

UNIVERSITE DE GENEVE
Département de Médecine interne
Département de Psychiatrie

FACULTE DE MEDECINE
Professeur Francis WALDVOGEL
Professeur François FERRERO

Thèse préparée sous la direction du
Docteur Anne-Françoise ALLAZ, CC
et du
Docteur Marc ARCHINARD, PD

**PATIENTS SOUFFRANT DE TROUBLES SOMATIFORMES :
EVALUATION D'UNE PRISE EN CHARGE INTEGREE MEDICO-
PSYCHIATRIQUE ET REVUE DE LA LITTERATURE**

Thèse

présentée à la Faculté de Médecine
de l'Université de Genève
pour obtenir le grade de Docteur en médecine

par

Emmanuelle JUNG WIGGINS

de Genève et Neuchâtel

Thèse n° 10253

GENEVE

2002

Remerciements

Mes remerciements vont au Dr Anne-Françoise Allaz qui a supervisé ce travail et contribué grandement à développer mon intérêt et mes connaissances dans le domaine des troubles somatoformes.

Je remercie également le Professeur Francis Waldvogel de m'avoir donné l'occasion d'effectuer ma formation post-graduée dans son service et d'avoir encouragé mon intérêt pour les pathologies à l'interface entre la médecine interne et la psychiatrie.

Je suis très reconnaissante aux Dr Archinard et au Dr Penalosa de m'avoir accueillie dans le service de Psychiatrie de liaison pendant une année.

Mes remerciements vont également aux médecins praticiens qui ont pris le temps de répondre à mes questions. Sans eux, ce travail n'aurait pas pu voir le jour.

Enfin, je remercie particulièrement Frederick, mes parents et mes deux frères qui m'ont encouragée et soutenue avec constance et humour pendant mes années de formation post-graduée.

Patients souffrant de troubles somatoformes :
évaluation d'une prise en charge intégrée médico-psychiatrique
et revue de la littérature

Table des matières

Résumé	1
Introduction	2
1. Troubles somatoformes	4
1.1 Définition	4
1.2 Facteurs étiologiques	10
1.3 Prévalence	11
1.4 Coûts	14
2. Unités intégrées	15
3. Présentation de l'étude	18
3.1 Objectifs	18
3.2 Procédure	18
3.2.1 Définition du collectif	18
3.2.2 Evaluation de la satisfaction du médecin traitant	18
3.3 Matériel et méthode	19
3.3.1 Population	19
3.3.2 Questionnaire	19
3.4 Résultats	20
4. Discussion	32
4.1 Troubles somatoformes et hospitalisation	32
4.1.1 L'hospitalisation comme réponse à un moment de crise	32
4.1.2 L'hospitalisation ou la nécessité d'un cadre	33
4.1.3 Durée de l'hospitalisation	34

4.1.4 Effet de l'hospitalisation	35
4.2 Suivi des patients souffrant de troubles somatoformes	36
4.3 Prise en charge conjointe médico-psychiatrique et diminution des coûts	37
5. Conclusion	37
6. Bibliographie	39

Annexe I : questionnaire semi-structuré destiné au médecin traitant

Résumé

Les troubles somatoformes sont un problème de santé publique important en raison de leur prévalence, des coûts et de l'invalidité psychique et sociale qu'ils engendrent. Pour le médecin praticien, les patients somatisants représentent une prise en charge difficile.

Une étude de suivi a été menée auprès des médecins traitants de 51 patients souffrant de troubles somatoformes, hospitalisés à l'Unité de Traitement Intégré Médico-Psychiatrique des Hôpitaux Universitaires de Genève entre 1992 et 1996. Trente-huit médecins ont répondu à un questionnaire semi-structuré sur les effets de cette hospitalisation. Dans 70% des cas, l'hospitalisation a été jugée bénéfique et a facilité la prise en charge ambulatoire du patient. Les bénéfices évoqués sont la clarification du diagnostic et la légitimation du patient.

Cette étude est comparée aux données publiées, qui révèlent qu'une approche intégrative médicale et psychiatrique du patient somatisant semble être recommandable tant au niveau médical qu'en terme de coût-efficacité.

1. Somatisation, troubles somatoformes

1.1 Définition

Lipowski (45) définit le processus de somatisation comme « une tendance à ressentir et à exprimer des symptômes somatiques dont ne rend pas compte une pathologie organique, à les attribuer à une maladie physique et à rechercher dans ce contexte une aide médicale. » Ce processus de somatisation interviendrait en réponse à un « stress psychosocial ou une souffrance psychologique » (45,47).

Cette définition, actuellement largement acceptée et reprise par d'autres auteurs, se démarque de celle plus ancienne, de maladie psychosomatique, incluant un lien de causalité entre traits psychologiques et maladie organique lésionnelle.

Pour Cathébras et Rousset, le concept de somatisation tel qu'il est défini ci-dessus recouvre en fait trois situations théoriquement distinctes (11) :

- a) la somatisation comme manifestation « masquée » d'un trouble psychiatrique
- b) la somatisation comme un groupe de désordres psychiatriques spécifiques
- c) la somatisation comme un style de comportement vis-à-vis de la santé et de la maladie (« *illness behaviour* »), ce dernier point de vue se rapprochant le plus de la définition de Lipowski.

Avant de décrire les trois situations définies ci-dessus, relevons que dans ces différents aspects, la somatisation correspond à une discordance entre le vécu somatique du patient et l'interprétation psychosociale du soignant, entre une vision subjective et objective de la santé et de la maladie. La somatisation résulte donc toujours d'une interaction entre le patient et un système de soins.

Le comportement du patient somatisant n'est pas celui qu'attend le médecin dans une relation classique médecin-malade dans notre système de santé occidental (45): un patient devrait se plaindre de façon raisonnable d'un symptôme physique en rapport avec une lésion organique, ou alors exprimer par son discours une souffrance émotionnelle ; il devrait accepter le point de vue du médecin et suivre les conseils et le traitement proposés. Le patient somatisant n'entre pas dans ce schéma conventionnel, et ceci est à la base d'une relation médecin-patient difficile, générant d'importantes frustrations de part et d'autre .

a) somatisation comme manifestation d'un trouble psychiatrique

Plusieurs études cliniques et épidémiologiques montrent une forte association entre somatisation et troubles dépressifs et anxieux (9,16,28,40,65). Plus de la moitié des patients avec un diagnostic de maladie psychiatrique pris en charge par des médecins de premier recours se présentent avec des symptômes somatiques seuls, alors que moins de 20% se présentent avec des symptômes psychologiques (9).

Entre 10 et 30% des patients avec le diagnostic de trouble dépressif se présentent avec des symptômes somatiques (22,39) : ils se plaignent essentiellement de symptômes physiques liés à l'état dépressif (fatigue, perte pondérale) et minimisent la partie affective et cognitive du trouble. Les troubles anxieux se manifestent souvent par des symptômes somatiques de type douleurs thoraciques, palpitations, épigastralgies ou vertiges qui peuvent amener le patient à consulter un médecin somaticien plutôt qu'un psychiatre. Il y a là un continuum, entre la situation où le patient décrit d'abord des plaintes somatiques, mais est capable d'exprimer une souffrance psychologique et celle où l'élargissement de la plainte au vécu psychique est impossible.

On peut évoquer dans une optique psychodynamique, le concept d'« alexithymie » proposé par Nemiah et Sifnéos en 1970, pour décrire une difficulté à exprimer ses émotions. Cette notion est proche de celle de « pensée opératoire » décrit par Pierre Marty (50) de « l'Ecole Psychosomatique de Paris » quelques années plus tôt, qui associe pauvreté de la vie fantasmatique et discours collé à la réalité et dépourvu d'émotions. Pour certains auteurs, une partie des patients somatisants auraient un fonctionnement de ce type (45).

D'autres auteurs évoquent comme explications à la mise en avant des plaintes somatiques lors de troubles dépressifs le désir du patient d'éviter un label psychiatrique, l'inaptitude du praticien à reconnaître une souffrance psychologique ou encore des facteurs socio-culturels (40).

Le spectre de l'expression de la plainte décrit ci-dessus, qui conduit à la somatisation, peut concerner des patients différents ou l'évolution d'un individu : un patient anxieux ou déprimé qui exprime ses plaintes sur le plan somatique expérimente « le rôle de malade » et en fonction d'éventuels bénéfices secondaires, peut accentuer sa tendance à somatiser, par un processus cognitif plus ou moins conscient (49). Il semble que les patients anxieux, chez qui le diagnostic est posé tôt dans l'évolution et qui bénéficient d'une prise en charge adéquate,

perdent cette « tendance » à somatiser, ce qui n'est pas le cas des patients souffrant de troubles dépressifs (45).

Par ailleurs, le degré de souffrance psychologique et de co-morbidité psychiatrique chez les patients somatisants a été démontré dans une étude qui évaluait le profil psychologique des patients admis dans une unité spécialisée dans les troubles somatoformes (16). Les auteurs ont utilisé le questionnaire Symptom Check List-90 (SCL-90), qui mesure la présence et l'intensité de dix catégories de symptômes psychologiques, y compris l'anxiété et l'humeur dépressive. Les patients somatisants présentaient de façon générale une souffrance psychologique plus marquée que le groupe de patients médicaux non-somatisants, en montrant des scores plus élevés à chaque niveau. Le groupe somatisant avait également un taux plus élevé d'antécédents d'abus d'alcool et d'autres substances.

b) somatisation comme groupe de désordres psychiatriques spécifiques

Le terme de « troubles somatoformes » est apparu dans le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder de l'American Psychiatric Association (DSM III) en 1980 pour regrouper, dans un même chapitre, les troubles caractérisés par la présence de symptômes physiques suggérant l'existence d'une maladie somatique, en l'absence d'une lésion organique ou d'un mécanisme physiopathologique défini, à la base d'une souffrance cliniquement significative et/ou d'un dysfonctionnement social, et pour lesquels il existe de fortes présomptions que les symptômes soient liés à des facteurs psychologiques. Les « troubles somatoformes » sont donc répertoriés depuis lors dans les manuels de diagnostic et de classification nosologiques des maladies psychiatriques, c'est à dire la quatrième édition du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (15) et la dixième révision de la Classification Internationale des Maladies de l'OMS (12).

Le chapitre des troubles somatoformes du DSM-IV comprend les entités suivantes : le trouble somatisation, le trouble de conversion, l'hypocondrie, le trouble douloureux et le trouble somatoforme indifférencié.

Le « **trouble somatisation** » est défini dans le DSM-IV par une anamnèse de *plaintes somatiques multiples, ayant débuté avant l'âge de 30 ans, aboutissant à une demande de traitement et/ou à une altération significative du fonctionnement social et professionnel* ; pour remplir les critères il faut quatre symptômes douloureux (quatre localisations ou fonctions du

corps), deux symptômes gastro-intestinaux, un symptôme sexuel et un symptôme pseudo-neurologique ; aucun des symptômes ne peut s'expliquer complètement par une affection médicale générale connue ou par l'effet d'une substance.

Dans la CIM-10, les directives pour le diagnostic de la « **somatisation** » reposent sur chacun des éléments suivants : *a) des antécédents de plaintes somatiques multiples et variables pendant au moins deux ans, ne pouvant être expliquées par un trouble somatique identifiable, b) un refus persistant d'accepter les conclusions des médecins concernant l'absence de toute cause organique et c) une perturbation du comportement et une altération du fonctionnement social et familial .*

Dans le « trouble somatisation » défini selon le DSM-IV ou la CIM-10, il y a une importante prépondérance féminine. Historiquement le « trouble somatisation » est l'équivalent de « l'Hystérie », décrite par Briquet au 19^{ème} siècle (48).

