

**Prise en charge du symptôme médicalement inexpliqué en médecine générale :
pour une meilleure gestion de l'incertitude chez le jeune médecin**

Travail de fin d'études réalisé par Dr. DELESPAUX Anne-Sophie

Promoteur : Dr. Philippe HEUREUX
Tuteur : Dr. Bernard GERBAUX

Faculté de Médecine et Médecine dentaire – Ecole de Médecine
Master de spécialisation en médecine générale

Année académique 2019-2020

« On ne peut guérir la partie soignée, sans soigner le Tout. On ne doit pas soigner le corps séparé de l'âme, et pour que l'Esprit et le corps retrouvent la santé, il faut commencer par soigner l'âme. Car c'est une erreur fondamentale des médecins d'aujourd'hui : séparer l'âme et le corps. »

Platon (427-347 av J-C), Charmides

« Guérir parfois, soulager souvent, écouter toujours. »

Ambroise Paré, Louis Pasteur ou Hippocrate

« Le médicament le plus fréquemment utilisé en médecine générale est le médecin lui-même. »

M. Balint, 1966

Remerciements

*A mon promoteur, pour ses conseils et son approche subtile et humaniste ;
A mon maître de stage, pour son exemple inspirant et sa soif de transmission ;
A mes proches, pour leur soutien à toute épreuve depuis toutes ces années...*

RESUME – ABSTRACT

Le symptôme médicalement inexpliqué ou fonctionnel (SMI), défini comme un **symptôme sans lésion organique** et sans explication physiopathologique sous-jacente, représente plus de 40% des consultations en médecine générale. Paradoxalement, il est très peu abordé durant notre cursus universitaire, et le médecin en formation est souvent peu préparé à la gestion de ces situations d'incertitude, fondamentalement anxiogènes. En effet, à rebours de la pensée rationnelle et de la causalité linéaire propres au domaine scientifique, le symptôme médicalement inexpliqué s'inscrit dans une **causalité circulaire** et un paysage diagnostique hétéroclite. La **grande prévalence** de ces plaintes complexes sur le terrain, associée au manque de préparation du jeune médecin, peuvent susciter de nombreux **écueils évitables** en termes de prise en charge : anxiété, multiplication d'exams complémentaires générateurs d'incidentalomes, nomadisme médical, chronicisation des plaintes, rupture du lien thérapeutique... ayant un coût humain, médical et sociétal important.

Dans ce travail de fin d'études réalisé sous forme d'une **analyse réflexive étayée**, nous postulons que le symptôme médicalement inexpliqué devrait faire l'objet d'une **formation spécifique** afin de sensibiliser le jeune médecin généraliste aux réalités du terrain et de lui proposer un plan thérapeutique mieux défini. D'un point de vue épistémologique, le concept du "symptôme sans lésion" devrait y occuper une place à la hauteur de sa fréquence en pratique clinique, plutôt que d'être abordé comme une problématique marginale et accessoire. Certains aspects de la prise en charge mériteraient par ailleurs un accent particulier, tels que le rôle crucial des compétences de **communication** médecin-patient, de la **relation thérapeutique** en tant qu'outil de soins à part entière et de la collaboration multidisciplinaire ; la présentation des recommandations de prise en charge actuelles ; et l'introduction aux thérapies cognitivo-comportementales, aux techniques de réadaptation et aux traitements médicamenteux adaptés aux symptômes médicalement inexpliqués.

Cette sensibilisation aux enjeux spécifiques du symptôme médicalement inexpliqué permettrait ainsi d'en améliorer la prise en charge, et de promouvoir les objectifs fondamentaux de la **prévention quaternaire** en médecine générale. L'une des missions principales de notre profession étant bien de soulager nos patients et leur souffrance, tout en les protégeant d'investigations et traitements potentiellement nuisibles.

Mots clés

Symptôme médicalement inexpliqué ; symptôme sans lésion ; prise en charge ; recommandations de bonne pratique ; gestion de l'incertitude ; médecin en formation ; relation médecin-patient, prévention quaternaire.

Descripteurs

QD321 Gestion du symptôme médicalement inexpliqué

QT33 Lecture critique de littérature

QS41 Médecin de famille – **QC14** Adulte

QT21 Etudiant en médecine

QP3 Qualité des soins

QD12 Relation médecin-patient

QD44 Prévention quaternaire

Abréviations

- SMI : symptôme médicalement inexpliqué
- MUS : medically unexplained symptom
- MG : médecine générale ou médecin généraliste
- EBM : evidence-based medicine
- TFE : travail de fin d'études
- NHG : Nederlands Huisartsen Genootschap (société néerlandaise des médecins généralistes)

TABLE DES MATIERES

| | |
|--|-----------|
| I. INTRODUCTION | 1 |
| 1.1. Avant-propos | 1 |
| 1.2. Contextualisation..... | 2 |
| 1.3. Objectifs | 5 |
| II. CADRE DE LECTURE..... | 6 |
| 2.1. Définition..... | 6 |
| 2.2. Prise en charge du SMI en première ligne..... | 9 |
| III. RECOMMANDATIONS ACTUELLES..... | 13 |
| 3.1. Revue EBM Minerva | 13 |
| 3.2. L'étape diagnostique | 14 |
| 3.3. Guidelines aux Pays-Bas..... | 16 |
| 3.3. Autres recommandations pratiques | 20 |
| IV. PISTES POUR L'AVENIR..... | 25 |
| 4.1. La relation médecin-patient | 25 |
| 4.2. Accompagnement et suivi spécifique du patient SMI..... | 30 |
| 4.3. Apprivoiser l'incertitude | 35 |
| A. Une question de formation ? | 35 |
| B. Collaboration multidisciplinaire..... | 39 |
| V. CONCLUSION..... | 41 |

I. INTRODUCTION

1.1. Avant-propos

Les études de médecine forment les futurs médecins selon un modèle biomédical rigoureux, basé sur des principes physiologiques et anatomopathologiques précis. Si ce modèle s'avère bien entendu nécessaire, son application stricte ne semble cependant pas suffisante en pratique quotidienne. En effet, un grand nombre de plaintes sortent régulièrement de ce cadre conceptuel rationnel et méthodique, laissant parfois le jeune médecin face à un doute plus ou moins anxiogène, que l'expérience aidera progressivement à atténuer. Les syndromes dits "fonctionnels" et les **symptômes médicalement inexpliqués (SMI¹)** n'occupent que très peu de place dans les manuels de médecine, laissant croire à leur marginalité, alors que les réalités du terrain montrent qu'ils occupent une **place prépondérante**, en particulier en médecine générale (MG) : « *Bien que leur prise en charge ne soit quasiment jamais abordée au cours des études médicales, les SMI sont extrêmement fréquents dans tous les domaines de la médecine.* »². Une revue de la littérature internationale parue en 2015³ suggère même que « *40 à 50% des cas vus en première ligne de soins seraient motivés par des "symptômes non expliqués médicalement" [...] c-à-d des plaintes non reliées in fine à un diagnostic clair de pathologie organique sous-jacente.* »⁴ On retrouve des statistiques similaires notamment dans le guide de pratique clinique sur les SMI publié aux Pays-Bas en 2013⁵, et dans les recommandations pour la prise en charge hospitalière des SMI publiées en 2003⁶.

¹ Nous utiliserons indifféremment les termes SMI ou MUS pour désigner les Symptômes Médicalement Inexpliqués (Medically Unexplained Symptoms) dans ce travail.

² RANQUE B. et NARDON O., « Prise en charge des symptômes médicalement inexpliqués en médecine interne : un paradigme de la relation médecin-malade en situation d'incertitude », dans *La Revue de Médecine Interne*, juillet 2017, vol. 38, n°7.

³ CRAMER H., DOBOS G., HALLER H. et LAUCHE R., « Somatoform disorders and medically unexplained symptoms in primary care. A Systematic Review and Meta-analysis of Prevalence », dans *Deutsches Ärzteblatt International*, 2015, vol. 112, n°16, pp. 279-287.

⁴ HENRARD G., dans *Minerva*, 2016, vol. 15, n°7, pp. 175-179 (analyse de l'article de YON K., NETTLETON S., WALTERS K., et al., « Junior doctors' experiences of managing patients with medically unexplained symptoms: a qualitative study », dans *BMJ Open*, 2015, vol. 5, e009593).

⁵ « *Up to 40% of the consultations in general practice concern physical symptoms for which no (adequate) somatic condition can be found.* » dans OLDE HARTMAN T., BLANKENSTEIN N., MOLENAAR B., et al., « NHG Guideline on Medically Unexplained Symptoms (MUS) », in *Huisarts Wet*, 2013, vol. 56.

⁶ « *25 à 50% des consultations ambulatoires ne permettent pas d'aboutir à une explication médicale permettant de rendre compte des symptômes présentés.* » dans ALLAZ A.-F., ARCHINARD M., CEDRASCHI C., LUTHY C. et DE TONNAC N., « Symptômes médicalement inexpliqués en médecine interne : recommandations pour la prise en charge hospitalière », dans *Revue Médicale Suisse*, 2003, vol.1, n°22971.

Paradoxalement, la fréquence de ces plaintes s'oppose à un manque évident de recommandations claires concernant leur prise en charge. Ce flou diagnostique et thérapeutique, et l'incertitude qui en découle inéluctablement, poussent parfois le soignant à se lancer dans une série de bilans complémentaires, au mieux inutiles, au pire iatrogènes : « *Face à ces situations, les thérapeutes sont confrontés à la difficulté de juger du seuil adéquat d'investigation et/ou de référence vers la deuxième ligne, avec un risque évident de (sur)médicalisation.* »⁷ De telles plaintes peuvent également provoquer chez le soignant un véritable sentiment d'impuissance ; il n'est alors pas rare qu'elles soient rapidement écartées, voire étiquetées "psy", laissant le patient un peu seul face à ces symptômes pourtant bien réels qui l'affectent au quotidien. Ces risques sont d'autant plus grands pour le médecin débutant, dont le cadre de lecture n'a pas encore été étayé par l'intuition clinique et les compétences interpersonnelles apportées par l'expérience : « *de toute évidence, une longue expérience du médecin est nécessaire pour ne pas se laisser piéger, et encore... Le meilleur doit toujours rester humble.* »⁸

1.2. Contextualisation

Le point de départ de cette réflexion a pris forme dès mon premier stage en médecine générale de deuxième année de master. J'ai tout de suite été frappée par la dynamique particulière qui animait chaque consultation, que je n'ai pas nécessairement retrouvée lors des stages qui ont suivi, et qui m'a spontanément attirée. Une **approche globale**, au-delà du symptôme somatique, intégrant le filtre scientifique tout en prenant le temps d'explorer d'autres dimensions du soin, qui m'ont alors parues évidentes et essentielles à une consultation aboutie. Cette démarche a rapidement fait écho à mes propres projections professionnelles, et a suscité de nombreuses réflexions sur la complexité des enjeux potentiels de la consultation en médecine générale, au-delà du symptôme organique et de la prescription médicale.

En poursuivant ma formation dans ce même cabinet en tant qu'assistante, je fais quotidiennement face à des consultations complexes, dépassant amplement le cadre strictement académique. En particulier, des plaintes vagues, peu constituées, souvent liées à

« Je crois que mes symptômes c'était bien le stress ! Depuis qu'on en a parlé, je me suis calmé et ça va beaucoup mieux... »

(Monsieur B. 45 ans, en burnout)

⁷ HENRARD G., *op. cit.*

⁸ AUTRET A., *Les maladies dites "imaginaires". Enquête sur les douleurs et les symptômes inexpliqués*, Albin Michel, Paris, 2016, p. 53.

un contexte d'anxiété, de stress aigu ou de **souffrance au sens large**. Lorsque j'y suis confrontée, force est de constater que mes acquis scientifiques ne suffisent pas à répondre aux différents questionnements soulevés par ces problématiques. Au contraire, il est souvent nécessaire de faire appel à des compétences hors du champ médical strict, en lien avec la communication verbale et non verbale, la psychologie, voire même les sciences sociales et la philosophie. Ainsi, je remarque que, bien souvent, il est possible de "prendre soin" et de faire du bien avec des mots, de l'écoute et de l'empathie. Pas uniquement via la prescription de bilans complémentaires et autres schémas thérapeutiques, mais aussi et surtout grâce à la **construction de la relation**.

Je me souviens d'une patiente de 30 ans venue consulter pour une raideur douloureuse du coude suite à une fracture, traitée par immobilisation plâtrée puis attelle en écharpe qu'elle portait depuis plus de deux semaines. Elle est arrivée en consultation avec une certaine détresse, ne comprenant pas pourquoi son bras n'allait pas mieux. Elle avait très peur de le mobiliser, le tenait serré contre elle comme un membre infirme, et cette impotence fonctionnelle lui pesait beaucoup au quotidien. Après avoir consulté la radiographie de contrôle et le rapport de suivi de l'orthopédiste, recommandant de la kiné et une reprise des activités, j'ai proposé à la patiente de l'examiner. En discutant avec elle, j'ai initié une mobilisation douce de son membre un peu enraidí, tout en l'interrogeant sur les raisons qui l'avaient poussée à le garder en écharpe. J'ai compris qu'elle avait interprété la moindre douleur comme une contraindication au mouvement. Au terme de l'examen, j'avais récupéré une amplitude de mouvement passif quasi normale dans toutes les pistes et n'avait évoqué aucune douleur. J'ai donc rassuré la patiente en lui expliquant que son symptôme était dû à l'absence de mobilisation, qu'elle pouvait retirer l'attelle, reprendre confiance en son bras et commencer la kinésithérapie. Les larmes ont laissé place à de l'apaisement et son symptôme si envahissant est passé au second plan. A tel point que la patiente a fini par ranger l'attelle dans son sac à mains, qu'elle a emporté, en me quittant, en se servant de son "mauvais" bras... Je me souviens avoir éprouvé une grande satisfaction au terme de cette consultation. J'avais été capable de rassurer la patiente et de la "soigner" seulement avec quelques gestes et des mots. Je n'avais pas eu besoin d'avoir recours à la prescription médicale ; le médicament étant, dans ce cas précis, la relation de confiance que j'avais établie avec elle⁹.

⁹ En référence au concept balintien de "remède médecin", dans BALINT M. *Le médecin, son malade et la maladie*, Payot, Paris, 1966, p. 9.

