



UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2022

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Les troubles à symptomatologie somatique : enquête auprès des
médecins généralistes du Nord**

Présentée et soutenue publiquement le 5 mai 2022 à 18h
Au Pôle Formation
Par Jeanne de Riedmatten

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN

Assesseurs :

Madame le Docteur Sabine BAYEN

Madame le Docteur Salima KAOUEL

Madame le Docteur Mathilde HORN

Directeur de Thèse :

Madame le Docteur Mathilde HORN

Liste des abréviations

TSS	Trouble à symptomatologie somatique
MG	Médecin généraliste
DSM	Diagnostic and Statistical Manual
SADAM	Syndrome algo-dysfonctionnel de l'appareil manducateur
ISRS	Inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine
TFI	Trouble fonctionnel intestinal
IRSN	Inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline
ALD	Affectation longue durée
ANSM	Agence nationale de sécurité du médicament et des produits et de santé

Table des matières

Résumé.....	12
Introduction	13
I. Les troubles à symptomatologie somatique.....	13
A. Définition	13
B. Évolution nosographique du TSS dans le DSM	16
C. Mécanismes physiopathologiques	18
1. Le modèle cognitif	18
2. Les autres hypothèses physiopathologiques.....	19
D. Les différents facteurs prédisposant du TSS	20
E. Les comorbidités associées	22
F. Les principes de prise en charge	23
1. L’annonce diagnostic.....	23
2. Prendre en charge les patients de manière coordonnée...24	
3. La place des psychotropes.....	25
4. Les psychothérapies.....	25
II. Les TSS en soins primaire	26
A. Épidémiologie des TSS.....	26
B. Coût en santé publique	27
C. Outil d’aide au diagnostic.....	28
D. Représentation des médecin généralistes sur les TSS.....	29
E. Vers une prise en charge conjointe entre MG et psychiatre...30	
Méthodologie.....	32
I. Objectif de l’étude.....	32
A. Objectif principal.....	32
B. Objectifs secondaires.....	32
II. Matériel et méthode	32
A. Type d’étude	32
B. Population.....	32
C. Période.....	33
D. Le questionnaire	33
III. Analyses statistiques	33

IV.	Résultats.....	33
	A. Participation	33
	B. Profil de la population étudiée.....	34
	C. Connaissance des MG du nord sur les TSS	34
	D. Prise en charge des patients atteint de TSS en médecine générale	36
	E. Représentations et croyances qu'ont les MG du nord sur les TSS.....	39
	Discussion	41
	I. Connaissance des MG du nord sur les TSS	41
	II. La prise en charge des patients atteint de TSS en soins primaire.....	44
	III. Un intérêt important pour la création de réseau de santé	46
	IV. Représentation des MG sur les TSS.....	48
	V. Analyse du travail et réflexion méthodologique	49
	A. Le choix du type d'étude.....	49
	B. Biais	49
	C. Difficultés rencontrées	50
	D. Limites du questionnaire	50
	Conclusion	51
	Références Bibliographiques.....	52
	Annexes	57
	Annexe 1 : lettre type du médecin ayant fait le diagnostic de TSS à l'ensemble des soignants impliqués dans la prise en charge.....	57
	Annexe 2: The Somatic Symptom Disorder – B Criteria Scale A. Toussaint, A.M. Murray, K.Voigt, A. Herzog, B. Gierk, K.Kroenke, W. Rief, P. Henningesen, B.Löwe. (Traduction par Mathilde HORN, Ali AMAD, Thomas FOVET).....	58
	Annexe 3 : Questionnaire distribué auprès des MG du nord	61
	Annexe 4 : Fiche concernant les TSS tiré du site internet www.psychiaclic.fr_.....	66
	Annexe 5 : Indicateurs issus des Rosp, tirées du site internet Ameli.fr	69

Résumé

Les troubles à symptomatologie somatique sont un problème de santé publique important en raison de leur prévalence, des couts, et de l'invalidité psychique et sociale qu'ils engendrent. Le médecin généraliste est le spécialiste en première ligne. Nous nous sommes intéressés à l'évaluation des connaissances sémiologiques, diagnostic, et thérapeutiques des médecin généralistes du nord sur les troubles à symptomatologie somatique. L'intérêt est de faire émerger les limites dans la prise en charge de ces patients en soin primaire. Pour ce faire, une étude quantitative réalisée grâce à un questionnaire a permis de mener à bien ce projet. Les médecins généralistes du nord ont de bonnes connaissances théoriques sur les troubles à symptomatologie somatique mais rencontrent des difficultés en pratique dans leur prise en charge. De plus ils présentent un intérêt important pour la création de réseau de santé.

Introduction

I- Les troubles à symptomatologie somatique

A. Définition

Les troubles à symptomatologie somatique (TSS), précédemment connus sous le nom de troubles somatoformes ont été définis dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, cinquième édition (DSM-5) comme des symptômes somatiques persistants et cliniquement significatifs accompagnés de pensées, de sentiments et de comportements excessifs et disproportionnés liés à la santé concernant les symptômes. Il s'agit donc des troubles mentaux dont la caractéristique principale est la prééminence de symptômes physiques associés à une détresse et à un handicap significatif. [1]

Dans le DSM-5, on distingue 3 grands principaux troubles à symptomatologie somatique et apparentés :

- Le trouble à symptomatologie somatique (TSS),
- La crainte excessive d'avoir une maladie,
- Le trouble conversion. [2]

Nous détaillerons dans cette partie seulement les critères diagnostiques du TSS.

Les critères du DSM-5 sont regroupés en 3 items qui sont décrits dans le tableau ci-dessous :

A	Un ou plusieurs symptômes somatiques cause de détresse ou entraînant une altération significative de la vie quotidienne
B	Pensées, sentiments ou comportements excessifs liés aux symptômes somatiques ou à des préoccupations sur la santé, suscités par ces symptômes, se manifestant par au moins un des éléments suivants :

	1. pensée persistante et excessive concernant la gravité des symptômes ; 2. persistance d'un niveau élevé d'anxiété concernant la santé ou les symptômes ; 3. temps et énergie excessifs dévolus à ses symptômes ou aux préoccupations concernant la santé
C	Bien qu'un symptôme somatique donné puisse ne pas être continuellement présent, l'état symptomatique est durable (typiquement plus de 6 mois)

Tableau 1 : Critères DSM-5 pour un trouble à symptomatologie somatique extrait de l'article Micoulaud-Franchi JA, Lemogne C, Quilès C. Définition des troubles somatoformes : entre symptômes physiques et symptômes mentaux Rev Prat. 2019 Feb;69

La définition de la CIM-11 retient une seule grande entité : « le syndrome de détresse corporelle » (« Bodily distress syndrome »), défini par au moins 3 symptômes d'au moins un des groupes suivants, entraînant un handicap significatif et pour lesquels les diagnostics différentiels pertinents ont été écartés

- Activation neuro végétative/ cardio vasculaire : palpitation/ érétisme cardiaque, précordialgie, essoufflement sans efforts, hyperventilation, sueurs, bouche sèche ;
- Activation gastro intestinale : douleur abdominale, selles molles et fréquentes, sensation de ballonnement/ de gaz/ de distension, de régurgitation, diarrhée, nausée, sensation de brûlures à la poitrine ou l'épigastre ;
- Tension musculo-squelettique : douleurs au bras ou aux jambes, douleurs musculaires, douleurs articulaires, sensation de parésie ou de faiblesse localisée, douleur de dos, douleurs se déplaçant d'un endroit à un autre, sensation d'engourdissement ou de picotement désagréable ;
- Symptômes généraux : difficultés de concentration, altération de la mémoire, fatigue excessive, maux de tête, vertiges.

Les TSS portent différents noms en fonction des systèmes nosographique.

Il s'agit souvent de tableau clinique moins complet mais plus spécifique à un organe par rapport au trouble à symptomatologie somatique du DSM-5 [...] Ils n'atteignent en théorie qu'un seul domaine corporel et sont alors fréquemment rattachés à la dénomination de « syndrome somatique fonctionnel ». [2]

Ces formes mono-symptomatiques sont souvent considérées comme moins sévères. Comme le représente le tableau ci-dessous (tableau 2) chaque spécialité médicale non psychiatrique a identifié une entité syndromique correspondant à un « syndrome somatique fonctionnel »

Spécialité médicale	Syndrome somatique fonctionnel
Gastroentérologie	Syndrome de l'intestin irritable : dyspepsie non ulcéreuse
Gynécologie	Syndrome prémenstruel ; algie pelvienne chronique, vulvodynie
Rhumatologie	Fibromyalgie
Cardiologie	Précordialgies à coronaires saines
Pneumologie	Syndrome d'hyperventilation
Immunologie	Syndrome de fatigue chronique
Neurologie	Céphalées de tension
Stomatologie	Syndrome algodysfonctionnel de l'appareil manducateur (SADAM), glossodynies
ORL	Rhinite chronique non allergique
Allergologie	Intolérance environnementale idiopathique

Tableau 2 : Exemples de syndromes somatiques fonctionnels chez l'adulte (extrait du Référentiel de psychiatrie et d'addictologie, 3ème Edition)

B. Évolution nosographie du TSS dans le DSM :

L'évolution nosographique du TSS est à mettre en parallèle d'une volonté de prise de conscience de ce trouble par les médecins non psychiatres de par à la fois de la simplification de la définition et de l'abandon de cette idée d'absence d'explication médicale.

En effet dans l'ancienne version du DSM-IV il était nécessaire pour poser le diagnostic d'un « trouble somatisation » :

- Que les symptômes fonctionnels atteignant dans la forme complète au moins trois domaines corporels
- L'évolution ait débuté avant l'âge de 30 ans et évolue depuis plusieurs années
- Des répercussions fonctionnelles
- Et surtout l'absence de diagnostic différentiel

Il existait également des tableaux cliniques moins complets avec le « trouble somatoforme indifférencié » (durée > 6 mois) et « non spécifié » (durée < 6 mois)

Ce cadre a probablement été responsable de la sous considération du diagnostic parmi la communauté des médecins non psychiatres.

La dernière version du DSM-5 parue en 2013 a modifié la définition de ce trouble pour

faciliter l'usage par les médecins non psychiatres. Ainsi les anciens troubles

« somatisation »

« douloureux » « somatoformes indifférenciés » « l'hypochondrie » en cas de

symptômes

physiques pénibles ou invalident sont désormais réunis dans le « trouble à

symptomatologie

somatique ».

L'évolution notable de cette définition est l'abolition de la notion d'absence de cause organique sous-jacente.

Cette nouvelle définition repositionne de plein droit ces troubles dans le champ des troubles psychiatriques et de leur sémiologie cognitive, émotionnelle, et comportementale. Ainsi ces troubles ne sont pas décrits seulement par la présence de symptômes et signes physiques mais par une sémiologie mentale « positive ». [1]

Cette évolution survient avec l'idée que les troubles à symptomatologie somatique sont très fréquemment comorbides de troubles médicaux non psychiatriques et que la présence d'un diagnostic médical non psychiatrique n'exclut en rien la possibilité d'une association avec un trouble à symptomatologie somatique.