Plusieurs études ont montré qu'il existe une co-morbidité importante entre le « trouble somatisation » et d'autres affections psychiatriques. Par exemple, parmi 119 patients qui remplissaient les critères du trouble somatisation selon le DSM-III-R (10), 54.6% avaient un diagnostic de dépression majeure, 33.6% de trouble anxieux généralisé et 31.1% de troubles phobiques. D'autres études ont relevé la co-morbidité qui existe entre « trouble somatisation » selon le DSM-III-R et troubles de la personnalité (61,70) : la prévalence de ces derniers était de 72% parmi les patients souffrant du « trouble somatisation », pour 36% pour le groupe contrôle, avec une prévalence élevée de troubles de personnalité dépendante, histrionique et passive-agressive.

Tel qu'il est défini dans le DSM-IV, le « trouble somatisation » est très rare, puisqu'il concerne 0.05-0.6 % de la population.

Le « **trouble de conversion** » selon le DSM-IV comporte *des symptômes ou des déficits inexplicables touchant la motricité volontaire ou les fonctions sensorielles, suggérant une affection neurologique ou une affection médicale générale.* Par définition, on retient l'existence de facteurs psychologiques à l'origine du trouble de conversion, mais vu la difficulté de vérifier en pratique l'origine psychogène des troubles, il suffit d'observer que *la survenue ou l'aggravation du symptôme est précédée par des conflits ou d'autres facteurs de stress.*

Dans la CIM-10, la « conversion » n'est pas classée dans le chapitre des troubles somatoformes, mais dans celui des troubles dissociatifs. Les directives pour le diagnostic « **des troubles dissociatifs de la motricité et des organes des sens** » sont a) *l'absence d'arguments en faveur d'un trouble somatique* et b) *la présence d'informations suffisantes pour présumer de la causalité psychologique des symptômes*.

On peut admettre que le « trouble de conversion » correspond à « l'hystérie de conversion » décrite par Charcot, puis par Freud, avec l'explication psychodynamique de la résolution partielle, par le symptôme, d'un conflit intra-psychique.

« **L'hypocondrie** » consiste en *une préoccupation centrée sur la crainte d'être atteint d'une maladie grave, fondée sur l'interprétation erronée par le patient de symptômes physiques ou de manifestations du fonctionnement corporel*. Le diagnostic ne requiert pas un certain nombre de symptômes mais une *préoccupation pathologique vis-à-vis de la santé*.

La définition du « **trouble hypocondriaque** » selon la CIM-10 est globalement superposable à la définition décrite ci-dessus.

Le « **trouble somatoforme douloureux** » du DSM III-R ou « **Trouble douloureux** » du DSM-IV est caractérisé par *une douleur dans une ou plusieurs localisations anatomiques, d'une intensité suffisante pour justifier un examen physique et à l'origine d'une souffrance cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social ou professionnel*. Par définition, *des facteurs psychologiques jouent un rôle important dans le déclenchement, l'aggravation ou la persistance des douleurs*.

L'équivalent dans la CIM-10 est le « **syndrome douloureux somatoforme persistant** », défini par *une douleur intense, d'une durée d'au moins 6 mois, s'accompagnant d'un sentiment de détresse, non expliquée entièrement par un trouble physique, et survenant dans un contexte de conflits émotionnels suffisamment importants pour être considérés par le clinicien comme la cause essentielle du trouble*.

Le « **trouble somatoforme indifférencié** » selon le DSM-IV est caractérisé par des plaintes somatiques inexpliquées, persistant au moins 6 mois, mais dont le nombre ou la durée ne suffisent pas pour porter le diagnostic de trouble somatisation. Cette catégorie résiduelle regroupe dans les faits, avec le trouble somatoforme douloureux, la majeure partie des patients somatisants vus en médecine générale (18).

La principale critique faite à la classification des troubles somatoformes dans le DSM III-R et IV est que les critères diagnostiques sont extrêmement restrictifs et qu'ils ne permettent donc de diagnostiquer que les cas les plus sévères. En termes psychométriques, on peut dire que sa sensibilité est très basse alors que sa spécificité est élevée (23). Cette classification par catégories diagnostiques est également critiquée pour refléter une approche dichotomique corps/ esprit (45).

c) somatisation comme comportement anormal vis-à-vis de la santé et de la maladie

Cette approche considère la somatisation comme un processus composé de trois aspects subjectif, cognitif et comportemental (47). Chaque individu, même en bonne santé, ressent régulièrement des changements dans ses perceptions et fonctions corporelles, mais procède à un filtrage des informations (31). Telle sensation physique peut être ressentie ou non, perçue comme préoccupante ou pas et en fonction de cela, amener ou non à solliciter un système de soins. Le fait de percevoir une sensation anormale ou gênante représente l'aspect subjectif, la façon de l'interpréter (comme un signe d'une maladie grave par exemple) l'aspect cognitif, et l'action qui en résulte l'aspect comportemental (par exemple le fait d'exprimer une plainte et de chercher une aide médicale). Le processus qui conduit un sujet à considérer une sensation physique ou un changement corporel comme un symptôme semble être un processus complexe, influencé par l'éducation, le niveau de stress psycho-social et l'état physiologique. Cette notion appelée comportement-maladie ou « illness behaviour », voire « abnormal illness behaviour » a été développée dans les années soixante par Mechanic et Pilowsky (52). Les différentes étapes de la prise en charge (consulter un généraliste, puis un spécialiste, subir des investigations complémentaires, etc), y compris la mise au repos voire l'arrêt de l'activité professionnelle contribuent secondairement à un phénomène d'amplification somatique que l'on peut considérer comme la base cognitive de la somatisation (7,11).

La somatisation telle qu'elle est définie ci-dessus se rapproche du concept de « symptôme médicalement inexplicé », terme qui a l'avantage de décrire une situation clinique fréquente, sans préjuger de l'étiologie psychologique du symptôme présenté par le patient.

1.2 Facteurs étiologiques

Plusieurs théories étiologiques ont été évoquées par rapport aux aspects biologiques, psychologiques, comportementaux et socioculturels des troubles somatoformes en général (4,11,34,36,51,60). Les développer de façon exhaustive dépasse le cadre de ce travail. De

manière schématique, on peut classer les facteurs étiologiques en facteurs prédisposants, précipitants et de chronicisation (7, 45).

- **facteurs favorisants**

Parmi les facteurs favorisants, un des plus importants semble être l'éducation ou l'apprentissage du comportement à avoir face aux symptômes et à la maladie (40) : une attention exagérée des parents à la santé et/ou aux symptômes que présente l'enfant semble être un facteur favorisant, de même que « l'exposition » d'un enfant à un membre de sa famille souffrant d'une maladie grave ou qui obtient des bénéfices secondaires importants à la faveur soit d'une maladie somatique, soit de symptômes médicalement inexplicables. L'enfant qui apprend ainsi que le fait d'être malade ou d'exprimer des symptômes somatiques permet d'avoir une plus grande attention ou d'éviter les conflits, est à risque de développer ultérieurement une tendance à la somatisation comme stratégie de « coping ».

Des études récentes (7,49,56) semblent démontrer que des antécédents de maltraitance ou d'abus sexuels dans l'enfance peuvent prédisposer au développement de symptômes médicalement inexplicables, plus spécialement de douleurs chroniques idiopathiques.

Certaines « particularités » de personnalité, comme la dépendance, le sentiment d'infériorité et le déni des conflits ou certains styles de réponses cognitives, comme la tendance à la globalisation et au catastrophisme, semblent également être des facteurs de risque pour la somatisation.

Enfin, on peut évoquer à nouveau ici la notion d'alexithymie, définie comme une difficulté à exprimer verbalement des émotions qui, pour certains auteurs, serait un mode de fonctionnement propre aux patients somatisants (50).

- **facteurs précipitants**

Les facteurs précipitants comportent les « life events », à savoir toutes les situations susceptibles d'induire un stress personnel, objectif ou subjectif. Dans les événements de vie, une place particulière doit être donnée au deuil et à la notion de perte, fréquemment retrouvés dans les histoires personnelles des patients somatisants (3).

- **facteurs de chronicisation**

Les facteurs de chronicisation permettent à la somatisation de s'installer. Ils regroupent à la fois les prédispositions individuelles et une interaction complexe entre le patient, son entourage, son médecin et le système de soins (26). Certains individus, au

fonctionnement psychique mentionné ci-dessus, auraient tendance à *adopter la somatisation comme une façon de faire face aux adversités de la vie, à leurs besoins et conflits psychologiques, à leurs sentiments de culpabilité ou de colère et à une mauvaise estime d'eux-mêmes* (45).

Dans le modèle psychodynamique, le symptôme aurait pour but d'éviter un conflit intra-psychique (bénéfice primaire) ou de répondre à des besoins psychologiques inconscients, notamment la dépendance (bénéfice secondaire). Exprimer une détresse psychique par un symptôme somatique peut être alors considéré comme un mécanisme de défense pour garder inconscients des sentiments non-acceptables. Une étude a ainsi montré que chez les patients présentant à la fois un trouble dépressif et une somatisation, celle-ci surviendrait généralement en premier, sur un mode chronique, avec ultérieurement la survenue d'épisodes transitoires de dépression (59). Ces données étayent la théorie de la somatisation vue comme une défense contre une souffrance ou un conflit intra-psychique : quand le mécanisme de défense fonctionne moins bien, le trouble de l'humeur apparaît.

La réponse du système de soins aux patients présentant des plaintes chroniques 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 (4,41,55).

1.3 Prévalence

La prévalence des troubles somatoformes dépend de la définition et des critères diagnostiques utilisés. Comme mentionné précédemment, la majorité des auteurs s'accorde à dire que les définitions du DSM-IV et de l'ICD-10 sont trop restrictives et que la prévalence des troubles somatoformes ainsi définis ne reflète pas la fréquence élevée des situations cliniques rencontrées par les médecins.. Le trouble somatisation, tel qu'il est défini dans le DSM-IV aurait ainsi une prévalence de 0.05 à 0.6% dans

la population générale. Plusieurs auteurs ont alors proposé d'utiliser d'autres critères et échelles de diagnostic.

Escobar a proposé, dans les années 80, une version « abrégée » du trouble somatisation : le « somatic symptom index » défini par la présence de quatre symptômes somatiques (extraits d'une liste de 37 symptômes somatiques détaillés dans le Diagnostic Interview Schedule) pour les hommes et de six pour les femmes (18). Cet index a été jugé utile par d'autres auteurs (35,58). Dans une étude réalisée dans un service de santé de premier recours (19), les auteurs trouvent que le trouble somatisation défini selon les critères du DSM-III-R aurait une très faible prévalence (entre 0.06-0.5%) alors qu'un cinquième de la population (22%) remplirait les critères pour la version « abrégée ». Les « somatisants » définis selon ces critères avaient, de façon significative, une co-morbidité psychiatrique et un degré d'invalidité (journées passées au lit, d'arrêt-maladie) plus élevés que les non-somatisants.

Kroenke a déterminé, dans une large étude où plus de 13000 personnes ont été interrogées dans le cadre de « l'Epidemiologic Catchment Area Program », la prévalence de symptômes somatiques dans la population générale (44) ; les symptômes douloureux avaient les prévalences les plus élevées (douleurs articulaires 37%, douleurs du dos 32%, céphalées 25%, etc) puis venaient la fatigue (24%) et les vertiges (23%) ; la majorité des symptômes (84%) était considérée comme gênante pour les activités de la vie quotidienne et avait amené les sujets à prendre des médicaments et /ou à consulter un médecin. Un tiers de ces symptômes a été attribué à des facteurs psychiatriques ou indéterminés.

