

UNIVERSITÉ DE NANTES

Faculté de médecine

Année 2014

N°

THÈSE

Pour le

**DIPLÔME D'ÉTAT DE
DOCTEUR EN MÉDECINE GÉNÉRALE**

par

Aurélien MARTINEAU

Né le 31 octobre 1984 à Angers (49)

Présentée et soutenue publiquement le 15 mai 2014

**Etude des troubles fonctionnels en médecine générale
dans les situations de plaintes inexplicables :
observation et analyse à partir d'un cas clinique auprès
de 65 médecins généralistes en Vendée**

Président du Jury : Mr le Professeur Pottier

Membres du Jury: Mr le Professeur Vanelle

Mr le Professeur Senand

Directeur de thèse : Mr le Docteur Branthomme

Remerciements,

A Monsieur le Professeur Pierre Pottier, de me faire l'honneur de présider le jury de cette thèse.

A Messieurs les Professeurs Jean-Marie Vanelle et Rémy Senand, d'avoir accepté de participer au jury.

A Monsieur le Docteur Emmanuel Branthomme, de m'avoir accompagné pour ce travail. Sa disponibilité, ses conseils et le partage de son expérience ont été pour moi une aide précieuse.

A mes parents, mon frère, pour leur soutien et leurs encouragements tout au long de ces années d'études.

A ma famille et mes amis, pour leurs attentions et leur présence.

A Léa Bruneau, pour son aide à la réalisation de l'analyse statistique.

Au Docteur Philippe Collen, à qui je dois beaucoup dans ma formation de médecin généraliste.

A toutes les équipes médicales et paramédicales auprès desquelles j'ai été amené à travailler.

A Adeline, pour son soutien et pour le bonheur partagé au quotidien.

TABLE DES MATIÈRES

PRÉAMBULE

Première partie : LES TROUBLES FONCTIONNELS

1. Les troubles fonctionnels
 - 1.1. Le symptôme fonctionnel
 - 1.2. Des appellations multiples
 - 1.3. Les syndromes fonctionnels
 - 1.4. Les diagnostics différentiels
 - 1.4.1. La simulation
 - 1.4.2. Le trouble factice
2. La somatisation
 - 2.1. Les troubles somatoformes
 - 2.1.1. La CIM-10
 - 2.1.2. Le DSM IV
 - 2.1.3. Critiques des troubles somatoformes
 - 2.2. Présentation somatique de troubles psychiatriques
 - 2.3. Les plaintes somatiques anorganiques non psychiatriques
3. Epidémiologie et coût des troubles fonctionnels
 - 3.1. Prévalence des troubles fonctionnels en soins primaires
 - 3.2. Coût de la somatisation
4. Impacts des troubles fonctionnels sur la relation de soin
 - 4.1. Ressenti des patients
 - 4.2. Ressenti des médecins

Deuxième partie : ÉTUDE DES TROUBLES FONCTIONNELS EN MÉDECINE GÉNÉRALE DANS LES SITUATIONS DE PLAINTES INEXPLIQUÉES

1. Introduction
2. Matériel et méthodes
 - 2.1. Type d'étude
 - 2.2. Case-report
 - 2.2.1. Observation concernant O.B. 15 ans, née le 15/10/1998
 - 2.2.2. Analyse du case-report
 - 2.3. Elaboration et description du cas clinique
 - 2.4. Choix de la population cible
 - 2.5. Diffusion du cas
 - 2.6. Réalisation technique du recueil
 - 2.7. Pré-test
 - 2.8. Analyse statistique des données
3. Résultats
 - 3.1. Taux de participation
 - 3.2. Caractéristiques de la population étudiée
 - 3.2.1. Age
 - 3.2.2. Sexe
 - 3.2.3. Milieu d'exercice
 - 3.2.4. Faculté d'origine
 - 3.2.5. Pratique de « médecines alternatives » ou de « thérapies »
 - 3.3. Démarche diagnostique
 - 3.3.1. Hypothèses diagnostiques
 - 3.3.2. Attitude thérapeutique en première intention
 - 3.3.3. Investigations en première intention
 - 3.3.4. Diagnostic retenu
 - 3.4. Communication avec le patient et sa famille
 - 3.5. Représentations des troubles fonctionnels par les médecins
 - 3.5.1. Diagnostic acceptable
 - 3.5.2. Définition des troubles fonctionnels par les médecins généralistes

- 3.5.3. Vocabulaire utilisé
 - 3.5.4. Eléments d'orientation du diagnostic de Trouble fonctionnel
- 3.6. Prise en charge thérapeutique
- 4. Discussion
 - 4.1. Aspects méthodologiques
 - 4.1.1. Type d'étude et cas clinique
 - 4.1.2. Diffusion et réalisation technique du recueil
 - 4.1.3. Population étudiée et taux de réponse
 - 4.2. Caractéristiques de la population étudiée
 - 4.3. Démarche diagnostique
 - 4.3.1. L'hypothèse de trouble fonctionnel
 - 4.3.2. Demande d'examens complémentaires
 - 4.4. Représentations des troubles fonctionnels
 - 4.5. La communication avec le patient ou sa famille
 - 4.6. Prise en charge thérapeutique des troubles fonctionnels

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES TABLEAUX

LISTE DES FIGURES

ANNEXES

PRÉAMBULE

Après quelques mois de remplacement en médecine générale, je me suis rendu compte que de nombreux patients consultent pour des plaintes physiques ne trouvant pas d'explication organique ou physiopathologique.

Ces symptômes peuvent être isolés et ponctuels. Ils présentent alors peu de difficultés. L'évolution est rapidement favorable. Elle se fait spontanément, après réassurance ou en réponse à un traitement symptomatique. Le médecin ne craint pas d'avoir manqué un diagnostic. La relation thérapeutique est préservée.

Ils s'inscrivent plus rarement dans une histoire plus complexe de symptômes somatiques atypiques, divers, répétés, rebelles aux traitements médicaux.

Malgré des interrogatoires précis, des examens cliniques approfondis, la réalisation d'examens complémentaires et la demande d'avis spécialisés, un nombre conséquent de situations ne s'intègrent pas dans la nosographie médicale et reste, a priori, sans explication.

La détresse psychique, exprimée ou non, est souvent la pierre angulaire de ces symptômes. Il peut s'agir de manifestations somatiques de l'anxiété ou de la dépression. Mais cette détresse peut ne relever d'aucun trouble psychiatrique.

Le parcours de soins de ces patients est long, complexe, coûteux, et renforce parfois plus le trouble qu'il ne le soulage.

Le corps médical est alors démuni, voir agacé par ces patients aux attentes excessives le mettant en doute et en échec. Le malade, en souffrance, est lui frustré,

déçu, parfois en colère. Un climat de suspicion et d'irritation mutuelle s'installe. La relation médecin-malade est mise en danger.

Ce sont ces plaintes que l'on nomme symptômes fonctionnels. Connotés négativement ils n'ont qu'une place congrue dans l'enseignement (faculté, stages hospitaliers) et dans les livres scientifiques. Leur prise en charge est souvent jugée peu valorisante par les praticiens. Ils sont pourtant fréquents et concernent un grand nombre de spécialités médicales avec en premier lieu la médecine générale.

Dans la première partie, nous reviendrons sur la définition des troubles fonctionnels et le foisonnement terminologique qui les entoure. Puis nous aborderons le concept de somatisation et ce qui le relie aux symptômes fonctionnels. Nous verrons ensuite ces derniers, du point de vue épidémiologique et de leur coût. Nous terminerons par évaluer leur impact sur la relation de soins.

Dans la seconde partie, nous étudierons, à partir d'un cas clinique, la place accordée aux troubles fonctionnels par les médecins généralistes dans les situations de plaintes inexplicées. Nous observerons leur manière d'aborder et de prendre en charge les symptômes fonctionnels. Nous chercherons à déterminer leurs représentations de ces troubles.

Première partie : LES TROUBLES FONCTIONNELS

1. Les troubles fonctionnels

1.1. Le symptôme fonctionnel

Le symptôme est l'expression verbale par un malade de ce qui le gêne, l'entrave, le fait souffrir. Il témoigne du ressenti du patient et de sa manière de l'exprimer. Il s'adresse au médecin et témoigne ainsi d'une recherche de soins(1) .

Le symptôme fonctionnel en médecine désigne ce qui ne trouve pas d'explication ni physiopathologique, ni lésionnelle. Le Dictionnaire des termes médicaux (Garnier-Delamare)(2) définit le symptôme fonctionnel comme une: « manifestation morbide, généralement bénigne et réversible, qui semble due à une simple perturbation de l'activité d'un organe sans qu'il y ait de lésion actuellement décelable de celui-ci ». Cette définition témoigne de la difficulté et de l'incertitude qui entoure ces symptômes avec des termes tels que « généralement », « semble », « actuellement ».

Ce dernier sous-entend d'ailleurs que l'avancée des connaissances médicales est susceptible d'apporter des explications à certains symptômes fonctionnels. Ils ne s'opposent donc pas obligatoirement au terme d'organique. Cependant il serait erroné de penser que les progrès de la science finiront par avoir raison de la pathologie fonctionnelle, en offrant des explications à tous les symptômes somatiques. Bien au contraire, la fréquence des symptômes sans explication médicale croît avec les progrès de la « biomédecine », qui vont de pair avec la médicalisation de la société (3).

Ce terme est identique aux symptômes médicalement inexpliqués proposés par les Anglo-Saxons (Medically Unexplained Symptoms).

En pratique, les symptômes fonctionnels ne concordent pas avec la séméiologie médicale. Ils sont caractérisés par l'absence de résultat ou de reproductibilité par des examens complémentaires. Ils ne répondent pas à un traitement unique et standardisé.

Nous avons retenu pour cette thèse la dénomination de symptômes ou troubles fonctionnels. Le mot « symptôme » est préféré à celui de « troubles » lorsque l'on se réfère à la plainte, ce qu'exprime et ressent le patient. Nous avons réservé le mot « trouble » pour le diagnostic ou pour évoquer le caractère fonctionnel en médecine au sens large.

Le terme de « fonctionnel », générique, ancien, connu de tout médecin, nous semble relativement neutre et correspond plus précisément à ces situations de plaintes somatiques inexpliquées. Longtemps connoté négativement dans l'esprit des médecins, il est considéré comme plus acceptable par les patients(4). Il ne préjuge pas d'une psychogénèse et ne renvoie pas à l'impasse d'un phénomène inexpliqué. Sa portée thérapeutique est intéressante pour expliquer au patient qu'il n'y a pas de lésion mais une altération de la fonction, et que le symptôme peut ainsi être réversible.

1.2. Des appellations multiples

Les études montrent que les médecins utilisent de façon disparate différents termes pour évoquer les patients consultant pour des symptômes biomédicalement inexpliqués(5).

Tableau I : Formulations données par 202 médecins généralistes à la problématique des patients présentant des symptômes bio-médicalement inexpliqués (5)

Troubles psychosomatiques	34%
Troubles fonctionnels	30 %
Troubles de somatisation	10%
Troubles de conversion	7%
Troubles somatoformes	5,5%
Troubles psychosociaux	3,5 %
Autres	10%

La nosographie médicale actuelle, ne permettant que trop rarement de pouvoir faire un diagnostic précis dans ces circonstances, entretient ainsi cette confusion et ce flou lexical.

Concernant le terme de troubles psychosomatiques, il y a là encore une absence de consensus. Pour certains (3) l'appellation psychosomatique d'une maladie est un non sens, car toute maladie est psychosomatique. Le caractère multifactoriel de la maladie est maintenant admis. Des facteurs psychologiques et sociaux jouent un rôle important dans la prédisposition, la survenue et la pérennisation des symptômes.

Pour d'autres, il s'agit de maladies organiques dont le lien de causalité avec des traits psychologiques est prépondérant. Dans cette approche, les maladies dites psychosomatiques sont à distinguer des troubles fonctionnels.

Les troubles de somatisation et de conversion se réfèrent au DSM IV, ils font partie d'un groupe de troubles psychiatriques spécifiques : les Troubles somatoformes (cf paragraphe 2.1). Ils ont des critères bien précis. Ils sont rares et ne représentent qu'une partie des troubles fonctionnels.

1.3. Les syndromes fonctionnels

Les syndromes somatiques fonctionnels sont des étiquettes médicales descriptives proposées par les somaticiens. Chaque spécialité connaît un ou plusieurs types (Tableau II).

De la même manière les psychiatres ont proposé une description et une typologie des troubles fonctionnels dans les classifications DSM IV et CIM-10, les troubles somatoformes, que nous verrons plus loin.

Tableau II : Syndromes fonctionnels par spécialité

Gastroentérologie	Syndrome de l'intestin irritable, dyspepsie
Cardiologie	Douleurs thoraciques non coronariennes
Rhumatologie	Fibromyalgie
Pneumologie	Syndrome d'hyperventilation
Médecine interne	Syndrome de fatigue chronique
Gynécologie	Algies pelviennes idiopathiques
Neurologie	Céphalées de tension, événements non épileptiques
Stomatologie	Syndrome algo-dysfonctionnel de l'appareil manducateur (SADAM)
Allergologie	Syndrome d'hypersensibilité chimique multiple

Certains auteurs (6)(7) se sont demandés si ces syndromes étaient spécifiques et distincts les uns des autres ou bien s'il ne s'agissait pas d'un seul et même syndrome fonctionnel général fragmenté par la spécialisation médicale.

Il semble exister chez ces patients des similitudes épidémiologiques.

Le chevauchement, voir l'alternance, entre syndromes fonctionnels est fréquent. Enfin, les syndromes fonctionnels répondent (souvent incomplètement) à des mesures thérapeutiques semblables et peu spécifiques.

Classer les troubles fonctionnels en syndrome, lorsque cela est possible, ne garanti pas le succès thérapeutique car ils ne reflètent pas toujours la réalité de la plainte. Ces étiquettes diagnostiques peuvent être iatrogènes. Même si parfois le fait de nommer la maladie, libère le malade d'une partie de son angoisse et participe au traitement. En pratique clinique, il semble plus intéressant de repérer les attentes du patient, ses représentations, le niveau de détresse psychologique et le retentissement sur sa vie sociale.

Plusieurs hypothèses physiopathologiques sont évoquées pour expliquer certains syndromes(5). Aucune ne fait l'unanimité. En l'état actuel des connaissances, il faut éviter d'être clivant et accepter l'absence de frontières strictes entre fonctionnel et lésionnel, entre psychologique et organique. Il est probablement judicieux d'avoir une vision multifactorielle et transversale de ces syndromes, dont l'utilisation comme diagnostic ne doit pas masquer la nécessité d'une approche plus globale.

1.4. Les diagnostics différentiels

1.4.1. La simulation

La simulation est une production intentionnelle de symptômes physiques ou psychiques faux ou exagérés. Les troubles fonctionnels sont eux l'expression inconsciente d'une détresse psychique ou sociale. Le simulateur est conscient qu'il produit des symptômes pour en tirer des avantages (bénéfices secondaires).

1.4.2. Le trouble factice

Dans le trouble factice ou « syndrome de Munchausen » le patient produit également consciemment des symptômes physiques ou psychologiques. Cependant il n'agit pas en fonction de motivations externes, mais cherche à obtenir un rôle de malade. C'est un mythomane manipulateur.

2. La somatisation

La somatisation est un concept complexe et polysémique recouvrant différentes situations cliniques. Il existe différentes approches pour définir la somatisation. Nous avons choisi de détailler trois approches possibles :

- la première assimile la somatisation à un groupe de désordres psychiatriques spécifiques : les troubles somatoformes.

- La deuxième appelle somatisation la présentation somatique de troubles psychiatriques.

- la troisième, considère la somatisation au-delà des nosologies psychiatriques. Il s'agit d'une approche plus universelle de la plainte fonctionnelle.

2.1. Les troubles somatoformes

Il s'agit d'un groupe de troubles psychiatriques spécifiques défini dans le Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (DSM) et dans la Classification Internationale des Maladies (CIM).

2.1.1. La CIM-10

Selon la 10^{ème} édition de la Classification Internationale des Maladies de l'Organisation Mondiale de la Santé, la CIM-10, les troubles somatoformes ont pour caractéristique essentielle : « l'apparition de symptômes physiques associés à une quête médicale insistante, persistant en dépit de bilans négatifs répétés et de déclarations faites par les médecins selon lesquelles les symptômes n'ont aucune base organique. D'autre part, s'il existe un trouble physique authentique, ce dernier ne permet pas de rendre compte ni de la nature, ni de la gravité des symptômes, ni de la détresse ou des préoccupations du sujet. Le diagnostic nécessite la persistance des symptômes au moins 6 mois affectant une fonction ou un fonctionnement social et à condition que les symptômes ne soient pas dus à une dépression, une anxiété, une psychose ou une utilisation médicamenteuse abusive » (8).

La CIM-10 différant peu du DSM-IV-TR, on a choisi de vous exposer les troubles somatoformes de cette classification sans les détailler.

Tableau III : F45 Les troubles somatoformes (CIM 10)

(F45.0) Somatisation
(F45.1) Trouble somatoforme indifférencié
(F45.2) Trouble hypochondriaque • Dysmorphophobie (non délirante) • Hypochondrie • Névrose hypochondriaque • Nosophobie • Peur d'une dysmorphie corporelle
(F45.3) Dysfonctionnement neurovégétatif somatoforme
(F45.4) Syndrome douloureux somatoforme persistant
(F45.8) Autres troubles somatoformes
(F45.9) Trouble somatoforme, sans précision

2.1.2. Le DSM-IV

Dans le DSM-IV-TR(9), les troubles somatoformes sont définis comme des « troubles somatiques faisant évoquer une affection médicale mais ne pouvant être expliqués complètement ni par une affection médicale ni par un autre trouble mental. Ces troubles ne sont pas des simulations ni des troubles factices ». Ils doivent entraîner une souffrance significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou familial. Ils s'accompagnent d'une demande de traitement. Ils ont été regroupés en un chapitre unique car relevant de la même approche diagnostique et démarche clinique. Les mécanismes étiologiques ne sont pas supposés communs.

Ils sont répartis en 6 catégories :

- **Le trouble de somatisation** : il s'agit d'un trouble poly-symptomatique, survenant avant l'âge de 30 ans, persistant plusieurs années, et caractérisé par l'association de symptômes gastro-intestinaux, sexuels et pseudo-neurologiques.

- **Le trouble de conversion** : il est caractérisé par des symptômes ou des déficits neurologiques, touchant la motricité volontaire ou les fonctions sensorielles, faisant suggérer une affection neurologique ou une affection médicale générale. Des facteurs psychologiques sont associés aux symptômes dans leur survenue ou leur aggravation.

- **L'hypochondrie** : Il s'agit d'une préoccupation, pendant au moins 6 mois, centrée sur la crainte d'être atteint d'une maladie grave, fondée sur l'interprétation erronée par le sujet de symptômes physiques, malgré un bilan médical approprié rassurant.