Même si l'origine du symptôme est parfois bien identifiée, l'idée est surtout d'illustrer le rôle central de la relation thérapeutique en première ligne et l'importance de s'en "servir" comme un outil de soin à part entière. Dans le cadre du symptôme médicalement inexpliqué, s'ajoutent

« Ça me fait toujours cet effet-là : dès que j'entre dans votre cabinet, j'ai déjà moins mal ! »

(Mme M, 48 ans, atteinte de polyarthrite rhumatoïde)

des défis supplémentaires. En tant que jeune médecin, il n'est en effet pas toujours aisé de s'affirmer face à des contextes plus équivoques, ni de garder une contenance face au SMI sans passer par un diagnostic précis, une ordonnance médicamenteuse ou un arrêt de travail. Difficile également de ne pas soumettre chaque symptôme évoqué à la grille de lecture scientifique et rationnelle fraîchement inculquée par l'université, qui, dans l'état actuel des choses, ne fournit pas assez d'outils au jeune médecin pour aborder le SMI de manière sereine et efficace. Pourtant, il est important de se rappeler qu'en pratique, les enjeux d'une consultation peuvent dépasser ce cadre théorique nécessaire mais bien souvent réducteur. Il ne tiendrait alors qu'à nous de l'intégrer dans une approche plus globale, et de l'associer à des compétences complémentaires acquises au contact de nos patients ou lors de formations supplémentaires, puisque fondamentalement impossibles à assimiler uniquement via les livres et autres manuels scolaires. Si la méfiance initiale des patients peut également contribuer à la mise en échec du jeune médecin, l'un des défis de notre apprentissage serait donc de parvenir à se sentir légitime, lorsque cela est indiqué (notamment en cas de SMI), d'aller au-delà du symptôme et d'ouvrir la discussion à d'autres dimensions de la santé au sens large. Cela impliquerait forcément d'apprendre à trouver autant de satisfaction dans l'**élaboration de la relation médecin-patient** que dans la pose d'un diagnostic étiologique précis. Et d'apprécier à quel point cette relation peut être passionnante et prendre une place prépondérante dans le soin et son efficacité :

« la relation est au cœur même de la pratique des métiers du soin. Elle est au centre, elle est déterminante, elle est un levier thérapeutique formidable. [...] Cet enjeu, pourtant central, est largement méconnu par la plupart des acteurs sous l'effet de l'évolution scientifique de la médecine, comme si cela impliquait de nier la part de relation et de subjectivité à l'œuvre dans l'exercice des métiers du soin. »¹⁰

« Ça m'a fait du bien de parler avec vous aujourd'hui. »

(Monsieur H., 55 ans, vient de perdre son père)

¹⁰ VAN MEERBEECK P. et JACQUES J.-P., *L'inattendu : ce qui se joue dans la relation soignant-soigné*, De Boeck, Bruxelles, 2009, p. 2.

1.3. Objectifs

A la lumière de ces considérations préliminaires, nous avons pu définir les objectifs de ce TFE. Dans un premier temps, il s'agira d'éclaircir la façon dont le symptôme médicalement inexplicable de l'adulte est appréhendé en pratique de première ligne, en particulier au cabinet du médecin généraliste, et de repérer les failles éventuelles de cette prise en charge, ainsi que les manquements d'une approche strictement scientifique. Ceci dans le but d'élaborer, dans un deuxième temps, un cadre de lecture un peu moins flou, qui permettrait d'envisager le patient présentant un SMI dans sa globalité, au-delà de sa plainte initiale, et de diminuer l'appréhension du soignant face à la **gestion de l'incertitude**, notamment à travers la valorisation de la relation médecin-patient. En effet, après un examen approfondi de la littérature sur le sujet, nous avons certes trouvé un certain nombre d'études descriptives concernant le vécu des médecins¹¹ et les pratiques de prise en charge des patients souffrant de SMI¹², mais peu d'explications concrètes et claires pouvant guider le jeune médecin lors d'une consultation sur le terrain : « *Comment progresser dans la compréhension de ces troubles ? Les manuels spécialisés de médecine, de neurologie, de psychiatrie, de psychologie ou de psychanalyse n'offrent pas de réponse structurée à ce questionnement : tout au plus des réponses divergentes. Aucune synthèse n'est disponible.* »¹³ Le but final de notre analyse sera donc, d'une part, d'élaborer un cadre de référence sur base des **recommandations disponibles** actuellement, et, d'autre part, d'identifier une façon plus efficace d'acquérir les outils nécessaires à la prise en charge du SMI en médecine générale.

¹¹ Par exemple, la double étude qualitative de Laetitia Alberto Caille sur le positionnement des généralistes vis-à-vis du SMI : ALBERTO CAILLE L., « Prise en charge des symptômes biomédicalement inexplicables en médecine générale », dans *Médecine humaine et pathologie*, 2018, dumas-02075963.

¹² Par exemple, l'enquête descriptive d'Olivier Nardon réalisée auprès de 82 médecins généralistes et publiée en 2012 : NARDON O. et ALBERT O., *Symptômes médicalement inexplicables: un projet thérapeutique personnalisé ?*, Université de Versailles-Saint Quentin en Yvelines, 2012, 239p.

¹³ AUTRET A., *op. cit.*, p. 14.

II. CADRE DE LECTURE

La première étape de ce travail sera de définir précisément le concept de "symptôme médicalement inexplicé" tel que nous l'utiliserons dans notre analyse. Ensuite, il sera question d'établir un état des lieux concernant la perception et la gestion du SMI en médecine de première ligne, et plus particulièrement au cabinet du médecin généraliste.

2.1. Définition

Dès le début de la rédaction de ce TFE, nous avons fait face à un problème de terminologie, le SMI n'étant pas un concept enseigné en tant que tel à l'université. Les quelques notions connues se limitaient en effet aux entités de "troubles somatoformes" ou "psychosomatiques", ainsi qu'aux problématiques de "somatisation" et de "conversion" telles que définies dans le DSM V, ajoutant encore au flou du cadre conceptuel dont nous avons besoin pour commencer notre analyse. Dans la littérature, différents termes sont utilisés pour désigner le SMI tel que nous l'entendons dans ce travail : c'est-à-dire le **symptôme en l'absence de lésion**. Il conviendra donc de distinguer ici le SMI du trouble dit "psychosomatique", qui « *correspond stricto sensu à un syndrome physique objectivable favorisé par un facteur psychologique (ulcère de stress, eczéma,...), et non pas à un SMI, dont les signes cliniques sont uniquement subjectifs.* »¹⁴ Par contre, nous considérons ici que le SMI est assimilable au symptôme dit "fonctionnel", et nous utiliserons les deux termes sans distinction : « *Un symptôme est dit "fonctionnel" lorsqu'il n'a d'explication ni en termes de lésion tissulaire (par exemple : ulcère de l'estomac, infarctus du myocarde), ni en termes de physiopathologie établie (par exemple : asthme). Les symptômes fonctionnels s'opposent aux symptômes "d'origine organique".* »¹⁵ Le terme "SMI" présente également l'avantage de désigner une situation fréquente en pratique clinique sans préjuger de l'étiologie psychologique du symptôme. Soulignons enfin que les SMI ou symptômes fonctionnels sont par essence "somatiques", au sens étymologique du terme et par opposition à "psychiques", « *dans la mesure où ils sont vécus par les patients comme une dysfonction*

¹⁴ RANQUE B. et NARDON O., *op. cit.*

¹⁵ CATHÉBRAS P., *Troubles fonctionnels et somatisation: Comment aborder les symptômes médicalement inexplicés*, Masson, Paris, 2006, p. 2.

corporelle – même lorsqu'ils touchent la sphère mentale ou cognitive, comme dans le cas de troubles de la mémoire ou de la concentration ».¹⁶

Par ailleurs, selon les guidelines de la NHG (Nederlands Huisartsen Genootschap)¹⁷, « *MUS are defined as physical symptoms persisting for more than several weeks and for which adequate medical examination has not revealed a condition that adequately explains the symptoms.* » La définition peut ainsi s'appliquer à certains patients atteints d'une pathologie somatique bien déterminée, lorsque les symptômes sont plus sévères ou plus persistants qu'attendus pour cette pathologie donnée (cf. exemple de la patiente se plaignant d'une douleur persistante post-fracture, repris au point 1.2., p. 3). Le SMI est donc un concept assez large, regroupant une série de **plaintes extrêmement fréquentes** en consultation de première ligne, caractérisées par l'absence de lésion anatomique ou autre anomalie clinique, biologique ou radiologique objectivable. Céphalées, troubles de la concentration, nausées, vertiges, douleurs abdominales, troubles du transit, syndrome de fatigue chronique, palpitations, douleurs thoraciques atypiques, dyspnée, douleurs chroniques¹⁸,... sont autant de plaintes dont la fréquence en consultation n'a d'égal que le manque d'explication médicale causale : « *En réalité, chaque spécialité d'organe a depuis longtemps nommé son SMI : trouble fonctionnel intestinal ou côlon irritable pour les gastroentérologues, fibromyalgie pour les rhumatologues, douleurs thoraciques atypiques pour les cardiologues, céphalées de tension, catalepsie ou convulsions non épileptiques psychogènes pour les neurologues, pour ne citer qu'eux.* »¹⁹

Comme nous le verrons plus tard, la NHG définit trois niveaux de sévérité des SMI (légers, modérés et sévères), en fonction du nombre de symptômes, leur durée et leur impact fonctionnel sur la vie quotidienne. Il est important de noter qu'il n'existe pas d'association claire entre les SMI **légers à modérés** (> 40% des consultations en MG) et les troubles anxieux et/ou dépressifs, alors que les risques de présenter ces troubles sont trois fois plus élevés chez les patients atteints de SMI **sévères** (2,5% des consultations en MG) par rapport à la population générale. Plus d'un quart de ces patients avec SMI sévères souffrent d'ailleurs de dépression et de troubles anxieux²⁰.

¹⁶ DOCQUIR C., « Les symptômes médicalement inexpliqués : précisions terminologiques, données épidémiologiques chez l'adulte et l'enfant, aperçu des contre-attitudes », dans *Bulletin de psychologie*, 2013, vol. 1, n°523, p. 61.

¹⁷ Société Hollandaise des Médecins Généralistes.

¹⁸ ALLAZ A.-F., *op. cit.*

¹⁹ RANQUE B. et NARDON O., *op. cit.*

²⁰ OLDE HARTMAN T. et al., *op. cit.*, p. 3.

Dans son enquête sur les douleurs et symptômes inexplicables, le Dr. Alain Autret, professeur émérite de neurologie à l'Université de Tours, tente de répondre aux interrogations complexes posées par ces situations "hors cadre". Loin d'être isolés, les cas de plaintes inexplicables sont légion et existeraient même depuis toujours : « *De l' "hystérie" de l'Antiquité aux maladies dites "imaginaires" actuelles, les douleurs et les troubles sans lésion organique restent une énigme que ni les médecins ni la médecine n'ont jusque-là véritablement résolue.* »²¹ A la croisée de nombreuses disciplines (médecine, neurosciences, psychologie, sciences sociales), le SMI serait, selon le Dr. Autret, « *l'expression fondamentale d'un mal-être qui ne prend forme que dans un contexte psychologique et social donné. [...] C'est à partir de ce faisceau d'explications, allié à la pratique, que l'on peut comprendre que le symptôme somatique²² est un appel à l'aide.* »²³ En dehors d'un désordre psychiatrique défini, d'un trouble de personnalité, d'un stress post traumatique ou encore d'un problème psycho-social particulier, il importe donc peu de définir l'origine plus ou moins psychogène du SMI. L'essentiel est de l'envisager dans le cadre d'une détresse ou **souffrance au sens large**, et de venir en aide au patient en tenant compte de ces considérations, en évitant toute catégorisation superflue.

Comme évoqué plus haut, les SMI concerneraient jusqu'à 50% des cas vus en médecine de première ligne. Pourtant, seul un nombre très restreint d'études sur le sujet est accessible dans la littérature, et il existe très peu de recommandations claires et EBM concernant leur prise en charge sur le terrain.

²¹ AUTRET A., *op. cit.*, p. 11.

²² Dans son essai, le Dr. Autret utilise le terme "symptôme somatique" pour « *désigner ces différents états qui ont la particularité de perturber le fonctionnement du corps humain, de créer une gêne, une douleur ou un dysfonctionnement sans qu'il y ait pour autant de lésion organique* » (*Ibid.*, p. 12), ce qui correspond au SMI tel que défini dans ce travail.

²³ *Ibid.*, p. 16.

2.2. Prise en charge du SMI en première ligne

Chaque jour en médecine générale, un grand nombre de consultations se concluent par un diagnostic de symptôme dit "fonctionnel", c'est-à-dire qu'au terme d'une anamnèse et/ou de bilans complémentaires plus ou moins poussés, le médecin estime que la plainte évoquée ne relève pas d'une lésion organique ou d'un mécanisme physiopathologique bien défini. Ces situations fréquentes et banales, ne posent en général pas de problème particulier, puisque dans la majorité des cas :

- « - le symptôme disparaît spontanément ou en réponse à un traitement symptomatique ; le patient s'estime rassuré par la consultation ;
- le médecin ne redoute pas d'avoir "laissé passer" une maladie organique ou psychiatrique ;
- la qualité de la relation thérapeutique est préservée. »²⁴

Cependant, lorsque les symptômes persistent, résistent au traitement symptomatique et à l'attitude de réassurance du médecin, un climat de méfiance et de mise en échec mutuelle peut naître entre le médecin et son patient : « *The doctor-patient relationship is often pressurised during consultations with patients with MUS. The patient often feels that he/she is not being taken seriously, not understood and remains anxious, whilst the doctor begins to feel powerless and irritated and is unable to come to a shared understanding of the symptoms and problems with the patient.* »²⁵ Comme le montre Pascal Cathébras, professeur de médecine interne et chef de service hospitalier, dans son livre sur la prise en charge des SMI, ces situations sont source de difficultés multiples : « *fuite en avant vers des examens paracliniques qui finissent par poser davantage de problèmes qu'ils n'en résolvent (découverte fortuite d'anomalies biologiques ou d'imagerie, ou "incidentalomes") ; [...] la confiance est perdue ; la détresse émotionnelle sous-jacente aux plaintes devient plus évidente [...]; l'invalidité s'installe et commence à poser de sérieux problèmes sociaux (arrêts de travail, hospitalisations itératives, etc.).* »²⁶ Un sentiment d'incompréhension et de frustration peut alors apparaître dans le chef du médecin et de son patient, mettant à mal la relation thérapeutique, parfois jusqu'à amorcer le phénomène de "shopping médical" : « *La recherche d'un diagnostic se traduit par une demande incessante d'examens complémentaires et un "nomadisme" médical pour trouver, enfin (!), un médecin*

²⁴ CATHÉBRAS P., *op. cit.* p. 1.

²⁵ OLDE HARTMAN T. et al., *op. cit.*, p. 4.