Le même auteur a proposé, quelques années plus tard, le concept de « multisomatoform disorder » (MSD), comme une alternative au trouble somatoforme indifférencié du DSM-IV (43); il est défini par la présence d'au moins trois plaintes somatiques inexplicables et invalidantes (tirées d'une « check-list » de 15 symptômes) ainsi que d'une histoire de somatisation chronique (c'est-à-dire présence de symptômes inexplicables, plus de jours avec que sans, pendant au moins deux ans). Dans une étude portant sur 1000 patients de médecine de premier recours, le « multisomatoform disorder » était retrouvé dans 8% des cas, et en comparaison avec les troubles de l'humeur et les troubles anxieux, était associé à plus de jours d'arrêt-maladie et à une plus grande utilisation des ressources de santé (43).

Toujours dans le domaine de la médecine de premier recours, Kirmayer a montré que trois formes de somatisation méritent d'être distinguées, car elles surviennent plus souvent isolément qu'ensemble (42). Dans une étude portant sur 685 patients consultant deux centres de médecine générale, 26.3% d'entre eux présentaient une forme ou plus de somatisation : 16.6% remplissaient les critères du trouble somatisation infra-clinique (le « symptom somatic index » d'Escobar) ; une préoccupation hypocondriaque, définie comme la crainte de souffrir d'une maladie grave, était présente chez 7.7% des patients ; les présentations somatiques des dépressions majeures et des troubles anxieux avaient une prévalence de 8%. Ces trois formes de somatisations étaient associées à des caractéristiques socio-démographiques différentes, elles relèveraient de processus cognitifs relativement distincts, ce qui impliquerait une prise en charge thérapeutique spécifique.

Enfin, Bridges et Goldberg ont montré dans une étude épidémiologique souvent citée (9), que la « somatisation » était un phénomène fréquent, et représentait une proportion importante de « morbidité psychiatrique cachée » dans le domaine des soins de santé primaire : un tiers des nouveaux cas dans une consultation de généralistes étaient des syndromes psychiatriques selon le DSM III, et sur ce total, plus de la moitié des patients se présentaient avec des symptômes somatiques seuls.

Les différentes prévalences énumérées ci-dessus concernent le système de soins de premier recours (consultations ambulatoires chez des médecins généralistes ou internistes). La prévalence des diagnostics de somatisation parmi les patients hospitalisés a été moins étudiée. Ce diagnostic est cité dans un à deux pour cent des rapports de sortie dans une étude anglaise (51). Sur un échantillon de 213 patients hospitalisés dans des services de médecine et de chirurgie générale d'un hôpital universitaire, deGruy et coll.(29) trouvent que 9% de ces patients remplissaient les critères du trouble somatisation du DSM III. Fink (20,21) a étudié une population de patients qui, sur une période de huit ans, a été admise au moins dix fois dans un hôpital général : 19% de ces patients ont été diagnostiqués comme « somatisants persistants », à savoir qu'ils ont été hospitalisés de façon répétée pour des symptômes physiques médicalement inexpliqués. Ceci correspond à une fréquence de la somatisation durable dans la population générale des pays occidentaux estimée à 0.6 pour mille pour les hommes et à 3.2 pour mille pour les femmes.

1.4 Coûts

Tous les auteurs sont d'accord pour dire que les coûts engendrés par les patients somatisants sont importants et représentent un vrai problème de santé publique. Fink, dans l'étude sus-mentionnée (21), précise que les « somatisants persistants » utiliseraient 3% du budget des hospitalisations non-psychiatriques. Dans une pratique de médecine générale, les patients souffrant d'un trouble somatisation selon le DSM III (complet ou subclinique) consulteraient et coûteraient 50% plus cher qu'une population contrôle (30).

Dans une étude sur l'utilisation des ressources de soins par les patients somatisants, Smith trouve que les coûts de la prise en charge médicale de ce groupe de patients seraient de neuf fois supérieurs à ceux de la population générale (66,69), et cela sans compter les coûts indirects, liés à l'incapacité de travail notamment.

Enfin dans une étude suisse sur les patients souffrant de lombalgies chroniques (41), Keel et coll ont montré que 10% des patients utiliseraient 80% du budget de santé pour cette pathologie.

2. Unités intégrées médico-psychiatriques

Dans le courant des années quatre-vingts, aux Etats-Unis, se sont développées des « unités combinées médico-psychiatriques » (Combined Medical-Psychiatric Units, MPUs) offrant des soins somatiques et psychiatriques, dans l'idée d'améliorer la prise en charge globale du patient (25,38,53). La majorité de ces unités est gérée par le département de psychiatrie et offre un cadre spécifique, avec un personnel infirmier formé (32,71). Différentes unités médico-psychiatriques peuvent viser différentes populations.

Le groupe le plus important en nombre, est celui de patients souffrant simultanément de troubles affectifs, dépressifs principalement, et d'une maladie somatique. L'hospitalisation est parfois nécessaire, lorsqu'une affection somatique contre-indique un traitement psychotrope ou lorsque la sévérité du trouble de l'humeur rend difficile un traitement médical ambulatoire.

Un deuxième groupe commun à la plupart des unités médico-psychiatriques est celui des patients psychotiques souffrant d'un problème physique et dont l'hospitalisation en milieu somatique est rendue difficile par des troubles du comportement. L'hospitalisation dans un milieu psychiatrique, avec un cadre adéquat pour ce type de patients mais avec une prise en charge médicale conjointe, est alors nécessaire.

Le reste des pathologies traitées dans les MPUs est hétérogène, et dépend de la capacité d'accueil et de la spécificité de chaque unité : troubles somatoformes, troubles du comportement alimentaire, abus de substances, complications psychiatriques de maladies neurologiques en sont quelques exemples.

Quelques études ont depuis évalué l'aspect coût-efficacité de ces unités médico-psychiatriques. Celui-ci semble favorable, avec une diminution des coûts due à une prise en charge simultanée des problèmes somatiques et psychiatriques, et à une diminution du nombre des re-hospitalisations (38). Une autre étude montre que la durée du séjour était similaire à celle d'une unité de psychiatrie générale et que le but d'une telle unité était atteint, en terme de prise en charge médicale et de coût-efficacité (27).

En raison de ce paramètre, un nombre croissant d'hôpitaux semble intéressé par la création d'unités médico-psychiatriques. Les principaux problèmes semblent d'ordre institutionnel (72) et liés à la difficulté de trouver des médecins somaticiens intéressés à une collaboration avec les psychiatres, pour la prise en charge de ces patients difficiles et parfois peu gratifiants (38).

A l'Hôpital Cantonal Universitaire de Genève, une Unité de Traitement intégré médico-psychiatrique (UTIMP) a été ouverte en septembre 1992 avec les objectifs suivants (54):

- optimalisation des traitements hospitaliers pour des patients présentant des troubles psychiatriques et dont l'état somatique nécessite l'admission dans un service de médecine interne;
- développement de la collaboration pluridisciplinaire entre soignants de Médecine Interne et de Psychiatrie;
- poursuite et développement de recherches dans les domaines des troubles alimentaires et des troubles somatoformes ;
- évaluation à moyen terme de l'efficacité et de la sécurité d'une telle unité de traitement intégré.

La description de l'unité est un reflet de son fonctionnement de septembre 92 à septembre 98, puisqu'à cette date-là, suite à la réorganisation du service de Psychiatrie Adulte des Hôpitaux Universitaires de Genève, l'unité s'est centrée sur les troubles alimentaires uniquement.

Au moment de l'étude présentée dans ce travail, l'UTIMP est composée de 6 lits dans une unité de médecine interne générale, ainsi que d'un local indépendant, pour les réunions d'équipe et les entretiens avec les patients et leurs familles. Au niveau du personnel infirmier, le nombre d'infirmières est identique à celui d'une autre unité. Deux membres de l'équipe ont une formation spécifique en psychiatrie, et une réunion de soutien par un infirmier clinicien spécialisé a lieu une fois par semaine. Un physiothérapeute et une diététicienne complètent l'équipe para-médicale. L'encadrement médical de l'unité de médecine (24 lits) est assuré par deux médecin-assistants et un chef de clinique de médecine interne, en collaboration avec un médecin-assistant et un médecin-adjoint de la Division de Psychiatrie de liaison à temps partiel.

Les patients sont admis principalement sur une base volontaire. Les principales indications sont les suivantes :

- troubles du comportement alimentaire
- patients avec co-morbidité somatique et psychiatrique
- patients souffrant de troubles somatoformes.

Les admissions se font soit électivement, dans le cas d'un patient qui n'est pas encore hospitalisé, soit à partir du service des urgences, des soins intensifs ou d'autres services de médecine interne, après évaluation par le médecin-adjoint de psychiatrie et le chef de clinique de médecine. Pour le groupe de patients somatoformes, objet de notre étude, l'hospitalisation est le plus souvent élective, jugée nécessaire par le médecin traitant ou le patient lui-même.

A l'admission, le patient est vu et examiné par le médecin-assistant de médecine et celui de psychiatrie lors d'entretiens séparés. Par la suite, une réunion de toute l'équipe soignante, médicale et para-médicale, a lieu deux fois par semaine, pour discuter le cas de chaque patient de l'UTIMP en détails: investigations réalisées ou à prévoir, diagnostic, mesures thérapeutiques, évolution depuis le début de l'hospitalisation, attitude du patient avec l'équipe soignante, compte-rendu d'entretiens avec la famille, etc. Tous les aspects de l'hospitalisation du patient sont évoqués. Cette réunion est suivie d'une visite au lit du malade, où le médecin interniste et le psychiatre transmettent au patient les résultats des discussions, les projets pour la suite de l'hospitalisation, et répondent à ses questions, de façon conjointe. En fin d'hospitalisation, le rapport médical adressé au médecin traitant est rédigé par le médecin-assistant interniste et contre-signé par les consultants de psychiatrie.

Dans le chapitre suivant sera présentée une étude dont le but général est l'évaluation du bénéfice, par le médecin traitant, d'une hospitalisation à l'UTIMP de patients souffrant de troubles somatoformes. Secondairement, à la lumière des données de la littérature et de notre expérience clinique, quelques explications et propositions de prises en charge pour ce type de patients seront ensuite évoquées.

3. Présentation de l'étude

3.1 Objectif

L'objectif de l'étude était d'essayer d'évaluer, par un questionnaire destiné aux médecins traitants, le bénéfice de l'hospitalisation de patients souffrant de « troubles somatoformes » dans une unité intégrée, de déterminer si le séjour hospitalier avait contribué, ou non, à modifier le cours de la maladie ou à éviter, ou du moins ralentir, une évolution vers la chronicisation et une altération progressive du fonctionnement psychique, social et professionnel.

3.2 Procédure

3.2.1 Définition du collectif :

Parmi la population de patients hospitalisés dans l'Unité de traitement intégré médico-psychiatrique de septembre 1992 à novembre 1996, nous avons sélectionné les patients dont le diagnostic de la lettre de sortie et/ou du rapport psychiatrique était le « trouble somatisation » ou le « trouble somatoforme indifférencié » selon le DSM-III-R, classification en vigueur à l'époque. Nous avons relevé la répartition par âge et sexe, et la durée moyenne d'hospitalisation, en comparant cette dernière avec celle d'un service de médecine interne générale.

3.2.2 Evaluation de la satisfaction des médecins traitants

A l'aide d'un questionnaire semi-structuré adressé aux médecins traitants de ces patients, nous avons essayé d'évaluer leur satisfaction après cette hospitalisation avec prise en charge intégrée, médicale et psychiatrique. Nous avons tenté de savoir dans quelle mesure l'hospitalisation avait été bénéfique, pour le patient et /ou pour le médecin et si la prise en charge médicale par le médecin traitant s'était modifiée (fréquence des consultations, nombre d'examens complémentaires) .

