques du DSM-IV) chez 3 021 jeunes âgés de 14 à 24 ans a souligné que 12% d'entre eux avaient présenté au moins un trouble somatoforme au cours de leur vie (un pourcentage proche : 13,1% a été rapporté dans l'étude de Essau et al., 2000[44] évaluant 1037 adolescents de 12 à 17 ans) et 7,2 % sur les 12 derniers mois[45]. La proportion de jeunes concernés par cette problématique était plus élevée parmi les jeunes adultes (18-24 ans). Par ailleurs, là encore qu'il s'agisse des adolescents (14-18 ans) ou des jeunes femmes (18-24 ans) elles étaient plus nombreuses à développer ce type de trouble

[42] Garralda ME (2005). Functional somatic symptoms and somatoform disorders in children. In Gillberg C, Harrington R, Steinshausen HC (eds), *A Clinician's Handbook of Child and Adolescent Psychiatry*. Cambridge: Cambridge University Press, pp246-268.

[43] Lieb R, Pfister H, Mastaler M et al (2000). Somatoform syndromes and disorders in a representative population sample of adolescents and young adults. Prevalence, comorbidity and impairments. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101:194-208.

[44] Essau CA, Conradt J, Petermann F. Haeufigkeit und Komorbiditaet somatoformer Stoerungen bei Jugendlichen. Ergebnisse der Bremer Jugendstudie [Prevalence and comorbidity of somatoform disorders in adolescents. Results of the Bremen Youth Study] Z Klin Psychol Psychother, 29 (2000), pp. 97-108

[45] Lieb R, Pfister H, Mastaler M et al (2000). Somatoform syndromes and disorders in a representative population sample of adolescents and young adults. Prevalence, comorbidity and impairments. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101:194-208.

(17,6% contre 7,4% d'hommes). Dans cette cohorte, présenter un trouble somatoforme était corrélé à un faible niveau socio-économique (à l'exception du trouble douloureux qui était plus fréquemment retrouvé chez les individus ayant un niveau socio-éducatif supérieur (Université) (Lieb et al, 2000[46])).

Plus récemment, diverses études ont mis par exemple en relief que les plaintes abdominales sans causes médicales étaient le symptôme le plus fréquemment observé chez les jeunes (Blake, Davies, Conn & Davie, 2018[47]; Ibeziako et al., 2019[48]).

Soulignons que ces symptômes somatiques fonctionnels ne sont pas seulement communs, ils sont également médicalement importants. La prévalence de la détresse émotionnelle et des troubles chez les patients qui ont recours à des prises en charge hospitalières pour des syndromes fonctionnels (comme le syndrome du côlon irritable) est plus élevée que chez les patients atteints de conditions médicales comparables (comme une maladie inflammatoire de l'intestin)[49]. Par ailleurs, pour les patients qui présentent des plaintes somatiques médicalement inexpliquées, en plus de l'inquiétude associée à cette expérience, nombre d'entre eux sont gravement handicapés. Par exemple, le syndrome de fatigue chronique est associé à une incapacité pire que des affections telles que l'insuffisance cardiaque[50].

Par ailleurs, plusieurs chercheurs s'accordent à dire que les troubles somatoformes sont sous-évalués et que des prévalences plus élevées pourraient être observées au regard des observations réalisées en population clinique (Kellner, 1985[51] ; Rief et Hiller, 1992[52] ; Smith, 1994[53]).

[46] Lieb R, Pfister H, Mastaler M et al (2000). Somatoform syndromes and disorders in a representative population sample of adolescents and young adults. Prevalence, comorbidity and impairments. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101:194-208.

[47] Blake L. Davies C. Conn R., et Davie M. (2018). *Symptômes médicalement inexpliqués (MUS) enfants et jeunes : Guide d'évaluation et de prise en charge des patients moins de 18 ans qui sont référés au secondaire supérieur Soins*. Royaume-uni: Collège royal des psychiatres et de la santé mentale pédiatrique association (PMHA). Extrait de https://paedmhassoc.files.wordpress.com/2018/12/mus-guide-with-leaflet-nov-2018.pdf

[48] Ibeziako, P., et al. "Developing a Clinical Pathway for Somatic Symptom and Related Disorders in Pediatric Hospital Settings." *Hospital pediatrics* vol. 9,3 (2019): 147-155. doi:10.1542/hpeds.2018-0205

[49] Walker EA, Roy Byrne PP, Katon WJ, Li L, Amos D, Jiranek G. Psychiatric illness and irritable bowel syndrome: a comparison with inflammatory bowel disease. Am J Psych 1990; 147:1656-61

[50] Komaroff A, Fagiolo L, Doolittle T, et al. Health status in patients with chronic fatigue syndrome and in general population and disease comparison groups. Am J Med 1996; 101: 281-90.

[51] Kellner R. Functional somatic symptoms and hypochondriasis. Arch Gen Psychiatry 1985;42:821-833.

De plus, la thérapie médicale conventionnelle reste assez inefficace pour ces patients. Il en résulte des médecins frustrés et des patients handicapés et insatisfaits présentant des symptômes chroniques. Dans une étude de suivi des patients présentant la douleur thoracique non cardiaque, Potts et Bass (1995) [54] ont constaté que les trois quarts des patients ont eu des symptômes plus de 10 ans après leur apparition.

### 1.3. Etiologie

Compte tenu de l'hétérogénéité dans les présentations des symptômes, à ce jour encore, l'étiologie des troubles somatoformes n'est pas encore clairement délimitée.

Toutefois, certains facteurs : biologiques, génétiques, psychologiques, environnementaux, familiaux ont été identifiés comme pouvant jouer un rôle dans la survenue ou la chronicisation de ces troubles.

Dans ce contexte, nous nous proposons de reprendre chacun de ces facteurs afin d'en saisir leurs mécanismes explicatifs.

Au cours des 40 dernières années, diverses théories spécifiques ont été proposées pour expliquer les mécanismes possibles des troubles somatoformes pédiatriques, y compris la théorie de l'attachement, les théories de l'apprentissage social, les approches psychobiologies et les théories cognitive (dont les biais attentionnels), et les théories de la réponse au stress et à l'adaptation (Beck, 2008)[55]. Par conséquent, comparable à la littérature adulte sur les troubles somatoformes, le domaine pédiatrique s'est intéressé aux approches biopsychosociales (Engel 1977)[56], notamment en intégrant des théories individuelles portant sur les interactions entre l'esprit, le corps et les facteurs contextuels pour comprendre l'expérience des symptômes somatiques indépendamment de la présence ou de l'absence de trouble physique ou mental sous-jacent (Walker, 2019)[57]. Ainsi, une nouvelle voie a été de

---

[52] Rief W, Hiller W. Somatoforme StoÈrungen. KoÈrperliche Symptome ohne organische Ursachen. Bern: Huber, 1992.

[53]Smith, G R Jr. "The course of somatization and its effects on utilization of health care resources." *Psychosomatics* vol. 35,3 (1994): 263-7. doi:10.1016/S0033-3182(94)71774-6

[54] Potts S, Bass C. Psychological morbidity in patients with chest pain and normal or near-normal coronary arteries: a long-term follow-up study. Psychol Med 1995; 24: 339-47.

[55] Beck, J. E. (2008). A developmental perspective on functional somatic symptoms. Journal of Pediatric Psychology, 33, 547– 562. https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsm113

[56] Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. Science, 196, 129–136.

[57] Walker, L. S. (2019). Commentary: Understanding somatic symptoms: From dualism to systems, diagnosis to dimensions, clinical judgment to clinical science. Journal of Pediatric Psychology, 44, 862–867. https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsz050

s'orienter, de prendre en considération l'environnement familial et comment il peut venir influer sur l'apparition des troubles et/ou les rendre persistant (Rask et al., 2018)[58].

Également, notons que chez les patients répondant aux critères diagnostiques de syndrome fonctionnel spécifique, les cliniciens observent aussi la présence d'autres symptômes concomitants non inclus dans le descriptif sémiologique. Un examen de la littérature scientifique confirme cette observation. Par exemple, de nombreuses études attestent que si des patients répondant aux critères du syndrome du côlon irritable ou de la dyspepsie non ulcérable sont interrogés sur les symptômes non alimentaires, alors ils les signalent. En outre, ces autres symptômes comprennent généralement ceux qui définissent différents syndromes des troubles somatoformes. Ainsi, les patients présentant un syndrome du côlon irritable peuvent également présenter des symptômes caractéristiques d'un syndrome de fatigue chronique, ou encore des douleurs thoraciques non cardiaques, des allergies alimentaires, etc., indicatifs de la douleur faciale atypique, du syndrome chronique de fatigue, de la douleur thoracique non cardiaque, de l'allergie alimentaire, et de l'hyperventilation chronique. Pour savoir dans quelle mesure ces chevauchements symptomatiques s'opèrent, nous avons interrogées diverses bases de données bibliographiques telles que PubMed. Nous avons par exemple trouvé que dans le syndrome chronique de fatigue il existe des symptômes qui se chevauchent avec ceux de la fibromyalgie[59], des céphalées de tension, des allergies alimentaires, du syndrome prémenstruel, et du syndrome du côlon irritable. Aussi, le syndrome du côlon irritable a été lié aux syndromes d'hyperventilation, à la fibromyalgie, au syndrome de fatigue chronique, aux céphalées de tension, à la douleur faciale atypique, à la douleur thoracique non cardiaque, à la douleur pelvienne chronique, à la dyspepsie non ulcéreuse et au syndrome prémenstruel. Ces résultats soutiennent l'hypothèse que les patients présentant un syndrome fonctionnel répondent fréquemment aux critères d'autres syndromes.

### 1.3.1. Les facteurs biologiques

Des facteurs biologiques et génétiques ont été proposés pour expliquer la prédisposition de certains enfants à développer des troubles somatoformes. Plusieurs études ont observé des

[58] Rask, C. U., Bonvanie, I. J., & Garralda, M. E. (2018). Risk and protective factors and course of functional somatic symptoms in young people. In M. Hodes, S. Gau, & S. G. Petrus De Vries (Eds.), Understanding uniqueness and diversity in child and adolescent mental health (1st ed., pp. 77–115). San Diego, CA: Academic Press.

[59] Luty J. Medically unexplained syndromes: Irritable bowel syndrome, fibromyalgia and chronic fatigue. BJPsych Advances [Internet]. 2018 Jul;24(4):252–63.

antécédents de la pathologique dans les familles. Schulte et Petermann (2011)[60] ont mis en relief qu'ils pourraient partager une susceptibilité biologique accrue à éprouver certains symptômes physiques et une tendance similaire à répondre au stress par des plaintes physiques. De plus, la présence de symptômes somatoformes et le signalement fréquent des symptômes par les parents peuvent conduire à des attitudes et à des comportements dont une surestimation des symptômes physiques qui renforceraient l'attention portée à ces symptômes chez l'enfant (Craig et al., 2004[61] ; Marshall et al., 2007[62] ; Campo et al., 2007[63]). Des recherches ont aussi montré que les parents d'enfants présentant des symptômes somatoformes souffrent souvent eux-mêmes de problèmes psychosociaux et / ou de troubles psychiatriques. Ainsi, les mères d'enfants atteints de troubles somatoformes étaient significativement plus susceptibles de déclarer la même pathologie et /ou une histoire de vie de troubles anxieux et dépressifs que les mères dont les enfants ne présentaient pas ce trouble (Schulte et al., 2010)[64]. Toutefois, ces résultats sont à considérer avec précaution. En effet, comme le soulignent Schulte et Petermann (2011)[65], les critères diagnostiques du DSM-IV-TR du trouble somatoforme seraient inappropriés pour les enfants et adolescents. Selon les auteurs, il serait préférable de se référer aux critères du trouble somatique complexe en y incluant les deux paramètres suivants : «une préoccupation et une préoccupation excessives des parents à l'égard des symptômes de l'enfant» et «une grande anxiété parentale pour la santé ».

Par ailleurs, la littérature sur les troubles somatoformes chez l'adulte, a postulé l'existence d'une dysrégulation du système nerveux central (SNC) pouvant expliquer l'apparition et le maintien de la pathologie. Cette dysrégulation entrainerait une augmentation de la sensibilité intéroceptive et au stress. Comme nous le savons, le cortisol joue un rôle dans la modulation

[60] Schulte, I. E., & Petermann, F. (2011). Somatoform disorders: 30 years of debate about criteria! What about children and adolescents?*Journal of Psychosomatic Research, 70,* 218–228. 10.1016/j.jpsychores.2010.08.005

[61] Craig TKJ, Bialas I, Hodson S, Cox AD Intergenerational transmission of somatization behavior: 2. Observations of joint attention and bids for attention Psychol Med, 34 (2004), pp. 199-209

[62] Marshall T, Jones DPH, Ramchandani PG, Stein A, Bass C Intergenerational transmission of health beliefs in somatoform disorders Br J Psychiatry, 191 (2007), pp. 449-450

[63] Campo JV, Bridge J, Lucas A, Savorelli S, Walker L, DiLorenzo C, *et al.* Physical and emotional health of mothers of youth with functional abdominal pain Arch Pediatr Adolesc Med, 161 (2007), pp. 131-137

[64] Schulte IE, Petermann F, Noeker M Functional abdominal pain in childhood: from etiology to maladaptation Psychother Psychosom, 79 (2010), pp. 73-86

[65] Schulte, I. E., & Petermann, F. (2011). Somatoform disorders: 30 years of debate about criteria! What about children and adolescents?*Journal of Psychosomatic Research, 70,* 218–228. 10.1016/j.jpsychores.2010.08.005

de la douleur (Boakye et al., 2016)[66], de sorte qu'une sécrétion insuffisante de cette hormone entrainerait une sensibilité plus élevée à la douleur. Par ailleurs, des chercheurs ont mis en lien l'apparition et la chronicisation des troubles somatoformes avec une hypersensibilité à la douleur à savoir une réponse élevée des neurones nociceptifs du système nerveux central (Den Boer et al., 2019)[67]. En effet, des études ont montré que les enfants atteints de troubles somatoformes signalent des seuils de douleur plus faibles (Bruehl, Dengler-Crish, Smith et Walker, 2010)[68]. Dans ce même contexte, des preuves indirectes d'anomalies dans les voies sérotonergiques du système central-nerveux ont également été présentées pour plusieurs désordres, y compris la dyspepsie non nucléaire, le syndrome du côlon irritable, le syndrome chronique de fatigue, et le syndrome prémenstruel[69] [70]. Ces résultats nous rappellent que de telles plaintes ne doivent pas être toujours considérées comme exclusivement d'origine pychologique (White & Moorey, 1997)[71].

### 1.3.2. Le facteur genre

De nombreux travaux de recherche s'accordent à dire que presque tous les symptômes somatiques fonctionnels sont plus fréquents chez les femmes que chez les hommes. En effet, l'étude de Kroenke et al. (1993)[72] a souligné que 20 des 22 plaintes somatiques non menstruelles étaient plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes, seules les douleurs thoraciques et les difficultés à marcher concernaient davantage les hommes. D'autres études ont rapporté des résultats semblables, même après l'exclusion des désordres

[66] Boakye, P. A., Olechowski, C., Rashiq, S., Verrier, M. J., Kerr, B., Witmans, M., . . . Dick, B. D. (2016). A critical review of neurobiological factors involved in the interactions between chronic pain, depression and sleep disruption. *The Clinical Journal of Pain*, 32, 327–336. https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000000260

[67] den Boer, C., Dries, L., Terluin, B., van der Wouden, J. C., Blankenstein, A. H., van Wilgen, C. P., . . . van der Horst, H. E. (2019). Central sensitization in chronic pain and medically unexplained symptom research: A systematic review of definitions, operationalizations and measurement instruments. *Journal of Psychosomatic Research*, 117, 32–40. https://doi.org/ 10.1016/j.jpsychores.2018.12.010

[68] Bruehl, S., Dengler-Crish, C. M., Smith, C. A., & Walker, L. S. (2010). Hypoalgesia related to elevated resting blood pressure is absent in adolescents and young adults with a history of functional abdominal pain. *Pain*, 149, 57–63. https://doi.org/10.1016/j.pain.2010.01.009

[69] Sharpe, M, Nimnuan, C, and Wessely, S. "Functional Somatic Syndromes." *The Lancet* (British Edition) 354.9195 (1999): 2078-079. Web.

[70] Sharpe M, Bass C. Pathophysiological mechamisms in somatisation. *Int Rev Psych* 1992; 4: 81-97

[71] White P, Moorey S. Psychosomatic illnesses are not "all in the mind". *J Psychosom Res* 1997; 42: 329-32

[72] Kroenke K, Price R. Symptoms in the community: prevalence, classification and psychiatric comorbidity. *Arch Intern Med* 1993; 153: 2474-80.

gynécologiques (Melville, 1987[73] ; Nimnuan et al. (2001)[74]). Cette prédominance des femmes s'applique également aux échantillons de patients sélectionnés répondant aux critères pour des syndromes somatiques fonctionnels spécifiques. Les études cliniques des patients présentant un syndrome de fatigue chronique ou un syndrome du colon irritable, ou un dysfonctionnement de l'articulation temporo-mandibulaire, ou une douleur faciale atypique, ou un syndrome de globus, ou encore des céphalées de tension ont tous prouvé que de tels symptômes prédominés chez les femmes.

### 1.3.3. Les facteurs environnementaux

Sur le plan épidémiologique, des études ont démontré les liens entre les troubles somatiques fonctionnels et l'environnement psychosocial, dont la famille (Bonvanie, Janssens, et al., 2017)[75]. Ainsi, la manière dont les parents gèrent leur propre stress, leurs symptômes somatiques, leurs stratégies défensives et leur capacité adaptative sont autant de facteurs de risque de transmission intergénérationnelle de troubles somatoformes. Il est admis que les parents ayant un enfant atteint d'un trouble somatoforme puissent éprouver des niveaux élevés de détresse émotionnelle, de stress, liés à leurs fonctions parentales (Palermo, Valrie et Karlson, 2014[76]; Hulgaard, Dehlholm-Lambertsen, et Vivement, 2019[77]). Aussi, des études ont montré que l'histoire psychologique parentale est prédictive de la survenue d'un trouble somatoforme chez l'enfant (Rask et al., 2013)[78]. Dans un autre contexte, l'étude de Campo et al. (2007)[79] portant sur des mères d'enfants atteints de troubles somatoformes a souligné qu'elles étaient plus à risque de présenter sur la vie une dépression (risque de 4,9) ou un trouble anxieux (risque de 4,8) comparée aux mères dont l'enfant n'était pas atteint de cette

[73] Melville D. Descriptive clinical research and medically unexplained physical symptoms. *J Psychosom Res* 1987; 31: 359-65

[74] Nimnuan, C et al. "Medically unexplained symptoms: an epidemiological study in seven specialities." *Journal of psychosomatic research* vol. 51,1 (2001): 361-7. doi:10.1016/s0022-3999(01)00223-9

[75] Bonvanie, I. J., Janssens, K. A. M., Rosmalen, J. G. M., & Oldehinkel, A. J. (2017). Life events and functional somatic symptoms: A population study in older adolescents. *British Journal of Psychology*, *108*, 318–333. 10.1111/bjop.12198

[76] Palermo, T. M., Valrie, C. R., & Karlson, C. W. (2014). Family and parent influences on pediatric chronic pain: A developmental perspective. *American Psychologist*, *69*, 142–152. 10.1037/a0035216

[77] Hulgaard, D., Dehlholm-Lambertsen, G., & Rask, C. U. (2019). Family-based interventions for children and adolescents with functional somatic symptoms: A systematic review. *Journal of Family Therapy*, *41*, 4–28. 10.1111/1467-6427.12199

[78] Rask, C. U., Ornbol, E., Fink, P. K., & Skovgaard, A. M. (2013). Functional somatic symptoms and consultation patterns in 5- to 7-year olds. *Pediatrics*, *132*, e459–e467. 10.1542/peds.2013-0159

[79] Campo, J. V., Bridge, J., Lucas, A., Savorelli, S., Walker, L., Di Lorenzo, C., Brent, D. A. (2007). Physical and emotional health of mothers of youth with functional abdominal pain. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, *161*, 131–137. 10.1001/archpedi.161.2.131

pathologie. Cette prédisposition, cette fragilité pourrait aussi concourir à modifier leurs comportements à l'égard de leur enfant. En effet, il a été démontré que plus le(s) parent(s) surévaluai(en)t les symptômes de l'enfant, ou étai(en)t surprotecteur(s), dans la recherche de réassurance, etc. plus l'enfant présentait des douleurs intenses, une incapacité fonctionnelle, ou des symptômes graves (Guite, McCue, Sherker, Sherry et Rose, 2011[80] ; Logan, Simons et Carpino, 2012[81]; Palermo et al., 2014[82] ; Wilson, Moss, Palerme et Fales, 2014[83]).

