

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2018 /2019

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(Décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement
le 05 juillet 2019 à Poitiers
par **Mlle Carine Mederer**

**Le nombre de consultations dans l'année
est-il un signe objectif de troubles somatoformes ?**

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Jean-Claude Meurice

Membres : Monsieur le Professeur Jean-Louis Senon
Monsieur François Birault

Directeur de thèse : Monsieur Olivier Kandel

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2018 /2019

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement
le 05 juillet 2019 à Poitiers
par **Mlle Carine Mederer**

**Le nombre de consultations dans l'année
est-il un signe objectif de troubles somatoformes ?**

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Jean-Claude Meurice

Membres : Monsieur le Professeur Jean-Louis Senon
Monsieur François Birault

Directeur de thèse : Monsieur Olivier Kandel

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALLAL Joseph, thérapeutique
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie (**retraite 09/2019**)
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale (**retraite 09/2019**)
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, oncologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (**en détachement**)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie

- ROBERT René, réanimation
- ROBLLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- TOURANI Jean-Marc, oncologie (**retraite 09/2019**)
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (**en détachement**)
- BILAN Frédéric, génétique
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- COUDROY Rémy, réanimation (**en mission 1 an**)
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie (**en mission 1 an**)
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- PALAZZO Paola, neurologie (**pas avant janvier 2019**)
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe
- GOMES DA CUNHA José

Professeurs associés de médecine générale

- BIRAULT François
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- GAY Julie, professeur agrégé

Professeurs émérites

- DORE Bertrand, urologie (08/2020)
- EUGENE Michel, physiologie (08/2019)
- GIL Roger, neurologie (08/2020)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2020)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2020)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (16/02/2019)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2020)
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (08/2021)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2020)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2020)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2021)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (ex-émérite)
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

Remerciements

Aux membres du jury,

Au Docteur Kandel qui m'a relu, qui m'a initié à la Médecine Générale et m'a transmis son savoir.

Aux médecins qui ont participé, de leur temps accordé et de la qualité de leurs réflexions qui ont rendu ce travail passionnant,

A ces soigneurs qui m'ont inspiré, guidé, aidé, et m'ont transmis l'expérience et la passion de la connaissance de la médecine.

A ma mère, mon père, parce qu'ils ont toujours cru en moi

A mes sœurs, et mes frères, le père de ma fille, mes amis qui ont été toujours là depuis le début,

A mon ami, mon confident.

PLAN DE LA THESE

Titre	Page
Introduction.....	7
Matériel et méthode.....	9
Résultats.....	11
Discussion.....	14
Conclusion.....	15
Bibliographie.....	16
Résumé.....	17
Abstract.....	18
Serment.....	19

INTRODUCTION

Marquée par le dualisme cartésien, la médecine contemporaine a longtemps considéré les phénomènes physiques et psychiques comme appartenant à des champs indépendants. Un tel clivage a pu favoriser le désintérêt, voir l'évitement, de beaucoup de médecins somaticiens pour les questions psychiatriques. Ce clivage n'est pas conforme à la réalité (1). On a depuis un siècle, emporté par l'enthousiasme des fulgurants progrès de la technologie médicale, un peu oublié que l'homme est aussi esprit, qu'il n'y a pas d'un côté son corps et de l'autre sa psyché (2).

Ceci est encore plus frappant en médecine de premier recours, car la démarche du généraliste est différente de celle menée par son confrère hospitalier. Elle s'organise selon le principe de la fréquence des maladies. Aussi, doit-il envisager de prime abord les hypothèses les moins rares. A ce titre la notion de diagnostic d'élimination risque de le mettre sur la mauvaise piste. On imagine mal un inspecteur de police qui refuserait de retenir des indices forts. Il en va de la sorte avec les plaintes d'ordre psychosomatique. Elles représenteraient plus de 30% des troubles de santé, alors pourquoi cette survalorisation française pour l'organique ? Évoquer le sujet avec le patient évitera bien des errements délétères (3). Il est toujours surprenant de constater que la résistance à en parler vient plus du médecin que du patient.

