

UNIVERSITE PARIS 7 – DENIS DIDEROT

**FACULTE DE MEDECINE**

---

Année 2010

n°

**THESE**

POUR LE

**DOCTORAT EN MEDECINE**

*(Diplôme d'Etat)*

PAR

**PATRIS Eric Charles**

Né le 22 mai 1975 à Strasbourg

*Présentée et soutenue publiquement le : 24 septembre 2010*

**LA PRISE EN CHARGE DES TROUBLES  
PSYCHOSOMATIQUES EN MEDECINE GENERALE:  
ETAT ACTUEL DU SAVOIR ET CONNAISSANCES  
DES MEDECINS GENERALISTES**

Président : Professeur André Muller

Directeur : Professeur Michel Kopp

**RESIDENT**

À mes maîtres, que je remercie pour leurs enseignements et leur disponibilité.

Aux membres du jury, les professeurs André Muller, Philippe Vautravers, Michel Kopp et Gilles Bertschy, qui me font l'honneur de juger cette thèse.

À mes parents et à mes amis qui m'ont soutenu en toutes circonstances... et pas des moindres.

Et à Zita, avec qui je compte voyager jusqu'au paradis...

## **SOMMAIRE**

<b>I. INTRODUCTION .....</b>	<b>10</b>
<b>II. DÉFINITIONS DE LA PSYCHOSOMATIQUE ET DE QUELQUES CONCEPTS CLEFS .....</b>	<b>13</b>
1) La psychosomatique.....	13
2) Le symbole, le sens, l'interprétation .....	16
3) La conversion .....	17
4) Le refoulement .....	19
5) Le stress .....	20
6) La relation malade-médecin et le transfert .....	22
<b>III. HISTORIQUE DE LA PSYCHOSOMATIQUE .....</b>	<b>24</b>
1) La maladie et la pensée animiste .....	25
a. Le phénomène chamanique.....	25
b. L'efficacité symbolique .....	27
c. Psychosomatique et thérapies traditionnelles .....	29
2) Médecine et religion .....	30
a. L'Antiquité grecque, Hippocrate et les maladies divines .....	30
b. Le Moyen Âge : le temps des miracles, des pèlerinages et des thaumaturges .....	31
c. Le mouvement romantique, naissance de la psychologie des profondeurs .....	32
3) Percées de la psychanalyse .....	34
a. Les premières avancées en psychosomatique (Ferenczi, Groddeck, Balint).....	34
b. L'école de Paris, le renouveau des théories psychanalytiques .....	40

c. Psychosomatique et psychologie médicale.....	43
4) Les approches pragmatiques et scientifiques.....	45
a. Le modèle bio-socio-psychologique.....	45
b. Comorbidité, stress et immunodépression.....	48
<b>IV. LE STRESS : EFFETS BIOLOGIQUES ET ÉVALUATION .....</b>	<b>52</b>
1) Les effets biologiques du stress .....	52
a. L'axe neuroendocrinien du stress .....	52
b. Rétrocontrôle du cortisol au niveau du système nerveux central .....	56
c. Stress et système nerveux autonome.....	58
d. Activation de l'axe du stress par le système immunitaire .....	60
e. Effets des glucocorticoïdes sur le système immunitaire.....	61
f. Stress et vieillissement du système nerveux.....	61
g. Hypothèse corticoïde de la dépression.....	62
2) Comment évaluer un stress ? .....	64
3) Des mécanismes physiopathologiques des symptômes fonctionnels.....	66
<b>V. LES TROUBLES ET PATHOLOGIES PSYCHOSOMATIQUES.....</b>	<b>69</b>
1) En cardiologie .....	69
2) En pneumologie .....	71
3) En neurologie .....	72
4) En gastroentérologie .....	74
5) En gynécologie.....	76
6) En uronéphrologie.....	77
7) En endocrinologie .....	78

8) En dermatologie.....	83
9) En ORL .....	86
10) En psychiatrie.....	87
11) En rhumatologie.....	89

## **VI. APPROCHE THÉRAPEUTIQUE DES TROUBLES**

### **PSYCHOSOMATIQUES ..... 92**

1) Des traitements symptomatiques .....	96
2) Les antidépresseurs .....	97
3) Les anxiolytiques .....	98
4) L'exercice physique .....	99
5) Mesures hygiéno-diététiques .....	99
6) Physiothérapie et kinésithérapie .....	100
7) Biofeedback .....	100
8) Relaxation .....	101
9) Thérapies comportementales et cognitives structurées .....	102
10) Psychoanalyse .....	103
11) Psychothérapies psychodynamiques.....	103
12) L'hypnose .....	105
13) Thérapies familiales .....	105
14) Médecines alternatives.....	106
15) Conclusion .....	106

<b>VII. MATÉRIEL ET MÉTHODES.....</b>	<b>108</b>
1) Recrutement des médecins généralistes pour le questionnaire.....	108
2) Questionnaire .....	109
3) Résultats: les réponses des médecins généralistes.....	114
a. Question 1 : Comment définissez-vous la psychosomatique ? Pouvez-vous indiquer en quelques points ce qui caractérise un trouble psychosomatique ?.....	114
b. Question 2 : Avez-vous eu un enseignement et une formation particulière en médecine psychosomatique durant votre cursus universitaire ? Si oui, en quoi cela a-t-il consisté ? .....	120
c. Question 3 : La psychosomatique présente-t-elle un intérêt pour vous ? Pourquoi ?.....	122
d. Question 4 : Pensez-vous avoir parmi vos patients des personnes souffrant de troubles psychosomatiques et si oui, pourriez-vous en estimer la proportion ? .....	125
e. Questions 5 et 6 : - Quelles sont à votre sens les spécialités concernées par la psychosomatique ? - Pouvez-vous donner un exemple de trouble psychosomatique pour chaque spécialité que vous avez retenue ? .....	127
f. Question 7 : Pensez-vous que les pathologies cancéreuses peuvent rentrer dans le cadre des pathologies psychosomatiques et si oui dans quelle mesure ? .....	135
g. Question 8 : Pensez-vous que certaines douleurs peuvent être d'origine psychosomatique, et si oui pouvez-vous donner un ou plusieurs exemples ? .....	139
h. Question 9 : Pensez-vous que des troubles psychosomatiques puissent être à l'origine de maladies infectieuses ? Pourquoi ? .....	141
i. Question 10 : Qu'est-ce qui vous amène à évoquer l'origine psychosomatique de symptômes ou de maladies chez certains patients ? .....	143