Ainsi, les réponses inadaptées des parents bien qu'ils essaient d'aider leur enfant peuvent générer des effets iatrogènes. Par exemple, certains parents n'acceptant pas le diagnostic de troubles somatoformes avec toute la dimension psychique qu'il sous-tend vont multiplier les consultations médicales pour l'enfant dans l'objectif qu'une cause « médicale » soit retenue afin d'expliquer les symptômes, les entrainant alors (eux et surtout l'enfant) dans un parcours d'errance médicale (Neville et al., 2019)[84]. Il en revient alors de la responsabilité des praticiens de ne pas entretenir les parents dans cette dynamique notamment en continuant de prescrire des examens médicaux approfondis, malgré des résultats indiquant que les symptômes n'ont pas une origine biologique identifiée. Cette sur-enquête peut également conduire à des diagnostics faussement positifs et même à la mise en place de traitements non fondés (Cottrell, 2016[85]; Rask., 2018[86]).

### 1.3.4. Les comorbidités psychiatriques

Récemment, certaines études ont associés les troubles oppositionnels chez l'enfant au développement de troubles somatoformes (Rask et al., 2018)[87]. Un lien a ainsi été établi entre le trouble somatoforme et le trouble oppositionnel potentiellement associé à de mauvaises

[80] Guite, J. W., McCue, R. L., Sherker, J. L., Sherry, D. D., & Rose, J. B. (2011). Relationships among pain, protective parental responses, and disability for adolescents with chronic musculoskeletal pain: The mediating role of pain catastrophizing. *The Clinical Journal of Pain*, *27*, 775–781. 10.1097/AJP.0b013e31821d8fb4

[81] Logan, D. E., Simons, L. E., & Carpino, E. A. (2012). Too sick for school? Parent influences on school functioning among children with chronic pain. *Pain*, *153*, 437–443. 10.1016/j.pain.2011.11.004

[82] Palermo, T. M., Valrie, C. R., & Karlson, C. W. (2014). Family and parent influences on pediatric chronic pain: A developmental perspective. *American Psychologist*, *69*, 142–152. 10.1037/a0035216

[83] Wilson, A. C., Moss, A., Palermo, T. M., & Fales, J. L. (2014). Parent pain and catastrophizing are associated with pain, somatic symptoms, and pain-related disability among early adolescents. *Journal of Pediatric Psychology*, *39*, 418–426. 10.1093/jpepsy/jst094

[84] Neville, A., Jordan, A., Beveridge, J. K., Pincus, T., & Noel, M. (2019). Diagnostic uncertainty in youth with chronic pain and their parents. *The Journal of Pain*, *20*, 1080–1090. 10.1016/j.jpain.2019.03.004

[85] Cottrell, D. J. (2016). Fifteen-minute consultation: Medically unexplained symptoms. *Archives of Disease in Childhood: Education and Practice Edition*, *101*, 114–118. 10.1136/archdischild-2015-309344

[86] Rask, C. U., Bonvanie, I. J., & Garralda, M. E. (2018). Risk and protective factors and course of functional somatic symptoms in young people. In M.Hodes, S.Gau, & S. G.Petrus De Vries (Eds.), *Understanding uniqueness and diversity in child and adolescent mental health* (1st ed., pp. 77–115). San Diego, CA: Academic Press.

[87] Ibid.

stratégies de régulation des émotions et d'adaptation y compris sur la gestion du stress (Walker et al., 2007)[88]. Dans ce contexte, plusieurs études ont mis en relief que les enfants atteints de troubles somatoformes présentaient une intensité élevée de stress et d'anxiété par rapport aux cohortes en bonne santé (Cappucci & Simons, 2015)[89]. Dans cette même lignée, l'étude de Campo (2012)[90] a soulevé que les enfants atteints d'un trouble somatique fonctionnel étaient plus à risque de développer un trouble psychologique comme par exemple un trouble anxieux ou un épisode dépressif.

Dans cette même lignée, Russo et ses collègues [91] ont souligné que le nombre de plaintes fonctionnelles était significativement et positivement lié au nombre d'épisodes actuels et passés d'anxiété et de dépression. Les résultats d'études réalisées en soins primaires (Kroenke, Spitzer & Williams, 1994 [92]; Wessely et al. 1996[93]) soutiennent également ce constat à savoir : l'existence d'une relation étroite et linéaire entre le nombre de symptômes somatiques et l'intensité de la détresse émotionnelle.

Bien qu'à ce jour et à notre connaissance, aucune étude scientifique n'ait isolé une personnalité prémorbide pouvant potentiellement prédisposer un individu à développer des troubles somatiques médicalement inexpliqués au cours de sa vie (Darves-Bornoz, 2018)[94], toutefois il a été mis en relief que présenter un trouble somatoforme était souvent associé à la

[88] Walker, L. S., Smith, C. A., Garber, J., & Claar, R. L. (2007). Appraisal and coping with daily stressors by pediatric patients with chronic abdominal pain. *Journal of Pediatric Psychology*, *32*, 206–216. 10.1093/jpepsy/jsj124

[89] Cappucci, S., & Simons, L. E. (2015). Anxiety sensitivity and fear in pediatric headache patients. *European Journal of Pain*, *19*, 246–252. 10.1002/ejp.542

[90] Campo, J. V. (2012). Annual research review: Functional somatic symptoms and associated anxiety and depression – developmental psychopathology in pediatric practice. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *53*, 575–592. 10.1111/j.1469-7610.2012.02535.x

[91] Russo J, Katon W, Sullivan M, Clark M, Buckwald D. Severity of somatization and its relationship to psychiatric disorders and personality. Psychosomatics 1994; 35: 546-56.

[92] Kroenke K, Spitzer R, Williams J. Physical symptoms in primary care: predictors of psychiatric disorders and functional impairment. Arch Fam Med 1994; 3: 774-79.

[93] Wessely S, Chalder T, Hisch S, Wallace P, Wright D. Psychological symptoms, somatic symptoms and psychiatric disorders in chronic fatigue and chronic fatigue syndrome: a prospective study in primary care. Am J Psych 1996; 153: 1050-59

[94] Darves-Bornoz, J.-M. "Personnalité Et Troubles Somatiques." Encéphale, vol. 44, no. 5, 2018, pp. 471–475

survenue d'un trouble de personnalité et des conduites (Pribor et al., 1993[95] ; Emerson et al., 1994[96] ; Darves-Bornos et al., 1999[97]).

Dans un autre contexte, nous avons pu observer l'existence d'un lien étroit entre présenter un trouble somatoforme et un trouble anxieux et /ou dépressif actuels et/ou passés, qui sont des manifestations psychopathologiques que nous retrouvons dans le Trouble de stress post-traumatique (TSPT). La littérature en psychotraumatologie soutient depuis de nombreuses années que les personnes exposées à des événements potentiellement traumatiques au cours de leur vie et qui ont développé des réactions péri (dissociation péritraumatique) ou post-traumatiques (TSPT) subséquentes à cette expérience peuvent développer des troubles somatoformes. Ainsi, l'étude de Turk et al. (1996)[98] a rapporté que les patients traumatisés psychiques et qui souffraient de fibromyalgie présentaient des douleurs plus intenses et une qualité de vie dégradée comparé à ceux qui étaient atteints d'une fibromyalgie idiopathique. Egalement, une prévalence de 21% de cas de fibromyalgie a été recensée chez des patients avec un TSPT, alors qu'elle était de 0% pour le groupe contrôle (Amir et al., 1997)[99].

Encore, des troubles dissociatifs somatoformes ont pu être repérés chez des personnes atteintes de TSPT tels que : des troubles fonctionnels gastro-intestinaux, des douleurs pelviennes chroniques (chez les femmes abusées sexuellement), etc. (Mondon et al. 2005)[100]. Nous savons que parmi les réactions péri traumatiques survenant suite à la confrontation à un facteur de stress sévère (agression, attentat, etc.) siège la dissociation péri traumatique, qui correspond à une expérience de dissociation psychique à savoir de dépersonnalisation et/ou de déréalisation. La dissociation somatoforme s'inscrit dans ce sillage de manque d'intégration, ici sur le plan sensori-moteur (ouïe, vue, motricité, etc.), des informations malgré un encodage

[95] Pribor, E-F., Yutzy, S.H., Dean, J.T. *et al.* Briquet's syndrome, dissociation and abuse Am J Psychiatry, 150 (1993), pp. 1507-1511

[96] Emerson, J. ., Pankratz, I., Joos, S. *et al.* Personality disorders in problematic medical patientsPsychosomatics, 35 (1994), pp. 469-473

[97] Darves-Bornoz, J.M., Berger, C., Degiovanni, A. . *et al.* Similarities and differences between incestuous and non-incestuous rape in a French follow-up study J Trauma Stress, 12 (4) (1999), pp. 613-623

[98] Turk DC, Okifuji A, Sinclair JD, Starz TW. Pain, disability, and physical functioning in subgroups of patients with fibromyalgia. J Rheumatol. 1996; 23: 1255-62

[99] Amir M, Kaplan Z, Neumann L, Sharabani R, Shani N, Buskila D. Posttraumatic stress disorder, tenderness and fibromyalgia. J Psychosom Res. 1997; 42: 607-13.

[100] Mondon K, de Toffol B, Praline J, Receveur C, Gaillard P, El-Hage W et al. Comorbidité psychiatrique au cours des événements non épileptiques: étude rétrospective dans un centre de vidéo-EEG. Rev Neurol (Paris). 2005; 161: 1061-9

normal. Cette dissociation somatoforme peut par exemple s'exprimer au travers de manifestations somatiques négatives comme les troubles de la perception, des analgésies, etc. (El-Hage, 2004)[101]. Ces symptômes dissociatifs sont particulièrement observés chez les personnes présentant une dissociation péritraumatique (Marmar, 1997[102] ; Putman, 1995)[103] ou un TSPT actuel ou passé, et sont plus intenses chez les personnes exposées précocement et/ou durablement à des expériences potentiellement traumatiques (El-Hage & Gaillard, 2003)[104]. Il a été observé que certaines natures d'événements potentiellement traumatiques telles que les agressions physiques et/ou sexuelles à savoir des agressions touchant directement l'intégrité corporelle étaient fréquemment corrélées aux symptômes de dissociation somatoforme.

Qu'en est-il de la prise en charge de ces patients : enfants, adolescents, adultes et ce quelque soit leur profil psychopathologique ?

### 1.4. Prises en charge

Les troubles somatoformes touchant toutes les spécialités, aucun consensus n'est, à ce jour, établi dans la prise en charge. Cependant, de nombreux auteurs s'accordent à dire que les symptômes ressentis par les patients sont réels et doivent être reconnus et légitimés constituant ainsi la première étape du soin car il est difficile pour un patient d'aller mieux s'il doit prouver qu'il est malade (Gocko et al. 2019)[105].

Pour prendre en charge ces troubles chroniques, d'après Cathébras médecin interniste, qui est, notamment, intervenu lors du congrès de médecine générale à Tours en 2018, il faudrait d'abord comprendre comment ils se construisent afin d'essayer de les déconstruire. Pour y

[101] El-Hage W. Validation de la version française du SDQ-20. Questionnaire de Dissociation Somatoforme. Revue Francophone Stress & Trauma. 2004; 4: 291-7.
[102] Marmar CR. Trauma and Dissociation. The National Center for PTSD. PTSD Research Quarterly. 1997; 8: 1-3
[103] Putnam FW. Traumatic stress and pathological dissociation. Ann N Y Acad Sci. 1995; 771: 708-15.
[104] El-Hage W, Gaillard P. Incidence clinique des psychotraumatismes dans la consultation externe d'un service de psychiatrie. Ann Med Psychol (Paris). 2003; 161: 743-8.
[105] Gocko.X,PlottonC, Werner E.L Cathebras P : Patients adultes présentant des symptômes fonctionnels et syndromes somatiques fonctionnels. Rev Exercer 2019 ; 156 :363-8

parvenir il propose de comprendre l'histoire de vie du patient, ses éventuels traumatismes, la psychopathologie des symptômes, l'interaction du patient avec son médecin et également avec le système de santé car ces troubles fonctionnels ont une histoire et des représentations sociales.




Quelque soit la spécialité, la prise en charge doit se fonder sur une approche biopsychosociale en intégrant l'agenda du patient (croyances, représentations, attentes, émotions) à son propre agenda (historique médical, examen clinique) réunissant ainsi la «maladie du médecin (*disease*) » (la réalité biologique objectivable) et la « maladie du malade (*illness*) » (sa réalité subjective issue de son expérience vécue).

Le statut de malade nécessite aussi une légitimation sociale (« maladie socialisée (*sickness*) ») car la maladie, comme nous le rappelle Cathébras (2017)[106] est une conduite sociale déviante non sanctionnée suscitant des soins et une compassion sous réserve qu'elle soit imputée à un agent situé au-delà de la volonté de l'individu.

Ainsi, il est plus facile d'avoir des symptômes attribués à la borréliose de Lyme qu'une fibromyalgie : la légitimité est acquise du fait d'une attribution exogène. Toutefois, soulignons que de nouveaux termes tel que celui de fibromyalgie sont apparus et ont permis à certains patients de se sentir « déchargés du blâme que représente une maladie psychique »[107].

[106] Cathébras P. La perspective de la médecine centrée sur la personne : une condition nécessaire pour apporter une réponse adéquate aux syndromes somatiques fonctionnels. Rev Med Interne 2017;38S:A16-21

[107] Kuehlein T, Sghedoni D, Visentin G, Gérvas J, Jamoulle M. La prévention quaternaire, une tâche du médecin généraliste. Primary Care 2010, 18, 11-18.

La prise en compte du récit du malade permet un diagnostic positif de symptômes somatiques fonctionnels. Les mots choisis vont alors rendre compte de l'expérience vécue par le malade et font sens à la fois pour le patient et pour le médecin. Cette médecine narrative s'inscrit pleinement dans le champ de la prévention quaternaire[108].

Les chevauchements entre les syndromes fonctionnels et les comorbidités comme les troubles anxieux et dépressifs sont fréquents d'où la nécessité de les traiter par des antidépresseurs. Par ailleurs, la survenue d'effets indésirables peut amplifier les symptômes. Certains facteurs prédisposent à l'expression de tels symptômes (événements traumatiques de l'enfance), d'autres sont déclencheurs (une maladie), d'autres entretiennent et aggravent la maladie (le déconditionnement).

Le développement de thérapies cognitives et comportementales (TCC) et une meilleure coordination des soins entre professionnels peuvent contribuer à la prise en charge.

En France, comme dans d'autres pays, l'accès à ce type de soins est difficile. Le nombre de soignants formés aux TCC est insuffisant.

Une étude néerlandaise donne des pistes d'amélioration pour la prise en charge des patients présentant des syndromes somatiques fonctionnels. Un essai clinique randomisé a testé une formation de 14 heures aux TCC sur des médecins en contact avec des patients présentant de tels symptômes, quelle que soit leur spécialité. Cette formation leur apprenait à expliquer ces symptômes et les syndromes somatiques fonctionnels, à rassurer les patients et à éviter de demander des avis et examens complémentaires inutiles. Leurs capacités de communication ont été évaluées avant et après la formation à l'aide d'enregistrements vidéo. Les entretiens des médecins du groupe formé faisaient plus appel au modèle biopsychosocial. Les médecins expliquaient mieux les facteurs d'entretien, et ce avec une approche plus centrée sur le patient (Gocko et al., 2019)[109].

Du point de vue de la psychiatrie, les troubles somatoformes avec tout le cortège de comorbidités qu'ils comportent pourraient se construire en plusieurs temps. Le point de départ le plus fréquemment observé est un temps de traumatisme initial survenu dans l'enfance qui va ouvrir une brèche entrainant potentiellement un certain nombre de dérégulation : émotionnelle, cognitive ou encore sur la perception de la douleur. Au niveau psychothérapeutique, il a été rapporté que ces dérégulations pouvaient surtout répondre aux

[108] Kuehlein T, Sghedoni D, Visentin G, Gérvas J, Jamoulle M. La prévention quaternaire, une tâche du médecin généraliste. Primary Care 2010, 18, 11-18.

[109] Gocko.X,PlottonC, Werner E.L Cathebras P : Patients adultes présentant des symptômes fonctionnels et syndromes somatiques fonctionnels. Rev Exercer 2019 ; 156 :363-8

thérapies à méditation corporelle ou même à l'hypnothérapie. Concernant la place des psychotropes, elle reste bien sûr à discuter mais elle est assez peu validée à ce jour (Belzeaux, 2018)[110]. Par exemple, selon une méta-analyse, de 2014[111], de la Cochrane, les antidépresseurs quels qu'ils soient (tricycliques, inhibiteurs de la recapture de la sérotonine avec ou sans action sur la noradrénaline) seuls ou associés à des antipsychotiques n'avaient pas d'efficacité supérieure au placebo.

En revanche, les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) sont citées comme la thérapeutique ayant prouvé son efficacité même à long terme. Elles réduiraient la sévérité des symptômes et leurs comorbidités anxieuses et dépressives (Liu et al., 2019)[112].

Pour faciliter l'accès à ce type de prise en charge, nous pouvons nous demander si les médecins de soins primaires, fréquemment confrontés à ce type de tableau clinique, ne pourraient pas être parmi les acteurs de cette prise en charge en TCC. Il serait particulièrement intéressant de davantage proposer ce type de formation aux médecins généralistes (Boele, 2015)[113]. Dans les pays germanophones, ces structures existent déjà au sein de la spécialité de médecine psychosomatique. La mise en place de traitements spécifiques pour certaines catégories de troubles fonctionnels a été réalisée dans certains pays, comme par exemple les cliniques de fatigue chronique au Royaume-Uni. Mais, il serait plus pertinent que ces établissements conviennent à un large éventail de troubles corporels, comme à la clinique des troubles fonctionnels au Danemark (Creed, et al., 2010)[114].