²⁶ CATHÉBRAS P., *op. cit.* p. 1.

*capable de diagnostiquer la maladie ou la lésion qui n'existe pas. Le patient multiplie les tentatives thérapeutiques, et n'est évidemment jamais guéri durablement puisque la cause est ailleurs. »*²⁷

Selon Autret, ces difficultés s'expliqueraient par le fait que le SMI est fondamentalement "trompeur et transgressif" : « *les médecins, dont l'exercice est sous-tendu par le désir de comprendre, d'expliquer et de traiter, bref, de maîtriser la maladie, s'accommodent mal de la résistance que ces symptômes opposent à leur compréhension.* »²⁸ En effet, la médecine traditionnelle – et l'esprit humain rationnel – sont largement basés sur un principe de causalité qui associe l'absence de lésion à une absence de cause. Face à des plaintes complexes dépassant le cadre strictement scientifique, le soignant peut donc aisément se sentir démuni et faire face à deux biais principaux : « *Les médecins traitants, qui ont peur de se tromper, multiplient les investigations et entretiennent – malgré eux – chez les patients l'idée d'une maladie au sens classique du terme. Enfin, de nombreux praticiens sont réticents vis-à-vis des symptômes somatiques et arrêtent la prise en charge de leurs patients dès l'énoncé de ce diagnostic, sans tenter d'aller au-delà pour les soulager.* »²⁹ Si l'on considère que le rôle du soignant est avant tout de soulager son patient (lorsque les causes sévères et urgentes ont été écartées, bien entendu), force est de constater que ces deux approches sont vouées à l'échec. Face aux SMI, il est donc nécessaire de **sortir du schéma de causalité linéaire** et de notre mode de pensée rationnel habituel, et d'admettre l'idée d'un symptôme sans lésion.

Par sa nature trompeuse, le SMI provoque ainsi dans le chef du patient et du soignant un malentendu fondamental. Dans une étude qualitative publiée en 2004 s'interrogeant sur l'existence éventuelle d'une pression exercée sur les médecins par les patients SMI pour accéder à un traitement spécifique ou des examens complémentaires, les auteurs montrent que les SMI sont « *souvent largement explorés et traités, parfois même au risque d'événements iatrogènes* » et que « *cette attitude est attribuée à la pression que les MG subissent de la part des patients et à la nécessité qu'ils éprouvent de traiter ces symptômes "jusqu'à la guérison".* »³⁰ Pourtant, l'étude

²⁷ AUTRET A., *op. cit.*, p. 46.

²⁸ DOCQUIR C., *op. cit.*, p. 71.

²⁹ AUTRET A., *op. cit.*, p. 13.

³⁰ RING A., DOWRICK C., HUMPHRIS G. et SALMON P., « Do patients with unexplained physical symptoms pressurise general practitioners for somatic treatment? A qualitative study », dans *BMJ (Clinical research ed.)*, 2004, vol. 328, n°7447.

conclut qu'en réalité, ces patients ne sont pas nécessairement en demande, et que c'est plutôt le **désarroi des médecins** face à ces situations cliniques qui leur donne le sentiment que le patient "fait pression". Ce décalage de perception élémentaire pousse malheureusement le soignant à amorcer l'escalade thérapeutique, transgressant non seulement la souffrance originelle du patient, mais mettant également à mal l'un des rôles essentiels du médecin généraliste en termes de prévention quaternaire, définie comme l'« *action menée pour identifier un patient ou une population à risque de surmédicalisation, le protéger d'interventions médicales invasives, et lui proposer des procédures de soins éthiquement et médicalement acceptables.* »³¹

Au regard de ces considérations, il est évident que la prise en charge du SMI présente des défis à tous les niveaux du soin, que ce soit au niveau relationnel, diagnostique, thérapeutique ou sociétal. En effet, le SMI défie non seulement le patient, mais le médecin, la relation soignant-soigné et le système de soins lui-même. D'abord, ce type de plainte inexplicable remet en question le rôle communément admis du médecin et de son pouvoir sur la maladie, ce qui peut engendrer l'émergence d'affects négatifs envers les patients concernés : « *La prise en charge des patients qui présentent des [SMI] met à mal l'image que les médecins se font de leur métier, de leur rôle, leur pouvoir, le goût qu'ils éprouvent dans leur pratique. Ce sentiment négatif détermine pour une part la représentation négative que les médecins se font de ces patients.* »³² Ensuite, l'escalade diagnostique et thérapeutique ne fait qu'exacerber la souffrance qui sous-tend la plainte initiale, alors même qu'elle est de plus en plus niée par le patient³³. Par conséquent, cette **mise en échec mutuelle** met également à mal la relation thérapeutique, pourtant essentielle à la bonne prise en charge du SMI.

Enfin, restent les problèmes liés au diagnostic et au traitement, ainsi que le **coût sociétal** qui en découle. Le SMI reste un diagnostic d'exclusion, et n'est basé sur aucune certitude. Il n'entre pas dans les catégories bien définies des pathologies somatiques et psychiatriques, et le traitement, visant uniquement à soulager le patient, n'est jamais précisément déterminé. Le coût relatif aux consultations multiples, aux traitements, aux bilans complémentaires exhaustifs et à

³¹ Définition du dictionnaire de la WONCA, dans SSMG, « Prévention quaternaire », https://www.ssmg.be/avada_portfolio/prevention-quaternaire/ (page consultée le 08/03/20).

³² BRABANT I., « Médecins généralistes et symptômes biomédicalement inexplicables. Etude qualitative des représentations et déterminants de la prise en charge des patients qui présentent des symptômes biomédicalement inexplicables à partir de 14 entretiens semi-dirigés de médecins généralistes lyonnais », thèse présentée à l'Université Claude Bernard Lyon, Lyon, 2006. p. 129.

³³ CATHÉBRAS P., *op. cit.* p. 1.

l'absentéisme professionnel est donc non négligeable : en effet, une étude réalisée en Angleterre entre 2008 et 2009 a montré que « *les SMI sont associés à une majoration de 20 à 50% des coûts de santé en ville et 30% des coûts en hospitalisation.* »³⁴

L'ensemble de ces enjeux montre à quel point l'amélioration de la prise en charge du SMI pourrait être profitable non seulement pour les patients en détresse mais également pour le corps médical et la société en général. Dans ce contexte, la nécessité de former les jeunes médecins à cette réalité de terrain nous semble d'autant plus essentielle.

³⁴ RANQUE B. et NARDON O., *op. cit.*

III. RECOMMANDATIONS ACTUELLES

Après avoir défini et contextualisé le SMI et la façon dont il peut être abordé au cabinet de médecine générale, nous avons montré à quel point il serait bénéfique pour tous les acteurs du soin (du patient au soignant) d'améliorer sa prise en charge, en particulier auprès des jeunes médecins fraîchement diplômés et relativement inexpérimentés. L'objectif du chapitre suivant sera de faire l'état des lieux des recommandations actuelles concernant le diagnostic et la gestion du SMI en première ligne, et de tenter d'ébaucher un cadre de référence utilisable en pratique clinique.

3.1. Revue EBM Minerva

Avant toute chose, il est intéressant de noter que le vécu des **étudiants en médecine** concernant la gestion des SMI et leurs besoins ressentis en termes de formation ont déjà fait l'objet de discussions dans la littérature scientifique. Ainsi, la revue belge Minerva d'Evidence Based Medicine a publié en 2016 l'analyse d'un article sur le symptôme médicalement inexplicable et le désarroi y relatif des médecins en formation. L'étude qualitative dont il est question « *montre que les étudiants en médecine (équivalent aux 3ème et 4ème masters³⁵), qui passeront en stage dans nos pratiques, manquent de formation quant à la gestion des symptômes non expliqués médicalement (MUS).* »³⁶ Lors des entretiens réalisés pour cette étude, les étudiants interrogés identifient plusieurs freins à la bonne prise en charge des patients atteints de SMI : **manque de préparation** et de compétences communicationnelles par rapport à l'absence de diagnostic précis et de proposition thérapeutique définie ; projection de préjugés ; tendance à la sur-investigation par peur de "passer à côté de quelque chose de sérieux" voire même pour éviter de devoir donner des explications relatives aux SMI au patient ; manque de temps face à des situations jugées complexes et/ou non prioritaires ; sentiment de frustration, d'agacement et d'anxiété, sentiment d'impuissance et d'incompétence, impression que les patients ne se sont pas sentis entendus et perte de motivation dans le chef des futurs médecins ; manque de formation et influence de l'attitude parfois dévalorisante des maîtres de stage par rapport aux situations de

³⁵ Si l'étude se présente sous forme d'entretiens individuels auprès d'étudiants britanniques, il semble selon l'auteur de Minerva « *que la population étudiée soit assez proche des étudiants en médecine de troisième et quatrième année de master en Belgique et que les résultats puissent être prudemment extrapolés à notre contexte.* » (HENRARD G., *op. cit.*)

³⁶ *Ibid.*

SMI, avec la peur de les contredire en adoptant d'autres stratégies de prise en charge³⁷. Les auteurs de cette étude concluent : « *qu'il y a un besoin urgent d'améliorer la formation continuée des médecins dans le domaine des "symptômes non expliqués médicalement" [...] car la formation médicale actuelle n'apporte aux étudiants en médecine ni les connaissances, ni les compétences nécessaires pour gérer en toute confiance ces patients.* »³⁸

3.2. L'étape diagnostique

Avant d'aborder plus concrètement les recommandations de prise en charge des SMI, il convient de poser les bases de la démarche diagnostique face à ces situations d'incertitude. Inutile de rappeler que notre devoir en tant que soignant de première ligne est avant tout d'écarter toute pathologie sévère et/ou urgente pouvant être à l'origine de la plainte de nos patients : « *en contexte de SMI, il convient [...] d'éliminer simplement dans un premier temps les maladies fréquentes à présentation atypique et surtout une maladie grave dont le retard diagnostique serait une perte de chance pour le patient.* »³⁹ C'est dans ce contexte que nos compétences scientifiques et notre formation de somaticien prennent tout leur sens.

Une fois le danger et l'urgence écartés, le SMI en tant que diagnostic d'exclusion ne peut théoriquement être affirmé qu'après avoir éliminé avec certitude toute pathologie lésionnelle potentielle. Le piège est d'autant plus grand que le SMI peut tout à fait se développer dans le cadre d'une maladie somatique préalable : « *Exactement comme pour les symptômes somatiques affectant un organe, [les SMI] peuvent faire suite à une affection authentifiée, que ce soit un traumatisme, un rhumatisme inflammatoire, des migraines, etc. Mais la cause initiale – la maladie inflammatoire – n'est plus active, les lésions traumatiques sont cicatrisées et les crises de migraine se sont transformées en céphalées chroniques.* »⁴⁰ De plus, il faut garder à l'esprit qu'il est impossible d'exclure toutes les maladies rares ou encore inconnues dans l'état actuel des connaissances médicales. Cette démarche peut même être délétère : selon Ranque & Nardon, auteurs d'un article sur la prise en charge du SMI en médecine interne, la recherche effrénée de « *toutes les maladies graves et rares est sans fin et va progressivement conforter le malade dans*

³⁷ *Ibid.*

³⁸ *Ibid.*

³⁹ RANQUE B. et NARDON O., *op. cit.*

⁴⁰ AUTRET A., *op. cit.*, pp. 27-28.

son rejet d'une causalité psychique et/ou environnementale, produire des "incidentalomes", faux positifs qu'il sera difficile d'innocenter sans prescrire d'autres examens, pourvoyeurs d'angoisse et parfois dangereux, engendrant un coût économique majeur pour la collectivité, et participant largement de la fixation voire de l'aggravation des symptômes.»⁴¹ Jusqu'où doit-on alors pousser les examens complémentaires et les avis spécialisés avant de conclure au SMI, et comment concilier notre volonté d'assurer la sécurité de nos patients avec celle de les protéger de vérifications multiples et anxiogènes ?

La capacité du clinicien à reconnaître un SMI s'acquiert largement avec l'expérience, mais il existe des signes dont le jeune médecin peut tenir compte pour s'orienter dans le diagnostic. Ranque & Nardon, forts de leur expérience en médecine interne, où les patients avec SMI sont généralement adressés pour un diagnostic de maladie rare, assurent qu'avec « *un peu d'expérience, le diagnostic de SMI est évoqué rapidement du fait de la présentation tortueuse de l'histoire de sa maladie par le patient, de son nomadisme médical et de son attention pathologique au moindre symptôme avec un retentissement qui semble démesuré.* »⁴² Selon eux, rejeter un diagnostic de maladie grave et/ou urgente peut également être facilité par l'ancienneté des symptômes, le recul de plusieurs mois/années d'évolution stable ou fluctuante des symptômes, ainsi que les résultats négatifs d'éventuels examens complémentaires et autres avis spécialisés préalables. En l'absence d'altération objective de l'état général, le rôle du médecin est de "**temporiser**", c'est-à-dire observer l'évolution des symptômes dans le temps sans multiplier les bilans complémentaires. D'autres éléments permettent également d'orienter le clinicien vers un diagnostic de SMI : la présence de signes uniquement fonctionnels, non systématisés, de description étrange, migrateurs et d'intensité fluctuante d'un jour à l'autre ou d'une époque à l'autre. Les symptômes sont source de détresse importante et leur retentissement fonctionnel, social et professionnel est majeur, contrastant avec le bon état général relatif du patient. Le retentissement psychique semble également disproportionné (pensées ou sentiments excessifs ou inappropriés, anxiété exagérée à l'égard de sa santé). L'anamnèse retrouve souvent des antécédents d'autres SMI (côlon irritable, céphalées de tension) ou psychiatriques. Tous ces éléments permettent d'évoquer le SMI en première ligne, et de diminuer l'incertitude face à ce diagnostic d'exclusion sans multiplier les examens paracliniques et les avis spécialisés.

⁴¹ RANQUE B. et NARDON O., *op. cit.*

⁴² *Ibid.*

Pour conclure, il nous semble qu'une démarche diagnostique adaptée devrait au minimum suivre cette progression en quatre étapes, et répondre aux questions suivantes :

- 1) Le tableau clinique est-il urgent et/ou grave ?
- 2) Nécessite-t-il un traitement causal ou uniquement symptomatique ?
- 3) Les examens complémentaires et le traitement interventionniste peuvent-ils être temporisés dans un premier temps (cf. effets indésirables potentiels) ?
- 4) Que puis-je mettre en place pour soulager mon patient ?

