



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2022

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Enjeux thérapeutiques dans la prise en charge des troubles à
symptomatologie somatique**

Présentée et soutenue publiquement le 21 Juin 2022 à 16 h

au Pôle Formation

par Caroline MOUMEN

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Renaud JARDRI

Assesseur :

Monsieur le Docteur Benjamin DELVAL

Directeur de thèse :

Madame le Docteur Mathilde HORN

AVERTISSEMENT

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

LISTE DES ABREVIATIONS

CHU	Centre Hospitalier Universitaire
DSM	Diagnostic and Statistical Manual
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem 10th Revision
ISRS	Inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine
IRSNa	Inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline
PEC	Prise en charge
TCC	Thérapie cognitivo-comportementale
TSPT	Trouble de stress post-traumatique
TSS	Trouble à symptomatologie somatique

LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES

Tableau 1: Critères du TSS selon le DSM-5

Tableau 2: Troubles à symptomatologie somatique, prise en charge par TCC

Tableau 3: Troubles à symptomatologie somatique, autres prises en charge

Tableau 4: Caractéristiques de la population sondée

Tableau 5: Pratiques professionnelles et perceptions

Tableau 6: Approche diagnostique

Tableau 7: Orientation et prise en charge

Figure 1: Flow Chart revue de la littérature

Figure 2: Orientation et conseils de prise en charge des troubles à symptomatologie somatique (TSS)

Figure 3: Intrication des soins physiques et psychiatriques dans la prise en charge des TSS

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	7
I- Définition du trouble à symptomatologie somatique	8
1. Définition du DSM-5	8
2. Critères de chronicité et de sévérité	9
3. Evolution du concept : du DSM-IV au DSM-5.....	9
II- Données épidémiologiques	10
III- Comorbidités psychiatriques	11
1. Syndrome dépressif et troubles anxieux	11
2. Etat de stress post-traumatique	12
3. Risque suicidaire	12
4. Troubles de la personnalité	12
5. Conduites addictives	12
IV- Hypothèses psychopathologiques	13
1. Le modèle cognitif	13
2. Approche émotionnelle	14
3. Mécanismes comportementaux	15
V- Pronostic	15
VI- Diagnostic et prise en charge	17
1. Echelles d'aide au diagnostic	17
2. Difficultés liées au diagnostic et à la prise en charge.....	17
2.1 Le médecin	18
2.2 Le patient	18
2.3 Les facteurs conceptuels et opérationnels	19
VII- Rationnel de l'étude	20
PREMIERE PARTIE : REVUE DE LA LITTERATURE SUR LA PRISE EN CHARGE DES TROUBLES A SYMPTOMATOLOGIE SOMATIQUE	22
I- Matériel et méthode	22
1. Sélection des articles	22
2. Flow Chart.....	24
II- Résultats	25
1. Caractéristiques des études sélectionnées.....	25
1.1 Types d'études	25
1.2 Critères de jugement principaux.....	25
1.3 Population étudiée	25
2. Synthèse des résultats.....	26

III- Discussion	38
DEUXIEME PARTIE : QUESTIONNAIRE SOUMIS AUX MEDECINS ET INTERNES DE SPECIALITE DU CHU DE LILLE.....	42
I. Méthode.....	42
1. Recrutement.....	42
2. Questionnaire.....	42
3. Diffusion.....	44
4. Analyse des données.....	44
II. Résultats	44
1. Caractérisation de la population.....	44
2. Pratiques professionnelles et perceptions.....	44
3. Approche diagnostique	45
4. Orientation et prise en charge	46
III. Discussion	52
TROISIEME PARTIE : PERSPECTIVES ET PROPOSITION DE PRISE EN CHARGE	56
I- Synthèse du travail.....	56
II- Causes d'orientation tardive en psychiatrie	56
III- Perspectives de prise en charge	58
1. Le rôle du spécialiste.....	58
2. Le rôle du psychiatre	60
3. Le rôle de la psychiatrie de liaison	61
3.1 Axes d'intervention.....	61
3.2 Filière de prise en charge sur le CHU	62
3.2.1 <i>La concertation pluridisciplinaire</i>	62
3.2.2 <i>La consultation psychiatrique d'évaluation</i>	62
3.2.3 <i>La proposition d'un plan de soins au patient</i>	63
3.2.4 <i>Perspectives d'amélioration</i>	64
4. Proposition d'intervention sur le CHU de Lille.....	64
CONCLUSION	67
TABLE DES ANNEXES.....	72
ANNEXE 1 : The Patient Health Questionnaire-15	72
ANNEXE 2: The Somatic Symptom Disorder – B Criteria Scale	73
ANNEXE 3 : Questionnaire de l'étude	74

INTRODUCTION

Chaque spécialité médicale a défini des critères diagnostiques de troubles « fonctionnels », c'est-à-dire de troubles pour lesquels aucune cause organique n'a été trouvée. Parmi les plus prévalents, on trouve la fibromyalgie en rhumatologie, le syndrome de fatigue chronique en médecine interne et le syndrome de l'intestin irritable en gastro-entérologie. Beaucoup d'autres ne sont pas catégorisés précisément. En psychiatrie, toutes ces pathologies sont regroupées en une seule catégorie initialement appelée dans le DSM-IV « trouble somatoforme » puis actuellement redéfinies dans le DSM-5 sous le terme de « trouble à symptomatologie somatique ».

Les troubles physiques non expliqués constituent une part importante des consultations chez le médecin généraliste et chez le médecin spécialiste. Le recours aux structures et aux services de soins est plus important pour les patients présentant ce genre de trouble que dans la population générale, avec une utilisation jusqu'à 6 à 14 fois plus importante.(1)

Les troubles à symptomatologie somatique représentent également un coût important dans les dépenses de santé. En 2010, ils comptent pour environ 2,6% des coûts européens totaux des prises en charge des pathologies neurologiques et psychiatriques, soit 21,2 milliards d'euros. En comparaison, la prise en charge des troubles de personnalité sur cette même période était de 27,3 milliards d'euros.(2)

A ce jour, on constate une difficulté par rapport au diagnostic et à la prise en charge thérapeutique de ces troubles notamment du fait de l'absence de consensus établi et de la disparité des définitions qui lui sont données.

Nous utiliserons l'abréviation « TSS » pour désigner les troubles à symptomatologie somatique tout au long de la thèse.

I- Définition du trouble à symptomatologie somatique

1. Définition du DSM-5

Selon le DSM-5, pour être posé, le diagnostic doit réunir des critères A, B et C :

<i>A. Un ou plusieurs symptôme(s) somatique(s) cause(s) de détresse ou entraînant une altération significative de la vie quotidienne.</i>
<i>B. Pensées, sentiments ou comportements excessifs liés aux symptômes somatiques ou à des préoccupations sur la santé suscitées par ces symptômes, se manifestent par au moins un des éléments suivants :</i> <i>1. Pensées excessives et persistantes concernant la gravité de ses symptômes</i> <i>2. Persistance d'un niveau élevé d'anxiété concernant la santé ou les symptômes</i> <i>3. Temps et énergie excessifs dévolus à ces symptômes ou aux préoccupations concernant la santé.</i>
<i>C. Bien qu'un symptôme somatique donné puisse ne pas être continuellement présent, l'état symptomatique est durable (typiquement plus de 6 mois).</i>

Tableau 1: Critères du TSS selon le DSM-5

La définition psychiatrique permet une expression spectrale assez étendue.

2. Critères de chronicité et de sévérité

Toujours selon le DSM-5, la chronicité est caractérisée par « *des symptômes sévères, un handicap marqué et une durée prolongée de plus de 6 mois* ».

Il existe trois niveaux de sévérité : léger si « *seul un des symptômes spécifiés au critère B est présent* », moyen « *si deux ou plus des symptômes spécifiés au critère B sont présents* », et enfin sévère si « *deux ou plus des symptômes spécifiés au critère B sont présents associés à des plaintes somatiques multiples ou à une plainte somatique sévère* ».

3. Evolution du concept : du DSM-IV au DSM-5.

Le psychiatre David J. Kupfer a dirigé les travaux de révision du DSM concernant les troubles somatoformes. Les modifications sont majeures et les définitions ont été profondément réfléchies et remaniées.

Le DSM-IV décrivait les troubles somatoformes comme des atteintes physiques pour lesquelles aucune cause organique n'a pu être retrouvée avec des examens complémentaires revenus négatifs. Ils étaient souvent retrouvés dans la littérature sous le terme de « MUPS », « Medical Unexplained Physical Symptom ».

Ils étaient ainsi mal catégorisés, ne faisant parti ni de la médecine physique puisqu'aucune lésion n'expliquait le trouble, ni de la psychiatrie puisque non définis selon des symptômes psychiatriques. L'approche était également stigmatisante pour le patient puisque par définition malgré la symptomatologie qu'il présentait, « il n'y avait rien » pour l'expliquer.

Le remaniement radical de la définition avait plusieurs objectifs que nous décrivons ci-dessous.

La définition actuelle met en avant la souffrance psychique et les angoisses excessives d'un sujet par rapport à sa santé associées à la présence d'un symptôme physique. L'approche est désormais centrée sur des critères cognitifs, émotionnels et comportementaux. La notion d'absence d'explication du trouble n'apparaît plus dans la définition, permettant de ce fait de réduire l'incertitude du diagnostic qu'il pouvait y avoir jusqu'à présent. Il se traduit dès lors par une symptomatologie positive, permettant une déstigmatisation et le repositionnement du trouble dans le champ de la psychiatrie. Une pathologie somatique peut être comorbide dans la nouvelle définition mais n'expliquera pas la symptomatologie physique à elle seule et une préoccupation excessive y sera associée.(3) Cela permet ainsi de limiter la dichotomie selon laquelle une maladie non expliquée physiquement doit nécessairement avoir une cause psychologique.

Par ailleurs, dans les troubles apparentés, le terme stigmatisant d'« hypochondrie » a été supprimé et remplacé par la « crainte excessive d'avoir une maladie ». Le terme de « trouble de conversion » correspond désormais à « trouble à symptomatologie neurologique fonctionnelle ».

II- Données épidémiologiques

La prévalence du TSS est très variable et difficile à estimer car ce trouble reste assez peu recherché. Il semble cependant répandu dans la population générale et concernerait 20% des patients qui consultent en médecine générale.(4) La littérature

retrouve une prévalence d'environ 5 à 7% de TSS dans la population générale selon les critères du DSM-5.(3) Si le diagnostic est retenu à partir de questionnaires objectivant le trouble, ce chiffre passe à 12,8 %.(5) Le trouble peut apparaître à tout âge de la vie, de l'enfance à l'âge adulte. La prévalence diminue après l'âge de 65 ans. Il prédomine chez les femmes avec un sex-ratio F/H qui serait compris entre 1,5(4) et 10(6) selon les études.

III- Comorbidités psychiatriques

1. Syndrome dépressif et troubles anxieux

Kroenke et al (1994), ont montré que chez les patients présentant des symptômes physiques inexplicables, la prévalence du trouble de l'humeur et du trouble anxieux est corrélée au nombre de symptômes physiques rapportés. Le syndrome dépressif est plus prévalent que le trouble anxieux.(7)

Selon une étude observationnelle rétrospective réalisée sur une cohorte américaine, les sujets pour lesquels un diagnostic de TSS a été posé une fois au cours de leur vie ont entre 3 et 4 fois plus de risque de développer un trouble anxieux ou un syndrome dépressif que la population générale.(8)

Sur une cohorte allemande de 4074 sujets adultes majeurs, environ 35% des sujets ayant présenté un diagnostic de TSS à prédominance douloureuse dans l'année ont présenté un trouble anxieux sur la même période.(9)

2. Etat de stress post-traumatique

L'exposition à un évènement de vie traumatique a été identifiée comme étant un facteur de risque de développer un trouble somatoforme tel que défini par le DSM-IV.(10) Une autre cohorte allemande a suggéré une association importante entre état de stress post-traumatique et trouble à symptomatologie somatique. En effet, elle a montré une prévalence de 27% de TSS chez les sujets ayant un diagnostic de TSPT posé.(11)

3. Risque suicidaire

Le TSS est un facteur de risque indépendant de passage à l'acte suicidaire.(12) Les perceptions dysfonctionnelles de la maladie sont indépendamment liées à la présence d'idées suicidaires dans cette population.(13)

4. Troubles de la personnalité

Il n'y a pas à ce jour de trouble de la personnalité ayant été identifié comme favorisant l'apparition d'un TSS. Certains troubles ont cependant été retrouvés comme étant comorbides. La prévalence de trouble de personnalité borderline chez les sujets présentant un TSS est de 14%. La prévalence de TSS chez les sujets présentant un diagnostic de personnalité borderline est de 30%.(14)

5. Conduites addictives

Une revue de la littérature met en avant des résultats contradictoires selon les études sur l'association entre TSS et consommation d'alcool. Sur cette même cohorte

allemande de 4074 sujets est notamment mis en avant une corrélation entre trouble de l'usage de l'alcool et trouble somatoforme selon les critères du DSM-IV avec une prévalence plus importante de trouble somatoforme chez les patients présentant une consommation quotidienne d'alcool plus importante.(15)

IV- Hypothèses psychopathologiques

1. Le modèle cognitif

Le modèle le plus récent pouvant expliquer la survenue des TSS a été décrit par Pitron et al en 2019.(16) Ils s'appuient sur les théories cognitivistes du conditionnement de Pavlov et Skinner associées à un modèle de probabilité bayésien. Selon eux, une perception dépend du stimulus physiologique induit par les signaux nerveux périphériques, associé aux informations contextuelles interprétées par le sujet. Le ressenti corporel va ainsi dépendre en partie d'une interprétation du sujet et d'un calcul de risque de survenue de la perception la plus probable selon la situation. Une perception corporelle normale dépend donc d'un équilibre entre le stimulus physiologique et cette anticipation cognitive. Au contraire, dans le TSS, on retrouve un déséquilibre entre ces deux éléments. Une prédiction cognitive trop importante en faveur de l'apparition du symptôme secondaire à des cognitions erronées ou des biais cognitifs va entraîner son apparition au détriment des signaux nerveux. Ainsi, la survenue du symptôme est secondaire à une anticipation cognitive exagérément forte, et ne serait donc pas secondaire à des troubles de la perception du stimulus physiologique.