Une série d'études sur ces troubles a identifié un certain nombre de facteurs de risque dont l'existence d'une pathologie médicale passée, résolue ou toujours actuelle et aussi les antécédents de traumatismes infantiles. Qu'il s'agisse d'antécédents de traumatismes psychiques passés ou actuels, ces patients sont souvent aux prises avec une insécurité interne se traduisant par l'expression de symptômes anxieux dont des plaintes somatiques, et pour

[110] Belzeaux.R. SPPT, Troubles somatoformes et biomarqueurs [En ligne].Marseille : IHU ; 2018 [cité le 24 février 2021]. Vidéo :22.36 min. Disponible sur : https://www.youtube.com/watch?v=4nnu9SdiKJQ

[111] 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;15:98-112.

[112] 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;15:98-112.

[113] Boele A . Approche clinique dimensionnelle dans les troubles fonctionnels et somatoformes. 2015 [Thèse]. Paris : Université Paris Descartes.

[114] Creed, F., Guthrie, E., Fink, P., Henningsen, P., Rief, W., Sharpe, M., et al. (2010). Is there a better term than "medically unexplained symptoms"? J Psychosom Res , 68, 5-8

lesquels établir une relation de confiance avec un autre (dont un médecin) s'avère souvent difficile et compliquée. N'oublions pas aussi de mentionner que pour des professionnels non aguerris à la clinique psychotraumatique poser un diagnostic de TSPT reste difficile (Belzeaux, 2018)[115]. Dans ce contexte, l'intérêt serait de dégager au moins un signe clinique objectif, facilement identifiable et fiable et qui permettrait d'orienter le diagnostic. Les travaux de recherche de Carine Mederer en 2019 ont proposé d'utiliser comme marqueur le nombre de consultations sur 12 mois avec pour seuil un nombre de consultations supérieur ou égal à 7 pour un même patient.

Certains biomarqueurs objectifs permettent de mesurer et de suivre l'évolution clinique et thérapeutique de ce trouble, contribuant également à une meilleure compréhension de la physiopathologie associée. Il s'agit d'une étape essentielle pour l'amélioration des soins de santé, qui repose alors sur l'établissement d'un diagnostic précoce favorisant un meilleur pronostic, et une meilleure orientation et évaluation des traitements (Wiktorowicz & Soman, 2016)[116].

Dans un autre contexte, attardons-nous quelques instants sur la maladie de Lyme, qui est une infection complexe comportant un certain nombre de présentations cliniques objectives bien connues. Les antibiotiques conventionnels sont efficaces contre tous les types de présentations. Cependant, environ 10% des patients développent une fatigue, des douleurs musculo-squelettiques, des troubles de la concentration ou un déficit de la mémoire à court terme dans les six mois suivant le traitement. Cette entité a été définie comme étant le syndrome post-maladie de Lyme (PLDS) ou le syndrome post-traitement de la maladie de Lyme (PTLDS). La physiopathologie est inconnue, mais ni la persistance de la bactérie ni l'efficacité des antibiotiques ne sont actuellement rapportées dans la littérature. Certains médecins et associations de patients préconisent une « maladie de Lyme chronique », qui, selon eux, est due à la persistance chronique et indétectable de Borrelia. Cette entité est de plus en plus utilisée en Amérique du Nord et en Europe pour le diagnostic de patients présentant une myriade de symptômes subjectifs tels que : douleur, fatigue, déficits neurocognitifs, avec ou sans sérologie positive pour la maladie de Lyme. Cependant, il n'existe actuellement aucune preuve reproductible et convaincante d'une relation avec

[115] Belzeaux.R. SPPT. Troubles somatoformes et biomarqueurs [En ligne].Marseille : IHU ;2018 [cité le 24 février 2021]. Vidéo :22.36 min. Disponible sur : https://www.youtube.com/watch?v=4nnu9SdiKJQ
[116] Wiktorowicz JE, Soman KV. Discovery of candidate biomarkers. Adv Exp Med Biol 2016 ;919 :443-62.

l'infection à *Borrelia burgdorferi sensu lato* (Guedj et al., 2019)[117]. Par conséquent, le diagnostic repose souvent uniquement sur un jugement clinique plutôt que sur des tests de laboratoire validés ou même sur des critères cliniques.

Le Haut Conseil français de la Santé Publique (HCSP, 2014)[118] a récemment défini une nouvelle entité permettant de concevoir des études permettant de mieux comprendre ces catégories composées principalement de représentations subjectives et pour lesquelles nous manquons actuellement de biomarqueurs objectifs. Cette entité est appelée « symptômes polymorphes persistants après une morsure de tique » (PPSTB). Elle englobe les patients présentant une fatigue et une douleur généralisée dans les mois qui suivent une morsure de tique et peut être associée à plusieurs symptômes subjectifs ayant un impact majeur sur la qualité de vie.

Les troubles sont fréquents dans les établissements de soins primaires et autres milieux médicaux, mais moins fréquemment dans les établissements psychiatriques et autres établissements de santé mentale. Ces patients peuvent présenter de multiples symptômes somatiques, même si parfois un seul symptôme grave, le plus souvent une douleur, est présente. Les symptômes peuvent être spécifiques (par exemple, anesthésie localisée) ou relativement peu spécifiques (par exemple, fatigue). Ces caractéristiques cliniques sont associées à des pensées persistantes sur la gravité des symptômes, à un niveau élevé d'anxiété à propos d'une maladie, à un temps et une énergie excessifs consacrés à des problèmes de santé.

Le développement de biomarqueurs repose souvent sur les progrès de l'imagerie médicale. Plus précisément, l'imagerie fonctionnelle pourrait jouer un rôle central en l'absence de lésions détectées.

Les conceptions actuelles des troubles somatoformes, renforcées par les conclusions d'études de neuroimagerie, ont conduit à l'utilisation de nouvelles approches thérapeutiques. Deux revues systématiques récentes ont montré que les techniques de stimulation cérébrale non invasives, y compris la Stimulation Magnétique Transcrânienne répétitive (SMTr),

[117]Guedj.E, Eldin.C,Belzeaux.R,Azorin.JM,Raoult.D. "Functional neuroimaging in patients presenting with somatoform disorders: A model for investigating persisting symptoms after tick bites and post-treatment Lyme disease syndrome?." *Medecine et maladies infectieuses* vol. 49,2 (2019): 150-156. doi:10.1016/j.medmal.2019.01.002

[118] HCSP.Borréliose de Lyme.Etat des connaissances.Paris :Haut Conseil de la Santé Publique ; 2014 [En ligne]. (cité le 23/02/2021]. Disponible sur : https :hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine.

amélioraient les symptômes de conversion. En effet, nous connaissons déjà les résultats encourageants de Stimulation Magnétique Transcrânienne sur les épisodes dépressifs majeurs ou encore la fibromyalgie.

Les techniques de stimulation cérébrale seront probablement utilisées pour corriger les anomalies fonctionnelles des réseaux centraux pouvant être impliquées dans la physiopathologie des troubles somatoformes et la SMTr pourrait contribuer à corriger la représentation indésirable du patient et à modifier les croyances antérieures [119].

Une étude rétrospective réalisée au CHU de Rouen en 2015 - portant sur 70 patients souffrant de troubles fonctionnels et auxquels un protocole de traitement par SMTr a été proposé -, a mis en évidence une rémission partielle ou complète de la pathologie chez 89% des participants. Ce chiffre de 89% semble nettement supérieur à l'amélioration apportée par les techniques habituelles (psychothérapie, kinésithérapie, hypnose, etc.).

Deux revues récentes de la littérature ont montré que les techniques de stimulation cérébrale non invasives comme la stimulation magnétique transcrânienne amélioreraient ces troubles en ligne avec les biomarqueurs de neuroimagerie. Ces constations présentent un double intérêt diagnostique et thérapeutique.

Récemment, dans un article publié par le Professeur Azorin et le Docteur Belzeaux (2019) concernant le cas d'une femme de 40 ans, qui présentait une hémiplégie non organique, l'imagerie fonctionnelle a montré un hypométabolisme frontal et amygdalien du côté opposé à la paralysie. La visualisation de cette image par la patiente lui aurait permis de se sentir reconnue et considérée dans sa pathologie[117].

En conclusion, les spécialistes des maladies infectieuses ne partagent-ils pas le même espoir pour leurs patients atteints de « maladie de Lyme chronique »?

Également, il a été rapporté que plusieurs semaines après la maladie, un nombre important de personnes infectées par le SARS-CoV-2 présentent encore des symptômes. Les professionnels de santé sont confrontés aux patients qui se plaignent des symptômes persistants à distance de l'infection à la Covid-19. Cependant, ils doivent s'assurer que ces symptômes ne sont pas en rapport avec des complications de l'infection passées inaperçues ou des décompensations des morbidités sous-jacentes.

[119] Guedj,E, Eldin.C, Belzeaux.R,Azorin.J,Raoult.D. "Functional neuroimaging in patients presenting with somatoform disorders: A model for investigating persisting symptoms after tick bites and post-treatment Lyme disease syndrome?." *Medecine et maladies infectieuses* vol. 49,2 (2019): 150-156. doi:10.1016/j.medmal.2019.01.002

Plus de la moitié des patients présentent des « symptômes prolongés suite à une Covid-19 » quatre semaines après le début de la maladie, et plus de 10% à 6 mois. On utilise parfois le terme de « COVID long », même si la Haute Autorité de Santé (HAS) préfère parler de : « symptômes prolongés suite à une Covid-19 ».

Les symptômes prolongés peuvent survenir même chez des personnes ayant fait des formes peu sévères. Ils peuvent être multiples et évoluer de façon fluctuante sur plusieurs semaines ou mois. Les plus fréquents sont : une fatigue majeure, un essoufflement, des douleurs notamment thoraciques à type d'oppressions, des palpitations, des troubles de la concentration et de la mémoire, des troubles de l'odorat et du goût, des symptômes cutanés, etc.

Les médecins se trouvent parfois démunis face à cette maladie encore mal connue. C'est pourquoi la Haute Autorité de Santé (HAS)[120] vient de publier des « réponses rapides » pour aider les professionnels de santé à identifier et prendre en charge ces patients. Pour le moment, les données sont encore insuffisantes pour proposer de véritables recommandations de bonnes pratiques.

Parmi les propositions thérapeutiques, la HAS préconise : « une approche globale, pragmatique et adaptée aux symptômes de chaque patient, avec écoute et empathie, tout en évitant les examens non pertinents ». Une prise en charge globale personnalisée pouvant inclure des traitements symptomatiques, du repos et une réadaptation respiratoire et/ou un réentraînement progressif à l'effort (kinésithérapie) permet généralement une amélioration progressive de l'état de santé des patients, en quelques mois. Le médecin doit proposer un projet de soins personnalisé, assorti d'objectifs réalisables (être soulagé plutôt que guéri par exemple). Une prise en charge psychologique, voire psychiatrique, peut également s'avérer utile.

Concernant les médecines alternatives (acupuncture, auriculothérapie, ostéopathie, etc.), la HAS ne préconise aucune recommandation dans cette lignée, précisant qu'elles n'ont pas été évaluées dans ce contexte.

Ce détour théorique est venu confirmer que les troubles somatoformes ont été et continuent d'être largement étudiés, pour autant les médecins généralistes sont toujours autant confrontés à de nombreux points de butée qu'il s'agisse de poser un diagnostic, de proposer des orientations thérapeutiques et non des investigations biomédicales supplémentaires ou encore

[120] Haute Autorité de Santé. Symptômes prolongés suite à une Covid-19 de l'adulte - Diagnostic et prise en charge. 12/02/2021.[En ligne]. [cité le 23/02/2021]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3237041/fr/symptomes-prolonges-suite-a-une-covid-19-de-l-adulte-diagnostic-et-prise-en-charge

pour prendre en charge ces patients. Plusieurs questions restent en suspens malgré l'avancée certaine des connaissances dans le domaine. Nos médecins généralistes sont-ils suffisamment formés à la prise en charge de ces troubles se trouvant au carrefour d'une dimension psychique et somatique ? En effet, comme nous l'avons auparavant précisé la formation médicale tend de plus en plus à se « scientifiser » autour d'une approche exclusivement biologique des troubles, constat que nous pouvons aussi retrouver dans le domaine de la psychiatrie. Toutefois, plusieurs auteurs alertent sur la nécessité de considérer la personne dans une approche holistique et d'autant plus sur la question des troubles somatoformes où l'histoire de vie du patient peut être un indicateur certain pour orienter et préciser le diagnostic. Par ailleurs, ces patients - et la littérature scientifique sur le sujet l'appuie-, sont souvent confrontés à de longs parcours médicaux épuisant où une cause biologique continue d'être recherchée malgré une série de résultats pourtant négatifs.

Les coûts qui en résultent pour les patients et pour le système de santé sont considérables, surtout si les patients subissent des examens et des traitements répétés à l'hôpital. Ainsi, les troubles somatoformes constituent un problème de santé publique important, et coûteux qui nécessite de toute urgence une meilleure compréhension et une meilleure gestion de cette pathologie.

Par ailleurs, Lejeune Claire, lors d'une plénière au congrès CNGE collège académique en Novembre 2018 à Tours[121], a souligné que la médecine d'aujourd'hui tendait à être majoritairement centrée sur les EBM (Evidence Based Medecine) au détriment de la médecine narrative, qui s'appuie sur l'écoute du patient. La médecine narrative permet au clinicien de cerner à travers le récit subjectif du patient, sa problématique, d'entendre sa souffrance au travers d'une approche empathique. Ainsi, ce temps d'échange médecin/malade ouvre la porte à l'expression des ressentis du patient et aussi aux interprétations qu'il élabore : quel sens donne t-il à ses symptômes, à sa souffrance. Ce type de prise en charge centrée sur la parole du patient, sur la relation médecin-malade, conditionnerait la qualité et l'efficacité de la prise en charge. Au-delà des symptômes, le patient raconte son histoire et c'est à nous praticiens de savoir l'entendre. Par exemple, le Pr Lejeunne C, qui apprécie particulièrement cette médecine, précise qu'elle est devenue, pour elle, une véritable alliée au quotidien dans la relation avec le malade, notamment avec ses patients souffrant des symptômes inexpliqués en

[121] Lejeune.C.La médecine narrative [En ligne].Tours : Collège National des Généralistes Enseignants ;2018 [cité le 24 février 2021]. Vidéo :15.35 min. Disponible sur : https://www.youtube.com/watch?v=ydcSCdLbrOc

errance médicale, auxquels elle propose alors d'écrire leur parcours et de l'apporter en consultation.
Ainsi, notre étude se propose d'examiner comment les médecins généralistes prennent en charge les patients atteints d'un trouble somatoforme ou pour lesquels une suspicion diagnostique est en cours d'élaboration.

## 2. Méthodologie

### 2.1. Contexte

Bien que de nombreux travaux de recherche aient été consacrés à l'étude des troubles somatoformes, tant au niveau épidémiologique qu'étiologique y compris au sein de populations spécifiques comme les enfants ou encore les traumatisés psychiques, pour un certain nombre de professionnels de santé : médecins généralistes ou spécialistes, quelque soit leur lieu d'exercice (libéral, institutionnel), la prise en charge de ces troubles s'avère compliquée et peut conduire aussi bien le patient que le médecin à faire l'expérience d'une impasse médicale.

Dans ce contexte, notre travail de recherche sera de proposer un état des lieux de la prise en charge des troubles somatoformes en médecine générale dans le département des Bouches-du-Rhône dans l'objectif de mettre en relief en quel sens ce type de prise en charge peut s'avérer être complexe.
Cette étude se décline en deux approches. Une première approche empirique et une seconde qualitative avec la présentation de deux vignettes cliniques.

Ainsi, pour la première approche au travers d'une étude de cohorte transversale avec des inclusions ouvertes, nous examinerons différents axes : 1/ le nombre cas répondant à un diagnostic de troubles somatoformes sur un mois en consultation de médecine générale libérale, 2/ les signes cliniques, qui selon les médecins interrogés, peuvent être annonciateurs d'un trouble somatoforme, 3/ la représentation que les médecins ont de ce trouble, 4/ les outils diagnostiques qu'ils utilisent pour poser leur diagnostic, 5/ les outils thérapeutiques auxquels ils ont recours pour prendre en charge ce trouble.

Conjointement, au travers de deux vignettes cliniques de patients présentant un diagnostic de trouble somatoforme, nous dégagerons les manifestations, causes et prises en charge possibles de ce trouble.

Notre critère de jugement est d'évaluer comment sont actuellement pris en charge les troubles somatoformes par les médecins généralistes libéraux exerçant dans le département des Bouches-du-Rhône.

En outre, le présent travail de recherche a été mené selon les principes de la Déclaration d'Helsinki (1964) et du Code de la Santé Publique Français (article L1122-1-1). Chaque participant (médecins et patients) inclus dans le protocole, a, par conséquent, reçu une notice d'informations sur l'étude et a signé un formulaire de consentement en double exemplaire. En outre, conformément aux recommandations de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés et de l'article 34 de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, dite loi Informatique et Libertés, les données des participants ont été anonymisées et séparées des formulaires de consentement.

Par ailleurs, préalablement à la phase de recrutement des participants et du recueil des données, le protocole de recherche a été soumis et validé favorablement par le Comité d'Ethique de l'Université d'Aix-Marseille.

### 2.2. Objectifs et hypothèses

L'objectif principal de notre étude est de proposer un état des lieux de la prise en charge des troubles somatoformes en médecine générale dans le département des Bouches-du-Rhône.

Nous émettons l'hypothèse principale, selon laquelle, la prise en charge des troubles somatoformes, en médecine générale, repose davantage sur une approche paraclinique-médicamenteuse qu'holistique.

L'objectif secondaire de notre étude est associé à nos vignettes cliniques est de proposer un cadre réflexif sur la clinique des troubles somatoformes afin de cibler les points en souffrance (repérage diagnostique, orientation thérapeutique, etc.) pouvant avoir une incidence négative sur la prise en charge de ces patients souvent en errance médicale.

## 2.3. Population

- Approche empirique.

Notre échantillon est composé de 104 médecins généralistes, avec pour critères d'inclusion : avoir donné son consentement pour participer à l'étude et exercer en cabinet libéral de secteur 1 dans le département des Bouches-du-Rhône. Afin d'assurer une représentativité des soins de médecine générale la plus exhaustive possible dans le département ciblé, les médecins généralistes inclus dans le protocole de recherche exercent soit en milieu rural, soit semi-rural ou urbain.

- Approche qualitative.

Nous vous présenterons les situations cliniques et le parcours de soin de deux patients nommés Madame A et Madame B et qui présentaient des symptômes médicalement inexpliqués.

## 2.4. Matériel et procédure

Nous nous sommes rapprochés du Conseil de l'ordre des Médecins, pour déposer notre questionnaire en ligne depuis leur site internet. N'ayant pas obtenu de réponses, nous avons alors contacté par téléphone 200 médecins généralistes exerçant dans le département afin de leur présenter notre étude et de leur proposer d'y participer en ligne. Parmi ces 200 médecins contactés par téléphone à plusieurs reprises, 34 (17%) ont accepté de participer à notre protocole de recherche.
Pour les médecins ayant accepté de participer, nous leur avons adressé par le logiciel Lime Survey notre questionnaire.