3.3. Guidelines aux Pays-Bas

Après avoir postulé le diagnostic de SMI, se pose la question de sa prise en charge. Un guide de pratique clinique hollandais⁴³ sur le SMI chez l'adulte, publié en 2013 et extrapolable au système de santé belge, fournit quelques balises pour le suivi de ces patients. Le guide ne se rapporte pas à une pathologie ou symptôme particulier, mais propose des outils sur la façon de gérer la prise en charge de patients dont les symptômes sont persistants ou invalidants, sans que les examens complémentaires n'aient pu identifier de pathologie sous-jacente. Le diagnostic de SMI étant, selon les auteurs, nécessairement basé sur l'exclusion d'une affection somatique ou psychiatrique⁴⁴, il doit faire l'objet d'une réévaluation constante, en particulier si les symptômes évoluent dans le temps. Trois idées phares sont évoquées d'emblée : premièrement, une bonne **relation thérapeutique** et une **communication efficace** entre le médecin et le patient sont essentielles à la prise en charge des SMI ; ensuite, l'évaluation de la sévérité des symptômes doit en intégrer toutes les dimensions : somatiques, cognitives, émotionnelles, comportementales et sociales ; enfin, la prise en charge doit principalement viser à fournir des informations et conseils dans le but de favoriser la reprise des activités de façon durable. Chaque étape du traitement nécessite une approche personnalisée et individuelle, et doit être **adaptée à la "culture"** du patient au sens large : origine ethnique, langage, âge, genre, statut socio-économique, etc. Notons ici que les différences d'interprétation des symptômes somatiques en fonction de la culture des patients mériteraient un TFE à part entière. En effet, étant donné la diversité croissante de nos patientèles, la maladie et le soin en général doivent nécessairement être explorés à la lumière des différences interculturelles, décrites notamment par l'**anthropologie médicale**.

⁴³ OLDE HARTMAN T. et al., *op. cit.*

⁴⁴ *Ibid.*, p. 2.

Pour revenir au guide de la NHG, les objectifs principaux des recommandations thérapeutiques proposées sont : l'élaboration d'une définition du problème qui soit acceptable pour le patient et pour le MG ; la diminution du vécu négatif, de l'anxiété et des limitations fonctionnelles en dépit de la présence des symptômes ; et l'amélioration du fonctionnement du patient à tous les niveaux évoqués plus haut (somatique, cognitif, émotionnel, comportemental et social). L'attitude thérapeutique est à envisager selon une **approche "par paliers"** (cf. table 2) : selon la sévérité du SMI, le MG doit commencer par le plus léger traitement efficace. Si ce palier ne fournit pas les résultats attendus, le traitement est intensifié au palier suivant. En cas de SMI modéré à sévère, le généraliste peut combiner directement le palier 1 aux paliers 2 et/ou 3.

Table 2 Overview of the step-by-step plan

| Step | Recommendation |
|---|--|
| Step 1 Patient with mild MUS By general practitioner | Conclude exploration of symptoms and potentially perform a physical examination and/or additional investigations. Shared definition of problem, based on exploration of symptoms. Education and advice: <ul style="list-style-type: none"> ■ education and explanation; ■ discussion of factors that inhibit recovery; ■ advice. Formulation of a shared time-contingent plan. Follow-up: <ul style="list-style-type: none"> ■ monitor progress of plan and repeat exploration of symptoms if recovery stagnates; ■ if the symptoms change, repeat exploration of symptoms and perform a targeted physical examination and additional investigations if necessary. |
| Step 2 Patient with moderate MUS In collaboration with other primary care providers | Collaboration with/referral to: <ul style="list-style-type: none"> ■ (psychosomatic) physiotherapist or exercise therapist; ■ mental health nurse practitioner or social psychiatric nurse in primary care; ■ primary care psychologist trained in cognitive behavioural therapy. |
| Step 3 Patient with severe MUS In collaboration with secondary care providers | Collaboration with/referral to: <ul style="list-style-type: none"> ■ multidisciplinary teams/treatment centres. |

Pour résumer, le guide se base donc sur trois types de SMI (que le médecin doit définir selon le nombre de symptômes, leur durée et leur impact fonctionnel sur la vie quotidienne) pour en orienter le traitement et le suivi :

1. SMI léger :

- a. Description : légères limitations fonctionnelles associées à un ou plusieurs SMI issus d'un ou deux des sous-groupes de symptômes suivants : gastro-intestinal, cardio-pulmonaire, musculo-squelettique, général aspécifique (fatigue, céphalées, vertiges, troubles de la mémoire ou de la concentration) ;

- b. Prise en charge : « *traitement par le [MG] lui-même. Informations et avis, discussion des facteurs freinant et développement d'un plan avec temps d'évaluation* »⁴⁵ ;
- c. Suivi : revenir en consultation en cas de péjoration fonctionnelle, de persistance des symptômes sévères au-delà d'une semaine, ou en l'absence d'amélioration fonctionnelle après 2 à 4 semaines ; élaborer un plan partagé de suivi avec des objectifs et un calendrier bien déterminés (définir les échéances en fonction du temps et non sur base des symptômes, cf. table 3) ;

Table 3 Concrete examples of time-based (desirable) and symptom-based (undesirable) advice

| | Desirable: time-based | Undesirable: symptom-based |
|-----------------------|--|--|
| Activity | Keep moving and expand activities back to normal in x days. | Try to move if the pain/fatigue permits. |
| Work/daily activities | Go back to work (half days if necessary) after 1 week. | Go back to work as soon as the pain/fatigue allows or has disappeared. |
| Follow-up | Return after x weeks, unless you are functioning normally again. | Come back if you are not coping. |

2. SMI modéré :

- a. Description : limitations fonctionnelles modérées associées à plusieurs SMI issus d'au moins trois sous-groupes de symptômes et/ou durée des symptômes excédant la durée normale attendue pour de tels symptômes ;
- b. Prise en charge : « *collaboration avec ou référence vers un kinésithérapeute ou recommandation d'exercices, un professionnel en soins de santé mentale en première ligne avec prédilection pour la thérapie cognitivo-comportementale* »⁴⁶ ;
- c. Suivi : en cas de persistance des limitations fonctionnelles, rendez-vous de suivi toutes les 4 à 6 semaines pour évaluer la progression avec le patient ; insister sur la participation active au traitement, élément-clé de son rétablissement ;

3. SMI sévère :

- a. Description : limitations fonctionnelles sévères associées à des SMI issus des tous les sous-groupes de symptômes et/ou durée des symptômes excédant trois mois ; leur prévalence serait beaucoup plus faible que celle des autres types de SMI (2,5% vs. jusqu'à 40% des consultations de médecine générale pour les SMI légers à modérés⁴⁷) ;
- b. Prise en charge : coordonner une « *collaboration multidisciplinaire en deuxième ligne* »⁴⁸ intégrant les aspects somatiques, psychologiques et sociaux de la problématique du

⁴⁵ HENRARD G., *op. cit.*

⁴⁶ *Ibid.*

⁴⁷ OLDE HARTMAN T. et al., *op. cit.*, p. 3.

⁴⁸ HENRARD G., *op. cit.*

patient ; promouvoir un programme de réhabilitation intense (kinésithérapie + TCC) afin de favoriser un niveau d'activité acceptable à long terme ; éviter de référer aux spécialistes de la douleur pratiquant des méthodes antalgiques locales invasives (ex. dénervation, injections d'antalgiques, corticoïdes ou autres agents sclérosants), vu la faible efficacité de ces techniques en monothérapie et le risque augmenté d'effets indésirables chez ces patients. En ce sens, Autret insiste sur l'importance de tenir compte de la « *sensibilité exacerbée des patients porteurs de symptômes somatiques à toute nouvelle agression sur leur corps. Il faut que les médecins soient particulièrement conscients des aggravations qu'ils peuvent induire.* »⁴⁹

- c. Suivi : rendez-vous de suivi toutes les 4 à 6 semaines ; en cas de persistance d'une atteinte fonctionnelle en l'absence de traitement actif, réévaluer la situation au moins 1 fois par an et discuter des nouvelles options thérapeutiques potentiellement disponibles.

Enfin, chaque problématique de SMI requiert des informations et conseils spécifiques. Outre les enjeux somatiques (ex. coexistence d'un trouble du sommeil), cognitifs (ex. affects négatifs associés aux symptômes ou autres croyances défaitistes), émotionnels (ex. angoisse ou peur de la maladie) et sociaux (ex. situation familiale compliquée) pouvant entraver la guérison et dont il faut systématiquement discuter (cf. step 1), il est important d'insister auprès du patient que le pronostic est bon, que les symptômes peuvent varier au cours du temps, et qu'il n'est pas dangereux de faire de l'exercice physique ou de reprendre ses activités. Ressentir de la douleur ou de la fatigue n'implique pas nécessairement l'apparition d'une lésion ou d'une maladie, c'est au contraire banal et spontanément résolutif. La guérison sera d'autant plus rapide avec une reprise graduelle des activités, d'où l'importance de rester actif et de reprendre ses occupations, en ce compris le travail. Finalement, concernant les traitements médicamenteux, le guide préconise l'utilisation à court terme d'antalgiques de palier I de l'OMS (paracétamol ou anti-inflammatoires non stéroïdiens en deuxième intention et en l'absence de contre-indications). Il est préférable de diminuer progressivement la prise de médicaments dès la fin de la phase aiguë, afin de prévenir leur utilisation chronique ainsi que les problèmes de dépendance.

⁴⁹ AUTRET A., *op. cit.*, p. 41.

3.3. Autres recommandations pratiques

L'ouvrage de Paul Cathébras⁵⁰ sur les troubles fonctionnels, largement destiné à l'usage des médecins somaticiens afin de mieux les informer sur des plaintes qui constituent le quotidien de leur pratique, aborde également la prise en charge des SMI en première ligne. Il met notamment en évidence l'intérêt de définir le SMI en tant que "plainte fonctionnelle", car cette terminologie permet de situer « *le nœud du problème au niveau du recours aux soins, plutôt que du symptôme lui-même.* »⁵¹ En effet, la grande fréquence des symptômes somatiques (fatigue, douleurs, vertiges, troubles du transit intestinal, etc.) dans la population générale s'oppose à la relative rareté de consultation médicale pour ces mêmes symptômes. Selon lui, l'enjeu principal de la prise en charge du SMI serait donc davantage de comprendre les **déterminants du recours aux soins** que les causes du symptôme lui-même. Parmi ces déterminants, on retrouve :

- « - *l'expérience antérieure d'un tel symptôme et de ses conséquences sur la vie quotidienne ;*
- *le degré d'inquiétude qu'il entraîne (construit sur les expériences de proches, ou les représentations de certaines pathologies véhiculées dans les médias) ;*
- *les perceptions culturelles du normal et du pathologique dans un contexte historique et social donné ;*
- *la disponibilité et l'accessibilité des soins médicaux ;*
- *les conduites de maladie (illness behavior) apprises pendant l'enfance dans le milieu familial ;*
- *les traits de personnalité entraînant une "complaisance somatique" particulière ;*
- *et certaines maladies psychiatriques comme la dépression ou les troubles anxieux.* »⁵²

Ainsi, le recours aux soins résulte d'un enchevêtrement complexe de facteurs sociologiques, économiques, cognitifs, émotionnels et propres à l'histoire individuelle de chaque patient, qu'il convient d'explorer systématiquement pour une gestion efficace des SMI en première ligne. Et dans tous les cas, il faut d'abord se rappeler que le SMI est avant tout **l'expression fondamentale d'une souffrance** : « *la plupart des personnes ressentent des symptômes physiques, mais [...] ces symptômes ne conduisent à une consultation médicale que lorsqu'ils sont accompagnés d'une détresse psychologique significative.* »⁵³

⁵⁰ Chef du service de médecine interne au CHU de Saint-Etienne en France ; CATHÉBRAS P., *op. cit.* p. 1.

⁵¹ *Ibid.*, p. 2.

⁵² *Ibid.*, p. 3.

⁵³ BOUTHILLIER D., « Introduction au dossier – La somatisation : mise en maux de la souffrance », dans *Ordre des Psychologues du Québec*, mars 2019, <https://www.ordrepsy.qc.ca/-/introduction-au-dossier-somatization-mise-en-maux-de-la-souffrance> (page consultée le 06/02/20).

En ce sens, il est intéressant de s'en référer à la conception de la souffrance selon Paul Ricœur, qui l'envisage avant tout comme une "expérience de l'excès" :

« "La souffrance est en excès ; souffrir, c'est souffrir trop". Excès dans l'intensité du vécu, dans la transgression des limites qui protègent l'identité d'un individu, dans la demande d'aide que cette épreuve fait naître. Si [Ricœur] adopte donc une distinction qui peut sembler arbitraire entre souffrance et douleur : la douleur renverrait au corps et la souffrance à l'âme et plus généralement au sujet, c'est pour penser tout cet au-delà de la douleur que constitue la souffrance. »⁵⁴

Ceci permet d'envisager que c'est surtout la **souffrance liée au symptôme** plus que le symptôme lui-même qui pousse le patient à recourir au soin et à consulter son médecin.

Ranque & Nardon⁵⁵ proposent également quelques pistes pour améliorer la prise en charge du SMI en première ligne. Ils soulignent notamment l'importance de mettre en place une relation thérapeutique solide et un **suivi régulier**, incluant un questionnement répété sur l'évolution récente des symptômes et un examen physique permettant d'exclure la progression d'une maladie somatique qui serait passée inaperçue jusque là. L'examen physique bien conduit permet aussi de montrer au patient que sa plainte est légitime et prise au sérieux, et participe à l'instauration d'une relation thérapeutique de qualité. Un **climat d'écoute attentive et bienveillante**, une attitude empathique et une communication non verbale soucieuse et dénuée de jugement permettent également de montrer au patient que sa plainte a été entendue et nous préoccupe. Une fois la confiance instaurée, il est alors possible d'aborder la composante psychologique et environnementale de manière respectueuse, et de poser des questions ouvertes au patient sur ses croyances quant à l'origine potentielle de ses symptômes. Il est aussi très utile, dans un esprit de décision médicale partagée, de demander clairement au patient ce qu'il attend de nous, et de l'encourager à choisir lui-même les options thérapeutiques qui lui conviennent le mieux, en valorisant ses ressources déjà existantes (sport, activité artistique, méditation, yoga,...) et en proposant des méthodes qui ont fait leurs preuves (cf. infra). Les auteurs indiquent qu'il est utile d'établir un **contrat thérapeutique**, basé sur des objectifs réalistes et modestes, tels que l'atténuation des symptômes et de leur retentissement psycho-social, ou simplement l'amélioration de la qualité de vie en dépit des symptômes. A l'inverse, viser une guérison rapide serait voué à l'échec et très démotivant pour le patient. Lors des consultations ultérieures, il peut

⁵⁴ MARIN C. et ZACCAI-REYNEYS N., *Souffrance et douleur. Autour de Paul Ricœur*, coll. « Questions de soins », PUF, Paris, 2013.