Ce modèle permet de proposer une hypothèse physiopathologique aux TSS, et notamment lorsque ceux-ci sont secondaires à une lésion préexistante ou concomitants à une lésion organique n'expliquant pas à elle seule le symptôme physique. Par exemple un sujet souffrant d'ulcère aura des douleurs abdominales à distance des repas. Après la disparition de cet ulcère, la distance au repas sera associée à une douleur abdominale par apprentissage et anticipation cognitive entraînant à terme un trouble fonctionnel intestinal par conditionnement aversif. Ce phénomène est inconscient et le sujet n'a pas toujours le souvenir de la lésion initiale.(16)

Par la suite plusieurs mécanismes peuvent venir entretenir le trouble. La théorie cognitive se base sur le principe que la réalisation de la perception anticipée (douleur ou symptôme physique) va agir comme une « prophétie autoréalisatrice »(16) et va alimenter les fausses croyances concernant la forte probabilité qu'elle se reproduise de nouveau. D'autres théories suggèrent qu'il pourrait s'agir d'un mécanisme de défense à des événements de vie stressant ou qu'il pourrait y avoir des facteurs entretenant au trouble, engendrant son maintien.(17) (8)

2. Approche émotionnelle

Des études ont montré que l'activation du gyrus parahippocampique objectivée par l'IRM fonctionnelle qui permet la mémorisation des émotions est moins importante chez les sujets souffrant de TSS que les sujets sains.(18) Cela suggère l'hypothèse d'une alexithymie plus fréquemment retrouvée chez ces sujets avec un déficit de la reconnaissance et de l'expression des émotions associées à plus de stratégies d'échappement et d'évitement. L'activité physiologique induite par l'extériorisation

émotionnelle se traduit alors par des sensations corporelles.(18) Chez les patients souffrant de trouble à symptomatologie somatique, l'alexithymie est également associée à la présence de plus de symptômes physiques.(19) Cette théorie reste cependant controversée par d'autres études qui suggèrent au contraire que les patients souffrant de TSS ont une plus grande expression émotionnelle que les sujets sains et que la symptomatologie physique serait un mode d'expression de ces émotions. L'alexithymie est dans ces situations considérée comme un mécanisme d'adaptation à des émotions négatives trop importantes, comme dans le trauma.(8)

3. Mécanismes comportementaux

Parmi les répercussions comportementales identifiées, on retrouve principalement l'utilisation massive des soins et le recours important aux examens médicaux. Les soins sont souvent jugés non rassurants par le patient et agissent comme facteur de maintien. En effet, l'insatisfaction vis-à-vis des soins est associée à l'augmentation de la sollicitation des soins, à la recherche de meilleurs conseils.(17) Les autres mécanismes impliqués sont l'apparition de comportements réactionnels au trouble et responsables d'un fort impact fonctionnel avec une baisse des activités habituelles, pouvant engendrer une souffrance morale.

V- Pronostic

Les études épidémiologiques établissant un pronostic sont rares. On trouve cependant que 20% des TSS persistent après 5 ans d'évolution.(20)

Parmi les facteurs de moins bon pronostic on retrouve la sévérité ou la multiplicité des atteintes physiques, la présence d'une répercussion fonctionnelle importante ou d'un impact au quotidien sur la qualité de vie, la présence d'une comorbidité psychiatrique associée.(21) L'évolution est d'autant plus favorable que les troubles évoluent depuis moins longtemps et que la prise en charge est précoce. Une prise en charge psychothérapeutique pour un trouble évoluant depuis moins de 7 ans a plus de chance de réponse qu'un trouble évoluant depuis plus de 7 ans. (22)

Le score SF-36 (« *Short Form (36) Health Survey* ») est un score calculé sur la base d'un auto-questionnaire composé de 36 questions courtes explorant la qualité de vie et l'état général. Un score SF-36 plus élevé est associé chez ces patients à un meilleur pronostic.(23)

Par ailleurs, une étude récente suggère un pronostic similaire entre une symptomatologie d'origine fonctionnelle et cette même symptomatologie d'origine organique. Ainsi, en comparant l'évolution d'un trouble moteur à type de faiblesse d'un membre d'origine fonctionnelle à ce même symptôme ayant une origine organique les pronostics sont similaires avec un taux de rémission comparable, de même que le niveau d'anxiété et de dépression dans les deux groupes. Le niveau de handicap physique déclaré est en revanche supérieur dans le groupe à étiologie fonctionnelle. Le niveau de mortalité n'est pas similaire en faveur du groupe TSS.(23)

Enfin, l'acceptation du diagnostic même est un facteur de meilleur pronostic. Ce critère a été retrouvé dans une cohorte d'adolescents, pour lesquels est constaté 20 fois plus de chance de rémission chez les patients dont la famille avait accepté le diagnostic.(24)

VI- Diagnostic et prise en charge

1. Echelles d'aide au diagnostic

Des échelles d'orientation diagnostique scientifiquement validées, telles que la PHQ-15 (« *Patient Health Questionnaire-15* »)(25), la SSS-8 (« *Somatic Symptom Scale-8* »)(26) et la SSD-12 (« *Somatic Symptom Disorder- B Criteria Scale* »)(27) peuvent être soumises au patient sous forme d'auto-questionnaire. La PHQ-15 explore la présence de 15 symptômes physiques sur les 4 dernière semaines. La SSS-8 en est une version abrégée. La SSD-12 explore au travers de 12 questions les pensées et sentiments associés aux symptômes physiques. Toussaint et al (2019) ont montré que l'utilisation combinée de la PHQ-15 ou de la SSS-8 avec la SSD-12 permet d'améliorer la précision du diagnostic. Un score ≥ 9 pour la PHQ-15 associé à un score ≥ 23 pour la SSD-12 est un argument supplémentaire validant le diagnostic (sensibilité 69%, spécificité 70%). Un score ≥ 15 pour la PHQ-15 associé à un score ≥ 25 pour la SSD-12 établit un score de sévérité importante.(28)

2. Difficultés liées au diagnostic et à la prise en charge

Une revue de la littérature réalisée en 2016(29) a étudié les barrières potentielles pouvant entraver la démarche diagnostique et la prise en charge des TSS . Elle classifie les barrières en modifiables et non-modifiables. Les barrières modifiables sont inhérentes aux patients, au médecin ou aux facteurs démographiques. Les barrières non-modifiables sont conceptuelles, opérationnelles ou secondaires à des contraintes dans la pratique médicale.

2.1 Le médecin

Parmi les facteurs liés aux médecins, on retrouve les difficultés à communiquer avec le patient, la conception prédominante de la maladie intégrée dans un modèle biomédical, une attitude inappropriée envers le patient, une perception erronée des croyances et attentes du patient, un manque de connaissance concernant ces troubles ou enfin un manque de confiance par rapport à son diagnostic.(29)

La iatrogénie des soins est un facteur majeur d'entretien du trouble. Une étude datant de 1992(30) a montré que les prises en charge chirurgicales et les traitements médicaux sont aussi fréquemment utilisés chez les sujets présentant un symptôme avec cause organique retrouvée que chez les sujets chez lesquels il n'est retrouvé aucune cause. Chez ces derniers, la chirurgie est inefficace dans 75% des cas et les traitements médicaux sont infructueux chez les deux tiers des patients. En plus de l'échec de la thérapie engagée entretenant le trouble est mis en avant le risque d'effet indésirable qui y peut être lié avec l'apparition de nouveaux symptômes associés.(30)

2.2 Le patient

Parmi les facteurs liés au patient, on retrouve la crainte d'une pathologie sévère et le sentiment de ne pas être écouté par son médecin, un discours pouvant être orienté avec des demandes d'examens particuliers donnant une impression de perte de contrôle dans la prise en charge au médecin, le refus de la composante psychologique à leur trouble.(29)

2.3 Les facteurs conceptuels et opérationnels

Parmi les facteurs conceptuels et opérationnels on retrouve des critères diagnostiques peu clairs et peu uniformisés, des outils de diagnostic imparfaits, une conception médicale du trouble erronée ou biaisée et un manque de temps lors des consultations.(29)

VII- Rationnel de l'étude

Actuellement plusieurs constats alimentent des interrogations par rapport à la prise en charge de ces troubles.

Bien que désormais entièrement classé dans les pathologies psychiatriques, il s'agit d'un trouble rencontré en premier lieu en médecine générale ou en médecine de spécialité. Sur le terrain, on retrouve peu de patients présentant un TSS dans les consultations de psychiatrie. L'enjeu est d'amener ces patients vers les soins psychiatriques, qui sont référents dans la prise en charge de ces patients.

Parallèlement la problématique de l'approche nosographique est importante puisque les spécialistes et les généralistes n'utilisent pas les mêmes critères diagnostiques que les psychiatres qui se basent sur le DSM. De plus, l'ancienne définition est encore souvent utilisée et reste ancrée dans les mémoires y compris dans le milieu psychiatrique. Le TSS semble encore souvent assimilé à un trouble pour lequel aucune cause organique n'a été trouvée.

Par ailleurs, la prise en charge qui n'est pas protocolisée, est souvent source de difficultés ou d'indécision. Il n'existe pas à ce jour de recommandations ni de consensus sur lesquels il serait possible de se baser.

Enfin on retrouve des situations de chronicisation avec des complexifications des prises en charge aussi bien d'un point de vue somatique que psychiatrique, notamment dans le milieu hospitalier.

Partant de tous ces constats, la problématique de ce travail est d'identifier les difficultés rencontrées par les médecins spécialistes confrontés à ce genre de trouble plus spécifiquement sur le CHU de Lille et de proposer une prise en charge pour ces

patients, dans l'objectif de permettre une orientation plus précoce vers les soins psychiatriques.

Une partie théorique sera consacrée à une revue de la littérature des prises en charge décrites dans la littérature. Une seconde partie sera consacrée à un questionnaire soumis aux médecins du CHU de Lille et aux internes lillois permettant d'appréhender la perception de ces troubles par le corps médical et les difficultés de prise en charge rencontrées. Enfin la dernière partie décrira des perspectives de prise en charge de ces troubles.

PREMIERE PARTIE : REVUE DE LA LITTERATURE **SUR LA PRISE EN CHARGE DES TROUBLES A** **SYMPTOMATOLOGIE SOMATIQUE**

Nous avons choisi de réaliser une revue de la littérature visant à explorer les prises en charge existantes et étudiées des troubles à symptomatologie somatique.

I- Matériel et méthode

1. Sélection des articles

L'algorithme de recherche est le suivant : (« Somatoform disorder » OR « Somatic symptom disorder ») AND (psychotherapy OR medication OR management OR treatment). Les moteurs de recherche sont Pubmed, et Science direct.

Les critères d'inclusion étaient :

- Article accessible en texte intégral
- Article original excluant les revues de la littérature.
- Pas de limite de dates
- En français ou en anglais
- Etude incluant des patients présentant des troubles somatoformes selon la CIM ou le DSM de tout âge.

Les critères d'exclusion étaient :

- Article traitant des CNEP (crises non épileptiques psychogènes)
- Article traitant des troubles factices
- Article traitant de la dysmorphophobie

- Article traitant de la crainte excessive d'avoir une maladie
- Article pour lequel le diagnostic de trouble à symptomatologie somatique n'était posé ni selon les critères des DSM-IV ou 5, ni selon les critères de la CIM-10 ou 11.

La recherche sur Pubmed a donné 159 résultats et a permis de sélectionner 38 articles sur le titre. La recherche sur Science direct a donné 253 résultats avec seulement 4 articles sélectionnés sur le titre. Après retrait des 2 doublons, 40 articles étaient éligibles.

Après lecture en texte intégral, 26 articles ont été secondairement retirés pour multiples raisons :

- 7 étaient hors sujets et ne concernaient pas la prise en charge.
- 4 concernaient des programmes de formation pour les médecins concernant la prise en charge des troubles à symptomatologie somatique.
- 8 étaient des protocoles d'une étude sans les résultats mais 2 des articles publiant les résultats ont pu être trouvés et inclus.
- Lorsque plusieurs articles concernaient la même étude à différentes périodes de suivi, seul l'article le plus récent a été conservé.
- Dans 6 articles, le diagnostic de trouble à symptomatologie somatique n'était posé ni à partir du DSM-IV ou 5 ni à partir de la CIM-10 ou 11.

2 articles présents dans les bibliographies ont été rajoutés secondairement.

Au total, 16 articles ont été inclus.

2. Flow Chart

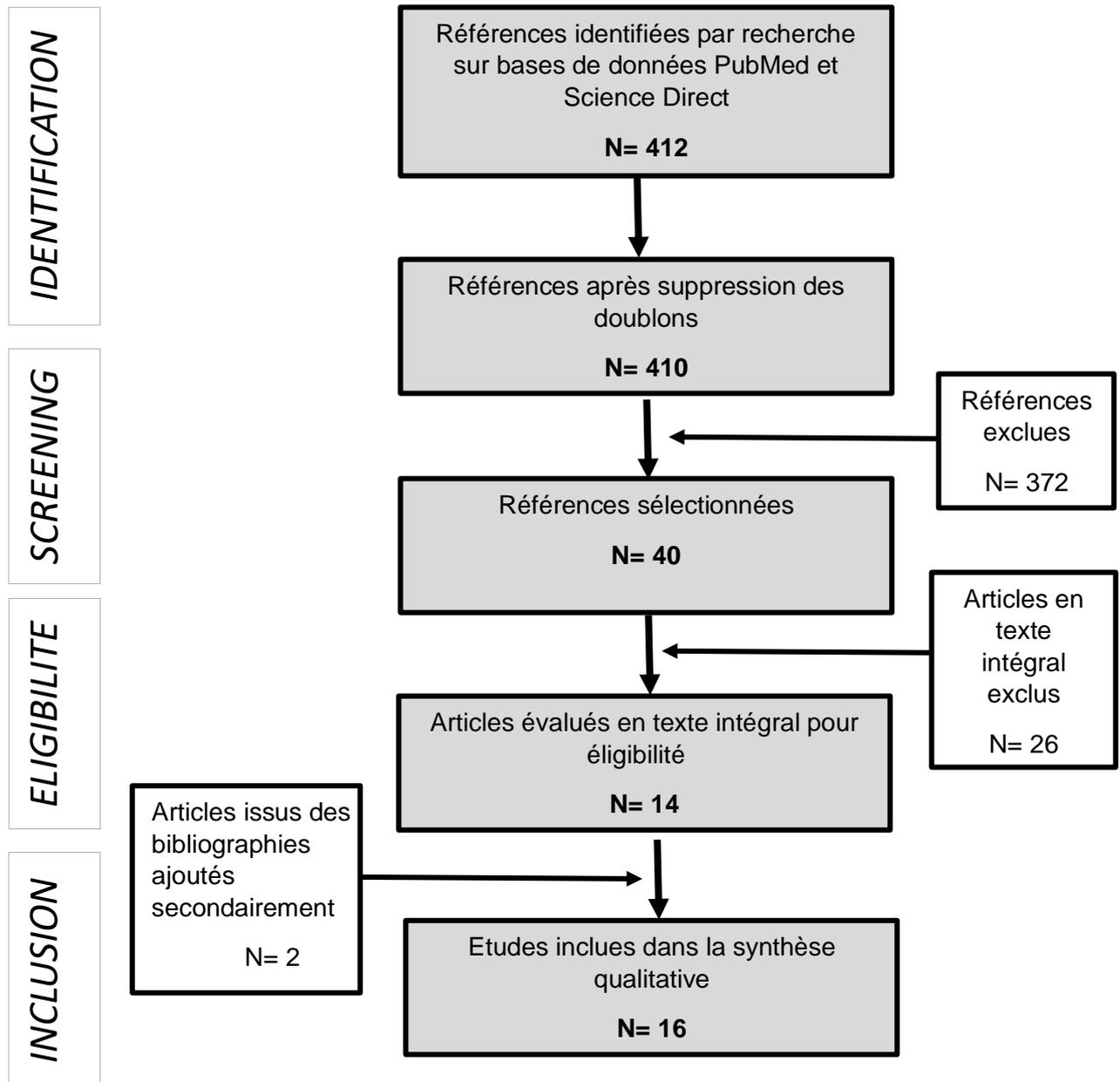


Figure 1: Flow Chart revue de la littérature

II- Résultats

1. Caractéristiques des études sélectionnées

1.1 Types d'études

Douze sont des études contrôlées et randomisées et une est une étude contrôlée non randomisée, comparant l'effet d'une thérapie ou d'un traitement versus les soins usuels, définis soit comme une consultation de psychiatrie soit comme la prise en charge du médecin généraliste et/ou du médecin spécialiste. Deux des études sont des études de cohortes prospectives. Enfin, une des études est une étude de cohorte rétrospective.

