

Carine Mederer<sup>1</sup>, Olivier Kandel<sup>2</sup>,  
Houria El Ouazzani<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Interne de médecine générale  
medererCarine@yahoo.fr

<sup>2</sup>Médecin généraliste, membre titulaire de la  
SMFG, 32 bd Abbé Frémont 86000 Poitiers

<sup>3</sup>Chef de clinique en Épidémiologie,  
Économie de la santé et Prévention, CHU de  
Poitiers, rue de la Milétrie. 86000 Poitiers

Correspondance : C. Mederer

### Résumé

Le médecin de premier recours organise sa pensée clinique selon la fréquence des maladies. Il envisage de prime abord les hypothèses les moins rares. La notion de diagnostic d'élimination est donc chronophage et régulièrement anxiogène pour les patients. C'est le cas des troubles psychosomatiques qui représenteraient plus d'un tiers des étiologies. Bénéficier d'un signe clinique objectif, facile à constater, serait précieux pour oser évoquer plus sereinement cette étiologie fréquente. Cette étude s'est attachée à savoir si le nombre de consultations dans l'année pourrait être un signe objectif de troubles somatoformes ? Il suffirait alors de compter en début de consultation le nombre d'actes dans l'année écoulée.

• **Mots clés**  
troubles somatoformes.

**Abstract.** Is the number of medical appointments during the year before an objective clue of somatoform disorders?

The primary care physician organizes his clinical thought according to the frequency of the diseases. He would consider at first sight the less rare assumptions. The concept of elimination diagnosis is therefore time-consuming and regularly anxiety-provoking for patients. This is the case of psychosomatic disorders that represent more than a third of etiologies. Benefit from an objective clinical sign, easy to observe, would be precious to dare to evoke more serenely this frequent etiology. This study focused on whether the number of consultations in the year could be an objective sign of somatoform disorders. It would then be enough to count at the beginning of consultation the number of acts in the past year.

• **Key words**  
*somatoform disorders.*

DOI: 10.1684/med.2019.445



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

## Introduction

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

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

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

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

L'Association Américaine de Psychiatrie précise que ces troubles « ne sont pas des simulations ni des plaintes factices ». Ils entraînent une souffrance ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou familial. Ils ont été regroupés en un chapitre unique car relevant de la même approche diagnostique. Ils sont répartis en 6 catégories : la somatisation, le trouble hypocondriaque (incluant la dysmorphophobie), le trouble somatoforme indifférencié, le dysfonctionnement neurovégétatif somatoforme, le syndrome douloureux somatoforme persistant et les troubles de conversion.

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

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

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

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

## Matériel et méthodes

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

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

Les médecins du cabinet utilisent pour tenir leur dossier médical, le logiciel Shaman. Ils relèvent en continu et

systématiquement tous les états morbides de chaque consultation à l'aide du Dictionnaire des Résultats de consultation<sup>®</sup>. Ce logiciel possède un module d'analyse statistique permettant de retrouver les données implémentées de manière structurée. Cinquante dossiers étaient nécessaires à la valeur statistique de l'étude. Le recrutement des dossiers s'est fait par une table de randomisation sur logiciel Excel ; 93 dossiers ont ainsi été sélectionnés.

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

## Critères d'exclusion

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

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

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

## La variable à expliquer était la fréquence des consultations

La variable explicative d'intérêt principal était l'existence ou non de Résultats de consultation<sup>®</sup> (RC) d'ordre somatoforme.

– d'une part, le trouble clairement diagnostiqué et relevé par le RC : TROUBLE SOMATOFORME ;

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

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

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

L'analyse statistique des résultats a utilisé en fonction des variables les tests de Chi<sup>2</sup> et de Fisher d'une part et le test

de Student d'autre part. Elle s'est déroulée en deux temps :

- une analyse univariée comparant le groupe avec trouble psychosomatique et celui n'en n'ayant pas ;
- puis une analyse multivariée, pour laquelle n'avons retenu que les variables statistiquement significatives lors de l'analyse univariée.

## Résultats

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

L'échantillon était composé de patients entre 20 et 40 ans, ayant consulté au moins une fois au cours de l'année 2017 et ayant désigné un des médecins du cabinet, comme médecin traitant. Les hommes représentaient 40 % de la population (N : 37) et les femmes 60 % (N : 56). La moyenne d'âge de l'échantillon était logiquement de 30 ans. Près de 9 personnes sur 10 étaient en activité professionnelle (89 %). Seulement 6 personnes étaient sans emploi.