⁵⁵ RANQUE B. et NARDON O., *op. cit.*

être utile d'encourager le patient et pointer ses moindres progrès, afin de renforcer son sentiment de contrôle sur la maladie et sa confiance en lui⁵⁶. Si le médecin peut douter de son utilité lors de telles consultations, les auteurs indiquent qu'au contraire, la stabilité d'une relation thérapeutique et la fin du nomadisme médical sont déjà un progrès considérable, prémisses d'une reprise de confiance en soi et en son médecin qui peut prendre du temps.

Tout ceci demande au médecin une immense motivation, de grandes capacités d'empathie, de la patience et beaucoup de temps. Dans ce contexte, les auteurs préconisent une **prise en charge multidisciplinaire** centrée sur le patient, afin de ne pas se décourager ou s'épuiser. Ils décrivent en ce sens plusieurs thérapies complémentaires pouvant être combinées à la relation médecin somaticien-malade :

1) Psychothérapie cognitivo-comportementale (TCC) :

- Le recours au psychiatre ou psychothérapeute doit être abordé subtilement, et ne doit pas être présenté comme un relais mais comme un moyen d'approfondissement de la démarche diagnostique et de suivi (ex. recherche de troubles anxieux ou dépressifs associés, qui peuvent être la cause et/ou la conséquence de symptômes invalidants, et qui peuvent être traités). Ceci afin que le patient ne le ressente pas comme un nouvel abandon ou un étiquetage "psy", également mal vécu, qui risque de rompre le lien thérapeutique si précieusement instauré.
- La TCC propose divers outils intéressants tels que la *restructuration cognitive*, qui a montré son efficacité pour plusieurs SMI, notamment les troubles fonctionnels intestinaux, le syndrome de fatigue chronique et la fibromyalgie. Il s'agit d'apprendre au patient (par exemple via la technique de *réattribution*) à différencier les événements des pensées négatives qu'ils génèrent et de repenser positivement ces événements par un ressenti et une réponse comportementale différents.

⁵⁶ NB : il convient de nuancer ce postulat de Ranque est Nardon car, selon Balint (chapitre 20), le patient n'est pas toujours prêt à abandonner son symptôme, en particulier lorsqu'il permet de camoufler un problème psychologique sous-jacent. Le rôle du soignant serait donc de s'adapter à chaque patient et de tenter de déchiffrer les enjeux engagés par le symptôme au centre de la plainte.

- La démarche thérapeutique de la TCC s'appuie, selon Autret, sur différents éléments : *« identification des symptômes et des facteurs de stress actuels, correction des idées faussées et des croyances inadaptées, habitude progressive aux situations stressantes, acquisition de comportements adaptés et mesure de l'efficacité sur des critères précis. »*⁵⁷
 - Si la TCC a montré une efficacité supérieure sur les SMI⁵⁸, d'autres types de thérapies peuvent également être envisagés selon le mécanisme psycho-pathologique suspecté : thérapies systémiques de couple ou familiales, psychothérapies de soutien, hypnose, biofeedback (particulièrement utile en cas de tensions musculaires : céphalées de tension, fibromyalgie, douleurs pelviennes), etc.
- 2) Relaxation : méditation, pleine conscience, sophrologie, yoga,... sont autant de méthodes de relaxation qui peuvent être intégrées aux techniques de TCC ou entreprises séparément. En effet, *« Toutes les techniques de relaxation devraient, a priori, être considérées comme bénéfiques sur les [SMI]. La relaxation réduit l'état de tension, judicieusement appelé par certains "hyperéveil", qui fait le lit des symptômes somatiques et des manifestations anxio-dépressives associées. Elle permet de prendre de la distance vis-à-vis des facteurs stressogènes. »*⁵⁹
 - 3) Réadaptation à l'effort : particulièrement importante dans les tableaux dominés par la fatigue ou la douleur, son efficacité a été prouvée dans la fibromyalgie et la fatigue chronique. Le frein principal est la motivation des patients, qui rapportent souvent une aggravation des symptômes à l'effort ou après l'effort. Une reprise très progressive de l'activité physique doit être préconisée, en augmentant petit à petit la durée et l'intensité de l'effort. L'aide d'un kinésithérapeute peut être utile pour commencer, puis le patient doit trouver une activité qui lui plaise, de préférence en groupe pour augmenter sa motivation.
 - 4) Traitement médicamenteux : loin d'être systématique, il peut être proposé à visée symptomatique, même si son efficacité repose partiellement sur un effet placebo. La décision finale revient au patient, après lui avoir expliqué les avantages et les inconvénients des médicaments proposés (effets secondaires, addiction).

⁵⁷ AUTRET A., *op. cit.*, p. 174.

⁵⁸ SUMATHIPALA A., « What is the evidence for the efficacy of treatments for somatoform disorders? A critical review of previous intervention studies. », dans *Psychosomatic Medicine*, 2007, vol. 69, n°9.

⁵⁹ AUTRET A., *op. cit.*, p. 172.

- Les antidépresseurs sont une classe de choix, visant à traiter non seulement la composante douloureuse des symptômes et la fatigue, mais aussi les troubles de l'humeur éventuellement associés. Une efficacité relative a été démontrée pour les tricycliques, les SSRI et les SNRI (ex. venlafaxine et duloxétine).
- Les antalgiques d'action centrale peuvent être bénéfiques dans les SMI de type douleur inexplicée, tels que le tramadol ou la prégabaline, qui est également efficace sur les troubles du sommeil.

Notons que l'usage des médicaments est souvent limité par une mauvaise tolérance due à la propension accrue des patients SMI aux effets indésirables et à la mauvaise compliance qui en découle. A noter que, comme nous le postulons plus bas, « *les approches non médicamenteuses demeurent le socle du traitement, au premier rang desquelles figure le développement d'une relation de qualité avec le patient.* »⁶⁰

Enfin, dans un autre article publié en 2012, Nardon évoque le concept de "**projet thérapeutique personnalisé**" en tant qu'outil de prise en charge spécifique du SMI. Ce projet doit nécessairement être élaboré en collaboration avec le patient, sur base d'une définition commune de la plainte et une décision partagée concernant sa prise en charge : « *Signifier au patient la reconnaissance de sa souffrance, entreprendre une écoute sans clivage du corps et de l'esprit, mettre le patient au cœur de la prise en charge, sont autant de défis pour le médecin. Cela lui permettra d'établir avec le patient une définition commune de la plainte afin d'envisager un projet thérapeutique personnalisé suite à une décision partagée.* »⁶¹ L'auteur insiste également sur le fait que, face au SMI, rien n'est fixé une fois pour toutes, et le médecin doit continuellement faire preuve d'imagination pour **renouveler sans cesse ses stratégies de soins** : « *Pour une meilleure prise en charge des patients souffrant de SMI, un meilleur vécu en tant que médecin, une relation médecin-patient plus harmonieuse, enfin pour un système de santé plus impliqué et moins impacté, le médecin devra continuer à imaginer, créer et développer des outils innovants.* »⁶²

⁶⁰ RANQUE B. et NARDON O., *op. cit.*

⁶¹ NARDON O. et ALBERT O., *op. cit.*

⁶² *Ibid.*

IV. PISTES POUR L'AVENIR

4.1. La relation médecin-patient

A la lumière de nos différentes lectures, un élément nous paraît particulièrement fondamental dans la prise en charge des plaintes médicalement inexplicables au cabinet de médecine générale : la relation médecin-patient. Selon Ranque & Nardon, « *La difficulté ne réside pas tant dans le diagnostic [du SMI], qui apparaît rapidement évident avec un minimum d'expérience, que dans la nécessité d'une relation thérapeutique essentiellement humaine, sans recours à la technicité, qui pousse le médecin aux limites de ses capacités d'empathie et de communication.* »⁶³ A ce stade de notre analyse, il est donc inutile de rappeler à quel point le cadre scientifique de notre formation universitaire ne suffit pas à appréhender les enjeux complexes soulevés par les SMI, et qu'une approche strictement physiopathologique de ces problématiques est vouée à l'échec. Les recommandations proposées dans la littérature (notamment la NHG) peuvent servir de guide pratique et orienter la prise en charge du SMI en médecin générale, mais il ne faut pas oublier que suivre ces étapes codifiées ne suffira pas à appréhender ces plaintes dans leur globalité. L'essentiel se joue au niveau de la relation, du non verbal, de la confiance mutuelle, des stratégies de communication utilisées, de la sensibilité de chacun, et de tous ces éléments qui ne se conçoivent qu'à travers l'individualité du prodigueur de soins et de celui qui les reçoit. En effet, la médecine « *ne parvient jamais à s'extraire de la subjectivité des humains qui l'utilisent ou la pratiquent.* »⁶⁴ Chaque situation est donc fondamentalement unique, il n'existe pas de recette toute faite facilement extrapolable, et le soignant doit faire preuve de patience, de créativité et d'ingéniosité pour espérer désamorcer les nombreux pièges qui sous-tendent les consultations pour SMI :

*« Il faut bien voir il n'y a pas d'opposition entre neurosciences, médecine et psychologie, fondées sur des preuves, et théories psychanalytiques [...]. Et c'est à partir de ce faisceau d'explications, allié à la pratique, que l'on peut comprendre que le symptôme somatique est un appel à l'aide. Percevoir, comprendre cette saga personnelle spécifique à chaque patient, l'accompagner dans sa guérison, nécessite disponibilité, écoute et clairvoyance. »*⁶⁵

⁶³ RANQUE B. et NARDON O., *op. cit.*

⁶⁴ ALLAZ A.-F., *op. cit.*

⁶⁵ AUTRET A., *op. cit.*, p. 16.

Une grille de lecture d'application universelle serait en tout cas de ne jamais réduire le patient à ses symptômes, et d'explorer les enjeux (psychologiques, sociaux, relationnels, cognitifs, émotionnels, etc.) qui les sous-tendent. Cette règle est déjà de mise pour toute plainte rencontrée en pratique, puisqu'« *il n'y a pas de maladie qui ne soit psychosomatique* »⁶⁶, mais elle est encore plus indispensable en présence de SMI :

*« Bien sûr, c'est le corps qui est mis en avant dans la demande faite au médecin, mais ce corps-là, loin d'être un organisme autonome, loin d'être une machine sourde ou un agrégat cellulaire sans désir, est au contraire complètement traversé, subverti, métamorphosé par le lien à l'autre, qui passe par les voies du langage. [...] En dépit de quoi, la plupart des médecins, et singulièrement en milieu technoscientifique hospitalo-universitaire, s'acharnent à penser qu'ils n'ont affaire qu'à un corps indépendant, qu'on peut se contenter de soigner celui-ci sans tenir compte du désir qui l'habite et des mots qui l'ont blessé ou caressé. »*⁶⁷

Nier cette réalité et se focaliser sur le symptôme en tant que lésion d'organe ne peut qu'engendrer malentendus et frustrations pour le médecin et le patient, en particulier dans les cas – nombreux – où les plaintes se répètent et les symptômes se chronicisent :

*« La répétition symptomatique est une question ardue. Alors que le médecin est persuadé d'avoir prescrit le bon remède pour la maladie parfaitement identifiée, voilà le patient qui revient avec des symptômes identiques ou une variante. [Le médecin] aimerait tant rencontrer enfin un bon patient, nanti d'une vraie pathologie, justifiant un traitement bien défini d'où découlerait une franche guérison. [...] Or le quotidien ne procure pas souvent cette séquence attendue. D'innombrables pathologies insistent, récidivent, se chronicisent. »*⁶⁸

Cette attitude d'écoute et de lâcher-prise n'est pas simple à adopter, en particulier pour le jeune médecin fraîchement "formaté" par son cursus universitaire. Au contraire, elle va à rebours de la plupart des enseignements reçus, en particulier si les rares ateliers de sensibilisation aux enjeux psycho-médico-sociaux de la consultation médicale sont passés au second plan face à la quantité astronomique d'informations techniques à ingurgiter. Cette dissonance cognitive qui s'établit dès les premiers moments de pratique clinique est discutée par Van Meerbeeck & Jacques dans leur livre sur la relation soignant-soigné : « *Dans le credo médical d'aujourd'hui, une douleur ne peut avoir comme cause qu'une lésion. Impossible du coup de reconnaître que la plupart des douleurs humaines ne sont pas causées par des lésions. [...] La douleur humaine est liée à de la souffrance, elle n'est pas qu'un signe neurophysiologique cénesthésique, ni le simple*

⁶⁶ VAN MEERBEECK P. et JACQUES J.-P., *op. cit.*, p. 299.

⁶⁷ *Ibid.*, p. 297.

⁶⁸ *Ibid.*

*message de perception d'une lésion. Dans toute douleur humaine, il y a aussi une dimension psychologique, relationnelle et contextuelle, corrélée à la douleur d'exister. »*⁶⁹ Ils insistent sur le fait que la **part non lésionnelle du symptôme** devient d'autant plus irréductible qu'elle est niée lors de la consultation médicale :

*« C'est cette part, "non scientifique", qui insiste, qui ne se laisse pas résorber par le médicament analgésique, ni même par la chirurgie de la douleur. [...] On supposera une dépression sous-jacente, qu'on dira masquée faute d'avoir pris le temps d'écouter. [...] De surcroît, comme le patient s'interroge avec inquiétude sur l'origine de cette douleur, il sera crédité d'une angoisse qui semble justifier la prescription d'un anxiolytique. Malgré cette pluie de remèdes, la douleur persiste, le ou la malade continue à souffrir et à demander de l'aide. Les médecins, dépités, créent alors des équipes pluridisciplinaires avec assistante sociale, psychologie, psychiatre, anesthésiste et interniste pour tenter de soigner cette question de la douleur. Celle-ci réclame du médecin un double effort. Outre la recherche de la cause somatique, qui interprète la douleur comme un signe douloureux cénesthésique émanant du corps, il lui incombe de penser aussi la douleur comme une souffrance. »*⁷⁰

L'enjeu est d'autant plus grand que le cabinet de médecine générale est le lieu par excellence où vient se cristalliser cette **souffrance fondamentale** : *« Dans le monde actuel, le seul lieu où témoigner de la douleur de vivre ou de la douleur d'exister, de la difficulté à être un humain, c'est le cabinet médical. Faute d'autres interlocuteurs légitimés, tout le mal de vivre des humains débarque chez le médecin. »*⁷¹ On comprend alors mieux la grande responsabilité du médecin généraliste dans la prise en charge du SMI.