- j. Question 11 : Avez-vous recours à des examens complémentaires avant de poser le diagnostic de pathologie psychosomatique ?..... 146
- k. Question 12 : Est-ce que l'origine psychosomatique de certaines pathologies chez vos patients vous amène à leur consacrer plus de temps et si oui, cela constitue-t-il un problème lors de votre exercice au quotidien ?..... 147
- l. Question 13 : Quel type de traitement ou de prise en charge préconisez-vous chez vos patients présentant un trouble psychosomatique ..... 150
- m. Question 14 : Pensez-vous que le fait d'ignorer la dimension psychosomatique d'une maladie peut avoir des effets iatrogènes ? Pourquoi ? ..... 152
- n. Question 15 : Pensez-vous que la psychosomatique soit une discipline d'avenir ou pensez-vous au contraire que les progrès de la science vont restreindre progressivement le domaine des maladies psychosomatiques ? ..... 155
- o. Question 16 : Pensez-vous qu'il soit utile voire nécessaire de développer l'enseignement des maladies psychosomatiques ? ..... 158
- p. Question 17 : Quel serait selon vous le meilleur support pédagogique pour que cet enseignement soit efficace ? ..... 160
- q. Question 18 : Pensez-vous qu'un tel enseignement permettrait d'approcher le malade dans sa globalité ? ..... 162
- 4) Discussion : analyse des réponses des médecins généralistes..... 163
- a. Analyse de la question 1 : Comment définissez-vous la psychosomatique ? Pouvez-vous indiquer en quelques points ce qui caractérise un trouble psychosomatique ? ..... 163
- b. Analyse de la question 2 : Avez-vous eu un enseignement et une formation particulière en médecine psychosomatique durant votre cursus universitaire ? Si oui, en quoi cela a-t-il consisté ? ..... 168
- c. Analyse de la question 3 : La psychosomatique présente-t-elle un intérêt pour vous ? Pourquoi ..... 169

- d. Analyse de la question 4 : Pensez-vous avoir parmi vos patients des personnes souffrant de troubles psychosomatiques et si oui, pourriez-vous en estimer la proportion ?..... 171
- e. Analyse des questions 5 et 6 :  
 - Quelles sont à votre sens les spécialités concernées par la psychosomatique ?  
 - Pouvez-vous donner un exemple de trouble psychosomatique pour chaque spécialité que vous avez retenue ?..... 173
- f. Analyse de la question 7 : Pensez-vous que les pathologies cancéreuses peuvent rentrer dans le cadre des pathologies psychosomatiques et si oui dans quelle mesure ?..... 181
- g. Analyse de la question 8 : Pensez-vous que certaines douleurs peuvent être d'origine psychosomatique, et si oui pouvez-vous donner un ou plusieurs exemples ?..... 183
- h. Analyse de la question 9 : Pensez-vous que des troubles psychosomatiques puissent être à l'origine de maladies infectieuses ? Pourquoi ?..... 185
- i. Analyse de la question 10 : Qu'est-ce qui vous amène à évoquer l'origine psychosomatique de symptômes ou de maladies chez certains patients ?..... 187
- j. Analyse de la question 11 : Avez-vous recours à des examens complémentaires avant de poser le diagnostic de pathologie psychosomatique ?..... 190
- k. Analyse de la question 12 : Est-ce que l'origine psychosomatique de certaines pathologies chez vos patients vous amène à leur consacrer plus de temps et si oui, cela constitue-t-il un problème lors de votre exercice au quotidien ?..... 191
- l. Analyse de la question 13 : Quel type de traitement ou de prise en charge préconisez-vous chez vos patients présentant un trouble psychosomatique ?..... 192
- m. Analyse de la question 14 : Pensez-vous que le fait d'ignorer la dimension psychosomatique d'une maladie peut avoir des effets iatrogènes ? Pourquoi ?..... 193

n. Analyse de la question 15 : Pensez-vous que la psychosomatique soit une discipline d'avenir ou pensez-vous au contraire que les progrès de la science vont restreindre progressivement le domaine des maladies psychosomatiques ? .....	194
o. Analyse de la question 16 : Pensez-vous qu'il soit utile voire nécessaire de développer l'enseignement des maladies psychosomatiques ?.....	197
p. Analyse de la question 17 : Quel serait selon vous le meilleur support pédagogique pour que cet enseignement soit efficace ?.....	198
q. Analyse de la question 18 : Pensez-vous qu'un tel enseignement permettrait d'approcher le malade dans sa globalité ? .....	199
<b>VIII. CONCLUSIONS .....</b>	<b>200</b>
<b>IX. BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>203</b>

## **I. INTRODUCTION :**

Les médecins généralistes sont souvent confrontés à des pathologies et des situations cliniques qui ne correspondent pas directement au cadre physiopathologique organique qui leur a été enseigné durant leurs études. Ils constatent la fréquence de pathologies somatiques dont le déclenchement et l'évolution laissent supposer l'incidence de facteurs psychologiques.

Actuellement la médecine n'est pas en mesure d'expliquer toutes les maladies.

Elle fragmente, morcelle le corps humain en différentes entités anatomiques et chaque patient, suivant l'organe atteint se voit orienté vers la spécialité médicale correspondante afin de proposer une solution thérapeutique idéale.

Mais parfois les médecins s'enlisent dans des démarches diagnostiques et thérapeutiques en se focalisant sur l'organe malade ou l'organe qui souffre et n'aboutissent à aucun résultat positif, à aucune amélioration clinique chez le patient. On constate même dans certains cas le développement de troubles iatrogènes, susceptibles de devenir chroniques.

De nos jours, la médecine est une discipline éclatée en de multiples spécialités scientifiques qui excluent une approche globale de l'être humain et par conséquent certaines pathologies ne sont abordées qu'au travers de leurs résultantes et non depuis leur plus profonde origine, vouant ainsi le médecin à l'échec.

Aussi s'avère-t-il essentiel de reconsidérer le patient dans son ensemble afin d'éviter une déshumanisation de la médecine et une iatrogénisation de certaines pathologies.