3.3 Matériel et méthode

3.3.1 Population

De septembre 1992 à novembre 1996, 140 patients ont été hospitalisés à l'Unité de traitement intégré médico-psychiatrique de l'Hôpital Cantonal Universitaire de Genève, représentant 161 hospitalisations, certains patients ayant été hospitalisés à plusieurs reprises :

- 56 hospitalisations pour 50 patients souffrant de troubles alimentaires.
- 49 hospitalisations pour 39 patients souffrant d'une maladie psychiatrique et nécessitant des soins ou des investigations somatiques.
- 56 hospitalisations pour 51 patients souffrant de « troubles somatoformes », selon la définition du DSM-III-R. Ce dernier groupe représente donc le collectif de notre étude. Les 51 dossiers médicaux ont permis de décrire ce groupe selon les caractéristiques suivantes : sexe, âge, durée d'hospitalisation, diagnostics psychiatrique et somatique.

3.3.2 Questionnaire (annexe I)

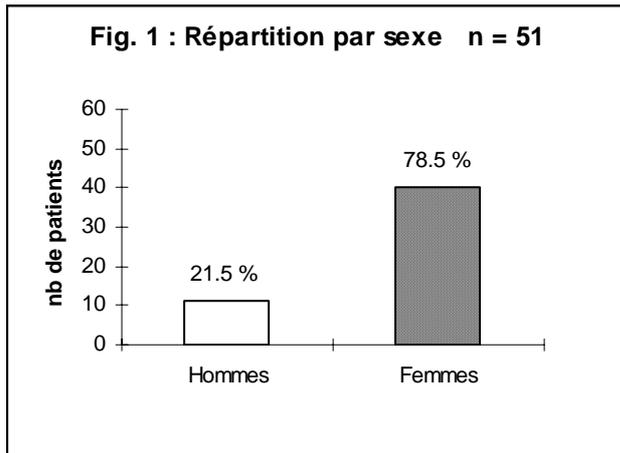
Les médecins traitants ont été contactés par téléphone entre novembre 1996 et mars 1997, avec un délai entre l'hospitalisation du patient et le contact avec le médecin variant de 6 mois pour le minimum à 4 ans pour le maximum. Pour une population de départ de 51 patients, ou couples médecin-patient, il a été possible de remplir durant l'enquête 38 questionnaires, le suivi des 13 patients restants n'ayant pas été possible.

L'enquête a été réalisée lors d'un entretien téléphonique sur la base d'un questionnaire semi-structuré (annexe I). Ce dernier comprend dix questions fermées se rapportant à l'état de santé actuel du patient, à l'évaluation subjective de l'effet de l'hospitalisation sur le cours de la maladie, à une modification éventuelle de la prise en charge médicale (traitement médicamenteux, examens paracliniques, fréquences des consultations) du patient depuis l'hospitalisation, et une question ouverte où le médecin pouvait proposer des mesures pour améliorer la prise en charge de ces patients à l'hôpital.

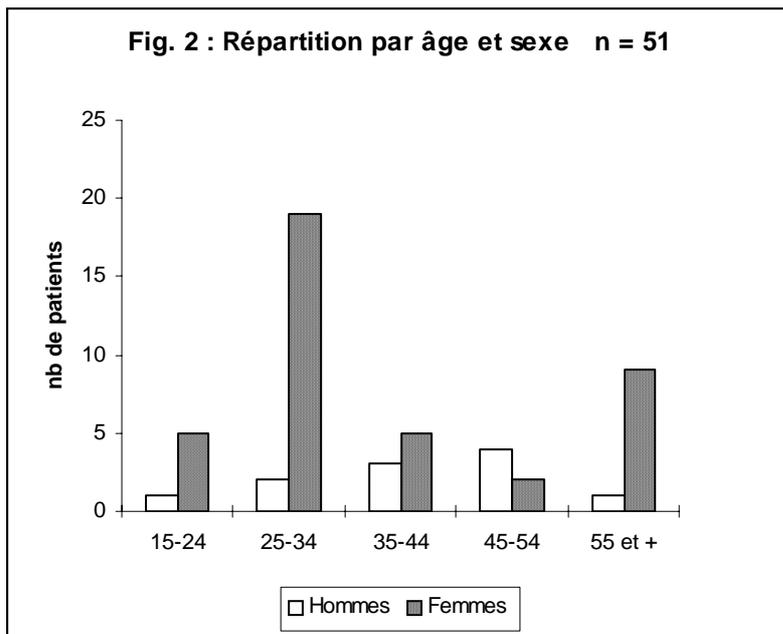
3.4 Résultats

Population

1. Répartition par âge et sexe:

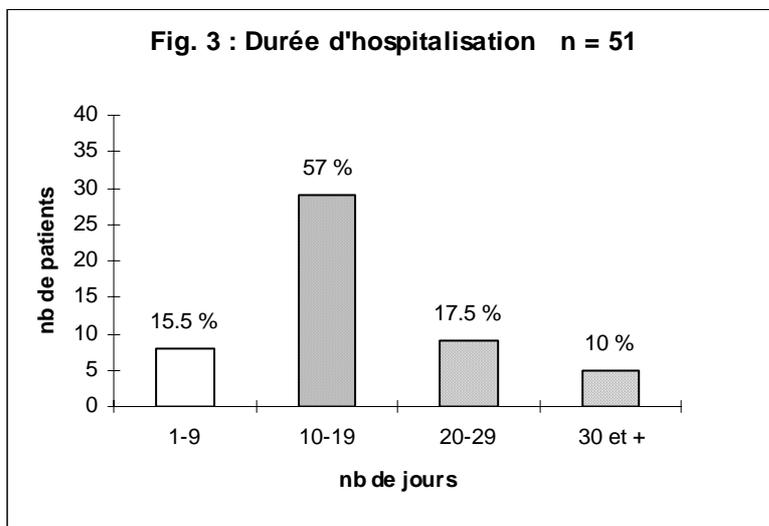


Sur les 51 patients de notre collectif, il y a 11 hommes et 40 femmes. Les extrêmes pour les âges sont 17 et 72 ans. La moyenne d'âge mathématique est de 39 ans et la médiane de 34 ans.



En faisant une répartition par classes d'âge et sexe, on trouve 1 homme et 5 femmes dans la classe d'âge 15-24 ans, 2 hommes et 19 femmes dans celle des 25-34 ans, 3 hommes et 5 femmes entre 35 et 44 ans, 4 hommes et 2 femmes entre 45 et 54 ans, et 1 homme et 9 femmes dans la classe d'âge des 55 ans et plus. Les populations les plus représentées sont donc les femmes de 25 à 34 ans, avec 19 patientes (37% du collectif) et les femmes de plus de 55 ans avec 9 patientes (17.5% du collectif).

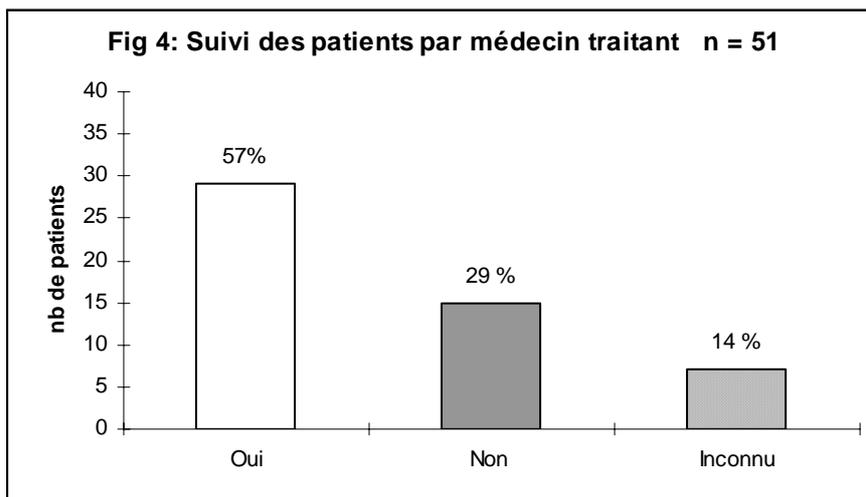
2. Durée d'hospitalisation:



La moyenne mathématique de la durée d'hospitalisation des patients souffrant de troubles somatoformes hospitalisés à l'UTIMP est de 16.5 jours, avec des extrêmes de 5 et 44 jours, et une médiane de 14 jours. La majorité des patients (57%) a donc été hospitalisée entre 10 et 19 jours. Par comparaison, la durée moyenne du séjour dans les cliniques médicales du Département de Médecine de l'Hôpital Cantonal Universitaire de Genève entre 1992 et 1996 est de 11 jours.

Questionnaire

1. Suivi des patients:

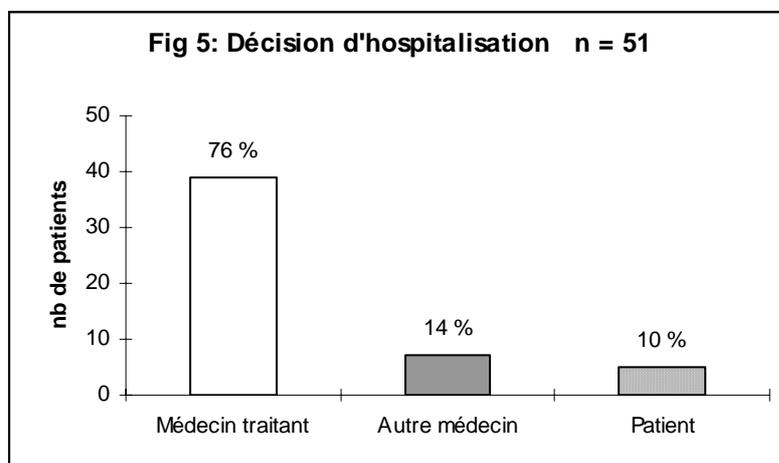


Vingt-neuf patients, soit 57% du collectif, étaient toujours suivis par leur médecin traitant, généraliste ou interniste. Pour 15 patients (29%), le médecin interrogé a répondu ne plus être le médecin traitant du patient en question au moment de l'étude, mais pour 9 (17%) d'entre eux néanmoins, le suivi après l'hospitalisation à l'UTIMP a été suffisamment long (12 mois en moyenne) pour pouvoir répondre à nos questions; pour les 6 autres (12%), le médecin n'avait revu le patient que quelques fois après l'hospitalisation, et n'a donc pas pu nous donner la catamnèse.

Dans 14% des cas (7 patients) le suivi ambulatoire n'est pas connu: pour 5 patients, aucun médecin traitant n'a été retrouvé: départ à la retraite, aucun nom de médecin traitant mentionné (cas d'une patiente transférée dans un autre établissement hospitalier) ou encore cas d'une patiente valaisanne, sans médecin traitant « officiel », mais qui avait consulté au moins une fois tous les généralistes ou internistes de son canton. Enfin, deux médecins n'ont pas pu ou voulu répondre à nos questions, prétextant un manque de temps.

Au total, le suivi de 38 patients (74.5% du collectif de départ) est connu, ce qui correspond au collectif de la deuxième partie de l'étude, à partir du point numéro 3.