1.2 Critères de jugement principaux

Les critères de jugement sont assez hétérogènes selon les études. Sont évalués la présence d'une symptomatologie somatique, son intensité, son impact fonctionnel, sa sévérité ou la qualité de vie associée.

1.3 Population étudiée

Quatorze des études concernent des patients de 18 à 65 ans. Une étude concerne les enfants et adolescents entre 8 et 16 ans. Et enfin une étude concerne les sujets âgés de plus de 60 ans avec un âge médian de 70 ans. Plus de 70% de la population étudiée dans ces études sont des femmes. La durée moyenne ou médiane des symptômes n'est pas connue pour toutes les études. Le diagnostic de TSS est posé soit selon les critères du DSM-IV ou du DSM-5, soit selon les critères de l'ICD-10, selon les critères d'inclusion.

2. Synthèse des résultats

Dix des seize études incluses dans cette revue explorent l'effet de la thérapie cognitivo-comportementale (ou TCC) sur les TSS avec un bon niveau de preuve. La cohorte étudiée regroupe 40 patients de 8 à 16 ans, 660 patients de 18 à 65 ans et 9 patients de plus de 65 ans, soit un total de 709 sujets avec un âge moyen de 42,3 ans. Ces études montrent toutes l'efficacité de la TCC que ce soit sur la fréquence, l'intensité, la sévérité des symptômes physiques ou encore sur le bien-être, la qualité de vie et enfin l'impact fonctionnel physique. La durée de la thérapie est variable, pouvant aller de 6 à 16 séances.

Parmi ces dix études, huit explorent l'effet de la TCC chez une population majeure de 18 à 65 ans.

L'étude de Warner et al(31) explore l'intérêt de la TCC chez des enfants et adolescents de 8 à 16 ans souffrant d'une atteinte fonctionnelle gastroentérologique. Il a été montré une réduction de l'incapacité fonctionnelle et une réduction de l'anxiété de manière générale. La thérapie comporte 15 séances dont 12 individuelles et 3 avec l'enfant accompagné par ses parents. Cette approche reçoit par ailleurs une bonne acceptabilité en pré et en post-intervention tant par les enfants que les parents.(31)

Enfin, Verdurmen et al ont montré à travers une étude pilote l'effet de la thérapie sur une population plus âgée de 9 sujets, sur l'intensité et l'impact de douleurs dans le cadre de syndromes douloureux installés depuis moins de 1 an.(32)

Six des études ont montré la persistance des bénéfices retrouvés à 12 mois de suivi et une des études à 6 mois.

Deux des études se penchent sur les modalités de la psychothérapie. Dans la recherche de Moreno et al(33), il est montré que la TCC individuelle aurait de meilleurs

résultats en post-intervention, à 6 et 12 mois que la TCC de groupe. Une autre étude a cherché à explorer l'effet d'une consultation unique de conseils, basée sur les principes de la TCC. Il n'y avait pas de résultat probant sur l'intensité des symptômes physiques mais cependant, un effet bénéfique a été retrouvé sur l'impact fonctionnel de l'atteinte physique.(34)

Parmi les modalités et les cibles de la TCC qui ont été étudiées, on retrouve la proposition de Zonneveld et al, qui en 2012 décrivent précisément les 13 séances de la thérapie TCC dont l'efficacité a également été prouvée dans leur étude.(35) La ligne de base utilisée pour prouver l'efficacité de la thérapie est le bien-être physique et mental à travers une échelle en auto-questionnaire (SF-36).

La première séance permet de définir l'objectif personnalisé du patient à l'issue de la thérapie. Les séances suivantes s'articulent ensuite autour de plusieurs techniques. La dernière séance permet de rediscuter des techniques utilisées et de leur applicabilité seul au domicile en prévention des rechutes.

Parmi les techniques utilisées, l'approche comportementale comprend de la psychoéducation ainsi que la détermination et le remplacement des comportements nocifs ou à risque par des comportements bénéfiques. L'approche émotionnelle est constituée d'une psychoéducation autour de la reconnaissance des émotions et des sensations physiques qui s'y rapportent, la gestion de ces conséquences physiques quand elles sont identifiées par des techniques de respiration et sur une exposition aux sensations corporelles désagréables ou anxiogènes. L'approche cognitive est basée sur de la restructuration cognitive. Elle permet notamment de travailler sur les distorsions cognitives liées aux symptômes physiques, sur les exigences du patient vis-à-vis des soins et sur les pensées catastrophistes en rapport au trouble. Elle

s'articule autour du modèle ABC d'Ellis pour l'analyse et la suppression des croyances irrationnelles.(35)

Enfin, toujours concernant la TCC, l'étude rétrospective de Zonneveld et al(35) explore les facteurs prédictifs d'une meilleure réponse de cette thérapie à court terme. On trouve notamment l'existence de moins d'éléments de personnalité pathologique, la présence d'antécédents psychiatriques et enfin une meilleure qualité de vie associée à la santé mentale.

Parmi les autres prises en charge étudiées, on retrouve l'efficacité de la prise en charge médicamenteuse avec un traitement par Paroxétine à la dose moyenne de 20 mg par jour. Les résultats montrent une réduction de la sévérité des symptômes physiques avec une réduction de 75% du score PHQ-15 à 8 semaines.(36)

Deux études explorent des thérapies basées sur une approche corporelle, qui sont des thérapies pour lesquelles on retrouve tout particulièrement une bonne acceptabilité de la part des patients.(37,38) Katsamanis et al(37) explorent l'effet du biofeedback sur les TSS. Les sujets de l'étude étaient classés en deux catégories selon leur profil majoritaire de réponse corporelle à un facteur de stress : le groupe « cardiovasculaire » si la réponse prédominante était l'augmentation de la fréquence cardiaque et de la température périphérique, ou le groupe « musculo-squelettique » si la réponse prédominante était l'augmentation de la tension musculaire. Le programme consistait en 10 semaines de thérapie avec des exercices sur la modulation de la fréquence cardiaque et de la tension musculaire, des exercices de respiration et d'auto-hypnose selon des exercices de Schultz. Ils ont montré une amélioration sur la sévérité et l'impact fonctionnel dans le groupe suivant la thérapie dès la cinquième

semaine en comparaison au groupe contrôle. Une autre étude conduite en 2019 par Röhrich et al(38), explore l'efficacité d'un programme de thérapie à médiation corporelle de groupe. Bien que pilote du fait du faible effectif de patients, elle montre une réduction de la sévérité des symptômes somatiques rapportés et une meilleure acceptation corporelle à 6 mois.

Enfin, une étude montre l'effet bénéfique d'une thérapie psychanalytique sur la sévérité des symptômes physiques à 2 ans.(39) Deux études explorent la fréquence de recours à des techniques alternatives(40,41) et l'une d'entre elle montre plus particulièrement l'effet positif de l'acupuncture sur l'amélioration de la qualité de vie.(41)

Les tableaux suivants décrivent la méthodologie et les principaux résultats des études incluses.

Ils s'agencent comme suit :

- Tableau 2 : prise en charge des troubles à symptomatologie somatique par TCC.
- Tableau 3 : autres prises en charge des troubles à symptomatologie somatique.

Trouble à symptomatologie somatique, prise en charge par TCC

Auteur, date	Type d'étude	Nombre de séances	Particularités	Population	Critère de jugement principal	Résultats du groupe contrôle <i>(Δ= différence du score principal intra-groupe)</i>
Sujets 18 à 65 ans						
Speckens et al, 1995(42)	<i>Etude contrôlée randomisée</i> TCC vs soins usuels	6 à 16	Sessions individuelles restructuration cognitive et approches comportementales	39 patients > 18 ans Age moyen : 36 ans 46% de femmes Durée moyenne des symptômes : NC Diagnostic selon le DSM-IV	Fréquence (0 à 4) et intensité (0 à 10) des symptômes physiques (auto-questionnaire)	<u>A 6 et 12 mois (groupe TCC) :</u> Réduction fréquence : Δ(6 mois) : - 0,32 pts Réduction intensité : Δ(6 mois) : - 1,2 pts Réduction des troubles du sommeil. Maintien à 12 mois.
Allen et al, 2006(43)	<i>Etude contrôlée randomisée</i> Consultation psychiatrique (« recommandation de Smith ») + TCC vs consultation psychiatrique seule	10	Sessions de 2 heures	43 patients > 18 ans Age moyen : 45 ans 84% de femmes Durée moyenne des symptômes : 25 ans Diagnostic selon le DSM-IV	Sévérité de la symptomatologie somatique (hétéro-questionnaire/ 7 pts : CGI-SD)	<u>A 15 mois (groupe TCC) :</u> Réduction significative de l'intensité des symptômes. Δ(15 mois) : - 0,84 pts Meilleure capacité à rapporter ses symptômes de manière adaptée. Réduction des couts de santé.
Escobar et al, 2007(44)	<i>Etude contrôlée randomisée</i> TCC + lettre au médecin traitant vs lettre seule	10	Sessions de 45 min à 1h, 1H30 pour la première sur 10 à 20 semaines	87 patients > 18 ans Age moyen : 41 ans 86% de femmes Durée moyenne des symptômes : NC Diagnostic selon le DSM-IV	Sévérité de la symptomatologie somatique (hétéro-questionnaire/ 7 pts : CGI)	<u>A 3 mois (groupe TCC) :</u> Meilleure réponse clinique si lettre + TCC comparé à lettre seule, puis réduction de l'apport à 6 mois : Δ(3 mois) : - 1 à -2 pts pour 60% des patients Δ(6 mois) : - 1 à -2 pts pour 50% des patients

Auteur, date	Type d'étude	Nombre de séances	Particularités	Population	Critère de jugement principal	Résultats du groupe contrôle (Δ = différence du score principal intra-groupe)
Zonneveld et al, 2012(35)	<i>Etude contrôlée randomisée</i> TCC vs soins usuels	13	Sessions individuelles de 2 heures	84 patients > 18 ans 79% femmes Age moyen : 46 ans Durée médiane des symptômes : 9 ans Diagnostic selon les critères du DSM-IV.	Bien-être physique et mental/ qualité de vie (auto-questionnaire : SF-36)	Amélioration du bien-être physique, maintien à 12 mois (groupe TCC) (Δ (12 mois) : NC). Résultats positifs sur le fonctionnement physique, social et émotionnel. Réduction troubles du sommeil et symptômes physiques.
Zonneveld et al, 2012(35)	<i>Etude de cohorte rétrospective</i> Facteurs influençant la réponse à la thérapie par TCC (antécédents psychiatriques, trouble de personnalité, qualité de vie liée à la santé)	13	Sessions individuelles de 2 heures	84 patients > 18 ans 79% femmes Age moyen : 46 ans Durée médiane des symptômes : 9 ans Diagnostic selon les critères du DSM-IV.	Bien-être physique et mental/ qualité de vie (auto-questionnaire : SF-36)	Facteurs prédictifs de meilleure réponse à court terme : <ul style="list-style-type: none"> - Moins d'éléments de personnalité pathologique - Présence d'antécédents psychiatriques - Meilleure qualité de vie associée à la santé mentale 15% de variance dans la réponse de la thérapie.
Moreno et al, 2013(33)	<i>Etude contrôlée randomisée</i> « Recommandations de Smith » vs TCC individuelle vs TCC de groupe Multicentrique (29)	10	Individuelle : 1 heure par semaine Groupe : 2 heures par semaine	168 patients > 18 ans >80% femmes Age moyen : 45 ans Durée des symptômes : > 2 ans dans 80% des cas Diagnostic selon les critères du DSM-IV.	Présence et sévérité des symptômes physiques (auto-questionnaire : SSD et SSS)	<u>En post traitement (groupe TCC vs traitement usuel) :</u> Efficacité de la TCC par rapport au traitement usuel. <u>En post-traitement (individuel vs groupe) :</u> Meilleurs résultats de la TCC individuelle par rapport à la TCC de groupe en post-traitement, effet maintenu à 6 et 12 mois. Δ (individuel) : - 14,17 pts Δ (groupe) : - 11,63 pts

Auteur, date	Type d'étude	Nombre de séances	Particularités	Population	Critère de jugement principal	Résultats du groupe contrôle <i>(Δ= différence du score principal intra-groupe)</i>
Moreno et al, 2013 (33)	<i>Etude contrôlée randomisée</i> « Recommandations de Smith » vs TCC individuelle vs TCC de groupe Multicentrique (29)	10	Individuelle : 1 heure hebdomadaire Groupe : 2 heures hebdomadaires	168 patients > 18 ans >80% femmes Age moyen : 45 ans Durée des symptômes : > 2 ans dans 80% des cas Diagnostic selon les critères du DSM-IV.	Présence et sévérité des symptômes physiques (auto-questionnaire : SSD et SSS)	<u>En post traitement (groupe TCC vs traitement usuel) :</u> Efficacité de la TCC par rapport au traitement usuel. <u>En post-traitement (individuel vs groupe) :</u> Meilleurs résultats de la TCC individuelle par rapport à la TCC de groupe en post-traitement, effet maintenu à 6 et 12 mois. Δ(individuel) : - 14,17 pts Δ(groupe) : - 11,63 pts
Menon et al, 2017 (45)	<i>Etude contrôlée randomisée</i> Séance de conseil unique basée sur les principes de la TCC vs pas de séance	1	1 consultation conseils de 30 min par un psychiatre. Ecoute des plaintes physiques et psychiatriques, explication du but de la thérapie, présentation de techniques de relaxation ciblée.	41 patients de 18 ans et plus >80% femmes Age moyen : 37,6 ans Diagnostic selon les critères de l'ICD-10. Durée des symptômes : > 3 mois	Sévérité de la symptomatologie physique (auto-questionnaire : PHQ-15)	<u>A 1 mois (groupe séance unique) :</u> Pas d'effet sur la sévérité de la plainte physique. Δ(1 mois) : - 2,1 pts Amélioration fonctionnelle avec moins de jours de travail perdus. Δ(1 mois) : -8,1 jours Amélioration des symptômes dépressifs. Δ(1 mois PHQ-9) : -2,1 pts

Auteur, date	Type d'étude	Nombre de séances	Particularités	Population	Critère de jugement principal	Résultats du groupe contrôle (Δ = différence du score principal intra-groupe)
Sitnikova et al, 2019(22)	<i>Etude contrôlée randomisée</i> Cohorte CIPRUS TCC vs soins usuels	6	Séances réalisées par des infirmiers de psychiatrie formé(e)s	198 patients de 18 ans et plus >70% femmes Age moyen : 51 ans Diagnostic selon les critères du DSM-IV. Durée médiane des symptômes : 5,7 ans	Impact fonctionnel physique (auto-questionnaire : partie PCS du RAND-36)	<u>Post-intervention et 12 mois (groupe TCC) :</u> Amélioration de l'état physique fonctionnel. Δ (12 mois) : + 2,24 pts Réduction de la douleur. Meilleure évolution chez les patients avec une durée des troubles inférieure à 5 ans.
Enfants et adolescents						
Warner et al, 2011(31)	<i>Etude contrôlée randomisée</i> TCC vs soins usuels	15	Séances de 45 min sur 10 semaines 12 individuelles 3 avec les parents	40 patients de 8 à 16 ans Age moyen : 9,8 ans Durée moyenne des symptômes : NC Diagnostic selon les critères du DSM-IV	Intensité de l'anxiété (interrogatoire semi-structuré aux enfants et aux parents : ADIS-IV)	Diminution de l'intensité de l'anxiété et de l'incapacité physique. Δ (post-intervention): NC Bonne acceptabilité de l'approche par parents et enfants en pré et post-intervention.