Dans la prise en charge psychosomatique, l'approche globale de la personne doit tenir compte à la fois de la dimension corporelle et du psychisme. L'appréhension du corps y est particulière. Elle tend à unifier les différentes dimensions corporelles qu'elles soient réelles, imaginaires, symboliques ou encore érotiques. Elle prend en compte la nécessité d'écarter tout clivage corporel. Le corps est tel une toile où le psychisme s'exprime. L'approche psychosomatique aide ainsi à la compréhension des formes d'expression corporelle de souffrances psychiques.

Cela dit, dans notre société où le stress est vulgarisé et omniprésent, nombreux sont les motifs de consultations médicales qui y sont étroitement liés. Et même si le stress est inhérent à toute forme de vie, il n'en demeure pas moins pathogène.

Le médecin généraliste, de par son rôle de premier consultant, de médecin de famille et de coordinateur de soins, est au centre même de toute démarche de prise en charge de troubles psychosomatiques ou de toute maladie envisagée sous l'angle psychosomatique.

L'objectif de ce travail consiste à confronter l'état actuel du savoir avec les connaissances des médecins généralistes, dans la prise en charge des troubles psychosomatiques.

Nous partons de la supposition (mais ceci n'est qu'une supposition), que le niveau global des connaissances en médecine psychosomatique des médecins généralistes est généralement très inférieur à l'état réel du savoir. Il est vraisemblable que selon l'intérêt porté par chacun à ces questions, le niveau individuel de connaissances sera très variable, mais que de toutes les façons ce n'est pas durant les études de médecine que les médecins généralistes se sont, le cas échéant, formés à la psychosomatique.

Pour répondre à cela, une enquête a été réalisée auprès de médecins généralistes sous la forme d'un questionnaire écrit. Ce questionnaire a été défini dans le but d'objectiver le niveau de formation et de connaissance des médecins généralistes en psychosomatique, et d'appréhender les moyens avec lesquels ils font face à l'ensemble des problèmes posés par la psychosomatique au travers de leur exercice médical.

Aussi, une meilleure connaissance des théories et des données de la recherche clinique en psychosomatique compléterait la formation du médecin généraliste. Il pourrait dès lors appréhender les patients dans leur globalité, sans marquer de coupure radicale entre les entités que sont le corps et l'esprit.

## **II. Définitions de la psychosomatique et de quelques concepts clefs**

### 1) La psychosomatique

D'une manière très générale, le terme psychosomatique renvoie à l'approche clinique et théorique des causes psychologiques des maladies somatiques.

Il s'agit d'un concept extrêmement large englobant des axes de recherche hétérogènes ; en effet, la notion de cause ou de facteur psychologique reste aujourd'hui vague. Même si, pour la majorité des médecins, la plupart des malades et le grand public, cette dimension de la médecine apparaît incontournable, elle repose davantage sur l'expérience clinique et l'intuition des praticiens.

Comment peut-on définir une cause psychologique ?

Si on donne au mot psychosomatique un sens restreint, on doit exclure de ce champ les conséquences physiques des maladies mentales et des comportements ayant une incidence directe ou indirecte sur la santé. Ainsi par exemple on peut citer :

- la cachexie dans l'anorexie mentale
- les conséquences somatiques d'une addiction
- les lésions provoquées ou entretenues dans les cas de pathomimie, de syndrome de Munchausen

- les automutilations dans les cas de psychose infantile.

Sur la question de la névrose hystérique et des symptômes de conversion les avis sont partagés. Certains restent fidèles au principe de réserver l'appellation « maladie psychosomatique » à des troubles somatiques incontestablement lésionnels (ulcère digestif, infarctus du myocarde, cancers...). D'autres donnent au mot conversion un sens plus global incluant les symptômes fonctionnels et les troubles lésionnels exprimant dans le corps un conflit inconscient faute de pouvoir s'exprimer dans un agir, une parole, une décision.

Dans une telle perspective, la cause psychologique de la maladie repose sur une hypothèse psychanalytique ; cette cause est par définition méconnue avant toute investigation psychologique, elle est en d'autres termes, non mentalisée.

Mais la notion de causalité psychosomatique intéresse aussi le domaine des émotions, des traumatismes psychiques, des situations de stress. Soit que le traumatisme soit évident et connu (dans le cas de deuil, de situation d'échec, de catastrophe...) soit qu'il s'agisse d'un malaise lié à un contexte familial, social ou professionnel dont le sujet a conscience mais qu'il n'est pas en mesure de résoudre seul.

En résumé, la causalité psychosomatique intéresse aussi bien l'organisation intime de la personnalité, la « face cachée » de la vie psychique que

l'environnement, les évènements vécus et toutes les formes de souffrance morale (angoisse, dépression, frustration). Toute démarche thérapeutique entreprise dans un esprit psychosomatique ne peut ignorer ni l'une ni l'autre, partant du principe que la maladie survient dans cet interface complexe d'une personne singulière et d'un destin singulier.

Mais la (ou les) définition de la psychosomatique ne serait pas complète sans indiquer les recherches qui tendent à objectiver les mécanismes psychophysio-pathologiques (ou neuro-endocriniens, ou cognitivo-neuropathologiques) de certaines maladies organiques. On connaît de mieux en mieux les chaînons intermédiaires entre traumatisme psychique (le stress) et les désordres physiologiques qui peuvent prédisposer et déclencher des maladies organiques.

La synthèse entre toutes les psychosomatiques est loin d'être aboutie et si le mot rejoint le monde de l'esprit (ou du symbole) et l'espace du corps (matériel), la coupure demeure en grande partie mystérieuse.

Il n'en reste pas moins que la psychosomatique, rejoignant la psychologie médicale, définit aujourd'hui une forme d'humanisme médical. Elle soutient l'attention des praticiens, et au premier chef les médecins généralistes, sur la personne malade et l'importance de la relation malade-médecin dans l'évolution d'un grand nombre de symptômes, souvent qualifiés d'inexplicables, mais aussi

de pathologies authentiquement organiques. En ce sens, la psychosomatique désigne aussi un état d'esprit du médecin qui se veut ouvert à tous les aspects subjectifs, familiaux, sociaux de l'autre malade.