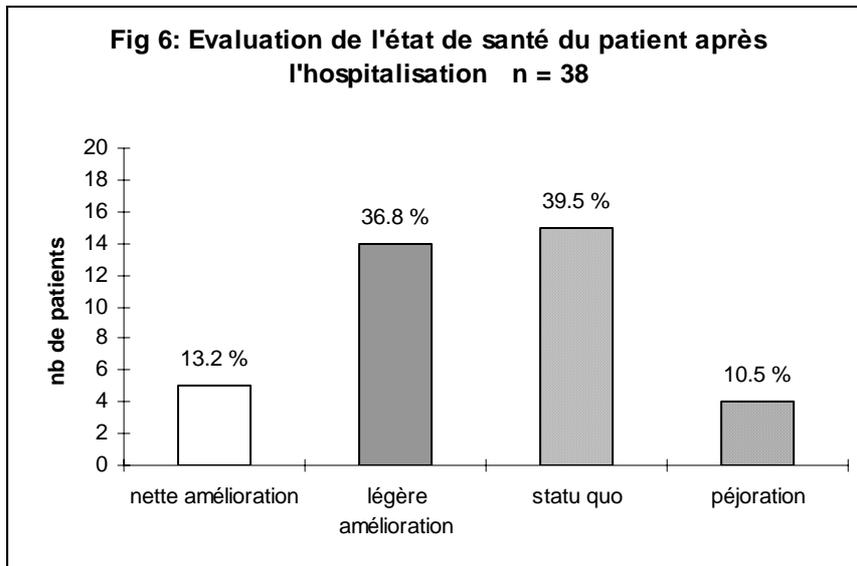
2. Décision d'hospitalisation:



Dans la grande majorité des cas (76%), la décision d'hospitalisation est prise par le médecin traitant de façon électorale, face à une situation devenue chronique et /ou qui se dégrade progressivement. Dans 14% des cas, c'est un autre médecin et dans 10% des cas le

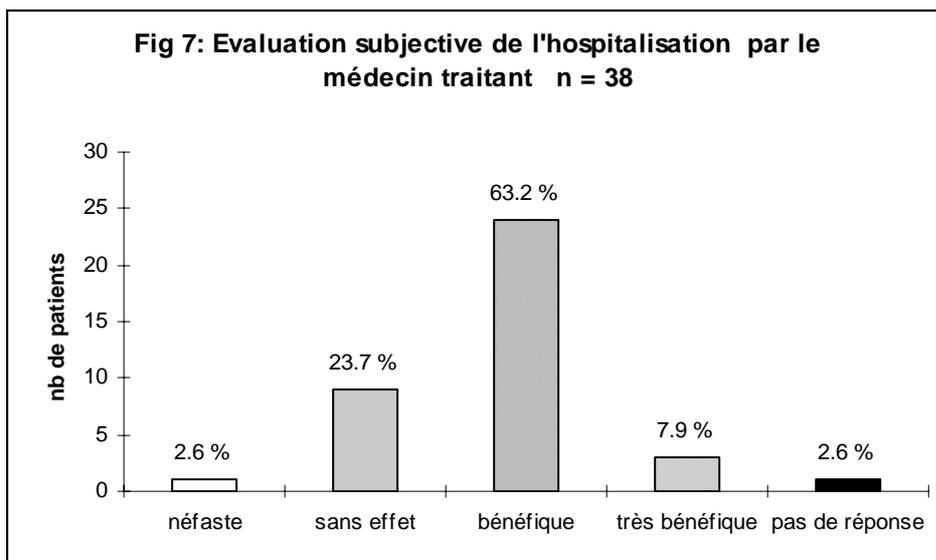
patient lui-même qui a jugé l'hospitalisation indispensable à un moment précis, et souvent alors de manière non-élective, en passant par le service des Urgences de l'Hôpital Cantonal Universitaire.

3. Evaluation par le médecin de l'état de santé du patient après l'hospitalisation à l'UTIMP:



Depuis l'hospitalisation à l'UTIMP, et d'après le jugement du médecin, l'état de santé de la moitié des patients s'est globalement amélioré, dans 13.2% des cas de façon nette, dans 36.8% de manière plus discrète. Pour 15 patients (39.5% du collectif) l'état de santé est identique à celui qu'il était avant l'hospitalisation et chez quatre (10.5%) patients, il s'est péjoré. Pour les patients de ces deux dernières catégories, il y a eu un nombre non négligeable de ré-hospitalisations pour le même problème, mais pour des raisons de méthodologie, il ne nous a pas été possible d'en préciser exactement le nombre (questionnaire effectué par téléphone, hospitalisations successives dans des établissements hospitaliers différents, demandées par un autre médecin, etc).

4. Evaluation subjective par le médecin traitant de l'effet de l'hospitalisation:



Dans la majorité des cas (71.1%) pour lesquels il y a eu un suivi, l'hospitalisation a été jugée bénéfique (63.2%) ou très bénéfique (7.9%) pour le patient par les médecins traitants.

Dans les commentaires, on relève que pour la plupart des patients, le fait d'être hospitalisé, et surtout hospitalisé en milieu somatique, a permis une réelle « reconnaissance » sociale de leur problème de santé: face à la société, famille, amis et employeur, leur problème devenait « sérieux » puisqu'il nécessitait une hospitalisation.

L'hospitalisation a permis également dans un certain nombre de cas, et pour le médecin cette fois-ci, de clarifier des situations médicales compliquées, en faisant des investigations somatiques sophistiquées qui ont permis d'exclure de façon claire un problème organique.

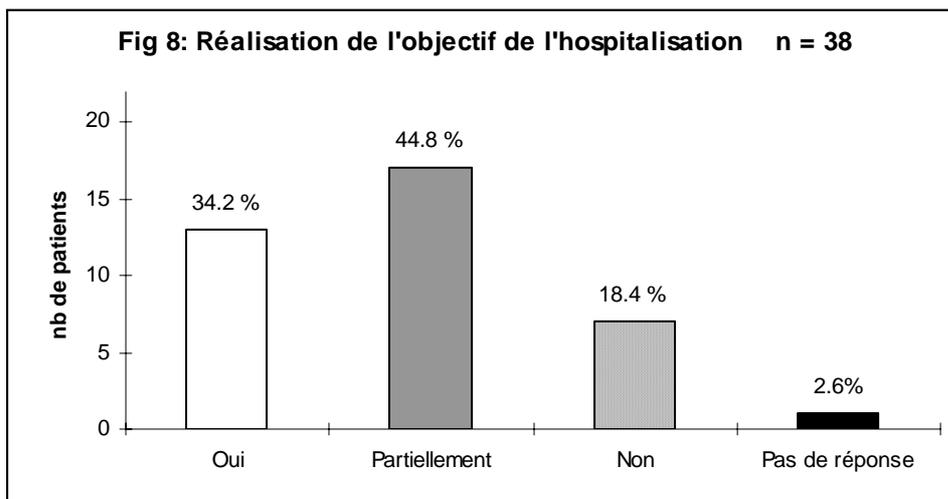
Enfin, la rencontre du patient avec des médecins psychiatres, souvent pour la première fois, a contribué dans quelques cas à une prise de conscience, de la part du patient, d'un possible lien entre sa plainte et une éventuelle souffrance psychique. Ces cas représentent néanmoins une minorité de patients.

Pour 9 patients (23.7%) l'hospitalisation a été jugée sans effet par le médecin traitant.

Enfin, une hospitalisation (2%) a été jugée néfaste: il s'agit du cas d'une patiente de 54 ans, hospitalisée 13 jours en mai 93 pour une lombalgie gauche évoluant depuis 4 mois, ayant déjà nécessité une longue hospitalisation dans le service de médecine interne de Beau-Séjour. Pour son médecin traitant, l'hospitalisation en milieu intégré médico-psychiatrique a eu comme unique résultat de « cataloguer » sa patiente comme « cas psychiatrique », alors que le problème somatique était apparemment au premier plan. La catamnèse révèle en effet

une intervention chirurgicale (spondylodèse L4-L5) en automne 95 avec amélioration partielle des douleurs.

5. Réalisation de l'objectif de l'hospitalisation:



Dans la majorité des cas (82.4%) les médecins traitant ont répondu que l'objectif de l'hospitalisation avait été atteint, totalement dans 34.2% des cas et partiellement dans 48.2% des cas. Dans la catégorie des hospitalisations dont l'objectif a été tout à fait atteint on trouve les cas de patients pour lesquels la rencontre avec un psychiatre a été très bénéfique et a permis de mettre en place une prise en charge psychiatrique ambulatoire, ce qui représente évidemment les cas de troubles somatoformes avec le pronostic le plus favorable.

Les médecins qui ont répondu que l'objectif avait été atteint partiellement ont souvent précisé qu'eux même étaient très réalistes quant aux résultats qu'on pouvait attendre chez ces patients difficiles: la complexité des cas, où les problèmes somatiques et psychiatriques sont aggravés par une situation sociale, familiale ou professionnelle défavorables, rend illusoire la recherche d'une solution unique et monocausale. L'hospitalisation est alors plutôt évoquée comme une « soupape » pour le médecin et la famille du patient, au cours de laquelle d'autres intervenants vont essayer de redéfinir un traitement et une prise en charge, afin de tenter d'influencer le cours de cette maladie chronique.

Enfin, pour 18.4% des cas, l'objectif de l'hospitalisation n'a pas du tout été atteint du point de vue du médecin traitant.

6. Lettre de sortie:

Dans 73.7% des cas, les médecins traitants étaient globalement d'accord avec les conclusions de la lettre de sortie mais dans 21.1% des cas, uniquement partiellement. Pour un praticien, les conclusions des médecins hospitaliers, qui avaient posé le diagnostic de trouble somatoforme douloureux, étaient erronées, puisqu'à son avis, les plaintes de sa patiente étaient principalement dues à un problème somatique (cas évoqué au paragraphe n°4).

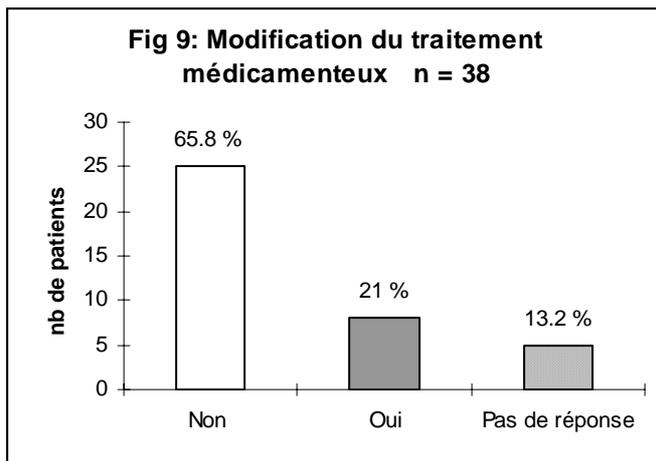
Un médecin n'avait pas d'avis sur cette question.

7. Modification de la prise en charge:

Un des points centraux de notre étude a été d'essayer d'analyser dans quelle mesure les médecins traitants avaient modifié la prise en charge de leur patient après l'hospitalisation de celui-ci dans l'Unité de traitement intégré médico-psychiatrique: ont-ils continué le traitement médicamenteux, en particulier psychotrope, introduit en milieu hospitalier ? ont-ils réduit le nombre d'exams complémentaires (analyses de laboratoire, examens radiologiques principalement) qu'ils demandaient habituellement et enfin, comment ont-ils continué à suivre leur patient, avec ou sans consultations régulières, en dehors de toute exacerbation de la symptomatologie (consultations « hors symptômes ») ?

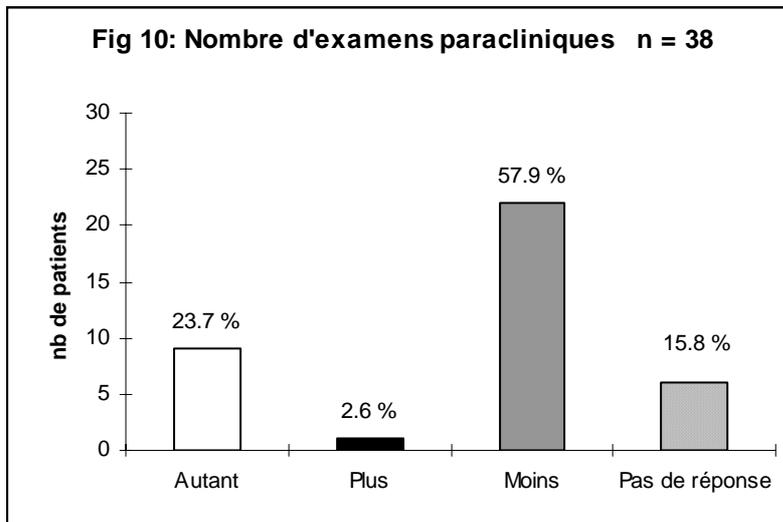
Cette démarche a pour but de déterminer si les médecins traitants, après avoir reçu une lettre de sortie d'une unité spécialisée, avaient ou non intégré les modalités de prise en charge théorique de ce type de patients.