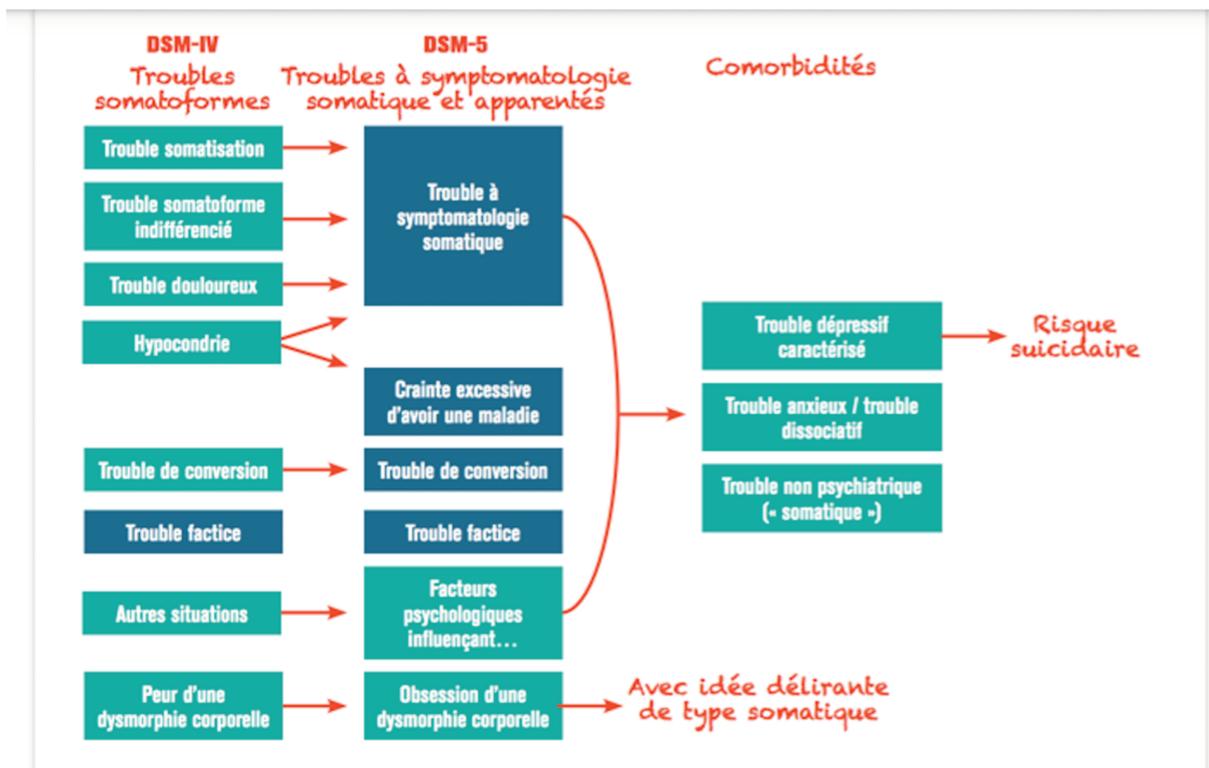


Figure 1. Organisation nosographique des troubles à symptomatologie somatique et apparentés.

« Facteurs psychologiques influençant » = « Facteurs psychologiques influençant d'autres affections médicales », « Autres situations » = « Autres situations qui peuvent faire l'objet d'un examen clinique : facteurs psychologiques influençant une affection médicale ». L'hypocondrie tombe dans la catégorie « Trouble à symptomatologie somatique » en cas de symptômes physiques pénibles ou invalidants en eux-mêmes, dans la catégorie « Crainte excessive d'avoir une maladie » en l'absence de symptômes physiques pénibles ou invalidants.

Figure 1 : schéma issu de l'article *Définition des troubles somatoformes : entre symptômes physique et symptômes mentaux* de Jean Arthur Micoulaud- Franchi 2019

C. Mécanismes physiopathologiques :

1. Modèle cognitif :

De nombreux modèles cognitifs ont été proposés pour tenter d'approcher les mécanismes physiopathologiques de ces troubles. (Barsky et al. 1990 ; Brown RJ. 2004 ; Rief et al. 2007)

Un des modèles les plus récents correspond au modèle cognitif Bayésien décrit par les auteurs Pitron et al. (2019)

Les travaux pionniers menés par Pavlov à la fin du XIXe siècle sur l'apprentissage par conditionnement offre une trame explicative pour mieux comprendre comment les troubles somatiques émergent. [...] Au cours des dernières décennies, ces résultats ont inspiré le développement de modèles cognitifs de la perception qui attribue un rôle central aux informations contextuelles. Le modèle cognitif bayésien permet d'appréhender l'importance des anticipations cognitives dans la construction des perceptions corporelles. [3]

L'approche Bayésienne met donc en évidence la capacité du cerveau à prédire une perception en fonction des informations contextuelles dont il dispose. De la même façon que le chien de Pavlov avait un réflexe d'hyper salivation dès qu'il entendait la cloche sonner, le patient qui souffre de TSS anticipe une perception corporelle (douleur abdominale par exemple) et le cerveau contribue à la construction de cette perception.

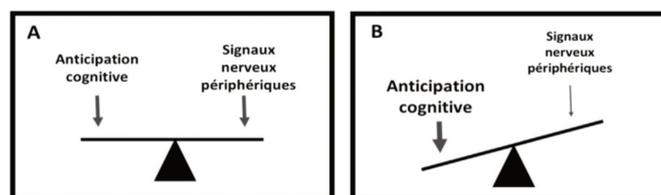


Fig. 1. A. Perception corporelle normale. Selon le modèle bayésien, la perception corporelle résulte de l'intégration des signaux émanant du système nerveux périphérique et de la prédiction par le cerveau de ce que devrait être la perception dans le contexte actuel. La balance entre les 2 types d'information est équilibrée dans les perceptions corporelles normales. B. Perception corporelle dans les troubles somatiques fonctionnels. La probabilité de survenue de la perception estimée par le cerveau est exagérément forte. Cette prédiction cognitive déséquilibre la balance et influence exagérément la perception corporelle au détriment des signaux nerveux périphériques.

Figure 2 : Schéma issu de l'article *Troubles somatiques fonctionnels : un modèle cognitif pour mieux les comprendre* de Pitron et al 2019

Plusieurs études ont montré par exemple qu'il est possible de faire émerger des sensations corporelles au moyen d'un apprentissage par conditionnement aversif [3]. Un protocole expérimental fréquemment proposé consiste à provoquer une sensation de dyspnée chez des participants sains [7]. En effet à plusieurs reprises les volontaires sont exposés à un air enrichi en dioxyde de carbone (CO₂) en même temps qu'une mauvaise odeur. La mauvaise odeur est associée à la sensation de dyspnée par un mécanisme d'apprentissage par conditionnement. Par la suite la sensation de dyspnée apparaît lorsque seule l'odeur est présentée sans l'air enrichie. Cette dyspnée s'explique donc par l'anticipation cognitive.

L'hypothèse physiopathologique serait alors que les patients présentent un trop fort conditionnement aversif qui favoriserait l'émergence de sensations corporelles symptomatiques [3].

En somme les symptômes somatiques fonctionnels surviendraient parce qu'ils sont anticipés par le cerveau. Ils seraient dus à un dysfonctionnement de l'anticipation des sensations plutôt qu'à une anomalie du traitement des signaux corporels afférents. [3]

2. Les autres hypothèses physiopathologiques

Outre le mécanisme physiopathologique décrit ci-dessus qui met en avant les anticipations cognitives dans la perception corporelle, certains auteurs mettent en évidence des causes organiques à l'origine du trouble.

L'évolution des techniques d'imagerie a récemment permis de progresser dans la compréhension des troubles à symptomatologie neurologique fonctionnelle. Les troubles à symptomatologie neurologique fonctionnelle ou trouble de conversion, se caractérisent par un ou des déficits moteurs ou sensoriels inexplicables qui suggèrent la présence d'un trouble neurologique ou d'un trouble médical autre. [5]

Différentes études en IRM fonctionnelle ont permis de mettre en évidence que ces symptômes étaient liés à une hypo-activation des aires corticales primaires correspondant au déficit constaté. [5]

Enfin, différentes hypothèses ont été formulées, propres à chaque syndrome somatique fonctionnels (tableau 2). Certaines études récentes ont par exemple mis en évidence une anomalie du contrôle central de la douleur ou de la perception douloureuse périphérique, et des altérations musculaires ont été démontrées dans la fibromyalgie ; Par ailleurs le syndrome de fatigue chronique pourrait compliquer une réponse immunologique inappropriée résultant de ou permettant un portage continu d'un germe ou de certain de ses antigènes. Enfin, le syndrome du côlon irritable serait peut-être, pour certains, une maladie inflammatoire cryptogénique intestinale (MICI), a minima l'expression d'une maladie cœliaque, ou un syndrome post infectieux succédant à une gastro entérite. [4]

D. Différents facteurs prédisposant du TSS.

Les facteurs prédisposant sont multiples. Barsky, dans son article « *A comprehensive approach to the chronically somatizing patient* » de 1998, décrit 4 facteurs de risques :

- Les expériences de l'enfance : avoir des parents qui ont un intérêt exagéré pour la santé et qui ont tendance à renforcer les plaintes somatiques de l'enfant pour les récompenser, les abus physiques et sexuels sont des traumatismes dans l'enfance et peuvent prédisposer à développer des TSS particulièrement dans leur forme chronique.
- Troubles de la personnalité : l'auteur parle de « névrose ou d'affect négatif » comme marqueurs de personnalité étant plus à risque de développer des TSS. Par ailleurs il décrit les personnalité borderline (état limite), antisociale, histrionique, et narcissique comme étant plus à risque de développer un TSS
- Fonctionnement cognitif : le catastrophisme est un fonctionnement via lequel l'individu attribue une interprétation sérieuse et inquiétante, alarmante à des sensations corporelles. Et la tendance à attribuer une gêne corporelle à une maladie plutôt qu'à un état émotionnel (ce qui la normaliserait)
- Perception corporelle : l'amplification somato-sensorielle et un degré accru de vigilance corporelle personnelle.

L'auteur évoque également comme facteur prédisposant à retenir la notion d'alexithymie L'alexithymie décrit un état de manque de compréhension, de traitement ou de description des émotions. L'alexithymie est défini par une difficulté à identifier les sentiments et à faire la distinction entre les sentiments et les sensations corporelles de l'excitation émotionnelle.

Bien que les travaux de Barsky datent du siècle dernier, des études plus récentes sur les facteurs prédisposant à un trouble à symptomatologie somatique donnent des résultats similaires. (Le Goff-Cubilier et al 2006 ; Micoulaud-Franchi et al 2019) De manière générale, tout antécédent traumatique pendant l'enfance peut affecter les perceptions physiques (tels que les abus sexuels) [8]. Une étude établissant qu'un diagnostic de syndrome post traumatique a été retrouvé chez 22% des patients ayant, au préalable, un diagnostic de troubles somatoformes. [8]

Une méta analyse réalisée en 2014 a systématiquement examiné l'association des traumatismes psychologiques et des troubles de stress post traumatique (TSPT) signalés avec les syndromes somatiques fonctionnels (fibromyalgie, douleur chronique généralisé, syndrome de fatigue chronique, syndrome du côlon irritable). Les personnes qui ont déclaré avoir été exposées à un traumatisme étaient 2,7 fois plus susceptibles d'avoir un syndrome somatique fonctionnel. [9]

Outre les facteurs prédisposant qui ne suffisent pas à déclarer la maladie, des facteurs précipitants ont été décrit. Ils peuvent être d'ordre biologique, psychosocial, des troubles psychiatriques aigus, ou des préoccupations de santé publique (rôle des médias).

Les facteurs perpétuant sont à l'origine d'une exacerbation, et d'une pérennisation des symptômes et de l'invalidité qui en résulte. Il s'agit de facteurs cognitifs (se croire atteint d'une maladie grave menant à une interprétation erronée des symptômes physiques ressentis), du rôle de la désinformation, de la situation professionnelle et des compensations accordées au statut de malade, et de l'absence de couverture sociale. [4]

E. Les comorbidités associées

L'association des troubles à symptomatologie somatique et apparentés avec un trouble dépressif caractérisé est fréquent et augmente le risque suicidaire. [1]

Selon une revue de la littérature réalisée de 1975 à 1990, une prévalence élevée des dépressions est associée aux diagnostics de somatisation et de douleur chronique.

Le traitement de cette dépression améliorerait la symptomatologie douloureuse et les somatisations [10]

Une autre étude retrouve une comorbidité pour les troubles somatoformes de 86% de troubles affectifs et de 43% de troubles anxieux. [11] On retrouve une association aux troubles de la personnalité dans 50 à 70 % des cas [...] Par contre les traits alexithymiques sont toujours présents quand ils sont recherchés dans les différentes études. [8]

Comorbidités psychiatriques
<ul style="list-style-type: none">• États dépressifs• Troubles anxieux• Troubles de la personnalité<ul style="list-style-type: none">- Histrionique- Antisociale- Évitante- Obsessionnelle compulsive- Dépendante- Narcissique• Alexithymie

Tableau 3 : Résumé des comorbidités psychiatriques issu de l'article *Les troubles somatoformes : diagnostics et prises en charge*, de V. Le Goff-Cubillier et C. Bryois

Il est important de rappeler que les troubles à symptomatologie somatique et apparentés peuvent être fréquemment comorbides d'une pathologie médicale non psychiatrique à ne pas sous-évaluer.