"Aller au-delà du symptôme" : cette notion nous a bien sûr été enseignée à l'université. Mais quelle est sa signification concrète ? Comment dépasser une triade symptomatique ou autre signe pathognomonique lorsqu'on est jeune médecin et que l'on prend soin d'êtres humains pour la première fois ? Comment ne pas appliquer strictement le cadre de lecture qui nous a été inculqué pendant des milliers d'heures de cours et d'étude assidue ? Comment ne pas faire de tort à travers des discours alarmistes, ou au contraire en banalisant une plainte face à un patient en demande d'écoute ? Comment aussi rassurer le patient et garder une certaine assurance en situation d'incertitude ? Comment ne pas se laisser dépasser par cette incroyable responsabilité, et ne pas abuser de ce pouvoir inhérent au titre de "médecin" ? Comment se détacher de nos jugements et préjugés inconscients, s'émanciper de nos propres affects négatifs face à des patients qui

⁶⁹ *Ibid.*, p. 298.

⁷⁰ *Ibid.*, p. 298-299.

⁷¹ *Ibid.*, p. 29.

remettent nos compétences et notre mission de "guérisseur" en cause ? Autant de questionnements qui ne trouveront de réponse qu'en allant à la rencontre de nos patients, en construisant une relation thérapeutique avec eux et en les laissant nous apprendre qui nous sommes en tant que soignant. Il existe bien entendu de nombreuses façons d'interroger ces enjeux, notamment dans le cadre de la formation continue (par exemple via les fameux ateliers d'inspiration Balint), mais la clé se situe tout de même toujours au niveau de l'attention et de l'intérêt que l'on porte à ce qui se joue dans la relation soignant-soigné.

Ainsi, "aller au-delà du symptôme" en interrogeant d'autres dimensions du soin et en se posant la question des origines de la plainte implique forcément d'explorer la relation : « *La nécessité de reconnaître, derrière les symptômes présentés d'une manière anachronique, le vrai conflit, le vrai problème, le secret de la vie du patient. Le médecin devrait savoir déchiffrer le problème qui est à la base, pour pouvoir nouer une relation plus étroite avec le patient.* »⁷² L'idée n'étant évidemment pas de banaliser la symptomatologie ou de le qualifier de "psy" lorsque les pathologies graves et urgentes ont été écartées, mais d'amener le patient à changer de registre, de sortir du somatique pur et d'ouvrir la discussion à d'autres dimensions soulevées par le motif initial de consultation. Cette plainte passe alors au second plan et n'est plus qu'un prétexte pour aborder la souffrance vécue par le patient qui est venu nous demander de l'aide, et en rechercher ensemble l'origine :

« Bien-sûr il y a quelque chose, mais la cause ne se situe pas au niveau de l'organe cible. Le patient doit se convaincre que son symptôme, sans lésion organique, est la simple expression d'une souffrance. [...] Une fois acceptée l'idée de symptômes ou de troubles sans lésion, se pose la question du pourquoi. Pourquoi le corps en est-il venu à s'infliger de telles souffrances ? Quelle est l'origine de vécu douloureux ou de ce dysfonctionnement d'organes, parfaitement sains par ailleurs ? »⁷³

D'ailleurs, comme le disait déjà Balint, la relation médecin-patient est au cœur de la médecine et de l'effet thérapeutique au sens large : « *Le médicament le plus fréquemment utilisé en médecine générale est le médecin lui-même. [...] Cependant il n'existe aucune pharmacologie de ce médicament essentiel. [...] L'un des buts – peut-être le but essentiel – de notre recherche devait être de commencer à découvrir cette nouvelle pharmacologie.* »⁷⁴ Ce concept de "remède

⁷² LUBAN-PLOZZA B., « L'approche Balint : une formation à la relation », dans *Revue Médicale Suisse*, 2000, vol. 4, n°20598.

⁷³ AUTRET A., *op. cit.*, p. 14.

⁷⁴ BALINT M., *op. cit.*, p. 9.

médecin" est bien plus large que l'aspect non pharmacologique de la prescription ; il renvoie au remède universel que peut apporter la relation dans le soin, qui se joue sans cesse entre le soignant et le soigné dans toute leur spécificité. Dans leur article sur l'efficacité thérapeutique de "l'effet médecin" en soins primaires, Moreau et al.⁷⁵, revisitent ces concepts balintiens et montrent (via la recherche d'essais cliniques randomisés sur le sujet), que cette efficacité est effectivement due à la qualité de la relation médecin-malade par l'intermédiaire de l'empathie, la réassurance, l'attention portée au patient, l'écoute active, l'explication, l'encouragement, l'attitude chaleureuse et authentique, et la conviction dans l'efficacité du traitement.⁷⁶ Ces compétences peuvent par ailleurs être enseignées, comme nous le verrons plus loin.

Enfin, même s'il s'agit de notions communément acceptées aujourd'hui, rappelons brièvement ici que la relation médecin-patient et les concepts qui en découlent, en ce compris l'**alliance thérapeutique** et l'**empowerment**, sont des facteurs de **qualité des soins**, et présentent un effet bénéfique sur la santé en général (en termes de résultats cliniques, compliance thérapeutique, décisions partagées et éclairées, suivi, retour d'expériences, satisfaction du patient et du médecin,...) :

« It is known from the literature that a good doctor-patient relationship – as well as good doctor-patient communication – in general results in improved health outcomes, a higher level of patient satisfaction and improved compliance. »⁷⁷ Cela a également été démontré en cas de SMI, comme le montrent les auteurs des guidelines NHG : « A positive perception of the doctor-patient relationship (by patient and/or doctor) has a favourable effect on the prognosis of MUS. [...] A good doctor-patient relationship results in patient satisfaction and improved health outcomes. By contrast, a poor doctor-patient relationship results in symptoms being reported more frequently and in increased consultation rates. »⁷⁸

⁷⁵ MOREAU A. et al., « L'efficacité thérapeutique de "l'effet médecin" en soins primaires », dans *La Presse Médicale*, Elsevier Masson, 2006, vol. 35 (6:1), pp. 967-973.

⁷⁶ NB : Il est indéniable que les ouvrages de Balint regorgent de nombreuses autres pistes de réflexion relatives à la relation médecin-patient, mais les explorer nécessiterait de dépasser les limites matérielles imposées par ce travail.

⁷⁷ OLDE HARTMAN T. et al., *op. cit.*, p. 13.

⁷⁸ *Ibid.*, p. 4.

4.2. Accompagnement et suivi spécifique du patient SMI

Face au SMI, l'enjeu se situe davantage au niveau de l'**accompagnement du patient** que du diagnostic lui-même. En effet, le rôle du médecin de famille est avant tout de limiter les déficits fonctionnels liés aux symptômes et d'éviter leur chronicisation. Pour ce faire, il est nécessaire de bien comprendre la plainte et ses origines, en l'explorant dans toutes ses dimensions : « *After forming the working hypothesis of MUS, the general practitioner should start additional exploration of the symptoms aimed at getting a fuller understanding of the patient and his or her MUS, identifying prognostically favourable or unfavourable factors (that inhibit recovery) and estimating the severity of the MUS.* »⁷⁹

Les auteurs des recommandations NHG évoquent diverses stratégies de communication pour amener le patient et le praticien à décortiquer les différents déterminants du ou des SMI en présence : par exemple, permettre au patient de parler pendant quelques minutes sans l'interrompre ou encore lui demander explicitement s'il/elle se pose des questions particulières par rapport à sa plainte permet déjà d'élargir l'investigation des symptômes et de révéler des points d'accroche potentiels pour l'instauration du traitement (selon les termes utilisés par le patient, mais aussi la communication non verbale et le langage corporel). Le médecin généraliste peut également s'aider de l'acronyme **SCEBS**⁸⁰ pour orienter son enquête, qui sera idéalement basée sur les dimensions somatiques, cognitives, émotionnelles, comportementales (behavioural) et sociales de la plainte. Cette approche est issue du "**modèle biopsychosocial**" proposé par Engel dans les années 70, qui « *considère facteurs biologiques, psychologiques et sociaux sur un pied d'égalité, dans un système de causalités complexes, multiples et circulaires.* »⁸¹

- Dimension somatique : s'intéresser à la dimension somatique du SMI montre au patient que sa plainte et plus largement sa souffrance sont reconnues et prises au sérieux. Le praticien doit rechercher la coprésence de symptômes d'autres sous-groupes (gastro-intestinaux, cardio-pulmonaires, musculo-squelettiques, généraux aspécifiques) ; interroger leur nature, localisation, durée, sévérité et schéma d'évolution ; dépister les symptômes accompagnateurs

⁷⁹ *Ibid.*

⁸⁰ *Ibid.*, pp. 4-5.

⁸¹ BERQUIN A., « Le modèle biopsychosocial : beaucoup plus qu'un supplément d'empathie », dans *Revue Médicale Suisse*, 2010, vol. 6.

et s'enquérir de l'utilisation ou non d'un traitement médicamenteux (en particulier en cas de prise de substances addictives telles que les benzodiazépines ou les morphiniques).

- Dimension cognitive : explorer cette dimension permet d'identifier certains facteurs qui pourraient entraver ou retarder la guérison, par exemple le fait de dramatiser la sévérité du symptôme, l'associer à un danger ou à une maladie grave ou avoir des pensées non fondées sur la façon de gérer le symptôme. Pour ce faire, il est utile d'interroger le patient quant à ses idées concernant l'origine et la persistance des symptômes et la façon dont il pense pouvoir les influencer ; les raisons pour lesquelles il/elle pense être incapable de faire certaines activités ; et ses attentes concernant notre intervention ou celle d'autres médecins dans la gestion de ses symptômes.
- Dimension émotionnelle : l'inquiétude générée par les SMI peut provoquer de l'anxiété, de l'angoisse ou des symptômes dépressifs associés. C'est pourquoi il est intéressant d'interroger les affects émotionnels liés au symptôme : quelles émotions ou sentiments ressent le patient face à son SMI (tristesse, anxiété, désespoir, découragement, colère,...) ? L'anxiété est-elle gérable ? De quoi est-il inquiet exactement ?
- Dimension comportementale : il s'agit ici de rechercher les conséquences du SMI sur le comportement du patient : stratégies d'évitement inutiles et potentiellement délétères d'un point de vue fonctionnel ; arrêt de travail ; négation du symptôme avec ou sans aggravation, etc. Le recours aux soins est également un bon indicateur : le patient vient-il consulter rapidement ou essaie-t-il de se débrouiller seul dans un premier temps ? Existe-t-il un nomadisme médical ? Quelles mesures pratiques ont-elles été mises en place par le patient pour se soigner ? L'observation du langage corporel tient aussi une place non négligeable en consultation (ex. un patient en position voûtée qui consulte pour des lombalgies).
- Dimension sociale : quelles conséquences ont les symptômes sur l'entourage du patient ? comment réagissent ses proches (inquiétude plus ou moins exagérée, banalisation, jugement, soutien, etc.) ? Quelles conséquences fonctionnelles sur la vie quotidienne et l'activité professionnelle ? A noter que des précautions particulières doivent être prises en présence d'une personne d'origine étrangère, vu les différences qui peuvent exister par rapport à notre culture occidentale plus individualiste.
- Dimension systémique : nous aimerions rajouter ici un deuxième "S" à l'acronyme SCEBS, car il nous semble essentiel d'interroger également les conséquences du symptôme en termes

de **bénéfices secondaires** (demande répétée d'arrêt de travail, situation de codépendance affective, etc.). Ce concept issu de la psychanalyse, défini comme les effets positifs d'un symptôme psychopathologique, nous apparaît comme un facteur de risque probablement non négligeable de chronicisation des SMI.

Se pencher sur toutes ces dimensions permet aussi d'adopter une approche centrée sur le patient et de le rendre acteur de sa prise en charge. En effet, « *Une pratique clinique inspirée du modèle biopsychosocial intègre en permanence les perspectives biologique, psychologique et sociale et nécessite une participation active du patient, dont le corollaire est une importance accrue des aspects éducationnels. La relation thérapeutique est donc profondément modifiée.* »⁸² L'éducation du patient rejoint les concepts bien connus d'empowerment⁸³ et d'alliance thérapeutique que nous avons évoqués plus haut, autant d'outils qui ne peuvent être que bénéfiques dans la prise en charge des SMI, puisqu'ils permettent de renforcer la capacité d'agir du patient sur les facteurs déterminants de sa santé et de lui donner l'opportunité de reprendre le contrôle sur son corps et les symptômes qu'il exprime.

Les auteurs préconisent enfin d'exclure tout trouble psychologique ou psychiatrique associé pouvant influencer les symptômes, en particulier la dépression, les troubles anxieux ou encore la somatisation. En effet, selon Autret, les SMI « *sont fortement associés à la présence d'une anxiété et d'une dépression.* »⁸⁴. Ainsi, le risque de présenter ces troubles serait trois fois plus important pour les patients avec SMI sévères par rapport à la population générale : « *In patients with severe forms of MUS, the risk of a depression or anxiety disorder is over three times higher than in patients without MUS. More than a quarter of these patients suffer from both depression and anxiety disorder.* »⁸⁵ Les SMI légers à modérés échapperaient par contre à cette corrélation : « *There is no firm association with anxiety disorders and/or depression for the mild forms of MUS.* »⁸⁶ Selon les auteurs de la NHG, si les symptômes physiques accompagnateurs de la dépression ou de l'anxiété peuvent souvent être expliqués par ces diagnostics psychiatriques, ils peuvent néanmoins être causés par deux affections coexistantes. L'intérêt de poser un double

⁸² *Ibid.*

⁸³ « *L'empowerment est un processus de transformation personnelle par lequel les patients renforcent leur capacité à prendre effectivement soin d'eux-mêmes et de leur santé, et pas seulement de leur maladie et de leur traitement comme décrit le plus souvent dans la littérature médicale* » (Aujoulat I.)

⁸⁴ AUTRET A., *op. cit.*, p. 45.

⁸⁵ OLDE HARTMAN T. et al., *op. cit.*, p. 3.