7. a) traitement médicamenteux:



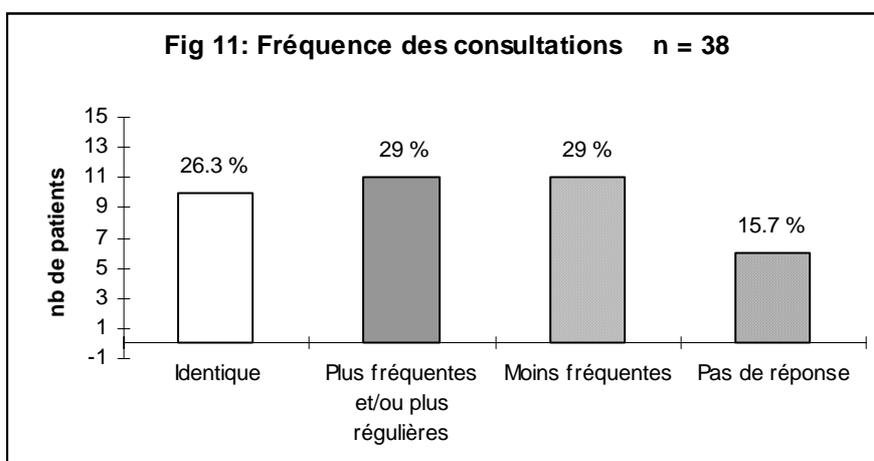
Dans 65.8% des cas, le traitement médicamenteux introduit à l'hôpital a été maintenu par le médecin traitant durant les 6 mois qui ont suivi l'hospitalisation. Dans les cas où un suivi psychiatrique ambulatoire a été instauré, c'est le psychiatre qui a pris en charge les modalités du traitement psychotrope. Dans 21% des cas, le traitement a été rapidement modifié après la sortie du patient.

7. b) nombre d'examens paracliniques:



Dans la majorité des cas (57.9%), les médecins demandent moins d'examens complémentaires pour leur patient et souvent de façon très nette. Plusieurs ont répondu ne plus jamais avoir pratiqué d'examens paracliniques pour ce problème chez leur patient après l'hospitalisation à l'UTIMP. Pour 23.7% des médecins, l'hospitalisation n'a pas modifié leur façon de faire concernant les investigations.

7. c) fréquence des consultations:



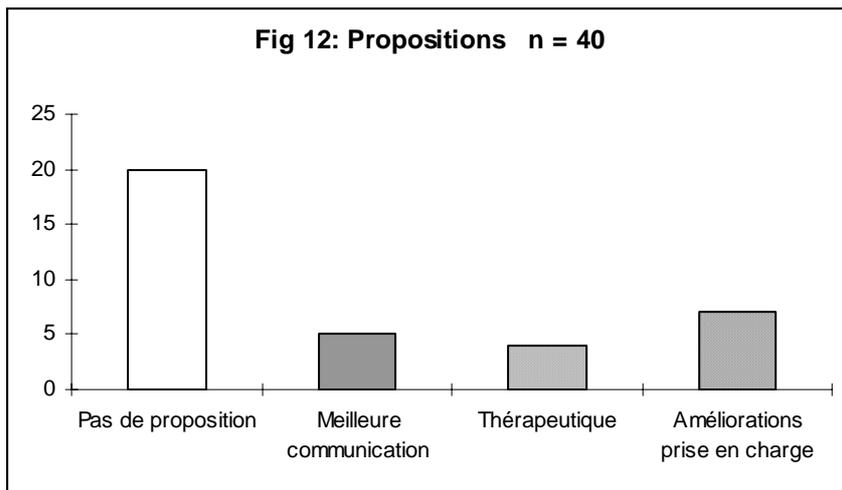
La fréquence des consultations est un point intéressant et les résultats sont moins contrastés que pour les deux questions précédentes. Vingt-six pour-cent des médecins ont maintenu une fréquence de consultations identique à celle précédant l'hospitalisation.

Dans 29% des cas, les consultations sont plus fréquentes et /ou plus régulières et dans ces cas-là, il s'agit le plus souvent d'une décision du médecin d'instaurer un suivi régulier avec des consultations « hors symptômes ». La plupart des médecins ayant adopté ce type de prise en charge a déclaré en être satisfait: écoute et soutien de type psychothérapeutique efficaces, « canalisation » et anticipation des plaintes du patient, disparition des consultations en urgence pour des symptômes devenus insupportables, sont autant de motifs de satisfaction pour le médecin et le patient.

Dans 29% des cas, les consultations sont moins fréquentes et là deux cas de figure se présentent: il s'agit soit de patients dont l'état de santé s'est amélioré et qui sont donc moins demandeurs de soins, soit au contraire de patients présentant les mêmes plaintes, mais dont le mode de consultations est « anarchique », avec des rendez-vous pris puis décommandés, et /ou qui font un réel tourisme médical, avec changement itératif de médecins, recours aux médecines parallèles pendant un certain temps, retour chez leur généralistes, etc.

8. Propositions:

A la fin du questionnaire, une question ouverte a été posée aux praticiens: quelles mesures proposaient-ils pour améliorer la prise en charge hospitalière de patients souffrant de troubles somatoformes ?



Vingt médecins (50%) n'avaient pas de propositions particulières à faire. La restriction principale à évoquer pour ce résultat est la modalité de questionnaire: en effet, un contact téléphonique ne permet pas de réfléchir à tête reposée à la question.

Cinq praticiens (12.5%) ont demandé que les contacts avec l'équipe médicale en charge du patient soient améliorés, soit par des entretiens téléphoniques plus fréquents, soit par des rencontres organisées avec les différents intervenants: médecin traitant, internistes et psychiatres hospitaliers, psychiatre qui assurera éventuellement le suivi ambulatoire, et éventuellement le patient et sa famille.

Quatre médecins (10%) ont déploré que l'approche hospitalière soit avant tout diagnostique, avec comme but principal d'exclure un problème somatique, et que l'aspect thérapeutique soit laissé de côté: une réelle prise en charge thérapeutique, incluant entretiens psychothérapeutiques, hypnose, techniques de relaxation, sophrologie, etc, serait à développer selon eux.

Sept médecins (17.5) ont relevé, suite à leur contact avec les différentes équipes médicales, ou en discutant avec leur patient après l'hospitalisation, quelques aléas de fonctionnement de l'unité. L'approche bi-disciplinaire montre parfois ses limites, notamment quand les points de vue divergent entre l'équipe somatique et psychiatrique, quant à la suite des investigations, à la durée d'hospitalisation (désir d'une part des internistes de faire sortir rapidement le patient après la fin des investigations somatiques, volonté d'autre part de le maintenir dans un milieu protégé, le temps d'instaurer une alliance thérapeutique et de mettre en place un suivi ambulatoire de la part des psychiatres). La démarche diagnostique a semblé mal structurée à un médecin, avec des hésitations quant à la nécessité de faire un examen, ce qui aurait déstabilisé sa patiente. Certains médecins ont noté que les examens paracliniques étaient systématiquement refaits à l'hôpital. Enfin deux médecins ont évoqué leur difficulté à

organiser ambulatoirement un suivi psychiatrique, en raison du manque de psychiatres disponibles en ville, et ont déploré que ceci n'ait pas été mis en route pendant l'hospitalisation.

Plusieurs médecins ont souhaité avoir la possibilité d'hospitaliser plus facilement et /ou plus rapidement des patients dans cette unité.

Relevons que 92% des médecins interrogés ont déclaré qu'ils hospitaliseraient à nouveau un de leurs patients souffrant de troubles somatoformes dans cette unité spécialisée plutôt que dans une unité de médecine interne générale.

4. Discussion

Malgré le nombre limité de cas étudiés, notre étude permet de mettre en évidence des points importants dans la prise en charge hospitalière des patients souffrant de troubles somatoformes, et d'en tirer, à la lumière de notre expérience clinique, certaines conclusions.

4.1 Troubles somatoformes et hospitalisation

Dans notre système de santé occidental, un certain nombre de patients souffrant de troubles somatoformes sont hospitalisés à un moment de leur évolution, et le besoin d'une prise en charge hospitalière spécialisée semble apparent (1,51,60). Une grande majorité (92%) des médecins interrogés dans notre enquête répondent qu'ils hospitaliseraient à nouveau un patient somatisant dans une unité spécialisée plutôt que dans un service de médecine générale.

Dans une réflexion plus générale, on peut se poser la question de la réelle nécessité d'hospitaliser ce type de patients : les examens paracliniques pratiqués pendant l'hospitalisation peuvent aujourd'hui la plupart du temps être effectués ambulatoirement, et de la même façon, une consultation psychiatrique, voire une consultation conjointe, ne nécessite pas, au moins théoriquement, l'hospitalisation du patient.

4.1.1 L'hospitalisation comme réponse à un moment de crise

Nous postulons que les patients souffrant de troubles somatoformes sont souvent hospitalisés à un moment qui correspond à une sorte de « crise existentielle » dans leur évolution. Cette notion de crise, proche du concept du même nom développé en psychiatrie dès les années soixante (5), repose sur l'observation d'un individu en interaction avec son environnement. Il y a crise lorsqu'il y a rupture d'un équilibre existant entre un patient et son entourage, un patient et son thérapeute. La crise peut également être définie comme une phase de désorganisation de la maladie (5), d'où émerge un sentiment d'impuissance. Impuissance du patient par rapport à l'évolution de son symptôme, impuissance du médecin à répondre aux sollicitations de son patient, et épuisement de l'entourage tout entier. Un patient somatisant est ainsi souvent suivi longtemps par son médecin traitant avant que l'hospitalisation ne survienne : le médecin a pratiqué les examens paracliniques qu'il jugeait nécessaires, a

rassuré son patient quant à l'absence de cause somatique grave et a essayé plusieurs traitements ou mesures symptomatiques (physiothérapie, etc) ; dans certains cas, il a envoyé son patient chez un psychiatre ou un psychologue, dans l'idée d'une problématique psychologique sous-jacente ; malgré cette prise en charge, les plaintes du patient, et sa souffrance, persistent au point d'altérer progressivement son fonctionnement social, professionnel et familial. Il survient alors un moment où le quotidien devient trop difficile, où la situation atteint un point de déséquilibre, et où l'hospitalisation est proposée comme une solution. Cette mesure permet alors au patient de s'éloigner de son entourage, en gardant voire en renforçant son rôle et/ou sa légitimité de malade.

Si on considère l'hospitalisation du patient somatisant sous l'angle décrit ci-dessus, il semble important d'essayer d'associer le médecin traitant et la famille du patient à la prise en charge hospitalière. Si l'hospitalisation est motivée par une rupture d'équilibre entre ces différents protagonistes, il faut qu'il puisse y avoir, en fin d'hospitalisation du moins, une mise au point sur ce qui a pu être réalisé pendant l'hospitalisation et sur les objectifs à avoir pour la suite de la prise en charge.