F. Les principes de prise en charge

1. L'annonce diagnostic

Les patients qui souffrent de troubles à symptomatologie somatique s'adressent rarement en premier lieu à des professionnels de santé mentale. Pour le médecin consulté, une fois le diagnostic retenu l'enjeu est de parvenir à emporter l'adhésion du patient au diagnostic de trouble à symptomatologie somatique et son engagement dans un programme de soins adapté. [3]

Il convient en premier lieu de reconnaître que les symptômes sont « véritables » et peuvent être très effrayants et invalidants. La reconnaissance de la pénibilité et du retentissement des symptômes est essentielle tout comme la légitimité de la plainte adressée au corps médical. [2]

En proposant un diagnostic positif il faut éviter que le diagnostic de trouble à symptomatologie somatique soit évoquée par élimination (« *les examens n'ont rien trouvé, donc cela doit être ...* ») car il est en effet difficile d'accepter un diagnostic lorsqu'il est proposé par défaut, il faut également éviter de dire au patient « *vous n'avez rien* » ou « *c'est dans la tête* ». Mais il faut s'efforcer de proposer un diagnostic positif « *les symptômes dont vous souffrez sont typique d'un trouble somatoforme* » [12] (le terme de trouble somatoforme est plus évident à utiliser en pratique que le terme de trouble à symptomatologie somatique)

Lors de l'annonce diagnostic on s'attardera à évoquer les facteurs déclenchant et de maintien [...] On aura soin d'exposer un modèle explicatif de survenue et de pérennisation des symptômes, même schématique. L'objectif est de crédibiliser les propositions thérapeutiques et d'aider le patient à se les approprier. [2]

Dans leur article sur le modèle cognitif des troubles somatiques l'équipe de V.Pitron et al propose trois notions clés à aborder avec le patient dès le début de la prise en charge :

→ La perception corporelle n'est pas toujours le reflet de la réalité physique, car elle peut être influencée par des biais cognitifs

→ Dans les troubles somatiques fonctionnels, la tendance du cerveau à anticiper l'arrivée des symptômes physiques contribue à ce qu'ils apparaissent en effet

→ Des traitements efficaces existent, qui visent à lutter contre l'anticipation cérébrale et à privilégier les signaux qui émanent du système nerveux périphérique

2. Prendre en charge le patient de manière coordonnée :

Dans la plupart des situations, le médecin consulté en premier lieu est un médecin généraliste qui a le rôle d'aiguiller et d'adresser les patients vers des médecins spécialistes si besoin. Il se peut que le patient souffre d'autres pathologies et qu'il soit suivi par d'autres médecins spécialistes non psychiatre pour d'autres affections. Le médecin qui fait le diagnostic de TSS se doit de coordonner les soins, et de communiquer sur ce diagnostic établi de TSS afin de ne pas multiplier les examens complémentaires qui sont sources d'anxiété pour le patient et de pérennisation du trouble. L'équipe de V.Pitron et al propose une lettre type du médecin ayant fait le diagnostic de TSS à l'ensemble des soignants impliqués dans la prise en charge. (Annexes 1)

La prise en charge en soins primaire est à poursuivre parallèlement à celle réalisée auprès d'un psychiatre. Il est préférable d'orienter le patient vers un praticien expérimenté.

Dans la prise en charge coordonnée il pourrait aussi être intéressant d'inclure un spécialiste de l'appareil éventuellement désigné par les symptômes ou un médecin interniste afin de demander des avis ponctuels sur l'intérêt de réaliser des examens complémentaires (toujours dans le but de limiter ceux-ci).

Enfin dans le but de maintenir une alliance thérapeutique de qualité il est important de proposer des objectifs thérapeutiques atteignables. Il faut rester modeste dans les ambitions thérapeutiques en visant l'atténuation des symptômes et de leur retentissement plutôt que la guérison, en particulier si les troubles sont anciens. Il s'agit de rompre avec le cercle vicieux des attentes irréalistes et de déception mutuelle qui caractérisent trop souvent la relation médecin-malade. Une résolution complète est toutefois parfois observée lorsque le trouble est récent.

3. Place des psychotropes

En dehors de leur indication en cas de comorbidité anxieuse ou dépressive caractérisée, les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine sont efficaces dans les troubles fonctionnels intestinaux et la crainte excessive d'avoir une maladie, et les inhibiteurs mixtes de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline peuvent soulager certains patients souffrant de troubles somatoformes douloureux, notamment en cas de fibromyalgie [13]. Il faut cependant tenir compte de la propension accrue aux effets indésirables chez les patients souffrant de troubles somatoformes. [12]

4. Psychothérapie

En l'absence de trouble psychiatrique comorbide, des approches thérapeutiques ciblant les mécanismes psychophysiologiques entretenant le trouble somatoforme permettent d'améliorer les symptômes et signes cliniques en particulier dans les troubles somatoformes pauci-symptomatiques ou de type douloureux.

Les thérapies cognitivo-comportementales ont montré leur efficacité dans de nombreux troubles somatoformes.

→ Sur le plan cognitif : elles visent une meilleure prise de conscience de la focalisation de l'attention sur les sensations corporelles et du catastrophisme

→ Sur le plan comportemental : elles visent à identifier et à diminuer les conduites d'évitement par l'exposition ainsi qu'à trouver progressivement de nouveaux modes d'interactions sociales, pour obtenir le soutien des autres sans faire intervenir les symptômes et le statut de malade (il s'agit de la prise en charge des « bénéfices secondaires »)

Elles peuvent être complétées par des exercices de relaxation (exercices respiratoires, baisse de la tension musculaire biofeedback) et d'entraînement attentionnel (thérapies basées sur la pleine conscience)

Les troubles conversion à type de déficit moteur peuvent être améliorés par la rTMS ciblant le cortex moteur [2]

II- Les troubles à symptomatologie somatique en soins primaires :

A. Épidémiologie des troubles à symptomatologie somatique :

De nombreuses études se sont intéressées à l'épidémiologie des TSS. Il convient de préciser que la prévalence de ceux-ci diffère entre la population générale et la population qui consulte un médecin.

En France la prévalence des TSS dans la population générale est estimée entre 5 et 7%, cette prévalence serait même située entre 5 et 10% lorsqu'on étudie les TSS et apparentés (crainte excessive d'avoir une maladie, et trouble de conversion).

Comme précisé plus haut ce chiffre semble sous-estimé, de par la partie de la population qui ne consulte pas de médecins. Cette hypothèse est soutenue par une étude menée aux États-Unis qui a montré que, sur une durée d'un mois, sur 1 000 personnes, 800 ressentent des symptômes, 327 songent à prendre un avis médical, 217 consultent un médecin, 21 consultent à l'hôpital, 13 se présentent aux urgences, et 8 sont hospitalisés, dont 1 en hôpital universitaire [19]

On remarque dans les études que la prévalence augmente significativement en fonction de la population étudiée ; en effet la proportion de patients présentant des symptômes médicalement inexplicables (ancienne notion nosographique du DSM-4) qui consulte chez des spécialistes non psychiatre est bien supérieure à la prévalence des TSS dans la population générale. Le tableau 4 ci-dessous regroupe les prévalences des symptômes médicalement inexplicables selon plusieurs études réalisées aux États-Unis en fonction des spécialités non psychiatriques concernées. En consultation de soins primaires, entre 15 et 50% des patients présentent des symptômes médicalement inexplicables selon les études [18]

Contexte de soins		Taux de prévalence	Source
Consultation de médecine générale		33 %	Kroenke, 2003
Consultation hospitalière	Gastro-entérologie	53 %	Hamilton et coll., 1996
	Neurologie	42 %	Hamilton et coll., 1996
		30 %	Carson et coll., 2000
	Cardiologie	32 %	Hamilton et coll., 1996
	Rhumatologie	29 %	Maiden et coll., 2003
Hospitalisation	Neurologie	40 %	Eweld et coll., 1994
		9 %	Parry et coll., 2006
		9 %	Lempert et coll., 1990

Tableau 4 : Récapitulatif des taux de prévalence des symptômes médicalement inexplicables évalués par différentes études en fonction du contexte de soins, issu de l'article de Docquir Camille, « Les symptômes médicalement inexplicables : précisions terminologiques, données épidémiologiques chez l'adulte et l'enfant, aperçu des contre-attitudes », *Bulletin de psychologie*, 2013/1 (Numéro 523), p. 61-75.

Le ratio selon le sexe est de 2/1 avec une présence plus fréquente chez les femmes.

B. Coût en santé publique des TSS

Les troubles mentaux les plus fréquents en médecine générale sont les TSS, la dépression et l'anxiété. Les patients atteints de TSS ont une utilisation excessive des services de soins de santé tant dans le secteur des soins primaires que dans le secteur des soins de santé spécialisés. Les patients qui souffrent d'un TSS chronique auront, au fil du temps, souvent bénéficié de nombreuses hospitalisations, opérations et traitements avec le risque imminent d'être exposés à des dommages iatrogènes. Les TSS sont donc très coûteux non seulement pour la société mais aussi pour les patients en raison des souffrances qui leur sont infligées. [21]

Tous les auteurs sont d'accord pour dire que les coûts engendrés par les patients souffrant de TSS sont importants et représentent un vrai problème de santé publique. Fink, précise que les « somatisants persistants » utiliseraient 3% du budget des hospitalisations non-psychiatriques. Dans une pratique de médecine générale, les patients souffrant d'un trouble somatisation selon le DSM III (complet ou sub-clinique) consulteraient et coûteraient 50% plus cher qu'une population contrôle. [20]

Dans une étude sur l'utilisation des ressources de soins par les patients, Smith trouve que les coûts de la prise en charge médicale de ces patients seraient de neuf fois supérieurs à ceux de la population générale, et cela sans compter les coûts indirects, liés à l'incapacité de travail notamment. [22]

Une autre étude réalisée 1998 par des médecins-conseils de la caisse d'assurance maladie du département de la Vienne, évaluait entre 5 et 8 % la part des actes médicaux en lien avec un diagnostic de trouble somatoforme, dans la population « nomade » âgée de 18 à 70 ans.

La consommation unitaire d'actes médicaux de ces patients approche le triple de celle de la population générale, et égale la consommation moyenne de patients atteints de pathologies lourdes (classés en ALD) [23]

Toutes ces études sous-évaluent certainement le coût des TSS en soins primaire car elles ne prennent en compte que le coût de l'acte médical en lui-même sans inclure la prise en charge du handicap que le trouble génère (dossier MDPH, arrêt de travail répété)

C. Outils d'aide au diagnostic

Le coût des TSS est difficile à chiffrer en soins primaire, d'autant plus que le praticien ne possède que très peu d'aide et d'outils pour établir le diagnostic de ce trouble.

Toussaint et al. ont récemment développé l'échelle the Somatic Symptom Disorder (SSD-12), un questionnaire d'auto-évaluation composé de 12 éléments, conçu pour évaluer les perceptions des patients de leurs pensées, sentiments et comportements liés aux symptômes à l'aide de questions directement basées sur les critères du DSM-5. (Annexe 2) Cette échelle apparaît comme un outil simple et rapide qui devrait aider le praticien dans le diagnostic et l'évaluation des TSS, elle est cependant méconnue dans la pratique de soins primaire.

D. Représentations des MG sur les TSS :

Il existe peu de données dans la littérature qui mettent en évidence les représentations et croyances qu'ont les MG au sujet des patients atteints d'un TSS. Fink dans son article *Évaluation et traitement des troubles fonctionnels en médecine générale* [21] met en avant certaines idées reçues chez les MG qui poussent à la prescription d'examen complémentaires comme « la peur de négliger une véritable maladie physique » ce qu'il décrit comme facteurs iatrogènes dans la « somatisation » et sont résumés dans le tableau 5.

<ul style="list-style-type: none">• La peur de passer à côté d'une maladie physique est la raison la plus fréquemment invoquée par les médecins pour justifier un examen excessif des patients somatisants. Un trouble somatoforme méconnu peut donner lieu à un surtraitement somatique et entraîner des souffrances excessives pour le patient et une augmentation inutile des dépenses de santé du patient et de la société.
<ul style="list-style-type: none">• La peur des plaintes et des poursuites peut entraîner des tests défensifs et des renvois.
<ul style="list-style-type: none">• Le manque de traitement psychiatrique accessible peut amener le patient à continuer à chercher un traitement médical en vain.
<ul style="list-style-type: none">• Un manque de compréhension de la nature et du caractère des troubles mentaux et un manque de connaissance sur la façon de gérer ces troubles peuvent conduire à une acceptation rapide de l'insistance du patient à passer des examens.
<ul style="list-style-type: none">• Connaissances et compétences insuffisantes : les médecins pré et post doctoraux reçoivent très peu de formation sur la façon de traiter les patients somatisants.
<ul style="list-style-type: none">• Certains médecins définissent le rôle du médecin exclusivement en termes de prise en charge des « problèmes biomédicaux » du patient. Ils ne se sentent pas préparés à faire face à des problèmes psychiques.