Sujets âgés						
Verdurmen et al, 2017 (32)	<i>Etude contrôlée randomisée</i> TCC>60 ans vs TCC < 60 ans	14	Etude pilote pour les sujets > 60 ans	9 patients> 18 ans Age médian 70 ans. Durée des symptômes de moins de 1 an chez 7 patients sur 9. Diagnostic selon les critères du DSM-5.	Intensité et limitations liées aux douleurs (auto-questionnaire : BPI)	<u>En post-intervention (> 60 ans) :</u> Efficacité de la TCC dans la population âgée sur l'intensité et l'impact des douleurs dans les syndromes douloureux en comparaison au groupe < 60 ans. Δ(post-intervention intensité) : - 5 pts Δ(post-intervention limitations) : - 9 pts

Tableau 2: Troubles à symptomatologie somatique, prise en charge par TCC

Troubles à symptomatologie somatique, autres prises en charge

Date, auteur	Type d'étude	Particularités	Population	Critère de jugement principal	Résultats
Garcia et al, 2000 (40)	<i>Etude de cohorte prospective descriptive</i> Utilisation des techniques alternatives et raisons de leur utilisation	Entretiens semi-structurés	65 patients de 18 ans et plus Diagnostic selon les critères du DSM-IV		46% d'utilisation 15.3% acupuncture 10.7% homéopathie 9.2% recours à un guérisseur 7.6% réflexologie Recherche d'une meilleure approche relationnelle avec le thérapeute.
Han et al, 2008 (36)	<i>Etude de cohorte prospective</i> Mesure de l'intensité des symptômes physiques et de la dépression avant traitement puis à 2, 4 et 6 semaines.	Paroxétine administrée pendant 8 semaines. Dose initiale : 10mg/j Dose max : 40mg/j Dose moyenne : 20mg/j (faible dose)	22 patients de 18 ans et plus 59% de femmes Age moyen : 37,4 ans Durée moyenne des symptômes : 26 mois Diagnostic posé par le DSM-IV Pas de comorbidité psychiatrique.	Sévérité des symptômes somatiques (auto-questionnaire : PHQ-15)	<u>A 2 mois, pour une dose moyenne de 20 mg/j (10 à 40 mg/j) :</u> Décroissance significative de la plainte somatique. Réduction du score PHQ-15 de 75% à 8 semaines. Δ(2 mois) : - 12,9 pts

Date, auteur	Type d'étude	Particularités	Population	Critère de jugement principal	Résultats
Katsamanis et al, 2011(37)	<i>Etude contrôlée randomisée</i> Soins médicaux + consultation de psychiatrie (témoins) vs psychophysothérapie + consultation de psychiatrie (cas)	10 séances de biofeedback + lettre du psychiatre au médecin traitant	38 patients de plus de 18 ans 78% de femmes 78% > 40 ans Durée moyenne des symptômes : NC Diagnostic posé selon les critères du DSM-IV	Sévérité de la symptomatologie somatique (hétéro-questionnaire : CGI-SD)	Diminution de la fréquence et de la sévérité des symptômes physiques. Amélioration du fonctionnement physique et psychologique rapporté. Réduction des symptômes dépressifs. Meilleure adhésion à cette approche que TCC.
Paterson et al, 2011(41)	<i>Etude contrôlée randomisée</i> séances d'acupuncture vs soins usuels.	12 séances d'acupuncture par des professionnels formés débutées à J0 ou à M+6. Mesure bien être et actes de la vie quotidienne à M+6 et M+12	80 patients de 18 ans et plus 64% femmes Age moyen : 51 ans Durée médiane des symptômes : 3 ans Diagnostic selon les critères du DSM-IV.	Qualité de vie, état de santé général (auto-questionnaire : MYMOP)	Meilleure qualité de vie si acupuncture vs pas d'acupuncture après la fin des séances. Efficacité maintenue à 6 mois. Pas de réduction du nombre de consultations chez le médecin traitant.

Date, auteur	Type d'étude	Particularités	Population	Critère de jugement principal	Résultats
Nolte et al, 2016 (39)	<i>Etude contrôlée non randomisée</i> psychothérapie par psychanalyse vs soins usuels	Psychothérapie psychanalytique Séances individuelles Séances de groupe hebdomadaires	342 patients dont 94 troubles somatoformes de 18 ans et plus 63,5% de femmes Age moyen : 45,5 ans Durée d'évolution du trouble : NC Diagnostic selon l'ICD-10	Sévérité des symptômes physiques (auto-questionnaire : Score ISR)	Réduction significative de la sévérité des symptômes à 2 ans de thérapie chez les sujets avec trouble somatoforme diagnostiqué.
Röhrich et al, 2019 (38)	<i>Etude contrôlée randomisée</i> psychothérapie corporelle de groupe (BPT) sur les TSS vs les soins usuels. 3 groupes : groupe randomisé BTP, groupe randomisé soins usuels, groupe ayant fait le choix de recevoir BTP.	1 séance de 1H 30 hebdomadaire pendant 20 semaines par groupe de 10 personnes	24 patients de 18 ans et plus >70% de femmes Diagnostic posé par le DSM-5. Troubles persistants depuis au moins 6 mois. Age moyen : 50 ans	Sévérité des symptômes physiques (auto-questionnaire : PHQ-15)	Diminution de la sévérité des symptômes somatiques déclarés après intervention et à 6 mois de suivi. Pas d'effet significatif sur la dépression, le nombre de symptômes déclarés et l'image corporelle hormis une meilleure acceptation corporelle à 6 mois.

Tableau 3: Troubles à symptomatologie somatique, autres prises en charge

III- Discussion

Cette revue met en évidence que la TCC reste de loin la méthode la plus étudiée pour la prise en charge des TSS, tels que définis par le DSM ou la CIM. Ces différentes études ont toutes mis en avant son efficacité, et la TCC se présente actuellement comme la prise en charge et la psychothérapie de référence des TSS. Cependant, on peut émettre une critique quant aux résultats retrouvés dans cette revue. D'un point de vue méthodologique, le format de la TCC se prête particulièrement bien à la réalisation d'études avec la création de protocoles qui peuvent être reproductibles. Or cette reproductibilité n'est pas réalisable dans toutes les psychothérapies et d'autres approches seraient ainsi intéressantes à être explorées.

Cette revue est concordante avec les données de la littérature. Une revue de la littérature récente (Liu et al, 2019)(46) regroupant les études contrôlées randomisées publiées entre 1966 et 2006 étudiant les thérapies utilisées sur les troubles somatoformes définis selon le DSM-IV montre que la prise en charge psychothérapeutique par TCC reste la pratique la plus étudiée et apportant le plus de bénéfices avec un effet sur la sévérité des symptômes somatiques. Une méta-analyse datant de 2014 et réalisée par Kleinstauber al(47), recensant les approches médicamenteuses étudiées pour le TSS montre l'efficacité avec un faible niveau de preuve des antidépresseurs tricycliques, des IRSR et des IRSNa sur la sévérité et l'intensité des symptômes physiques avec une meilleure action des IRSNa et des tricycliques sur les syndromes douloureux.

Jusqu'au début des années 2000, les « recommandations de Smith (1986) »(48) constituaient la base de la prise en charge de référence avec une efficacité sur la réduction de la symptomatologie physique. Elles mettent en avant la

nécessité d'une prise en charge collaborative entre le médecin traitant du patient et le psychiatre. Ainsi, elles préconisent une orientation de ces patients vers un psychiatre, qui à l'issue de sa consultation doit rédiger une lettre au médecin traitant énumérant « ce qu'il faut faire » et « ne pas faire » pour ces patients. Il est ainsi recommandé d'organiser des consultations régulières programmées chez le médecin traitant afin d'anticiper le « besoin » avec à chaque fois une exploration systématique mais brève de la plainte somatique rapportée par un examen clinique, d'éviter les examens à visée exploratoire ou diagnostique invasifs ou non essentiels, de même que les mesures thérapeutiques non indispensables, et surtout de ne pas expliquer la plainte du patient par « quelque chose qui se passe dans sa tête... ».(48)

L'annonce diagnostique est également considérée comme étant une démarche thérapeutique par certains auteurs puisqu'elle va permettre l'adhésion du patient aux soins et la bonne compréhension du trouble.(49)

Deux études ont montré que la sensibilisation des professionnels à ce trouble était également un facteur jouant sur la qualité de la prise en charge de ces patients. En 2010(50) et 2015(51), deux équipes différentes sont parties du constat de la difficulté des médecins à assurer la prise en charge de ces patients et à communiquer avec eux de manière adéquate. Ils ont créé des programmes de formation et de sensibilisation à destination des médecins généralistes et spécialistes, comportant quelques axes majeurs d'approche de ces pathologies et présentant des techniques de communication. Les deux formations ont été jugées satisfaisantes, soit directement par les praticiens qui en ont bénéficié(51), soit par le constat d'une amélioration clinique des patients suivis par les praticiens formés.(50) Weiland et al(51) constatent ainsi une meilleure qualité de l'interrogatoire avec un meilleur recueil des données, une meilleure explication des troubles et des facteurs perpétuant le trouble en question

au patient chez les médecins ayant participé à leur formation. Toft et al(50) montrent une diminution de l'impact fonctionnel de la symptomatologie physique chez les patients suivis par les médecins formés à 3 mois.

La force de cette revue est l'inclusion des résultats de douze études contrôlées et randomisées. Les résultats sont concordants entre les différentes études. Le nombre d'articles permet de montrer une efficacité de la TCC sur le TSS sur une grande cohorte de patients. Les données sont toutes relativement récentes puisque basées sur les critères du DSM-IV et du DSM-5. On constate des approches plus innovantes notamment concernant les approches corporelles. Enfin, le diagnostic de TSS habituellement assez hétérogène est dans cette revue uniformisé puisque n'ont été sélectionnées que les études pour lesquelles le diagnostic de TSS était basé sur les critères utilisés en psychiatrie et donc selon le DSM-IV, 5 et la CIM-10 ou 11. Ont ainsi été exclus les troubles à symptomatologie somatique spécifiques dont les critères de diagnostic sont décrits par la spécialité concernée.

On retrouve également plusieurs faiblesses dans les articles de cette revue. En premier lieu, pour la plupart des études sélectionnées, le recueil du critère de jugement principal se basait sur des auto-questionnaires remis aux participants. En second lieu, les termes utilisés dans les différents articles pour désigner les TSS sont divers et hétérogènes, on retrouve notamment les termes de « Medically unexplained symptoms », « Physical symptom disorder », « multi-somatoform disorder » et « abridged somatization », du fait de l'évolution récente des notions diagnostiques utilisées. Enfin, on retrouve assez peu de données concernant l'enfant, l'adolescent et la personne âgée.

Plusieurs articles soulèvent le problème de l'accessibilité de la TCC qui semble être une difficulté en France mais également dans plusieurs autres pays. Menon et al(34)

suggèrent donc, pour pallier à ce problème, la possibilité d'une consultation unique de conseils basée sur les modalités de la TCC pour les formes légères à modérées dans l'attente d'une thérapie plus complète.

Pour conclure, la TCC semble être à ce jour l'outil le plus fiable pour la prise en charge des TSS. Cependant, le problème de l'accessibilité à cette thérapie est majeur. Les recommandations en l'absence d'accès à la TCC sont donc de proposer des consultations uniques, par des médecins formés, le temps d'avoir accès à une thérapie plus complète. Ainsi, dans une perspective d'optimisation des soins, il semble nécessaire d'évaluer quel est le niveau de formation et d'informations des médecins susceptibles de rencontrer ces patients.

DEUXIEME PARTIE : QUESTIONNAIRE SOUMIS AUX MEDECINS ET INTERNES DE SPECIALITE DU CHU DE LILLE

Nous avons choisi de sonder les médecins spécialistes du CHU et les internes du CHU de Lille par rapport à leur perception et leur pratique concernant les troubles à symptomatologie somatique. Le but est d'actualiser, d'enrichir et de compléter les données de la littérature en ciblant une population de médecins spécialistes hospitaliers et de déterminer les spécificités retrouvées sur le CHU de Lille.

I. Méthode

1. Recrutement

La population sondée est constituée de médecins hospitaliers spécialistes du CHU de Lille hors psychiatrie et les internes lillois de ces spécialités.

2. Questionnaire

Il s'agit d'un auto-questionnaire d'une durée de passation de 5 minutes, explorant les pratiques ou représentations des médecins sur ces troubles. Il est réalisé sur la base du volontariat et les réponses sont anonymisées. La consigne est donnée de répondre aux questions concernant les pratiques professionnelles y compris chez les médecins n'étant pas confrontés au trouble par rapport à ce qu'ils penseraient faire s'ils y étaient confrontés.

Les questions ont été réalisées à partir des difficultés potentielles observées sur la prise en charge, selon les perceptions le plus fréquemment retrouvées sur le terrain et sur les données retrouvées dans la littérature. Nous nous sommes en partie appuyés sur notre revue de la littérature concernant les prises en charge des TSS, sur la revue de la littérature de Murray et al (2016), concernant les difficultés de diagnostic des TSS et sur un questionnaire soumis à des médecins généralistes rédigé par Rosendal et al (2005), dans le cadre d'un programme éducatif concernant ces troubles. Plusieurs questions ont été construites sans données antérieures pour notre étude, notamment dans les parties relatives à l'annonce diagnostique et à l'orientation.

Ainsi certaines questions se posent sous la forme de « représentations » communément retrouvées. D'autres questions ouvrent à une réponse à type de fréquence » (« toujours », « souvent », « parfois », « jamais »). D'autres questions prêtent à une réponse dichotomique « oui/non ».

Des propositions ont été directement soumises aux choix, sous forme de QCS ou de QCM afin d'optimiser la durée de passation.

Une première partie concernait les caractéristiques démographiques de la population interrogée. Une seconde partie concernait la pratique des médecins et leur ressenti par rapport à ces troubles. Une troisième partie concernait l'approche diagnostique. Une quatrième partie concernait l'orientation de ces patients. Une cinquième partie concernait une réflexion sur la prise en charge coordonnée et multidisciplinaire de ces patients. Enfin, une dernière partie a été ajoutée afin de permettre un espace de réflexion où le participant peut s'exprimer librement.

3. Diffusion

Le questionnaire a été diffusé sous format papier lors de passages dans les services par l'équipe de psychiatrie de liaison et par format numérique via google form par divers moyens (mails, associations d'internes). Un total de 63 médecins et internes ont été sondés.

4. Analyse des données

Les analyses ont été réalisées grâce au logiciel Excel. Nous avons calculé la proportion de réponses pour chacune des propositions soumises. Les résultats sont évalués en pourcentage.

II. Résultats

1. Caractérisation de la population

Quarante-six pour cent des répondants sont des internes et 54% des médecins thésés. L'âge moyen est de 34 ans. La représentation des spécialités est hétérogène.

(Tableau 4)

2. Pratiques professionnelles et perceptions

Quarante-six pour cent des sondés sont rarement confrontés au TSS et près de 40% le sont souvent. Soixante-sept pour cent sont souvent mis en difficultés ou déstabilisés par ces prises en charge. Les raisons mises en avant par au moins la moitié des

répondants sont que ces prises en charges sont particulièrement chronophages (80% des cas), que le patient met en échec la prise en charge proposée (68% des cas) ou que ses attentes sont trop fortes (63% des cas) et enfin l'absence de consensus pour la prise en charge des TSS (50% des cas).