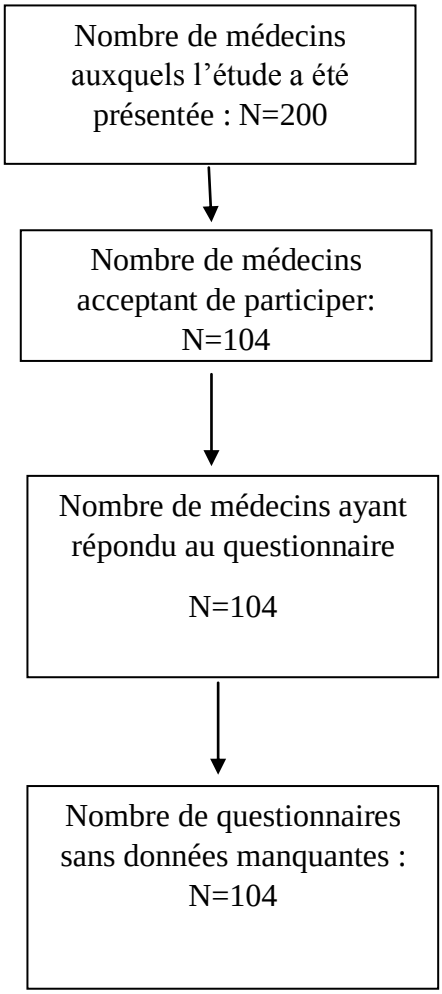
Toutefois, compte tenu du peu de réponses positives obtenues à notre invitation de participer à une étude en ligne, nous avons alors décidé d'adresser par voie postale à 200 médecins généralistes exerçant au sein des 16 arrondissements de Marseille la notice d'information sur

notre étude, notre questionnaire et une enveloppe de retour affranchie et libellée. Soixante dix d'entre eux (35%) nous ont retourné le questionnaire complété.
Notre échantillon de médecins généralistes ayant accepté de participer à notre protocole de recherche est de 104 (34 par questionnaire en ligne et 70 par questionnaire via voie postale).

Notre enquête a été réalisée à l'aide d'un auto-questionnaire que nous avons créé, se composant de 20 items dont seule la première question et la seizième sont ouvertes et correspondent respectivement au nombre de patients qu'ils ont reçu en consultations sur le mois précédent et aux type(s) de pathologies les plus fréquemment rapportées par les patients sous forme de troubles somatoformes. Pour les 18 autres items, il s'agit de questions fermées à choix multiples construites à partir de variables nominales ou ordinales. Cet auto-questionnaire explore diverses dimensions telles que : 1/la proportion de nombre de cas de patients répondants à un diagnostic de troubles somatoformes sur un mois (ex : item 2 « Sur le mois précédent, en moyenne combien de patients rencontrés en consultation répondaient à une hypothèse diagnostique de trouble somatoforme ? 1-5 cas ; 6-10 cas ;11-20 cas ; >20 cas »),
2/ les signes cliniques, qui selon les médecins interrogés, peuvent être annonciateurs d'un trouble somatoforme (ex : item 3 « Selon vous l'augmentation des consultations pour un même patient est-elle un signe orientant vers un trouble somatoforme ? Oui**,** Non, Je ne sais pas »), 3/ la représentation que les médecins ont de ce trouble (ex : item 6 « D'après vous le trouble somatoforme est une maladie liée à une simulation/manipulation (hors troubles psychiatriques)? Oui**,** Non, Je ne sais pas »), 4/ les outils diagnostiques qu'ils utilisent pour poser leur diagnostic (ex : item 10 « Utilisez-vous une classification internationale (DSM5 ou CIM10) ? Oui, Non »), 5/ les outils thérapeutiques auxquels ils ont recours pour prendre en charge ce trouble (ex : item 12 « Quels outils thérapeutiques utilisez-vous dans votre pratique ? Pharmacologie (antalgique, etc.), Traitements alternatifs (psychothérapie de soutien, hospitalisation, etc.) ».

Le recueil des données s'est déroulé durant la période du 01/03/2021 au 30/06/2021.

## 2.5. Récapitulatif



## 2.6. Analyses statistiques

Toutes les analyses ont été effectuées à l'aide du logiciel informatique SPSS 26 avec un niveau alpha mis à 0,05 (bilatéral).

### 2.6.1. Analyses univariées

Les caractéristiques de l'échantillon de population étudiée : nombre de médecins généralistes inclus dans le protocole de recherche, le nombre moyen de consultations générales sur le mois précédent, le ratio de cas de troubles somatoformes, la prévalence de médecins pour qui : 1/ le nomadisme médical est-il un signe orientant vers un trouble somatoforme, 2/ le trouble somatoforme est une maladie liée à un dysfonctionnement cérébral, 3/ le trouble somatoforme est une maladie liée à une simulation/manipulation (hors troubles psychiatriques), 4/ le trouble somatoforme est une maladie liée à une pathologie psychiatrique, 5/ les troubles somatoformes sont fréquemment rencontrés dans les syndromes post piqures de tiques ; le pourcentage de médecins utilisant une classification internationale (CIM10, DSM-5) pour poser un diagnostic de troubles somatoformes, la fréquence de signes cliniques (gastro-entérologie, urino-gynécologie, cutané, etc.) rapportés par leurs patients respectifs qui ont un diagnostic de troubles somatoformes, les thérapeutiques les plus fréquemment utilisées par nos participants dans la prise en charge des patients avec un diagnostic de troubles somatoformes, leurs orientations possibles vers d'autres professionnels de santé, leurs représentations subjectives sur la prise en charge de patients atteints de ce trouble ont été calculées à partir de statistiques descriptives (fréquences, pourcentages).

### 2.6.2. Analyse bivariées

La présence d'une relation monotone entre les variables : augmentation des consultations, nomadisme médical, représentation et connaissances des médecins sur le trouble, les expressions cliniques les plus fréquemment rapportées par les patients, le diagnostic différentiel, le type de pathologie, sera évaluée à partir de corrélations de Spearman.

# 3. Résultats

## 3.1. Approche empirique

### 3.1.1. Statistiques descriptives

#### *3.1.1.1. Diagnostic de trouble somatoforme.*

Nos analyses statistiques descriptives ont rapporté que sur les 104 médecins généralistes ayant participé à notre étude, en moyenne ils avaient effectué 452,87 (ET=210,80) consultations sur le mois précédents.

Sur un mois, 30 médecins (28,8%) ont formulé une hypothèse diagnostique de trouble somatoforme pour plus de 20 patients, 29 (27,9%) pour 6 à 10 cas, 28 (26,9%) pour 11 à 20 cas et enfin 17 (16,3%) pour 1 à 5 cas.

**Figure 1: Diagnostic de trouble somatoforme**

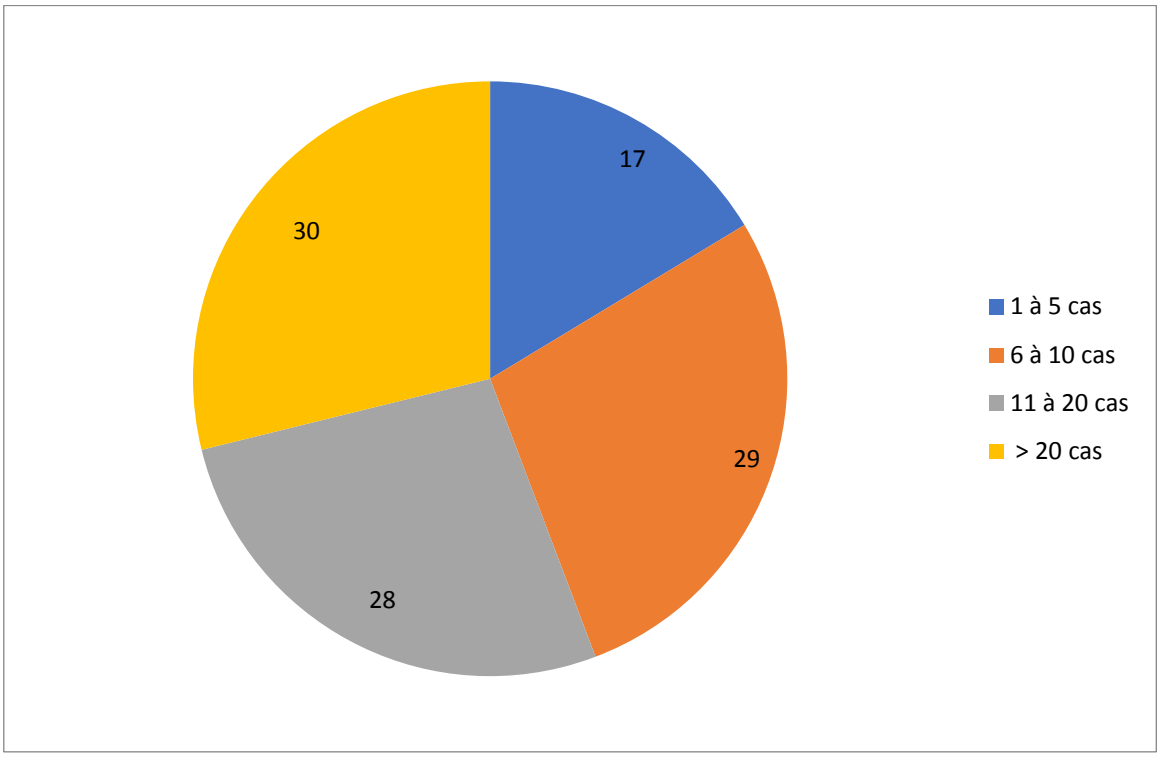


**Tableau 1 : Sur le mois précédent, en moyenne combien de patients rencontrés en consultation répondaient à une hypothèse diagnostique de trouble somatoforme?**

| | | Fréquence | Pourcentage | Pourcentage valide | Pourcentage cumulé |
|---|---|---|---|---|---|
| Valide | >20 cas | 30 | 28,8 | 28,8 | 28,8 |
| | 1-5 cas | 17 | 16,3 | 16,3 | 45,2 |
| | 6-10 cas | 29 | 27,9 | 27,9 | 73,1 |
| | 11-20 cas | 28 | 26,9 | 26,9 | 100,0 |
| | Total | 104 | 100,0 | 100,0 | |

En outre, 8 (7,7%) des médecins interrogés ont rapporté se référer à une Classification internationale (CIM-10, DSM 5) pour poser une hypothèse diagnostique de trouble somatoforme.

#### *3.1.1.2. Représentations du trouble somatoforme par les médecins généralistes interrogés.*

Pour 85 médecins généralistes (81,7%) l'augmentation des consultations pour un même patient serait un signe orientant vers un diagnostic de trouble somatoforme. Précisons, que pour 7 médecins (6,7%) il n'y aurait pas de lien, et enfin 12 (11,5%) ont répondu qu'ils ne savaient pas.

Concernant leurs représentations de cette pathologie, 67 (64,4%) des médecins ont déclaré que le trouble somatoforme serait une maladie liée à une pathologie psychiatrique (29 ont précisé que « non » et 8 ont répondu qu'ils ne savaient pas), et 46 praticiens l'ont associé à la dépression.

**Tableau 2 : Liens entre trouble somatoforme et pathologies psychiatriques.**

| Pathologies psychiatriques | Lié | | Non lié | | N= |
|---|---|---|---|---|---|
| | n | % | n | % | |
| Dépression | 46 | 44,2 | 58 | 55,8 | 104 |
| Trouble bipolaire | 7 | 6,7 | 97 | 93,3 | 104 |
| Trouble psychotique | 12 | 11,5 | 92 | 88,5 | 104 |
| Trouble de la personnalité | 41 | 39,4 | 63 | 60,6 | 104 |

Par ailleurs, 17 médecins ont ajouté que selon eux, le trouble somatoforme pourrait être une pathologie liée à un trouble anxieux.

Aussi, 20 (19,2%) médecins généralistes ont déclaré que selon eux, le trouble somatoforme serait lié à un dysfonctionnement cérébral, 45 (43,3%) ont répondu qu'ils ne savaient pas. Dans la même lignée, 15 (14,4%) participants ont répondu que le trouble somatoforme serait associé à la simulation, la manipulation (hors trouble psychiatriques) et 29 (27,9%) ont coté la réponse « Je ne sais pas ».

Parmi les possibles facteurs pouvant cristalliser ce trouble, la réponse la plus fréquemment citée (n=78) concernait la multiplication des avis et des examens complémentaires.

**Tableau 3 : Facteurs pouvant potentiellement cristalliser un trouble somatoforme.**

| Facteurs pouvant cristalliser le trouble : | OUI | | NON | | N= |
|---|---|---|---|---|---|
| | n | % | n | % | |
| Une grande attention de l'entourage | 59 | 56,73 | 45 | 43,26 | 104 |
| Bénéfices sociaux ou financiers | 51 | 49 | 53 | 51 | 104 |
| Multiplication des avis et des examens complémentaires | 78 | 75 | 26 | 25 | 104 |

D'autres facteurs ont été mis en exergue par les participants : l'absence d'empathie et de réassurance, l'absence de prise en charge psychologique, la fragilité psychologique (dont l'anxiété, les traumas durant l'enfance, les victimisation et l'auto-centrage), les réseaux

sociaux et internet, et « l'incompréhension du monde médical et la non validation des symptômes par celui-ci ».

Aussi, 25 (24%) des médecins généralistes interrogés ont rapporté que les troubles somatoformes peuvent fréquemment être rencontrés dans les syndromes post piqures de tiques. Soulignons que 56 (53,8%) ont répondu qu'ils ne savaient pas. De plus, 20 (19,2%) participants ont attesté être confronté aux syndromes post pseudo Lyme chez leurs patients, et 13 ont répondu qu'ils ne savaient pas.

Concernant les expressions cliniques les plus fréquemment observées, par les 104 médecins participant à l'étude, chez les patients présentant un possible trouble somatoforme, nous retrouvons les symptomatologies de type :

- gastroentérologie (syndrome de l'intestin irritable, colopathie fonctionnelle, dyspepsie ulcéreuse) dans 83,7% des médecin ont répondu « OUI »,
- génito-urinaire (syndrome prémenstruel, algies pelviennes chroniques, vulvodynies, etc.) dans 22,1% des médecins ont répondu « OUI » ,
- cutanée (intolérance environnementale idiopathique, etc.) dans 17,3% des médecins ont répondu « OUI »,
- cardio-vasculaire (ex : précordialgies à coronaires saines, etc.) dans 51,9% des médecins ont répondu « OUI »,
- pneumologie (ex : syndrome d'hyperventilation, spasmophilie, etc.) dans 29,8% des médecins ont répondu « OUI »,
- troubles musculosquelettiques (ex : fibromyalgie) dans 83,7% des médecins ont coté « OUI »
- troubles neurologiques (sensitivo-moteur, céphalées de tension) dans 26,9% des médecins ont répondu « OUI »
- immunologie (ex : syndrome de fatigue chronique, etc.) dans 41,3% des médecins ont répondu « OUI ».

**Tableau 4 : Expressions cliniques les plus fréquentes chez les patients présentant un probable trouble somatoforme.**

| **Quelles sont les expressions cliniques les plus fréquentes chez vos patients souffrant de ce trouble?** | | |
|---|---|---|
| | OUI*<br>n (%) | NON*<br>n (%) |
| Gastroentérologie | 87 (83,7%) | 17 (16,3%) |
| Génito-urinaire | 23 (22,1%) | 81 (77,9%) |
| Cutanée | 18 (17,3%) | 86 (82,7%) |
| Cardio-vasculaire | 54 (51,9%) | 50 (48,1%) |
| Pneumologie | 31 (29,8%) | 73 (70,2%) |
| Troubles musculosquelettiques | 87 (83,7%) | 17 (16,3%) |
| Troubles neurologiques | 28 (26,9%) | 76 (73,1%) |
| Immunologie | 43 (41,3%) | 61 (58,7%) |
| *Réponses apportées par les 104 médecins généralistes interrogés. | | |

Par ailleurs, des troubles de la déglutition et la présence de dysphagie ont été observés par un médecin.

Parmi les facteurs pouvant favoriser le développement d'un trouble somatoforme, 74% des médecins généralistes interrogés ont identifié :

- vivre un stress récent au travail serait un facteur pouvant favoriser ce trouble,
- la souffrance au travail (73,1%)
- les événements de vie douloureux (décès, divorce, etc.) (71,2%)
- les croyances (29,8%)
- les traumatismes dans l'enfance (45,2%).

**Tableau 5 : Possibles facteurs de risque du trouble somatoforme.**

| Quels sont les facteurs favorisant ce trouble ? | | |
|---|---|---|
| | OUI*<br>n (%) | NON*<br>n (%) |
| Vivre un stress récent au travail | 77 (74%) | 22 (26%) |
| La souffrance au travail | 76 (73,1%) | 28 (26,9%) |
| Les événements de vie douloureux | 74 (71,2%) | 30 (28,8%) |
| Les traumatismes dans l'enfance | 47 (45,2%) | 57 (54,8%) |
| Les croyances | 31 (29,8%) | 73 (70,2%) |
| *Réponses apportées par les 104 médecins généralistes interrogés. | | |

Dans la même lignée, 5 médecins généralistes ont également identifiés d'autres facteurs comme : l'exposition à des « violences conjugales » (n=1), les « médias » (n=1), souffrir d'une pathologie autre non encore diagnostiquée (n=1), présenter un « stress traumatique » (n=1) et être en proie à des « émotions ingérables » (n=1).

#### *3.1.1.3. Prise en charge du trouble somatoforme par les médecins généralistes interrogés.*

L'outil thérapeutique le plus fréquemment rapporté par nos 104 médecins généralistes est le recours à des traitements symptomatiques (ex : antalgiques, antispasmodiques, etc. n=94, 90,4%). Par ordre décroissant, nous retrouvons également : la thérapie de soutien (56,9%), la prescription de traitements psychotropes (ex : antidépresseurs, anxiolytiques, 56,7%), les médecines alternatives (homéopathie, relaxation, etc. 38,5%), l'hypnose (23%), les thérapies structurées (TCC, thérapie de groupe, 21,2%), les explorations paracliniques (IRM, etc., 9,6%), les hospitalisations en milieu psychiatrique (6,7%), la stimulation magnétique transcrânienne (5,9%).

**Tableau 6 : Outils thérapeutiques utilisés dans la prise en charge du trouble somatoforme.**

| Quels outils thérapeutiques utilisez-vous dans votre pratique? | | |
|---|---|---|
| | OUI*<br>n (%) | NON*<br>n (%) |
| Traitements symptomatiques | 94 (90,4%) | 10 (9,6%) |
| Thérapie de soutien | 62 (59,6%) | 42 (40,4%) |
| Traitements psychotropes | 59 (56,7%) | 45 (43,3%) |
| Médecines alternatives | 40 (38,8%) | 64 (61,5%) |
| Hypnose | 24 (23,1%) | 80 (76,9%) |
| Thérapies structurées | 22 (21,2%) | 82 (78,8%) |
| Explorations paracliniques | 10 (9,6%) | 94 (90,4%) |
| Hospitalisations en milieu psychiatrique | 7 (6,7%) | 97 (93,3%) |
| Stimulation magnétique transcrânienne | 6 (5,8%) | 98 (94,2%) |
| *Réponses apportées par les 104 médecins généralistes interrogés. | | |

Parmi les autres outils thérapeutiques cités par les participants, nous retrouvons : l'orientation vers un centre antidouleur (n=3), la kinésiologie (n=2) et le recours à un avis psychiatrique (n=1).