<ul style="list-style-type: none"> • La pudeur du médecin et la peur de violer les limites personnelles du patient peuvent être la raison pour laquelle on ne l'interroge pas sur sa vie privée et son état mental.
<ul style="list-style-type: none"> • La pression du temps et la peur « d'ouvrir la boîte de Pandore » peuvent préoccuper de nombreux médecins lorsqu'ils soulèvent des questions « problématiques ». Les médecins peuvent également craindre que les patients deviennent accros et deviennent dépendant d'eux.
<ul style="list-style-type: none"> • Les médecins peuvent éprouver le besoin de s'absenter du traitement de ces patients parfois assez gênants et, par conséquent, les orienter vers des hôpitaux ou d'autres spécialistes.

Tableau 5 : Facteurs iatrogènes de la somatisation issu de l'article Fink P, Rosendal M, Toft T., Assessment and treatment of functional disorders in general practice, Psychosomatics. 2002 Mar Apr;43(2):93-131.

E. Vers une prise charge conjointe MG et psychiatre

En France, selon une étude de l'ARS menée en 2015 il existe un délai de 67 jours en moyenne pour obtenir un premier rendez-vous dans un CMP. Or de nombreuses études ont mis en avant qu'une prise en charge multidisciplinaire basée sur un modèle biopsychosocial permettait d'avoir de bons résultats.

C'est ce que démontre cette étude menée à Genève entre 1992 et 1996 auprès des médecins traitants de 51 patients souffrant de « troubles somatoformes » qui ont été hospitalisés dans une unité de traitement intégrée médico-psychiatrique des hôpitaux universitaires de Genève (unité d'hospitalisation qui offre des soins conjoints somatiques et psychiatriques dans le but d'améliorer la prise en charge globale du patient). Dans 70% des cas l'hospitalisation a été jugée bénéfique par le médecin traitant interrogé, elle a facilité la prise en charge ambulatoire du patient. [20]

Les bénéfices évoqués sont la clarification du diagnostic et la légitimation du patient.

Cette étude ainsi que les données de la littérature révèlent qu'une approche intégrative médicale et psychiatrique du patient qui souffre de TSS semble être recommandable tant au niveau médical qu'en terme de cout-efficacité.

« La médecine c'est guérir parfois, soulager souvent, consoler toujours ».

Hippocrate

Méthodologie :

I. Objectif de l'enquête

A. Objectif principal

L'objectif de l'étude est d'évaluer quelles sont les connaissances ainsi que les modalités de prise en charge des patients atteints de TSS par les MG du Nord.

B. Objectifs secondaires

L'objectif secondaire est de décrire les représentations, croyances qu'ont les MG sur les patients atteints de TSS

II. Matériel et méthode

A. . Type d'étude

Il s'agit d'une étude transversale descriptive, basée sur une enquête réalisée auprès de MG du Nord à travers un questionnaire (annexe 3) comportant 20 questions à choix multiples. Les questionnaires ont été distribués auprès des MG en exercice dans le nord.

B. . Population

La population étudiée était un échantillon de 130 Docteurs en médecine générale sélectionnés dans la région du Nord, tous installés dans des cabinets de groupe ou maison de santé, disposants d'un secrétariat physique sur place, le retour s'est effectué par mail.

C. Période

Cette enquête a été réalisée du 11 octobre 2021 au 24 janvier 2022

D. Le questionnaire

Il s'agit d'un questionnaire à choix multiple comportant 20 questions divisé en quatre parties.

Le questionnaire a été testé sur 4 volontaires afin d'évaluer sa durée de réalisation (environ 5 minutes) ainsi que sa compréhension

- La première partie a permis de connaître le profil de la population ayant donné une réponse. Ainsi, le sexe, la durée d'exercice en tant que médecin diplômé d'un doctorat en médecine, et le lieu d'exercice.
- La deuxième partie s'intéresse au ressenti des médecins généralistes face aux patients atteints de TSS, aux représentations qu'ils en ont.
- La troisième partie concerne les connaissances, et le diagnostic de ce trouble en médecine générale
- La quatrième partie évalue la prise en charge de ces patients en soins primaires

III. Analyses statistiques

Les analyses descriptives ont été réalisées par le logiciel Excel 2016. Les résultats des variables qualitatives sont exprimés sous forme de pourcentage.

IV. Résultats

A. Participation

Cinquante et une personnes ont complété le questionnaire sur les 130 distribués, ce qui équivaut à un taux de participation de 39,2%.

Le questionnaire devait être intégralement complété afin d'être pris en compte dans les résultats.

B. Profil de la population étudiée :

Sexe	Femme : 50.9% (n=26)	Homme : 49.01% (n=25)	
Durée d'exercice	≤ 5 ans : 35% (n=18)	5-10 ans : 33% (n=17)	≥ 10 ans : 32% (n=16)
Lieu d'exercice	Zone urbaine : 62,7% (n=32)	Zone semi-rurale : 37,3% (n= 19)	

Tableau 6 : Description de la population étudiée

C. Connaissance des médecins généralistes du Nord sur les TSS :

Un patient qui a réalisé beaucoup d'examens complémentaires concernant un symptôme physique, qui ne mettent pas en évidence de lésions organique	37,2%
Un patient qui présente des angoisses excessives, une focalisation sur un symptôme physique	21,5%
Les deux réponses	39,2%

Tableau 7 : Définition d'un patient souffrant de TSS selon les répondants

Comme vu précédemment le sexe ratio des TSS est 2/1 avec une présence plus fréquente chez la femme, 66,6% (n=34) des MG interrogés ont répondu que les TSS sont une pathologie à prédominance féminine.

Dans la dernière version du DSM-V parue en 2013, la définition d'un TSS a été modifiée avec l'abolition de la notion d'absence de cause organique sous-jacente, dans notre enquête 72,5% (n= 37) des répondants pensent qu'une lésion organique peut être la cause d'un TSS.

Par ailleurs 98% (n= 50) des MG interrogés ne connaissent pas, donc n'utilisent pas d'outils diagnostic des TSS (comme la SSD-12 par exemple) dans leur pratique.

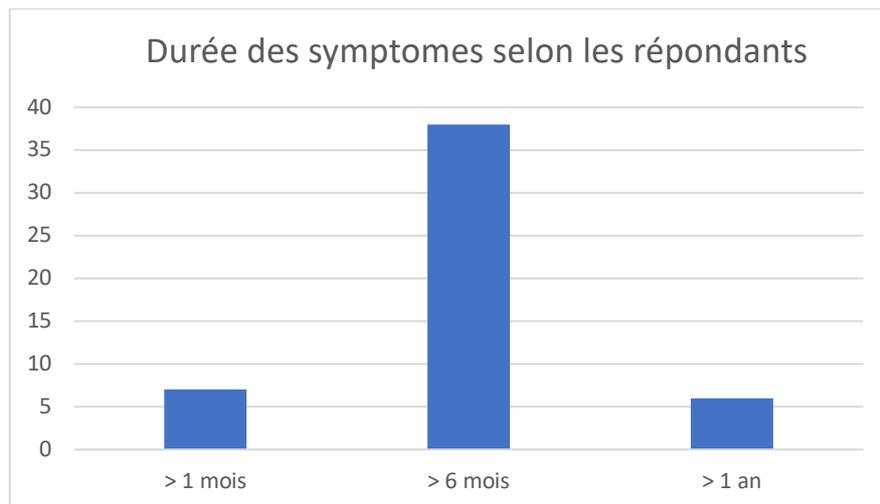


Figure 3 : durée minimale des symptômes pour entrer dans le diagnostic de TSS selon les répondants

La majorité des répondants (74,5%, n=38) considère une durée minimale des symptômes supérieure à 6 mois nécessaire pour entrer dans les critères diagnostic d'un TSS conformément aux critères du DSM-5.

Enfin, 64,7% (n= 33) pensent que le nombre de consultation par an chez un patient donné est corrélé avec le diagnostic de TSS.

D. Prise en charge des patients atteints de TSS en médecine générale

Dans cette enquête, 76,4% (n=39) des MG qui ont répondu au questionnaire ont déjà annoncé lors d'une consultation de médecine générale, à un patient qu'il souffrait d'un TSS, parmi ceux la 84,6% (n=35) ont évoqué l'origine psychiatrique du trouble.

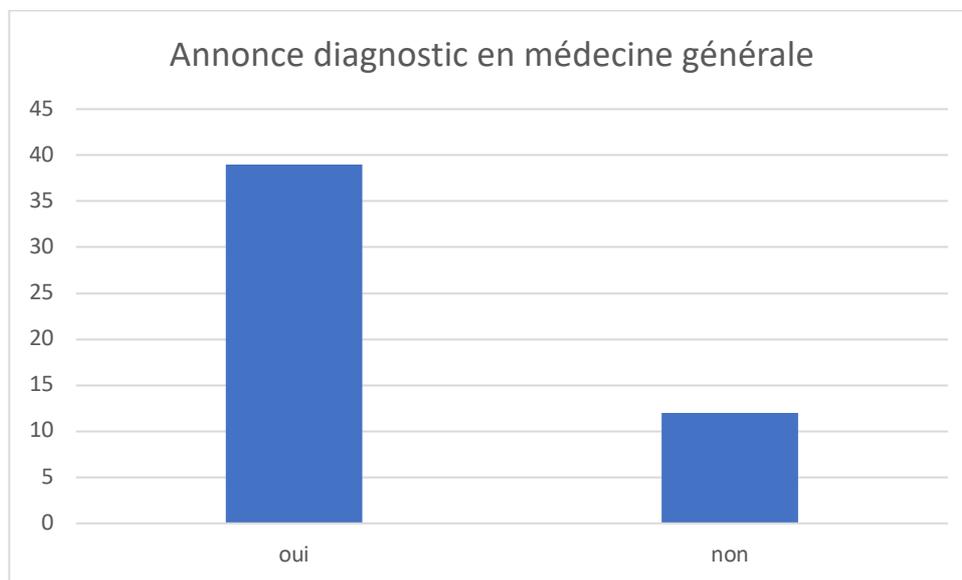


Figure 4 : Annonce diagnostic faite en consultation de médecine générale selon les répondants

Parmi les MG qui n'ont jamais fait d'annonce diagnostic en consultation, la principale cause mise en avant dans cette enquête est le manque de connaissance des critères (91,6 % des réponses), puis la peur que le patient se vexe et change de médecin traitant car il juge que vous n'êtes pas capable de trouver ce qu'il a (41% des réponses) ce qui met en avant les difficultés d'adhésion du patient au diagnostic de trouble mental.

Les freins à l'annonce diagnostic sont résumés dans le tableau 8 ci-dessous.

Vous pensez ne pas avoir les compétences pour annoncer un tel diagnostic	25%
Vous avez peur de ne pas réussir à expliquer ce trouble au patient	33%
Vous ne connaissez pas vraiment les critères	91,6%
Vous avez peur que la consultation dure trop longtemps	8%
Vous avez peur que votre patient se vexe et change de médecin traitant car il juge que vous n'êtes pas capable de trouver ce qu'il a	41%

Tableau 8 : Freins à l'annonce diagnostique d'un TSS en consultation de médecine générale

Toujours dans la prise en charge des patients souffrant de TSS, cette étude révèle que 66% (n= 34) des MG ont l'habitude d'instaurer un traitement psychotrope pour traiter spécifiquement un TSS et non une comorbidité psychiatrique.

Sur les 51 médecins qui ont répondu au questionnaire, 44 ont affirmé qu'ils avaient l'habitude d'adresser ces patients vers un psychologue ou un psychiatre (soit 86,2% des médecins interrogés) et la majorité au bout d'un délais de plusieurs mois, comme indiqué dans la figure 5 ci-dessous.