Concernant les caractéristiques données au TSS, 60,3% l'associent au critère discriminant du DSM-IV avec la nécessité d'un bilan d'extension négatif et 42,9% pensent qu'il s'agit d'un diagnostic différentiel d'un diagnostic physique. Il s'agit d'un trouble bénin pour 42,9% des répondants également. En étudiant plus spécifiquement les associations de réponses données, 25% des sondés le définissent selon les critères du DSM-5 avec l'association d'angoisses ou de préoccupations excessives concernant la santé pouvant coexister avec un diagnostic physique. Aucun des répondants ne le définit comme des angoisses seules.

Concernant les perceptions autour des patients présentant un TSS, plus de la moitié des médecins pensent qu'un trouble psychiatrique associé peut expliquer le TSS ou que ces patients ont souvent un trouble de la personnalité associé. Près d'un tiers des médecins pensent que ces patients peuvent exagérer leur symptôme et moins de 5% associent le TSS à un trouble factice. **(Tableau 5)**

3. Approche diagnostique

Cinquante-six pour cent des participants expriment une réticence à annoncer le diagnostic au patient. La raison la plus fréquente est la croyance que le patient ne l'acceptera pas ou le réfutera. Près de 40% pensent que cela n'aidera pas le patient à aller mieux. Environ un tiers des médecins le justifient par la crainte d'un impact sur la

relation avec le patient et un tiers des médecins le justifient par le fait qu'il faille une poursuite des examens complémentaires dans certains cas.

Lorsqu'elle est réalisée, l'annonce diagnostique est faite dans un tiers des cas lors d'une consultation dédiée, puis dans un tiers des cas ces patients sont orientés au psychiatre pour confirmer le diagnostic. Quarante-quatre pour cent des médecins n'ont pas le temps d'y dédier une consultation entière et réalisent l'annonce sur une consultation de suivi puis 46% d'entre eux orientent le patient vers un psychiatre au décours. Enfin, 26% des médecins orientent leur patient vers le psychiatre pour confirmer le diagnostic mais ne réalisent pas d'annonce. Au total, plus de la moitié déclare adresser le patient au psychiatre pour confirmer le diagnostic. **(Tableau 6)**

4. Orientation et prise en charge

La majorité des interrogés dit orienter le plus souvent les patients vers des soins psychiatriques et ce de manière précoce (au bout de quelques consultations ou au bout de quelques mois de suivi). Les motifs d'orientation vers les soins psychiatriques sont hétérogènes. L'expression d'angoisses de la part du patient concernant les symptômes est un motif d'orientation retrouvé chez 61% des praticiens interrogés. Cependant, lorsque l'on étudie plus spécifiquement les associations de réponses données, 38% des médecins interrogés orientent vers la psychiatrie des patients n'ayant pas de TSS ou pas de plainte psychiatrique clairement retrouvée : « à la demande du patient » et/ou « car les examens complémentaires sont revenus négatifs » et/ou « car il ne sait plus quoi faire pour le patient ».

La cause de non-orientation du patient vers des soins psychiatriques la plus retrouvée est le refus du patient. Dans près de 40% des cas, le médecin souhaiterait orienter le

patient mais ne sait pas vers qui l'orienter. Quarante pour cent également n'ont pas connaissance de la filière dédiée au CHU.

Parmi les raisons pouvant expliquer une arrivée tardive des patients dans les soins psychiatriques, 76,2% des médecins sondés mettent en avant l'errance médicale du patient nécessitant une reprise du dossier médical et retardant ainsi l'orientation psychiatrique. Soixante-seize pour cent également soulignent le manque de connaissance des médecins concernant l'apport et l'intérêt du suivi psychiatrique spécifique à ces troubles.

Enfin, 90,5% des médecins voient l'intérêt d'une prise en charge coordonnée et multidisciplinaire. Près de la moitié souhaiterait avoir plus d'informations au sujet des TSS. (**Tableau 7**)

N= 63 (%)		
Sexe	<i>Homme</i>	23 (36,5)
	<i>Femme</i>	40 (63,5)
Age moyen (années)		34
Fonction	<i>Interne en médecine</i>	29 (46)
	<i>Docteur en médecine</i>	34 (54)
Spécialité	<i>Cardiologie</i>	6
	<i>Chirurgie digestive</i>	3
	<i>Dermatologie</i>	5
	<i>Endocrinologie</i>	8
	<i>Hématologie</i>	3
	<i>Gastroentérologie</i>	5
	<i>Médecine générale</i>	7
	<i>Médecine interne/infectiologie</i>	7
	<i>Neurologie</i>	10
	<i>Rhumatologie</i>	7
	<i>Autres</i>	2

Tableau 4: Caractéristiques de la population sondée

N=63 (%)		
Participant à des RCP/consultations avec des psychiatres		12 (19)
Confrontés à des patients souffrant de TSS	<i>Jamais</i>	4 (6,3)
	<i>Rarement</i>	29 (46,1)
	<i>Souvent</i>	25 (39,7)
	<i>Très souvent</i>	5 (7,9)
Mis en difficultés/déstabilisé par ce genre de prise en charge	<i>Jamais</i>	1 (1,6)
	<i>Rarement</i>	14 (22,2)
	<i>Souvent</i>	42 (66,7)
	<i>Toujours</i>	6 (9,5)
Sources de difficultés dans ces prises en charge	<i>L'attente du patient est trop forte</i>	39 (62,9)
	<i>Le patient met en échec la prise en charge</i>	42 (67,7)
	<i>L'absence de consensus</i>	31 (50)
	<i>Pensent qu'il n'y a pas de solution pour ces patients</i>	4 (6,4)
	<i>N'aiment pas prendre en charge les TSS</i>	9 (14,5)
	<i>Ces prises en charges sont chronophages</i>	51 (80,6)
Concernant les TSS	<i>Pensent que c'est un trouble bénin</i>	27 (42,9)
	<i>Pensent que c'est un diagnostic différentiel d'un diagnostic physique</i>	27 (42,9)
	<i>Pensent qu'ils peuvent co-exister avec un diagnostic physique</i>	56 (88,9)
	<i>Pensent que cela nécessite que le bilan d'extension soit négatif</i>	38 (60,3)
	<i>Pensent qu'ils sont définis par des angoisses et des préoccupations excessives devant des symptômes physiques ou des résultats d'examens</i>	33 (52,4)
	<i>Pensent que ces patients font parfois semblant</i>	3 (4,8)
Concernant les patients souffrant de TSS	<i>Pensent que ces patients peuvent exagérer leurs symptômes</i>	22 (34,9)
	<i>Pensent que ces patients ont un terrain psychiatrique associé expliquant leur trouble</i>	42 (66,7)
	<i>Pensent que ces patients ont souvent un trouble de la personnalité associé</i>	33 (52,4)
	<i>Pensent que ces patients ont toujours des événements de vie difficiles pouvant expliquer ces troubles</i>	23 (36,5)

Tableau 5: Pratiques professionnelles et perceptions

N=63 (%)		
Concernant l'annonce diagnostique	<i>Lors d'une consultation dédiée</i>	19 (30,2)
	<i>Lors d'une consultation de suivi car manque de temps</i>	28 (44,4)
	<i>Adressage à la psychiatrie pour confirmation du diagnostic</i>	37 (58,7)
Réticence à annoncer le diagnostic		35 (55,6)
Raisons de la réticence à annoncer le diagnostic	<i>Crainte de l'impact sur la relation médecin-patient</i>	17 (35,4)
	<i>Pensent que l'annonce peut pousser le patient à avoir d'autres symptômes</i>	6 (12,5)
	<i>Pensent que cela n'aidera pas le patient à aller mieux</i>	19 (39,6)
	<i>Pensent que le patient n'acceptera pas le diagnostic</i>	34 (70,8)
	<i>Volonté de réaliser d'autres examens et ne pas « étiqueter » le patient</i>	16 (33,3)

Tableau 6: Approche diagnostique

N=63 (%)		
Orientation vers des soins psychiatriques	<i>Jamais/peu</i>	10 (15,9)
	<i>Parfois</i>	10 (15,9)
	<i>Le plus souvent</i>	43 (68,3)
Délais d'orientation vers des soins psychiatriques	<i>Au bout de quelques consultations</i>	38 (60,3)
	<i>Au bout de quelques mois</i>	23 (36,5)
	<i>Au bout de plusieurs années</i>	2 (3,2)
Raisons d'orientation vers des soins psychiatriques	<i>Le patient est très angoissé par rapport à ses troubles</i>	39 (61)
	<i>Tous les examens complémentaires sont revenus négatifs</i>	33 (52,4)
	<i>A la demande du patient</i>	32 (50,8)
	<i>Vous ne savez plus quoi faire pour ce patient</i>	24 (38,1)
Causes de non-orientation vers des soins psychiatriques	<i>Vous ne savez pas vers qui/où l'orienter</i>	24 (38,1)
	<i>Il n'y a pas de filière simple de prise en charge des TSS sur le CHU</i>	25 (39,7)
	<i>Vous ne pensez pas qu'il soit nécessaire d'orienter ce patient vers des soins psychiatriques/psychologiques</i>	11 (17,5)
	<i>Vous proposez au patient de débiter des soins psychiatriques/psychologiques mais celui-ci les refuse ou ne s'y présente pas.</i>	41 (65,1)
Causes d'adressage tardif des patients dans les soins psychiatriques	<i>Refus du patient à consulter un psychiatre</i>	37 (58,7)
	<i>Manque d'information ou de connaissance des soignants par rapport à ce qu'un tel suivi pourrait apporter</i>	48 (76,2)
	<i>L'incertitude par rapport à une origine fonctionnelle du trouble justifiant la poursuite d'examens complémentaires</i>	38 (60,3)
	<i>L'errance médicale du patient entraînant la reprise du dossier par des médecins ou des équipes de soins différentes.</i>	48 (76,2)
Concernant la prise en charge coordonnée	<i>Intérêt d'une prise en charge coordonnée et multidisciplinaire</i>	57 (90,5)
	<i>La prise en charge doit être assurée principalement par les psychiatres</i>	14 (22,2)
	<i>Le médecin du patient doit rester dans la prise en charge</i>	40 (63,5)
	<i>Vous auriez besoin de plus d'informations concernant ces troubles</i>	30 (47,6)

Tableau 7: Orientation et prise en charge

III. Discussion

Les principaux résultats nous montrent que la prise en charge des TSS est décrite comme étant souvent ou toujours source de difficultés par 75% des médecins sondés, notamment car elle est considérée comme chronophage. La définition du DSM-IV qui décrit des symptômes physiques sans cause organique retrouvée est encore beaucoup utilisée dans les pratiques et seul un quart des médecins définissent le TSS selon les critères stricts du DSM-5 qui reposent sur la présence de symptômes physiques associés à des angoisses et des préoccupations excessives avec ou sans atteinte organique associée. Concernant la perception de ces patients, environ la moitié des médecins interrogés pensent que ces patients ont un trouble de la personnalité associée. Par ailleurs, 70% des médecins ne réalisent pas de consultation d'annonce dédiée, soit parce qu'ils réalisent l'annonce lors d'une consultation de suivi, soit parce qu'ils ne réalisent pas d'annonce eux-mêmes. Seul un peu plus de la moitié a recours au psychiatre pour la confirmation du diagnostic. Plus de la moitié des praticiens sont réticents à annoncer le diagnostic notamment par crainte que le patient ne l'accepte pas ou le réfute. Contrairement aux résultats attendus, l'orientation psychiatrique est fréquente et rapide (au bout de quelques consultations ou de quelques mois). Plus de la moitié des médecins pensent notamment qu'il faut rechercher un trouble psychiatrique associé ou pouvant expliquer le TSS. Cependant, les motifs d'orientation sont hétérogènes. Les angoisses du patient concernant son état de santé est la principale cause d'orientation. Mais dans près de 40% des cas les patients sont orientés sans motif précis ou adéquat. La cause de non-orientation vers des soins psychiatriques la plus mise en avant par les médecins est le refus du patient. Environ 75% des médecins soulignent le manque

d'information concernant ce qu'un suivi psychiatrique pourrait apporter. Quarante pour cent ne savent pas vers qui les orienter ou ne connaissent pas la filière sur le CHU. Enfin, 90% des médecins soulignent l'intérêt d'une prise en charge coordonnée et multidisciplinaire.

Concernant les croyances et perception autour du TSS, la littérature retrouve des résultats similaires. Dans une cohorte regroupant 41 médecins généralistes interrogés par rapport aux TSS (Rosendal et al, 2005)(52), 90% des médecins pensent que ces prises en charge sont « difficiles » et la moitié des médecins trouvent qu'elles « leur prennent beaucoup trop de temps ». Une étude pilote britannique réalisée en 2010 sondant 94 neurologues a montré que sur une liste de 20 pathologies neurologiques, les troubles fonctionnels étaient celles que les médecins aimaient le moins prendre en charge.(53) Ces résultats ne sont pas retrouvés dans notre cohorte avec une minorité de répondants affirmant ne pas aimer prendre en charge les TSS.

Concernant la définition donnée au TSS, les résultats sont concordants avec la littérature et avec la problématique émise initialement selon laquelle l'approche nosographique était source de confusion notamment entre les psychiatres se basant sur le DSM et les autres spécialités.(29)

La littérature montre également que la perception que les médecins ont des patients souffrant de TSS est marquée par certains stéréotypes comme le fait qu'ils présentent des traits de personnalité pathologiques ou des situations sociales moins favorables.(29)

Il n'y a pas de donnée antérieure concernant le processus de l'annonce diagnostique ou les difficultés la concernant, alors qu'elle fait partie intégrante de la prise en charge thérapeutique. Cependant, le manque de temps des médecins lors des consultations

est mentionné dans la littérature comme étant une barrière à un diagnostic précoce et à une annonce diagnostique adaptée. La crainte du refus du diagnostic par le patient, retrouvée dans les réponses à notre questionnaire, est également mentionnée.(29) En effet, la culture médicale étant inscrite dans une idéologie biomédicale, le médecin craint souvent le refus du patient par rapport au diagnostic de TSS si aucune cause organique n'a été trouvée.

L'orientation vers la psychiatrie est contre toute attente fréquente et rapidement proposée au patient lors de la prise en charge dans notre cohorte. Dans les données de la littérature, la cohorte de médecins généralistes semble moins favorable aux soins psychiatriques, avec la moitié des participants qui pensent que la psychothérapie n'apportera pas de bénéfices au patient.(52) Cela met en avant également le manque d'information par rapport à l'objectif d'une telle thérapie, ce qui est également reporté par les participants dans notre questionnaire. Nous pouvons nous questionner sur l'accessibilité aux soins psychiatriques au décours de l'adressage et nous pouvons soumettre l'hypothèse d'un probable biais de recrutement, le questionnaire étant soumis par la psychiatrie et pour des volontaires.

Les conclusions que nous pouvons tirer de ce travail sont la perception encore majeure de la nécessité d'exams complémentaires négatifs afin de poser le diagnostic de TSS, les difficultés liées à l'annonce diagnostique, des critères d'orientation vers la psychiatrie hétérogènes pouvant être en rapport avec un manque d'information concernant l'intérêt d'une telle prise en charge. Sur le CHU de Lille, la volonté d'une prise en charge intégrative est fortement présente au sein du corps médical, de même que la volonté d'orienter vers la psychiatrie le plus fréquemment et le plus rapidement possible. Ce travail actualise les données de la littérature concernant les TSS car il est basé sur les critères du DSM-5. Aucun autre travail auparavant ne questionnait les

médecins spécialistes hospitaliers et leurs pratiques à ce sujet, la plupart des questionnaires se basant sur les pratiques des médecins généralistes en activité ambulatoire dans un contexte de soins primaires.