Les études montrent que les médecins utilisent différents termes pour évoquer les symptômes inexpliqués avec les patients. Les termes de « somatisation » et de « trouble fonctionnel » sont régulièrement utilisés pour rendre compte de situations très différentes.

Les syndromes somatiques fonctionnels sont des étiquettes médicales descriptives proposées par les somaticiens. Chaque spécialité en connaît au moins un exemple : le syndrome de l'intestin irritable pour les gastro-entérologues, le syndrome de fatigue chronique en médecine interne, le syndrome d'hyperventilation pour les pneumologues, la céphalée de tension aux urgences... Les psychiatres ont proposé une description et une typologie des troubles fonctionnels dans les classifications DSM IV et CIM-10, nommé trouble somatoforme.

L'Association Américaine de Psychiatrie précise que ces troubles « ne sont pas des simulations ni des plaintes factices ». Ils entraînent une souffrance ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou familial. Ils ont été regroupés en un chapitre unique car relevant de la même approche diagnostique. Ils sont répartis en

6 catégories : la somatisation, le trouble hypocondriaque (incluant la dysmorphophobie), le trouble somatoforme indifférencié, le dysfonctionnement neurovégétatif somatoforme, le syndrome douloureux somatoforme persistant et les troubles de conversion.

Ce type de diagnostic est habituellement relégué au rang de « diagnostic d'élimination ». Une étude montre que les 2/3 des troubles somatoformes ne seraient pas diagnostiqués et que les 31% qui le sont ne le seraient qu'en fin d'hospitalisation (4). Il est progressivement devenu insupportable au médecin de ne pas tout expliquer. Le patient est alors surveillé, surmédicalisé sans issue, comme une cause perdue (5). Tous les examens sont normaux mais on ne se résout pas. On propose un contrôle à 6 mois, entérinant par-là, l'inquiétude du patient. Alors, enfermé dans cette quête biomédicale, épuisé, le médecin abandonne le patient aux "autres médecines". Les notions nouvelles de « *surdiagnostic* » et de prévention quaternaire, montrent l'importance que prennent les dérives de ces démarches inappropriées (6).

Enfin, sur le plan social, la disjonction entre psyché et soma, aurait tendance à renforcer les comportements de somatisation des patients ayant inconsciemment peur de la stigmatisation que représente le diagnostic psychiatrique (7). Il est de plus difficile de calculer les conséquences psycho-affectives et sociales de "l'enkystement" des patients dans une illusion organique de leurs troubles.

Sachons qu'au final le généraliste sera souvent le dernier recours. Il est le médecin du premier recours, il est aussi souvent, lorsque le patient a épuisé toutes les autres options thérapeutiques, son dernier et seul interlocuteur (8).

Constatant, par l'analyse rétrospective des dossiers médicaux, que les patients présentant des troubles psychosomatiques consultaient plus fréquemment, la question se pose de savoir si ce critère ne pourrait pas être un signe clinique de ces troubles. Cette étude avait pour objectif de vérifier l'hypothèse que le nombre de consultations dans l'année précédant la consultation du jour était un indicateur de trouble somatoforme. Il serait en effet intéressant de pouvoir bénéficier d'un signe objectif, prédictif d'une origine psychosomatique aux troubles ressentis par le patient. Cette étiologie devrait alors être évoquée, non plus par élimination, mais rapidement et naturellement avec le patient.

MATERIEL & METHODE

Une étude de faisabilité a été réalisée. Il s'agissait d'une étude observationnelle descriptive rétrospective avec analyse quantitative d'octobre 2017 à janvier 2018. Elle a porté sur l'activité d'un cabinet de médecine générale à Poitiers.

Une revue de la littérature a été menée en 2017 sur deux bases de données : Science direct et Pub Med, complétées par une recherche de la littérature grise via Google Scholar. Quinze articles ont été retenus pour construire la méthode de cette étude.

Les médecins du cabinet utilisent pour tenir leur dossier médical, le logiciel Shaman. Ils relèvent en continu et systématiquement tous les états morbides de chaque consultation à l'aide du Dictionnaire des Résultats de consultation[®]. Ce logiciel possède un module d'analyse statistique permettant de retrouver les données implémentées de manière structurée. Cinquante dossiers étaient nécessaires à la valeur statistique de l'étude. Le recrutement des dossiers s'est fait par une table de randomisation sur logiciel Excel, 93 dossiers ont ainsi été sélectionnés.