## 2) Le symbole, le sens, l'interprétation

La pensée psychosomatique doit à ses sources romantiques (Heinroth) l'hypothèse que la maladie aurait une signification morale.

Si cette idée s'inscrit dans le prolongement de croyances ancestrales, elle marque une étape importante car elle esquisse les contours d'une psychologie des profondeurs qui trouvera dans la psychanalyse un développement dépouillé de ses principes moraux.

Depuis, nombre de psychanalystes et philosophes intéressés par la médecine se sont posé la question de ce que la maladie ou le symptôme cherchait à exprimer. A-t-elle un sens ? Et si elle en a un, son décryptage peut-il avoir une utilité thérapeutique ?

Autrement dit, peut-on interpréter une maladie comme un message qui n'aurait pas trouvé d'autre voie que celle du corps ?

Autre question, la maladie a-t-elle une fonction, une utilité, une fin quelconque ? Permet-elle de résoudre des problèmes existentiels ? En marque-t-elle l'échec de l'être humain, de la personne, du Moi devant de tels problèmes ? Est-elle une autopunition, une recherche de reconnaissance, l'expression de pulsions de mort ? Le corps a-t-il son langage propre ou se fait-il l'interprète de ce que le psychisme, la pensée et la parole ne parviennent pas à symboliser et exprimer ?

Pour commencer à y voir plus clair, ne faut-il pas reconnaître que la maladie s'explique et s'interprète à différents niveaux :

- le niveau psychopathologique qui relève de la science,
- le niveau de la psychologie consciente (le stress, l'environnement affectif, les problèmes actuels),
- le niveau inconscient qui relève de la psychothérapie,

tout en sachant que ces niveaux restent toujours en interaction et que le sens donné à la maladie ne peut rester équivoque.

### 3) La conversion

C'est dans un article datant de 1894 sur « les névro-psychoses de défense » que Freud emploie pour la première fois le terme de conversion. On peut y lire : « dans l'hystérie, l'action de rendre inoffensive la représentation inconciliable se

produit du fait que sa somme d'excitation est transposée dans le corporel, ce pourquoi j'aimerais proposer le nom de conversion. »

Ce saut du psychisme dans l'innervation somatique restera une énigme. Freud cependant avancera une hypothèse d'ordre neurologique pour expliquer par quelles voies se produit ce saut du psychisme dans le somatique : « la conversion se produit en suivant une innervation motrice ou sensorielle qui se trouve dans une corrélation intime ou d'avantage relâchée avec l'expérience vécue traumatique. »

Notons que la notion de conversion est très étroitement liée dans la théorie freudienne à la notion de traumatisme psychique. Freud, en observant des patients hystériques ayant développé des symptômes à la suite d'un traumatisme, constate une dissociation entre la représentation du traumatisme et l'affect (la charge émotionnelle) liée à cette représentation. Autrement dit, ce que le sujet refoule est de l'ordre de l'angoisse. Le bénéfice du symptôme de conversion serait d'épargner au sujet la souffrance de l'angoisse. Mais notons que le souvenir du traumatisme lui-même peut être refoulé et le sujet ignore, grâce à cette sorte d'oubli, ce qui est à la source de cette angoisse.

L'extension du concept de conversion aux maladies somatiques a suscité beaucoup de discussions. Le modèle de conversion a le mérite et le défaut de pouvoir faire un trait d'union entre un phénomène purement psychique et sa traduction ou sa métamorphose en symptôme somatique.

Des auteurs comme Charles Brisset, Jean Paul Valabrega et beaucoup d'autres, n'hésitent pas à englober sous la notion de conversion, les « classiques » symptômes hystériques et certaines pathologies indiscutablement organiques.

Faut-il suivre Georg Groddeck sur la piste d'un monisme inconditionnel et considérer que psychisme et somatique ne font qu'un ?

D'un point de vue très pragmatique, le médecin généraliste dans le contexte actuel des connaissances scientifiques et également dans celui de la déontologie, ne peut pas se permettre de confondre purement et simplement symptômes névrotiques et maladies organiques. L'hystérie reste, en médecine quotidienne, un diagnostic d'élimination. Mais dès lors qu'un trouble organique demeure introuvable et que la conversion s'impose comme l'hypothèse la plus probable, le praticien doit en tirer les conséquences et se tourner vers une approche psychodynamique du problème posé par le patient.

#### 4) Le refoulement

Le refoulement occupe une place cruciale dans la théorie freudienne des névroses. Par ce mécanisme, on l'a vu à propos de la conversion, la représentation consciente d'un souvenir traumatique ou du fantasme lié à ce traumatisme, fait l'objet d'un enfouissement dans les couches inconscientes du psychisme.

Le refoulement a souvent été identifié à une défense du Moi, épargnant ainsi l'angoisse de devoir effacer dans son fonctionnement des souvenirs pénibles ou préjudiciables à ses idéaux.

Le symptôme névrotique (conversion, phobie, obsession) témoigne d'un compromis entre le refoulé toujours actif en profondeur et une réalité, autrement dit les contraintes de la vie relationnelle.

Ce processus rend assez bien compte des symptômes névrotiques post-traumatiques quand le traumatisme est récent et que le lien chronologique avec l'apparition du symptôme apparaît évident. L'hypothèse freudienne étend cette logique aux traumatismes infantiles dont il découvre la signification sexuelle. La psychanalyse repose sur une théorie psychogénétique des névroses. Freud réfute son extension aux maladies somatiques car il ne veut pas que ces maladies soient à la portée d'un traitement psychanalytique et que la levée du refoulement ne sert pas à renverser le cours de telle maladie.

## 5) Le stress

Le mot stress vient d'une importation du mot français détresse dans la langue anglaise. Il y a trouvé plusieurs significations autour de la notion de contrainte exercée par une force sur un matériau et par extension, sur un organisme vivant.

Des biologistes tels que Cannon et Selye sont parmi les premiers chercheurs qui ont étudié les réactions de l'animal et de l'homme aux agressions. Les situations de stress n'ont pas été appréhendées au départ comme nécessairement pathogènes ; elles font partie de la vie de tout organisme luttant pour protéger son existence et rétablir les équilibres (principalement neuro-endocriniens) perturbés par les changements survenant dans son milieu.