Les points forts de ce questionnaire sont l'anonymat des soumissions permettant plus de liberté dans les réponses, la représentation de 10 spécialités hospitalières avec des sujets sondés ayant un niveau d'expérience différent et des éléments concordants avec les cohortes antérieures. Par ailleurs, l'exploration des pratiques autour de l'annonce diagnostique et des difficultés d'orientation vers la psychiatrie apparaît comme un apport non original, non exploré jusqu'alors.

Ce travail comporte également certaines limites : l'absence de représentativité de l'échantillon de notre population, et un biais de recrutement des participants avec un possible intérêt accru ou une meilleure sensibilisation aux soins psychiatriques dans la population de répondants. Près de 20% des interrogés participent à des concertations pluridisciplinaires avec des psychiatres dans leur pratique générale, pouvant en effet suggérer une meilleure sensibilisation aux soins psychiatriques chez ces médecins.

TROISIEME PARTIE : PERSPECTIVES ET PROPOSITION DE PRISE EN CHARGE

I- Synthèse du travail

Les données de la littérature mettent en lumière l'importance de l'annonce diagnostique, la poursuite de soins conjoints, l'orientation précoce vers les soins psychiatriques, l'efficacité de la psychothérapie par TCC et de certaines approches corporelles et l'impact de la formation des médecins sur la prise en charge de ces patients. L'étude des pratiques sur le CHU montrent une sensibilisation insuffisante autour de ces troubles, dont la prise en charge est difficile ou déstabilisante pour la majorité des médecins. La perception des TSS et des patients qui en souffrent est parfois erronée. L'annonce diagnostique est toute particulièrement source de difficultés pour près de la moitié des médecins qui ne peuvent y consacrer le temps nécessaire, craignent le refus de leur patient ou n'y voient pas d'intérêt pour la prise en charge. Contrairement aux résultats attendus, l'orientation vers des soins psychiatriques est précoce et fréquente. Cependant, les motifs d'orientation sont hétérogènes, parfois inadéquats et les médecins ne connaissent pas toujours l'objectif d'une prise en charge en santé mentale pour les TSS. De même, les médecins ne savent souvent pas vers qui orienter les patients et ne connaissent pas l'existence de soins dédiés au CHU.

II- Causes d'orientation tardive en psychiatrie

Ainsi, les causes d'arrivée tardive de ces patients dans les soins psychiatriques sur le CHU de Lille pourraient être les suivantes.

En premier lieu, nous pouvons mettre en avant le manque d'information des médecins spécialistes concernant le but de la prise en charge en psychiatrie et l'enjeu d'une prise en charge précoce. Ce manque d'information peut également impacter les capacités à informer le patient du diagnostic et des enjeux thérapeutiques associés. De même, l'absence d'information concernant les possibilités d'orientation peut mener à l'absence d'adressage direct du patient au psychiatre. Nous pouvons également mentionner des indications d'orientation hétérogènes, mal définies ou non connues des médecins. Toutes ces raisons pourraient expliquer le fait que le patient, par la suite, ne se rende pas en consultation psychiatrique.

Dans un second temps nous pouvons évoquer les raisons inhérentes au patient avec notamment le refus du patient ou le manque d'adhésion à des soins psychiatriques. La majorité des médecins interrogés par notre questionnaire évoquent l'impact de l'errance thérapeutique des patients entraînant un retard dans les soins avec la nécessité de reprendre l'anamnèse et le dossier médical à chaque nouveau suivi.

Enfin les autres hypothèses que l'on pourrait émettre, mais non explorées dans ce questionnaire, seraient liées à des difficultés de prise en charge en aval. On peut notamment évoquer des délais d'attente trop importants sur les Centres Médicaux Psychologiques (CMP), un défaut d'accessibilité à la psychothérapie sur le territoire ou un manque de sensibilisation des professionnels de santé mentale concernant les TSS. Tout cela aboutirait au décours à une prise en charge inadéquate ou incomplète voire un mauvais accueil de ces patients dans les soins psychiatriques.

III- Perspectives de prise en charge

La multidisciplinarité et l'intrication des soins sont au centre de la prise en charge des TSS. A l'issu de notre travail, nous proposons dans cette partie de redéfinir le rôle de chacun des intervenants et de proposer puis de diffuser une prise en charge pouvant répondre aux difficultés rencontrées à l'échelle locale.

1. Le rôle du spécialiste

Les fonctions suivantes peuvent être attribuées au médecin spécialiste.

En pratique clinique, le médecin spécialiste est le premier à être confronté aux symptômes et à penser au diagnostic devant des signes évocateurs. La sensibilisation des professionnels sur la définition actuelle du TSS est majeure car elle permet une meilleure caractérisation du trouble, est plus simple d'utilisation et l'homogénéisation de son utilisation va permettre de communiquer autour de la même entité sur le CHU.(29) Près de 40% des médecins sondés associent le TSS à un trouble bénin, d'où l'importance de sensibiliser les spécialistes sur l'enjeu d'une détection et d'une prise en charge précoce car l'évolution peut se faire vers un trouble plus sévère.(49) La difficulté diagnostique réside dans la nécessité de ne pas réaliser d'examen complémentaire excessif, invasif ou déjà réalisé une première fois si ce n'est pas indispensable.(48) Les médecins peuvent craindre le fait « d'étiqueter » leur patient trop vite ou de ne pas éliminer une cause organique. Les échelles décrites dans la littérature peuvent être utilisées dans ce contexte comme aide au diagnostic.(28) Les concertations médicales peuvent également permettre de conforter dans ce diagnostic. Elles peuvent notamment permettre de décider de manière collégiale d'une limitation des examens complémentaires, cette limitation pouvant être source

d'incertitude si la décision est prise seul. L'annonce étant un moment clé de la prise en charge(49), il est important que le médecin puisse prévoir un temps à l'annonce ou orienter le patient s'il ne peut avoir le temps d'y consacrer la durée nécessaire. Etant le médecin référent du patient, le maintien de l'alliance thérapeutique est primordiale devant le risque de nomadisme médical pouvant lui aussi être facteur de maintien du trouble.(17) Les médecins doivent être informés que certains préjugés envers ces patients tels que la présence d'un trouble de personnalité associé ou la possibilité que ces patients exagèrent leurs symptômes impactent négativement la relation médecin patient. Le modèle biomédical est critiqué dans ces prises en charge et dans ce contexte est préférable une prise en charge globale sur un modèle biopsychosocial(29) en tenant compte du ou des symptôme(s) physique(s) rapporté(s) mais aussi de leur(s) conséquence(s) sur l'état mental du patient ainsi que la souffrance secondaire à leur(s) répercussion(s) sur le quotidien. Telle que décrite dans notre revue, l'orientation de manière précoce vers des soins psychiatriques, référents dans ces prises en charge(48), est également majeure et est réalisée par le médecin spécialiste du patient. L'orientation se justifie notamment si les critères du DSM-5 sont remplis, s'il existe des angoisses importantes, une répercussion thymique, une symptomatologie suicidaire ou en cas de doute sur une comorbidité psychiatrique associée. Une information concernant le rôle de la psychiatrie est à réaliser auprès des médecins spécialistes. En effet, il leur incombe de promouvoir l'intérêt et les enjeux d'un suivi psychiatrique auprès de leur patient et cette information va conditionner l'adhésion de celui-ci à un tel suivi. Les délais d'entrée en psychiatrie étant long dans la région, une consultation unique de 30 minutes sous le format de celle décrite par Menon et al en 2017(45) peut être adaptée pour les médecins spécialistes et permettre une amélioration de l'état fonctionnel du patient avec une transition vers les soins

psychiatriques. Les « recommandations de Smith » mettent également en avant l'intérêt d'une poursuite de manière conjointe du suivi du patient, qui peut se présenter sous la forme de consultations programmées régulières et l'exploration par examen clinique de la plainte du patient.(48) De même, la littérature met en avant l'importance d'assurer le bien-être du patient par des traitements symptomatiques, tout en évitant les traitements invasifs non indispensables ou au potentiel addictogène.(48) Enfin, il apparaît majeur de coordonner les soins en adressant un courrier au médecin traitant ou aux médecins spécialistes prenant en charge conjointement le patient.(48) Dans la pratique, du fait de l'organisation des soins en médecine générale en France, cette coordination semble peu réalisable. Enfin, pour remédier au caractère chronophage individuel de ces prises en charge, Ranque et al(49) font une promotion particulière à la multidisciplinarité des soins, qui va pouvoir permettre un passage régulier du patient dans les soins, avec des professionnels différents. L'intérêt est double car cela va également permettre au patient d'avoir une prise en charge de meilleure qualité basée sur les compétences de chacun.

2. Le rôle du psychiatre

Le rôle du psychiatre dans les consultations de patients avec TSS peut être précisé de la manière suivante. Il doit en premier lieu apporter l'explication ou la ré-explication du diagnostic au patient et lui expliquer le but du suivi psychologique ou psychiatrique. Il doit également apporter la réassurance nécessaire au patient notamment s'il s'agit pour lui d'un premier contact avec la psychiatrie. Des comorbidités psychiatriques étant fréquemment retrouvées(9,11,15) en association au TSS, la détection, la prise en charge et le suivi de ces comorbidités ou des atteintes psychiatriques réactionnelles au trouble doivent être effectués. Comme le médecin spécialiste référent, il doit éviter

la prescription de traitements au potentiel addictogène (benzodiazépines) et coordonner les prescriptions avec les autres spécialistes.(48) Toujours selon les « recommandations de Smith », il doit de même éviter les soins excessifs (hospitalisation en psychiatrie si aucune comorbidité ne le justifie par exemple).(48) Tel que présenté dans notre revue de la littérature, différentes approches peuvent être proposées au patient d'un point de vue psychiatrique ou psychologique. La mise en place d'une psychothérapie par TCC ou l'adressage pour sa mise en place est réalisé dans ce cadre par le psychiatre. D'autres techniques peuvent être proposées, telles que des prises en charges corporelles (biofeedback(37), thérapie à médiation corporelle de groupe(38)). Un traitement médicamenteux peut être mis en place spécifiquement pour le TSS si nécessaire.(36) Enfin, il doit assurer la coordination des soins psychiatriques et psychologiques, notamment en réévaluant de manière ponctuelle l'évolution clinique du patient et en adaptant l'approche thérapeutique si besoin.

3. Le rôle de la psychiatrie de liaison

3.1 Axes d'intervention

Le rôle de la psychiatrie de liaison est d'apporter une aide dans la prise en charge des troubles psychiatriques aux services demandeurs. Elle a une mission d'évaluation de l'état clinique du patient hospitalisé et une mission d'orientation.

Son intervention semble particulièrement adaptée dans la prise en charge des TSS notamment car elle permet d'assurer un lieu de soins unique pour ces patients et rompre la dichotomie entre soins physiques et soins mentaux.

L'une des possibilités actuelles sur le CHU de Lille est l'intégration à la filière de prise en charge de ces troubles qui se construit actuellement.

3.2 Filière de prise en charge sur le CHU

Cette filière a vu le jour en 2021 à l'initiative du Dr Mathilde Horn et en concertation avec divers médecins d'autres spécialités devant le constat de difficultés rencontrées sur ce genre de pathologies. L'entrée d'un patient dans la filière est faite sur adressage d'un médecin spécialiste pour une consultation d'annonce diagnostique en psychiatrie ou par le biais de Réunions de Concertation Pluridisciplinaire ou RCP.

3.2.1 *La concertation pluridisciplinaire*

Lors de cette concertation ayant lieu de manière mensuelle, se réunissent des médecins de différentes spécialités afin de discuter des patients pour lesquels une situation fonctionnelle est évoquée et l'intérêt d'une orientation psychiatrique. Le but est d'établir un plan de soins pour la suite de la prise en charge, en sollicitant les autres spécialistes présents. Le patient peut dans ce cadre être adressé à un psychiatre du service de liaison.

3.2.2 *La consultation psychiatrique d'évaluation*

Cette consultation a plusieurs objectifs.

Elle permet la confirmation et l'explication du diagnostic, ainsi que la recherche des comorbidités psychiatriques.

La confirmation du diagnostic est basée sur le recueil de l'anamnèse et sur la réalisation d'échelles d'aide au diagnostic. L'anamnèse permet de reprendre l'historique des troubles physiques rapportés par le patient et les démarches médicales entreprises jusqu'à présent. En plus de l'intensité des symptômes physiques est recherchée la répercussion fonctionnelle sur la vie quotidienne. Les antécédents du patient, l'historique d'un suivi psychiatrique ou psychologique sont évoqués. Cette démarche permet de consolider le diagnostic.

L'explication du diagnostic a lieu durant cette consultation. Elle est primordiale et fait partie intégrante de la prise en charge. En effet, elle permet la compréhension du trouble qui va mener à l'acceptation du diagnostic conditionnant par la suite l'adhésion aux soins proposés. Elle permet également de réaliser de la psychoéducation autour du TSS.

Concernant les comorbidités psychiatriques, sont recherchés un syndrome dépressif associé, un trouble anxieux, un antécédent de trauma avec TSPT réactionnel ou des éléments de personnalité pathologiques.

3.2.3 La proposition d'un plan de soins au patient

Selon la présentation clinique, le patient peut être dirigé vers un psychologue ou un psychiatre s'il n'a pas de suivi préexistant, notamment pour une prise en charge psychothérapeutique spécifique au TSS. Des conseils thérapeutiques pour traiter une comorbidité associée peuvent être soumis au médecin traitant ou au médecin spécialiste. Enfin, un lien par courrier avec le médecin spécialiste référent du patient pour ce trouble et avec le médecin traitant est toujours réalisé. Le plan de soin pourra être réévalué sur une consultation de suivi.

3.2.4 Perspectives d'amélioration

Actuellement, la proportion de patients ne se présentant pas en consultation de psychiatrie alors qu'adressés par un spécialiste est d'environ 50% et les délais d'attente sont de plusieurs mois. L'entrée dans la filière devrait se faire à l'avenir par une prise du rendez-vous par le patient lui-même à la suite de l'orientation de son spécialiste. Est également soulevée la possibilité de réorganiser la filière avec dans un premier temps une consultation avec un(e) psychologue formé(e) à l'annonce diagnostique et à la psychoéducation autour des TSS puis dans un second temps si nécessaire une consultation avec un psychiatre en cas de dépistage d'une comorbidité psychiatrique. Le but actuel de la filière est également de mettre en place un réseau de psychologues formés à la TCC pour faciliter l'orientation de ces patients en ambulatoire. Enfin, du fait de la faible accessibilité aux thérapies TCC dans la région, une possibilité future pour y remédier serait la création d'un programme plus court, adapté au TSS, basé sur des principes de la psychoéducation et de la TCC.