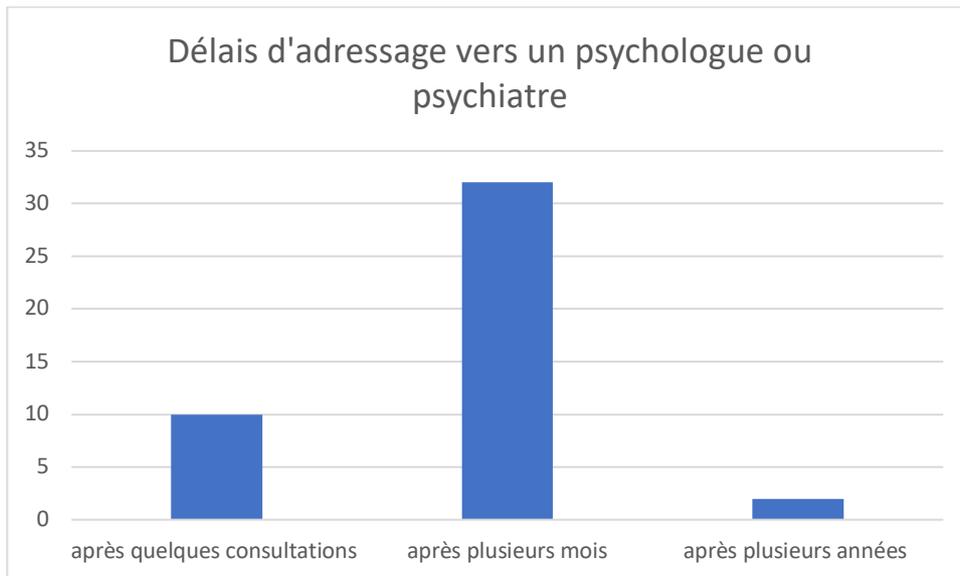


Figure 5 : Délais au bout duquel les médecins interrogés adressent leur patient atteints de TSS chez un psychologue ou un psychiatre.



Figure 6 : Intérêt d'une prise en charge coordonnée des patients atteints de TSS entre le médecin généraliste et le psychiatre selon les répondants.



Figure 7 : Intérêt de la création d'un réseau de soin pour les patients atteints de TSS selon les répondants

Enfin parmi les médecins interrogés 98%(n=50) pensent qu'il y a un intérêt d'effectuer une prise en charge coordonnée entre la psychiatrie et la médecine générale, et 92 %(n=47) sont favorables à la création d'un réseau de soin qui permettrait la prise en charge coordonnée de ces patients.

E. Représentations et croyances qu'ont les MG du Nord sur les TSS

Les TSS sont un motif de consultation fréquemment rencontré en médecine générale, comme décrit dans le tableau 9 ci-dessous 62,7% (n=32) des MG interrogés rencontre souvent des patients atteint de TSS en consultation. Cette étude met en évidence que 74,5% (n=38) des répondants ont l'impression d'être mis en difficulté dans la prise charge des patients atteints de TSS. Les difficultés rencontrées sont en lien avec les représentations que peuvent avoir les MG et sont détaillées dans le tableau 10 ci-dessous.

Rarement	25,5%
Souvent	62 ,7%
Très souvent	11,8%

Tableau 9 : fréquence des TSS en consultation de médecine générale

Le fait que le patient soit insistant dans la demande d'avis spécialisé et d'examen complémentaire qui ne sont pas justifiés	57,9%
Le fait que vous n'arriviez pas à soulager le patient avec les thérapeutiques habituellement utilisées en médecine générale	84,2%
Vous avez du mal à croire ses symptômes, (vous pensez qu'il les exagère ou qu'il fait semblant)	7,8%

Tableau 10 : difficultés et représentations dans la prise en charge des patients atteints de TSS en médecine générale

Enfin, 64,7% (n=33) des MG interrogées pensent que les patients atteints d'un TSS ont un syndrome dépressif associé.

Discussion :

I. Connaissances des MG du Nord sur les TSS :

Les MG installés dans le Nord ont de bonnes connaissances sur les troubles à symptomatologie somatique. De plus les MG ont intégré la notion de comorbidité de TSS avec un trouble organique. Ils ont également connaissance des critères de temporalité puisque 74,5% des médecins ont répondu qu'une durée des symptômes de 6 mois était nécessaire pour correspondre aux critères diagnostics. Enfin, la majorité des médecins interrogés ont répondu qu'il s'agissait d'un trouble à prédominance féminine. Seulement la majorité des répondants pense qu'un patient atteint de TSS est un patient qui a réalisé beaucoup d'examens complémentaires concernant un symptôme physique sans que ces examens ne mettent en évidence de lésions organique (qui pourrait expliquer la symptomatologie) ce qui ne place pas au premier rang la sémiologie mentale positive (avec l'anxiété et la focalisation excessive).

Cette enquête révèle que les connaissances des MG sur les TSS sont bonnes mais restent perfectibles. On ne retrouve pas dans la littérature d'étude qui s'intéresse à ce sujet précisément, cependant d'autres études portent sur les connaissances des MG sur les troubles psychiatriques.

Une étude qualitative réalisée auprès des médecins généralistes de Picardie en 2017 s'intéresse au ressenti des MG sur leurs connaissances personnelles des troubles psychiatriques, les réponses étaient relativement équilibrées entre bon, moyen et insuffisant, même si le nombre le plus important estimait avoir des connaissances moyennes. Les lectures médicales et l'expérience personnelle étaient les deux réponses les plus fréquentes concernant l'acquisition de ces connaissances. [29]

Il serait intéressant de connaître le pourcentage de MG qui suivent une formation médicale continue et participent à des formations de psychiatrie. Notre étude révèle que seulement 1 médecin généraliste interrogé a connaissance d'un outil diagnostique (comme une échelle diagnostic la SSD-12)

ce qui renforce l'idée que la formation continue et la mise à jour des connaissances sont perfectibles.

L'importance de l'amélioration de la détection et la prise en charge précoce des troubles psychiatriques en médecine générale est d'autant plus importante que le nombre de psychiatres décroît [28] et l'accès à des soins psychiatriques devient particulièrement difficile.

De nombreux outils sont à disposition du clinicien comme ceux proposés par **L'AESP** (association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique) créée en 2013. Ses principales missions sont la sensibilisation des étudiants et jeunes médecins à la sémiologie psychiatrique et le développement de nouveaux outils d'enseignement de la sémiologie en psychiatrie grâce à l'utilisation de médias innovants (vidéos 2D et 3D, applications smartphone, site Internet avec contenu en libre accès, etc.) [30]

Un autre outil a récemment été développé par l'équipe du CHRU de Lille, **Psychiaclic**, qui est un outil numérique à disposition des médecins généralistes afin de les aider dans le diagnostic et dans les prises en charges des troubles psychiatriques. En annexe 4 la page concernant les TSS

Par ailleurs la formation initiale lors des études de deuxième cycle ne comporte pas de stage obligatoire en psychiatrie, les compétences acquises sont seulement obtenues lors d'un examen au cours du deuxième cycle. Lors du troisième cycle des études médicales aucun semestre en psychiatrie n'est obligatoire, et à peine un praticien sur cinq a effectué un stage de psychiatrie au cours de sa formation initiale alors qu'il sera quotidiennement confronté à la souffrance psychique dans sa pratique. Il serait intéressant d'interroger les médecins généralistes à ce sujet, et leur souhait quant à une éventuelle formation ou stage obligatoire dans un service de psychiatrie durant leur formation initiale. La formation initiale diffère nettement d'une région à l'autre, le haut conseil en santé publique (HCSP) a émis des recommandations sur la formation et la communication à ce sujet suite au Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015.

Parmi ces recommandations, figurent notamment l'amélioration de la formation des médecins généralistes à la psychiatrie et à la santé mentale avec deux niveaux :

→ Formation initiale : un semestre de psychiatrie obligatoire dans le cadre de l'internat en médecine générale

→ Formation continue : dans le cadre du développement professionnel continu (DPC) qui doit être largement disponible, sous une forme adaptée, encadré pour la qualité scientifique de leur contenu. [31]

II. La prise en charge des patients atteints de TSS en soins primaire

Les connaissances des MG sont plutôt de bonne qualité sur les troubles psychiatrique ce qui contraste avec les difficultés qu'ils rencontrent en pratique, car 74,5% des médecins interrogés dans le cadre de notre étude ont répondu qu'ils étaient en difficulté face à des patients atteints de TSS.

La prise en charge semble adaptée aux recommandations selon notre étude car la majorité des répondants font l'annonce diagnostic en consultation de médecine générale et évoquent l'étiologie psychiatrique du trouble.

Cependant 23,5% des répondants n'ont jamais fait une telle annonce diagnostique. Les principales raisons de cette absence d'annonce sont le manque de connaissance des critères diagnostiques ainsi que les difficultés à aborder l'étiologie psychiatrique.

Cette situation ne semble pas spécifique des TSS puisque dans le cas de la dépression, il est démontré qu'en médecine de ville, moins d'une personne sur quatre souffrant de dépression et ayant consulté un médecin généraliste est diagnostiquée et traitée de façon appropriée. [34]

Notre étude révèle que 66% des médecins interrogés prescrivent un traitement psychotrope pour traiter un TSS, ce qui correspond aux données retrouvées dans la littérature. De manière comparable avec la prise en charge de la dépression en médecine de ville, 66% des médecins choisissent de prescrire des antidépresseurs (seuls ou avec des anxiolytiques ou hypnotiques) lors de cas fictifs de dépression qui leur ont été présentés [29]. Il sera intéressant de compléter l'étude en interrogeant les MG sur la classe

thérapeutique qu'ils privilégient dans les TSS (on sait par exemple ISRS sont efficaces dans les TFI, IRSN sont efficaces dans la fibromyalgie) afin d'évaluer si la prescription de psychotrope est justifiée et efficace.

Selon une étude, environ 1/3 des patients traités par des psychotropes n'ont pas de symptômes correspondant à un diagnostic psychiatrie [34], ce qui renforce l'idée de compléter la formation des MG à ce sujet et de les sensibiliser à la prescription raisonnée de psychotropes. Cette nécessité a été prise en compte grâce à la création de la rémunération sur objectif de santé publique (Rosp) créée en 2011. Elle se base sur 29 indicateurs de la pratique clinique, notamment avec un indicateur qui concerne la prescription de benzodiazépines, ainsi qu'un indicateur qui concerne la part des patients qui ont plus de 75 ans qui ne bénéficient pas d'une ALD pour troubles psychiatriques (ALD 23) et qui ont au moins 2 (ou plus de 2) psychotropes prescrit (hors anxiolytiques). Le résumé des indicateurs concernant la prescription de psychotropes dans les Rosp se trouvent en annexe 5. Cette mission est d'autant plus importante que le MG est le premier acteur de soins consulté en cas de trouble mental ainsi que le premier prescripteur. Selon le rapport de l'ANSM sur l'état des lieux de la consommation des benzodiazépines en France en 2012, près de 90% des prescriptions de benzodiazépines émanent de prescripteurs libéraux dont la plupart sont des médecins généralistes (90% d'entre eux) [35]. Or chez les patients atteints de TSS, les prescriptions de benzodiazépine doivent être réalisées de manière très encadrée du au risque des patients atteint de TSS de développer une addiction et la propension de développer des effets indésirables.

La France est un des pays d'Europe occidentale parmi lesquels la prévalence annuelle de consommation de médicaments psychotropes est une des plus élevées et le taux d'adressage vers des spécialistes de santé mentale le plus bas. Ce qui est à mettre en balance avec la prévalence des troubles psychique en France. La 5ème édition de l'observatoire-Place de la santé de la mutualité Française dresse un état des lieux de la santé mentale en France, selon cette étude les troubles psychiques touchent 1 français sur 5 chaque année.

Dans notre étude menée auprès des MG du Nord 86,2% des répondants déclarent adresser leurs patients atteints de TSS chez un psychologue ou un psychiatre, parmi eux la majorité déclarent les adresser après un délai de plusieurs mois.

Une étude menée en 2011 sur la prise en charge de la dépression en médecine de ville sur un échantillon de 2114 MG révèle que la majorité des médecins ont une opinion positive sur les psychothérapies et les jugent efficaces, mais ils soulignent plusieurs freins à leur accès, comme le non remboursement des consultations avec un psychologue ou un psychothérapeute, le délai trop long d'obtention avec un psychiatre, et la réticence des patients à suivre une psychothérapie [33].

III. Un intérêt important pour la création de réseau de santé :

Les réseaux de santé sont des regroupements pluridisciplinaires de professionnels de santé (médecins, infirmières) et d'autres professionnels (travailleurs sociaux, personnels administratifs, etc). Les réseaux de santé sont un appui à la coordination des soins, dans ce sens la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) a établi 3 priorités les concernant :

- Organiser et planifier le parcours de santé et le suivi du patient en situation complexe, en lien avec l'équipe de soins de premier recours.
- Apporter un appui aux différents intervenants (professionnels de santé de premier recours, sociaux, médico-sociaux, la famille) auprès du patient.
- Favoriser une bonne articulation entre la ville-hôpital (entrée-sortie d'hôpital) et avec les intervenants des secteurs sanitaire, médico-social et social.