4.1.2 L'hospitalisation ou la nécessité d'un cadre

L'hospitalisation permet d'offrir à ces patients un cadre, c'est-à-dire une prise en soins structurée, avec une organisation des journées qui participe à l'effet thérapeutique : les investigations prévues, les possibilités de traitement, de même que la durée de l'hospitalisation doivent être discutées avec le patient. Le cadre permet au patient de garder sa légitimité de malade et lui offre la possibilité bénéfique d'une régression transitoire.

C'est dans les services de psychiatrie que l'importance du cadre et de son effet thérapeutique est le plus recherché et développé. Or, les patients souffrant de troubles somatoformes acceptent difficilement une hospitalisation en milieu psychiatrique : l'expression de leur plainte est somatique et ils adressent leur demande de prise en soins spécifiquement à un somaticien. Une unité spécialisée, médico-psychiatrique, permet d'offrir aux patients un cadre thérapeutique propre à la psychiatrie, associé à une prise en charge médicale « classique » et rassurante d'une unité de médecine interne. L'unité de traitement intégré de l'Hôpital Cantonal de Genève dépend d'un service de médecine interne, et dans notre étude, les commentaires des médecins traitants par rapport à la question de l'évaluation

subjective de l'hospitalisation révèlent que cet aspect a joué un rôle important pour leur patient.

Pour les patients somatisants, une approche psychologique ou psychiatrique n'a que peu de sens. Cette notion est reconnue par différents auteurs (16,46,60). A l'UTIMP, les psychiatres interviennent dans le cadre d'une prise en charge conjointe. La présence du médecin somaticien lors des entretiens apporte un effet rassurant et non rejetant pour le patient (13). Ce type d'approche a montré de multiples bénéfices dans la prise en charge de patients souffrant de douleurs chroniques (2) et dans d'autres formes de somatisation (14). Dans le cadre de l'unité évaluée, l'approche conjointe a permis de faire accepter par tous les patients une évaluation psychiatrique, ce qui n'est pas le cas si le patient somatisant est référé à un psychiatre par un praticien : une étude a montré que 39% des somatisants refusent une évaluation psychiatrique (22).

4.1.3 Durée d'hospitalisation

La durée moyenne d'hospitalisation à l'UTIMP des patients souffrant de troubles somatoformes est de 16.5 jours, alors qu'elle est de 11 jours dans une unité de médecine générale. Pour être pertinente, la comparaison devrait en fait être effectuée avec la durée d'hospitalisation des patients somatisants dans une unité de médecine générale, chiffres qui ne sont pas disponibles. Il est en effet démontré qu'il y a une corrélation significative entre la comorbidité psychologique et la durée de l'hospitalisation dans un hôpital général (63). Cette corrélation semble être un reflet de la complexité de la prise en charge médicale de ce type de patients.

Dans une étude mentionnée précédemment (27), la durée d'hospitalisation dans une unité intégrée de patients souffrant de co-morbidités somatique et psychiatrique était similaire à celle d'une hospitalisation dans une unité de psychiatrie générale. Certains auteurs ont relevé la possibilité d'hospitalisations plus longues dans les unités intégrées gérées par le département de psychiatrie, en raison du mode de remboursement par les assurances, et y ont vu un avantage pour les cas de patients difficiles (24).

4.1.4 Effet de l'hospitalisation

La majorité des médecins interrogés dans notre étude ont répondu que l'hospitalisation avait été bénéfique, et que l'objectif de l'hospitalisation avait été atteint ou partiellement atteint. Dans certains cas, l'hospitalisation a permis de lever un doute et de confirmer le diagnostic de trouble somatoforme après des investigations supplémentaires. Cette fonction de « réassurance » du médecin traitant a été relevée dans notre enquête : 60% des médecins ont répondu pratiquer moins d'examens paracliniques après l'hospitalisation qu'avant, et un tiers d'entre eux a adopté la technique de consultations régulières, en dehors des exacerbations de la symptomatologie.

Dans d'autres cas, le cadre thérapeutique et la prise en charge conjointe ont permis un élargissement de la plainte au vécu psychologique et ont jeté les bases d'un possible travail psychothérapeutique ultérieur. De façon générale semble-t-il, les patients se sont sentis reconnus et acceptés dans leur souffrance.

Certains médecins ont relevé et déploré que l'approche hospitalière soit avant tout diagnostique, et que la prise en charge thérapeutique, et donc psychiatrique, ne soit pas suffisamment développée. Les moyens mis à disposition de l'UTIMP, en terme d'encadrement médical et paramédical formé en psychiatrie, ne permettent probablement pas de réaliser de tels objectifs. Une expérience de prise en charge hospitalière de patients somatisants a été décrite par Lipowski, au Clarke Institute of Psychiatry de Toronto (46) : le personnel de l'unité de psychosomatique, qui compte huit lits, est composé de deux psychiatres, d'un interne en psychiatrie, d'un travailleur social, d'un psychologue, d'un ergothérapeute, d'un spécialiste en bio-feedback, d'une diététicienne et de onze infirmières. Après une évaluation préalable, les patients sont hospitalisés pour un programme de réhabilitation, basé sur une approche multidisciplinaire, avec possibilités de psychothérapie individuelle ou de groupe, thérapie familiale, ergothérapie, physiothérapie, traitement médicamenteux, relaxation, biofeedback et conseils en orientation professionnelle. La durée du programme est de 6 à 12 semaines. Pour l'auteur, un tel investissement est justifié s'il parvient à éviter une évolution vers la chronicité et donc l'invalidité, des patients souffrant de troubles somatoformes. Le défi à relever est de trouver le moyen d'identifier les patients susceptibles d'évoluer vers la chronicité et de les traiter activement suffisamment tôt pour éviter une telle évolution.

4.2 Suivi des patients souffrant de troubles somatoformes

L'importance du médecin de premier recours

Le médecin de premier recours, généraliste ou interniste, joue un rôle crucial dans la prise en charge des patients somatisants. La majorité des auteurs s'accorde à dire qu'une prise en charge à long terme par un généraliste est la solution la plus favorable, tant sur le plan médical pour le patient qu'en terme de coûts pour la société (8,49,57,67).

Notre étude montre que 60% des patients sont toujours suivis par leur médecin traitant, mais que 30% d'entre eux ont changé de médecin entre l'hospitalisation et l'enquête, c'est à dire dans un intervalle de 6 mois à 4 ans. La fréquence des interruptions thérapeutiques est retrouvée dans d'autres études : Smith montre que sur 41 patients souffrant de symptômes médicalement inexpliqués, seuls 42% étaient suivis régulièrement par un médecin traitant, alors que 58% des patients recevaient des soins de la part de plusieurs praticiens de manière non coordonnée (69). Cette tendance à solliciter un système de soins de façon « anarchique » semble être une caractéristique de ce type de patients, pour laquelle plusieurs types d'explications peuvent être évoqués :

- la recherche « à tout prix » d'une cause organique, les attentes déçues et les malentendus qui viennent compliquer la relation médecin-patient (6), sont à la base de nombreuses interruptions de suivi thérapeutique de la part de ces patients qui fonctionnent fréquemment sur un mode relationnel particulier ; cette tendance à chercher une pathologie « purement » somatique est souvent la règle dans notre système de soins occidental, basé sur le modèle bio-médical, et est renforcée par le mode de prise en charge des assurances sociales.
- la recherche, en la personne du thérapeute, d'une sorte de « mère toute puissante » dans le modèle psychanalytique, expliquerait aussi certaines déceptions et les changements itératifs de médecin qui en résultent.
- enfin certains auteurs évoquent, pour expliquer ces relations thérapeutiques discontinues, la co-morbidité qui existe entre le trouble somatisation et les troubles de personnalité (49).

4.3 Prise en charge conjointe médico-psychiatrique et diminution des coûts

L'étude randomisée et contrôlée de Smith en 1986 (67) a montré qu'une collaboration entre internistes et psychiatres dans la prise en charge des patients somatisants permettait une diminution significative des dépenses de santé par patient : 38 patients ont été randomisés et étudiés de façon prospective sur 18 mois, en comparaison avec un groupe contrôle ; le traitement consistait en une consultation psychiatrique, suivie d'un rapport de consultation, adressée au médecin traitant, et contenant des recommandations précises pour la prise en charge de tels patients ; les résultats montrent une diminution des coûts par patient de 53% dans le groupe traité, essentiellement due à une diminution du nombre d'hospitalisation. D'autres études ont par la suite confirmé ces résultats, et démontré que l'intervention du psychiatre permettait également une amélioration du fonctionnement physique du patient (62).

A côté des bénéfices économiques, il est probable que ce type de prise en charge ait également des conséquences « psychologiques » positives pour le patient, qui a en face de lui un thérapeute moins démuni par la problématique qu'il lui présente.

5. Conclusion

En terme de santé publique, la somatisation est un problème important, de par sa prévalence, les coûts qu'elle engendre, et le degré d'invalidité psychique, sociale et professionnelle des patients qu'elle atteint (4,45,51,57). Pour le médecin praticien, elle représente une prise en charge médicale difficile, qui le confronte aux limites de l'approche bio-médicale classique, à sa capacité à accueillir la souffrance du patient et à gérer sa propre incertitude, voire son impuissance.

La majorité des auteurs s'accorde sur le fait qu'une approche intégrative du patient somatisant semble constituer la meilleure prise en charge, aussi bien au niveau médical qu'en terme de coût-efficacité (64,67,68). L'avis du psychiatre est souvent nécessaire pour le médecin praticien. En apportant des éléments d'ordre psychologique pour confirmer le diagnostic, il permet au généraliste de garder une ligne de conduite claire, en évitant la multiplication des examens complémentaires. Dans certains cas, il est possible de proposer au

patient un engagement psychothérapeutique, de type cognitivo-comportemental (33,37) ou d'inspiration psychodynamique.

Relevons qu'il n'existe actuellement plus, dans le cadre des Hôpitaux Universitaires de Genève, de service pouvant offrir formellement ce type de prise en charge spécialisée pour les patients somatisants. Depuis 1998 en effet, l'Unité de Traitement Intégré Médico-Psychiatrique s'est centrée exclusivement sur les troubles alimentaires. L'Unité de Psychiatrie Hospitalière Adulte, qui s'est ouverte durant l'automne 1999, peut offrir une prise en charge mixte, à la fois médicale et psychiatrique, mais la majorité des patients souffrant de troubles somatoformes refuse d'être hospitalisée dans un service de psychiatrie. En pratique, un grand nombre de ces patients sont aujourd'hui hospitalisés dans les cliniques médicales du département de Médecine Interne, et en particulier dans la Clinique de Médecine Interne de Réhabilitation de Beau-Séjour. Or le fonctionnement de l'unité de traitement intégré ne peut pour l'instant y être reproduit faute de formation et d'encadrement des équipes infirmières et de moyens en terme de prise en charge psychiatrique. Une réflexion à ce sujet reste d'actualité.

En conclusion, notre étude confirme les données de la littérature (46,67) qui suggèrent que la collaboration entre somaticiens et psychiatres doit être encouragée, au niveau hospitalier ou ambulatoirement sous forme de consultation conjointe (14). C'est en développant ce type d'approche et en renforçant l'expertise des médecins praticiens que la prise en charge de ces patients pourra être améliorée.