Les psychologues et les psychiatres (tels que Jean Delay en France) ont étendu la notion de stress aux situations et aux traumatismes psychiques mettant en jeu des mécanismes de défense, lesquels peuvent être mis en échec, laissant ainsi s'installer des pathologies mentales ou des maladies psychosomatiques.

On savait que des traumatismes violents (chocs électriques, confinement...) pouvaient causer des lésions organiques chez l'animal, comme par exemple des ulcérations digestives.

Le mot stress renvoie aujourd'hui aux effets psychologiques des situations de tension d'angoisse, d'échec, de deuil... (anxiété, angoisse, dépression) qui pourraient être aussi la résultante de microtraumatismes qui ne sont pas toujours clairement identifiés.

L'état de stress est devenu une banalité psychologique. Il explique tout : « il faut lutter contre le stress pour préserver sa santé », autrement dit chercher des moyens de se détendre, se relaxer, se distraire... Mais les praticiens, notamment les médecins généralistes, repèrent plus ou moins clairement des problématiques personnelles derrière l'écran banalisant du stress. D'où l'intérêt de l'approche

psychothérapique des états d'anxiété et de dépression rencontrés en médecine générale.

## 6) La relation malade-médecin et le transfert

Toute relation malade-médecin comporte un aspect formel (plainte du malade, examen, recherche du diagnostic, prescription...) qui relève d'un apprentissage de comportements plus ou moins ritualisés et répétitifs exigeant des facultés d'adaptation du médecin à des situations variables mais suffisamment « typées » pour repérer un certain nombre de problèmes et de pièges cliniques (telle patiente est connue pour être une « grande hystérique », tel hypochondriaque revendique et menace, tel psychopathe n'en fait qu'à sa tête...).

Mais la relation se déroule aussi sur le plan de la rencontre de deux subjectivités, de deux personnes qui n'ont pas totalement conscience du pourquoi de leurs attitudes et de leurs réactions à l'attitude de l'autre.

On entend par transfert non seulement l'état affectif du patient vis-à-vis du médecin, « vous êtes ma seule planche de salut, vous êtes le seul en qui je peux faire confiance... » mais ce que chacun des protagonistes rejoue de sa propre histoire sur la scène (formelle) de la relation malade-médecin.

Cette répétition renvoie de manière parfois caricaturale à des situations infantiles et mobilise des complexes non résolus : culpabilité vis-à-vis d'un des parents, quête affective laissée en souffrance, sentiment d'injustice... ne sont que des exemples parmi d'autres. La pratique de la médecine, dans la grande majorité des cas, n'exige pas que l'on se préoccupe des conflits inconscients des patients et de la manière dont ils les mettent en acte dans leur relation au médecin. Le transfert ne constitue pas une pathologie ou une anomalie ; tout malade fait un transfert sur son médecin et ce phénomène banal peut constituer un support positif au projet thérapeutique. Par contre, il arrive assez souvent que le patient « résiste » de manière paradoxale aux efforts du thérapeute et marque un attachement en apparence contradictoire à ses symptômes, voire à sa maladie.

M. Balint s'est particulièrement intéressé à ces problèmes et la technique qu'il a mis au point dans ses groupes permet aux médecins d'analyser les soubassements inconscients de problèmes cliniques insolubles par des moyens médicaux ou des explications psychologiques simples.

### **III. Historique de la Psychosomatique**

L'histoire de la psychosomatique ne se résume pas à celle d'une discipline médicale au sens moderne mais déborde sur la plupart des sciences de l'homme. L'idée même de maladie psychosomatique renvoie à des conceptions différentes de l'être humain, elle soulève la question très générale des rapports entre l'« âme », l'« esprit », le « mental »... d'une part et le corps, le somatique, l'organique... d'autre part.

Mais la psychosomatique pose d'autres questions que la coupure entre l'âme et le corps ; elle intéresse non seulement les médecins, mais les philosophes, les anthropologues, les psychanalystes et également les spécialistes des sciences de la nature.

Pour plus de clarté nous adopterons le plan suivant :

1. La maladie et la pensée animiste
  - a. Le phénomène chamanique
  - b. L'efficacité symbolique
  - c. Psychosomatique et thérapies traditionnelles
2. Médecine et religion
  - a. L'Antiquité grecque, Hippocrate et les maladies divines
  - b. Le Moyen Âge: le temps des miracles, des pèlerinages et des thaumaturges

- c. Le mouvement romantique, naissance de la psychologie des profondeurs
3. Percées de la psychanalyse
    - a. Les premières avancées en psychosomatique (Ferenczi, Groddeck, Balint)
    - b. L'école de Paris, le renouveau des théories psychanalytiques
    - c. Psychosomatique et psychologie médicale
  4. Les approches pragmatiques et scientifiques
    - a. Le modèle bio-socio-psychologique
    - b. Comorbidité, stress et immunodépression

## 1. La maladie et la pensée animiste

### **a) Le phénomène chamanique**

L'étude du chamanisme et à travers lui celle des thérapies traditionnelles, des medecin-men, des sorciers, démontre que les premières médecines se fondaient sur des croyances pré religieuses (pensées magiques et conceptions animistes de l'univers).

Comment définir et décrire le chamanisme ? Nous prendrons pour exemple le chamanisme sibérien considéré comme une des formes les plus « pures » ou du

moins « préservée » des cultures chamaniques. Dans son groupe le chamane intervient non seulement comme médecin, ses dons lui permettent de résoudre toutes sortes de problèmes : en négociant avec les « esprits » et d'une manière générale avec toutes les forces obscures qui « animent » le monde sensible, il remédie à leurs caprices et peut par exemple faire réintégrer dans le corps du malade ou dans un de ses organes les énergies qui l'avaient quitté. Il peut à l'inverse chasser la cause de la maladie en lui donnant une pseudo matérialité capable d'impressionner l'esprit du malade.

Il est bon de rappeler que l'émergence du chamanisme est probablement contemporaine de celle de l'humanité au sens des premières organisations sociales structurées par le langage. Autrement dit les premiers chamanes furent désignés comme des « passeurs » entre le monde des choses concrètes (le monde réel) et le monde imaginaire des esprits des morts mais aussi de tous les êtres peuplant l'univers. Prêtre, magicien, poète, guérisseur... le chamane est ainsi venu occuper au sein des premières communautés humaines une place d'exception conférant à sa personne sa parole et ses actions un caractère sacré.