En 2011 en France, on comptait 716 réseaux financés pour un montant de 167 millions d'euros par le Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins – FIQCS (devenu le Fonds d'Intervention Régional – FIR en 2012), et représentant environ 2500 professionnels (en équivalents temps plein). [37] Les réseaux de santé dans le nord sont très développés en ce qui concerne la gérontologie et les soins palliatifs : MAIIA, CLIC, Réseau santé Diamant ...

mais aussi dans le domaine de la cancérologie : Réseau Régional de Cancérologie Onco Haut de France.

En santé mentale il existe le Réseau Santé Solidarité Lille Métropole (RSSLM) qui coordonne les prises en charges médico-psycho-sociales et détermine les parcours de soins des personnes en situations de grande précarité. Au sein de ce réseau toutes les pathologies sont prises en charge (conduites addictives, traumatologie due à la violence, affections dermatologiques, ORL, maladies infectieuses qui résultent des conditions de vie). Le RSSLM facilite également l'orientation de ces patients vers des structures d'hébergement social.

Notre étude révèle que la grande majorité (92%) des MG interrogés sont intéressés par la création de réseau de santé pour les patients atteints de TSS afin d'améliorer la coordination et donc d'améliorer la prise en charge globale, limiter les examens cliniques inutiles et la iatrogénie.

Par ailleurs la création de réseau de santé permettrait d'assurer une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils seraient également efficaces sur le plan économique, du fait des économies potentiellement considérables sur les soins.

Suivant ce modèle il pourrait être intéressant de développer un réseau de santé dans le nord qui prendrait en charge de manière globale et coordonnée les patients souffrant de TSS, car l'accès aux soins psychiatriques est une problématique majeure en médecine générale.

Dans une étude menée en 2014 dans 14 régions de France métropolitaine et 2 départements d'Outre-mer sur la place de la santé mentale en médecine générale : 9 médecins sur 10 déclarent rencontrer des difficultés pour orienter un patient vers une prise en charge en santé mentale. Ils dénoncent essentiellement un manque de place pour les services en santé mentale et un délai d'attente beaucoup trop long (90%) [36]

Une convention signée en 2011 devait permettre de développer les partenariats entre les médecins traitants et les psychiatres par le biais d'une tarification spécifique pour les consultations réalisées sous 48H par un

psychiatre à la demande du médecin traitant. Cette mesure est très peu connue et très peu appliquée. [31]

IV. Représentations des MG sur les TSS :

Les représentations et croyances des MG peuvent être un vrai frein dans la prise en charge adaptée des TSS. Dans un premier temps notre étude révèle que les MG interrogés ne font pas d'annonce diagnostic car ils estiment ne pas avoir les compétences et craignent les réactions des patients face à l'évocation de pathologie psychiatrique. Cependant comme le décrit l'équipe de Pitron et al, mettre en avant la symptomatologie psychiatrique avec une explication simplifiée de la physiopathologie permet une meilleure adhésion du patient au diagnostic, et donc une meilleure prise en charge.

Dans un deuxième temps 74,5% des MG interrogés sont en difficultés dans la prise en charge, la principale raison est dans le fait qu'ils n'arrivent pas à soulager les patients avec les thérapeutiques habituellement utilisées en médecine générale, une faible proportion des MG interrogés remet en cause la véracité des symptômes des patients. Ces croyances sont à haut risque de mettre en péril la relation médecin- malade.

Dans une étude sur les croyances des MG sur les symptômes bio-médicalement inexplicables réalisée dans le cadre d'un travail de thèse en 2006 à l'université de Lyon grâce à des entretiens semi dirigés, l'auteur met en avant qu'il existe une contradiction entre la manière dont les médecins généralistes se représentent les « symptômes bio médicalement inexplicables » et ce qu'ils pensent pouvoir dire à leurs patients [38]. Les M.G. ont une approche biopsychosociale de ces patients mais il manque une dimension psycho-corporelle à leur prise en charge. De cette même étude, émerge le fait que le médecin généraliste se sent souvent impuissant face à ces patients ce qui leur donne une représentation négative. Ces données nous amènent à penser que le ressenti des MG dans la relation à leurs patients a des conséquences sur leur manière de les prendre en charge. Travailler sur ce ressenti, dépasser la remise en cause par ces patients de l'image qu'ils se font

de leur rôle, dépasser leur sentiment d'impuissance face à eux, est un enjeu pour améliorer la prise en charge de ces patients. [38]

V. Analyse du travail et réflexion méthodologique :

A. Choix du type d'étude

Le choix de réaliser un questionnaire pour mener cette étude était adapté à l'objectif principal de l'étude qui est une évaluation des connaissances et de la prise en charge d'une pathologie donnée en médecine générale. Les questions fermées à choix unique ou multiple ont permis la rapidité d'administration, et la reproductibilité des réponses. Nous avons fait le choix d'un questionnaire avec des questions fermées afin d'optimiser le taux de participation grâce à une durée de réalisation inférieure à 5 minutes et une facilité de réalisation pour les participants.

B. Biais

Comme dans toutes les études, les MG ayant répondu au questionnaire doivent avoir un intérêt pour le sujet plus grand que ceux qui n'y ont pas répondu, ce qui peut entraîner un biais de sélection dans les résultats qui portent sur les connaissances des MG. Par ailleurs l'échantillon n'est pas tout à fait représentatif de la population étudiée car il n'y a pas eu de répondant exerçant en milieu rural, ce biais est certainement dû au fait que la population de médecin exerçant en milieu rural est le plus souvent installé seul sans secrétariat présentiel (ce qui était un critère de recrutement). On peut penser que ce recrutement a eu un impact sur les réponses, les médecins en zone rurale ayant moins de facilité pour des recours à des avis de spécialiste.

C. Difficultés rencontrées

La principale difficulté rencontrée a été le recueil des données avec plusieurs relances téléphoniques auprès des secrétariats des cabinets médicaux, le choix du format papier a été fait pour faciliter l'accès au questionnaire mais rend plus probable les erreurs de transfert de données. Enfin la réalisation de cette étude pendant la période de pandémie n'a pas facilité les inclusions, du fait d'une surcharge importante de travail pour les MG et du peu de temps disponible à des études du type de celle proposée.

D. Limites du questionnaire

Il existe peu de données dans la littérature sur ce sujet, il a donc été difficile d'organiser un plan comportant des questions et des items pertinents.

Par ailleurs il serait intéressant de compléter ce travail en proposant un questionnaire avec des réponses ouvertes pour investiguer l'objectif secondaire, afin d'avoir une meilleure spontanéité des réponses et une richesse de contenu.

Conclusion

Cette étude a permis de mettre en avant en premier lieu les difficultés rencontrées en pratique par les MG du Nord dans la prise en charge des patients atteints de TSS, malgré de plutôt bonnes connaissances concernant les critères diagnostic et des modalités de prise en charge. Ce qui pose un vrai problème de santé publique car les TSS sont un motif de consultation très fréquent en médecine générale, dans notre étude 62,7% des répondants sont souvent confrontés à un patient atteint de TSS.

L'évaluation de la prise en charge dans notre étude est également révélatrice d'une prescription importante de psychotrope. De manière comparable avec la prise en charge de la dépression en soin primaire, ce qui renforce l'idée de compléter la formation des MG à ce sujet et de les sensibiliser à la prescription raisonnée de psychotropes. Cependant on peut remettre en question la compatibilité de l'exercice de médecine générale avec une prise en charge efficiente de ces patients.

Cette étude pourrait être la première phase d'une étude plus poussée à l'échelle nationale, qui évaluerait précisément comment les MG français prennent en charge les patients atteints de TSS afin de mettre en exergue les améliorations possible et compatibles avec la pratique en soin primaire, et de proposer une formation plus adaptée.

Elle met en avant également l'intérêt des MG pour la création de réseau de santé dédiés à la prise en charge spécifique de ces patients, qui serait une aide dans le diagnostic, la prévention et le soin de ces patients. De plus ils permettraient une coordination des soins ce qui est indispensable pour une prise en charge efficiente des patients atteints de TSS.

Références bibliographiques

[1] Micoulaud-Franchi JA, Lemogne C, Quilès C. Définition des troubles somatoformes : entre symptômes physiques et symptômes mentaux [Definition of somatoform disorders: somatic symptoms or mental symptoms?]. Rev Prat. 2019 Feb;69(2):197-204. French.

[2] Referentiel de psychiatrie et addictologie, 2021 3ème édition, Troubles à symptomatologie somatique et apparentée à tous les âges

[3] Pitron, V., et al. Troubles somatiques fonctionnels : un modèle cognitif pour mieux les comprendre. La revue de Médecine Interne, Vol 40, N°7, juillet 2019, p466-73.

[4] M.Rabhi, K.Ennibi, J.Chaari, F.Toloune. Les syndromes somatiques fonctionnels. La revue de médecine interne 2010

[5] Nathalie Chastan, Apport de la recherche dans les troubles à symptomatologie neurologique fonctionnelle. La revue du Praticien Vol.69, Février 2019

[6] Arthur J.Barsky. A comprehensive approach to the chronically somatizing patient. Journal of psychosomatic research Vol 45 1998

[7] Devriese S, Winters W, Stegen K, Van Diest I, Veulemans H, Nemery B et al. Generalisation of acquired somatic symptoms in response to odors: a pavlovian perspective on multiple chemical sensitivity. Psychosom Med 2000;62:751-9

[8] V. Le Goff-Cubilier, C. Bryois. Les troubles somatoformes : diagnostique et prises en charge. Revue Medicale Suisse avril 2006

[9] Afari, Niloofar PhD; Ahumada, Sandra M. BA; Wright, Lisa Johnson PhD; Mostoufi, Sheeva MS; Golnari, Golnaz MD ; Reis, Veronica PhD; Cuneo, Jessica Gundy PhD Traumatisme psychologique et syndromes somatiques fonctionnels, Médecine psychosomatique : Janvier 2014 - Volume 76

[10] Smith GR. The epidemiology and treatment of depression when it coexists with somatoform disorders, somatization, or pain (review). *Gen Hosp Psychaitry* 1992

[11] Rief, Winfried; Pilger, Florian; Ihle, Daniel; Verkerk, Robert; Scharpe, Simon; Maes, Michael (2004). Psychobiological Aspects of Somatoform Disorders: Contributions of Monoaminergic Transmitter Systems. *Neuropsychobiology*, 49(1), 24–29.

[12] C.Lemogne, V.Pitron, JY.Rotgé, F.Limosin, P.Cathébras. Quelle attitude face à un patient ayant un trouble somatoforme ? Reconnaître le caractère pénible, invalidant et non volontaire des symptômes. *La revue du praticien* Vol 69 Février 2019

[13] Henningsen P, Zipfel S, Sattel H, Creed F. Management of Functional Somatic Syndromes and Bodily Distress. *Psychother Phychosom*. 2018;87:12-31

[14] Déborah Lafargue. Les représentations et la prise en charge des patients atteints de fibromyalgie en médecine générale. *Sciences du Vivant [q-bio]*. 2017

[15] Briones-Vozmediano E, Öhman A, Goicolea I, Vives-Cases C. « The complaining women »: health professionals' perceptions on patients with fibromyalgia in Spain. *Disability and Rehabilitation*. 7 avr 2017;0(0):1- 7.

[16] . Blotman F, Thomas E, Myon E, Andre E, Caubere JP, Taïeb C. Awareness and knowledge of fibromyalgia among French rheumatologists and general practitioners. *Clin Exp Rheumatol*. oct 2005;23(5):697- 700.

[17]Docquir Camille, « Les symptômes médicalement inexplicés : précisions terminologiques, données épidémiologiques chez l'adulte et l'enfant, aperçu des contre-attitudes », *Bulletin de psychologie*, 2013/1 (Numéro 523), p. 61-75.

[18] Ring, A., Dowrick, CF., Humphris GM., Davies, J., & Salmon, P (2005). The somatising effects of the medical consultation: what patients and doctors say and do

not say when patients present medically unexplained symptoms. *Social Science & Medicine*, 1505-1515

[19] Grenn (L. A.), Fryer (G. E.), Yawn (B. P.), Lanier (D.), Dovey (S. M.).— The ecology of medical care revisited, *The New England journal of medicine*, 344, 26, 2001, p. 2021-2025.