-**Le trouble douloureux** : Il est défini par une douleur, dans une ou plusieurs localisations anatomiques, associée à des facteurs psychologiques qui influent sur le déclenchement, l'intensité, l'aggravation ou la persistance de cette douleur.

-**Le trouble somatoforme indifférencié** : il est caractérisé par des plaintes somatiques multiples inexpliquées, pendant au moins 6 mois, mais dont les caractéristiques ne répondent à aucun autre trouble somatoforme.

-**La peur d'une dysmorphie corporelle** : elle consiste en une préoccupation importante d'un défaut imaginaire ou exagéré de l'apparence physique.

2.1.3. Critiques des troubles somatoformes

La classification des troubles somatoformes est critiquable pour plusieurs raisons.

Le côté arbitraire de l'approche catégorielle ainsi que l'absence de psychopathologie spécifique à chacune des catégories sont souvent mis en avant.

Dans le cadre des troubles somatoformes, il nous semble plus intéressant de soulever l'interpénétration des catégories entre elles et l'importante comorbidité avec d'autres troubles mentaux comme les troubles dépressifs, anxieux et les troubles de la personnalité (cf paragraphe 2.2).

Par ailleurs, la classification DSM IV a des critères extrêmement restrictifs, qui ne permettent de diagnostiquer que les cas les plus sévères. Une méta-analyse retrouve une prévalence de 0,5 % pour le trouble de somatisation du DSM IV(7). En essayant de faire rentrer nos patients dans ces cases, on est forcé bien souvent de faire le diagnostic par défaut de trouble somatoforme indifférencié, vaste groupe de tous les symptômes finalement inclassables.

L'utilisation du DSM IV tout comme la CIM 10 est, dans cette pathologie, difficilement applicable en médecine générale et ne correspond pas à la plupart des patients vus par le praticien.

Les troubles somatoformes ont été largement révisés dans la récente classification du DSM V pour devenir les troubles de symptômes somatiques. Soumis à controverse(10), on peut supposer que ces derniers sont amenés à encore évoluer.

2.2. Présentation somatique de troubles psychiatriques

Les patients, en détresse psychique, proposent inconsciemment des symptômes qu'ils estiment plus acceptables ou recevables par le corps médical. Ces symptômes sont ressentis véritablement, avec parfois une focalisation sur ces manifestations somatiques. Pour autant, ces patients ne cherchent pas, pour la plupart, à cacher leurs difficultés.

Il s'agit là de l'expression « masquée » de troubles psychiatriques.

Elle concerne notamment l'épisode dépressif majeur, le trouble anxieux généralisé, le trouble panique mais aussi dans une moindre mesure les troubles de l'adaptation, les psychoses, les démences.

Les plaintes somatiques et cognitives au cours de l'épisode dépressif majeur, de l'anxiété généralisée, ou du trouble panique, sont à différencier des troubles somatoformes. La définition des troubles somatoformes de la CIM 10 précise à ce titre que les « symptômes ne soient pas dus à une dépression, une anxiété, une psychose »(8). Les troubles fonctionnels par leur caractère inexplicable sont théoriquement à distinguer de la présentation somatique de troubles psychiatriques.

En pratique clinique, la distinction n'est pas toujours aisée du fait de l'importante comorbidité entre ces différents troubles et du caractère parfois masqué de ces troubles psychiatriques.

Chez les patients avec un symptôme fonctionnel on retrouve une comorbidité psychiatrique de l'ordre de 20 %, celle-ci augmente avec le nombre de symptômes, jusqu'à plus de 80 % avec 10 symptômes(7).

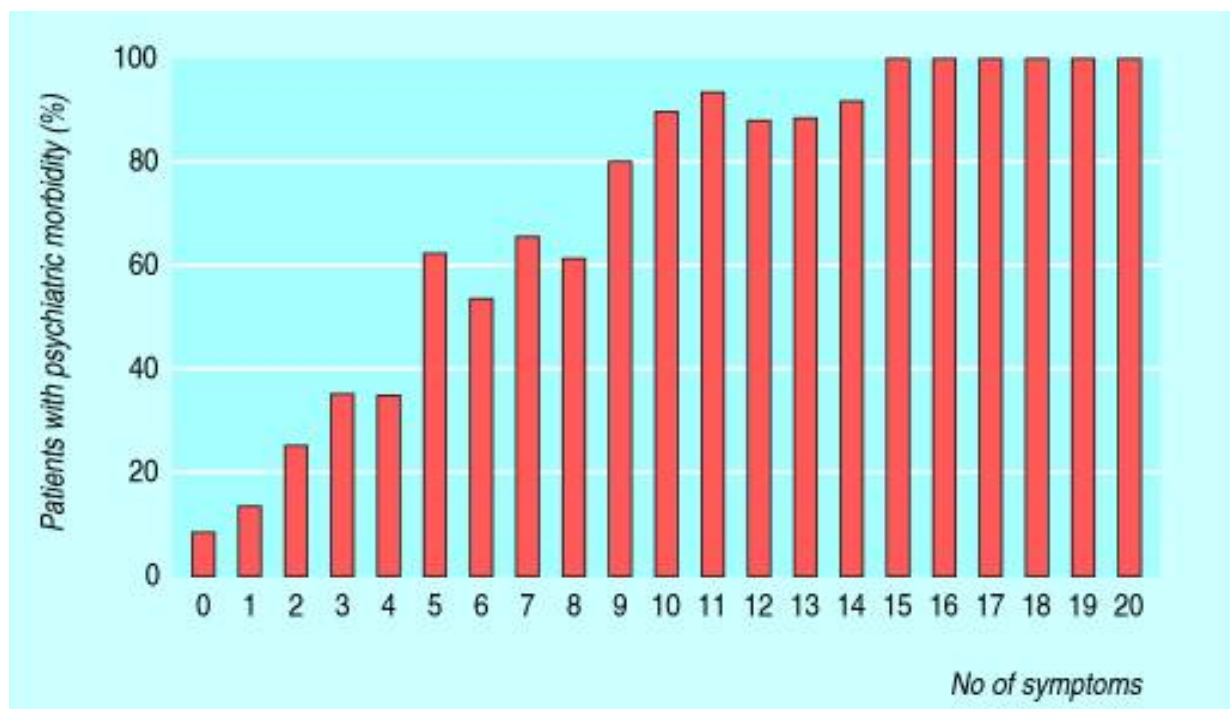


Figure 1 : Association entre le nombre de symptômes bio-médicalement inexplicables et la comorbidité psychiatrique (anxiété et dépression) (11)

Cette présentation somatique des troubles psychiatriques est extrêmement fréquente dans la pratique quotidienne (12). La moitié au moins des patients déprimés ou anxieux consulteraient exclusivement pour des symptômes somatiques (13)(14). Ils ne seraient reconnus environ qu'une fois sur deux en médecine générale (3).

Compte tenu de ce que nous venons d'exposer (fréquence, présentation exclusivement somatique, diagnostic difficile, comorbidité) il nous a semblé pertinent d'évoquer cette forme de somatisation dans l'approche d'une plainte physique ne trouvant pas d'explication organique.

2.3. Les plaintes somatiques anorganiques non psychiatriques

De nombreuses situations de somatisation ne permettent pas de porter un diagnostic psychiatrique, qu'il s'agisse de troubles de l'humeur, de troubles anxieux, ou de troubles somatoformes.

Comme le dit *P.Cathébras* (3), « un modèle plus universel de la plainte somatique fonctionnelle doit donc être proposé, au-delà des catégories nosologiques psychiatriques et des syndromes somatiques fonctionnels ». Il paraît nécessaire en pratique d'aller au delà des clivages entre organique et psychiatrique pour aborder la plainte fonctionnelle dans sa globalité. Il faut rappeler également que ce qui ne trouve pas d'explication organique n'est pas nécessairement du domaine de la psychiatrie.

Ce modèle plus large de la somatisation a été défini par plusieurs auteurs.

Lipowski le définit comme : « la tendance à ressentir et à exprimer des symptômes somatiques dont ne rend pas compte une pathologie organique, à les attribuer à une maladie physique, et à rechercher pour eux une aide médicale » (15). Cette première définition ne présuppose pas obligatoirement d'une

pathologie psychiatrique identifiable.

Une autre définition fait de la somatisation « l'expression d'une détresse personnelle et sociale sous la forme d'un langage de plaintes somatiques avec recherche de soins médicaux » (16).

Enfin *R.Mayou* met l'accent sur les conséquences récentes en épidémiologie concernant les troubles fonctionnels, en ajoutant qu'ils sont « fréquents dans la population générale et à tous niveaux des services médicaux ». Il réserve le terme de somatisation aux symptômes les plus chroniques et les plus invalidants « bien que souvent transitoires, une proportion notable d'entre eux persiste et est associée à une détérioration de la qualité de vie ». Il insiste également sur le fait que « leur étiologie est souvent multifactorielle, et les troubles psychiatriques et l'occasion somatique sont fréquemment, mais non constamment, présents » (17). La plainte s'articule ainsi autour de trois pôles, les symptômes fonctionnels, la souffrance psychique et le recours au système de soins.

Il nous semble que cette approche de la somatisation élargie au-delà de la pathologie psychiatrique est la plus représentative des situations rencontrées en pratique par les médecins dits « somaticiens ».

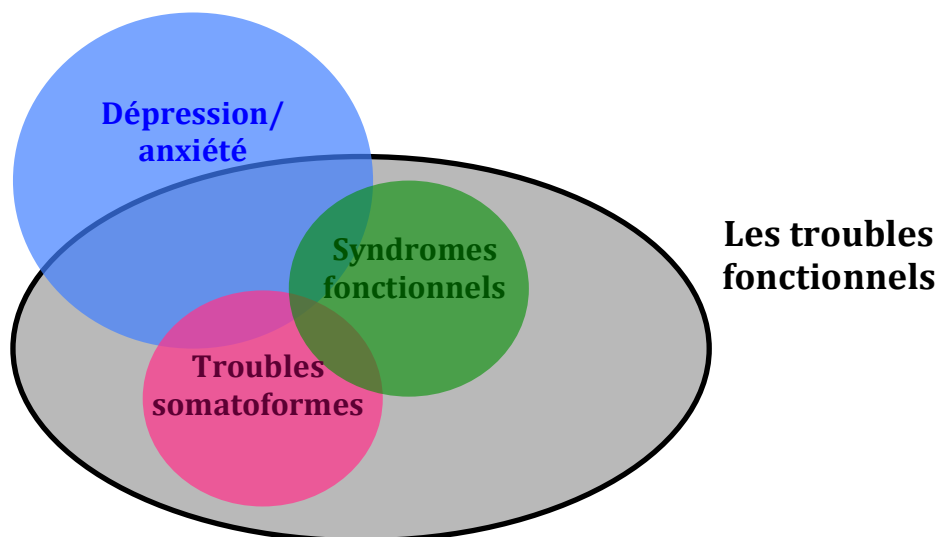


Figure 2 : Schématisation des troubles fonctionnels

3. Epidémiologie et coût des troubles fonctionnels

3.1. Prévalence des troubles fonctionnels en soins primaires

Il est très difficile d'étudier avec précision la fréquence des troubles fonctionnels en médecine générale. Plusieurs facteurs expliquent cette difficulté.

La définition même des symptômes fonctionnels porte à discussion, ainsi on constate des différences importantes de méthodes et de critères d'évaluation entre les différentes études.

La diversité des symptômes et leur complexité rendent également difficile le travail des chercheurs.

Cependant, plusieurs études s'accordent pour donner un taux de prévalence entre 15 et 30 % en médecine générale (5) (7) (18) (19) quel que soit la zone géographique, le niveau de développement socio-économique et la culture (20). Le chiffre de 20 % est régulièrement admis (18). On trouve aussi le chiffre de 2% de prévalence à l'échelle de la population totale (5). Par ailleurs, un tiers des symptômes somatiques seraient médicalement inexpliqués (21) (22). Un quart de ces symptômes sont chroniques (22).

Les symptômes les plus fréquemment retrouvés parmi les troubles fonctionnels en médecine générale sont (21) :

- | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|
| - les douleurs articulaires : 37 % | - les douleurs des membres : 24 % |
| - les dorsalgies: 32 % | - la fatigue : 24 % |
| - les céphalées : 25% | - les douleurs abdominales : 24 % |
| - les douleurs thoraciques : 25 % | - les vertiges : 23 % |

3.2. Coût de la somatisation

Les dépenses de santé liées aux troubles fonctionnels sont extrêmement difficiles à évaluer pour les mêmes raisons que celles développées au paragraphe précédent. Comme nous venons de le voir, ces troubles sont fréquents en médecine générale et génèrent un coût. On peut supposer que ces derniers sont relativement importants pour plusieurs raisons.

Ces troubles sont complexes. Il persiste souvent une certaine forme d'incertitude qu'il est difficile d'accepter aussi bien pour les patients que pour les médecins. La médecine biomédicale, prépondérante, notamment dans la formation des médecins, ambitionne de pouvoir répondre à toute plainte somatique et rejette l'incertitude. Cela engendre une surconsommation médicale (23) souvent aggravée par le « nomadisme » médical de ces patients.

Quand bien même le symptôme semble admis, il est régulièrement chronique, entraînant un nombre important de consultations. Il a été montré que ces patients ont une consommation d'actes médicaux égale aux patients atteints de pathologies lourdes soit le triple de celle de la population générale (24).

Il faut également évoquer une tendance sociétale à la judiciarisation, avec pour conséquences une « surprescription » d'examen complémentaires et d'avis spécialisés dans ce que *M. Balint* appelle la « collusion de l'anonymat » (25), ou la dilution des responsabilités.

4. Impacts des troubles fonctionnels sur la relation de soin

4.1. Ressenti des patients

Le vécu des patients qui consultent pour des symptômes inexpliqués est, selon les études sur le sujet, souvent douloureux.

Ils recherchent dans un premier temps réassurance et explications(26).

Le diagnostic n'apparaît pas comme un élément primordial. Bien que le diagnostic, en mettant un nom sur la maladie, libère parfois le malade d'une partie de son angoisse et constitue un début de traitement.

Les patients reprochent aux médecins d'être pressés, techniciens, incompetents et inexpérimentés. Les patients se disent incompris.

Ils jugent l'impact des médecins sur leurs symptômes comme limité (27).

Ils disent attendre plus d'écoute, de communication, d'informations et d'implication de la part de leur médecin.

4.2. Ressenti des médecins

Plusieurs études ont exploré la perception des médecins généralistes vis à vis des patients avec des plaintes inexpliquées.

Toutes s'accordent pour dire qu'ils considèrent la prise en charge de ces patients comme difficile.

Le fait que ces consultations prennent beaucoup de temps est fréquemment abordé (28).

Le sentiment de mise en échec et de frustration est bien souvent admis (29) (30). Les médecins décrivent tout d'abord la différence de langage entre ce qu'amène le patient, avec ses plaintes et ses souffrances, et le cadre nosologique précis et ritualisé dans lequel ils ont appris à traduire ces plaintes (31). L'absence de diagnostic, la peur de passer à côté d'une pathologie, l'absence de stratégie thérapeutique efficace(32), génèrent aussi bien de l'anxiété que de la honte (33). La judiciarisation de la médecine tend à augmenter cette crainte.

Ces situations aboutissent parfois à un contre-transfert négatif. L'agacement, l'irritation voire la colère prend le dessus. En réponse à ce que le médecin perçoit

comme une remise en cause de ses compétences, il vient à douter de la légitimité des symptômes et rejette la faute sur ce patient « déviant » (34).

La culpabilité vis à vis de ces ressentiments est ensuite fréquente (29).

La frustration vient également de la perte de pouvoir dans la relation médecin-malade (34). Les médecins reconnaissent avoir des difficultés dans la gestion de ces consultations, où ils n'ont pas l'autorité et le contrôle habituel.

Ce ressenti est atténué en fonction du temps dont il dispose, de son stress, de sa fatigue et de son expérience (31). On introduit ici le fait que le patient ne serait pas l'unique cause des difficultés du médecin. Les caractéristiques individuelles du médecin semblent influencer sur la perception d'un patient comme difficile. Les médecins, avec une forte charge de travail, une faible satisfaction au travail, un manque de compétences en communication médicale et de formation post-universitaire, ont plus de patients qu'ils jugent difficiles (32).

Pour autant, la plupart des médecins considèrent que les patients présentant des symptômes fonctionnels doivent être gérés en soins primaires (35). Il est de leur rôle d'écouter, accompagner, rassurer, conseiller et d'agir comme un «gardien» pour éviter les investigations excessives.

Deuxième partie : ETUDE DES TROUBLES FONCTIONNELS EN MÉDECINE GÉNÉRALE DANS LES SITUATIONS DE PLAINTES INEXPLIQUÉES

1. Introduction

De nombreuses études existent concernant les symptômes fonctionnels. Ces derniers ont été largement étudiés du point de vue épidémiologique, mais également concernant le ressenti des médecins lors de consultations, ou bien le vécu de la prise en charge médicale des patients.

Toutes ces études partent du postulat que les symptômes fonctionnels sont identifiés, même si les critères d'inclusion varient.

Nous avons constaté que peu d'études existent en amont, avant que le diagnostic de trouble fonctionnel ou inexpliqué ne soit établi. C'est à dire lorsque le médecin reçoit une plainte physique, qu'il n'explique pas par son savoir médical.

Comment abordent-ils ces situations ? Font-ils l'hypothèse d'un trouble fonctionnel ? A quel moment ? Sur quels arguments s'appuient-ils ? Utilisent-ils tous le même vocabulaire ? Considèrent-ils le trouble fonctionnel comme un diagnostic « recevable » ? En parlent-ils aux patients ? Quelle prise en charge proposent-ils ?

Nous avons principalement étudié la place accordée aux troubles fonctionnels par les médecins généralistes confrontés à des plaintes inexpliquées. Nous avons cherché à déterminer la manière dont les médecins généralistes nomment, définissent et se représentent les troubles fonctionnels. Enfin nous avons observé leur manière d'aborder et de prendre en charge ces symptômes.

Pour répondre à nos objectifs nous avons choisi la méthode du cas clinique. Elle nous a semblé être une approche originale et pertinente, car c'est celle qui s'approche le plus de la pratique des médecins généralistes.

Notre étude doit permettre d'établir une démarche diagnostique commune dans ces situations de plaintes inexplicables. Elle doit favoriser l'élaboration de programmes de formation et de recherche dans le domaine des troubles fonctionnels.

Nous pourrions ainsi améliorer la prise en charge, maintenir une relation médecin-malade satisfaisante, valoriser l'enseignement et la prise en charge de ces troubles, réduire les dépenses de santé liées à ces pathologies.

