

Symptômes médicalement inexpliqués et somatisation.

Les symptômes médicalement inexpliqués (SMI), les "symptômes fonctionnels" sont fréquents en médecine générale: 1/4 des consultants dans une enquête récente¹. Ils sont assimilés à la somatisation, dont **une définition** de 1988 semble consensuelle²: "tendance à ressentir et à exprimer des symptômes somatiques dont ne rend pas compte une pathologie organique, à les attribuer à une maladie physique, et à rechercher pour eux une aide médicale". Cette définition ne présuppose pas obligatoirement une pathologie psychiatrique identifiable; les troubles somatoformes du DSM-IV ne recouvrent pas toute la somatisation.

La somatisation représente une "**conduite de maladie**" autour de trois pôles: les symptômes fonctionnels, la souffrance psychologique, le recours au système de soins. Simon² a décrit entre ces 3 pôles, 4 modèles de relation qui déterminent l'attitude du patient:

- somatisation comme défense psychologique, conduisant à nier, à déplacer ou à cacher sa détresse et à ne présenter que des plaintes somatiques;
- somatisation comme amplificateur somatique de la détresse, lié entre autre à la crainte de la maladie et à une tendance à attribuer les symptômes à une cause organique;
- somatisation comme tendance à rechercher des soins à partir de symptômes banals, la détresse psychologique étant plus déterminante dans le recours que l'intensité du symptôme;
- somatisation comme conséquence du recours au système de santé, la plainte somatique devant être plus facilement entendue qu'une souffrance psychologique.

Quels sont alors les principes de **prise en charge** du patient somatisant. A l'étude de P. Cathébras, on peut adjoindre une étude anglaise analysant les perceptions des patients³.

P. Cathébras² insiste sur l'intrication, l'interaction des facteurs physiques et psychosociaux, parfois mineurs, mais tendant à se potentialiser. Il reconnaît la nécessaire **vigilance** vis à vis d'une pathologie somatique rare ou atypique, et d'une pathologie psychiatrique caractérisée, la moitié des dépressions diagnostiquées en médecine générale se présentant initialement uniquement avec des plaintes somatiques. Il faut penser aux troubles anxieux, surtout aux "attaques de panique". **L'évaluation du somatisant** passe par l'inventaire des facteurs susceptibles d'influencer la plainte: **facteurs prédisposants** (personnalité, expériences diverses); **facteurs précipitants** (infection, traumatisme, événement de vie); **facteurs d'entretien** physiologiques (tr. du sommeil, repos prolongé), psychologiques (craintes diverses), sociaux (difficultés professionnelles ou bénéfiques secondaires). Le contexte culturel stigmatise comme "imaginaire" la souffrance psychologique, le système de soins favorise la "canalisation somatique" et l'intolérance au non savoir.

Le médecin doit rassurer, se rappeler la place ambiguë des examens complémentaires et surtout expliquer pour réduire la part du symptôme imputable à la crainte d'une maladie grave. Relaxation, hypnose, thérapies cognitives

ont pu se révéler utiles.

L'explication est la pierre angulaire de la prise en charge. Une étude anglaise³ a analysé comment des patients consultant en médecine générale pour des SMI percevaient les explications de leur médecin. 228 patients ont été interviewés. Les explications du médecin étaient souvent en désaccord avec ce que pensait le patient.

Trois types de perceptions étaient observés. La plus fréquente, **le déni**: les explications sont vécues comme rejet de la réalité des symptômes; le conflit reste irrésolu. Un type intermédiaire, **l'acceptation** (*collusion*): le médecin accepte les explications médicales du patient qui s'interroge sur la sincérité ou la compétence du médecin. Plus rare **la légitimation** (*empowerment*): le médecin donne une explication tangible aux symptômes, il déculpabilise et aide à l'autoprise en charge. Le patient comprend et s'approprie l'explication, patient et médecin sont alliés.

Il importe pour l'auteur de réconcilier deux modèles de la maladie, différents et potentiellement conflictuels, celui du médecin et celui du patient. La simple acceptation de l'explication physique, les investigations et traitements symptomatiques qui s'ensuivent, renforce les divergences plus qu'elle ne réconcilie les explications.

Ces données sont intéressantes. Les SMI sont un des gros problèmes du généraliste. Ils impliquent une réflexion approfondie sur la relation médecin-malade tenant compte de l'évolution culturelle de notre société. Les essais contrôlés sont ici difficiles, mais la multiplication d'études qualitatives sur les perceptions et satisfactions des patients peuvent aider à progresser.

1-Cathébras P, Boureille C, Rousset H. Les symptômes fonctionnels: point de vue des médecins généralistes. Rev Med Int 1998;19 (S3):512-3

2-Cathébras P. Symptômes médicalement inexpliqués et somatisation. Rev Med Int 1998;19 (S3):335-8

3-Salmon P, Peters S, Stanley I. Patients' perceptions of medical explanations for somatisation disorders: qualitative analysis. BMJ, 1999;318:372-376

Mots-clé: somatisation, relation médecin patient

Numéro 140 du 8 avril 1999