6. Bibliographie

1. Abbey SE, Lipowski ZJ : Comprehensive management of persistent somatization : an innovative inpatient program. *Psychother Psychosom* 48 : 110-115, 1987.
2. Allaz A-F, Piguet V, Desmeules J, Perneger T, Jotterand S, Kondo-Oestreicher M, Cedraschi C, Dayer P : Bénéfices d'une approche conjointe somaticien-psychiatre dans la consultation de la douleur. *Doul et Analg* 2 : 87-90, 1998.
3. Allaz A-F, Vanotti M, Piguet V, Desmeules J : Douleurs chroniques rebelles et aspects thérapeutiques de la relation médecin-malade. *Cahiers Psychiatriques* 22 : 137-145, 1997.
4. Allaz A-F : La plainte douloureuse chronique dans le système médical. Thèse d'habilitation au titre de Privat-Docteur à la Faculté de Médecine de Genève, 1998.
5. Andréoli A, Lalive J, Garrone G : Crise et intervention de crise en psychiatrie. Simep, Paris, 1986.
6. Archinard M : Quand la relation médecin-malade est difficile... mais pas désespérée. *Méd et Hyg* 54 : 2034-38, 1996.
7. Barsky AJ : A comprehensive approach to the chronically somatizing patient. *J of Psychosom Res* 45 (4) : 301-306, 1998.
8. Bates MS, Rankin-Hill L, Sanchez-Ayendez M : The effects of the cultural context of health care on treatment of end response to chronic pain and illness. *Soc Sci Med* 45 (9) : 1433-1447, 1997.
9. Bridges KW, Goldberg DP : Somatic presentation of DSM III psychiatric disorders in primary care. *J Psychosom Res*, 29 (6) : 563-569, 1985.
10. Brown FW, Golding JM, Smith GR : Psychiatric comorbidity in primary care somatization. *Psychosom Med* 52 : 445-451, 1990.
11. Cathébras P, Rousset H : Le concept de somatisation est-il utile au clinicien ? *Ann Med Interne* 144 : 157-160, 1993.
12. Classification Internationale des Maladies. Dixième révision. Organisation Mondiale de la Santé, Genève, Paris, Masson 1992.
13. Creed F, Guthrie E : Techniques for interviewing the somatising patient. *British Journal of Psychiatry* 162 : 467-471, 1993.
14. Degive C, Guyot JP, Kos I, Jotterand S : Soins psychosociaux en médecine : la consultation conjointe. *Cahiers Psychiatriques* 22 : 13-21, 1997.
15. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. American Psychiatric Association, fourth edition, DSM IV, Washington, 1994.

16. Dickson LR, Hays LR, Kaplan G, Scherl E, Abbott S, Schmitt F : Psychological profile of somatizing patients attending the integrative clinic. *Int'l J Psychiatry in Medicine* 22 : 141-153, 1992.
17. Dubois J-A, Keel P : Les lombalgies chroniques et leur prévention. *Bulletin des médecins suisses* 50 : 1888-1891, 1997.
18. Escobar JI : Developing practical indexes of somatization for use in primary care. *J Psychosom Res* 42 : 4 : 323-328, 1997
19. Escobar JI, Waitzkin H, Silver RC, Gara M, Holman A : Abridged somatization : a study in primary care. *Psychosom Med* 60 : 466-472, 1998.
20. Fink P : Admission patterns of persistent somatization patients. *Gen Hosp Psychiatry* 15 : 211-218, 1993.
21. Fink P : The use of hospitalizations by persistent somatizing patients. *Psychol Med* 22 : 173-180, 1992.
22. Fink P : Psychiatric illness in patients with persistent somatisation. *British Journal of Psychiatry* : 166 : 93-99, 1995.
23. Fink P : Somatization –beyond symptom count. *J Psychosom Res* 40 (1) : 7-10, 1996.
24. Fogel BS, Stoudemire A, Houtp JL : Contrasting models for combined medical and psychiatric inpatient treatment. *Am J Psychiatry* 142 (9) : 1085-1089, 1985.
25. Garrick TR, Loewenstein RJ : Behavioral medicine in the general hospital. *Psychosomatics* 30 : 123-134, 1989.
26. Gatchel RJ, Polatin PB, Mayer TG : The dominant role of psychosocial risk factors in the development of chronic low back pain disability. *Spine*, 24 (20), 2702-2779, 1995.
27. Gertler R, Kopec-Schrader EM, Blackwell CJ : Evolution and evaluation of a medical psychiatric unit. *Gen Hosp Psychiatry* 17(1) : 26-31, 1995.
28. Goldberg DP, Bridges K : Somatic presentations of psychiatric illness in primary care setting. *J Psychosom Res* : 32 (2) : 137-144, 1988.
29. de Gruy F, Crider J, Hashimi DK, Dickinson P, Mullins HC, Troncale J : Somatization disorder in a university hospital. *J Fam Pract* 25 : 579-584, 1987.
30. de Gruy F, Columbia L, Dickinson P : Somatization disorder in a family practice. *J Fam Pract* 25 : 45-51, 1987.
31. Guimon J, Basaguren E : Perturbations de la perception de son propre état de santé. *In* Corps et psychothérapie, Guimon, Fredenrich-Muhlebach, Editions Médecine et Hygiène, 1997.
32. Harsch HH, Koran LM, Young LD : A profile of academic medical-psychiatric units. *Gen Hosp Psychiatry* 13 : 291-295, 1991.

33. Harrison S, Watson M, Feinmann C : Does Short-term group therapy affect unexplained medical symptoms ? J Psychosom Res : 43 (4) :399-404, 1997.
34. Haynal A, Pasini W, Archinard M : Médecine psychosomatique. Editions Masson, Paris, 1997.
35. Hiller W, Rief W, Fichter MM : Further evidence for a broader concept of somatization disorder using the somatic symptom index. Psychosomatics 36 : 285-294, 1995.
36. Kaplan C, Lipkin M, Gordon GH : Somatization in primary care : patients with unexplained and vexing medical complaints. J Gen Intern Med 3 : 177-190, 1988.
37. Kashner TM, Rost K, Cohen B, Anderson M, Smith GR : Enhancing the health of somatization disorder patients. Effectiveness of short-term group therapy. Psychosomatics 36 : 462-470, 1995.
38. Kathol RG : Medical psychiatry units : the wave of the future. Gen Hosp Psychiatry 16 : 1-3, 1994.
39. Katon WJ, Walker EA : Medically unexplained symptoms in primary care. J Clin Psychiatry 59 suppl 20 : 15-21, 1998.
40. Katon W, Kleinman A, Rosen G : Depression and somatization : a review. Part I. Am J Med : 72 (1) : 127-135, 1982.
41. Keel P, Perini Ch, Schütz-Petitjean D, Fischer W : Chronicisation des douleurs du dos :problématiques, issues.Rapport final du Programme National de Recherche N26B. Eular, Bâle, 1996.
42. Kirmayer LJ, Robbins JM : Three forms of somatization in primary care : prevalence, co-occurrence and sociodemographic characteristics. J Nerv Ment Dis 179 : 647-655, 1991.
43. Kroenke K, Spitzer RL, DeGruy FV, Swindle R : A symptom chekclist to screen for somatoform disorders in primary care. Psychosomatics : 39 : 263-272, 1998.
44. Kroenke K, Price RK : Symptoms in the community. Prevalence, classification and psychiatric comorbidity. Arch Intern Med : 153 (21) : 2474-2480, 1993.
45. Lipowski ZJ : Somatization : the concept and its clinical application. Am J Psychiatry 145 : 1358-1368, 1988.
46. Lipowski ZJ : An inpatient programme for persistent somatizers. Can J Psychiatry :33 (4) : 275-278, 1988.
47. Lipowski ZJ : Somatization : a borderland between medicine and psychiatry . CMAJ, 135 : 609-615, 1986.
48. Mai FM : Pierre Briquet : 19th Century savant with 20th century ideas. Can J Psychiatry : 28 : 418-421, 1983.
49. Margo KL, Margo GM : The problem of somatization in family practice. Am Fam Physician 49 : 1873-1879, 1994.

50. Marty P, de M'Uzan M : La pensée opératoire. Rev Franç Psychanal 27 : 345-355, 1963.
51. Mayou R, Bass Ch, Sharpe Michael : Treatment of fonctionnal somatic symptoms. Oxford University Press 1995.
52. Mechanic D : The concept of illness behaviour : culture, situation and personal predisposition. Psychological Medicine 16 : 1-7, 1986.
53. Morgan CD, Kremer E, Gaylor M : The behavioral medicine unit : a new facility. Comprehensive Psychiatry 20 : 79-89, 1979.
54. Penalosa B, Meiler A, Rothmeier C, Archinard M : Traitement de l'anorexie mentale dans une unité de traitement intégré médico-psychiatrique. Méd et Hyg 53 : 926-929, 1995.
55. Polatin PB, Gatchel RJ, Barnes D, Mayer H, Arens C, Mayer T : A psychosociomedical prediction model of response to treatment by chronically disabled workers with low back pain. Spine 14(9) : 956-961, 1988.
56. Portegijs PJ, Jeuken FM, van der Horst FG, Kraan HF, Knottnerus JA : A troubled youth : relations with somatization, depression and anxiety in adulthood. Fam Pract 13 : 1-11, 1996.
57. Quill TE : Somatization disorder . One of medicine's blind spots. JAMA 254 : 3075-3079, 1985.
58. Rief W, Heuser J, Maryhuber E, Stelzer I, Hiller W, Fichter MM : The classification of multiple somatoform symptoms. J Nerv Ment Dis, 184 : 680-687, 1996.
59. Rief W, Schaefer S, Hiller W, Fichter MM : Lifetime diagnoses in patient with somatoform disorders : which came first ? Eur Arch Psychiatry Clin Neurosc : 241 :236-240, 1992.
60. Robert M, Allaz A-F : Sensibilisation à la relation médecin-patient et lien soma-psyché. Médecine et Hygiène 58 : 856-864, 2000.
61. Rost KM, Akins RN, Brown FW, Smith GR : The comorbidity of DSM-III-R personality disorders in somatization disorder. Gen Hosp Psychiatry 14 : 322-326, 1992.
62. Rost K, Kashner TM, Smith RG Jr : Effectiveness of psychiatric intervention with somatization disorder patients : improved outcomes at reduced costs. Gen Hosp Psychiatry, 16(6) : 381-387, 1994.
63. Saravay SM, Steinberg MD, Weinschel B, Pollack S, Aloviz N : Psychological comorbidity and length of stay in the general hospital. Am J Psychiatry : 148 (3) : 324-329, 1991.
64. Sharpe M, Peveler R, Mayou R : The psychological treatment of patients with functional somatic symptoms : a practical guide. Journal of Psychosomatic Research, vol 36 : 515-529, 1992.
65. Simon GE, von Korff M : Somatization and psychiatric disorder in the NIMH Epidemiologic Catchment Area study. Am J Psychiatry 148 : 1494-1500, 1991.

66. Smith GR : The course of somatization and its effects on utilization of health care resources. *Psychosomatics* 35 : 263-267, 1994.
67. Smith GR, Monson RA, Ray DC : Psychiatric consultation in somatization disorder. *New Eng J Med* 22 : 1407-1413, 1986.
68. Smith GR, Rost K, Kashner TM : A trial of the effect of a standardized psychiatric consultation on health outcomes and costs in somatizing patients. *Arch Gen Psychiatry* 52 : 238-243, 1995.
69. Smith GR, Monson RA, Ray DC : Patients with multiple unexplained symptoms. Their characteristics, functional health, and health care utilization. *Arch Intern Med* 146 : 69-72, 1986.
70. Stern J, Murphy M, Bass C : Personality disorders in patients with somatisation disorder. *Br J Psychiatry* 163 : 785-789, 1993.
71. Stoudemire A, Fogel BS : Organization and development of combined medical-psychiatric units : part 1 and 2. *In* : *Principles of Medical Psychiatry*. Grune & Stratton, 1987 : 677-692.
72. Summergrad P : General hospital inpatient psychiatry in the 1990s : problems and possibilities . *Gen Hosp Psychiatry* 13 : 79-82, 1991.
73. Vannotti M, Célis-Gennart M, Stiefel F, Cochand P : Le problème des lombalgies et de leur chronicisation dans une optique de la complexité. *Bulletin des médecins suisses* 79 : 1299-1303, 1998.