2. Matériel et méthodes

2.1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle, transversale, à but descriptif. Les contraintes et modes d'exercice de la médecine générale font qu'il est difficile d'effectuer des études de pratique, autres que déclaratives, dans cette spécialité. Nous avons choisi la méthode du cas clinique pour exposer les démarches des médecins généralistes dans cette situation. Nous pensons que cette mise en situation est le moyen le plus objectif et pertinent pour comprendre le cheminement intellectuel diagnostique et thérapeutique des médecins. En réalisant ce cas, cela nous a permis également de répondre plus précisément aux objectifs que nous nous étions fixés. Il nous a semblé que cette méthode originale était susceptible d'intéresser les médecins généralistes, souvent sollicités pour des questionnaires.

2.2. Case-report

2.2.1. Observation concernant O.B. 15 ans, née le 15/10/1998

A partir du mois de novembre 2011, elle a présenté plusieurs malaises avec pâleur, troubles visuels, acouphènes, vertiges, palpitations, sueurs, céphalées, avec parfois des paresthésies hémi-corporelles gauche et des pertes de connaissance de quelques secondes. Ces dernières occasionnaient des chutes brutales, responsable d'une fracture du poignet, du coude et d'une entorse de cheville. Ces crises étaient suivies par une période post critique avec une asthénie importante ne lui permettant pas de se relever durant 20 mn à 2 heures environ. Outre la fatigue, elle ressentait des maux de ventre, des jambes « en coton », un tremblement des lèvres et une dysesthésie des extrémités.

Elle avait comme seul antécédent une rhinite allergique traité par Aerius®. Elle était scolarisée en 3^{ème} et vivait chez sa mère.

Ces malaises étaient favorisés par les changements de position sans que cela ne soit systématique. Il n'y avait pas d'autre facteur déclenchant, ni lieu ou horaire particulier. Ils survenaient à l'école, brutalement sans élément prémonitoire mais également à la maison, qu'elle soit seule ou non, et en période de vacances. Les premières crises ont commencé après que son père lui ait annoncé qu'il allait se remarier. Elle avait un absentéisme scolaire important du fait des crises à répétition.

Son médecin traitant, devant le nombre élevé de crises a décidé après un premier bilan sanguin sans particularité, de la confier à différents spécialistes : neurologue, cardiologue.

Devant une crise plus grave, en novembre 2012, le SAMU a été appelé et l'a pris en charge. Elle a été hospitalisée en pédiatrie à l'hôpital de Cholet où un bilan a été réalisé. Après plusieurs jours d'hospitalisation, scanner, EEG et IRM sont revenus normaux. Devant l'hypothèse d'une migraine avec aura, un traitement par Seglor ® a été débuté mais sans efficacité. Elle a été vue par un pédopsychiatre qui a demandé à ce qu'elle ait un suivi psychiatrique.

Dès lors son médecin traitant l'a adressée en psychothérapie pour phobie scolaire en janvier 2013. Le suivi pédopsychiatrique a mis en évidence un contexte familial difficile avec des parents séparés depuis 2001. Elle se croyait responsable de ce divorce. Son père s'était remarié. Elle entretenait des relations difficiles avec sa belle-mère. Son père avait plutôt un discours négatif envers elle et sa mère était très inquiète sur le devenir de sa fille du fait des malaises. Elle avait également vécu le décès de plusieurs proches (un oncle, un grand-père et une grand-mère) dans les années précédentes, avec un intervalle d'au moins un an entre le dernier décès et le premier malaise. Le bilan psychologique ne montrait pas d'anticipation anxieuse. Par ailleurs on ne remarquait rien de particulier dans son comportement

et elle n'était ni dépressive ni anxieuse. Elle n'avait pas de difficulté de socialisation, ni d'apprentissage malgré un fort absentéisme scolaire.

Les malaises ont persisté allant crescendo en intensité et en fréquence. L'avis d'un médecin interniste a été demandé. Une hospitalisation au CHU d'Angers en médecine interne et maladies vasculaires a été réalisée le 13 juin 2013. Le tilt test retrouvait une tachycardie inadaptée ainsi qu'une hypotension orthostatique. Les bilans immunologiques et hormonologiques étaient négatifs. Il a été décidé du port d'une contention et d'une réadaptation à l'effort.

Depuis ces mesures, elle a présenté moins de crises et a repris sa scolarité sans difficulté.

Cette observation a été rapportée par le Docteur Branthomme, médecin généraliste.

2.2.2. Analyse du case-report

Il s'agit d'une situation d'hésitation diagnostique durant 20 mois. L'hypothèse d'une absence d'organicité est évoquée après un premier bilan négatif, une présentation clinique atypique et un contexte psychosocial difficile. Puis un diagnostic est établi après la réalisation d'examens complémentaires de seconde intention. Les mesures thérapeutiques mises en place sont partiellement efficaces. L'ensemble des symptômes est difficilement explicable par ce diagnostic unique.

La répercussion à titre individuel est un absentéisme scolaire important.

Les conséquences en termes de coûts de santé sont : deux hospitalisations, de nombreux examens complémentaires de première puis deuxième intention, ainsi que plusieurs consultations spécialisées.

2.3. Elaboration et description du cas clinique

La vignette clinique est inspirée du « case report ». Nous l'avons ensuite adaptée afin d'essayer de répondre aux objectifs fixés. Nous avons choisi, pour mener à bien notre étude, cette situation d'errance diagnostique avec un doute sur une organicité sans qu'il ne s'agisse assurément d'un trouble fonctionnel. Ce cas clinique n'avait pas de bonne ou mauvaise réponse. Il s'agit d'une étude de pratique sur la manière dont les médecins généralistes appréhendent une telle situation.

Ce cas clinique était composé de 21 questions dont 6 étaient facultatives. Elles visaient à préciser certaines réponses de la question précédente. Sur les 15 questions obligatoires, 2 étaient ouvertes, les autres étaient à réponse unique ou choix multiples. Une question était sous forme d'échelle numérique. Ces 15 questions étaient réparties sur 8 pages successives. Une fois la page validée, il n'était pas possible de revenir en arrière. Cette technique nous a permis de donner des informations complémentaires tout au long du cas sans que les répondants ne puissent modifier leurs précédentes réponses.

Le cas clinique était composé, sans que cela ne soit mentionné, de 5 parties :

- la démarche diagnostique
- la communication avec le patient et sa famille
- les représentations des troubles fonctionnels par les médecins
- la prise en charge thérapeutique
- les caractéristiques socio-démographiques des médecins répondants

2.4. Choix de la population cible

L'enquête a été menée auprès des médecins généralistes de Vendée. La faculté de médecine la plus proche se trouvant à Nantes, nous avons fait

l'hypothèse que les médecins de Vendée sont moins sollicités que leurs confrères de Loire Atlantique pour des travaux de thèse, et ainsi plus à même de compléter le cas clinique.

Bien que les troubles fonctionnels soient présents dans quasiment toutes les spécialités, le médecin généraliste est le premier recours et celui chargé de coordonner la prise en charge. Nous avons pensé qu'il était pertinent de réaliser cette étude en soins primaires.

2.5. Diffusion du cas

Nous avons établi une liste quasi exhaustive des médecins généralistes de Vendée à partir de l'annuaire téléphonique des pages jaunes en 2013.

Nous avons décidé de mener l'enquête en contactant de manière aléatoire les médecins généralistes de la population cible, jusqu'à obtenir un échantillon au moins égal à 10% de la population cible, soit 52 réponses exploitables au minimum. Il s'agit d'un échantillonnage arbitraire non probabiliste car issu d'une liste où les médecins étaient ordonnés de manière alphabétique.

Les médecins ou leur secrétaire ont tout d'abord été contacté par téléphone. Lors du contact téléphonique avec le médecin ou la secrétaire nous avons proposé d'envoyer le lien du cas clinique par email ou d'accéder à ce dernier à partir du site du conseil de l'ordre de Vendée où il était mis en ligne. Dans le mail adressé à chaque médecin (annexe 2), nous les avons incité à faire transférer le mail vers d'autres confrères de Vendée. Nous avons effectué deux relances auprès des médecins ayant communiqué leur adresse email.

La période de recueil des données a été du 4 novembre au 19 décembre 2013.

2.6. Réalisation technique du recueil

Le cas clinique a été réalisé sous forme informatisé, via le site internet de questionnaire en ligne Evalandgo (<http://www.evalandgo.fr>). L'accès était direct, il n'était pas nécessaire de s'identifier ou de créer un profil. Les réponses étaient enregistrées automatiquement de manière anonyme sur un compte Evalandgo. Il s'agit ainsi d'un recueil télématique.

Nous avons choisi cette méthode afin de faciliter la diffusion, la réalisation et la réception des résultats. Ce format dématérialisé a permis de contacter le plus grand nombre, sans frais d'affranchissement, mais également de récupérer les réponses automatiquement de manière anonyme sans envoi de la part des répondants. Nous pensons ainsi avoir opté pour la méthode permettant d'obtenir le plus grand nombre de réponses.

2.7. Pré-test

Un pré-test a été réalisé, auprès de 7 médecins participant à un même groupe de pairs. Il a permis de vérifier le bon fonctionnement technique ainsi que de changer la formulation de certains intitulés et de transformer des questions fermées en questions ouvertes.

2.8. Analyse statistique des données

Une analyse descriptive des données a été menée, des effectifs et des pourcentages ont été calculés pour les variables qualitatives. Un test du Chi² a été utilisé pour comparer certaines variables qualitatives entre elles. Le degré de signification considéré était de 0,05. L'analyse bivariée a été réalisée sous le logiciel SAS (*Statistical Analysis System*), version 9.3.

3. Résultats

3.1. Taux de participation

Deux cent dix sept médecins ont été contactés par téléphone ou mail sur un total de 527 médecins généralistes répertoriés dans les pages jaunes, ce qui représente 41 % de la population cible.

Nous avons obtenu 82 réponses (taux de retour de 38%) dont 65 cas cliniques complétés intégralement (79% des réponses), soit un taux d'inclusion de 30 %. Seuls les 65 questionnaires complétés dans leur intégralité ont été pris en compte pour l'analyse.

La population étudiée représente 12,5 % de la population cible.

Dix sept médecins n'ont pas complété intégralement le cas clinique, soit 21% des répondants. Ils ont interrompu l'étude à 7 endroits différents (Figure 3).

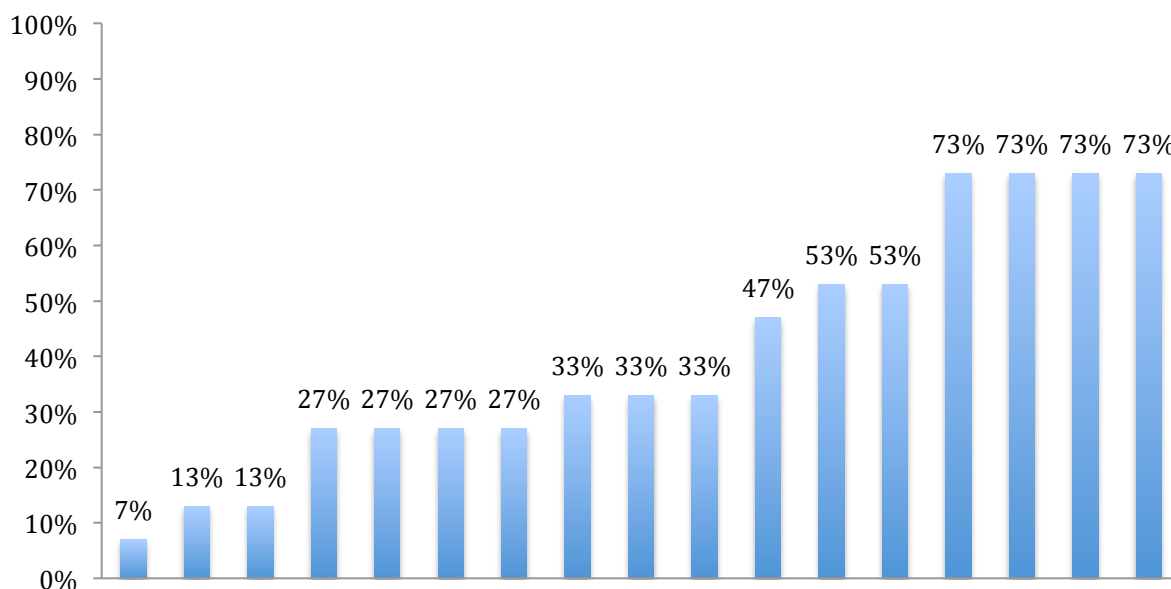


Figure 3 : Taux de remplissage des 17 cas cliniques incomplets

3.2. Caractéristiques de la population étudiée

3.2.1. Age

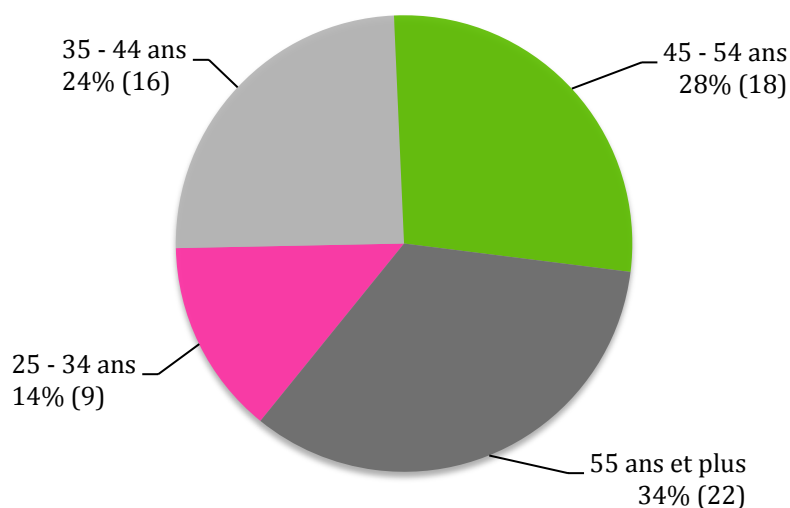


Figure 4 : Répartition des médecins par tranche d'âge (n=65)

Les différents effectifs étant trop faibles, il était nécessaire pour faire les tableaux de contingence et comparer les répartitions observées selon l'âge, de classer les médecins en 2 tranches d'âge.

Nous avons ainsi fait des comparaisons par âge entre les 25-54 ans et les 55 ans et plus.

3.2.2. Sexe

Tableau IV : Répartition des médecins selon leur sexe (n=65)

Sexe	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Femme	24	37
Homme	41	63

3.2.3. Milieu d'exercice

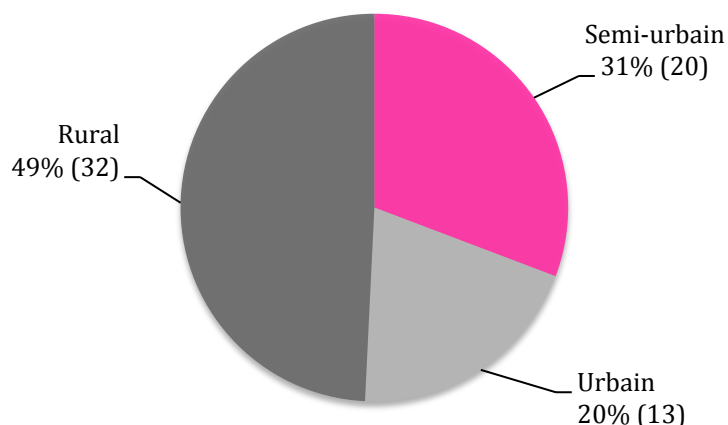
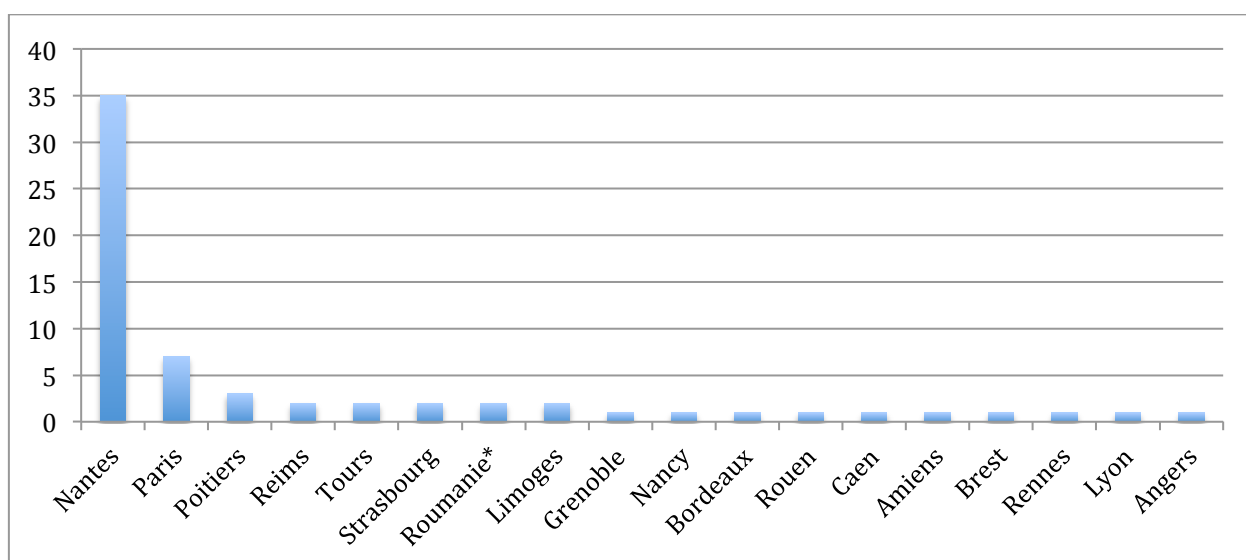


Figure 5 : Répartition des médecins selon leur lieu d'exercice (n=65)

3.2.4. Faculté d'origine

La faculté de médecine d'origine concerne la réalisation de l'externat. Trente cinq médecins ont été formés à la faculté de Nantes. Les autres médecins représentent 17 facultés différentes (Figure 6).



*il s'agit de médecins formés en Roumanie sans que la faculté ne soit précisée

Figure 6 : Répartition des médecins selon leur faculté d'origine (n=65)

3.2.5. Pratique de « médecines alternatives » ou de « thérapies »

Onze médecins ont déclaré avoir une activité complémentaire de « médecine alternative » soit 17% des répondants. Il s'agit d'homéopathie pour 8 d'entre eux, 3 font de la mésothérapie, 2 de l'ostéopathie et 2 autres de l'acupuncture. Certains pratiquent plusieurs techniques.

Cinq médecins ont déclaré pratiquer des « thérapies », soit 8% des répondants. Trois font des thérapies brèves dont un fait également de l'hypnose. Deux autres utilisent des thérapies cognitivo-comportementales.

3.3. Démarche diagnostique

3.3.1. Hypothèses diagnostiques

Il était demandé, après exposé de la situation, d'émettre trois hypothèses diagnostiques en les hiérarchisant.

Dix huit hypothèses différentes ont été émises (Figure 7). L'hypothèse de Trouble fonctionnel arrive en troisième position, parmi l'ensemble des hypothèses citées. Si l'on regroupe cette dernière avec « l'anxiété » et « autre pathologie psychiatrique », sous la forme d'une "entité anorganique", celle ci arrive en première position.