⁸⁶ *Ibid.*

diagnostic de SMI et de trouble anxieux/dépressif est utile dans les cas de figure suivants : les symptômes physiques sont plus prononcés qu'attendus en cas de dépression ou trouble anxieux ; les symptômes sont antérieurs au trouble anxieux/dépressif ; ou encore la sévérité individuelle du SMI et du trouble anxieux/dépressif justifie un traitement distinct.⁸⁷

L'intérêt de ce double diagnostic permet également d'ouvrir ou de poursuivre la discussion avec le patient sur le rôle éventuel du stress dans l'apparition de ses symptômes physiques et de ses troubles anxieux et/ou dépressifs associés. Nous l'avons vu, notre mode de pensée occidental, basé sur un schéma de causalité rationnel et univoque, laisse peu de place à l'idée d'un dysfonctionnement d'organe sans lésion sous-jacente et ne permet pas d'intégrer aisément l'idée que le symptôme ne se situe pas au niveau de l'organe cible, mais qu'il est plutôt l'expression d'une souffrance. Car cela impliquerait notamment pour le patient de reconnaître qu'il est en partie l'auteur de son propre trouble : *« Dans notre culture, il est difficile de faire admettre simplement l'éventualité d'une relation entre un symptôme somatique, des manifestations d'anxiété ou de dépression et des facteurs de stress. »*⁸⁸ En effet, ces considérations sont fondamentalement contre-intuitives : pourquoi le corps s'infligerait-il une telle souffrance ? Pour quelles raisons y aurait-il un vécu douloureux ou un dysfonctionnement d'organes, alors que nos examens ont prouvé que ceux-ci étaient parfaitement sains ? Echappant à notre système de pensées habituel, le SMI pose la question de l'origine psychologique des symptômes somatiques : *« Considérer l'origine psychologique d'une douleur chronique ne se retrouve ni dans la culture ni dans les préoccupations cliniques de la majorité des soignants. Au mieux, après un délai plus ou moins long, constatant l'échec des traitements directs de la douleur, on passera peut-être la main au "psy", avec l'idée qu'il existe aussi une psychopathologie associée. »*⁸⁹

⁸⁷ *Ibid.*, p. 6.

⁸⁸ AUTRET A., *op. cit.*, p. 50.

⁸⁹ *Ibid.*, p. 56.

Comme nous l'avons vu plus tôt, cette dissonance cognitive peut nous faire passer à côté de l'enjeu principal de la consultation pour SMI, celui de **soulager le patient**. Reléguer le symptôme au rang de "psy" est tout aussi contre-productif que d'en nier d'emblée les composantes psychologiques. Ce jeu d'équilibriste est complexe et pas toujours bien exécuté par les médecins allopathes, d'où l'intérêt croissant des patients pour les médecines dites "alternatives", "complémentaires" ou encore "holistiques", qui ont le mérite de considérer le patient dans sa globalité (corps et esprit) et donnent de l'importance au symptôme en tant qu'élément d'un système plus vaste. Ces médecines non conventionnelles présentent un certain intérêt, pour autant que l'on puisse s'assurer que les procédés utilisés sont dénués d'effets indésirables, ce qui implique un dialogue bienveillant entre le patient et son médecin traitant. Dans le même esprit, lorsque les traitements symptomatiques, visant les conséquences et non la cause des SMI, finissent par s'accompagner d'effets secondaires, « *Les patients insatisfaits recherchent, naturellement, d'autres solutions. Ils s'orientent souvent vers des médicaments qui seront en fait des placebos et vers des placebothérapies.* »⁹⁰ Ainsi, en médecine allopathique comme en médecine alternative, l'essentiel est de toujours garder à l'esprit que le principe de la démarche thérapeutique entourant le SMI est surtout d'aller au-delà du symptôme et non de se limiter à le traiter, car « *Soulager un symptôme ne guérit pas une maladie "imaginaire", dans la mesure où la cause du symptôme est située en amont.* »⁹¹

⁹⁰ *Ibid.*, p. 60.

⁹¹ *Ibid.*, p. 170.

4.3. Apprivoiser l'incertitude

A. Une question de formation ?

Tout au long de ce travail, nous avons vu à quel point la prise en charge du SMI en première ligne peut être complexe, en particulier pour le jeune médecin n'ayant pas encore beaucoup d'expérience de terrain. Les études de médecine actuelles nous apprennent les grands signes cliniques des différentes maladies de système et dissèquent leurs mécanismes physiopathologiques, alors qu'en pratique, de nombreuses consultations se terminent sans conclusion précise, dans la plus grande incertitude. Cette incertitude est d'autant plus anxiogène que nous (jeunes médecins) n'y avons pas été préparés. Une formation spécifique serait à nos yeux essentielle, afin de **sensibiliser à la problématique bien réelle des SMI** plutôt que d'en minimiser leur existence et leur importance comme c'est le cas actuellement : « *Mal enseignés aux étudiants, leur place reste assez souvent congrue dans les ouvrages scientifiques propres à chaque spécialité, sorte de "résidu" encombrant, dont il faut bien s'acquitter pour avoir bonne conscience, secteur inconfortable de la pratique quotidienne pour lequel quelques bonnes recettes sont toujours les bienvenues, mais dont il est difficile de prétendre qu'il déclenche les passions...* »⁹² Il s'agirait, au mieux, d'intégrer un cours entièrement dédié à ce sujet au tronc commun des études de médecine ; ou, au minimum, d'ajouter à la formation de médecine générale un chapitre sur la prise en charge de base du patient SMI. Il nous semblerait nécessaire d'y aborder la notion de symptôme sans lésion, sensibiliser à l'incertitude diagnostique et thérapeutique, présenter les recommandations pratiques existantes et les différentes possibilités de prise en charge, et insister sur le rôle principal du médecin généraliste et de la relation soignant-soigné : celui de soulager le patient au sens large plutôt que de se focaliser sur son symptôme (après avoir écarté toute pathologie sévère et/ou urgente). En gardant toujours à l'esprit le fameux adage : « Guérir parfois, soulager souvent, écouter toujours. »⁹³

L'expérience du terrain est un atout inestimable dans l'abord du SMI en première ligne. Nous avons pu déjà observer une grande différence d'attitude entre les assistants et les stagiaires qui sont encore plongés dans leurs livres. Par exemple, devant une patiente se plaignant de douleurs aiguës et d'une perte de force à la racine des deux membres inférieurs, le stagiaire de

⁹² CONSOLI S., Préface, dans CATHEBRAS P., *op. cit.*, p. VIII.

⁹³ Citation attribuée à Ambroise Paré, Louis Pasteur ou Hippocrate.

notre cabinet a évoqué un syndrome de Cushing, alors qu'il existait un contexte évident de stress aigu et une apparente somatisation en consultation, avec polypnée, attitude prostrée, vertiges simulés (le bilan qui a suivi ayant effectivement exclu tout syndrome sévère). De même, un autre stagiaire a évoqué une sclérose en plaques chez un jeune patient présentant des fourmillements au niveau des mains, dans un contexte de trouble anxieux généralisé avec symptômes associés de type vessie hyperactive, pyrosis, vertiges, douleurs diffuses,... Ces situations un peu caricaturales montrent que si les grands signes cliniques évocateurs de pathologies spécifiques sont bien sûr à connaître, il est grand temps de sensibiliser aussi les médecins en formation à l'existence des SMI, vu leur grande fréquence en pratique (pour rappel, ils représentent plus de 40% des consultations de première ligne⁹⁴) et les risques évidents d'une prise en charge mal menée. De plus, si l'on peut déjà distinguer le comportement des stagiaires et des assistants, c'est sans compter la « *différence entre les étudiants [médecins assistants] et les médecins généralistes enseignants concernant la prise en charge des patients souffrant de symptômes médicalement inexpliqués. Les étudiants prescrivent plus souvent des médicaments que les médecins généralistes enseignants [...]. Par ailleurs, ils auraient tendance à demander plus souvent des examens complémentaires ou un avis spécialisé.* »⁹⁵

L'expérience du terrain, nous l'avons dit, est un avantage de taille face au SMI, mais elle ne suffit sans doute pas : « *si les capacités relationnelles naturelles du médecin sont des atouts majeurs, de même que son expérience, les clés de la réussite d'une relation médecin-malade centrée sur le patient peuvent s'apprendre. Il semble fondamental d'inscrire les SMI au programme de la formation initiale et continue de tous les médecins, afin qu'ils puissent à la fois vivre plus sereinement cet aspect de leur métier et être capables de mieux aider les patients.* »⁹⁶

La sensibilisation au SMI dans le cadre des études de médecine permettrait ainsi de diminuer l'angoisse de l'incertitude inhérente à ce type de plaintes, que ce soit dans le chef des médecins mais aussi des patients, de réduire le recours aux investigations inutiles, de valoriser l'écoute et la prise en charge centrée sur le patient, d'améliorer l'orientation vers d'autres prestataires de soins et la multidisciplinarité en général, avec l'objectif partagé par tous d'accompagner de façon plus adaptée les patients en souffrance. En effet, « *Le malaise, la frustration voire le désarroi*

⁹⁴ OLDE HARTMAN T. et al., *op. cit.*, p. 3.

⁹⁵ BOULANGE S., « Les symptômes médicalement inexpliqués auxquels sont confrontés les étudiants en médecine générale. Enquête épidémiologique réalisée auprès des étudiants en médecine de Paris 12 », Université Paris Val-De-Marne, 2009.

⁹⁶ RANQUE B. et NARDON O., *op. cit.*

*régulièrement ressentis par les médecins en charge de patients avec SMI sont révélateurs du fait que les ressorts de la relation médecin-malade en situation d'incertitude sont mal maîtrisés. Ceci n'est guère étonnant car la prise en charge des SMI n'est quasiment pas enseignée à la faculté. »*⁹⁷

Le SMI devrait, à nos yeux, être abordé à l'université, de même que les différentes méthodes utiles à sa prise en charge, avec un accent particulier sur :

- Les compétences de communication médecin-patient, élément clé en pratique clinique, qui « fait partie des quatre composantes essentielles de la compétence clinique (connaissances, examen clinique, techniques de communication, résolution de problème) »⁹⁸. Nous nous référons également ici aux conclusions de Moreau et al.⁹⁹ ;
- Le rôle crucial de la relation médecin-patient et, par extension, le rôle thérapeutique du soignant en tant que "remède médecin" : « Pour enseigner et former les médecins généralistes, il faut dégager les bases conceptuelles de la dimension psychothérapique de cet "effet médecin" dans le cadre de l'approche globale biopsychosociale centrée sur le patient. »¹⁰⁰
- La thérapie cognitivo-comportementale : « Bien que certaines approches éducationnelles se soient avérées décevantes en l'absence de méthodologie reproductible et validée, des études plus récentes montrent l'intérêt d'une formation courte à la thérapie cognitivo-comportementale en médecine générale ou spécialisée »¹⁰¹ ;
- Les outils de réadaptation à l'effort, les techniques de base de relaxation et méditation et autres approches alternatives et complémentaires ;
- L'apprentissage plus poussé des indications et profils d'activité des différents traitements médicamenteux adaptés aux SMI, en particuliers les antalgiques atypiques (ex. amitriptyline ou prégabaline) et les antidépresseurs.

⁹⁷ *Ibid.*

⁹⁸ JUNOD N. et SOMMER J., « Approches en communication pour le bon déroulement d'une consultation », dans *Stratégies, Hôpitaux Universitaires de Genève*, 2013, n°31, p. 2.

⁹⁹ « Une formation des médecins et des soignants à la dimension relationnelle a une influence sur leurs comportements. Elle est efficace dans la mesure où elle améliore leur communication. Un essai clinique randomisé qui visait à améliorer la qualité de la communication de jeunes médecins en formation a montré une influence chez les patients. Ceux-ci étaient plus satisfaits et jugeaient les médecins plus empathiques. Un autre essai clinique randomisé en oncologie montrait que les problèmes de communication n'étaient pas résolus par l'expérience et l'ancienneté des médecins. Une formation de trois jours augmentait significativement la qualité de leur communication "mesurée" par les patients, les médecins, et les expérimentateurs. » Moreau et al.

¹⁰⁰ MOREAU A. et al., « L'efficacité thérapeutique de "l'effet médecin" en soins primaires », dans *La Presse Médicale*, Elsevier Masson, 2006, vol. 35 (6:1).

¹⁰¹ RANQUE B. et NARDON O., *op. cit.*

Certaines recommandations pratiques pour la formation des jeunes médecins ont déjà été mises en lumière par la revue belge *Minerva*¹⁰². Selon l'étude évoquée, les étudiants sont en effet conscients de leur **manque de formation** concernant le SMI et en sont demandeurs vu la fréquence élevée de cette problématique au cabinet de médecine générale. Ils évoquent notamment leur besoin d'acquérir davantage de compétences communicationnelles (par exemple pour annoncer des résultats normaux ou formuler des explications psychologiques à des symptômes physiques)¹⁰³, d'apprendre des techniques à enseigner aux patients pour gérer ces situations et d'en savoir plus sur les références adéquates en deuxième ligne, psychothérapie, kinésithérapie, etc. Les auteurs concluent que « *Les formations ciblées pour les étudiants devraient cibler l'acquisition de compétences pratiques permettant notamment de prodiguer des explications convenables aux patients et d'envisager avec eux des stratégies individualisées pour y faire face, dans le but d'aider les étudiants à tolérer l'incertitude liée à ces situations.* »¹⁰⁴ Enfin, les auteurs rappellent que la **gestion de l'incertitude** est l'un des piliers de la médecine générale car elle permet de protéger le patient une fois le "seuil d'investigation raisonnable" atteint, **base de la prévention quaternaire**. En effet, « *Les [SMI] renvoient directement à une notion fondamentale du rôle du médecin généraliste, la prévention quaternaire, qui est la prévention de la médecine non nécessaire ou la prévention de la surmédicalisation. [...] D'un point de vue plus pédagogique, la gestion de l'incertitude et la prévention quaternaire sont des outils à enseigner aux étudiants et auxquels les médecins maîtres de stage devraient être formés.* »¹⁰⁵

Dans la même lignée, une meilleure **formation des maîtres de stage** sur la gestion du SMI serait également profitable. Si ceux-ci bénéficient d'une plus grande expérience des ces plaintes subversives sur le terrain, leurs compétences, basées en grande partie sur l'intuition clinique et la pratique, ne sont pas forcément évidentes à conceptualiser ni à enseigner. Et si certaines compétences s'acquièrent par l'expérience ou sont innées chez certains soignants, elles peuvent

¹⁰² HENRARD G., *op. cit.*

¹⁰³ Ils proposent en ce sens des modalités interactives telles que discussions de cas entre maîtres de stage et stagiaires, apprentissage par problèmes sur base de vidéos ou de jeux de rôle, sessions d'apprentissage pratiques à la communication avec des patients simulés, etc.