[20] Emmanuelle Jung Wiggins. Patient souffrant de troubles somatoformes : évolution d'une prise en charge intégrée médico-psychiatrique et revue de la littérature. Université de Genève, 2000

[21] Fink P, Rosendal M, Toft T., Assessment and treatment of functional disorders in general practice, *Psychosomatics*. 2002 Mar Apr;43(2):93-131.

[22] Smith GR: The course of somatization and its effects on utilization of health care resources. *Psychosomatics* 35 : 263-267, 1994.

[23] Demondion B, Huguet A, Patrouillault C. Les troubles somatoformes : de la nécessité d'une prise en charge adaptée. *Revue médicale de l'assurance maladie* n°1 janvier-mars 2000

[24] Toussaint A, Murray AM, Voigt K, Herzog A, Griek B, Kroenke K, et al. Development and validation of the somatic symptom disorder-B criteria scale (SSD-12). *Psychosom Med* 2016 Jan; 78 (1):5-12

[25] Paul Frappé, initiation à la recherche Guide FAYR-GP du jeune chercheur 2^e Edition GM santé, 2018

[26] Mouillet E. La recherche bibliographique en médecine et santé publique – Guide d'accès. 2^e édition Paris : Elsevier, 2010

[27] Wolfe F, Anderson J, Harkness D, et al. A prospective, longitudinal, multicenter study of service utilization and costs in fibromyalgia. *Arthritis Rheum* 1997; 40:1560-70.

[28] Verdoux H. The current state of adult mental health care in France. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 1 mars 2007;257(2):64-70.

[29] Hernu C-Henri, Prise en charge psychiatrique en médecine générale et coopération entre médecins généralistes et psychiatres. Étude qualitative réalisée auprès de médecins généralistes du secteur de Saint-Quentin 2017, université de Picardie Jules Verne

[30] T Fovet, A Amad, P-A Geoffroy, N Messaadi, P Thomas. État actuel de la formation des médecins généralistes à la psychiatrie et à la santé mentale, L'information psychiatrique vol 90, N°5- mai 2014

[31] V Kovess-Masfety, M Barres, M Goldefy, M Melchior, J Piant, N Senecal, J-L Senon, C Berr. Organisation des soins en santé mentale : le rôle des médecins traitants. Changer de comportement vis-à-vis des patients ayant des troubles psychiatriques. La revue du praticien Vol 67_ Mai 2017

[32] Kovess-Masfety V, Saragoussi D, Sevilla-Dedieu C, et al. What makes people decide who to turn to when faced with a mentalhealth problem? Result from a French survey. BMC Public Health 2007; 7:188

[33] H Dumesnil, S Cortaredona, M Cavillon, F Mikol, C Aubry, R Sebbah, H Verdoux, P Verger. Prise en charge de la dépression en médecine Générale de ville. L'information psychiatrique Vol 90, N°5- Mai 2014

[34] Briffault X, Morvan Y, Rouillon F, Dardennes R, Lamboy B. Factors associated with treatment adequacy of major depressive episodes in France. Encephale 2009;36 (suppl 2): D59-72

[35] ANSM : État des lieux de la consommation des benzodiazépines en France, rapport d'expertise (janvier 2012)

[36] G Milleret, I Benradia, W Guicherd, J-L Roelandt. États des lieux. Recherche action nationale « place de la santé mentale en médecine générale ». L'information psychiatrique 2014 ; 90 : 311-7

[37] Guide méthodologique, améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ? Direction générale de l'offre de soin, octobre 2012

[38] Isabelle Brabant, Médecins généralistes et symptômes bio-médicalement inexpliqués, Université Claude Bernard Lyon 1, année 2006

Annexe 1 : lettre type du médecin ayant fait le diagnostic de TSS à l'ensemble des soignants impliqués dans la prise en charge

Cher(ère) collègue,

J'ai rencontré M/Mme X dans le cadre de [...] à la [sa] demande [de...]. Plusieurs médecins qu'il/elle a rencontrés lui ont dit que [...]. M/Mme X attribue les symptômes à [...]. Globalement, le tableau clinique présenté par M/Mme X est relativement typique d'un trouble somatique fonctionnel. Il nous a paru important de discuter avec M/Mme X de la physiopathologie de ce type de trouble et de la prise en charge pouvant être proposée.

Nous avons donc évoqué ensemble les modèles explicatifs actuels des troubles somatiques fonctionnels, basés sur le fait que toute sensation corporelle est construite par notre cerveau, même si cela est parfois difficile à appréhender. Nous avons notamment discuté du fait que notre cerveau utilise pour cela deux types d'informations, en provenance non seulement du système nerveux périphérique mais aussi de notre savoir préalable. Nos expériences passées et nos croyances amènent notre cerveau à prédire quelle sensation devrait survenir dans le contexte présent. Dans les troubles somatiques fonctionnels, l'anticipation par le cerveau que la sensation devrait survenir prend le pas sur le signal nerveux périphérique. Le symptôme est alors ressenti même en l'absence de lésion organique. Un dysfonctionnement cérébral contribue donc à la physiopathologie des troubles somatiques fonctionnels et l'apparition des symptômes est indépendante de la volonté du patient.

Le traitement spécifique des troubles somatiques fonctionnels s'articule autour d'une prise en charge cognitive et comportementale, qui vise à désensibiliser le cerveau vis-à-vis de ces sensations corporelles. Sur le plan cognitif, il s'agit d'aider le patient à questionner les croyances associées aux sensations corporelles. Sur le plan comportemental, il s'agit d'aider le patient à s'y exposer de nouveau graduellement, par exemple en [...]. Il est important que l'intensité des symptômes ne soit pas trop élevée lors des expositions pour que le patient puisse les tolérer jusqu'à observer leur décroissance spontanée.

Compte tenu du bilan déjà pratiqué, l'évolution naturelle des troubles ne présente pas de risque somatique majeur. Cependant, bien légitimement, M/Mme X reste préoccupé(e) par ses sensations corporelles. La poursuite du suivi médical est bien sûr recommandée mais en ayant soin de limiter autant que possible les consultations et examens paracliniques non programmés, ainsi que le recours aux services d'urgences ou à des médecins qui ne sont pas les référents du patient.

Je me tiens à votre disposition et à celle de M/Mme X.

Confraternellement,

Annexe 2 : The Somatic Symptom Disorder – B Criteria Scale A. Toussaint, A.M. Murray, K.Voigt, A. Herzog, B. Gierk, K.Kroenke, W. Rief, P. Henningsen, B.Löwe. (Traduction par Mathilde HORN, Ali AMAD, Thomas FOVET)

Les questions suivantes portent sur vos pensées et sentiments associés à vos symptômes physiques et sur la manière de les traiter dans la vie quotidienne.

Merci de lire attentivement tous les énoncés et vérifier ce qui vous convient le mieux :

	JAMAIS	RAREMENT	QUELQUEFOIS	SOUVENT	TRES SOUVENT
1. Je pense que mes symptômes physiques sont des signes d'une maladie grave (I).	<input type="checkbox"/>				
2. Je suis très inquiet au sujet de ma santé (II).	<input type="checkbox"/>				
3. Mes problèmes de santé me gênent dans la vie de tous les jours (III).	<input type="checkbox"/>				
4. Je suis convaincu que mes symptômes sont graves (I).	<input type="checkbox"/>				

5. Mes
symptômes me
font peur (II).

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

6. Mes
problèmes
physiques
m'occupent
presque toute
la journée (III).

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

7. Les autres
personnes me
disent que mes
problèmes
physiques ne
sont pas
graves (I).

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

8. Je crains que
mes
problèmes
physiques ne
s'arrêtent
jamais (II).

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

9. Mes soucis au
sujet de ma
santé prennent
toute mon
énergie (III).

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

10. Je pense
que les
médecins ne
prennent pas
mes
problèmes

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

physiques au
sérieux (I).

11. Je crains
que mes
symptômes
physiques se
poursuivent à
l'avenir (II).

12. En raison
de mes
problèmes
physiques, j'ai
peu de
concentration
pour d'autres
choses (III).

(I) = sous-critère I (aspects cognitifs) ; (II) = sous-critère II (aspects affectifs) ; (III) =
sous-critère III (aspects comportementaux)

French version of the SSD-12 adapted from the SSD-12 English version (Toussaint
et al. 2016).

Annexe 3 : questionnaire distribué auprès des MG du nord.

A/Données personnelles :

1- êtes-vous :

- un homme
- une femme

2- Depuis combien d'années exercez-vous la médecine générale ?

- depuis moins de 5 ans
- entre 5 et 10 ans
- depuis plus de 10 ans

3- Vous exercez la médecine générale dans une zone :

- urbaine
- rurale
- semi rurale

B/ Quelles représentation, ressenti avez-vous concernant les patients souffrant de trouble à symptomatologie somatique ?

4- Pour vous un patient qui souffre d'un trouble à symptomatologie somatique est (une ou plusieurs réponse(s)):

- un patient qui a réalisé beaucoup d'examen complémentaire concernant un symptôme physique, (et explorant de manière complète ce symptôme physique) cependant les résultats de ces examens complémentaires ne mettent pas évidence de lésion organique expliquant ce symptôme

un patient qui présente des angoisses excessives, une focalisation sur un symptôme physique ainsi que sur les résultats de ces divers examens complémentaires

5- A quelle fréquence êtes-vous confronté à des patients qui souffrent de ce trouble dans votre activité de médecine générale ?

- rarement
- souvent
- très souvent

6- Avez-vous l'impression d'être mis en difficulté avec les patients qui souffrent de ce trouble ?

- OUI
- NON

7- Si oui, pour quelle(s) raison(s) ?

- Le fait que le patient soit insistant dans la demande d'avis spécialisé et d'examen complémentaire qui ne sont pas justifiés
- le fait que vous n'arriviez pas à soulager le patient avec les thérapeutiques habituellement utilisées en médecine générale
- vous avez du mal à croire ses symptômes, (vous pensez qu'il les exagère ou qu'il fait semblant)

8- selon vous le sexe ratio des patients qui souffrent de ce trouble est plutôt en faveur ?

- du sexe féminin
- du sexe masculin

9- Diriez-vous qu'il s'agit souvent de patients qui souffrent d'un épisode dépressif associé ?

- OUI
- NON

10- Diriez-vous qu'un patient qui souffre d'un trouble à symptomatologie somatique puisse avoir une lésion organique en cause ?

- OUI
- NON

C/ En ce qui concerne le diagnostic des troubles à symptomatologie somatique :

11- Avez-vous déjà annoncé à un de vos patient qu'il souffrait d'un TSS au cours d'une consultation de médecine générale ?

- OUI
- NON

12a- Si oui, avez-vous évoqué l'origine psychiatrique de ce trouble à votre patient ?

- OUI
- NON

12b- Si non (à la question 11), pour quelle (s) raison(s) ?

- Vous pensez ne pas avoir les compétences pour annoncer un tel diagnostic
- Vous avez peur de ne pas réussir à expliquer ce trouble au patient
- Vous ne connaissez pas vraiment les critères
- Vous avez peur que la consultation dure trop longtemps

Vous avez peur que votre patient se vexe et change de médecin traitant car il juge que vous n'êtes pas capable de trouver ce qu'il a

13- Connaissez-vous un outil d'aide au diagnostic des TSS (comme une échelle par exemple) ?

- OUI
- NON

14- Selon vous, à partir de quelle durée des symptômes peut-on parler de TSS ?

- supérieure à 1 mois
- supérieure à 6 mois
- supérieure à 1 an

15- Selon vous, existe-t-il un lien entre le nombre de consultation en médecine générale par an et le diagnostic de TSS ?

- OUI
- NON

D/ En ce qui concerne l'orientation et la prise en charge de ces patients en soin primaire :

16- Instaurez-vous chez ces patients un traitement médicamenteux (antidépresseur, anxiolytique) pour traiter ce trouble spécifiquement ?

- OUI
- NON

17- Avez-vous l'habitude d'adresser ces patients vers un psychologue ou psychiatre ?

- OUI
- NON

18- Si oui dans quel délai ?

- au bout de quelques consultations, lorsque que vous pensez au diagnostic de trouble à symptomatologie somatique précocement (sans avoir prescrit d'examen para clinique)
- au bout de plusieurs mois, lorsque vous avez un doute sur la réalité de ces symptômes physiques
- au bout de plusieurs années, lorsque vous êtes désespéré avec un patient qui a de multiples symptômes mais qui a déjà bénéficié de nombreux examens sans avoir de diagnostic établi

19- Concernant ce trouble, pensez-vous qu'il y a un intérêt d'effectuer une prise en charge coordonnée entre la psychiatrie et la médecine générale ?