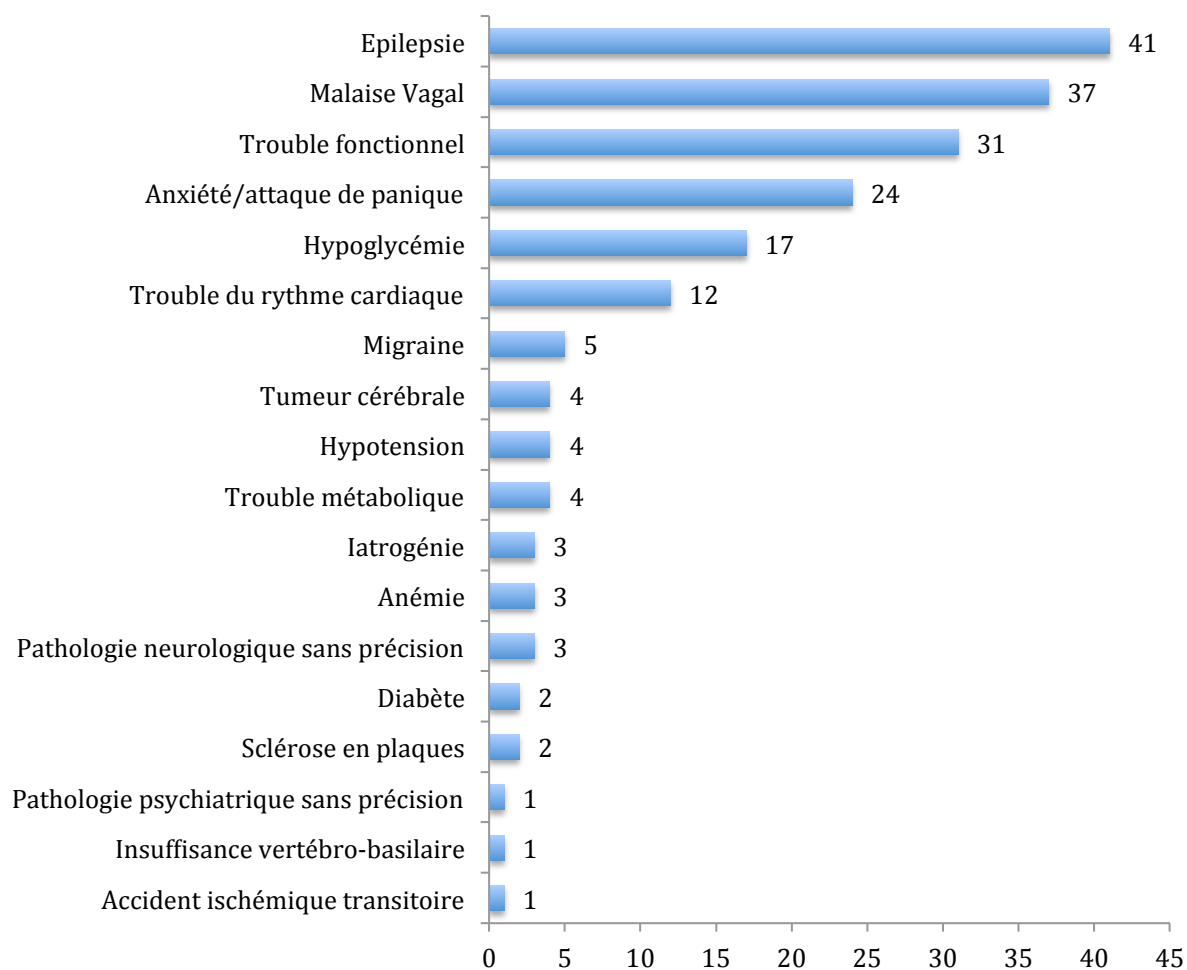


Figure 7 : Intégralité des hypothèses diagnostiques

Parmi les hypothèses énoncées en premier (Figure 8), le trouble fonctionnel arrive en deuxième position. Encore un fois si l'on regroupe le Trouble fonctionnel et l'anxiété, on note que l'hypothèse de manifestations somatiques d'origine non organique arrive en première position.

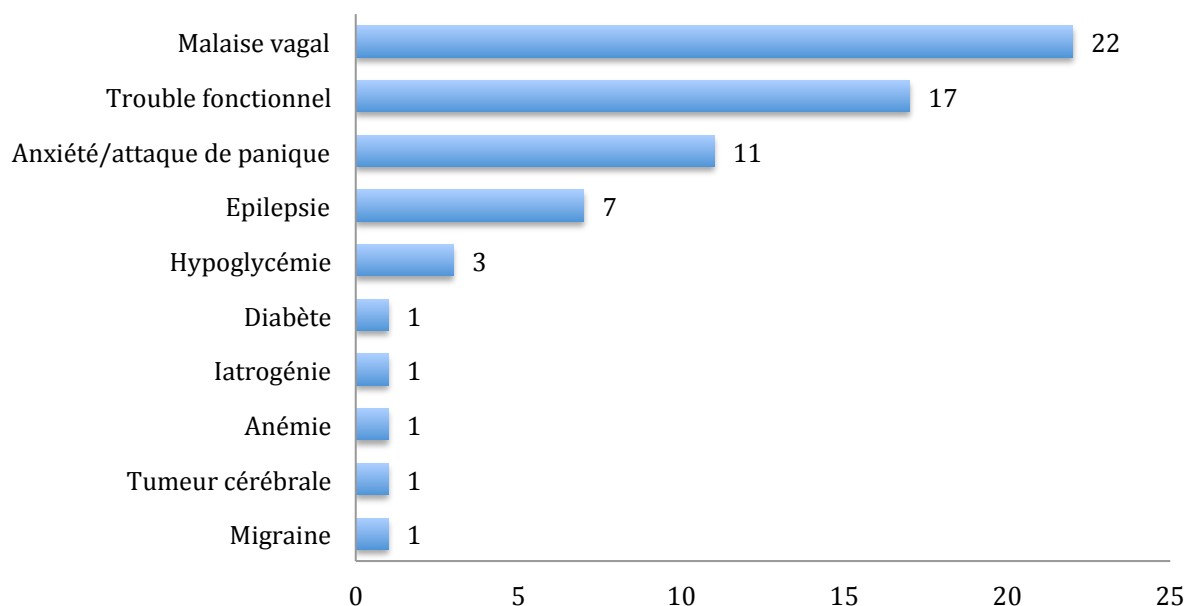


Figure 8 : Hypothèses diagnostiques citées en premier

L'hypothèse de trouble fonctionnel est émise aussi bien en première, deuxième et troisième position (Figures 8, 9, 10). Elle apparaît dans des proportions plus importantes, 17 fois, en première position que dans les deux autres, 6 et 8 fois, respectivement en deuxième et troisième position.

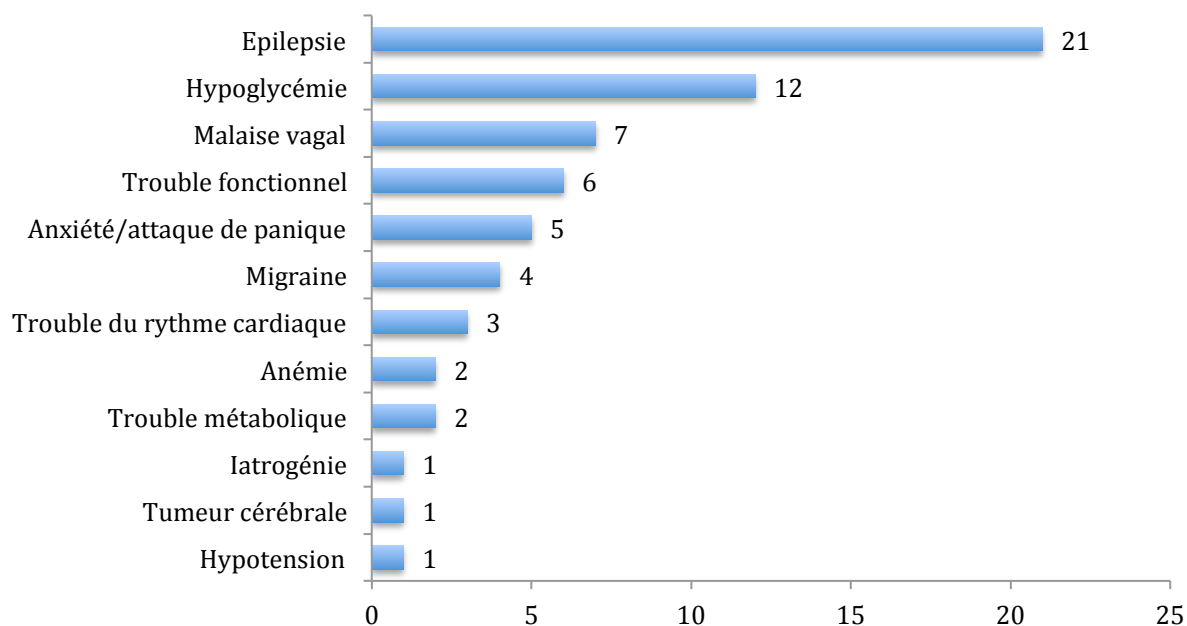


Figure 9 : Hypothèses diagnostiques citées en seconde position

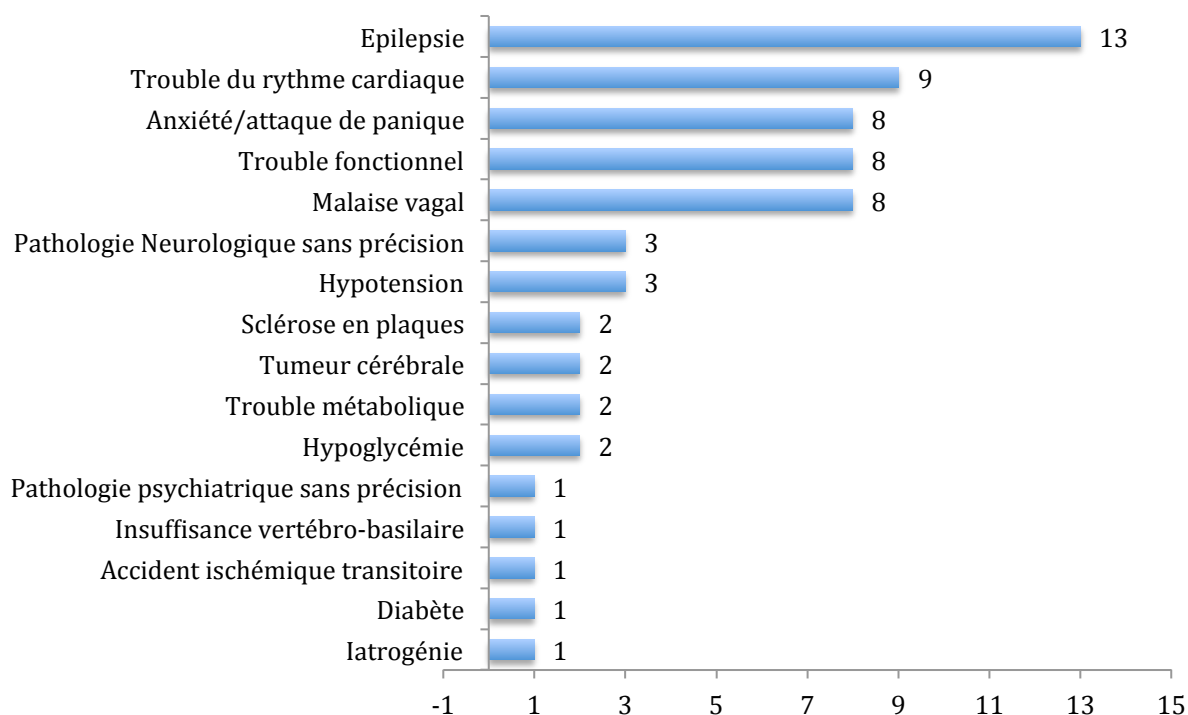


Figure 10 : Hypothèses diagnostiques citées en troisième position

Presque un répondant sur deux, 31 sur 65 (Figure 11) soit 48%, a pensé au diagnostic de Trouble fonctionnel dans ce cas clinique.

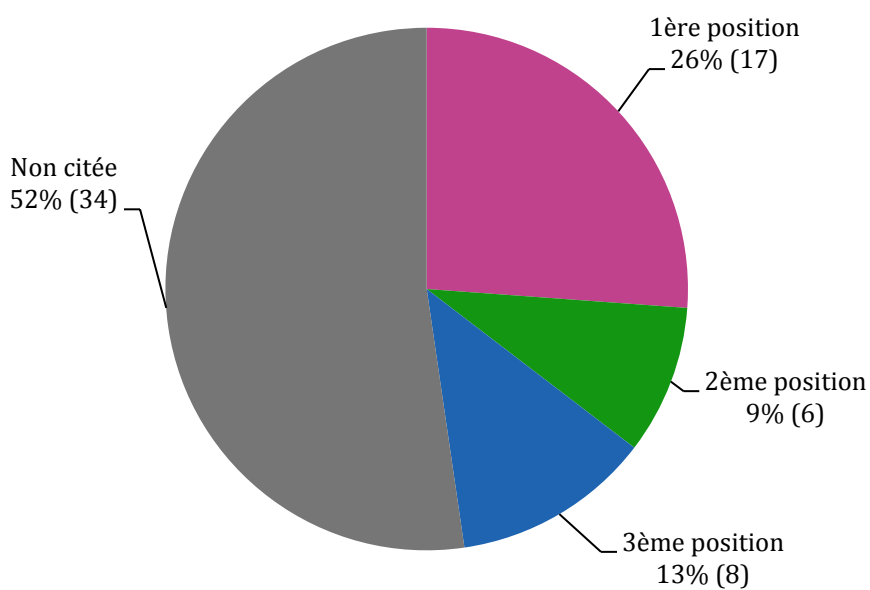


Figure 11 : Place de l'hypothèse Trouble fonctionnel

Les médecins âgés de plus de 55 ans n'ont pas fait d'avantage l'hypothèse de trouble fonctionnel en 1^{ère} et 2^{ème} position par rapport aux autres médecins de manière significative : valeur de p (test exact de Fisher)=0.0780 (Figure 12). Mais, si la faiblesse des effectifs ne permet pas de mettre en évidence une différence, il semble que les médecins de cette tranche d'âge ont envisagé plus facilement cette hypothèse (64%) et en particulier en première position (45%).

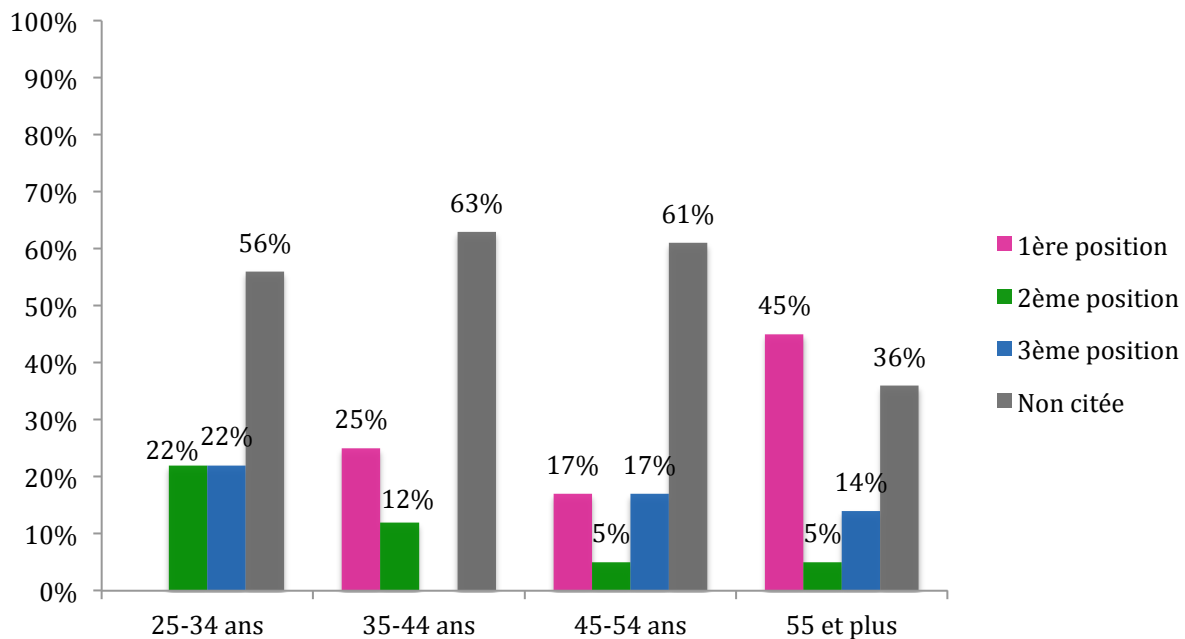


Figure 12 : Place de l'hypothèse trouble fonctionnel selon l'âge des médecins

3.3.2. Attitude thérapeutique en première intention

Il était ensuite demandé aux médecins l'attitude thérapeutique à adopter.

Quatre-vingts pour cent d'entre eux ont prescrit des investigations complémentaires, quand 11 % ont temporisé et attendu de voir l'évolution (Figure 13).

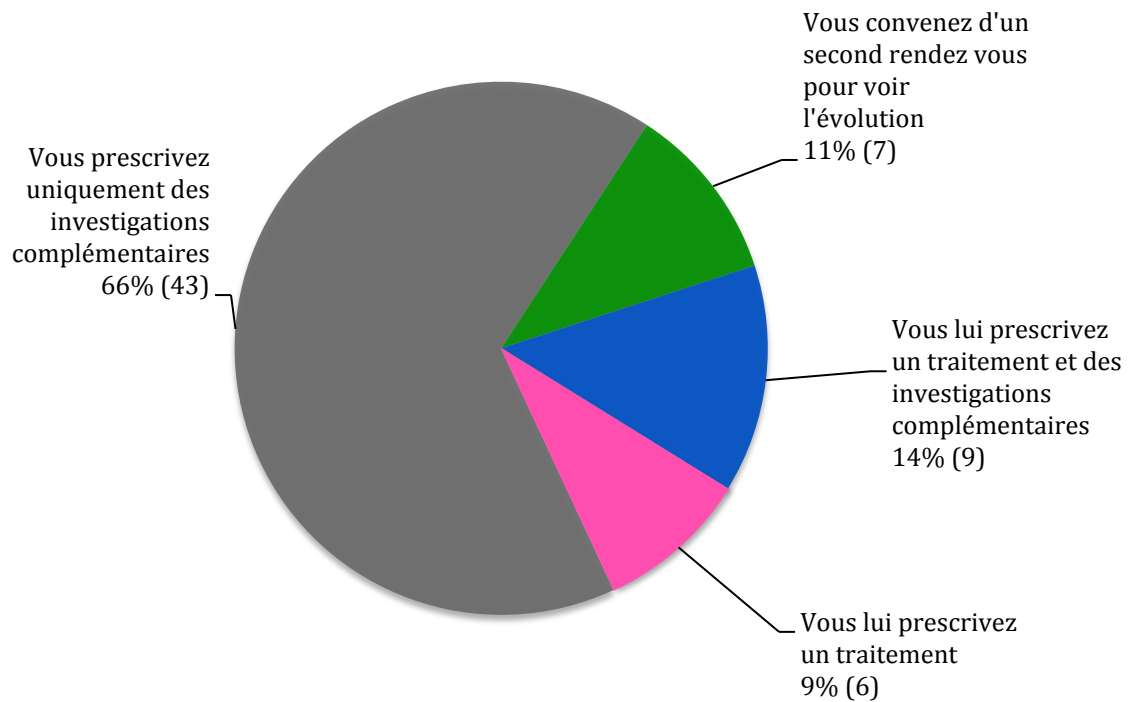


Figure 13 : Attitude thérapeutique

3.3.3. Investigations en première intention

Les 52 médecins qui ont demandé des investigations complémentaires ont souhaité majoritairement faire une prise de sang (Figure 14) et demander des avis spécialisés de neurologie et cardiologie. Certains médecins ont demandé conjointement plusieurs investigations.