¹⁰⁴ *Ibid.*

¹⁰⁵ *Ibid.*

aussi nécessiter un apprentissage rigoureux¹⁰⁶. Il serait ainsi « *souhaitable que chacun d'entre nous remette en question ses compétences en communication et modifie si besoin ses pratiques, pour exercer au mieux cette médecine globale chère à notre discipline et oh combien difficile !* »¹⁰⁷ A noter que la formation des étudiants et des maîtres de stage au SMI est un sujet à part entière qui dépasse malheureusement les limites matérielles imposées par ce TFE, mais qu'il serait très intéressant d'explorer dans une analyse ultérieure.

B. Collaboration multidisciplinaire

Une autre façon de diminuer l'incertitude est bien évidemment le travail d'équipe et la collaboration multidisciplinaire. Il nous semble essentiel d'échanger régulièrement avec les différents acteurs de prise en charge de nos patients SMI (spécialistes, psychologues, psychiatres, kinésithérapeutes,...). Il faut garder à l'esprit aussi que le médecin généraliste joue le rôle important de **coordinateur des soins**, et que la référence à un autre thérapeute n'implique pas l'arrêt des consultations auprès du somaticien. Il est important aussi de ne pas attendre la dernière minute et un bilan extensif négatif, concluant que le patient "n'a rien", pour collaborer avec un autre soignant, car cette attitude met d'emblée nos collègues en échec. L'idéal est de commencer la collaboration rapidement et de poursuivre le suivi en médecine générale en parallèle, pour créer un **réseau multidisciplinaire centré sur le patient**.

Nous avons vu plus tôt l'importance du **modèle biopsychosocial**, surtout pour le patient SMI. En effet, celui-ci nécessite souvent un réseau de soins particulièrement diversifié, associant par exemple des approches complémentaires (telles que les thérapies psychocorporelles, manuelles, émotionnelles, hypnose, ostéopathie, massages,...), lui permettant notamment de reprendre confiance en son corps souffrant. Dans sa thèse sur les SMI, le Dr. Brabant montre que « *Les médecins généralistes se représentent les [SMI] comme un problème psychologique ou social, ce qui détermine une approche essentiellement psychologique ou plus largement psychosociale. Par contre, il manque une approche psycho-corporelle qui pourrait pourtant répondre à l'attente exprimée par les médecins de quitter une pensée médicale dualiste.* »¹⁰⁸ Car occulter la nécessaire complexité de la prise en charge du SMI et s'en tenir à un modèle de soins

¹⁰⁶ Par exemple lors des formations spécifiques pour maîtres de stage, par l'intermédiaire de groupes Balint, Glem et autres recyclages,...

¹⁰⁷ RANQUE B. et NARDON O., *op. cit.*

¹⁰⁸ BRABANT I., *op. cit.*, p. 129.

"classique" risque bien d'être délétère pour de tels patients : « *La réponse du système de soins aux patients présentant des plaintes inexplicables peut être un facteur de chronicisation : une réponse bio-médicale seule, avec la multiplication des examens à la recherche d'une étiologie organique, semble être corrélée à une évolution défavorable des patients vers la chronicisation de leurs plaintes et de leurs symptômes.* »¹⁰⁹

Selon Camille Docquir, la collaboration multidisciplinaire est à considérer comme un outil qui permettrait justement d'éviter la chronicisation des SMI, voire de la prévenir. Cette collaboration peut prendre différentes formes :

*« Elle peut, tout d'abord, passer par la formation des médecins aux dimensions psychologiques de la relation soignant-soigné, par leur participation régulière à des groupes de supervision de type Balint, et/ou par la possibilité, pour eux, de s'entretenir régulièrement avec un psychiatre ou un psychologue [...]; ces démarches, en leur permettant d'obtenir des éclairages sur ce qui se joue dans la relation au patient, peuvent parfois permettre une réelle "psychothérapie par le praticien". »*¹¹⁰

Car le **clivage corps-esprit**, déjà dénoncé il y a plus de 2500 ans par Platon (cf. page de garde de ce TFE), est d'autant plus inadapté dans la prise en charge du SMI :

*« Il apparaît donc que c'est par une meilleure formation des professionnels de santé – professions médicales, mais, aussi, paramédicales – à la question des symptômes médicalement inexplicables, d'une part, et par une plus grande collaboration entre somaticiens et "psys", d'autre part, que la prise en charge des patients présentant ce type de symptômes pourra être améliorée. L'intérêt (re)naissant des médecins pour les [SMI] porte à espérer qu'une dynamique est en marche, qui permettra de dépasser les clivages psyché/soma et de mieux venir en aide à ces patients, qui sont, aujourd'hui encore, trop souvent l'objet de l'incompréhension ou du rejet. »*¹¹¹

D'où l'importance d'une formation spécifique et d'une collaboration étroite entre les différents acteurs du système de soins de santé !

¹⁰⁹ JUNG WIGGINGS E., « Patients souffrant de troubles somatoformes : évaluation d'une prise en charge intégrée médico-psychiatrique et revue de la littérature », Thèse n° Méd. 10253, Genève, 2000.

¹¹⁰ DOCQUIR C., *op. cit.*, p. 72.

¹¹¹ *Ibid.*, p. 73.

V. CONCLUSION

Au terme de cette analyse réflexive étayée, nous pouvons conclure que la prise en charge adaptée du symptôme médicalement inexpliqué est un **enjeu non négligeable** de la pratique au cabinet de médecine générale. En effet, si le SMI représente une large proportion des plaintes rencontrées en première ligne (plus de 40% selon la NHG), sa prise en charge s'avère particulièrement difficile, et ce pour plusieurs raisons. D'une part, la grande prévalence du SMI en pratique clinique s'oppose à un **manque flagrant de préparation des futurs médecins** à cette problématique, car les études de médecine actuelles s'attachent plutôt à décrire les grandes maladies de système aux mécanismes physiopathologiques et autres signes pathognomoniques bien déterminés. Ensuite, la formation universitaire fait l'impasse sur le SMI parce qu'elle est ancrée dans une logique de causalité linéaire associant une lésion (cause) et un symptôme (conséquence), et qu'elle ne peut envisager la gestion de l'incertitude qu'à travers le diagnostic d'exclusion et la multiplication des investigations. Par conséquent, notre système de pensée rationnel nous empêche d'accepter l'idée d'un symptôme sans lésion et d'admettre que le SMI s'inscrit dans une **logique de causalité circulaire** étrangère à nos acquis scientifiques, qu'il est pourtant très intéressant d'explorer.

Cette divergence évidente entre théorie et pratique place souvent le jeune médecin débutant en **situation d'incertitude**. Cette incertitude, fondamentalement anxiogène et à rebours de toutes les convictions dont il se croyait armé au sortir des études, le pousse alors à se lancer dans une série d'exams complémentaires et autres investigations au mieux inutiles, au pire iatrogènes, afin d'exclure toute pathologie sous-jacente sévère ou urgente. Cette course au diagnostic étiologique est délétère pour tous les acteurs du système de soins, du patient au médecin en passant par la relation soignant-soigné, sans parler du coût sociétal engendré par de telles explorations. Mise en échec mutuelle, rupture du lien thérapeutique, frustration, nomadisme médical, chronicisation des plaintes,... sont autant d'**écueils évitables** liés à une **prise en charge inadaptée du SMI**.

Si l'expérience de terrain du clinicien lui permet de se soumettre progressivement à la nature complexe et subversive du SMI, qui le pousse sans cesse aux limites de ses capacités d'empathie et de communication, il nous est apparu au terme de nos recherches qu'elle n'était pas toujours suffisante, *a fortiori* pour le jeune médecin. L'amélioration de la prise en charge du SMI

reposerait donc sur une meilleure **(in)formation des étudiants en médecine** et des maîtres de stage (notamment via l'apprentissage d'outils communicationnels spécifiques, de stratégies de gestion des SMI à court et long terme et de recommandations de pratique clinique reconnues), un travail d'équipe et une collaboration multidisciplinaire plus efficaces, et, plus fondamentalement, la **valorisation de la relation thérapeutique** en tant qu'outil de soins à part entière, sans recours systématique à la technicité.

La **formation continue** permettrait également de perpétuer l'intégration de tous ces éléments à la pratique quotidienne des médecins généralistes, afin de les aider à gérer l'ambiguïté qui caractérise la prise en charge du SMI. Car gérer l'incertitude est l'un des grands défis de notre profession, la médecine générale s'apparentant bien souvent à la médecine du doute. En dépend notre devoir essentiel du *primum non nocere*¹¹², qu'incarne de façon plus moderne le principe de **prévention quaternaire**. En effet, au-delà du soulagement de leur souffrance, il est primordial de protéger nos patients SMI d'investigations inutiles et autres polymédications, vu le risque augmenté d'effets indésirables chez ces patients par rapport à la population générale.

Enfin, chaque situation de SMI étant foncièrement unique, il est d'autant plus important de replacer le patient au centre de la prise en charge, de l'**alliance thérapeutique** et de la relation soignant-soigné. La clé sera d'élaborer avec lui un **projet de soins personnalisé** et adapté à sa situation particulière, en imaginant sans cesse de nouveaux outils qui permettront de soulager au moins en partie la souffrance que son corps s'évertue à exprimer.

¹¹² « D'abord, ne pas nuire », Hippocrate.

4. BIBLIOGRAPHIE

Monographies

- AUTRET A., *Les maladies dites "imaginaires". Enquête sur les douleurs et les symptômes inexplicés*, Albin Michel, Paris, 2016.
- BALINT M., *Le médecin, son malade et la maladie*, Payot, Paris, 1966.
- CATHÉBRAS P., *Troubles fonctionnels et somatisation: Comment aborder les symptômes médicalement inexplicés*, Masson, Paris, 2006.
- CONSOLI S., Préface, dans CATHEBRAS P., *Troubles fonctionnels et somatisation, Comment aborder les symptômes médicalement inexplicés*, Masson, Paris, 2006.
- MARIN C. et ZACCAI-REYNEERS N., *Souffrance et douleur. Autour de Paul Ricœur*, coll. « Questions de soins », PUF, Paris, 2013.
- VAN MEERBEECK P. et JACQUES J.-P., *L'inentendu : ce qui se joue dans la relation soignant-soigné*, De Boeck, Bruxelles, 2009.

Articles scientifiques

- ALBERTO CAILLE L., « Prise en charge des symptômes biomédicalement inexplicés en médecine générale », dans *Médecine humaine et pathologie*, 2018, dumas-02075963.
- ALLAZ A.-F., ARCHINARD M., CEDRASCHI C., LUTHY C. et DE TONNAC N., « Symptômes médicalement inexplicés en médecine interne : recommandations pour la prise en charge hospitalière », dans *Revue Médicale Suisse*, 2003, vol.1, n°22971.
- BERQUIN A., « Le modèle biopsychosocial : beaucoup plus qu'un supplément d'empathie », dans *Revue Médicale Suisse*, 2010, vol. 6, pp. 1511-1513.
- CRAMER H., DOBOS G., HALLER H. et LAUCHE R., « Somatoform disorders and medically unexplained symptoms in primary care. A Systematic Review and Meta-analysis of Prevalence », dans *Deutsches Ärzteblatt International*, 2015, vol. 112, n°16, pp. 279-287.
- DOCQUIR C., « Les symptômes médicalement inexplicés : précisions terminologiques, données épidémiologiques chez l'adulte et l'enfant, aperçu des contre-attitudes », dans *Bulletin de psychologie*, 2013, vol. 1, n°523, pp. 61-75.
- HENRARD G., dans *Minerva*, 2016, vol. 15, n°7, pp. 175-179 (analyse de l'article de YON K., NETTLETON S., WALTERS K., et al., « Junior doctors' experiences of managing patients with medically unexplained symptoms: a qualitative study », dans *BMJ Open*, 2015, vol. 5, e009593).
- JUNOD N. et SOMMER J., « Approches en communication pour le bon déroulement d'une consultation », dans *Stratégies*, Hôpitaux Universitaires de Genève, 2013, n°31, 17p.
- LUBAN-PLOZZA B., « L'approche Balint : une formation à la relation », dans *Revue Médicale Suisse*, 2000, vol. 4, n°20598.

- MOREAU A. et al., « L'efficacité thérapeutique de "l'effet médecin" en soins primaires », dans *La Presse Médicale*, Elsevier Masson, 2006, vol. 35 (6:1), pp. 967-973.
- OLDE HARTMAN T., BLANKENSTEIN N., MOLENAAR B., et al., « NHG Guideline on Medically Unexplained Symptoms (MUS) », in *Huisarts Wet*, 2013, vol. 56, pp. 222-230.
- RANQUE B. et NARDON O., « Prise en charge des symptômes médicalement inexpliqués en médecine interne : un paradigme de la relation médecin-malade en situation d'incertitude », dans *La Revue de Médecine Interne*, juillet 2017, vol. 38, n°7, pp. 458-466.
- RING A., DOWRICK C., HUMPHRIS G. et SALMON P., « Do patients with unexplained physical symptoms pressurise general practitioners for somatic treatment? A qualitative study », dans *BMJ (Clinical research ed.)*, 2004, vol. 328, n°7447.
- SUMATHIPALA A., « What is the evidence for the efficacy of treatments for somatoform disorders? A critical review of previous intervention studies. », dans *Psychosomatic Medicine*, 2007, vol. 69, n°9, pp. 889-900.

Thèses de doctorat

- BOULANGE S., « Les symptômes médicalement inexpliqués auxquels sont confrontés les étudiants en médecine générale. Enquête épidémiologique réalisée auprès des étudiants en médecine de Paris 12 », Université Paris Val-De-Marne, 2009.
- BRABANT I., « Médecins généralistes et symptômes biomédicalement inexpliqués. Etude qualitative des représentations et déterminants de la prise en charge des patients qui présentent des symptômes biomédicalement inexpliqués à partir de 14 entretiens semi-dirigés de médecins généralistes lyonnais », thèse présentée à l'Université Claude Bernard Lyon, Lyon, 2006.
- JUNG WIGGINGS E., « Patients souffrant de troubles somatoformes : évaluation d'une prise en charge intégrée médico-psychiatrique et revue de la littérature », Thèse n° Méd. 10253, Genève, 2000.
- NARDON O. et ALBERT O., *Symptômes médicalement inexpliqués: un projet thérapeutique personnalisé ?*, Université de Versailles-Saint Quentin en Yvelines, 2012, 239 p.

Sources électroniques

- BOUTHILLIER D., « Introduction au dossier - La somatisation : mise en maux de la souffrance », dans *Ordre des Psychologues du Québec*, mars 2019, <https://www.ordrepsy.qc.ca/-/introduction-au-dossier-somatization-mise-en-maux-de-la-souffrance> (page consultée le 06/02/20).
- SSMG, « Prévention quaternaire », https://www.ssmg.be/avada_portfolio/prevention-quaternaire/ (page consultée le 08/03/20).