Dans ce contexte, 86 (82,7%) des répondants ont déclaré que l'orientation vers un psychiatre figurait parmi leurs recours possibles dans la prise en charge partagée d'un patient présentant un possible trouble somatoforme. Par ailleurs, près de la moitié de notre échantillon (56,7%) ont attesté réaliser un adressage à un centre antidouleur, 51,9% à un psychologue, 36,5% à un kinésithérapeute et 14,4% à un Centre de référence (CHU).

**Tableau 7 : Recours des médecins généralistes vers d'autres professionnels, lieux de soins en cas de difficultés rencontrées lors de la prise en charge d'un patient présentant un possible trouble somatoforme.**

| Quels sont les recours possibles en cas de difficultés? | | |
|---|---|---|
| | OUI*<br>n (%) | NON*<br>n (%) |
| Psychiatre | 86 (82,4%) | 18 (17,3%) |
| Centre antidouleur | 59 (56,7%) | 45 (43,3%) |
| Psychologue | 54 (51,9%) | 50 (48,1%) |
| Kinésithérapeute | 38 (36,5%) | 66 (63,5%) |
| Centre de référence (CHU) | 15 (14,4%) | 89 (85,6%) |
| *Réponses apportées par les 104 médecins généralistes interrogés. | | |

Enfin, pour 57 médecins généralistes (54,8%) sur 69, le résultat de la prise en charge (toutes techniques confondues) après un suivi prolongé aurait favorisé une amélioration clinique estimée entre 25 et 50%. Précisons que 35 participants n'ont pas répondu à la question : « Comment évaluez-vous globalement le résultat de cette prise en charge (toutes techniques confondues) après un suivi suffisamment prolongé? ».

**Tableau 8 : Evaluation de la prise en charge après un suivi suffisamment prolongé.**

| | Fréquence | Pourcentage | n répondants= |
|---|---|---|---|
| Non répondu | 35 | 33,7 | |
| 25-50% d'amélioration | 57 | 54,8 | 69 |
| 50-75% d'amélioration | 12 | 11,5 | |
| Total | 104 | 100,0 | |

Un autre point qui nous semblait intéressant d'évaluer concerne la question du diagnostic différentiel auxquels les médecins généralistes interrogés avaient pensé pour élaborer leur hypothèse diagnostique de trouble somatoforme.

Ainsi, il est ressorti que 80 d'entre eux (76,9%) avaient songé à un trouble anxiodépressif , 65 (62, 5) à un trouble psychosomatique, 19 (18,3%) à une maladie auto-immune, 17 (16,3%) à de la simulation, 14 (13,5%) à un trouble factice et 13 (12,5%) à un trouble du comportement alimentaire.

**Tableau 9 : Diagnostics différentiels.**

| **Quel était le/les diagnostic(s) différentiel(s) auxquels vous aviez pensé devant ce trouble somatoforme?** | | |
|---|---|---|
| | OUI*<br>n (%) | NON*<br>n (%) |
| Trouble anxiodépressif | 80 (76,9%) | 24 (23,1%) |
| Trouble psychosomatique | 65 (62,5%) | 39 (37,5%) |
| Maladie auto-immune | 19 (18,3%) | 85 (81,7%) |
| Simulation | 17 (16,3%) | 87 (83,7%) |
| Trouble factice | 14 (13,5%) | 90 (86,5%) |
| Trouble du comportement alimentaire | 13 (12,5%) | 91 (87,5%) |
| *Réponses apportées par les 104 médecins généralistes interrogés. | | |

Parmi les symptômes diagnostiqués, par les médecins généralistes interrogés, chez leurs patients présentant un trouble somatoforme, nous retrouvons aussi bien ceux appartenant au domaine médical de : la gastroentérologie (colon irritable (cité 7 fois), trouble digestif rapporté à 25 reprises), cardiologie (tachycardie, trouble cardiaque, précordialgie, cités à 15 reprises), gynécologique (trouble génito-urinaire (n=2)), rhumatologie (fibromyalgie citée 17 fois), pneumologie (syndrome d'hyperventilation, spasmophilie cités 8 fois), en immunologie (fatigue chronique citée 9 fois), en neurologie (les céphalées de tension mentionnées à 26 reprises), en allergologie (les allergies et réactions cutanées ont été mentionnées 3 fois) ou encore les douleurs musculo-squelettiques (ex : lombalgies) qui ont été citées à 26 reprises.

Le terme « douleur(s) » a été employé à 30 reprises par les participants pour décrire les symptômes observés chez leurs patients atteints d'un trouble somatoforme.

Majoritairement, nos participants (69,2%) considèrent que la prise en charge des troubles somatoformes est « difficile ». Parmi les facteurs pouvant majorer ce sentiment de difficultés, le manque de temps a été rapporté par 77 médecins (74%), la mise en place parfois problématique d'une prise en charge multidisciplinaire (80%) et la difficulté de sensibiliser les patients aux médecines alternatives (36,5%).

**Tableau 10 : Evaluation de la difficulté de prise en charge des troubles somatoformes.**

| Globalement comment trouvez-vous la prise en charge des troubles somatoformes ? | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Fréquence | Pourcentage | Pourcentage valide | Pourcentage cumulé |
| Difficile | 72 | 69,2 | 69,2 | 69,2 |
| Moyennement facile | 32 | 30,8 | 30,8 | 100,0 |
| Total | 104 | 100,0 | 100,0 | |

**Tableau 11 : Difficultés liées à la prise en charge de patients atteints d'un trouble somatoforme.**

| D'après vous quelles sont les difficultés rencontrées dans la prise en charge de vos patients atteints de ce trouble? | | |
|---|---|---|
| | OUI*<br>n (%) | NON*<br>n (%) |
| Manque de temps | 77 (74%) | 27 (26%) |
| Mise en place d'une prise en charge multidisciplinaire | 80 (76,9%) | 24 (23,1%) |
| Difficultés à sensibiliser les patients aux médecines alternatives | 38 (36,5%) | 66 (63,5%) |

*Réponses apportées par les 104 médecins généralistes interrogés.

Enfin, parmi les difficultés autres recensées par nos participants figuraient : les « bénéfices secondaires » liés à la pathologie (le patient tient à ses symptômes et « ne peut exister sans »), les « angoisses du patient », l'établissement d'un « dialogue de confiance » médecin/patient et le faire perdurer dans le temps, l'annonce du diagnostic et sa reconnaissance par le patient, « l'inexpérience des médecins généralistes face à ce trouble » et la « non compréhension des confrères ».

### 3.1.2. Analyses multivariées

Au niveau des représentations qu'ont les médecins interrogés du trouble somatoforme, nos analyses de corrélations de Spearman (tableau 12) ont mis en relief l'existence d'une association positive entre le nomadisme médical et : 1/ l'augmentation des consultations pour un même patient (Rho de Spearman =0.374) et 2/. le fait que cette pathologie serait liée à la manipulation/simulation (Rho de Spearman =0.197).

Dans un autre contexte, nos analyses de corrélations de Spearman (tableau 13) ont souligné la présence de liens statistiques entre différentes expressions somatiques repérées par les médecins généralistes participant à notre étude. Plus précisément, le syndrome de l'intestin irritable, de la colopathie fonctionnelle ou de la dyspepsie ulcéreuse était positivement corrélé au syndrome prémenstruel, aux algies pelviennes chroniques (Rho de Spearman = 0,236). Aussi, les intolérances environnementales idiopathiques étaient associées au : 1/ syndrome d'hyperventilation, spasmophilie (Rho de Spearman = 0,202), 2/. Céphalée de tension (Rho de Spearman = 0,467) et 3/. à la fatigue chronique (Rho de Spearman = 0,235). Egalement, les céphalées de tension étaient corrélées à : 1/. au syndrome d'hyperventilation, spasmophilie (Rho de Spearman = 0,221) et 2/ à la fibromyalgie (Rho de Spearman = 0,210).

**Tableau 12 : Corrélations de Spearman sur la représentation des médecins du trouble somatoforme.**

**Corrélations**

| | | | Augmentation consultation | Nomadisme | Dysfonctionnement cérébral | Simulation/ manipulation | Pathologie psychiatrique |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Rho de Spearman | Augmentation consultation | Coefficient de corrélation | 1,000 | ,374** | ,173 | ,107 | ,079 |
| | | Sig. (bilatéral) | . | ,000 | ,079 | ,281 | ,426 |
| | | N | 104 | 104 | 104 | 104 | 104 |
| | Nomadisme | Coefficient de corrélation | ,374** | 1,000 | ,065 | ,197* | -,021 |
| | | Sig. (bilatéral) | ,000 | . | ,510 | ,045 | ,832 |
| | | N | 104 | 104 | 104 | 104 | 104 |
| | Dysfonctionnement cérébral | Coefficient de corrélation | ,173 | ,065 | 1,000 | ,167 | ,202* |
| | | Sig. (bilatéral) | ,079 | ,510 | . | ,090 | ,040 |
| | | N | 104 | 104 | 104 | 104 | 104 |
| | Simulation_manipulation | Coefficient de corrélation | ,107 | ,197* | ,167 | 1,000 | ,075 |
| | | Sig. (bilatéral) | ,281 | ,045 | ,090 | . | ,449 |
| | | N | 104 | 104 | 104 | 104 | 104 |
| | Pathologie psychiatrique | Coefficient de corrélation | ,079 | -,021 | ,202* | ,075 | 1,000 |
| | | Sig. (bilatéral) | ,426 | ,832 | ,040 | ,449 | . |
| | | N | 104 | 104 | 104 | 104 | 104 |

**. La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

*. La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

**Tableau 13: Corrélations de Spearman entre les différentes expressions cliniques du trouble somatoforme.**

| | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Rho de Spearman | Syndrome de l'intestin irritable ou colopathie fonctionnelle, dyspepsie ulcéreuse (1) | Coefficient de corrélation | 1,000 | ,236* | ,134 | -,009 | ,004 | ,156 | ,034 | ,160 |
| | | Sig. (bilatéral) | . | ,016 | ,177 | ,928 | ,969 | ,113 | ,733 | ,105 |
| | | N | 104 | 104 | 104 | 104 | 104 | 104 | 104 | 104 |
| | Syndrome prémenstruel, algies pelviennes chroniques, vulvodynies …etc (2) | Coefficient de corrélation | ,236* | 1,000 | ,185 | ,142 | ,159 | ,110 | ,147 | -,024 |
| | | Sig. (bilatéral) | ,016 | . | ,060 | ,151 | ,106 | ,265 | ,137 | ,809 |
| | | N | 104 | 104 | 104 | 104 | 104 | 104 | 104 | 104 |
| | Intolérance environnementale idiopathique(3) | Coefficient de corrélation | ,134 | ,185 | 1,000 | -,018 | ,202* | ,065 | ,467** | ,235* |
| | | Sig. (bilatéral) | ,177 | ,060 | . | ,859 | ,040 | ,514 | ,000 | ,016 |
| | | N | 104 | 104 | 104 | 104 | 104 | 104 | 104 | 104 |
| | Précordialgies à coronaires saines (4) | Coefficient de corrélation | -,009 | ,142 | -,018 | 1,000 | ,248* | ,043 | ,063 | -,091 |
| | | Sig. (bilatéral) | ,928 | ,151 | ,859 | . | ,011 | ,664 | ,522 | ,359 |
| | | N | 104 | 104 | 104 | 104 | 104 | 104 | 104 | 104 |
| | Syndrome d' hyperventilation, spasmophilie (5) | Coefficient de corrélation | ,004 | ,159 | ,202* | ,248* | 1,000 | ,118 | ,221* | ,179 |
| | | Sig. (bilatéral) | ,969 | ,106 | ,040 | ,011 | . | ,235 | ,024 | ,070 |
| | | N | 104 | 104 | 104 | 104 | 104 | 104 | 104 | 104 |
| | Fibromyalgie (6) | Coefficient de corrélation | ,156 | ,110 | ,065 | ,043 | ,118 | 1,000 | ,210* | ,107 |
| | | Sig. (bilatéral) | ,113 | ,265 | ,514 | ,664 | ,235 | . | ,033 | ,279 |
| | | N | 104 | 104 | 104 | 104 | 104 | 104 | 104 | 104 |
| | Sensitivo-moteur, céphalées de tension (7) | Coefficient de corrélation | ,034 | ,147 | ,467** | ,063 | ,221* | ,210* | 1,000 | ,151 |
| | | Sig. (bilatéral) | ,733 | ,137 | ,000 | ,522 | ,024 | ,033 | . | ,127 |
| | | N | 104 | 104 | 104 | 104 | 104 | 104 | 104 | 104 |
| | Syndrome de fatigue chronique (8) | Coefficient de corrélation | ,160 | -,024 | ,235* | -,091 | ,179 | ,107 | ,151 | 1,000 |
| | | Sig. (bilatéral) | ,105 | ,809 | ,016 | ,359 | ,070 | ,279 | ,127 | . |
| | | N | 104 | 104 | 104 | 104 | 104 | 104 | 104 | 104 |

Quelles sont les expressions cliniques les plus fréquentes chez vos patients souffrant de ce trouble?

*. La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

**. La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

## 3.2. Approche qualitative

### 3.2.1. Cas clinique Madame A

Madame A, est âgée de 55 ans et elle recherche un nouveau médecin traitant. Elle exerce la profession de gérante d'entreprise avec son mari et elle est mère de 2 filles. Madame A consulte pour une fatigue chronique persistant depuis plus de 6 mois. Elle relate une fatigue progressive isolée altérant ses capacités de travail. Elle se présente à la consultation avec son dossier médical, qui est particulièrement conséquent. Parmi ses antécédents, nous retrouvons : une hystérectomie (cancer de l'utérus), une hypertension artérielle, un diabète de type 2, une dyslipidémie, lesquels sont tous bien contrôlés par des traitements pharmacologiques adaptés. Elle bénéficie d'un suivi annuel endocrinologique et cardiologique dans le cadre de son diabète et de l'hypertension artérielle.

Sur le plan clinique, on note un bon état avec un indice de masse corporelle de 24 et une tension artérielle de 13/7. Son examen physique est sans particularité. Les résultats des analyses de sang réalisés 3 semaines avant le RDV étaient tous dans les limites de la normale. Des analyses de sang supplémentaires ont été effectuées notamment des tests auto-immuns, et un dépistage de maladies infectieuses dont les résultats étaient négatifs

La lecture de son dossier médical souligne que les investigations par imageries réalisées et leurs conclusions respectives sont non contributifs.

Dans ce contexte, l'origine des symptômes de la patiente restaient inconnus.

Après une analyse approfondie de son dossier médical et devant ces faisceaux d'arguments notamment des résultats d'analyses complémentaires corrects, un examen physique sans anomalie décelable et une probable errance médicale (recherche de nouveau médecin), j'ai suspecté un trouble somatoforme. Cependant à ce stade, cette hypothèse diagnostique était à considérer avec précaution. En effet, je devais veiller à n'écarter aucune piste diagnostique. Plusieurs questions ont alors fait jour : peut-on évoquer un tel diagnostic à une patiente en errance que vous voyez pour la première fois ? À quel moment arrive-t-on à un diagnostic par élimination ? Ai-je les compétences requises pour prendre en charge cette patiente ?

Peut-être, serait-il préférable que je prenne un avis auprès d'un spécialiste ? Si oui, lequel ? Et plus encore, que pouvais-je faire pour aider la patiente à mieux se sentir ?

C'est une position profondément inconfortable remplie de peur de poser un diagnostic erroné et de douter de soi-même.

Madame A étant diabétique, je lui ai prescrit un bilan sanguin avec l'hémoglobine glyqué à faire dans 3 mois et des complexes vitaminés.

J'ai tenté de la rassurer sur une probable absence de maladie grave à ce jour. Toutefois, je n'avais pas d'arguments actuels pouvant expliquer cette fatigue chronique. Néanmoins, je continuerai à en chercher les éventuelles causes.

Avec du recul, j'ai compris que parfois les symptômes sont médicalement inexpliqués et que le soignant doit savoir l'accepter. Actuellement, nous disposons de quelques outils pouvant nous aider dans cette prise en charge mais ils sont encore très peu utilisés par les médecins. En effet, notre formation nous a davantage préparés à une approche paraclinico-médicamenteuse.

Après avoir tenté de la rassurer sur la non gravité des symptômes, j'aurai peut-être dû lui demander d'écrire son récit et de l'apporter à la prochaine consultation. Cette approche dite de médecine narrative est particulièrement indiquée par le Professeur Lejeune Sylvie pour la prise en charge des patients présentant un probable trouble somatoforme et fait partie intégrante de la prévention quaternaire[122], que nous, médecins généralistes, nous nous devons de considérer dans notre pratique professionnelle afin d'éviter tout surmédicalisation inutile[123]. Dans cette situation clinique, le recours à ce type de pratique m'aurait permis de mieux comprendre le vécu subjectif de la patiente : son parcours de vie, l'histoire de sa maladie et ses représentations. Cette étape est primordiale dans l'établissement d'une bonne relation thérapeutique. Par ailleurs, elle permet de limiter l'accroissement des examens, et de fournir des soins adaptés.

Devant l'absence d'amélioration, l'absence de symptômes objectifs et d'examens paracliniques non contributifs, j'aurai dû passer la main en demandant l'avis d'un spécialiste notamment celui d'un psychiatre.

### 3.2.2. Cas clinique Madame B

Lors de mon quatrième semestre d'internat en Médecine générale, j'ai reçu une patiente, âgée de 22 ans, qui était étudiante en Marketing. Cette jeune femme s'est adressée, en mai 2020, à

[122] Kuehlein T, Sghedoni D, Visentin G, Gérvas J, Jamoulle M. La prévention quaternaire, une tâche du médecin généraliste. Primary Care 2010, 18, 11-18.

[123] Widmer D, Herzig L.Prévention quaternaire : agir est-il toujours justifié en médecine de famille ? Revue Médicale Suisse 2014, 430, 1052-56.

la consultation de l'IHU-Méditerranée (Institut Hospitalo-Universitaire), pour persistance de symptômes (fatigue chronique, difficulté de concentration, des douleurs musculaires entravant la poursuite d'une activité intellectuelle et physique) faisant suite à une piqure de tique lors d'une randonnée au canada en été 2019. C'est dans ce contexte que je l'ai accueillie en consultation. Elle ne présentait aucun antécédent somatique ou psychiatrique particulier.
Lors de cette première consultation, nous reprenons les différents éléments anamnestiques suivants : notion de piqûres de tiques le 15 juillet 2019 avec un érythème migrant sur la partie inférieure médiale de la jambe gauche, résolutif en 4 semaines. Elle ne présente pas de cicatrice objectivée. Elle a été traitée par *Doxycycline* (100mg 2 fois /j pendant 21 jours). Puis, de retour en France, nous nous situons un mois après la piqure, elle consulte à nouveau son médecin généraliste qui prescrit un bilan sérologique qui s'avèrera positif. La patiente est alors traitée par *Amoxicilline* (1g 3fois pendant 21jours).
Toutefois, devant la persistance de la fatigue chronique, des troubles de la concentration, des myalgies, d'une instabilité de l'humeur, elle consulte plusieurs médecins généralistes. Elle me précisa que ses divers symptômes sont consécutifs à la piqure de tique, selon elle.
Elle est alors mise sous antidépresseurs pour cette décompensation thymique et des antalgies.
Le dernier bilan biologique réalisé en Février 2020 met en évidence des leucocytes normaux sans syndrome inflammatoire biologique, une absence de troubles ioniques ni de perturbation hépato-rénale, une TSH normale et un bilan immunologique sans particularité. En revanche, la sérologie IGG est positive.
Malgré la mise en place de ces divers traitements pharmacologiques et de l'absence d'amélioration clinique, elle décida de venir consulter à l'IHU.