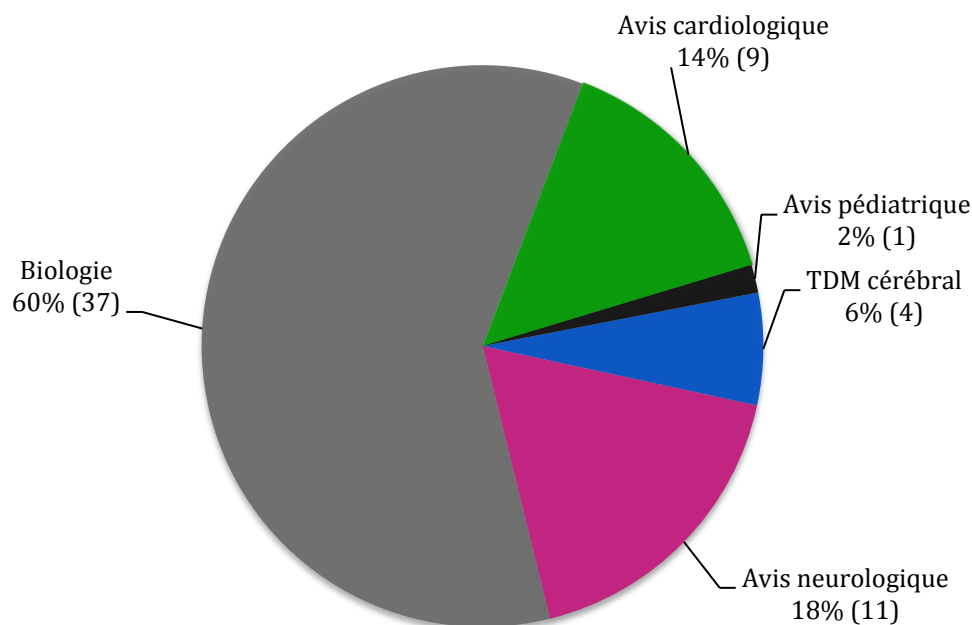
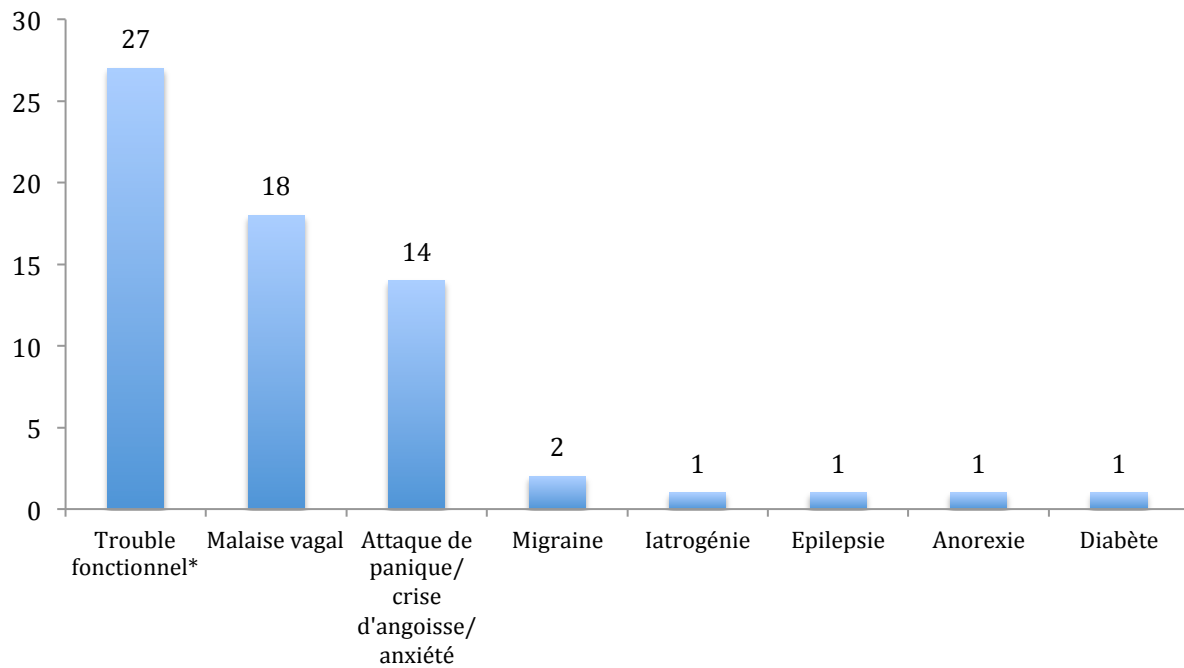


Figure 14 : Investigations demandées en première intention

3.3.4. Diagnostic retenu

Après la réalisation d'un bilan para-clinique revenu négatif, le premier diagnostic retenu a été celui de trouble fonctionnel (Figure 15) pour 42 % des répondants. Trois médecins ont retenu le diagnostic de trouble fonctionnel sans l'avoir mentionné dans leurs hypothèses. Si l'on regroupe ce dernier avec le trouble anxieux et l'anorexie, 65 % des répondants ont retenu une absence d'organicité devant ces malaises.



* ou autre diagnostic mais avec une participation fonctionnelle évoquée

Figure 15 : Diagnostic retenu

3.4. Communication avec le patient et sa famille

Quatre-vingt-douze pour cent des médecins ont abordé la possibilité d'un trouble fonctionnel avec le patient et sa famille.

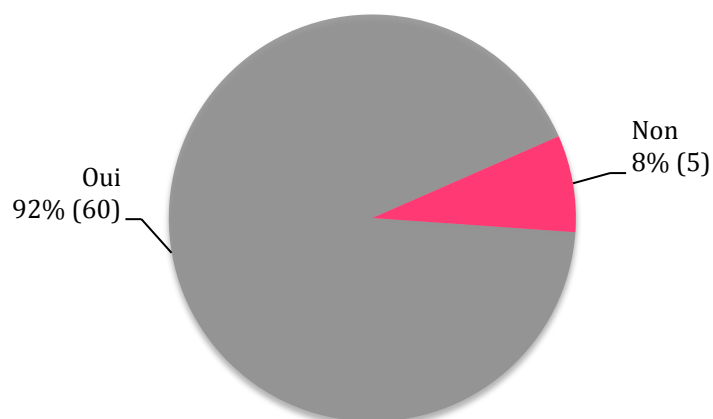


Figure 16 : Evoquer la possibilité d'un trouble fonctionnel avec le patient et sa famille

Devant l'insistance du patient ou de sa famille de poursuivre les investigations et de trouver une organicité, 73 % des médecins n'ont pas prescrit de nouveaux examens à ce stade. Ils ont essayé de rassurer et convaincre.

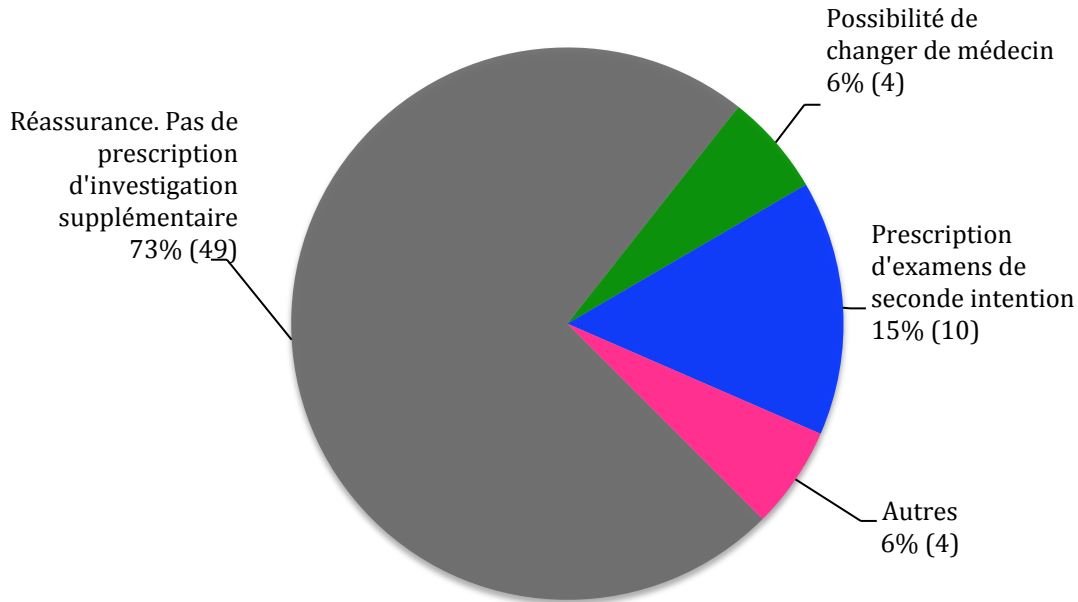


Figure 17 : Attitude en cas de réticence du patient devant l'hypothèse d'un trouble fonctionnel

3.5. Représentations des troubles fonctionnels par les médecins

3.5.1. Diagnostic acceptable

Après la réalisation de deux nouveaux examens complémentaires (tilt-test, holter ECG), il était retenu le diagnostic de trouble fonctionnel. Quarante-vingt-cinq pour cent des médecins ont trouvé ce diagnostic recevable (Figure 18).

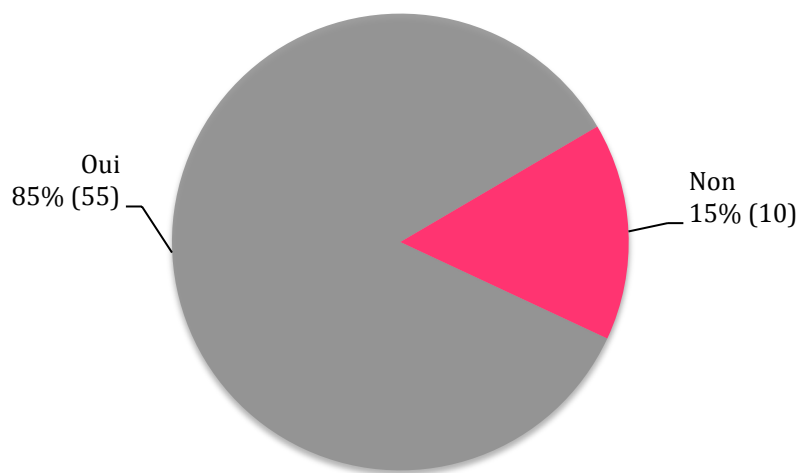


Figure 18 : Recevabilité du diagnostic de trouble fonctionnel

Concernant les dix personnes pour lesquelles ce diagnostic n'était pas acceptable, six d'entre elles ont évoqué le doute de passer à côté d'une pathologie organique et l'absence de certitude. Pour les quatre autres, ce diagnostic n'était pas suffisamment précis. Pour eux, il manque de gravité ou il ne parle pas assez aux patients.

3.5.2. Définition des troubles fonctionnels par les médecins généralistes

Une majorité (65%) de médecins a défini les troubles fonctionnels comme l'expression d'une détresse personnelle et sociale sous la forme d'un langage de plaintes somatiques (Figure 19).

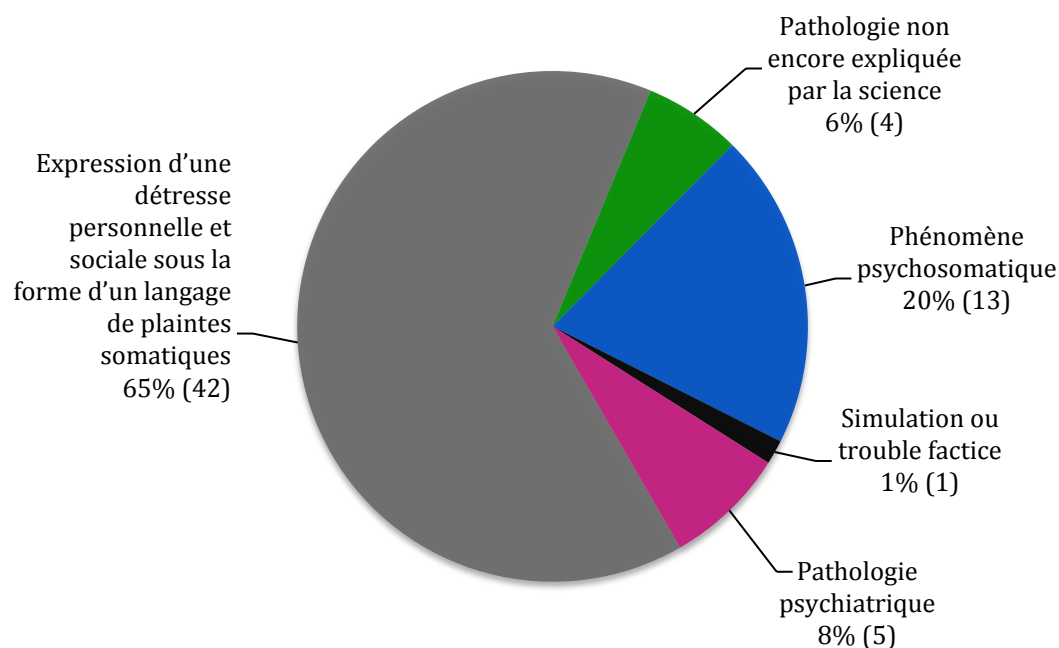


Figure 19 : Définition des troubles fonctionnels donnée par les médecins généralistes

L'âge des médecins n'influence pas sur la manière de définir les troubles fonctionnels (Figure 20).

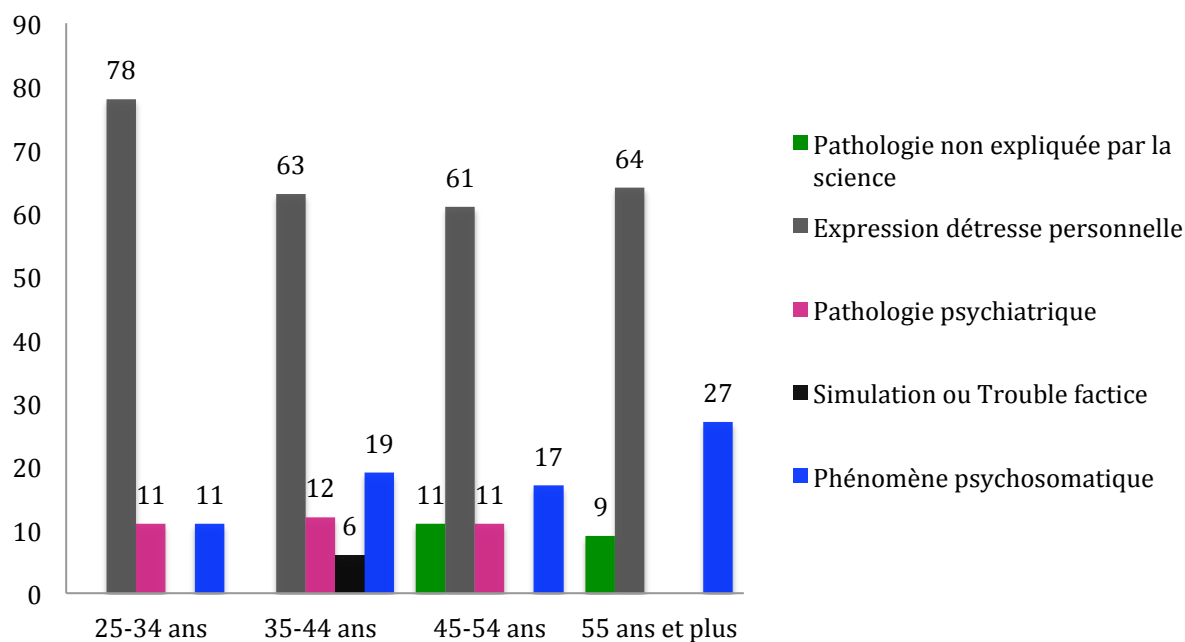


Figure 20 : Définition des troubles fonctionnels donnée par les médecins généralistes selon leur âge

Les avis sont partagés sur l'appartenance des troubles fonctionnels au domaine de la psychiatrie (Tableau XI). L'expertise pédopsychiatrique concluant à l'absence de trouble anxieux ou dépressif a fait rediscuter le diagnostic de trouble fonctionnel pour 32% des médecins.

Tableau V : Remise en cause du diagnostic de trouble fonctionnel après avis pédopsychiatrique concluant à l'absence de trouble anxieux ou dépressif

	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Oui	21	32%
Non	44	68%

Il n'y a pas de différence significative entre les médecins âgés de plus de 55 ans par rapport aux autres concernant le fait que les troubles fonctionnels appartiennent au domaine de la psychiatrie : valeur de p (test exact de Fisher) = 0,2374.

Mais, si la faiblesse des effectifs ne permet pas de mettre en évidence une différence, il semble que les médecins de plus de 55 ans ont moins remis en cause l'origine fonctionnelle malgré l'absence de pathologie psychiatrique.