La population de l'étude était composée de tous les patients de 20 à 40 ans ayant consulté au moins une fois dans l'année 2017, de manière à avoir des informations rétrospectives d'au moins un an.

Critères d'exclusion

La limite de 40 ans a été retenue aux vues des données épidémiologiques, 40 ans étant l'âge de l'apparition des maladies chroniques et de la multimorbidité (9). Cet élément intervient logiquement sur la fréquence de consultation d'un patient et biaiserait l'analyse des résultats.

Les dossiers de patients ayant un antécédent de maladie psychiatrique et d'addiction ont été exclus. Ceux-ci interviennent aussi sur la fréquence de consultation d'un patient (4).

Enfin, les dossiers des patients n'ayant pas déclaré un des praticiens du cabinet comme étant leur médecin traitant ont été exclus. Ceci intervenant sur la régularité et la fréquence de consultation.

La variable à expliquer était la fréquence des consultations. La variable explicative d'intérêt principal était l'existence ou non de Résultats de consultation[®] (RC) d'ordre somatoforme.

D'une part, le trouble clairement diagnostiqué et relevé par le RC : TROUBLE SOMATOFORME (Tableau n°1). D'autre part, des regroupements de RC

correspondant à la définition des troubles somatoformes, isolés ou associés, ayant été retenu au moins deux fois de suite : ASTHENIE-FATIGUE, COLOPATHIE FONCTIONNELLE, DOULEUR NON CARACTERISTIQUE, CEPHALEE, PRECORDIALGIE, PALPITATION-ERETHISME CARDIAQUE, PLAINTÉ ABDOMINALE, DOULEUR PELVIENNE, VERTIGE, ACOUPHENE, LOMBALGIE, MYALGIE...

Tableau n°1 : Le Résultat de consultation TROUBLE SOMATOFORME

++++ PLAINTÉ PHYSIQUE SANS SUBSTRATUM ORGANIQUE RETROUVÉ

++| LOCALISATIONS MULTIPLES

++| RÉCURRENTÉ

++| VARIABLE DANS LE TEMPS

+ - douloureuse

+ - gastroentérologique (nausée, ballonnement, diarrhée ...)

+ - neurologique (vertiges, déglutition, paresthésies ...)

+ - neurovégétative (palpitation, transpiration, bouffée de chaleur, tremblement)

+ - urogénitale (dysfonction sexuelle, trouble des règles ...)

+ - crainte d'une maladie grave, d'une dysmorphie

+ - retentissement sur la vie sociale, affective ou familiale

+ - recours médicaux multiples (médecin, examen complémentaire)

+ - reconnue comme telle par le patient

Les autres variables concernaient le patient (genre, âge, situation marital et emploi). La situation maritale n'a pu être retenue, ses informations n'étant pas systématiquement retrouvées dans les dossiers médicaux.

Les variables de la consultation concernaient le nombre de consultations, le nombre de RC différents par consultation, ainsi que la présence ou non de RC d'ordre somatoforme, dans les 6 et 12 mois précédent la dernière consultation.

L'analyse statistique des résultats a utilisé en fonction des variables les tests de Chi 2 et de Fisher d'une part et le test de Student d'autre part. Elle s'est déroulée en deux temps : une analyse univariée comparant le groupe avec trouble psychosomatique et celui n'en n'ayant pas ; puis une analyse multivariée, pour laquelle n'avons retenu que les variables statistiquement significatives lors de l'analyse univariée.

RESULTATS

Les 93 dossiers ont été sélectionnés dans un cabinet de médecine générale composé de deux médecins hommes exerçant depuis 30 ans et accueillant des externes, des internes de niveau 1 et de SASPAS, ainsi qu'une infirmière ASALEE.

L'échantillon était composé de patients entre 20 et 40 ans, ayant consulté au moins une fois au cours de l'année 2017 et ayant désigné un des médecins du cabinet, comme médecin traitant.