- OUI
- NON

20- Seriez-vous favorable à la création d'un réseau de soins qui permettrait la prise en charge coordonnée de ces patients ?

- OUI
- NON

Annexe 4 : Fiches concernant les TSS tirées du site internet www.psychiatic.fr

→ LES TROUBLES PSYCHIATRIQUES → TROUBLE À SYMPTOMATOLOGIE SOMATIQUE

ANXIÉTÉ, STRESS, TROUBLES AVEC SYMPTÔMES SOMATIQUES

Trouble à symptomatologie somatique



Dernière modification : 04.10.2021

Les troubles « somatiques fonctionnels », « somatoformes » ou « à symptomatologie somatique » sont des troubles mentaux dont la caractéristique principale est la prééminence de symptômes physiques associés à une détresse et à un handicap significatif.

Sémiologie

Le cadre nosographique du DSM-5 s'est simplifié en réduisant le nombre de troubles dans la catégorie des troubles à symptomatologie somatique et apparentés, et cela dans l'objectif de favoriser son usage par les médecins non psychiatres.

Ainsi, les troubles « somatisation », « douloureux » et « somatoformes indifférenciés », ainsi que l'« hypocondrie » en cas de symptômes physiques pénibles ou invalidants, sont désormais réunis dans le « trouble à symptomatologie somatique ».

Lorsqu'elle n'est pas associée à des symptômes physiques pénibles ou invalidants en eux-mêmes, l'hypocondrie devient la « crainte excessive d'avoir une maladie ».

Préoccupation marquée et une focalisation attentionnelle et émotionnelle sur son corps et les problèmes somatiques.

- attention excessive portée aux sensations viscérales et somatiques (avec des vérifications corporelles excessives)
- attribution à ces sensations d'une signification menaçante en ce qui concerne leur retentissement futur sur la santé (éventuellement associée à des interprétations catastrophiques)

Facteurs favorisants :

- exposition récente ou ancienne à une maladie non psychiatrique,
- dimension de personnalité anxieuse (névrosisme) ou alexithymique, c'est-à-dire ayant des difficultés à différencier son état émotionnel des sensations corporelles qui l'accompagnent et à exprimer de manière non somatique des états émotionnels désagréables,

Mécanismes comportementaux :

- évitement qui implique la multiplication des consultations et examens médicaux non psychiatriques, qui ont un effet non réassurant et renforçant sur les symptômes
- le statut de malade et l'attention d'autrui induits par les symptômes somatiques peuvent favoriser un mode d'interaction sociale qui procure, d'une certaine façon, aux patients des stratégies adaptatives pour obtenir le soutien des autres face à la détresse et au handicap généré par le trouble.

- ▶ Sémiologie
- ▶ Diagnostic positif
- ▶ Diagnostics différentiels
- ▶ Comorbidités
- ▶ Évaluation
- ▶ Conduite à tenir
- ▶ Références



L'absence de maladie non psychiatrique pouvant expliquer les symptômes physiques n'est plus un critère nécessaire pour qualifier ces troubles.

Trouble à symptomatologie somatique :

Ce trouble se caractérise par des pensées (avec anticipation des conséquences interprétées comme potentiellement catastrophiques), des émotions anxieuses (avec soucis, préoccupations, inquiétudes sur la santé) et des comportements (consultations, etc.) au sujet de signes et de symptômes somatiques qui sont mésinterprétés comme relevant exclusivement d'une maladie non psychiatrique potentiellement grave.

Crainte excessive d'avoir une maladie :

Ce trouble se caractérise par des pensées (avec anticipation de l'apparition d'une maladie grave), des émotions anxieuses (avec soucis, préoccupation, inquiétude sur la santé) et des comportements (consultations, etc.) en l'absence de signes et de symptômes physiques pénibles ou invalidants par eux-mêmes.

Trouble de conversion :

Ce trouble se caractérise par un ou des déficits moteurs ou sensoriels inexpliqués qui suggèrent la présence d'un trouble neurologique ou d'un trouble médical autre.

Des facteurs de **stress** peuvent être retrouvés mais pas nécessairement.

La caractéristique de ces troubles est qu'ils sont plus associés à des mécanismes de **dissociation** qu'à des **cognitions**, émotions et comportements anxieux.

Diagnostic positif

Il est préférable de ne pas annoncer le diagnostic comme un diagnostic d'élimination (« les examens n'ont rien trouvé, donc cela doit être... ») car cela le discrédite aux yeux du patient, suggère une hiérarchie de valeurs chez le praticien, ou renforce l'idée considérée comme insultante que « c'est dans la tête », « c'est psychosomatique ».

Il est également conseillé ne pas récuser un diagnostic auquel le patient et sa famille semblent adhérer (ex. fibromyalgie, côlon irritable) sauf s'il implique sans fondement un agent causal externe explicite (ex. « électro-sensibilité », « maladie de Lyme chronique », etc.).

Même dans ce cas, il convient de chercher à comprendre ce qui a conduit le patient à investir ce diagnostic.



La formulation diagnostique du TSS doit ainsi tenir compte des représentations du patient et de sa famille, de leur histoire clinique et de leur contexte de vie. Il doit être formulé de façon dynamique, mettant en avant le caractère évolutif, non figé de la symptomatologie.

CRITÈRES DSM5

- Sémiologie
- Diagnostic positif
- **Diagnostics différentiels**
- Comorbidités
- Évaluation
- Conduite à tenir
- Références

Diagnostics différentiels

Psychiatriques :

- Troubles factices / Syndrome de Munchausen (production intentionnelle de signes ou symptômes physiques ou psychologiques).
- Trouble psychosomatique (trouble médical non-psychiatrique objectivable dont la dimension psychologique est déterminante dans sa survenue et dans son évolution. (ex : maladie coronarienne, l'asthme, les eczémas, l'ulcère gastroduodéna...)).
- Troubles anxieux : Trouble anxieux généralisé, Trouble de l'adaptation, Trouble obsessionnel compulsif, Trouble panique,
- Trouble de **stress** post traumatique.
- Troubles de l'**humeur** : Trouble dépressif, Trouble bipolaire.
- Troubles psychotiques : schizophrénie, trouble délirant persistant.

Non psychiatriques :

- Eliminer une pathologie médicale non-psychiatrique pouvant expliquer la sémiologie.

Comorbidités

Psychiatriques :

- Trouble dépressif
- Troubles anxieux
- Troubles de la personnalité



Les comorbidités non-psychiatriques sont fréquentes.

Chez l'enfant, le trouble à symptomatologie somatique peut être comorbide du trouble du déficit de l'attention, du trouble oppositionnel avec provocation et de troubles des apprentissages.

Évaluation

Le trouble doit être nommé et le diagnostic posé.

Rechercher les comorbidités psychiatriques et notamment l'**urgence suicidaire**.

Conduite à tenir

Prise en charge pluridisciplinaire avec une bonne coordination des soins.

Quand orienter vers un psychiatre ?

- Besoin de confirmation du diagnostic
- Comorbidité psychiatrique avec signes de gravité
- En cas de potentiel suicidaire avéré ou suspecté

Traitement :

- Des comorbidités
- Traitement antidépresseur : ISRS
- Psychothérapies : thérapies cognitives et comportementales
- **Gestion du stress** et relaxation
- Soutien de l'entourage

Références

The *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.; DSM-5; American Psychiatric Association [APA], 2013).

Micoulaud-Franchi, J.-A., Lemogne, C., & Quiles, C. (2019). Définition des troubles somatoformes : Entre symptômes physiques et symptômes mentaux. *La revue du Praticien*, 69, 197-204.

Annexe 5 : Indicateurs issus des Rosp, tirées du site internet Ameli.fr

Rosp médecin traitant de l'adulte

- Enjeux
- **Indicateurs**
- Déclaration des indicateurs

Iatrogénie

Part des patients MT > 75 ans ne bénéficiant pas d'une ALD pour troubles psychiatriques (ALD 23) ayant au moins 2 (≥ 2) psychotropes prescrits (hors anxiolytiques)

Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Points
10 %	≤ 3 %	5 patients	35

Les médicaments psychotropes agissent sur le système nerveux central en modifiant certains processus cérébraux. Ils peuvent entraîner une dépendance et sont à l'origine d'une iatrogénie importante (chutes, confusions, sédation excessive, etc.), en grande partie évitable, car plus de la moitié des traitements ne seraient pas indiqués.

Sources :

- HAS :
 - Améliorer la prescription des psychotropes chez le sujet âgé (octobre 2007),
 - Comment améliorer la qualité et la sécurité des prescriptions de médicaments chez la personne âgée (septembre 2014) ;
- Afssaps : Prévenir l'iatrogénie chez le sujet âgé (2005) ;
- Expertise collective de l'Inserm sur les consommations de médicaments psychotropes, les mésusages et pharmacodépendances associés (2012).

Rosp médecin traitant de l'adulte

- Enjeux
- **Indicateurs**
- Déclaration des indicateurs

Part des patients MT ayant initié un traitement par BZD hypnotique et dont la durée de traitement est > à 4 semaines

Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Points
47 %	≤ 30 %	5 patients	35

Les benzodiazépines sont des médicaments très consommés : chaque année, 1 Français sur 5 consomme au moins une benzodiazépine ou une molécule apparentée. Ces médicaments, qui agissent sur le système nerveux central, peuvent présenter des risques (dépendance au médicament, lien entre la consommation de benzodiazépines et le risque de démence, dont la maladie d'Alzheimer).

Lorsqu'un traitement par benzodiazépine est réellement justifié pour traiter des troubles du sommeil, la Haute Autorité de santé (HAS) et l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) recommandent d'une part d'indiquer au patient, dès l'instauration du traitement, que la durée de prescription est limitée et, d'autre part, d'utiliser préférentiellement les substances d'action intermédiaire et sans métabolite actif (dites à « demi-vie courte ») car il existe un risque d'accumulation du médicament ou de ses métabolites lors de prises répétées.

Sources :

- HAS : Modalités d'arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés chez le patient âgé (octobre 2007) ;
- ANSM : État des lieux de la consommation des benzodiazépines en France, rapport d'expertise (janvier 2012).

Rosp médecin traitant de l'adulte

- Enjeux
- **Indicateurs**
- Déclaration des indicateurs

Part des patients MT ayant initié un traitement par BZD anxiolytique et dont la durée de traitement est > à 12 semaines

Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Points
19 %	≤ 9 %	5 patients	35

Lorsqu'un traitement par benzodiazépine est réellement justifié pour traiter des troubles anxieux, la HAS et l'ANSM recommandent d'indiquer au patient, dès l'instauration du traitement, que la durée de prescription est limitée et d'utiliser préférentiellement les substances d'action intermédiaire et sans métabolite actif (dites à « demi-vie courte ») car il existe un risque d'accumulation du médicament ou de ses métabolites lors de prises répétées.

Sources :

- HAS : Modalités d'arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés chez le patient âgé (octobre 2007) ;
- ANSM : État des lieux de la consommation des benzodiazépines en France, rapport d'expertise (janvier 2012).

AUTEURE : Nom : De Riedmatten

Prénom : Jeanne

Date de soutenance : 5 mai 2022

Titre de la thèse : Les troubles à symptomatologie somatique : enquête auprès des médecins généralistes du Nord

Thèse - Médecine - Lille Année 2022

Médecine Générale

Mots-clés : somatoforme, médecine générale, connaissance, réseau de santé

Résumé : Les troubles à symptomatologie somatique sont un problème de santé publique important en raison de leur prévalence, des coûts, et de l'invalidité psychique et sociale qu'ils engendrent. Le médecin généraliste est le spécialiste en première ligne. Nous nous sommes intéressés à l'évaluation des connaissances sémiologiques, diagnostic, et thérapeutiques des médecins généralistes du nord sur les troubles à symptomatologie somatique. L'intérêt est de faire émerger les limites dans la prise en charge de ces patients en soin primaire. Pour ce faire, une étude quantitative réalisée grâce à un questionnaire a permis de mener à bien ce projet.

Les médecins généralistes du nord ont de bonnes connaissances théoriques sur les troubles à symptomatologie somatique mais rencontrent des difficultés en pratique dans leur prise en charge. De plus ils présentent un intérêt important pour la création de réseau de santé.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN

**Assesseurs : Madame le Docteur Sabine BAYEN
Madame le Docteur Salima KAOUEL
Madame le Docteur Mathilde HORN**

Directeur de thèse : Madame le Docteur Mathilde Horn