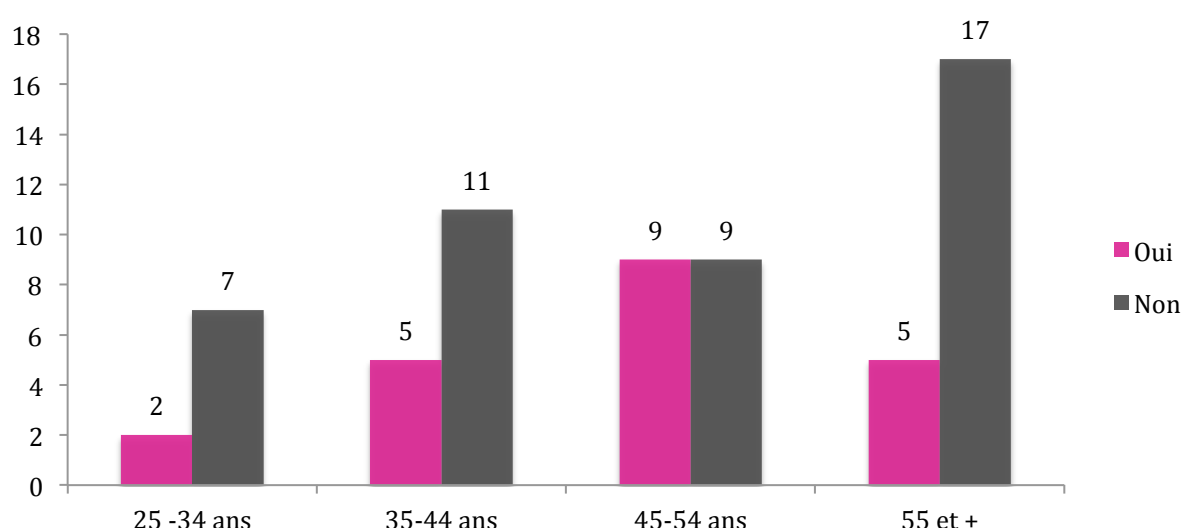


Figure 21 : Remise en cause du diagnostic de trouble fonctionnel après avis pédopsychiatrique concluant à l'absence de trouble anxieux ou dépressif selon l'âge des médecins

3.5.3. Vocabulaire utilisé

Nous avons recensé 9 termes synonymes ou apparentés, évocateurs d'un trouble fonctionnel.

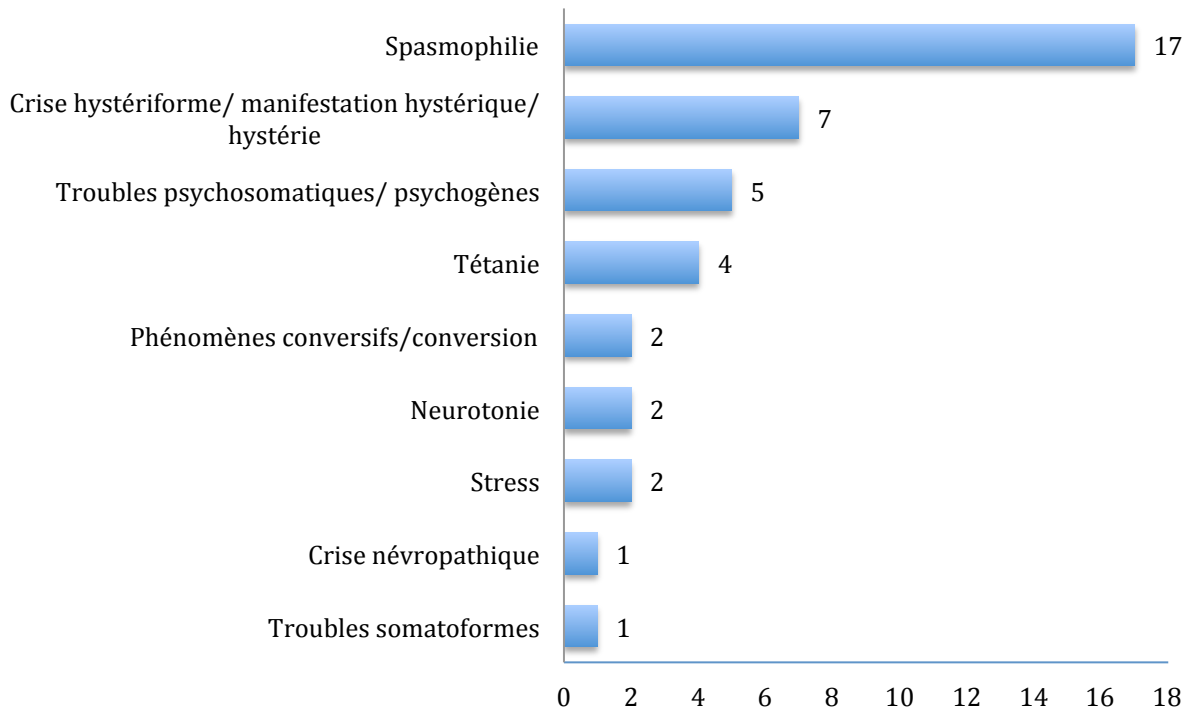


Figure 22 : Liste des termes employés évoquant le caractère fonctionnel

3.5.4. Eléments d'orientation du diagnostic de trouble fonctionnel

L'argument prédominant sur lequel se sont appuyés les médecins pour faire le diagnostic d'un trouble fonctionnel était la normalité de l'examen clinique et para-clinique (Figure 23). L'existence de bénéfices secondaires et les représentations du patient leur semblaient moins pertinentes.

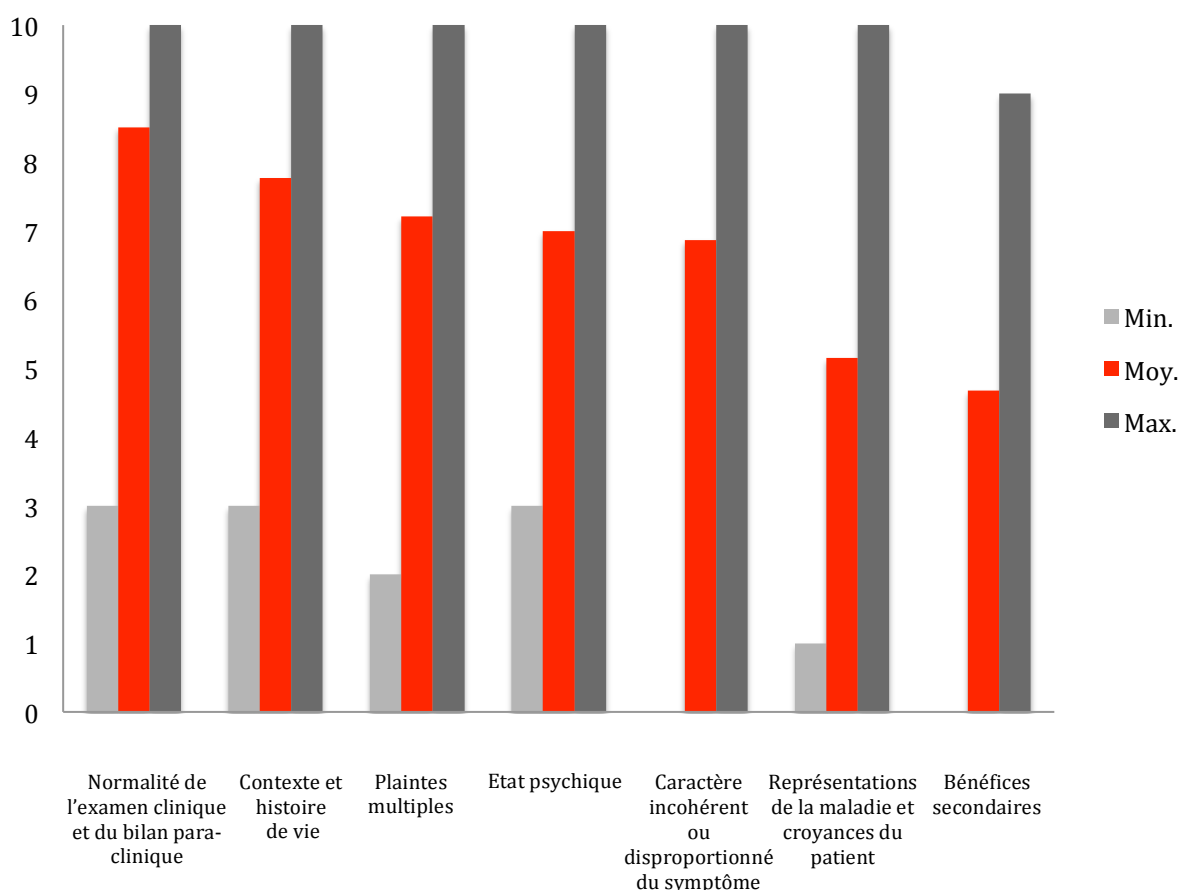


Figure 23 : Evaluation des arguments pouvant faire évoquer une pathologie fonctionnelle sur une échelle numérique de 0 à 10

3.6. Prise en charge thérapeutique

Les prises en charge proposées dans le cadre de troubles fonctionnels sont extrêmement diverses (Figure 24). Si l'on regroupe les médecins généralistes pratiquant des « thérapies » avec la catégorie « suivi régulier au cabinet », 48% des médecins ont répondu vouloir assurer le suivi eux même. Si l'on considère que cet accompagnement est d'ordre psychothérapeutique, en ajoutant la prise en charge par un psychologue ou un psychiatre, 72 % des médecins ont recommandé une psychothérapie.

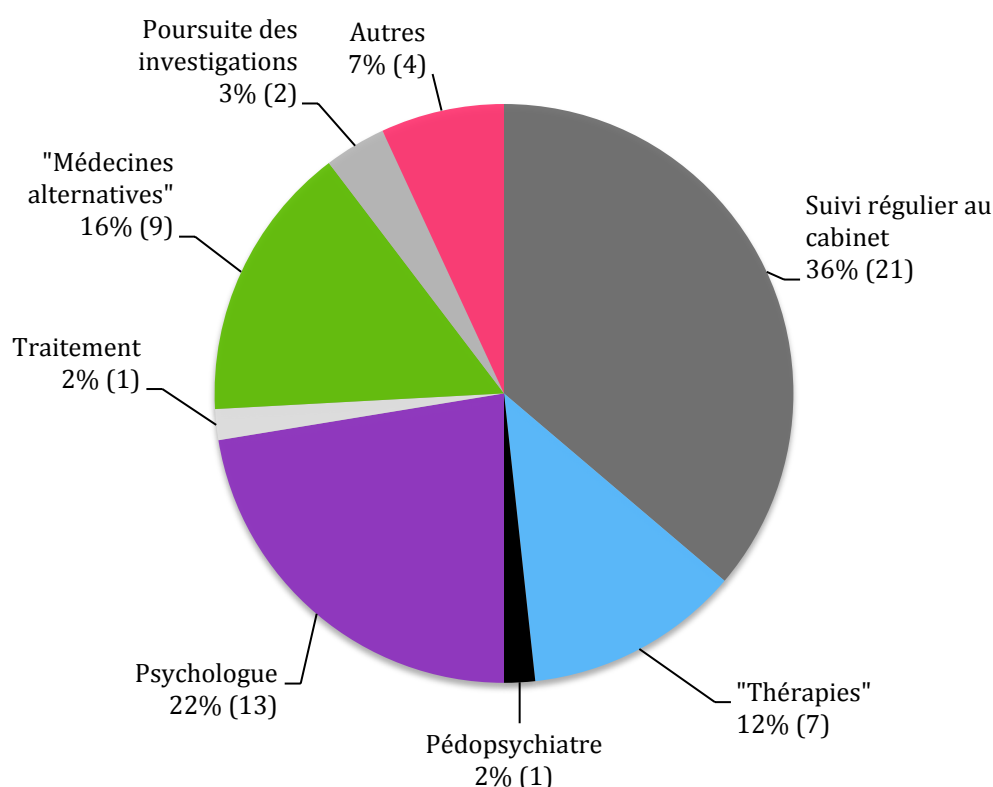


Figure 24 : Prise en charge thérapeutique proposée par les médecins généralistes pour un diagnostic de trouble fonctionnel

Il a été mentionné (catégorie « autres ») des conseils de prévention, un arrêt de l'Aérius®, d'attendre ou bien un suivi par un neurologue.

Quatre médecins sur cinq pratiquant une « thérapie » ont choisi de faire un suivi régulier au cabinet.

Quatre médecins sur onze pratiquant une « médecine alternative » ou « complémentaire » ont recommandé l'utilisation de ces techniques dans ce type de situation.

4. Discussion

4.1. Aspects méthodologiques

4.1.1. Type d'étude et cas clinique

Les études descriptives, qualitatives, font partie des études avec un faible niveau de preuve scientifique. Elles n'en sont pas moins pertinentes pour explorer et comprendre les comportements et ce qui les détermine.

La méthode du cas clinique paraît être une approche intéressante et originale, à l'image de *M.Balint* qui utilisait des cas concrets pour alimenter la discussion de ses groupes de réflexion.

Nous pensons également que cette approche était plus susceptible d'intéresser les médecins généralistes, souvent sollicités pour des questionnaires.

Pour une meilleure validité, il aurait été intéressant de réaliser plusieurs cas cliniques compte tenu de la diversité des situations et des plaintes rencontrées dans le cadre des symptômes fonctionnels.

De ce fait nous pouvons discuter le choix de l'observation que nous avons choisie pour réaliser ce cas clinique. En effet les malaises ne figurent pas parmi les symptômes fonctionnels les plus fréquents. Ce choix est volontaire, car pour répondre à notre objectif nous souhaitons confronter les médecins à une situation diagnostique complexe.

Le principal biais de notre étude réside dans la présentation du cas clinique (annexe 1). Les éléments d'anamnèse d'ordre psycho-social sont fournis spontanément, dès le début. Ces informations, essentielles pour établir une origine fonctionnelle, ont probablement orienté les médecins vers ce diagnostic. On

comprend aisément que la faculté du médecin à examiner le champ psycho-social, au-delà des symptômes physiques présentés, est alors primordiale. Il aurait été intéressant d'évaluer l'intérêt que portent les médecins généralistes à cette dimension et leur capacité à l'explorer, avant de leur fournir ces informations.

4.1.2. Diffusion et réalisation technique du recueil

Notre échantillon n'a pas été réalisé de manière probabiliste, car issue d'une liste alphabétique. De plus, il est possible que des médecins que nous n'avons pas contactés, informés par des confrères ou de manière fortuite en allant sur le site du conseil de l'ordre de Vendée, aient complété ce cas clinique. Notre échantillon n'est donc pas représentatif du point de vue statistique, du fait de l'absence d'échantillonnage aléatoire et de sa taille fixée arbitrairement à plus de 10 % de la population cible.

Nous verrons plus loin, que malgré cela, l'échantillon paraît représenter toutes les strates de la population cible.

Il est possible que la forme informatisée ait repoussé certains médecins peu à l'aise avec l'informatique ou internet. A contrario, ce format a facilité la diffusion, la réalisation et le recueil des données de manière anonyme. Le mode de passation était unique, permettait de diffuser les informations en temps voulu, sans que les répondants ne puissent modifier leurs précédentes réponses, conservant ainsi une certaine spontanéité dans les réponses.

Notre cas clinique, constitué majoritairement de questions fermées ou à choix multiples, ne permet pas le même degré d'analyse qu'avec l'expression orale d'une parole libre. Nous sommes plus dans l'analyse factuelle, que dans le ressenti, l'émotionnel et la spontanéité. Ceci rend plus difficile l'évaluation des déterminants et le cheminement intellectuel des médecins. Cependant cela a le mérite de permettre une analyse peut être plus objective.

On peut cependant faire l'hypothèse que, de part sa forme et l'anonymat des répondants, notre méthode permet une meilleure sincérité et représentativité des comportements. En effet, cette méthode n'expose pas au regard de l'autre comme le font l'entretien individuel ou le focus groupe, ce qui peut inhiber ou effrayer certains. Nous pensons que notre échantillon est ainsi plus représentatif de la population cible.

4.1.3. Population étudiée et taux de réponse

Réaliser cette étude en soins primaires nous a paru comme une évidence. Même si les symptômes fonctionnels sont rencontrés dans presque toutes les spécialités, c'est bien leur médecin généraliste que les patients viennent consulter en première intention. C'est à lui que les patients relatent leurs symptômes, jusqu'à trouver un équilibre sur lequel s'accorde chaque partie. C'est *M. Balint* qui a montré que « les réponses du médecin peuvent contribuer – et en fait souvent et fortement – à déterminer la forme dernière de la maladie, à laquelle le malade va se fixer » (25). C'est donc l'attitude et la manière de répondre du médecin généraliste en tant que premier recours qui va être déterminant pour la suite.

Enfin c'est lui qui est chargé de coordonner la prise en charge et d'être le « gardien » d'investigations inappropriées (35).

Nous avons obtenu un taux de retour élevé (38%), comparativement aux autres études descriptives en médecine générale où il se situe généralement entre 20 et 30%. La population étudiée représente 12,5 % de la population cible, ce qui est au dessus de l'objectif que nous nous étions fixé. D'autant plus que ces chiffres sont probablement sous évalués, compte tenu du fait que l'on considère le nombre de médecins généralistes installés en Vendée et exerçant réellement la médecine générale à environ 400 (527 médecins sur listing des pages jaunes) (36).

Il faut noter que dix sept médecins n'ont pas complété intégralement le cas clinique, soit 21 % des répondants. Nous n'avons pas réussi à identifier les raisons de ce taux d'abandon. L'anonymat des répondants ne nous a pas permis de les contacter. On observe par ailleurs que l'arrêt s'est fait à 7 endroits différents, nous ne pouvons pas en déduire qu'une question en particulier soit à l'origine de cet arrêt.

4.2. Caractéristiques socio-démographiques de la population étudiée

Notre échantillon, bien que sélectionné de manière non probabiliste, semble bien représenter les différentes strates composant la population des médecin généralistes en Vendée. La proportion hommes/femmes, la répartition des âges et le milieu d'exercice sont comparables aux données démographiques de l'ensemble des omnipraticiens en France et en Vendée (36) (37).

Il est intéressant de noter que les médecins n'ont pas tous réalisé leur externat dans la même faculté (Figure 6), et n'ont donc pas eu exactement la même formation théorique.

Un faible pourcentage pratique des « thérapies » ou une activité complémentaire de « médecine alternative ». Nous n'avons pas trouvé de données démographiques permettant d'établir s'ils étaient surreprésentés. Ils sont probablement plus sensibles à la problématique des troubles fonctionnels.

4.3. Démarche diagnostique

4.3.1. L'hypothèse de trouble fonctionnel

Parmi l'ensemble des hypothèses, celle d'un trouble fonctionnel arrive en troisième position. Quarante huit pour cent des médecins l'ont mentionnée. Nous pouvons en déduire que pour pratiquement la moitié des médecins le trouble fonctionnel n'est pas un diagnostic d'élimination.

Vingt six pour cent classent cette hypothèse en première position. Si l'on regroupe le trouble fonctionnel et l'anxiété sous la forme d'une hypothèse « anorganique », celle ci est la plus citée, aussi bien en première position que concernant l'intégralité des hypothèses.

Ces médecins n'ont donc pas hiérarchisé leurs hypothèses selon la gravité anatomique supposée. Ils se sont affranchis du modèle bio-médical et de la peur de passer à côté d'un diagnostic physique. Ce mode de pensée *M.Balint* l'appelle la « classification hiérarchique des maladies et des patients » qui consistent à ordonner, les maladies et les patients qui s'y rattachent, selon la dangerosité des lésions anatomiques présumées.