L'examen clinique a mis en relief un bon état général : apyrétique, bonne tolérance hémodynamique, poids de 55kg pour une taille de 1,60 mètre.
Elle présente, cependant, une humeur triste mais sans risque suicidaire. Egalement, elle ne manifeste pas de signes de focalisation neurologique. L'examen clinique s'avère sans particularité.

Sur le plan biologique, un kit piqure de tiques est réalisé, à l'IHU, devant toute suspicion de maladie vectorielle à tiques. Ce kit comprend les PCR et sérologies (Borrelia, Bartonella, Coxiella, Rickettsia, etc.) et un bilan immunologique.
Les résultats seront négatifs.

Devant cette inadéquation clinico-biologique, j'élimine le diagnostic de borréliose à tiques. Cependant, j'explique à la patiente que certaines personnes peuvent se plaindre de différents symptômes cliniques parfois invalidants dans les mois ou les années après une morsure de tiques, y compris en l'absence de substrat microbiologique de cette borréliose, qu'il s'agisse par culture, par PCR, ou encore par sérologie bactérienne.
Je lui propose alors de prendre un RDV avec un psychiatre et de revoir son médecin traitant pour la suite de la prise en charge.

Une question subsiste ai-je suffisamment entendu la demande de ma patiente ?

Avec du recul, je me rends compte que je n'ai pas suffisamment pris le temps d'écouter cette jeune femme. En effet, bien qu'étant dans une structure très spécialisée, je me suis focalisée sur l'aspect technique.
Quelle est l'histoire de cette patiente ? A-t'elle été exposée à des traumatismes dans l'enfance ?
Beaucoup de zones d'ombres demeurent sur l'histoire de vie de cette patiente, qui peut-être à ce jour, d'ailleurs, continue son errance médicale.

Comment aurais-je pu prendre en charge cette patiente autrement ?
Le premier point que je souhaite mettre en avant est que j'aurais dû prendre le temps de l'écouter, notamment en évaluant aussi l'impact psychosocial de ses troubles afin de circonscrire au plus près son histoire. Ce travail m'aurait permis de me décaler aussi de cet aspect technique en élaborant, puis posant un diagnostic positif, en entendant la souffrance subjective de cette patiente, et en lui formulant des explications en lien avec sa pathologie.
Egalement, il aurait été patent que je m'entretienne par téléphone avec son médecin généraliste afin d'établir un projet thérapeutique et non de me contenter uniquement du courrier.

En effet, les recommandations du HCSP préconisent pour la prise en charge médicale des patients dont le diagnostic clinique et le diagnostic biologique ne permettent ni de faire un diagnostic probant de maladie de Lyme :
- d'identifier un groupe de patients manifestant une sémiologie polymorphe persistante après morsure de tiques, qualifié après un bilan initial complet ayant exclu les autres causes (maladies auto immunes, systémiques, néoplasiques, etc.) ;

- de rechercher chez ces malades, sur les plans épidémiologique et géographique, d'autres agents pathogènes potentiellement transmis par les tiques ; d'améliorer le diagnostic biologique (sérodiagnostic compris) de la borréliose de Lyme en étendant le spectre de la recherche vers d'autres espèces plus rares que *B. burgdorferi sensu lato* ainsi que vers des co-infections (Bartonella et Borrelia, Anaplasma et Borrelia, etc.) ;
- d'évaluer les traitements antibiotiques chez ces patients en tenant compte des référentiels d'évaluation en vigueur ; d'instaurer avec les associations de patients un dialogue et une communication clairs sur les incertitudes et les imperfections diagnostiques actuelles, les avancées de l'épidémiologie, mais aussi les risques éventuels liés à des traitements, à des molécules ou à des associations de molécules ne suivant pas les recommandations, notamment en termes de durée.

# 4. Discussion

## 4.1. Discussion générale des résultats.

Notre étude avait pour objectif de mettre en relief la complexité de la prise en charge du trouble somatoforme en médecine générale au travers d'une approche quantitative empirique et d'une approche qualitative.

En effet, pour rappel notre échantillon est composé de 104 médecins généralistes et notre hypothèse principale est que la prise en charge des troubles somatoformes, en médecine générale, repose davantage sur une approche paraclinique- médicamenteuse qu'holistique.

En réponse à cette hypothèse, nos analyses statistiques descriptives ont mis en relief que 30 médecins (28,8%) ont émis une hypothèse diagnostique de trouble somatoforme pour plus de 20 patients, 29 (27,9%) pour 6 à 10 cas, 28 (26,9%) pour 11 à 20 patients et enfin 17 (16,3%) pour 1 à 5 cas, au cours du dernier mois. Par ailleurs, sur le mois écoulé le nombre moyen de consultations réalisé par nos 104 participants est de 452,87.

Dans ce contexte, soulignons que l'étude de Norton et al. (2009)[124] portant sur une cohorte de 25 patients consultant en médecine générale en France, a observé que 11,8% d'entre eux remplissaient les critères diagnostiques du DSM-IV d'un trouble somatoforme.
Or, au sein de notre cohorte, seulement 7,7% des médecins interrogés ont déclaré se référer à une Classification Internationale (CIM-10, DSM 5) pour poser une hypothèse diagnostique de trouble somatoforme. En effet, nous savons l'importance que revêt l'outil diagnostique utilisé pour estimer la prévalence ou encore l'incidence d'une pathologie pour pouvoir ensuite établir des comparaisons.

Dans la même lignée et ce point est aussi mentionné dans nombre d'études épidémiologiques quelque soit la pathologie étudiée, un des problèmes méthodologiques les plus fréquemment observés porte sur la définition de la maladie étudiée.
Notre cohorte n'échappe pas à cette hétérogénéité des représentations. Soixante sept (64,4%) médecins ont déclaré que le trouble somatoforme serait une maladie liée à une pathologie psychiatrique, 20 (19,2%) l'ont associé à un dysfonctionnement cérébral, 15 (14,4%) à la simulation, la manipulation (hors trouble psychiatriques).

[124] Norton, J, De Roquefeuil, G, David, M, Boulenger, J.-P, Ritchie, K, and Mann, A. "Prévalence Des Troubles Psychiatriques En Médecine Générale Selon Le Patient Health Questionnaire : Adéquation Avec La Détection Par Le Médecin Et Le Traitement Prescrit." Encéphale 35.6 (2009): 560-69. Web.

Aussi, nos participants ont mis en exergue un certain nombre de facteurs pouvant participer à cristalliser un trouble somatoforme. Parmi les facteurs cités figurent entre autre « les fragilités psychologiques » (anxiété) et leur absence de prise en charge. Ce constat a largement été traité dans la littérature scientifique, notamment par l'équipe de Russo [125] qui a postulé l'existence d'une relation étroite et linéaire entre le nombre de symptômes somatiques et l'intensité de la détresse émotionnelle. Egalement, les résultats des études de Kroenke, Spitzer et Williams, 1994 [126] ainsi que celle de Wessely et al. 1996[127], se sont accordées sur le point selon lequel nombre de plaintes fonctionnelles seraient significativement et positivement liées au nombre d'épisodes actuels et passés d'anxiété et de dépression.

Dans la même lignée, les expositions à des événements traumatiques (survenus pendant l'enfance, ou des victimisations) ont aussi été rapportées par certains des médecins généralistes participants comme de possibles facteurs pouvant conduire au développement ou à la chronicisation d'un trouble somatoforme. Dans cette perspective, ces réponses formulées par nos répondants s'inscrivent dans la lignée de la littérature passée et actuelle en psychotraumatologie, qui reconnait l'impact négatif de ce type d'expérience sur le développement ultérieur et la cristallisation d'un trouble somatoforme. En effet, plusieurs articles scientifiques (Turk et al., 1996[128] ; Amir et al., 1997)[129] ont souligné que les personnes exposées à des événements potentiellement traumatiques au cours de leur vie et qui ont développé des réactions péri (dissociation péritraumatique) ou post-traumatiques (TSPT) subséquentes à cette expérience peuvent développer des troubles somatoformes (tel que fibromyalgie) et une qualité de vie détériorée.

Enfin, « la multiplication des avis et des examens complémentaires » a été la réponse la plus fréquemment rapportée par les médecins participant à notre protocole de recherche. Les écrits psychanalytiques depuis Freud[130], nous ont largement éclairé sur cette question de la résistance, à savoir cette impossibilité chez certains patients à pouvoir renoncer à leurs

[125] Russo J, Katon W, Sullivan M, Clark M, Buckwald D. Severity of somatization and its relationship to psychiatric disorders and personality. Psychosomatics 1994; 35: 546-56.
[126] Kroenke K, Spitzer R, Williams J. Physical symptoms in primary care: predictors of psychiatric disorders and functional impairment. Arch Fam Med 1994; 3: 774-79.
[127] Wessely S, Chalder T, Hisch S, Wallace P, Wright D. Psychological symptoms, somatic symptoms and psychiatric disorders in chronic fatigue and chronic fatigue syndrome: a prospective study in primary care. Am J Psych 1996; 153: 1050-59
[128] Turk DC, Okifuji A, Sinclair JD, Starz TW. Pain, disability, and physical functioning in subgroups of patients with fibromyalgia. J Rheumatol. 1996; 23: 1255-62
[129] Amir M, Kaplan Z, Neumann L, Sharabani R, Shani N, Buskila D. Posttraumatic stress disorder, tenderness and fibromyalgia. J Psychosom Res. 1997; 42: 607-13.
[130] Freud, S. (2006). « Fragment d'une analyse d'hystérie » (1901-1905), In *Œuvres complètes Psychanalyse* VI, Paris : PUF.

symptômes, autrement dit : ils y tiennent, soit car ils portent alors pour eux une valeur identitaire ou pour les bénéfices secondaires qui en découlent (comme l'attention qui leur est portée par les proches, les médecins, etc.). Quoiqu'il en soit multiplier alors les consultations médicales serait une tentative visant à conserver intact leur symptôme car ils échappent aux dispositifs de soins bien qu'ils les consomment compulsivement. En effet, dès lors que la question d'une consultation psychiatrique est abordée, bien des patients vont soit consulter différents psychiatres mais ne débuteront aucun suivi ou prendront rendez-vous avec d'autres spécialistes.

Par ailleurs, concernant les facteurs pouvant favoriser le développement d'un trouble somatoforme, le stress est la réponse qui a été formulée par le plus grand nombre de médecins généralistes. Ce constat, là encore, converge dans le sens des écrits scientifiques publiés au cours des dix dernières années sur le trouble somatoforme, qui mettent l'accent sur l'existence d'une dysrégulation du système nerveux central (SNC), entrainant une augmentation de la sensibilité intéroceptive et au stress (Boakye et al., 2016 [131], Den Boer et al., 2019[132]).

Aussi, nous l'avons déjà évoquée sur la question de la cristallisation du trouble somatoforme : l'exposition à des facteurs de stress. Qu'il s'agisse des « traumatismes durant l'enfance », « des événements de vie douloureux (décès) », ou encore de subir des « violences conjugales ». Ces différentes situations ont été mises en avant par nos participants comme de possibles facteurs de risque pouvant conduire au développement ultérieur d'un trouble somatoforme. Pour rendre compte de ce phénomène, par analogie au concept de dissociation péritraumatique, le terme de dissociation somatoforme a été introduit dans la littérature scientifique. La dissociation somatoforme peut prendre différentes formes comme des manifestations somatiques négatives (troubles de la perception, analgésies, etc. (El-Hage, 2004)[133]. Ces symptômes dissociatifs ont particulièrement été observés chez les personnes présentant une dissociation péritraumatique (Marmar, 1997[134] ; Putman, 1995)[135] ou un

[131] Boakye, P. A., Olechowski, C., Rashiq, S., Verrier, M. J., Kerr, B., Witmans, M., . . . Dick, B. D. (2016). A critical review of neurobiological factors involved in the interactions between chronic pain, depression and sleep disruption. The Clinical Journal of Pain, 32, 327–336. https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000000260

[132] den Boer, C., Dries, L., Terluin, B., van der Wouden, J. C., Blankenstein, A. H., van Wilgen, C. P., . . . van der Horst, H. E. (2019). Central sensitization in chronic pain and medically unexplained symptom research: A systematic review of definitions, operationalizations and measurement instruments. Journal of Psychosomatic Research, 117, 32–40. https://doi.org/ 10.1016/j.jpsychores.2018.12.010

[133] El-Hage W. Validation de la version française du SDQ-20. Questionnaire de Dissociation Somatoforme. Revue Francophone Stress & Trauma. 2004; 4: 291-7.

[134] Marmar CR. Trauma and Dissociation. The National Center for PTSD. PTSD Research Quarterly. 1997; 8: 1-3

[135] Putnam FW. Traumatic stress and pathological dissociation. Ann N Y Acad Sci. 1995; 771: 708-15.

Trouble de Stress Post-traumatique actuel ou passé. Ils seraient plus intenses chez les individus exposées précocement et/ou durablement à des expériences potentiellement traumatiques (El-Hage & Gaillard, 2003)[136] comme c'est le cas pour les traumatismes psychiques durant l'enfance (abus physique, sexuel, négligences) ou encore les violences conjugales (physiques et/ou sexuelles).

Dans un autre contexte, 25 (24%) des médecins généralistes interrogés ont rapporté que les troubles somatoformes peuvent fréquemment être rencontrés dans les syndromes post piqures de tiques. Ainsi, rappelons que le Haut Conseil français de la Santé Publique (HCSP, 2014)[137] a été amené à définir une nouvelle entité nommée « symptômes polymorphes persistants après une morsure de tique » (PPSTB), afin de rendre compte de ces patients présentant une fatigue et une douleur généralisée dans les mois qui suivent une morsure de tique, couramment associée à plusieurs symptômes subjectifs pouvant avoir un impact majeur, souvent délétère, sur leur qualité de vie.

Abordons à présent la question des expressions cliniques du trouble somatoforme les plus fréquemment observées. Parmi celles retenues par nos 104 participants, nous retrouvons, par ordre décroissant, les symptomatologies de type : troubles musculosquelettiques (ex : fibromyalgie, rapportés par 83,7% de médecins, gastroentérologiques (syndrome de l'intestin irritable, colopathie fonctionnelle, dyspepsie ulcéreuse, rapportés, là encore par 83,7% de médecins), cardio-vasculaires (ex : précordialgies à coronaires saines, etc., rapportés par 51,9% de médecins), de l'immunologie (ex : syndrome de fatigue chronique, etc., rapportée par 41,3% de médecins), pneumologiques (ex : syndrome d'hyperventilation, spasmophilie, etc., rapportés par 29,8% de médecins), neurologiques (sensitivo-moteur, céphalées de tension, rapportés par 26,9% de médecins), génito-urinaires (syndrome prémenstruel, algies pelviennes chroniques, vulvodynies, etc., rapportés par 22,1% de médecins, cutanées (intolérance environnementale idiopathique, etc., rapportés par 17,3% des médecins).
Bien que nous n'ignorons pas que nombre de spécialités médicales se sont attachées à décrire les formes symptomatiques présentent chez leurs patients respectifs dans l'objectif de circonscrire au plus près la clinique du trouble somatoforme, notre exploration et les résultats qui en ressortent nous ont paru être particulièrement intéressant car ils élargissent le spectre

[136] El-Hage W, Gaillard P. Incidence clinique des psychotraumatismes dans la consultation externe d'un service de psychiatrie. Ann Med Psychol (Paris). 2003; 161: 743-8.
[137] HCSP.Borréliose de Lyme.Etat des connaissances.Paris :Haut Conseil de la Santé Publique ; 2014 [En ligne]. (cité le 23/02/2021). Disponible sur : https :hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine.

des représentations. En effet, à notre connaissance, aucune étude publiée, à ce jour en France, ne s'est intéressée à mettre en relief le type de symptomatologie les plus fréquemment rapportées par les patients et observées par les médecins généralistes libéraux. Cette démarche nous a paru pertinente car elle rend compte de ce nouage indispensable à toute rencontre clinique : celui du discours du patient (sa plainte et ce qu'il peut en dire) et l'observation médicale, qui prend aussi appui sur ce discours.

En outre, nos analyses de corrélations de Spearman ont mis en relief l'existence d'intrication symptomatiques comme par exemples : le syndrome de l'intestin irritable, de la colopathie fonctionnelle ou de la dyspepsie ulcéreuse était positivement corrélé au syndrome prémenstruel, aux algies pelviennes chroniques, ou encore les intolérances environnementales idiopathiques étaient associées au : syndrome d'hyperventilation, spasmophilie, aux céphalées de tension et à la fatigue chronique. Enfin, les céphalées de tension étaient corrélées au syndrome d'hyperventilation, spasmophilie et à la fibromyalgie. Ces résultats concordent avec notre analyse de la littérature scientifique sur le sujet, laquelle a mis en exergue que dans le syndrome chronique de fatigue il existe des symptômes qui se chevauchent avec ceux de la fibromyalgie[138], des céphalées de tension, des allergies alimentaires, du syndrome prémenstruel, et du syndrome du côlon irritable. Nos résultats au même titre que ceux publiés dans la littérature scientifique soutiennent l'hypothèse selon laquelle les patients présentant un syndrome fonctionnel répondent fréquemment aux critères d'autres syndromes.

Concernant la prise en charge des patients atteints d'un trouble somatoforme par les médecins généralistes, nous pouvons observer le recours majoritaire à une approche paraclinique-médicamenteuse. L'outil thérapeutique le plus fréquemment rapporté par nos 104 médecins généralistes est le recours à des traitements symptomatiques (ex : antalgiques, antispasmodiques, etc. n=94, 90,4%). Par ordre décroissant, nous retrouvons également : la thérapie de soutien (56,9%), la prescription de traitements psychotropes (ex : antidépresseurs, anxiolytiques, 56,7%), les médecines alternatives (homéopathie, relaxation, etc. 38,5%), l'hypnose (23%), les thérapies structurées (TCC, thérapie de groupe, 21,2%), les explorations paracliniques (IRM, etc., 9,6%), les hospitalisations en milieu psychiatrique (6,7%), la stimulation magnétique transcrânienne (5,9%). Nos résultats ont ainsi souligné que les thérapies structurées n'ont été nommées que par 21,2% des médecins interrogés. Or, la

[138] Luty J. Medically unexplained syndromes: Irritable bowel syndrome, fibromyalgia and chronic fatigue. BJPsych Advances [Internet]. 2018 Jul;24(4):252–63.

littérature scientifique actuelle met l'accent sur l'efficacité y compris à long terme des thérapies cognitivo-comportementales (TCC) dans le traitement du trouble somatoforme (Liu et al., 2019)[139]. Cette thérapeutique a été identifiée pour son efficacité sur la réduction de la sévérité des symptômes et des comorbidités anxieuses et dépressives associées (Liu et al., 2019)[140].