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

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

L'échantillon a ensuite été scindé en deux groupes en fonction de la présence ou non d'une symptomatologie psychosomatique dans le dossier. Plus d'un tiers des patients (N : 37) présentaient au moins un symptôme psychosomatique, quand les 56 autres n'en présentaient pas. Il n'existait pas de différence statistique significative ( $p = 0,4$ ) entre la moyenne d'âge de ces deux groupes. Il existait une différence significative ( $p < 0,0001$ ) entre les deux groupes, en ce qui concerne le nombre de consultations, sur 6 et 12 mois. Que ce soit dans les 6 ou 12 derniers mois, le nombre de consultations est trois fois plus élevé chez les patients ayant une symptomatologie psychosomatique (*tableau 1*).

L'analyse détaillée des deux groupes – psychosomatique vs. non psychosomatique – a porté sur des caractéristiques

• **Tableau 1.** Nombre de consultations/RC psychosomatique/durée.

	6 mois antérieurs	12 mois antérieurs
Sans RC psychosomatique	1	2,8
Avec RC psychosomatique	3	7

de la population (l'âge, le genre et l'emploi), sur le nombre de RC différents par acte et sur les symptômes fonctionnels somatoformes.

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

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

En ce qui concernait le nombre de RC différents par acte, il a été retrouvé en moyenne deux fois plus de RC dans le groupe présentant au moins une symptomatologie psychosomatique que dans celui n'en présentant pas dans les 6 mois précédant la dernière consultation, comme à 12 mois (*tableau 2*).

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

Pour la douleur, on retrouvait un RC douloureux chez 25 des 37 patients avec le profil psychosomatique. Les chiffres étaient voisins pour les symptômes fonctionnels. Quant à la fatigue chronique elle était 10 fois plus fréquente dans le groupe au profil psychosomatique (*tableau 3*). Ces différences sont statistiquement significatives ( $p < 0,0001$ ).

Aux variables significatives de l'étude univariée, il a été ajouté à l'analyse multivariée la variable « genre » qui était souvent évoquée dans la littérature. Il ressort de

• **Tableau 2.** Nombre de RC différents par consultations à 6/12 mois.

	Moyenne	Médiane	Mini	Maxi
Sans RC psychosomatique	0,8/2	1/2	0/1	3/5
Avec RC psychosomatique	2/4,5	2/4	0/1	7/10

• **Tableau 3.** Moyenne des différents types de trouble somatique.

	N	Douleurs	S. fonctionnels	Fatigue chronique
Sans RC psychosomatique	56	2	0	1
Avec RC psychosomatique	37	25	26	10

• **Tableau 4.** Variables significativement à l'analyse multivariée.

	Odd-ratio	Intervalle de confiance		p-value
Nb de consultations des 12 derniers mois	0,682	0,476	0,977	0,037
Variable douleur	0,015	0,003	0,087	< 0,0001
Variable fatigue chronique	0,040	0,003	0,510	0,0013

cette analyse que trois variables étaient statistiquement significatives (*tableau 4*).

## Discussion

L'échantillon de l'étude n'était volontairement pas représentatif (20 à 40 ans) puisqu'il s'agissait de tendre vers le « toute chose égale par ailleurs » en limitant les raisons pouvant augmenter le nombre de consultations dans l'année.

Notre étude montrait comme dans la littérature une prédominance féminine chez les patients avec trouble somatoforme [10] mais supérieure à certaines études : F/H = 2,36 contre F/H = 1,82 [11]. La situation vis-à-vis de l'emploi n'était pas documentée dans la littérature. Les bornes d'âge de notre échantillon n'ont pas permis une analyse fiable. Il existait peu d'informations sur le profil des patients atteints de trouble somatoformes.

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

Il existait bien une différence significative entre le nombre de consultations dans le sous-groupe sans et avec trouble somatoforme. Ce nombre allant de 1 à 3 dans les 6 mois et de 3 à 7 pour l'année écoulée. La littérature n'apportait pas de données chiffrées sur le sujet, mais une étude évoque une surconsommation de soins médicaux chez les patients présentant une symptomatologie psychosomatique [13].