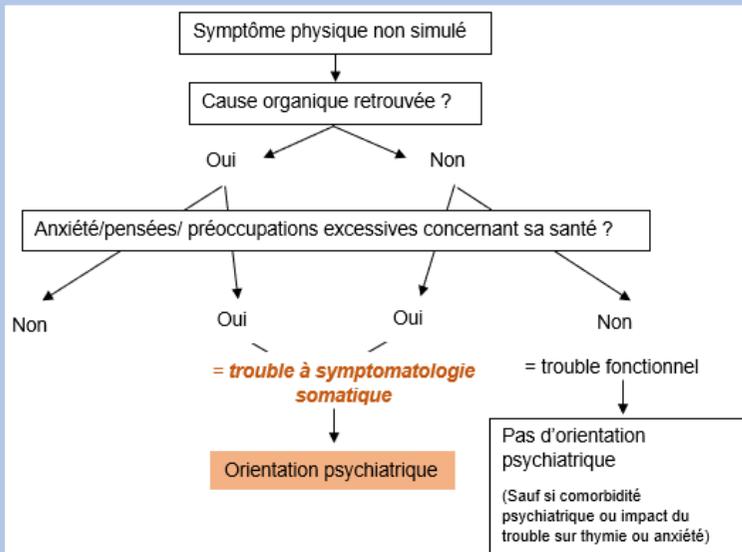
4. Proposition d'intervention sur le CHU de Lille

A l'issu de ce travail, nous proposons les deux fiches suivantes résumant la prise en charge des TSS à destination du professionnel médical du CHU de Lille, permettant de redéfinir le TSS, de communiquer autour des éléments majeurs de prise en charge et de clarifier les critères ainsi que les possibilités d'orientation vers les soins psychiatriques.

Éléments d'orientation vers un trouble à symptomatologie somatique

- Symptôme physique récurrent, identique ou évolutif
- Atteintes d'organes différents sans maladie systémique
- Le symptôme est « authentique », non contrôlable par la volonté et non simulé
- Angoisses excessives liées à son état de santé
- Souffrance morale et impact fonctionnel du trouble sur le quotidien
- Évènements de vie associés
- Image corporelle/ trouble de l'estime de soi perturbés
- Nomadisme médical, plusieurs présentations aux urgences ou chez un ou plusieurs médecin(s) différent(s)
- Historique de démarches diagnostiques étendues
- Demande d'aide et de soins

Orientation :



Ce qu'il ne faut pas dire/ pas faire

Mais plutôt

<p><i>Être à la recherche effrénée d'un diagnostic.</i></p> <p><i>Minimiser la souffrance car aucun diagnostic n'a été trouvé.</i></p>	<p>Baser sa prise en charge sur l'impact fonctionnel du trouble et la réduction du symptôme. Demander conseil à un confrère.</p> <p>Prendre en compte la souffrance physique et psychique du patient. Evolution possible vers une symptomatologie plus sévère.</p>
<p><i>Réduire le trouble à une cause psychologique ou à un trouble psychiatrique seul.</i></p> <p>« Ça se passe dans votre tête » « Ce n'est pas grave » « Vous n'avez rien »</p>	<p>Un TSS n'exclut pas une cause physique. Prise en charge coordonnées entre soins psychiatrique et somatique.</p> <p>« La présentation et/ou les explorations n'explique(nt) pas ce symptôme à ce jour mais je comprends les répercussions sur votre quotidien ». Faire admettre au patient que tous les symptômes ne sont pas objectivables à la biologie ou à l'imagerie.</p>
<p><i>Faire trop d'examens complémentaires invasifs ou non, prescrire des traitements invasifs ou au potentiel addictif.</i></p> <p><i>Ne pas prendre en compte la demande du patient.</i></p>	<p>Favoriser l'examen clinique, coordonner les prescriptions entre les différents médecins.</p> <p>Réaliser un examen clinique même succinct pour explorer la plainte du patient. Prendre en compte la souffrance et l'impact du trouble sur le quotidien.</p>
<p><i>Stigmatiser.</i></p> <p><i>Avoir une attitude paternaliste.</i></p>	<p>Démarche empathique, réassurance.</p> <p>Démarche collaborative avec le patient, lui expliquer ce qui est envisageable et ce qui ne l'est pas : « qu'attendez-vous exactement de la prise en charge ? ».</p>
<p><i>Ne pas restituer ou ne pas expliquer certains résultats d'examens complémentaires.</i></p> <p><i>Ne pas adresser vers une prise en charge psychosociale ou adressage tardif.</i></p> <p><i>Ne pas parler du diagnostic.</i></p>	<p>Assurer de la bonne attention donnée à chaque résultat d'examen, normal ou anormal.</p> <p>Adressage le plus précoce possible en poursuivant la prise en charge physique.</p> <p>L'annonce diagnostique fait partie du traitement.</p>

Figure 2: Orientation et conseils de prise en charge des troubles à symptomatologie somatique (TSS)

SPECIALISTE

Eléments évocateurs d'un trouble à symptomatologie somatique

SSD-12 \geq 23 + PHQ-15 \geq 9

Eviter examens à visée diagnostique non indispensables

Moment dédié à l'annonce diagnostique ou orientation pour annonce

Evaluation état général

Prise en charge comorbidités et complications liées au symptôme

Consultation unique dans l'attente d'une PEC psychiatrique, 30 min :
(Menon et al, 2017)

- Valider la souffrance du patient
- Réattribution : l'encourager à faire le lien entre son état physique et son état psychologique
- Expliquer le but de la PEC globale : améliorer l'état fonctionnel plutôt que réduire le symptôme
- Techniques de relaxation ciblées

Orientation psychiatrique la plus précoce possible

Patient hospitalisé au CHU: possibilité d'orienter vers la psychiatrie de liaison



Prescription de traitements au potentiel addictif et de thérapies invasives ou excessives :

- Antalgiques opioïdes, anxiolytiques ou hypnotiques benzodiazépines
- Hospitalisation, ...

PSYCHIATRE

Poursuite soins primaires

Consultations régulières

Examen physique

Eviter PEC invasives

Eviter escalade thérapeutique

Prescriptions coordonnées avec les différents intervenants

Lettre au médecin traitant

Validation/ Explication du diagnostic

Explication enjeux de la PEC psychiatrique/ psychologique

Explication de l'enjeu d'une PEC conjointe

Recherche et PEC des comorbidités psychiatriques associées

Thérapie par TCC :

Action sur les facteurs de maintien du trouble

Psychoéducation

Approche corporelle : relaxation pour la gestion émotionnelle, mindfulness, exposition aux sensations corporelles

Travail sur les cognitions erronées

Analyse, compréhension et remplacement des comportements problèmes

Intérêt traitement médicamenteux ?

Comorbidité ?

Syndrome douloureux ?

Echec de la psychothérapie ?

Lettre au spécialiste et au médecin traitant

Figure 3: Intrication des soins physiques et psychiatriques dans la prise en charge des TSS

CONCLUSION

Les TSS sont des troubles fréquents retrouvés dans la population générale, à risque de chronicisation et d'évolution vers des troubles sévères si une prise en charge globale n'est pas mise en place de manière précoce. La littérature a montré que l'objectif de la thérapie est d'obtenir une amélioration fonctionnelle du patient par le biais de la poursuite des soins physiques en médecine de spécialité associée à une psychothérapie autour des facteurs de maintien du trouble en première intention. Le traitement repose également sur une annonce du diagnostic au patient, sur l'explication précise des enjeux thérapeutiques et sur des soins coordonnés précoces entre les médecins spécialistes et les psychiatres. Notre évaluation de la perception et des pratiques des spécialistes sur le CHU a souligné que ces prises en charge sont sources de difficultés pour les médecins. On constate notamment un manque d'informations concernant l'enjeu d'une annonce diagnostique appropriée et le rôle des soins psychiatriques, pouvant être responsables d'une entrée tardive dans la filière psychiatrique. Notre travail ouvre désormais une autre problématique. En effet, l'accueil réservé à ces patients dans les soins psychiatriques, les pratiques et la perception des professionnels de santé mentale, qui peuvent également être un frein dans les soins, reste à évaluer.

A l'issu de ce travail, nous proposons une fiche d'information à destination des professionnels du CHU ainsi qu'une suggestion de prise en charge qui pourrait permettre d'optimiser les soins apportés aux patients souffrant de TSS au sein du centre hospitalier.

BIBLIOGRAPHIE

1. Smith GR, Monson RA, Ray DC. Patients with multiple unexplained symptoms. Their characteristics, functional health, and health care utilization. *Arch Intern Med.* janv 1986;146(1):69-72.
2. Gustavsson A, Svensson M, Jacobi F, Allgulander C, Alonso J, Beghi E, et al. Cost of disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology.* 1 oct 2011;21(10):718-79.
3. Définition des troubles somatoformes : entre symptômes physiques et symptômes mentaux [Internet]. [cité 18 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.larevuedupraticien.fr/article/definition-des-troubles-somatoformes-entre-symptomes-physiques-et-symptomes-mentaux>
4. Schaefer R, Hausteiner-Wiehle C, Häuser W, Ronel J, Herrmann M, Henningsen P. Non-Specific, Functional, and Somatoform Bodily Complaints. *Dtsch Arztebl Int.* nov 2012;109(47):803-13.
5. Haller H, Cramer H, Lauche R, Dobos G. Somatoform disorders and medically unexplained symptoms in primary care. *Dtsch Arztebl Int.* 17 avr 2015;112(16):279-87.
6. Kurlansik SL, Maffei MS. Somatic Symptom Disorder. *Am Fam Physician.* 1 janv 2016;93(1):49-54.
7. Physical symptoms in primary care. Predictors of psychiatric disorders and functional impairment - PubMed [Internet]. [cité 14 févr 2022]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7987511/>
8. Servan-Schreiber D, Kolb NR, Tabas G. Somatizing Patients: Part I. Practical Diagnosis. *AFP.* 15 févr 2000;61(4):1073-8.
9. Lieb R, Meinlschmidt G, Araya R. Epidemiology of the Association Between Somatoform Disorders and Anxiety and Depressive Disorders: An Update. *Psychosomatic Medicine.* nov 2007;69(9):860-3.
10. The natural course of DSM-IV somatoform disorders and syndromes among adolescents and young adults: a prospective-longitudinal community study - PubMed [Internet]. [cité 18 mai 2022]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12457742/>
11. Hauffa R, Rief W, Brähler E, Martin A, Mewes R, Glaesmer H. Lifetime Traumatic Experiences and Posttraumatic Stress Disorder in the German Population: Results of a Representative Population Survey. *Journal of Nervous & Mental Disease.* déc 2011;199(12):934-9.
12. Chioqueta AP, Stiles TC. Suicide Risk in Patients with Somatization Disorder. *Crisis* [Internet]. 1 janv 2004 [cité 19 nov 2021]; Disponible sur: <https://econtent.hogrefe.com/doi/abs/10.1027/0227-5910.25.1.3>
13. Wiborg JF, Gieseler D, Fabisch AB, Voigt K, Lautenbach A, Löwe B. Suicidality in Primary Care Patients With Somatoform Disorders. *Psychosomatic Medicine.* nov 2013;75(9):800-6.

14. Schmalings KB, Fales JL. The association between borderline personality disorder and somatoform disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2018;25(2):e12244.
15. Hasin D, Katz H. Somatoform and Substance Use Disorders. *Psychosomatic Medicine*. nov 2007;69(9):870-5.
16. Troubles somatiques fonctionnels : un modèle cognitif pour mieux les comprendre - ScienceDirect [Internet]. [cité 19 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0248866319304394>
17. Rief W, Broadbent E. Explaining medically unexplained symptoms-models and mechanisms. *Clin Psychol Rev*. oct 2007;27(7):821-41.
18. de Greck M, Bölter AF, Lehmann L, Ulrich C, Stockum E, Enzi B, et al. Changes in brain activity of somatoform disorder patients during emotional empathy after multimodal psychodynamic psychotherapy. *Front Hum Neurosci*. 2013;7:410.
19. Tominaga T, Choi H, Nagoshi Y, Wada Y, Fukui K. Relationship between alexithymia and coping strategies in patients with somatoform disorder. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 27 déc 2013;10:55-62.
20. J S, M S, Pm R, Cp W. The 12 year prognosis of unilateral functional weakness and sensory disturbance. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2003;74:591-6.
21. Hatcher S, Arroll B. Assessment and management of medically unexplained symptoms. *BMJ*. 17 mai 2008;336(7653):1124-8.
22. Sitnikova K, Leone SS, Zonneveld LNL, van Marwijk HWJ, Bosmans JE, van der Wouden JC, et al. The CIPRUS study, a nurse-led psychological treatment for patients with undifferentiated somatoform disorder in primary care: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*. 3 mai 2017;18(1):206.
23. Gelauff JM, Carson A, Ludwig L, Tijssen MAJ, Stone J. The prognosis of functional limb weakness: a 14-year case-control study. *Brain*. 1 juill 2019;142(7):2137-48.
24. Somatic symptom disorder: a scoping review on the empirical evidence of a new diagnosis - PubMed [Internet]. [cité 9 avr 2022]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34776017/>
25. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. The PHQ-15: validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosom Med*. avr 2002;64(2):258-66.
26. Gierk B, Kohlmann S, Kroenke K, Spangenberg L, Zenger M, Brähler E, et al. The Somatic Symptom Scale-8 (SSS-8): A Brief Measure of Somatic Symptom Burden. *JAMA Internal Medicine*. 1 mars 2014;174(3):399-407.
27. Toussaint A, Murray AM, Voigt K, Herzog A, Gierk B, Kroenke K, et al. Development and Validation of the Somatic Symptom Disorder-B Criteria Scale (SSD-12). *Psychosom Med*. janv 2016;78(1):5-12.
28. Toussaint A, Hüsing P, Kohlmann S, Löwe B. Detecting DSM-5 somatic symptom disorder: criterion validity of the Patient Health Questionnaire-15 (PHQ-15) and the Somatic Symptom

Scale-8 (SSS-8) in combination with the Somatic Symptom Disorder - B Criteria Scale (SSD-12). *Psychol Med.* janv 2020;50(2):324-33.

29. Murray AM, Toussaint A, Althaus A, Löwe B. Barriers to the diagnosis of somatoform disorders in primary care: protocol for a systematic review of the current status. *Syst Rev.* 8 nov 2013;2:99.
30. Fink P. Surgery and medical treatment in persistent somatizing patients. *Journal of Psychosomatic Research.* juill 1992;36(5):439-47.
31. Warner CM, Colognori D, Kim RE, Reigada LC, Klein RG, Browner-Elhanan KJ, et al. Cognitive-behavioral treatment of persistent functional somatic complaints and pediatric anxiety: an initial controlled trial. *Depress Anxiety.* juill 2011;28(7):551-9.
32. Verdurmen MJ, Videler AC, Kamperman AM, Khasho D, van der Feltz-Cornelis CM. Cognitive behavioral therapy for somatic symptom disorders in later life: a prospective comparative explorative pilot study in two clinical populations. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 1 sept 2017;13:2331-9.
33. Moreno S, Gili M, Magallón R, Bauzá N, Roca M, Del Hoyo YL, et al. Effectiveness of group versus individual cognitive-behavioral therapy in patients with abridged somatization disorder: a randomized controlled trial. *Psychosom Med.* août 2013;75(6):600-8.
34. Menon V, Shanmuganathan B, Thamizh JS, Arun AB, Sarkar S. Efficacy of Adjunctive Single Session Counseling for Medically Unexplained Symptoms: A Randomized Controlled Trial. *Indian J Psychol Med.* oct 2017;39(5):641-7.
35. Zonneveld LNL, van Rood YR, Kooiman CG, Timman R, van 't Spijker A, Busschbach JJV. Predicting the outcome of a cognitive-behavioral group training for patients with unexplained physical symptoms: a one-year follow-up study. *BMC Public Health.* 8 oct 2012;12:848.
36. Paroxetine for patients with undifferentiated somatoform disorder: A prospective, open-label, 8-week pilot study. *Current Therapeutic Research.* 1 juin 2008;69(3):221-31.
37. Katsamanis M, Lehrer PM, Escobar JI, Gara MA, Kotay A, Liu R. Psychophysiologic treatment for patients with medically unexplained symptoms: a randomized controlled trial. *Psychosomatics.* juin 2011;52(3):218-29.
38. Röhricht F, Sattel H, Kuhn C, Lahmann C. Group body psychotherapy for the treatment of somatoform disorder - a partly randomised-controlled feasibility pilot study. *BMC Psychiatry.* 23 avr 2019;19(1):120.
39. Nolte S, Erdur L, Fischer HF, Rose M, Palmowski B. Course of self-reported symptoms of 342 outpatients receiving medium- versus long-term psychodynamic psychotherapy. *Biopsychosoc Med.* 2016;10:23.
40. García-Campayo J, Sanz-Carrillo C. The use of alternative medicines by somatoform disorder patients in Spain. *Br J Gen Pract.* juin 2000;50(455):487-8.
41. Paterson C, Taylor RS, Griffiths P, Britten N, Rugg S, Bridges J, et al. Acupuncture for « frequent attenders » with medically unexplained symptoms: a randomised controlled trial (CACTUS study). *Br J Gen Pract.* juin 2011;61(587):e295-305.