Les hommes représentaient 40% de la population (N : 37) et les femmes 60% (N : 56). La moyenne d'âge de l'échantillon était logiquement de 30 ans.

Près de 9 personnes sur 10 étaient en activité professionnelle (89%). Seulement 6 personnes étaient sans emploi.

L'échantillon global des consultations était présenté selon l'ancienneté du recueil, à 6 et 12 mois. Dans les 6 derniers mois précédant la dernière consultation, il était retrouvé en moyenne moins de 2 consultations et moins de 1,5 diagnostic (Résultat de consultation) différent par acte.

Dans l'année précédant la dernière consultation dans le dossier, il était retrouvé en moyenne 4 consultations et 3 diagnostics (Résultat de consultation) différent par acte.

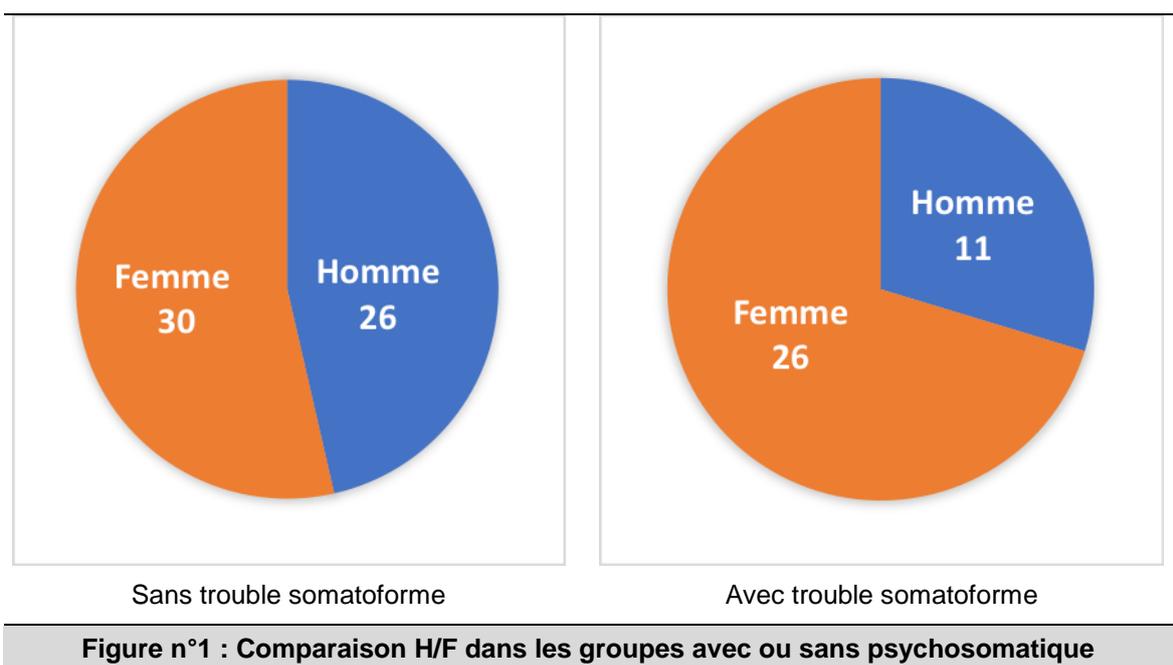
L'échantillon a ensuite été scindé en deux groupes en fonction de la présence ou non d'une symptomatologie psychosomatique dans le dossier. Plus d'un tiers des patients (N : 37) présentaient au moins un symptôme psychosomatique, quand les 56 autres n'en présentaient pas. Il n'existait pas de différence statistique significative ($p=0,4$) entre la moyenne d'âge de ces deux groupes. Il existait une différence significative ($p<0,0001$) entre les deux groupes, en ce qui concerne le nombre de consultation, pour 6 et 12 mois. Que ce soit dans les 6 ou 12 derniers mois le nombre de consultations est trois plus élevé chez les patients ayant une symptomatologie psychosomatique (Tableau n°II).