Aussi, concernant la prescription de psychotropes, certaines études scientifiques ont soulevé le peu d'efficacité de ces traitements comparé à un placébo[141], pourtant 56,7% des médecins interrogés y ont recours, alors que seulement 5,9% ont cité la Stimulation Magnétique Transcrânnième dont les résultats encourageants sur la fibromyalgie ou encore les représentations du patient et les croyances ont été démontrés[142].

Dans ce contexte, nous soutenons la proposition émise par Boele (2015)[143] à savoir : de davantage proposer ce type de formation aux médecins généralistes en France. En effet, certains pays européens ont recours à une approche plus holistique du traitement du trouble somatoforme, qui n'est plus exclusivement centrée sur une approche paraclinique-médicamenteuse (Creed, et al., 2010)[144].

En revanche, la majorité des médecins interrogés au sein de notre échantillon ont déclaré mettre en place des prises en charge pluriprofessionnelles, notamment avec des psychiatres (n=86, 82,7%). Toutefois, la mise en place de ces dispositifs de soins partagés a été identifiée par 80% des participants comme difficile à acter. En effet, au sein de certains territoires français moins pourvus en professionnels de santé (dont psychiatres) une « embolisation» des services de santé mentale (notamment les Centres Médico-Psychologiques), avec des délais d'attente de plusieurs mois avant de pouvoir obtenir une consultation, est constatée (Rapport IGAS, 2020)[145].

---

[139] 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;15:98-112.

[140] Ibid.

[141] Belzeaux.R. SPPT, Troubles somatoformes et biomarqueurs [En ligne].Marseille : IHU ; 2018 [cité le 24 février 2021]. Vidéo :22.36 min. Disponible sur : https://www.youtube.com/watch?v=4nnu9SdiKJQ

[142] Guedj, E et al. "Functional neuroimaging in patients presenting with somatoform disorders: A model for investigating persisting symptoms after tick bites and post-treatment Lyme disease syndrome?." *Medecine et maladies infectieuses* vol. 49,2 (2019): 150-156. doi:10.1016/j.medmal.2019.01.002

[143] Boele A . Approche clinique dimensionnelle dans les troubles fonctionnels et somatoformes. 2015 [Thèse]. Paris : Université Paris Descartes.

[144] Creed, F., Guthrie, E., Fink, P., Henningsen, P., Rief, W., Sharpe, M., et al. (2010). Is there a better term than "medically unexplained symptoms"? J Psychosom Res , 68, 5-8

[145] Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS). (2020). *Les Centres Médico-Psychologiques de Psychiatrie générale et leur place dans le parcours du patient.* [En Ligne] (Cité le 28/04/2021). Disponible sur : https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2019-090r.pdf

En outre, plus d'un tiers de nos participants jugent « difficile » la prise en charge des troubles somatoformes. Ce constat tend à interpeller sur la nécessité :1/ d'améliorer la faisabilité des parcours de soins coordonnées notamment pour ces médecins généralistes intervenant au sein de territoires géographiques peu étoffés en offre de soins, 2/ de sensibiliser les futurs médecins généralistes à la complexité de ce trouble et aux thérapeutiques existantes autres que celles relevant d'une approche paraclinique- médicamenteuse. En ce sens, nos deux vignettes cliniques ont clairement souligné tant la complexité des tableaux symptomatiques auxquels peuvent être confrontés les médecins généralistes et aussi la nécessité de privilégier une approche centrée sur le discours du patient, son histoire, l'alliance thérapeutique afin de garantir une prise en charge efficiente et cohérente des malades.

### 4.2. Intérêts et limites de l'étude.

L'intérêt princeps de notre étude était de proposer un état des lieux sur la prise en charge des troubles somatoformes par les médecins généralistes au sein du département des Bouches-du-Rhône au travers d'une démarche scientifique mixte incluant à la fois une étude empirique et une étude qualitative sur la thématique étudiée.

Peu d'études épidémiologiques en France se sont attachées à étudier cette pathologie en soins primaires. En effet, à ce jour, bien que le trouble somatoforme constitue un problème de Santé Publique avec une prévalence de patients concernés par cette pathologie en constante hausse y compris des enfants et des adolescents, une approche paraclinique- médicamenteuse semble rester la voie de prise en charge privilégiée par nombre de professionnels de santé au détriment d'une approche holistique du trouble.

C'est dans ce contexte que s'est inscrit notre démarche de recherche à savoir sensibiliser les médecins généralistes sur leurs pratiques professionnelles et à cette question de l'errance médicale des patients, qui est, peut-être d'ailleurs, majorée par ce recours à une approche paraclinique-médicamenteuse, conduisant nombre de malades à consulter une palette de spécialistes parfois inutilement.

Il est évident que notre protocole de recherche comporte un certain nombre de biais. Le premier concerne notre échantillon de population, bien qu'il soit constitué de 104 médecins généralistes, nous assurant une certaine puissance statistique, pour autant les

résultats ne peuvent être généralisables à l'ensemble des pratiques en médecine générale libérale du territoire français.

Egalement, notre recueil des données n'a concerné que les patients consultant en cabinets de médecine générale libérale. Il aurait été intéressant de proposer cette étude aux patients pris en charge dans d'autres lieux de soins (Centres hospitaliers, Centre de santé communautaire, etc.) et qui sont aussi amenés à être pris en charge par un médecin généraliste.

Toujours concernant notre méthodologie, l'instrument de mesure que nous avons utilisé est le fruit d'une construction personnelle. Il ne s'agit pas d'un instrument de mesure standardisé et scientifiquement validé. Bien que nous ayons veillé à construire des items neutres dans leur formulation, il se peut que certaines réponses émises par les participants aient été induites par la thématique étudiée, nous parlons alors de désirabilité sociale pour définir ce phénomène, c'est-à-dire que les répondants veulent donner une image positive d'eux-mêmes.

Egalement, la construction en variable ordinale (1 à 5 cas, 6 à 10 cas, etc.) de notre item portant sur le nombre de diagnostic de trouble somatoforme sur le mois précédent, ne pouvait nous permettre de calculer une prévalence du trouble observée en médecine générale dans le département des Bouches-du-Rhône, seule une variable d'intervalles le permet. Bien que conscients de ce biais, nous avons eu recours à ce type de procédé afin de faciliter le choix des réponses pour nos répondants. En effet, si nous leur avions demandé de nous signifier le nombre de cas de patients répondant à un diagnostic de trouble somatoforme, cette démarche aurait nécessité qu'ils reconsultent leurs dossiers médicaux sur un mois. Ainsi, nous aurions pris le risque d'avoir des données manquantes (non-réponse à la question ou abandon de participation).

Aussi, il aurait été pertinent de pouvoir évaluer le nombre de médecins généralistes ayant bénéficié de formations thérapeutiques (TCC, thérapie de soutien, hypnothérapie, etc.) ou encore qui soutiennent les approches holistiques dans le traitement du trouble somatoforme. Également, seule une proportion moindre de participants (7,7%) a déclaré utiliser une Classification Internationale comme outil diagnostique. En ce sens, il aurait été intéressant de cibler sur quels critères cliniques, les médecins généralistes s'étaient appuyés pour poser un diagnostic de trouble somatoforme.

Dans un autre contexte et afin d'affiner nos analyses statistiques, il aurait été pertinent de demander aux participants de renseigner la zone géographique (rurale, semi-rurale, urbaine) de leur cabinet. Cette variable aurait pu ensuite être croisée avec la variable

« prises en charge pluriprofessionnelles ». En effet, comme nous l'avons souligné certaines zones géographiques ne facilitent pas l'accès à certaines spécialités médicales en soins de proximité, de sorte que le médecin généraliste reste la seule ressource pour le patient. Ce type de situation peut alors avoir une incidence négative dans le parcours du patient notamment dans le cas d'impasse médicale où certains médecins généralistes se retrouvent isolés sans la possibilité de pouvoir mettre en place un relai vers un autre professionnel de santé.

Enfin, rappelons que les troubles somatoformes restent, encore à ce jour, une pathologie sous-évaluée (Kellner, 1985[146] ; Rief et Hiller, 1992[147] ; Smith, 1994[148]) et d'autant plus en soins primaires en France.

[146] Kellner R. Functional somatic symptoms and hypochondriasis. Arch Gen Psychiatry 1985;42:821-833.
[147] Rief W, Hiller W. Somatoforme StoÈrungen. KoÈrperliche Symptome ohne organische Ursachen. Bern: Huber, 1992.
[148]Smith, G R Jr. "The course of somatization and its effects on utilization of health care resources." *Psychosomatics* vol. 35,3 (1994): 263-7. doi:10.1016/S0033-3182(94)71774-6

## 5. Conclusion

Notre travail de recherche souhaite sensibiliser les médecins généralistes à la question de la prise en charge du trouble somatoforme, et à sa complexité.

Il s'avère nécessaire que les médecins généralistes puissent être formés à d'autres approches thérapeutiques. En effet, comme nous l'avons souligné à plusieurs reprises y compris avec la présentation et discussion de nos résultats, à ce jour et au sein de notre échantillon de population étudié, l'approche paraclinique-médicamenteuse prime dans la prise en charge du trouble somatoforme.

Face à l'augmentation de la prévalence de ces manifestations et aux nombres de patients en situation d'errance médicale, il parait important d'identifier correctement ces troubles et d'en établir des approches thérapeutiques. Ainsi, il nous parait probant de préconiser : 1/ le recours à une approche holistique où l'écoute du patient est centrale et essentielle, 2/ la mise en place de thérapies spécifiques (thérapie de soutien, thérapie structurée, etc.) pratiquées par le médecin traitant ou un spécialiste (psychiatre, psychologue), 3/ de veiller à instaurer un travail de collaboration étroite entre médecin généraliste et spécialiste (le plus souvent des psychiatres), 4/ d'instaurer des formations dans ces domaines (ex : groupes balint ou autre), 5/ de s'ouvrir : aux techniques de neuro-imagerie d'aide au diagnostic comme par exemple l'IRM fonctionnelle et de traitement par stimulation non invasive thérapeutique (TMS, etc.) et 6/ de créer et développer des services hospitaliers dédiés à la prise en charge des troubles somatoformes.

Cet intérêt pour la prise en charge des troubles somatoformes se développe actuellement, notamment dans notre région avec prochainement l'ouverture d'un service spécialisé dans cette pathologie dans un hôpital privé à Marseille.

Nous ne pouvons ignorer que le médecin traitant est le premier professionnel consulté dans ce type de pathologie, c'est souvent de cette première approche que va dépendre la suite de l'action thérapeutique et de son impact.

Si le médecin traitant parvient à créer un espace communiquant avec l'autre, un espace intersubjectif à l'intérieur duquel une relation de confiance peut s'établir alors il inscrit déjà un acte thérapeutique pour son patient.

## 6. Références bibliographiques

- ***Articles scientifiques***


Aggarwal,R., McBeth, J., Zakrzewska, J-M., Lunt, M., Macfarlane GJ. The epidemiology of chronic syndromes that are frequently unexplained: do they have common associated factors? *Int J Epidemiol*, 35 (2006), pp. 468-476

Agarwal, A., Oparin, Y., Glick, L., Fitzcharles, M-A.,Adachi, J.D., Cooper, M.D. *et al.* Attitudes toward and management of fibromyalgia *J Clin Rheumatol*, 1 (2017)

Amir M, Kaplan Z, Neumann L, Sharabani R, Shani N, Buskila D. Posttraumatic stress disorder, tenderness and fibromyalgia. *J Psychosom Res*. 1997; 42: 607-13.

Beck, J. E. (2008). A developmental perspective on functional somatic symptoms. *Journal of Pediatric Psychology*, 33, 547– 562. https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsm113

Boakye, P. A., Olechowski, C., Rashiq, S., Verrier, M. J., Kerr, B., Witmans, M., . . . Dick, B. D. (2016). A critical review of neurobiological factors involved in the interactions between chronic pain, depression and sleep disruption. *The Clinical Journal of Pain*, 32, 327–336. https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000000260

Bonvanie, I. J., Janssens, K. A. M., Rosmalen, J. G. M., & Oldehinkel, A. J. (2017). Life events and functional somatic symptoms: A population study in older adolescents. *British Journal of Psychology*, *108*, 318–333. 10.1111/bjop.12198

Bruehl, S., Dengler-Crish, C. M., Smith, C. A., & Walker, L. S. (2010). Hypoalgesia related to elevated resting blood pressure is absent in adolescents and young adults with a history of functional abdominal pain. *Pain*, 149, 57–63. https://doi.org/10.1016/j.pain.2010.01.009

Caille, A. Prise en charge des symptômes biomédicalement inexpliqués en médecine générale. *Médecine humaine et pathologie*. 2018. ⟨dumas-02075963⟩.

Campo JV, Bridge J, Lucas A, Savorelli S, Walker L, DiLorenzo C, *et al.* Physical and emotional health of mothers of youth with functional abdominal pain *Arch Pediatr Adolesc Med*, 161 (2007), pp. 131-137

Campo, J. V. (2012). Annual research review: Functional somatic symptoms and associated anxiety and depression – developmental psychopathology in pediatric practice. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *53*, 575–592. 10.1111/j.1469-7610.2012.02535.x

Cappucci, S., & Simons, L. E. (2015). Anxiety sensitivity and fear in pediatric headache patients. *European Journal of Pain*, *19*, 246–252. 10.1002/ejp.542

Cathébras P. La perspective de la médecine centrée sur la personne : une condition nécessaire pour apporter une réponse adéquate aux syndromes somatiques fonctionnels. *Rev Med Interne* 2017;38S:A16-21

Chapman, S. Somatic Symptom Disorder Could Capture Millions More Under Mental Health Diagnosis, *Dx Revision Watch*, May 26, 2012.

Cottrell, D. J. (2016). Fifteen-minute consultation: Medically unexplained symptoms. *Archives of Disease in Childhood: Education and Practice Edition*, *101*, 114–118. 10.1136/archdischild-2015-309344

Craig TKJ, Bialas I, Hodson S, Cox AD Intergenerational transmission of somatization behavior: 2. Observations of joint attention and bids for attention Psychol Med, 34 (2004), pp. 199-209.

Creed, F., Guthrie, E., Fink, P., Henningsen, P., Rief, W., Sharpe, M., et al. (2010). Is there a better term than "medically unexplained symptoms"? *J Psychosom Res*, 68, 5-8

Darves-Bornoz, J.M., Berger, C., Degiovanni, A. . *et al.* Similarities and differences between incestuous and non-incestuous rape in a French follow-up study *J Trauma Stress*, 12 (4) (1999), pp. 613-623

Darves-Bornoz, J.-M. "Personnalité Et Troubles Somatiques." Encéphale, vol. 44, no. 5, 2018, pp. 471–475

den Boer, C., Dries, L., Terluin, B., van der Wouden, J. C., Blankenstein, A. H., van Wilgen, C. P., . . . van der Horst, H. E. (2019). Central sensitization in chronic pain and medically unexplained symptom research: A systematic review of definitions, operationalizations and measurement instruments. *Journal of Psychosomatic Research*, 117, 32–40. https://doi.org/ 10.1016/j.jpsychores.2018.12.010

Docquir C. Les symptômes médicalement inexpliqués : précisions terminologiques, données épidémiologiques chez l'adulte et l'enfant, aperçu des contre-attitudes. *Bulletin de psychologie* 13 mars 2013;Numéro 523(1):61-75.

Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129–136.

Gocko X, Plotton C, Werner E.L, Cathebras P. Patients adultes présentant des symptômes fonctionnels et syndromes somatiques fonctionnels. Rev Exercer 2019 ; 156 :363-8

Guite, J. W., McCue, R. L., Sherker, J. L., Sherry, D. D., & Rose, J. B. (2011). Relationships among pain, protective parental responses, and disability for adolescents with chronic musculoskeletal pain: The mediating role of pain catastrophizing. *The Clinical Journal of Pain*, *27*, 775–781. 10.1097/AJP.0b013e31821d8fb4

El-Hage W, Gaillard P. Incidence clinique des psychotraumatismes dans la consultation externe d'un service de psychiatrie. *Ann Med Psychol* (Paris). 2003; 161: 743-8.

El-Hage W. Validation de la version française du SDQ-20. Questionnaire de Dissociation Somatoforme. *Revue Francophone Stress & Trauma*. 2004; 4: 291-7.

Emerson, J. ., Pankratz, I., Joos, S. *et al.* Personality disorders in problematic medical patients *Psychosomatics*, 35 (1994), pp. 469-473

Essau CA, Conradt J, Petermann F. Haeufigkeit und Komorbiditaet somatoformer Stoerungen bei Jugendlichen. Ergebnisse der Bremer Jugendstudie [Prevalence and comorbidity of somatoform disorders in adolescents. Results of the Bremen Youth Study] *Z Klin Psychol Psychother*, 29 (2000), pp. 97-108

Gocko.X,PlottonC, Werner E.L Cathebras P : Patients adultes présentant des symptômes fonctionnels et syndromes somatiques fonctionnels. *Rev Exercer 2019* ; 156 :363-8

Guedj, E et al. "Functional neuroimaging in patients presenting with somatoform disorders: A model for investigating persisting symptoms after tick bites and post-treatment Lyme disease syndrome?." *Medecine et maladies infectieuses* vol. 49,2 (2019): 150-156. doi:10.1016/j.medmal.2019.01.002

Herzlich C. Du symptôme organique à la norme sociale : des médecins dans un « groupe Balint». *Sci Soc Santé*. 1984;2(1):11–31.

Hamilton J, Campos R, Creed F. Anxiety, depression and management of medically unexplained symptoms in medical clinics. *J R Coll Physicians* 1996; 30: 18-21

Haller, H. Cramer, H. Lauche, R. Dobos G. Somatoforme störungen und medizinisch unerklärbare symptome in der primärversorgung: systematischer review und metaanalyse der prävalenzen *Dtsch Arztebl Int*, 112 (2015), pp. 279-287

Hiller, W., Rief, W,. Brähler, E. Somatization in the population: from mild bodily misperceptions to disabling symptoms *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 41 (2006), pp. 704-712

Hulgaard, D., Dehlholm-Lambertsen, G., & Rask, C. U. (2019). Family-based interventions for children and adolescents with functional somatic symptoms: A systematic review. *Journal of Family Therapy*, *41*, 4–28. 10.1111/1467-6427.12199

Ibeziako, P., et al. “Developing a Clinical Pathway for Somatic Symptom and Related Disorders in Pediatric Hospital Settings.” *Hospital pediatrics* vol. 9,3 (2019): 147-155. doi:10.1542/hpeds.2018-0205

Kellner R. Functional somatic symptoms and hypochondriasis. *Arch Gen Psychiatry* 1985;42:821-833.

Komaroff A, Fagiolo L, Doolittle T, et al. Health status in patients with chronic fatigue syndrome and in general population and disease comparison groups. *Am J Med* 1996; 101: 281-90.