Après réalisation des examens complémentaires de première intention, dont les résultats sont négatifs, 42 % des répondants retiennent le diagnostic de trouble fonctionnel. La négativité des examens n'a fait pour ces médecins que confirmer cette hypothèse et « éliminer » les autres. Ces examens de première intention leur ont paru suffisants, pour confirmer le diagnostic de trouble fonctionnel. Ils ont exercé leur fonction de « chef d'orchestre » en évitant la multiplication d'examens superflus.

L'absence d'organicité est même admise pour 65 % des médecins de notre étude.

A l'inverse, nous pouvons dire que 35 % des médecins se refusent à ce type de diagnostic. Plusieurs raisons peuvent être avancées pour expliquer cette hiérarchisation qui fait préférer un diagnostic organique.

La première, bien souvent exprimée(24), est la peur de passer à côté d'une pathologie organique, « la pensée médicale est dominée essentiellement par la peur de laisser échapper une maladie physique en concentrant son attention sur les causes psychologiques possibles »(25).

Cette peur est elle-même déterminée par l'incertitude du diagnostic de trouble fonctionnel, mais aussi par l'insatisfaction qui existe encore aujourd'hui à faire un diagnostic psychologique. Les médecins se sentent valorisés lorsqu'ils font un diagnostic de maladie organique ; a contrario ils reconnaissent une certaine gêne à l'évocation d'un diagnostic psychologique. « Evoquer la possibilité d'un diagnostic psychologique n'est pas "respectable" aux yeux du médecin, de ses pairs, comme des patients, et il n'est pas sérieux de s'en tenir là ».

Les médecins connaissent mieux les maladies physiques, en partie à cause de l'enseignement qu'ils reçoivent, orienté vers le modèle bio-médical. *M.Balint* parle de « préférence accordée aux diagnostics de maladies physiques, chaque fois que possible, qui caractérise la pensée médicale contemporaine »(25). Les pathologies fonctionnelles n'ont qu'une place très limitée dans la nosographie médicale et la formation des médecins, malgré le fait qu'elles représentent au moins 20 % des consultations. Les praticiens se concentrent dans un premier temps davantage sur la recherche d'une explication organique et d'une maladie grave. Ce conditionnement abouti à la croyance, à tort, que les maladies physiques sont plus importantes et plus graves qu'une maladie fonctionnelle, psychologique.

L'hypothèse d'un trouble fonctionnel a été majoritairement citée par les médecins les plus âgés (64%) et en particulier en première position (45%). Cette différence n'est pas significative sur le plan statistique mais il est très difficile de

mettre en évidence une telle différence du fait des faibles effectifs. Nous pouvons penser que l'expérience fait envisager plus facilement ce diagnostic.

Pour étayer leur diagnostic de trouble fonctionnel, les médecins s'appuient sur la normalité de leur examen clinique et des investigations complémentaires ainsi que sur l'histoire et le contexte de vie du patient. La part prépondérante de ses arguments dans le diagnostic a déjà été notée dans une autre étude(38). Plus étonnant les bénéfices secondaires et les représentations du patient ne semblent pas être des arguments majeurs dans notre étude contrairement à d'autres(29)(33). C'est d'autant plus surprenant concernant les représentations du patient que celles-ci semblent être un facteur important dans la constitution des troubles fonctionnels et apparaissent comme essentielles pour la prise en charge(3).

Les médecins généralistes sont partagés sur le diagnostic de troubles fonctionnels dans les situations de plaintes inexplicables. Les médecins plus expérimentés semblent avoir moins de difficulté ou de réticence à retenir ce diagnostic.

4.3.2. Demande d'examens complémentaires

Quatre vingt pour cent des médecins ont demandé des investigations complémentaires dans cette situation, y compris ceux ayant fait l'hypothèse de trouble fonctionnel et parfois même en première position. Cette demande d'examens complémentaires peut s'appréhender de 2 manières différentes.

D'un côté, le diagnostic de trouble fonctionnel ne s'oppose pas à la réalisation d'examens complémentaires. Comme le rappelle *Zdanowicz* (39) « l'erreur ne se situerait pas dans la recherche diagnostique mais dans l'acharnement à vouloir trouver contre toute vraisemblance ». En effet, il est même

recommander d'investiguer, d'emblée et parallèlement, les symptômes physiques et psychologiques. Il convient aussi bien de réaliser des examens complémentaires que de rechercher dans l'histoire de vie et les représentations du patient, des facteurs prédisposants, déclenchants ou d'entretien.

Sur un autre plan, la prescription d'examens de débrouillage peu invasifs lors de la ou des premières consultations, peut avoir un effet bénéfique sur la relation médecin/malade. Il permet au patient de se sentir entendu et pris en compte (24).

D'un autre côté, cette attitude correspond à ce qui leur a été enseigné, et rejoint ce que nous avons vu précédemment concernant une formation exclusivement biomédicale. Ce qui motive la réalisation d'examens complémentaires comme la demande d'avis spécialisés est alors la peur de passer à côté d'un diagnostic physique. Cette manière de procéder confère au trouble fonctionnel un statut de diagnostic d'élimination. Le médecin, sous prétexte de rassurer le patient, cherche également à se rassurer lui-même. Cette attitude coïncide avec le phénomène que Balint appelle « l'élimination par des examens physiques appropriés ». Dans le cadre des troubles fonctionnels, elle a plusieurs conséquences.

Elle peut renforcer la croyance du patient dans l'idée qu'il y a quelque chose à trouver et ainsi aggraver sa maladie, en adaptant son ou ses symptômes au modèle médical qu'il apprend à connaître de mieux en mieux. D'une certaine manière cela l'enferme dans l'idée d'une cause organique à trouver, et empêche l'accès à une origine plus large et multifactorielle.

Une autre conséquence est le recours « abusif » aux spécialistes. L'inconfort lié à l'incertitude du diagnostic conduit le médecin à demander de l'aide aux spécialistes. Ce partage des responsabilités du diagnostic et des décisions peut aboutir à une dilution des responsabilités, ce que Balint appelle la « collusion de

l'anonymat ». Cela peut être perçu comme un abandon ou un sentiment d'échec par le patient.

La difficulté réside à arrêter les examens. Bien souvent ceux-ci ne contribuent pas à rassurer. Au contraire, il faut éviter la surenchère d'examens ou d'avis spécialisés. D'autant plus que cela ne correspond pas forcément aux attentes du patient et ne doit pas empêcher l'examen de la sphère psycho-sociale. Le décalage entre cette attitude et les attentes du patient aboutit à une dégradation de la relation médecin/malade. Le risque est de parvenir à une impasse thérapeutique et de laisser le patient abattu et effrayé. Sans compter que cela génère un coût très important.

Dans notre étude, 15% des médecins ont souhaité poursuivre les investigations malgré un bilan de première intention, relativement exhaustif, qui était négatif et l'absence de critère de gravité.

L'art du médecin réside donc dans ce juste milieu à trouver. Le médecin généraliste doit être le gardien des explorations inappropriées. Son écoute, son expérience, sa capacité à analyser les attentes et représentations du patient, doivent l'amener vers un diagnostic plus large et approfondi.

4.4. Représentations des troubles fonctionnels

Dans cette étude le diagnostic de trouble fonctionnel apparaîtrait recevable pour 85 % des répondants. Cela rejoint une autre étude où 78 % des médecins trouvaient le concept de somatisation utile(35).

On constate, l'absence de vocabulaire commun et consensuel, ce qui corrobore la littérature médicale. Nous avons relevé 9 termes différents utilisés (24)pouvant évoquer la somatisation. Cela confirme, comme le souligne JP

Bondois(40), la difficulté des médecins de caractériser ces plaintes dans le cadre nosologique actuel. Ce manque d'« étiquette » est préjudiciable dans la médecine actuelle. De ce fait la recherche s'intéresse peu à ces symptômes, ils restent mal connus, donc peu ou pas enseignés. Cela entraîne un manque de reconnaissance et des difficultés de communication entre professionnels. L'absence de thérapeutique bien établie peut être considérée à la fois comme une cause et une conséquence de cette absence d'étiquette.

Les médecins sont partagés sur la définition des troubles fonctionnels, même si pour une majorité (65%) il s'agit de l'expression d'une détresse personnelle et sociale, ce que l'on retrouve dans d'autres études(30) (34). Cette absence de consensus rejoint ce que nous disions ci-dessus sur l'absence d'étiquette et donc de définition.

Nous n'avons pu dégager une tendance nette concernant l'appartenance des troubles fonctionnels au domaine de la psychiatrie. Pour une majorité tout de même l'absence de pathologie psychiatrique ne remet pas en cause le diagnostic de trouble fonctionnel. Cette tendance semble d'ailleurs plus marquée chez les médecins plus âgés, sans pour autant qu'il existe une différence statistiquement significative.

4.5. La communication avec le patient ou sa famille

Nous avons mis en évidence qu'une large majorité des répondants évoquent avec le patient la possibilité d'une origine psychologique de ces malaises. La démarche des médecins est ainsi d'amener le patient à accepter l'hypothèse d'une absence d'organicité. Car si les médecins parlent d'une possible cause psychologique aux symptômes, ils hésitent souvent à le faire d'emblée. Pourtant, il semble déterminant d'informer le patient dès la première rencontre, qu'une des hypothèses est la possibilité que des facteurs psychologiques jouent un rôle dans la

genèse des symptômes qu'il présente. Cette suggestion paraît fondamentale pour aboutir à un diagnostic plus juste et favoriser l'évolution de la maladie par une prise en charge adaptée. Cependant notre question arrive une fois que les examens sont revenus négatifs. Il aurait été plus judicieux de faire figurer cette question dès le début du cas clinique en même temps que les premières hypothèses diagnostiques.

Nous avons vu précédemment que les médecins se représentent les troubles fonctionnels comme un problème psychologique et social. Ils se sentent bloqués entre ce qu'ils pensent et ce qu'ils peuvent dire. Les médecins pensent, à juste titre, que les patients ont une image péjorative des diagnostics psychologiques.

Des études montrent effectivement que les patients sont réticents face à des diagnostics qui « sonnent comme psychologiques » parce qu'ils se sentent alors considérés comme simulateurs. Cette situation conduit le plus souvent la communication avec le patient à une impasse et ce malentendu déstabilise la relation médecin-malade.

Les praticiens cherchent à conduire leurs patients à attribuer leurs symptômes à une origine non somatique, (ce que certains auteurs appellent « réattribution des symptômes »), mais à partir de leurs propres représentations et non celles des patients. Nous rejoignons ainsi ce que M. Balint disait de « la fonction apostolique » du médecin : « chaque médecin a une idée vague mais presque inébranlable du comportement que doit adopter un patient lorsqu'il est malade. Cela influence pratiquement chaque détail du travail du médecin avec ses patients. Tout se passe comme si tout médecin possédait la connaissance révélée de ce que les patients sont en droit ou non d'espérer, de ce qu'ils doivent pouvoir supporter ».

La relation médecin-malade est vécue de manière plus simple et heureuse lorsque le médecin assume ses représentations du problème et l'origine psychologique, ou bien quand la dimension psychique est systématiquement explorée et intégrée à la prise en charge.

4.6.Prise en charge thérapeutique des troubles fonctionnels

Les prises en charge proposées dans le cadre de troubles fonctionnels sont diverses (Figure 24), mais relèvent pour beaucoup d'un accompagnement psychologique.

Quarante huit pour cent des médecins assurent le suivi seul si l'on regroupe les médecins généralistes pratiquant des « thérapies » avec ceux assurant eux même le suivi à leur cabinet. Ce chiffre est cependant inférieur à une autre étude où les médecins généralistes affirmaient à 83% qu'ils étaient à même d'apporter les réponses les plus appropriées et efficaces (35). Ces médecins assurent une fonction de chef d'orchestre des examens complémentaires, ainsi que celle de « médecin médicament ». Cette fonction chère à Balint, correspond au fait que le médecin peut se prescrire lui-même en tant que thérapeutique. Ils ont conscience de l'importance du rôle que peut jouer cette fonction auprès d'un patient mis en confiance. On suppose que leur prise en charge est avant tout psychologique mais aussi éducationnelle et sociale.

Paradoxalement, les médecins généralistes considèrent ne pas être formés à la psychologie médicale. Ils laissent alors leur bon sens et leur expérience, professionnelle mais aussi personnelle, guider leurs prises en charge. Chaque médecin, avec ses valeurs et sa personnalité, a sa représentation du malade idéal. Il s'agit une nouvelle fois de la « fonction apostolique » du médecin définie par *M. Balint*.

Le conseil et le réconfort ont cependant des limites. La bienveillance ne répond pas toujours au principe de non malfeasance. Au même titre qu'un médicament, une parole peut être iatrogène et avoir des répercussions néfastes. Afin d'éviter cet écueil, il convient de se tourner vers une technique plus difficile et subtile : l'écoute active. Cela consiste, au delà de l'empathie, à mettre à l'aise le patient afin de libérer la parole et l'amener, par l'exploration de son vécu émotif, à

mieux se comprendre et s'assumer. Il ne s'agit pas de faire le travail à la place de la personne mais plutôt de l'amener à être en position pour le faire elle même.

Ce manque de formation peut expliquer que 24% des médecins généralistes sollicitent un psychologue ou un psychiatre.

On constate donc que 72 % des médecins généralistes recommandent un accompagnement d'ordre psychologique, réalisé soit par eux même, soit par un « psy ».

La prescription de médicament dans notre étude est quasi inexistante. Compte tenu du fait qu'une seule réponse était admise, les médecins ont privilégié l'approche psychologique au détriment des médicaments. Ces deux solutions peuvent être associées en pratique. Peut être aurions-nous dû accepter plusieurs réponses, pour mieux évaluer la place des thérapeutiques médicamenteuses.

Nous n'avons donc pas pu étudier la place accordée aux psychotropes ou aux traitements médicamenteux symptomatiques.

Néanmoins si certaines études ont montré que les traitements peuvent avoir un intérêt dans ces situations, ils ne semblent pas satisfaire les médecins.

CONCLUSION

Les patients qui présentent des plaintes physiques répétées et inexpliquées sont nombreux. La prise en charge de ces patients est souvent difficile, coûteuse et déstabilise la relation médecin-malade. Le médecin généraliste, qui reçoit ces plaintes et coordonne la prise en charge, est alors au cœur d'un problème de santé publique. Il nous a semblé judicieux de s'intéresser aux troubles fonctionnels dont relèvent très souvent ces situations. D'autant plus que leur place est très limitée et jugée dévalorisante dans la médecine actuelle.

Nous avons choisi la méthode du cas clinique pour rendre compte, de manière objective et pertinente, de la démarche diagnostique et thérapeutique des médecins généralistes dans ces situations de plaintes inexpliquées.

Notre étude cherchait, à déterminer la place accordée aux troubles fonctionnels par les médecins généralistes, à observer leurs prises en charge et à déterminer leurs représentations de ces troubles.

Nous avons ainsi mis en évidence que le concept de somatisation et le diagnostic de troubles fonctionnels sont largement reconnus par les médecins généralistes, malgré l'absence de vocabulaire et de définition consensuels. Ils ont pourtant des difficultés ou réticences à faire ce diagnostic. Les médecins expérimentés semblent envisager ce dernier plus facilement.

Pour les médecins qui retiennent ce diagnostic il est indispensable de réaliser, au préalable, des examens complémentaires. Cette démarche ne les empêche pas d'évoquer précocement avec le patient une possible absence d'organicité de leurs symptômes. Cette suggestion paraît fondamentale pour aboutir à un diagnostic plus juste et favoriser l'évolution de la maladie par une prise en charge adaptée.

Les prises en charge proposées sont diverses, mais relèvent pour beaucoup d'un accompagnement psychologique que la moitié des médecins généralistes vont

réaliser eux même. Ils ne semblent pas accorder une place importante aux thérapeutiques médicamenteuses dans les troubles fonctionnels.

Les médecins généralistes apparaissent donc partagés aussi bien pour diagnostiquer, que pour prendre en charge les troubles fonctionnels.

Il semble nécessaire de repenser la place des pathologies fonctionnelles dans la nosographie médicale, l'enseignement et la recherche.

Nous pouvons proposer plusieurs pistes de réflexion :

- donner une juste place aux troubles fonctionnels dans la formation médicale universitaire (deuxième et troisième cycle) ainsi que dans la formation continue

- intégrer lors de l'apprentissage de l'examen clinique l'exploration du contexte psycho-social

- développer l'enseignement de la communication en médecine et l'analyse de pratique

- promouvoir la formation à la psychologie médicale et valoriser les diagnostics psychologiques

- mettre en place des consultations pluridisciplinaires pour la prise en charge des troubles fonctionnels

- développer la recherche dans ce domaine

BIBLIOGRAPHIE

1. Dubas F, Thomas-Antérion C. Le sujet, son symptôme, son histoire: études du symptôme somatomorphe. Paris: les Belles lettres; 2012.
2. Garnier M, Garnier M, Delamare J. Dictionnaire illustré des termes de médecine. Paris: Maloine; 2009.
3. Cathébras P. Troubles fonctionnels et somatisation: comment aborder les symptômes médicalement inexpliqués. Paris: Masson; 2006.
4. Stone J, Wojcik W, Durrance D, Carson A, Lewis S, MacKenzie L, et al. What should we say to patients with symptoms unexplained by disease? The “number needed to offend.” BMJ. 2002 Dec 21;325(7378):1449–50.
5. Moreau A, Girier P, Figon S, Le Goaziou MF. Symptômes biomédicalement inexpliqués, Intérêt de l’approche globale en médecine générale. 2004 01;18(643):292–4.
6. Wessely S, Nimnuan C, Sharpe M. Functional somatic syndromes: one or many? The Lancet. 1999 Sep;354(9182):936–9.
7. Burton C. Beyond somatisation: a review of the understanding and treatment of medically unexplained physical symptoms (MUPS). Br J Gen Pract. 2003 Mar;53(488):231–9.
8. WHO | International Classification of Diseases (ICD) [Internet]. WHO. [cited 2014 Jan 6]. Available from: <http://www.who.int/classifications/icd/en/>
9. American psychiatric association, Crocq M-A, Guelfi J-D. DSM-IV-TR manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Issy-les-Moulineaux: Masson; 2004.
10. Frances A. Terrible News: DSM-5 Refuses to Reduce Overdiagnosis of “Somatic Symptom Disorder” [Internet]. Huffington Post. 2013 [cited 2014 Mar 21]. Available from: http://www.huffingtonpost.com/allen-frances/terrible-news-dsm-5-refus_b_24721.html
11. Mayou R, Farmer A. Functional somatic symptoms and syndromes. BMJ. 2002 Aug 3;325(7358):265–8.
12. Bridges KW, Goldberg DP. Somatic presentation of DSM III psychiatric disorders in primary care. J Psychosom Res. 1985;29(6):563–9.
13. Kirmayer LJ, Robbins JM. Three forms of somatization in primary care: prevalence, co-occurrence, and sociodemographic characteristics. J Nerv Ment Dis. 1991 Nov;179(11):647–55.