Tableau n°II : Nombre de consultations / RC psychosomatique / durée		
	6 mois antérieurs	12 mois antérieurs
Sans RC psychosomatique	1	2,8
Avec RC psychosomatique	3	7

L'analyse détaillée des deux groupes - psychosomatique vs non psychosomatique - a porté sur des caractéristiques de la population (l'âge, le genre et l'emploi), sur le

nombre de Résultats de consultation différents par acte et sur les symptômes fonctionnels somatoformes.

Pour les caractéristiques de la population, l'âge n'était pas une variable explicative significative. La moyenne d'âge chez les patients sans troubles psychosomatique était de 29,3 ans et de 29,9 ans dans l'autre groupe ($p = 0,4$). Pour la variable genre, le sex-ratio H/F dans le groupe sans trouble psychosomatique était de 0,86 (26/30) alors qu'il était de 0,42 dans le groupe avec trouble psychosomatique (11/26) (Figure n°2). Cette donnée ne serait pas significative ($p = 0,09$).



Pour la situation vis-à-vis de l'emploi, le rapport avec ou sans emploi, dans le groupe sans trouble psychosomatique était de 0,08, alors qu'il était de 0,14 pour le groupe avec trouble psychosomatique. La faiblesse de l'échantillon scindé en deux groupes ne permettait toutefois pas une analyse.

En ce qui concernait le nombre de Résultats de consultation différents par acte, il a été retrouvé en moyenne deux fois plus de RC dans le groupe présentant au moins une symptomatologie psychosomatique que dans celui n'en présentant pas dans les 6 mois précédents la dernière consultation, comme à 12 mois (Tableau n°III).

Tableau n°III : Nombre de RC différents par consultations à 6 / 12 mois				
	Moyenne	Médiane	Mini	Maxi
Sans RC psychosomatique	0,8 / 2	1 / 2	0 / 1	3 / 5
Avec RC psychosomatique	2 / 4,5	2 / 4	0 / 1	7 / 10

En ce qui concerne le type de Résultat de consultations, trois catégories de symptômes ont été individualisées dans le syndrome somatique fonctionnel. Une analyse séparée a été menée sur les RC de la sphère douloureuse, une autre sur les RC identifiés fonctionnels et une dernière a décompté le RC correspondant à la fatigue chronique.

Pour la douleur, on retrouvait un RC douloureux chez 25 des 37 patients avec le profil psychosomatique. Les chiffres étaient voisins pour les symptômes fonctionnels. Quant à la fatigue chronique elle était 10 fois plus fréquente dans le groupe au profil psychosomatique (Tableau n°IV). Ces différences sont statistiquement significatives ($p < 0,0001$).

Tableau n°IV : Moyenne des différents types de trouble somatique				
	N	Douleurs	S. fonctionnels	Fatigue chronique
Sans RC psychosomatique	56	2	0	1
Avec RC psychosomatique	37	25	26	10

Aux variables significatives de l'étude univariée, il a été ajouté à l'analyse multivariée la variable « genre » qui était souvent évoquée dans la littérature. Il ressort de cette analyse que trois variables étaient statistiquement significatives : (Tableau n°V).

Tableau n°V : Variables significativement à l'analyse multivariée				
	Odd-ratio	Intervalle de confiance		p-value
Nb de consultations des 12 derniers mois	0.682	0.476	0.977	0,037
Variable douleur	0.015	0.003	0.087	<0,0001
Variable fatigue chronique	0.040	0.003	0.510	0,0013

DISCUSSION

L'échantillon de l'étude n'était volontairement pas représentatif (20 à 40 ans) puisqu'il s'agissait de tendre vers le « toute chose égale par ailleurs » en limitant les raisons pouvant augmenter le nombre de consultations dans l'année. Notre étude montrait comme dans la littérature une prédominance féminine chez les patients avec trouble somatoforme (10) mais supérieures à certaines études : F/H=2,36 contre F/H=1,82 (11). La situation vis-à-vis de l'emploi n'était pas documentée dans la littérature. Les bornes d'âge de notre échantillon n'ont pas permis une analyse fiable. Il existait peu d'informations sur le profil des patients atteints de trouble somatoformes.