42. Speckens AE, van Hemert AM, Spinhoven P, Hawton KE, Bolk JH, Rooijmans HG. Cognitive behavioural therapy for medically unexplained physical symptoms: a randomised controlled trial. *BMJ*. 18 nov 1995;311(7016):1328-32.
43. Allen LA, Woolfolk RL, Escobar JI, Gara MA, Hamer RM. Cognitive-behavioral therapy for somatization disorder: a randomized controlled trial. *Arch Intern Med*. 24 juill 2006;166(14):1512-8.
44. Escobar JI, Gara MA, Diaz-Martinez AM, Interian A, Warman M, Allen LA, et al. Effectiveness of a time-limited cognitive behavior therapy type intervention among primary care patients with medically unexplained symptoms. *Ann Fam Med*. août 2007;5(4):328-35.
45. Menon V, Rajan TM, Kuppili PP, Sarkar S. Cognitive Behavior Therapy for Medically Unexplained Symptoms: A Systematic Review and Meta-analysis of Published Controlled Trials. *Indian J Psychol Med*. août 2017;39(4):399-406.
46. Liu J, Gill NS, Teodorczuk A, Li ZJ, Sun J. The efficacy of cognitive behavioural therapy in somatoform disorders and medically unexplained physical symptoms: A meta-analysis of randomized controlled trials. *J Affect Disord*. 15 févr 2019;245:98-112.
47. Pharmacological interventions for somatoform disorders in adults - Kleinstäuber, M - 2014 | Cochrane Library [Internet]. [cité 10 déc 2021]. Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD010628.pub2/full>
48. Smith GR, Monson RA, Ray DC. Psychiatric Consultation in Somatization Disorder. *N Engl J Med*. 29 mai 1986;314(22):1407-13.
49. Ranque B, Nardon O. Prise en charge des symptômes médicalement inexpliqués en médecine interne : un paradigme de la relation médecin-malade en situation d'incertitude. *Rev Med Interne*. 24 juill 2017;38(7):458-66.
50. Toft T, Rosendal M, Ørnbøl E, Olesen F, Frostholm L, Fink P. Training general practitioners in the treatment of functional somatic symptoms: effects on patient health in a cluster-randomised controlled trial (the Functional Illness in Primary Care study). *Psychother Psychosom*. juin 2010;79(4):227-37.
51. Weiland A, Blankenstein AH, Van Saase JLCM, Van der Molen HT, Jacobs ME, Abels DC, et al. Training Medical Specialists to Communicate Better with Patients with Medically Unexplained Physical Symptoms (MUPS). A Randomized, Controlled Trial. *PLoS One*. 2015;10(9):e0138342.
52. Rosendal M, Bro F, Sokolowski I, Fink P, Toft T, Olesen F. A randomised controlled trial of brief training in assessment and treatment of somatisation: effects on GPs' attitudes. *Family Practice*. 1 août 2005;22(4):419-27.
53. Evans RW, Evans RE. A survey of neurologists on the likeability of headaches and other neurological disorders. *Headache*. juill 2010;50(7):1126-9.

TABLE DES ANNEXES

ANNEXE 1 : The Patient Health Questionnaire-15

EVALUATION DES SYMPTOMES PHYSIQUES (PHQ-15)

Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous été dérangé par l'un des problèmes suivants :

	Pas du tout (0)	Un peu (1)	Beaucoup (2)
Douleur à l'estomac			
Mal de dos			
Douleurs aux bras, jambes ou articulations			
Douleurs			
Mal de tête			
Douleur thoracique			
Vertiges			
Evanouissements			
Palpitations			
Essoufflement			
Douleurs ou problèmes au cours des rapports sexuels			
Constipation ou diarrhée			
Nausées, ballonnements, indigestion			
Sensation de fatigue ou manque d'énergie			
Troubles du sommeil			

Total : = +

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.

Version française

(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 physiques au sérieux (I).	<input type="checkbox"/>				
11. Je crains que mes symptômes physiques se poursuivent à l'avenir (II).	<input type="checkbox"/>				
12. En raison de mes problèmes physiques, j'ai peu de concentration pour d'autres choses (III).	<input type="checkbox"/>				

(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 de l'étude

Réflexion sur la prise en charge des troubles à symptomatologie somatique

Les troubles à symptomatologie somatique sont des troubles très fréquents retrouvés dans la population générale et associés à différentes spécialités. Ils sont cependant particulièrement sous-diagnostiqués et il n'y a actuellement pas de stratégie permettant de les dépister de manière efficace ni de recommandation concernant leur prise en charge. Un diagnostic tardif est également porteur d'un moins bon pronostic et de complexification de la prise en charge.

Nous nous sommes interrogés sur les raisons pour lesquelles bien que l'on estime ce trouble présent chez environ 5% de la population, on retrouve très peu ces patients dans les consultations psychiatriques.

Dans le cadre de la construction d'une filière d'orientation sur le CHU de Lille par le Dr Mathilde Horn, nous vous adressons ce court questionnaire afin de comprendre les difficultés que les spécialistes pourraient rencontrer vis-à-vis de ces patients. (: réponses obligatoires)*

A. VOUS

1. Etes- vous :*
 - Une femme
 - Un homme
2. Quelle est votre année de naissance ?*
3. Etes-vous : *
 - Interne
 - Docteur
4. Spécialité : *

B. VOTRE PRATIQUE PROFESSIONNELLE/ VOTRE RESSENTI PAR RAPPORT A CES PATIENTS

5. Participez-vous, dans le cadre de votre activité, à des consultations conjointes avec des psychiatres ou des RCP avec des psychiatres ? (1 réponse)*
 - Oui
 - Non

6. Pour vous, un trouble à symptomatologie somatique : (1 ou plusieurs réponses)*
- Est un diagnostic différentiel d'un diagnostic physique.
 - Peut co-exister avec un diagnostic physique.
 - Nécessite que le bilan d'extension soit négatif.
 - Peut être défini par des angoisses et des préoccupations excessives devant des symptômes physiques ou des résultats d'examens.
7. Pour vous, un trouble à symptomatologie somatique est-il un trouble bénin ? (1 réponse)*
- Oui
 - Non
8. Avez-vous déjà été confrontés à des patients souffrant de troubles à symptomatologie somatique ? (1 réponse)*
- Oui
 - Non
9. Si oui, à quelle fréquence ? (1 réponse)*
- Rarement
 - Souvent
 - Très souvent
10. De manière générale, diriez-vous que ce genre de prise en charge vous met en difficulté ou vous déstabilise ? (1 réponse)*
- Jamais
 - Rarement
 - Souvent
 - Toujours
11. Si oui, quelle(s) proposition(s) pourrai(en)t expliquer pourquoi ? (1 ou plusieurs réponses)
- L'attente du patient est trop forte.
 - Le patient met en échec la prise en charge proposée.

- Il n'y a pas de consensus pour ce genre de pathologie et vous ne savez plus quoi faire.
- Vous pensez qu'il n'y a pas de solution pour le patient.
- Vous n'aimez pas/ ne trouvez pas d'intérêt à prendre en charge ce type de pathologie.
- Ces prises en charge sont particulièrement chronophages.

12. Pensez-vous que ces patients : (1 ou plusieurs réponses)*

- Font parfois semblant.
- Peuvent exagérer leur(s) symptôme(s).
- Ont un terrain psychiatrique associé expliquant leur trouble.
- Ont souvent un trouble de la personnalité associé.
- Ont toujours des évènements de vie difficiles pouvant expliquer ces troubles.

C. CONCERNANT LE DIAGNOSTIC DE CES PATIENTS :

13. Concernant l'annonce du diagnostic de trouble à symptomatologie somatique à votre patient : (1 ou plusieurs réponses)*

- Vous réalisez une consultation dédiée à l'annonce diagnostique.
- Vous n'avez pas le temps de dédier une consultation entière à l'annonce diagnostique et cela se fait le plus souvent au cours d'une consultation de suivi.
- Vous orientez le patient vers un psychiatre pour qu'il confirme le diagnostic avec le patient.

14. Diriez-vous que vous êtes réticent(e) à annoncer un tel diagnostic à votre patient ? (1 réponse)*

- Plutôt oui
- Plutôt non

15. Si oui, vous pensez que : (1 ou plusieurs réponses)

- L'annonce diagnostique peut être néfaste à la relation patient-médecin.

- La connaissance d'un tel diagnostic peut être néfaste pour le patient et le pousser à avoir d'autres symptômes.
- La connaissance du diagnostic ne va pas forcément aider votre patient à aller mieux.
- Que le patient va mettre en question votre diagnostic ou ne l'acceptera pas.
- Vous pensez ne pas avoir fait toutes les explorations possibles et ne souhaitez pas « étiqueter » votre patient d'un trouble à symptomatologie somatique.

D. CONCERNANT L'ORIENTATION DE CES PATIENTS

16. Diriez-vous que vous orientez ces patients vers un psychiatre ou psychologue ? (1 réponse)*

- Jamais ou peu
- Parfois
- Le plus souvent

17. Quand vous orientez ces patients vers un psychiatre ou un psychologue, diriez-vous que vous le faites : (1 ou plusieurs réponses)*

- Si le patient est très angoissé par rapport à ses troubles.
- Si tous les examens complémentaires sont revenus négatifs.
- Si le patient le demande.
- Car vous ne savez plus quoi faire pour ce patient.

18. Dans quels délais orientez-vous le patient vers une structure psychiatrique le plus souvent ? (1 réponse)*

- Au bout de quelques consultations
- Au bout de quelques mois de suivi
- Au bout de plusieurs années de suivi

19. A l'inverse quels seraient les motifs de non orientation vers un psychiatre ou un psychologue ? (1 ou plusieurs réponses)*

- Vous ne savez pas vers qui/où l'orienter.

- Il n'y a, à votre connaissance pas de filière simple de prise en charge des troubles à symptomatologie somatique sur le CHU.
- Vous ne pensez pas qu'il soit nécessaire d'orienter ce patient vers un psychiatre ou un psychologue lorsque vous voyez le patient.
- Vous proposez au patient de débiter une prise en charge psychiatrique ou psychologique mais celui-ci la refuse généralement ou ne s'y présente pas.

E. REFLEXIONS CONCERNANT LA PRISE EN CHARGE COORDONNEE DE CES PATIENTS

Nous constatons régulièrement un adressage très tardif vers le psychiatre dans le parcours de soins des patients présentant un trouble à symptomatologie somatique.

20. Selon vous, vous expliqueriez la prise en charge tardive de ces patients en structure psychiatrique par (1 ou plusieurs réponses) :*

- Le refus du patient à consulter un psychiatre
- Le manque d'information ou de connaissances des soignants par rapport à ce qu'un tel suivi pourrait apporter
- L'incertitude par rapport à une origine fonctionnelle du trouble justifiant la poursuite d'examen complémentaires
- L'errance médicale du patient entraînant la reprise du dossier par des médecins ou des équipes de soins différentes.

21. Concernant la prise en charge coordonnées de ces patients : (1 ou plusieurs réponses)*

- Une prise en charge coordonnée et multidisciplinaire vous paraît utile.
- La prise en charge devrait être principalement assurée par les psychiatres.
- Le médecin spécialiste (hors psychiatre) ou généraliste doit rester dans la prise en charge afin de maintenir une bonne alliance thérapeutique avec le patient.
- Le médecin spécialiste (hors psychiatre) ou généraliste doit rester dans le parcours de soins du fait de possibles troubles physiques associés.
- Vous auriez besoin de plus d'informations concernant ces troubles.

F. REMARQUES LIBRES

Avez-vous d'autres remarques ou souhaitez-vous vous exprimer sur d'autres éléments ou problématiques ?

AUTEURE : Nom : MOUMEN

Prénom : Caroline

Date de soutenance : 21 Juin 2022

Titre de la thèse : Enjeux thérapeutiques dans la prise en charge des troubles à symptomatologie somatique

Thèse - Médecine - Lille « 2022 »

Cadre de classement : Médecine

DES + FST/option : Psychiatrie

Mots-clés : trouble à symptomatologie somatique, enjeux thérapeutiques, prise en charge, perceptions, pratiques, psychiatrie de liaison

Résumé :

Introduction : Le trouble à symptomatologie somatique (TSS) est un trouble fréquent dont la prise en charge est peu protocolisée et source de difficultés pour les médecins. Ces patients sont peu retrouvés dans les services de soins psychiatriques avec des orientations qui peuvent être tardives. Certaines situations se chronicisent et se complexifient, engendrant des formes plus sévères notamment dans le milieu hospitalier. L'objectif est de proposer des éléments de prise en charge permettant une orientation plus précoce vers la filière psychiatrique sur le CHU de Lille.

Méthode : Revue de la littérature des prises en charge existantes et diffusion d'un questionnaire auprès des médecins spécialistes hors psychiatres du CHU de Lille étudiant leurs pratiques et perceptions par rapport aux TSS.

Résultats : 16 études ont été incluses. La prise en charge de référence à ce jour est la psychothérapie par TCC avec un meilleur pronostic si l'orientation est précoce.

63 médecins ont répondu au questionnaire : 75% se disent en difficultés dans ces prises en charge, le DSM-IV est encore beaucoup utilisé dans les pratiques, l'annonce diagnostique est source de difficultés dans près de la moitié des cas, l'orientation psychiatrique est précoce mais les motifs d'orientation ne sont pas toujours clairement établis. 42% souhaitent plus d'informations sur les TSS. La majorité voit l'intérêt de la multidisciplinarité.

Discussion : La réticence à réaliser une annonce diagnostique, des critères d'orientation vers la psychiatrie mal définis et le manque d'information concernant le rôle d'un suivi psychiatrique ou les possibilités d'orientation sont des freins identifiés comme pouvant retarder la prise en charge de ces patients. Nous proposons des axes d'intervention pour fluidifier ces prises en charge. Une filière se développe sur le CHU à visée d'orientation précoce vers des soins psychiatriques.

Conclusion : Une prise en charge conjointe entre le psychiatre et le spécialiste est indispensable, de même qu'une meilleure sensibilisation au trouble et à l'intérêt des soins psychiatriques. Nous proposons des fiches à destination des médecins hospitaliers permettant de mieux comprendre les enjeux thérapeutiques dans le cadre du TSS. L'étude de l'accueil réservé à ces patients en soins psychiatriques reste à évaluer.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Renaud JARDRI

Assesseur : Monsieur le Docteur Benjamin DELVAL

Directeur de thèse : Madame le Docteur Mathilde HORN