Concrètement ses dons et ses savoirs lui permettent grâce à la « transe » de voyager dans le monde mystérieux des entités supranaturelles qui décident du sort des mortels.

Dans ce contexte chamanique la maladie prend une signification psychosomatique car les forces qui la déterminent ne doivent rien au hasard. Elle n'est pas un événement naturel au sens moderne du terme. Sa survenue

exige une explication : par exemple la colère d'ancêtres dont on a négligé les funérailles ou offensé la mémoire, ou bien le mauvais sort jeté par un ennemi, autant de ressentiments, de pensées vengeresses, d'intentions malveillantes qui peuvent expliquer les désordres du corps malade.

En toute cohérence le remède sera lui-même « psychosomatique ». Le chamane s'inspire des théories qui ont cours dans son groupe social. Ce ne sont pas pour lui des croyances ou des mythes, ce sont pour lui et ses congénères des vérités incontournables pour expliquer ce qui se passe dans le monde et dans la vie des hommes. Les techniques que le chamane va mettre en œuvre visent à remettre en ordre des liens et des équilibres temporairement troublés. Les symboles, les images allégoriques et épiques qu'il manipule dans ses incantations et ses rituels constituent une véritable psychothérapie. Ses gestes et ses paroles procèdent de la pensée magique. Il faut l'entendre comme recherche d'effet de suggestion et non pas seulement croyance naïve et dépassée.

### **b. L'efficacité symbolique**

Dans « Anthropologie structurale » Claude Lévi Strauss aborde dans le chapitre intitulé « l'efficacité symbolique » la description et l'analyse théorique d'une thérapie chamanique pratiquée en Amérique du Sud chez les indiens Cuna. Rappelons qu'il s'agit d'un accouchement difficile. Le chamane va se lancer

dans de longues incantations qui racontent sur un mode métaphorique (et épique) toute l'histoire de cet accouchement difficile. Cette longue mélodie incantatoire met en scène sous forme de véritable « personne » les organes et les forces vitales impliquées. Il y est question de l'esprit du fœtus, de l'esprit de l'utérus... du vagin et de tous les protagonistes du processus de l'accouchement. Ce que nous devons souligner ici c'est que le chamane reprend le cours des événements sous une forme narrative mais de surcroît il corrige et infléchit le cours de choses en racontant de manière insistante et stéréotypée comment les choses doivent finalement se dérouler. Il faut également souligner que le chamane est censé « connaître » ses interlocuteurs. Il sait à qui il parle et comment lui parler. En un mot il s'adresse à un corps totalement animé par le savoir traditionnel dont il s'inspire.

Comment comprendre « l'efficacité symbolique » au sens que lui donne Claude Lévi Strauss ? Le levier essentiel dont se sert le chamane tient au pouvoir des mots. Il faut faire la part de l'effet hypnotique de ses incantations qui mettent certainement la parturiente dans un état de grande suggestibilité. D'autre part son propos établit une sorte de trait d'union entre les âmes du fœtus, des organes, de la mère et ce qui se passe réellement dans le corps de cette dernière. Si les mots du chamane « font mouche » c'est parce que les représentations, les mythes, les symboles qu'il utilise au cours de la thérapie s'inscrivent dans la langue, la culture et l'imaginaire de son groupe.

Ce processus, nous le retrouverons à propos de médecine et religion et de façon plus générale à propos des liens entre médecine et psychothérapie.

### **c. Psychosomatique et thérapies traditionnelles**

Nombreux sont les historiens de la médecine et de la psychosomatique qui ont soulevé la question d'une « régression », d'un retour ascientifique à des croyances primitives. Ils ont raison sur plusieurs points. Dans les cultures chamaniques et d'une manière générale dans celles où les thérapies traditionnelles sont toujours pratiquées (soit parallèlement soit mélangées à la médecine occidentale) la maladie prend de manière quasi automatique un sens et ceci en conformité avec le discours dominant : malédictions, persécutions, colère des ancêtres...

Ils ont raison également de souligner le caractère « primitif » pour ne pas dire infantile des thérapies basées sur le principe de la toute puissance des pensées, des paroles et des gestes.

A l'inverse certains pensent que la médecine occidentale et moderne a perdu quelque chose d'essentiel en désacralisant le corps et la maladie. Autrement dit que le matérialisme qui s'est développé à partir du siècle des Lumières (« l'Homme machine », La Mettrie) a privé la médecine d'une part importante de son humanité. La psychosomatique pourrait ainsi se comprendre comme une

sorte de retour, une retrouvaille d'un corps qui « parle », d'une redécouverte de la valeur symbolique des symptômes et des maladies. Rien d'étonnant de voir de nombreux médecins se tourner vers des pratiques soit exotiques soit plus nettement marginales pour répondre à des attentes des malades souvent déçus par la médecine de leur temps et de leur culture.

## 2. Médecine et religion

### a) **L'Antiquité grecque, Hippocrate et les maladies divines**

Comme nous l'avons vu les premières théories ou plus exactement les premiers savoirs sur la maladie reposaient sur la pensée magico-religieuse. On a pris l'habitude de reconnaître dans l'œuvre d'Hippocrate (vers 460 av. JC à vers 370 av. JC) le véritable fondement de la médecine occidentale au sens clinique et éthique. Au temps d'Hippocrate, qui est aussi celui de Platon (428-427 av. JC à 347-346 av. JC) et d'Aristote (384 av. JC à 322 av. JC) se pratiquent des « thérapies divines » dont il n'est pas difficile de reconnaître l'héritage chamanique. Mais au monde des esprits a succédé l'Olympe dominé par Apollon. Pour faire le diagnostic des maladies d'origine divine on a recours aux oracles dont la Pythie est resté le modèle le plus célèbre. Comment opère la Pythie ? Elle se met en transe et se laisse traverser par la parole des dieux. Il ne reste plus au prêtre et au médecin que de traduire son message. Rappelons à titre

d'exemple que l'oracle de Delphes avait à sa manière fait le diagnostic « psychosomatique » de la peste qui ravageait la ville de Thèbes en dénonçant Œdipe comme responsable de ce fléau. Comme le rapporte le mythe, Œdipe fut chassé de Thèbes pour avoir commis le double crime d'inceste et de parricide.