La moyenne des consultations dans l'année était de 4, ce qui est conforme à ce que l'on observe en général dans ces tranches d'âge, avant l'apparition des maladies chroniques (11). Le nombre moyen de RC par consultation est légèrement supérieur au chiffre retrouvé habituellement qui est en France de 2,2 (12).

Il existait bien une différence significative entre le nombre de consultations dans le sous-groupe sans et avec trouble somatoforme. Ce nombre allant de 1 à 3 dans les 6 mois et de 3 à 7 pour l'année écoulée. La littérature n'apportait pas de données chiffrées sur le sujet, mais une étude évoque une surconsommation de soins médicaux chez les patients présentant une symptomatologie psychosomatique (13). Il existait deux fois plus de problèmes de santé différents ou Résultats de consultation (RC) par acte, chez les patients avec une symptomatologie psychosomatique.

Les symptômes habituellement retenus pour les troubles psychosomatiques (14) sont en effet retrouvés significativement dans l'étude. La douleur (15) et la fatigue chronique sont des indicateurs validés par l'analyse multivarié que l'on retrouve 10 fois plus souvent chez les patients psychosomatiques. Au final, le nombre de consultation est bien un indicateur de probabilité d'étiologie somatoforme mais uniquement sur une durée rétrospective d'un an et non six mois.

La première limite de l'étude est liée au nombre de médecins investigateurs qui n'étaient que deux. Le fait de restreindre l'âge des patients inclus, s'il se justifiait méthodologiquement, peut avoir une incidence sur l'épidémiologie de ces troubles. D'une manière générale l'étude de ces troubles est rendue difficile par l'intrication avec les troubles psychiatriques d'une part et d'autre part avec les maux liés aux stress de la vie. En revanche, l'étude a été facilité par le recueil en continu et standardisé des problèmes de santé dans les dossiers médicaux.

CONCLUSION

L'étude montrait que le nombre des consultations dans l'année semble bien un signe objectif d'une étiologie psychosomatique aux troubles présentés par le patient. Contrairement à ses confrères hospitaliers, le généraliste organise sa démarche clinique selon la fréquence des maladies. Il doit donc envisager de prime abord les hypothèses les moins rares. En médecine de premier recours la notion de diagnostic d'élimination est chronophage, souvent vaine et régulièrement anxiogène pour les patients. C'est le cas des troubles psychosomatiques qui représenteraient près d'un tiers des étiologies. Bénéficier d'un signe clinique objectif, facile à constater, serait donc précieux au praticien pour oser évoquer plus sereinement cette étiologie fréquente. Le rechercher est aisé : compter en début de consultation si le nombre d'actes dans l'année écoulée est supérieur à 7. Dans ce cas, évoquer rapidement avec le patient une origine psychosomatique possible. Il est cependant nécessaire de prolonger cette étude test et de réaliser une étude de plus grande ampleur pour valider ce signe clinique.

ENCADRE POUR LA PRATIQUE

(A la demande de l'éditeur)

Les troubles psychosomatiques représenteraient plus du tiers des troubles de nos patients. Bénéficier d'un signe clinique objectif, facile à constater, serait donc précieux pour oser évoquer plus sereinement cette éventualité.

Son utilité au quotidien:

- une réduction du délai de diagnostic
- une réduction des recours aux examens complémentaires
- une amélioration de la relation médecins-patients

Un nombre de consultations supérieur ou égal à 7 dans les 12 mois précédents la consultation du jour serait un marqueur fiable de trouble psychosomatique.

Cet article a reçu un avis favorable de la Revue MEDECINE et devrait être publié courant 2019 (<https://www.jle.com/fr/revues/med/revue.phtml>).