Kroenke K, Price R. Symptoms in the community: prevalence, classification and psychiatric comorbidity. *Arch Intern Med* 1993; 153: 2474-80.

Kroenke K, Spitzer R, Williams J. Physical symptoms in primary care: predictors of psychiatric disorders and functional impairment. *Arch Fam Med* 1994; 3: 774-79.

Kuehlein T, Sghedoni D, Visentin G, Gérvas J, Jamoulle M. La prévention quaternaire, une tâche du médecin généraliste. Primary Care 2010, 18, 11-18.

Lieb R, Pfister H, Mastaler M et al. Somatoform syndromes and disorders in a representative population sample of adolescents and young adults. Prevalence, comorbidity and impairments. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101(2000), pp. 194-208.

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;15:98-112.

Logan, D. E., Simons, L. E., & Carpino, E. A. (2012). Too sick for school? Parent influences on school functioning among children with chronic pain. *Pain*, *153*, 437–443. 10.1016/j.pain.2011.11.004

Lum I. Réflexions sur la gestion des symptomes médicalement inexpliqués. *Le Médecin de famille canadien* Novembre 2018 Vol 64, P 859 disponible www.cfp.ca]

Luty J. Medically unexplained syndromes: Irritable bowel syndrome, fibromyalgia and chronic fatigue. BJPsych Advances [Internet]. 2018 Jul;24(4):252–63.

Marmar CR. Trauma and Dissociation. The National Center for PTSD. PTSD Research *Quarterly*. 1997; 8: 1-3

Marshall T, Jones DPH, Ramchandani PG, Stein A, Bass C Intergenerational transmission of health beliefs in somatoform disorders Br J Psychiatry, 191 (2007), pp. 449-450

Melville D. Descriptive clinical research and medically unexplained physical symptoms. *J Psychosom Res* 1987; 31: 359-65

Micoulaud-Franchi J-A, Lemogne C, Quiles C. Troubles somatoformes. Evolutions majeurs dans leur approche . *Rev Prat* 2019; vol69 ;199-204

Micoulaud-Franchi J-A. Somatoform disorders: 10 key messages. *Rev Prat*. févr 2019;69(2):223

Mondon K, de Toffol B, Praline J, Receveur C, Gaillard P, El-Hage W et al. Comorbidité psychiatrique au cours des événements non épileptiques: étude rétrospective dans un centre de vidéo-EEG. *Rev Neurol* (Paris). 2005; 161: 1061-9

Neville, A., Jordan, A., Beveridge, J. K., Pincus, T., & Noel, M. (2019). Diagnostic uncertainty in youth with chronic pain and their parents. *The Journal of Pain*, *20*, 1080–1090. 10.1016/j.jpain.2019.03.004

Nimnuan, C., Hotopf, M., Wessely, S. Medically unexplained symptoms. An epidemiological study in seven specialities *J Psychosom Res*, 51 (2001), pp. 361-367

Nimnuan, C et al. "Medically unexplained symptoms: an epidemiological study in seven specialities." *Journal of psychosomatic research* vol. 51,1 (2001): 361-7. doi:10.1016/s0022-3999(01)00223-9

Norton, J, De Roquefeuil, G, David, M, Boulenger, J.-P, Ritchie, K, and Mann, A. "Prévalence Des Troubles Psychiatriques En Médecine Générale Selon Le Patient Health Questionnaire : Adéquation Avec La Détection Par Le Médecin Et Le Traitement Prescrit." *Encéphale* 35.6 (2009): 560-69. Web.

Palermo, T. M., Valrie, C. R., & Karlson, C. W. (2014). Family and parent influences on pediatric chronic pain: A developmental perspective. *American Psychologist*, *69*, 142–152. 10.1037/a0035216

Pereira-Charles J, Terra C, Colombani H, Rossignol L. Prise en charge des patients pénibles en centre de santé. *Exercer*. 2018;143:216-21

Peveler R, Kilkenny L, Kinmonth A. Symptômes physiques médicalement inexpliqués dans les soins primaires : une comparaison des questionnaires de criblage d'auto-rapport et de l'opinion clinique. *J Psychosom Res*, 1997; 42: 245-53

Potts S, Bass C. Psychological morbidity in patients with chest pain and normal or near-normal coronary arteries: a long-term follow-up study. *Psychol Med* 1995; 24: 339-47.

Pribor, E-F., Yutzy, S.H., Dean, J.T. *et al.* Briquet's syndrome, dissociation and abuse *Am J Psychiatry*, 150 (1993), pp. 1507-1511

Putnam FW. Traumatic stress and pathological dissociation. *Ann N Y Acad Sci*. 1995; 771: 708-15.

Rask, C. U., Ornbol, E., Fink, P. K., & Skovgaard, A. M. (2013). Functional somatic symptoms and consultation patterns in 5- to 7-year olds. *Pediatrics, 132*, e459–e467. 10.1542/peds.2013-0159

Rouby, P., et al. "Somatisation, Conversion Et Trouble Somatoforme… Nosographie Et Psychopathologie." *Douleurs*, vol. 6, no. 1, 2005, pp. 14–20

Russo J, Katon W, Sullivan M, Clark M, Buckwald D. Severity of somatization and its relationship to psychiatric disorders and personality. *Psychosomatics* 1994; 35: 546-56.

Schulte IE, Petermann F, Noeker M Functional abdominal pain in childhood: from etiology to maladaptation Psychother Psychosom, 79 (2010), pp. 73-86

Sharpe M, Bass C. Pathophysiological mechamisms in somatisation. *Int Rev Psych* 1992; 4: 81-97

Sharpe, M, Nimnuan, C, and Wessely, S. "Functional Somatic Syndromes." *The Lancet* (British Edition) 354.9195 (1999): 2078-079. Web.

Schulte, I. E., & Petermann, F. (2011). Somatoform disorders: 30 years of debate about criteria! What about children and adolescents?*Journal of Psychosomatic Research*, *70*, 218–228. 10.1016/j.jpsychores.2010.08.005

Smith, G R Jr. "The course of somatization and its effects on utilization of health care resources." *Psychosomatics* vol. 35,3 (1994): 263-7. doi:10.1016/S0033-3182(94)71774-6

Turk DC, Okifuji A, Sinclair JD, Starz TW. Pain, disability, and physical functioning in subgroups of patients with fibromyalgia. *J Rheumatol.* 1996; 23: 1255-62

Van Hemert A, Hengeveld M, Bolk J, Rooijmans H, Vanderbroucke J. Troubles psychologiques liés à la maladie médicale chez les patients d'une clinique externe médicale générale. *Psychol Med*, 1993; 23: 167-73

Walker, L. S., Smith, C. A., Garber, J., & Claar, R. L. (2007). Appraisal and coping with daily stressors by pediatric patients with chronic abdominal pain. *Journal of Pediatric Psychology*, *32*, 206–216. 10.1093/jpepsy/jsj124

Walker EA, Roy Byrne PP, Katon WJ, Li L, Amos D, Jiranek G. Psychiatric illness and irritable bowel syndrome: a comparison with inflammatory bowel disease. *Am J Psych* 1990; 147:1656-61

Walker, L. S. (2019). Commentary: Understanding somatic symptoms: From dualism to s ystems, diagnosis to dimensions, clinical judgment to clinical science. *Journal of Pediatric Psychology*, 44, 862–867. https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsz050

Wessely S, Chalder T, Hisch S, Wallace P, Wright D. Psychological symptoms, somatic symptoms and psychiatric disorders in chronic fatigue and chronic fatigue syndrome: a prospective study in primary care. *Am J Psych* 1996; 153: 1050-59

Widmer D, Herzig L.Prévention quaternaire : agir est-il toujours justifié en médecine de famille ? Revue Médicale Suisse 2014, 430, 1052-56.

Wilson, A. C., Moss, A., Palermo, T. M., & Fales, J. L. (2014). Parent pain and catastrophizing are associated with pain, somatic symptoms, and pain-related disability among early adolescents. *Journal of Pediatric Psychology*, *39*, 418–426. 10.1093/jpepsy/jst094

Wiktorowicz JE, Soman KV. Discovery of candidate biomarkers. Adv Exp Med Biol 2016 ;919 :443-62.

White P, Moorey S. Psychosomatic illnesses are not "all in the mind". *J Psychosom Res* 1997; 42: 329-32.

- ***Ouvrages et chapitres d'ouvrages***

American Psychiatric Association.– *DSM-III, Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 3e édition, Washington DC, 1980.

American Psychiatric Association.– *DSM-IV-TR, Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4e édition, texte révisé, Washington DC, 2000, trad. fr., *Manuel diagnostic et statistique des troubles mentaux*, Paris, Masson, 2003.

American Psychiatric Association. DSM-5 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Washington (D. C.)[etc.: American Psychiatric, 2013. Print.

Freud, S. *Cinq psychanalyses,* Presses Universitaires De France, 1995.

Freud, S, et Laplanche, J. *Névrose, Psychose Et Perversion*. Presses Universitaires De France, 1973.

Freud, S. *Études Sur L'hystérie*. Presses Universitaires De France, 2002.

Freud, S. (2006). « Fragment d'une analyse d'hystérie » (1901-1905), In *Œuvres complètes Psychanalyse* VI, Paris : PUF.

Garralda ME (2005). Functional somatic symptoms and somatoform disorders in children. In Gillberg C, Harrington R, Steinshausen HC (eds), *A Clinician's Handbook of Child and Adolescent Psychiatry*. Cambridge: Cambridge University Press, pp246-268.

Georget EJ. Névroses. In : "Dictionnaire de médecine" Vol XXV, Paris, Béchet 1840:27-41.

Laplanche J, Pontalis J-B. *Vocabulaire de la Psychanalyse.* pp 267-270. 11, Édition PUF, 1992.

Leyde, Brill, *Affection, cause, traitement*, fr. 109, P. J. van der Eijk (éd.), in *Diocles of Carystus. A Collection of Fragments with Translation and Commentary*, vol. I, 2000, p. 188-195 (p. 190-191).

Minard, M. (2013). Le chemin périlleux vers le DSM-5. Dans : , M. Minard, *Le DSM-ROI: La psychiatrie américaine et la fabrique des diagnostics* (pp. 338-407). Toulouse, France: ERES.

Organisation Mondiale de la Santé.– *CIM-10, classification internationale des troubles mentaux et du comportement*, Paris, Masson, 1992.

Rask, C. U., Bonvanie, I. J., & Garralda, M. E. (2018). Risk and protective factors and course of functional somatic symptoms in young people. In M. Hodes, S. Gau, & S. G. Petrus De Vries (Eds.), *Understanding uniqueness and diversity in child and adolescent mental health* (1st ed., pp. 77–115). San Diego, CA: Academic Press.

Rief W, Hiller W. *Somatoforme StoÈrungen. KoÈrperliche Symptome ohne organische Ursachen.* Bern: Huber, 1992.

Schulz P. *Traitement des troubles psychiatriques selon le DSM-5 et la CIM-10*. 1ère édition. De Boeck. Décembre 2016. 1436 pages. (9782807303065)

Stora J.B. *Quand le corps prend la relève, stress, traumatismes et maladies somatiques*, Odile Jacob, 1999.

- ***Manuscrits universitaires non publiés***

Boele A. Approche clinique dimensionnelle dans les troubles fonctionnels et somatoformes. 2015 [Thèse]. Paris : Université Paris Descartes.

Demas A. Effet de la stimulation magnétique transcrânienne dans le traitement des paralysies fonctionnelles. 2015 [Thèse]. Rouen : Université de Rouen

Meunier S. Les symptômes médicalement inexpliqués en médecine générale. [Thèse]. Créteil : Université Paris Val-de-Marne – Faculté de Médecine ; 2009.

- ***Sources internet***

Belzeaux.R. SPPT, Troubles somatoformes et biomarqueurs [En ligne].Marseille : IHU ; 2018 [cité le 24 février 2021]. Vidéo :22.36 min. Disponible sur : https://www.youtube.com/watch?v=4nnu9SdiKJQ

Blake L. Davies C. Conn R., et Davie M. (2018). *Symptômes médicalement inexpliqués (MUS) enfants et jeunes : Guide d'évaluation et de prise en charge des patients moins de 18 ans qui sont référés au secondaire supérieur Soins*. Royaume-uni: Collège royal des psychiatres et de la santé mentale pédiatrique association (PMHA). Extrait de https://paedmhassoc.files.wordpress.com/2018/12/mus-guide-with-leaflet-nov-2018.pdf

Frances, A. « Mislabeling medical illness as mental disorder », Dec 8, 2012, *Psychology Today*. [En ligne] (Consulté le 25/02/2021) sur https://www.psychologytoday.com/us/blog/dsm5-in-distress/201212/mislabeling-medical-illness-mental-disorder

Haut Conseil de la Santé Publique. HCSP.Borréliose de Lyme.Etat des connaissances.Paris : 2014 [En ligne]. (cité le 23/02/2021]. Disponible sur : https :hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine.

Haute Autorité de Santé. Symptômes prolongés suite à une Covid-19 de l'adulte - Diagnostic et prise en charge. 12/02/2021.[En ligne]. [cité le 23/02/2021]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3237041/fr/symptomes-prolonges-suite-a-une-covid-19-de-l-adulte-diagnostic-et-prise-en-charge

Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS). (2020). *Les Centres Médico-Psychologiques de Psychiatrie générale et leur place dans le parcours du patient.* [En Ligne] (Cité le 28/04/2021). Disponible sur : https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2019-090r.pdf

Lejeunne.C.La médecine narrative [En ligne].Tours : Collège National des Généralistes Enseignants ;2018 [cité le 24 février 2021]. Vidéo :15.35 min. Disponible sur : https://www.youtube.com/watch?v=ydcSCdLbrOc

# 7. Annexes

## 7.1. Présentation de l'étude et questionnaire

**Etude sur la prise en charge des troubles somatoformes par les médecins généralistes des Bouches-du-Rhône.**

Bonjour,

Interne en Médecine Générale, je réalise ma thèse sur l'Etude de la prise en charge des troubles somatoformes par les médecins généralistes libéraux des Bouches du Rhône.

Il s'agit d'une étude observationnelle transversale afin d'étudier la démarche des médecins généralistes face aux patients souffrant des troubles somatoformes.

Nous vous remercions de votre participation.

**1/** Combien, de patients avez-vous reçu en consultations sur le mois précédent ?

**2 / Sur le mois précédent, en moyenne combien de patients rencontrés en consultation répondaient à une hypothèse diagnostique de trouble somatoforme ?**

1-5 cas

6-10 cas

11-20 cas

>20 cas

**3/ Selon vous l'augmentation des consultations pour un même patient est-elle un signe orientant vers un trouble somatoforme ?**

Oui

Non

Je ne sais pas

**4/ Selon vous le nomadisme médical est-il un signe orientant vers un trouble somatoforme ?**

Oui

Non

Je ne sais pas

**5/ Selon vous le trouble somatoforme est une maladie liée à un dysfonctionnement cérébral ?**

Oui

Non

Je ne sais pas

**6/ D'après vous le trouble somatoforme est une maladie liée à une simulation/manipulation (hors troubles psychiatriques)?**

Oui

Non

Je ne sais pas

**7/ D'après vous le trouble somatoforme est une maladie liée à une pathologie psychiatrique ?**

Oui

Non

Je ne sais pas

**Si oui lesquelles ?**

Dépression

Trouble bipolaire

Trouble psychotique

Trouble de la personnalité

Autre

**8/ D'après vous quels sont les facteurs cristallisant ce trouble ?**

Une grande attention de l'entourage

Des bénéfices financiers ou sociaux

La multiplication des avis et des examens complémentaires

Autre

**9/ Quelles sont les expressions cliniques les plus fréquentes chez vos patients souffrant de ce trouble**

Gastroentérologie (syndrome de l'intestin irritable ou colopathie fonctionnelle, dyspepsie ulcéreuse)

Génito-urinaire (ex : syndrome prémenstruel, algies pelviennes chroniques, vulvodynies …etc.)

Cutanée (ex : intolérance environnementale idiopathique … etc.)

Cardio-vasculaire (ex : précordialgies à coronaires saines …etc.)

Pneumologie (ex : syndrome d'hyperventilation, spasmophilie…etc.)

Troubles musculosquelettiques (ex : fibromyalgie)

Troubles neurologiques (sensitivo-moteur, céphalées de tension...etc.)

Immunologie (ex : syndrome de fatigue chronique…etc.)

Autre :

**10/ utilisez-vous une classification internationale (DSM5 ou CIM10/11) ?**

Oui

Non

**11/ Quels sont les facteurs favorisants ce trouble** ?

Stress récent en dehors du travail

Souffrance au travail

Evénement de vie douloureux récent (exemple : décès, divorce …etc.)

Croyances

Traumatisme dans l'enfance

Autre, précisez :

**12/ Quels outils thérapeutiques utilisez-vous dans votre pratique ?**

**a) Pharmacologie**

Traitements symptomatiques (antalgiques, antispasmodiques…etc.)

Traitements psychotropes (antidépresseurs, anxiolytiques)

**b) Traitements alternatifs**

Psychothérapie de soutien

Médecine alternative (homéopathie, acupuncture, relaxation)

Hospitalisation (en milieu psychiatrique pour les formes sévères)

Explorations paracliniques avancées (ex : IRM fonctionnelle)

Psychothérapie structurée (TCC, thérapie de groupe …etc.)

Stimulation magnétique transcrânienne

Hypnose

Autre

**13/ Quels sont les recours possibles en cas de difficultés ?**

Psychiatre

Psychologue

Kiné

Centre anti-douleur

Centre de référence (CHU)

Autre

**14/ Comment évaluez-vous globalement le résultat de cette prise en charge (toutes techniques confondues) après un suivi suffisamment prolongé ?**

Inférieur 25% d'amélioration

Entre 25-50 % d'amélioration

Entre 50-75% d'amélioration

Supérieur à 75% d'amélioration

**15/ Quel était le ou les diagnostic(s) différentiels auxquels vous aviez pensés devant ce trouble somatoforme ?**

Trouble factice

Simulation

Trouble anxiodépressif

Trouble du comportement alimentaire

Trouble psychosomatique

Maladie auto-immune

Autre

**16/ Quel(s) type(s) de pathologies sont les plus fréquemment rapportées par vos patients sous forme de troubles somatoformes ?**

**17/ Pensez- vous que les troubles somatoformes sont fréquemment rencontrés dans les syndromes post piqures de tiques ?**

Oui

Non

Je ne sais pas

**18/ Etes- vous confrontez aux syndromes post pseudo lyme ?**

Oui

Non

Je ne sais pas

**19/ Globalement trouvez-vous la prise en charge des troubles somatoformes ?**

Facile

Moyennement facile

Difficile

**20/ D'après vous quelles sont les difficultés rencontrées dans la prise en charge de vos patients atteints de ce trouble** ?

Le manque de temps (très chronophage)

Difficulté dans la mise en place d'une prise en charge multidisciplinaire et coordonnée (ex un psychiatre en cas de comorbidité psychiatrique, avoir un RDV rapide dans un centre antidouleur, orienter le patient vers un praticien expérimenté en cas de troubles somatoformes chroniques ou réfractaires…etc.)

Difficultés à sensibiliser les patients aux thérapies alternatives

Autres :

# 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 moeurs.

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.

ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS
Conseil National de l'Ordre