Là où Hippocrate innove c'est dans la distinction entre maladie divine et maladie naturelle (les Grecs appellent la nature *physis*).

Hippocrate n'entend pas laïciser la médecine mais introduit une nouvelle approche, une nouvelle méthode d'observation, de nouveaux liens avec le patient... en un mot il invente la consultation, véritable prototype de la relation malade-médecin au sens moderne du terme. Il invente de nouvelles classifications s'appuyant sur des théories humorales préfigurant notre physiopathologie. Certaines maladies du corps comme de l'esprit trouvent avec Hippocrate une explication « naturelle » et le traitement se devra de privilégier la diététique, l'hygiène de vie, la qualité de l'environnement... autant de paramètres que les médecines dites naturelles n'ont cessé de ré inventer.

### **b. Le Moyen Âge : le temps des miracles, des pèlerinages et des thaumaturges**

On sait que la pensée magique n'a jamais totalement quitté la pensée des malades et les réponses des médecins. Dans ce qu'on appelle le Moyen Âge, ce

millénaire qui s'ouvre avec la chute de Constantinople et s'éteint au moment de la Renaissance, la foi chrétienne donne souvent à la maladie une signification morale. Les théories « peccamineuses » de la maladie se prolongent par des traitements d'inspiration essentiellement religieuse. C'est le temps des miracles, manifestations spectaculaires des pouvoirs divins. A partir de miracles célèbres s'élaborent des légendes et certains lieux où se sont produits ces événements merveilleux deviennent des lieux de pèlerinage souvent spécialisés dans telle ou telle pathologie. Le prix à payer pour guérir (si Dieu le veut !) est le sacrifice d'un long et périlleux voyage sur des chemins semés d'embûches. S'y ajoutent des prières, des offrandes. La providence peut mettre sur le chemin du malade un thaumaturge autrement dit un personnage hors du commun, un évêque ou un roi, doué de pouvoirs surnaturels. Parallèlement à cette interprétation religieuse des malheurs de l'homme, perdure un savoir scolastique autrement dit un savoir théorique hérité des maîtres de l'Antiquité Gréco-romaine.

### **c. Le mouvement romantique, naissance de la psychologie des profondeurs**

L'œuvre de Heinroth (1773-1843) marque un virage significatif dans l'histoire de la psychosomatique et plus globalement dans l'histoire de la psychologie. Cet aliéniste viennois appartient au mouvement romantique de la médecine et de la

psychiatrie au début du 19<sup>e</sup> siècle. Ces romantiques étaient aussi qualifiés de « spiritualistes » ou « psychistes » en opposition avec les somaticiens qui défendaient à l'époque des conceptions organicistes autrement dit matérialistes de la pathologie. Heinroth et quelques autres (Ideler, Feuchterleben, Reil) gardaient une vision morale au sens strictement luthérien des causes de certaines maladies et de certains désordres mentaux. C'est par conséquent à contre courant des Bichat, Laennec, que s'inscrit la pensée de l'inventeur du mot psycho-somatique, encore marqué par l'écart d'un trait d'union. Ce trait d'union reste le symbole fort de la division de l'homme sain ou malade entre un corps mortel et une âme immortelle. Vivant, le corps demeure le lieu des passions coupables et les plaisirs qu'il revendique se payent au prix de la maladie comme autant de péchés.

Heinroth et les médecins qui partagent ses vues inaugurent néanmoins la psychologie au sens moderne du terme. Alors que la philosophie des Lumières semblait avoir fait triompher la raison et un élan philanthropique capable d'émanciper la société des pouvoirs divins, le romantisme semble revenir à une forme d'obscurantisme. En fait à partir de notions aussi classiques que celles du bien et du mal, il donne à la psychologie de l'homme malade une profondeur subjective préfigurant la notion de conflictualité entre des forces, des instances intériorisées dans la personne. La conscience morale devient chez Heinroth l'« *Uberuns* » (littéralement le « sur-nous ») annonçant le surmoi freudien. Si Heinroth ne quitte pas le terrain de la morale et de la faute objective, il prépare

celui de l'Inconscient. La culpabilité sera alors comprise comme un sentiment symptomatique d'une lutte interne et non plus comme transgression d'interdits moraux. En d'autres termes ce qui dans la maladie était compris comme l'expiation d'une faute va prendre avec la psychanalyse le sens d'un conflit inconscient.

### 3. Percées de la psychanalyse

#### **a. Les premières avancées en psychosomatique (Ferenczi, Groddeck, Balint)**

Freud (1856-1939) a toujours clairement distingué les symptômes hystériques des maladies somatiques. Cependant son approche clinique des névroses et particulièrement celle des symptômes hystériques l'ont amené à créer des outils théoriques originaux dont se sont servis certains de ses élèves dans le domaine de la psychosomatique. Le concept de « conversion » apparaît pour la première fois chez Freud en 1894. Par le mot de conversion Freud entend indiquer une transformation mystérieuse d'un affect (une émotion liée à une représentation traumatique) en symptômes d'apparence neurologique : inhibitions, spasmes, douleurs... Le premier modèle de l'appareil psychique repose sur les notions (topiques) de conscient, de préconscient et d'inconscient. Ce modèle n'est pas sans rapport avec le mécanisme de conversion car dans le cas de figure

particulier de l'hystérie post traumatique, Freud met en cause le mécanisme de refoulement à comprendre dans une approche rapide comme une sorte d'oubli de la représentation de la scène traumatique. Point capital, le refoulement se produit parce que non seulement la représentation traumatique est angoissante, mais parce que son contenu est de nature à mobiliser des fantasmes déjà refoulés avant le traumatisme.

Freud répétons-le, n'a jamais voulu étendre le modèle de la conversion hystérique aux maladies organiques. Néanmoins dans des articles tels que « l'introduction au narcissisme » en 1914, il avance l'hypothèse que certaines maladies psychiques, l'hypocondrie et des maladies authentiquement somatiques seraient d'une stase (*stau* en allemand) de la libido qui ne parvient pas à s'investir dans des objets. L'idée d'un excès et d'une accumulation néfaste d'une humeur quelconque était vieille comme Hippocrate ; Freud lui donne sa déclinaison psychologique : le sujet tombe malade d'un excès de narcissisme et pourrait-on ajouter de manière réductrice la maladie marque la défaillance du lien avec un objet d'amour.