BIBLIOGRAPHIE

- (1) Hardy P. Manuel de Psychiatrie, Chapitre 15 - Troubles somatoformes et intrications médicopsychiatriques. Ed. Elsevier-Masson. 2017, Pages 351-378
- (2) Chouilly J, Ferru P, Jouteau D, Kandel O. Pour un retour au raisonnement clinique, ou comment apprivoiser l'incertitude diagnostique. Edit GMSanté. 2018. p16-18
- (3) Stora J.B. Quand le corps prend la relève, stress, traumatismes et maladies somatiques, Odile Jacob, 1999
- (4) Snyder S, Strain JJ. Somatoform disorders in the general hospital inpatient setting. *Gen Hosp Psychiatry* 1989;11:288-93.
- (5) Gori R, Del Volgo MJ. La Santé totalitaire : essai sur la médicalisation de l'existence. Champs essais Editeur. 2009 : 33p.
- (6) Jamouille M, Roland M. Quaternary prevention. Wonca Classification Committee, Hong-Kong, 1995.
- (7) Kirmeyer LJ, Robbins JM, Paris J. Somatoform disorders: Personality and the social matrix of somatic distress. *J Abnorm Psychol* 1994; 103:125-36.
- (8) Tissot C, Flageollet M. Le dernier recours : une face méconnue de l'exercice de la médecine générale. Thèse de médecine 2014, Université Toulouse III - Paul Sabatier
- (9) Kandel O, Bousquet MA, Chouilly J. Manuel théorique de médecine générale. GMSanté édition. 2015. p72-75
- (10) P. Henningsen, T. Zimmermann, H. Sattel, Medically unexplained physical symptoms, anxiety and depression: a meta-analytic review, *Psychosom Med*, 65 (2003), pp. 528-533
- (11) Kandel O, Duhot D, Very G, Lemasson JF, Boissault P. Existe-t-il une typologie des actes effectués en médecine générale ? *Revue du Praticien Médecine Générale*. Tome 18, n°656/657, 07/05/2004, 781-84p
- (12) Clerc P, Boissault P, Kandel O, Candelier D, Leeuws JL, Zilber B, Raineri F. Observatoire de la médecine générale : quels bénéfices pour les médecins ? *Revue du Praticien Médecine Générale*. tome 18, n°650/651, 26/04/2004, 569-72p.
- (13) Lynch DJ, Mac Grady A, Nagel R and Zsembik C. Somatization in family: comparing 5 methods of classification. *The Journal of Clinical Psychiatry* 1999; 1: 85-9
- (14) M. Rabhi, K. Ennibi, J. Chaari, F. Toloune, Les syndromes somatiques fonctionnels, *La Revue de médecine interne* 31 pages 17–22, Elsevier Masson, 2010
- (15) Vaccinaro AL, Sills TL, Evans KR and Kalali AH. Prevalence and association of somatic symptoms in patients with major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders* 2008; 10: 1-7

RESUME

Introduction

La démarche du généraliste s'organise selon la fréquence des maladies. Elle doit envisager de prime abord les hypothèses les moins rares. La notion de diagnostic d'élimination est chronophage et anxiogène. C'est le cas des troubles psychosomatiques qui représenteraient 30 à 40% des étiologies. Mais il serait utile d'avoir quelque marqueur d'orientation diagnostique. Nous avons émis l'hypothèse que le nombre de consultations, dans les 6 ou 12 mois précédant la consultation du jour, est un indice objectif de trouble somatoforme.

Méthodes

L'échantillon était composé de tous les patients de 20 à 40 ans ayant consulté en 2017, dans un cabinet de médecine générale français. Le recrutement a été réalisé par table de randomisation. 93 dossiers ont été sélectionnés. La variable à expliquer était la fréquence des consultations. Une revue de littérature a permis de composer une grille de recueil. La variable explicative était l'existence ou non d'un Résultat de consultation du chapitre psychosomatique de la CIM 10. Les autres variables explicatives concernaient le patient et la consultation. L'analyse descriptive univariée et multivariée des données a été réalisée avec l'aide d'une biostatisticienne.

Résultats

Le nombre de consultations chez les patients ayant un trouble psychosomatique était de 3 dans les 6 mois précédant la consultation du jour, contre 1 chez les autres, et de 7 consultations en 12 mois contre 2,8 pour ceux qui n'ont pas de trouble psychosomatique ($p < 0,0001$). L'analyse des troubles psychosomatiques, retrouvait de la douleur dans 70% des cas, un symptôme fonctionnel dans 70% et de la fatigue chronique dans 10%.