14. Simon GE, VonKorff M, Piccinelli M, Fullerton C, Ormel J. An international study of the relation between somatic symptoms and depression. *N Engl J Med*. 1999 Oct 28;341(18):1329–35.
15. Lipowski ZJ. Somatization: the concept and its clinical application. *Am J Psychiatry*. 1988 Nov;145(11):1358–68.
16. Kleinman A. Neurasthenia and depression: A study of somatization and culture in China. *Cult Med Psych*. 1982 Jun 1;6(2):117–90.
17. Mayou R. Somatization. *Psychother Psychosom*. 1993;59(2):69–83.
18. Peveler R, Kilkenny L, Kinmonth A-L. Medically unexplained physical symptoms in primary care: A comparison of selfreport screening questionnaires and clinical opinion. *Journal of Psychosomatic Research*. 1997 Mar;42(3):245–52.
19. Arnold IA, Speckens AEM, van Hemert AM. Medically unexplained physical symptoms: The feasibility of group cognitive-behavioural therapy in primary care. *Journal of Psychosomatic Research*. 2004 Dec;57(6):517–20.
20. Gureje O, Simon GE, Ustun TB, Goldberg DP. Somatization in cross-cultural perspective: a World Health Organization study in primary care. *Am J Psychiatry*. 1997 Jul;154(7):989–95.
21. Kroenke K, Price RK. Symptoms in the community: Prevalence, classification, and psychiatric comorbidity. *Arch Intern Med*. 1993 Nov 8;153(21):2474–80.
22. Kroenke K. Patients presenting with somatic complaints: epidemiology, psychiatric comorbidity and management. *Int J Methods Psychiatr Res*. 2003;12(1):34–43.
23. Mold JW, Stein HF. The Cascade Effect in the Clinical Care of Patients. *New England Journal of Medicine*. 1986;314(8):512–4.
24. Diguet A. *Plaintes floues récurrentes: perceptions, attitudes et ressentis de médecins généralistes [Thèse d'exercice]*. [France]: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales; 2011.
25. Balint M. *Le médecin, son malade et la maladie*. Paris, France: Payot; 1978. 422 p.
26. Arsac Chevallier C. *Les représentations et les attentes des patients souffrant de symptômes bio médicalement inexpliqués en médecine générale. Enquête qualitative par entretiens de patients de médecine générale [Thèse d'exercice]*. [France]: Université René Descartes (Paris). Faculté de médecine Necker enfants malades; 2006.
27. Peters S, Stanley I, Rose M, Salmon P. Patients with medically unexplained symptoms: sources of patients' authority and implications for demands on medical care. *Soc Sci Med*. 1998 Mar;46(4-5):559–65.

28. Steinmetz D, Tabenkin H. The "difficult patient" as perceived by family physicians. *Fam Pract.* 2001 Oct;18(5):495–500.
29. Brabant I. Médecins généralistes et symptômes biomédicalement inexpliqués: étude qualitative des représentations et déterminants de la prise en charge des patients qui présentent des symptômes biomédicalement inexpliqués à partir de 14 entretiens semi-dirigés de médecins généralistes lyonnais [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2006.
30. Woivalin T, Krantz G, Mäntyranta T, Ringsberg KC. Medically unexplained symptoms: perceptions of physicians in primary health care. *Family Practice.* 2004 Apr 1;21(2):199–203.
31. Diguët A, Senand R. Plaintes floues récurrentes: perceptions, attitudes et ressentis de médecins généralistes. [France]; 2011.
32. Mathers N, Jones N, Hannay D. Heartsink patients: a study of their general practitioners. *Br J Gen Pract.* 1995 Jun;45(395):293–6.
33. Dominicé Dao M, Bélanger E. Le patient sans diagnostic: un autre qui dérange ? Association pour la recherche interculturelle. 2007 décembre;(45).
34. Wileman L, May C, Chew-Graham CA. Medically unexplained symptoms and the problem of power in the primary care consultation: a qualitative study. *Fam Pract.* 2002 Apr;19(2):178–82.
35. Reid S, Whooley D, Crayford T, Hotopf M. Medically unexplained symptoms--GPs' attitudes towards their cause and management. *Fam Pract.* 2001 Oct;18(5):519–23.
36. Branthomme E, Ordre des médecins de la Vendée. Démographie des médecins généralistes et spécialistes sur la Vendée au 1er janvier 2013 [Internet]. 2013. 93 p. p. http://ireps-ors-paysdelaloire.centredoc.fr/opac/index.php?lvl=notice_display&id=1968
37. Institut de recherche et documentation en économie de la santé. DÉMOGRAPHIE ET ACTIVITÉ DES PROFESSIONS DE SANTÉ: Démographie des médecins [Internet]. IRDES. 2013 [cited 2014 Nov 2]. Available from: <http://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ChiffresGraphiques/Cadrage/DemographiePr ofSante/DemoMedecins.htm>
38. Patris E. La prise en charge des troubles psychosomatiques en médecine générale: état actuel du savoir et connaissances des médecins généralistes. 2010.
39. Zdanowicz N, Janne P, Reynaert C. L'approche psychosomatique du diagnostic. *Louvain médical.* 117(1):45–53.
40. Bondoïs JP. Comment nommer la maladie de « celui qui n'a rien » ? /data/revues/17654629/00010001/37/ [Internet]. 2008 Feb 17 [cited 2014 Mar 6]; Available from: <http://www.em-consulte.com/en/article/82770>

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Formulations données par 202 médecins généralistes à la problématique des patients présentant des symptômes bio-médicalement inexpliqués.....	p.10
Tableau II : Syndromes fonctionnels par spécialité.....	p.11
Tableau III : F45 Les troubles somatoformes (CIM 10).....	p.15
Tableau IV : Répartition des médecins selon leur sexe.....	p.33
Tableau V : Remise en cause du diagnostic de trouble fonctionnel après avis pédopsychiatrique concluant à l'absence de trouble anxieux ou dépressif	p.46

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Association entre le nombre de symptômes bio-médicalement inexpliqués et la comorbidité psychiatrique (Anxiété et dépression).....	p.18
Figure 2 : Schématisation des troubles fonctionnels.....	p.20
Figure 3: Taux de remplissage des 17 cas cliniques incomplets.....	p.32
Figure 4 : Répartition des médecins par tranches d'âge.....	p.33
Figure 5 : Répartition des médecins selon leur lieu d'exercice.....	p.34
Figure 6 : Répartition des médecins selon leur faculté d'origine (externat).....	p.34
Figure 7 : Intégralité des hypothèses diagnostiques.....	p.36
Figure 8 : Hypothèses diagnostiques citées en premier.....	p.37
Figure 9 : Hypothèses diagnostiques citées en seconde position.....	p.37
Figure 10 : Hypothèses diagnostiques citées en troisième position.....	p.38
Figure 11 : Place de l'hypothèse trouble fonctionnel.....	p.38
Figure 12 : Place de l'hypothèse trouble fonctionnel selon l'âge des médecins.....	p.39
Figure 13 : Attitude thérapeutique.....	p.40
Figure 14 : Investigations demandées en première intention.....	p.41
Figure 15 : Diagnostic retenu.....	p.42
Figure 16 : Evoquer la possibilité d'un trouble fonctionnel avec le patient ou sa famille.....	p.42
Figure 17 : Attitude en cas de réticence du patient devant l'hypothèse d'un trouble fonctionnel.....	p.43
Figure 18 : Recevabilité du diagnostic de trouble fonctionnel.....	p.44
Figure 19 : Définition des troubles fonctionnels donnée par les médecins généralistes.....	p.45
Figure 20 : Définition des troubles fonctionnels donnée par les médecins généralistes selon l'âge.....	p.45
Figure 21 : Remise en cause du diagnostic de trouble fonctionnel après avis pédopsychiatrique concluant à l'absence de trouble anxieux ou dépressif selon l'âge des médecins	p.46
Figure 22 : Liste des termes employés évoquant le caractère fonctionnel.....	p.47
Figure 23 : Evaluation des arguments pouvant faire évoquer une pathologie fonctionnelle sur une échelle numérique de 0 à 10.....	p.48
Figure 24 : Prise en charge thérapeutique proposée par les médecins généraliste pour un diagnostic de trouble fonctionnel.....	p.49

ANNEXES

Annexe 1 : Cas clinique

(Copie du cas clinique mis en ligne à l'adresse :
<http://app.evalandgo.com/s/?id=JTk2ayU5Nm8lOUE=&a=JTk2bCU5NnElOUU=>)

O.B, 14 ans, consulte pour des malaises à répétition évoluant depuis 2 mois. Elle vient de déménager et se présente au cabinet pour la première fois.

Elle a comme antécédent un asthme et une dermatite atopique. Elle prend comme traitement de l'Aérior®.

Lors de ses malaises, elle décrit une impression de vide avec les jambes flageolantes, des sueurs, des palpitations et des vertiges. Elle ressent plus rarement des troubles de la vue, des fourmillements de l'hémicorps gauche et de brèves pertes de connaissance.

Il s'ensuit une phase post-critique durant environ 5mn avec asthénie et douleurs abdominales, sans troubles de la conscience.

Elle dit se sentir parfaitement bien en dehors de ses malaises.

Les circonstances de survenue des malaises sont variables. Ils se produisent, à l'école, à la maison, pendant les vacances ou non, sans facteur déclenchant retrouvé.

Elle rapporte la séparation de ses parents en 2001, et plusieurs décès de proches récents : oncle, grand-père, grand-mère.

Les premiers malaises ont coïncidé avec l'annonce du remariage de son père.

Après l'avoir écoutée attentivement, vous réalisez votre examen clinique qui est sans particularité

**Q.1 Quelles sont vos trois hypothèses diagnostiques les plus probables ?
Numérotez- les de 1 à 3 du plus au moins probable ?**

Q.2 Quelle est votre attitude thérapeutique ?

1 seule réponse possible

- ☐ Vous convenez d'un second rendez-vous pour voir l'évolution
- ☐ Vous lui prescrivez des investigations complémentaires (biologie, imagerie, avis spécialisé, ...)
- ☐ Vous lui prescrivez un traitement (symptomatique, d'épreuve, psychotrope, ...)
- ☐ Vous lui prescrivez un traitement et des investigations complémentaires

Q.3 Si vous avez prescrit des investigations, laquelle ou lesquelles demandez-vous en première intention ?

(sinon passez directement à la question 4)

Lors d'un nouveau malaise avec perte de connaissance, identique aux précédents, le SAMU a été appelé, à la suite de cette intervention elle est restée hospitalisée. Le bilan paraclinique comprenant un TDM cérébral, un ECG, un EEG, une biologie, s'est révélé normal.

Q .4 Quel diagnostic retenez-vous ?

Alice rentre à domicile suite à ce bilan négatif.

Elle revient vous voir pour vous questionner sur le diagnostic.

Q.5 L'idée d'un trouble fonctionnel émerge, évoquez-vous la possibilité de ce diagnostic avec elle à ce moment de la prise en charge ?

☐ oui

☐ non

La maman inquiète et mécontente de ne pas avoir de diagnostic précis, menace de changer de médecin et demande de poursuivre les investigations.

Q.6 Quelle est votre attitude ?

1 seule réponse possible

☐ Vous essayez de la rassurer, de lui expliquer que le bilan est rassurant et que les malaises ne sont peut-être pas d'origine organique. Pour l'instant il ne vous semble pas nécessaire de faire de nouveau examen.

☐ Vous lui confirmez qu'elle peut changer de médecin si elle le souhaite

☐ Vous demandez des examens complémentaires de seconde intention (tilt-test, holter-ECG, épreuve d'effort, IRM, avis spécialisés, ...)

☐ Vous la faite ré-hospitalisée

☐ Autres (précisez) :

Un tilt-test et un holter-ECG ont finalement été réalisés et se sont avérés sans particularité.

Q.7 Le diagnostic retenu est alors celui de trouble fonctionnel. Cela vous paraît-il satisfaisant ?

☐ Oui

☐ Non

Q.8 Si vous avez répondu « non » à la question précédente, pouvez-vous préciser pour quelles raisons ?

Q.9 Comment définissez-vous ce trouble ?

1 seule réponse possible

- ☐ Pathologie non encore expliquée par la science
- ☐ Présentation somatique d'une maladie psychiatrique
- ☐ Expression d'une détresse personnelle et sociale sous la forme d'un langage de plaintes somatiques
- ☐ Trouble psychiatrique spécifique : les troubles somatoformes
- ☐ Simulation ou trouble factice
- ☐ Phénomène psychosomatique

Q.10 Voici une liste d'éléments pouvant faire évoquer un trouble fonctionnel.

Pouvez-vous pour chacun d'entre eux, à l'aide du curseur, indiquer l'importance que vous lui accordez pour retenir ce diagnostic ?

	Peu important 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Très important
Normalité de l'examen clinique et du bilan paraclinique	
Bénéfices secondaires	
Contexte (social, familial, professionnel) et histoire de vie	
Etat psychique	
Plaintes multiples	
Caractère incohérent ou disproportionné du symptôme	
Représentation de la maladie et croyances du patient	

Un avis psychiatrique conclut à l'absence de trouble panique, d'anxiété en particulier de séparation, ou de syndrome dépressif. Elle a un très bon relationnel et une maturité psycho-affective nette.

Q.11 Cette expertise vous fait elle rediscuter le diagnostic de trouble fonctionnel ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Q.12 Quelle prise en charge proposez-vous ?

1 seule réponse possible

- ☐ Vous lui proposez un suivi régulier à votre cabinet
- ☐ Vous l'orientez vers un confrère qui fait de la TCC, ou une autre thérapie
- ☐ Vous l'orientez vers un pédopsychiatre
- ☐ Vous l'orientez vers un psychologue
- ☐ Vous lui proposez un traitement
- ☐ Vous lui proposez des médecines «alternatives» (exemple : homéopathie, mésothérapie, acupuncture)
- ☐ Vous poursuivez les investigations
- ☐ Autres (précisez) :

Q.13 Si vous proposez une autre « thérapie », un « traitement » ou une « médecine alternative », pouvez-vous préciser votre idée ?

Q.14 Dans quelle tranche d'âge vous trouvez vous ?

- ☐ 25-34 ans
- ☐ 35-44 ans
- ☐ 45-54 ans
- ☐ 55 ans et plus

Q.15 Quel est votre sexe ?

- ☐ Femme
- ☐ Homme

Q.16 Dans quel milieu exercez-vous ?

- ☐ Urbain
- ☐ Semi-urbain
- ☐ Rural

Q.17 Dans quelle faculté avez-vous effectué vos études (externat) ?

Q.18 Pratiquez-vous une médecine « alternative » (exemple : homéopathie, acupuncture, mésothérapie) ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Q.19 Si oui, pouvez-vous préciser laquelle ou lesquelles ?

Q.20 Pratiquez-vous des thérapies (exemple : cognitive-comportementale, analytique, brève)

- ☐ Oui
- ☐ Non

Q.21 Si oui, pouvez-vous préciser laquelle ou lesquelles ?

Annexe 2 : Mail adressé aux médecins généralistes

Docteur,

Je suis médecin généraliste, ayant fini mon internat depuis presque 1 an, je réalise un travail de thèse qui consiste en une évaluation des pratiques. Pour la bonne réalisation de mon étude je ne peux pas vous donner plus de précision sur le sujet de ma thèse pour le moment.

Je me permets de vous solliciter afin que, si vous l'acceptez, vous répondiez au cas clinique suivant. Il vous suffit de cliquer sur le lien figurant à la fin ce paragraphe.

Ce dernier est sous format informatique, vous n'avez donc rien à renvoyer, les résultats sont anonymes et cela vous prendra environ 5 mn.

Vous serez informés à la fin du cas clinique du sujet de ma thèse. Les conclusions ainsi que le résumé de ma thèse seront mis en ligne sur le site du conseil de l'ordre de Vendée.

Je vous remercie de l'attention que vous porterez à mon travail et du temps que vous y consacrerez.

Veuillez agréer, l'assurance de mes sentiments respectueux.

Aurélien Martineau

Lien du cas clinique:

<http://app.evalandgo.com/s/?id=JTk2ayU5Nm8lOUE=&a=JTk2bCU5NnElOUU=>

Ps: pouvez-vous faire transférer ce mail à vos confrères. Merci

NOM : MARTINEAU

PRENOM : Aurélien

ETUDE DES TROUBLES FONCTIONNELS EN MEDECINE GENERALE DANS LES SITUATIONS DE PLAINTES INEXPLIQUEES : OBSERVATION ET ANALYSE A PARTIR D'UN CAS CLINIQUE AUPRES DE 65 MEDECINS GENERALISTES EN VENDEE

RÉSUMÉ

Contexte : De nombreux patients consultent pour des plaintes physiques répétées, pour lesquelles aucune explication organique ou physiopathologique n'est trouvée. Ces symptômes génèrent de la souffrance chez le patient et de l'insatisfaction chez le praticien, fragilisant la relation médecin-malade. Ils sont à l'origine d'une consommation de soins importante et coûteuse.

Objectif : Déterminer la place accordée aux troubles fonctionnels par les médecins généralistes dans ces situations de plaintes inexpliquées, observer leurs prises en charge et déterminer leurs représentations de ces troubles.

Méthode : L'étude est réalisée à partir d'un cas clinique auprès de 65 médecins généralistes de Vendée.

Résultats : Malgré l'absence de vocabulaire et de définition consensuels, le concept de somatisation et le diagnostic de troubles fonctionnels sont largement reconnus par les médecins généralistes. Ces derniers ont pourtant des difficultés ou réticences à faire ce diagnostic. Les médecins expérimentés semblent envisager ce dernier plus facilement. Pour les médecins qui retiennent ce diagnostic, il paraît indispensable de réaliser au préalable des examens complémentaires. Cette démarche ne les empêche pas d'évoquer précocement avec le patient une possible absence d'organicité de leurs symptômes. La normalité de l'examen clinique, des investigations et l'histoire de vie constituent les éléments principaux pour étayer le diagnostic de troubles fonctionnels. Les prises en charge proposées sont diverses, mais relèvent pour beaucoup d'un accompagnement psychologique, que la moitié des médecins généralistes vont réaliser eux même.

Conclusion : Les médecins généralistes sont partagés pour diagnostiquer et prendre en charge les troubles fonctionnels. Repenser la place des pathologies fonctionnelles dans la nosographie médicale et l'enseignement, permettrait une harmonisation des pratiques, un vécu plus satisfaisant de la relation de soin pour le médecin et son patient, une meilleure prise en charge, une réduction des dépenses de santé.

MOTS CLÉS

Médecins généralistes, troubles fonctionnels, plaintes inexpliquées, cas clinique, relation médecin-malade.