Il existait deux fois plus de problèmes de santé différents ou RC par acte, chez les patients avec une symptomatologie psychosomatique.

Les symptômes habituellement retenus pour les troubles psychosomatiques [14] sont en effet retrouvés

significativement dans l'étude. La douleur [15] et la fatigue chronique sont des indicateurs validés par l'analyse multivariée que l'on retrouve 10 fois plus souvent chez les patients psychosomatiques.

Au final, le nombre de consultations est bien un indicateur de probabilité d'étiologie somatoforme mais uniquement sur une durée rétrospective d'un an et non six mois.

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

En revanche, l'étude a été facilitée par le recueil en continu et standardisé des problèmes de santé dans les dossiers médicaux.



### Pour la pratique

- Les troubles psychosomatiques représenteraient plus du tiers des troubles de nos patients. Bénéficier d'un signe clinique objectif, facile à constater, serait donc précieux pour oser évoquer plus sereinement cette éventualité.
- Son utilité au quotidien :
  - une réduction du délai de diagnostic ;
  - une réduction des recours aux examens complémentaires ;
  - une amélioration de la relation médecins-patients.
- Un nombre de consultations supérieur ou égal à 7 dans les 12 mois précédents la consultation du jour serait un marqueur fiable de trouble psychosomatique.



## Conclusion

L'étude montrait que le nombre des consultations dans l'année semble bien un signe objectif d'une étiologie psychosomatique aux troubles présentés par le patient.

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

~ **Liens d'intérêts** : les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec l'article.

## RÉFÉRENCES

- Hardy P. *Manuel de Psychiatrie, Chapitre 15 - Troubles somatoformes et intrications médicopsychiatriques*. Paris : Ed. Elsevier-Masson ; 2017 : 351-78.
- Chouilly J, Ferru P, Jouteau D, Kandel O. *Pour un retour au raisonnement clinique, ou comment apprivoiser l'incertitude diagnostique*. Paris : Edit GMSanté ; 2018 : 16-18.
- Stora JB. *Quand le corps prend la relève, stress, traumatismes et maladies somatiques*. Paris : Odile Jacob, 1999.
- Snyder S, Strain JJ. Somatoform disorders in the general hospital inpatient setting. *Gen Hosp Psychiatry* 1989 ; 11 : 288-93.
- Gori R, Del Volgo MJ. *La Santé totalitaire : essai sur la médicalisation de l'existence*. Paris : Champs essais Éditeur. 2009 : 33p.
- Jamouille M, Roland M. *Quaternary prevention*. Wonca Classification Committee, Hong-Kong, 1995.
- Kirmeyer LJ, Robbins JM, Paris J. Somatoform disorders: Personality and the social matrix of somatic distress. *J. Abnorm Psychol* 1994 ; 103 : 125-36.
- Tissot C, Flageollet M. *Le dernier recours : une face méconnue de l'exercice de la médecine générale*. [Thèse d'exercice. Médecine générale]. Toulouse : Université Toulouse III - Paul Sabatier ; 2014.
- Kandel O, Bousquet MA, Chouilly J. *Manuel théorique de médecine générale*. GMSanté édition. 2015. p72-75.
- Henningsen P, Zimmermann T, Sattel H. Medically unexplained physical symptoms, anxiety and depression : a meta-analytic review. *Psychosom Med* 2003 ; 65 : 528-33.
- Kandel O, Duhot D, Very G, Lemasson JF, Boissault P. Existe-t-il une typologie des actes effectués en médecine générale ? *Rev de Prat MG* 2004 ; 18 (656/657) : 781-4.
- Clerc P, Boissault P, Kandel O, Candelier D, Leeuws JL, Zilber B, Rainieri F. Observatoire de la médecine générale : quels bénéfices pour les médecins ? *Rev de Prat MG* 2004 ; 18 (650/651) : 569-72.
- Lynch DJ, Mac Grady A, Nagel R, Zsembik C. Somatization in family : comparing 5 methods of classification. *J Clin Psychiatry* 1999 ; 1 : 85-9.
- Rabhi M, Ennibi K, Chaari J, Toloune F. Les syndromes somatiques fonctionnels. *Rev Med Interne* 2010 ; 31 (1) : 17-22.
- Vaccinaro AL, Sills TL, Evans KR, Kalali AH. Prevalence and association of somatic symptoms in patients with major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders* 2008 ; 10 : 1-7.