Conclusion

Le nombre de consultation dans l'année précédant la consultation du jour, est un indicateur objectif d'une étiologie psychosomatique aux troubles présentés par le patient. Ce "signe" tangible facile à constater, pourrait aider le praticien à oser évoquer plus sereinement cette étiologie fréquente.

Mots clés : Trouble somatoforme, nombre de consultation, psychosomatique, diagnostic

ABSTRACT

IS THE NUMBER OF MEDICAL APPOINTMENTS DURING THE YEAR BEFORE AN OBJECTIVE CLUE OF SOMATOFORM DISORDERS?

Introduction

The general practitioner's approach is based on diseases' frequency. He must at first consider the more common hypotheses. The diagnosis of exclusion is a concept that causes time loss and anxiety. That is the case of psychosomata disorders, which would represent 30 to 40% of etiologies. But having an indicator for diagnostic orientation would be useful. We expressed the hypothesis that the number of medical appointments during the 6 or 12 months before one day's appointment is an objective clue for a somatoform disorder.

Methods

The sample included all patients from 20 to 40 years old who consulted in 2017 at one general practitioner's office in France. Recruitment was randomized, 93 files were selected. The frequency of appointments was the variable to explain. A Literature Review led to the elaboration of a data collection grid. The explanatory variable was the existence or not of a "Consultation Result" that was part of the CIM 10 psychosomata chapter. The other explanatory variables related to the patient and the appointment. The univariate and multivariate descriptive data analysis was conducted with the help of a biostatistician.

Results

Patients suffering from a psychosomata disorder consulted 3 times during the 6 months preceding the appointment, whereas 1 time for the others, and 7 times during the 12 preceding months, whereas 2,8 for those without a psychosomata disorder ($p < 0,0001$). The psychosomata disorders analysis revealed pain in 70% of cases, a functional symptom in 70% and chronic fatigue in 10%.

Conclusion

The number of medical appointments in the year preceding one day's appointment is an objective indicator for a psychosomata cause to a patient's complaints. This sign is concrete, easy to observe and could help the physician dare to bring up this common cause more serenely.

Keywords: psychosomata disorders, number of medical appointments, diagnostic

SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !



RESUME

Introduction

La démarche du généraliste s'organise selon la fréquence des maladies. Elle doit envisager de prime abord les hypothèses les moins rares. La notion de diagnostic d'élimination est chronophage et anxiogène. C'est le cas des troubles psychosomatiques qui représenteraient 30 à 40% des étiologies. Mais il serait utile d'avoir quelque marqueur d'orientation diagnostique. Nous avons émis l'hypothèse que le nombre de consultations, dans les 6 ou 12 mois précédant la consultation du jour, est un indice objectif de trouble somatoforme.

Méthodes

L'échantillon était composé de tous les patients de 20 à 40 ans ayant consulté en 2017, dans un cabinet de médecine générale français. Le recrutement a été réalisé par table de randomisation. 93 dossiers ont été sélectionnés. La variable à expliquer était la fréquence des consultations. Une revue de littérature a permis de composer une grille de recueil. La variable explicative était l'existence ou non d'un Résultat de consultation du chapitre psychosomatique de la CIM 10. Les autres variables explicatives concernaient le patient et la consultation. L'analyse descriptive univariée et multivariée des données a été réalisée avec l'aide d'une biostatisticienne.

Résultats

Le nombre de consultations chez les patients ayant un trouble psychosomatique était de 3 dans les 6 mois précédant la consultation du jour, contre 1 chez les autres, et de 7 consultations en 12 mois contre 2,8 pour ceux qui n'ont pas de trouble psychosomatique ($p < 0,0001$). L'analyse des troubles psychosomatiques, retrouvait de la douleur dans 70% des cas, un symptôme fonctionnel dans 70% et de la fatigue chronique dans 10%.

Conclusion

Le nombre de consultation dans l'année précédant la consultation du jour, est un indicateur objectif d'une étiologie psychosomatique aux troubles présentés par le patient. Ce "signe" tangible facile à constater, pourrait aider le praticien à oser évoquer plus sereinement cette étiologie fréquente.

Mots clés : Trouble somatoforme, nombre de consultation, psychosomatique, diagnostic