Dans une lettre célèbre adressée au professeur Von Weisecker en 1923, Freud répète cependant qu'il ne croit pas (sic) au saut du psychique dans le somatique. Il faudra attendre l'œuvre de certains « enfants terribles » du maître de la psychanalyse pour que cette dernière fasse son entrée dans le domaine de la médecine et particulièrement de la psychosomatique.

Sandor Ferenczi (1873-1933) compte parmi les psychanalystes originaux pour ne pas dire marginaux qui ont repensé la psychologie médicale à partir des outils dynamiques de la psychanalyse. Rappelons que ces outils fondamentaux sont l'inconscient, le refoulement, les pulsions et le transfert. A cette liste très réductrice il faut ajouter celle de relation d'objet qui doit ses travaux fondamentaux à Mélanie Klein (1882-1960) elle-même très proche de Sandor Ferenczi. L'histoire de ce dernier est également étroitement liée à celle de Georg Groddeck (1866-1934) autre enfant terrible de la psychanalyse.

C'est sur ce dernier qu'il convient de mettre l'accent car on peut qualifier sa position de radicale au point d'en avoir effrayé plus d'un parmi les fidèles de Freud.

Même si Georg Groddeck a longtemps réfuté les concepts de la psychanalyse et même s'il bannissait le mot même de psychosomatique, il n'est pas concevable de parler de psychosomatique en médecine générale sans évoquer le personnage quasiment mythique de G. Groddeck. Groddeck était dans son genre un chamane puisqu'il réfutait catégoriquement toute distinction entre le corps et la psyché. Il défendait ardemment une théorie « moniste » de la bête humaine, fondant totalement le corps et le psychisme dans une seule entité : le Ça (das Es) dont Freud s'inspirera pour construire la seconde topique de l'appareil psychique (ça, moi, surmoi) en 1923.

L'histoire personnelle de Georg Groddeck et ses rapports avec la médecine méritent qu'on s'y arrête. G. Groddeck avait un père médecin dont il idéalisa la

mémoire bien qu'enfant il souffrit de le voir se consacrer davantage à ses malades qu'à sa famille. Il grandit dans les jupes d'une mère « intellectuelle » qui dit-on ne nourrissait que du mépris pour la profession de médecin. Mais G. Groddeck fut également marqué par la personnalité du Dr Ernst Schweningen (1850-1924). Il apprit la médecine au contact de ce dernier avant d'ouvrir avec sa sœur son propre « satanorium » à Baden Baden. Schweningen notons-le fut le médecin personnel de Bismarck, lequel lui témoigna sa reconnaissance (pour les nombreux kilos qu'il lui avait fait perdre au prix d'une diététique féroce) en le faisant nommer professeur de dermatologie à Berlin, contre l'avis de la communauté universitaire. Cette dernière avait été en effet plus que contrariée par les positions antiscientifiques de Schweningen. Lui qui avait la confiance des puissants de son temps (il avait soigné Guillaume Ier après l'attentat de 1878) ne faisait aucune confiance à la « Science ». Il prônait des méthodes naturelles, rudoyant et tyrannisant ses malades sans ménagement ; « marche ou crève » aurait pu être sa devise. Son style terroriste et son discours autoritaire séduisaient les uns et scandalisaient les autres. L'efficacité de ses traitements tenait au pouvoir de sa parole comme s'il était détenteur d'une Vérité à laquelle non seulement le malade mais aussi la maladie devaient se soumettre.

On retrouvera chez Groddeck du moins au cours de sa première période préanalytique cette utilisation d'injonction exerçant sur ses patients une influence dictatoriale.

Tout comme Schweninger il préconisait dans son « satanorium » des méthodes naturelles mêlant comme chez Hippocrate hydrothérapie, massages, diététique et tout un environnement culturel propre à mettre ses patients dans les meilleures conditions psychologiques possibles. En fait Groddeck recevait dans sa clinique et parfois pour de longs mois des cas réputés désespérés, « condamnés » à vivre ensemble dans une ambiance très particulière dont s'est inspiré Thomas Mann dans « La montagne magique ». Certains n'ont pas manqué de faire des rapprochements entre le personnage du Dr Krokovski et la figure quasi légendaire de Georg Groddeck.

La rencontre de Groddeck avec la psychanalyse va d'une certaine manière donner une forme psychologique à la philosophie que Groddeck s'était lui-même forgé. Le point crucial tient à la dimension symbolique de la maladie : la transposition du concept de conversion ne connaît ici aucune nuance ni limite. Les désirs insatisfaits (impulsés par le *Ça*) se réalisent en symptômes et en maladies organiques. Pour la petite histoire rappelons que Groddeck interpréta chez une de ses patientes souffrant de métrorragie un désir refoulé d'avoir un enfant. La patiente, jeune infirmière suédoise devint la seconde femme de Georg Groddeck... une fois guérie.

Parmi ses patients célèbres Groddeck reçut à Baden Baden Sandor Ferenczi souffrant d'insuffisance rénale chronique. C'est par l'intermédiaire de ce dernier que Michael Balint découvrit la psychosomatique, mais surtout l'intérêt que représentait la psychanalyse pour l'exercice de la médecine générale.

Michael Balint (1896-1970) a joué un rôle décisif dans l'histoire des idées et des pratiques psychosomatiques. D'origine hongroise tout comme Ferenczi qui fut son maître à Budapest. Il connut la période de gloire de la psychanalyse de l'entre-deux-guerres. Rappelons en effet que la psychanalyse fut reconnue après la première guerre mondiale comme la thérapie la plus efficace des névroses de guerre et que S. Ferenczi fut sur le point de faire aboutir le projet d'une clinique psychanalytique à Budapest. La montée du nazisme contraignit de nombreux psychanalystes juifs à quitter le continent européen et Michael Balint dut émigrer en Angleterre. Après des débuts difficiles, Michael Balint connut une grande notoriété en publiant des études cliniques relatant sur le vif les vraies questions psychosomatiques qui se posaient au médecin praticien. Pour M. Balint la psychosomatique devient une question relationnelle et la maladie ne peut être réellement comprise et soignée si elle n'est pas resituée dans ce contexte relationnel : la relation malade-médecin. Ce virage est capital : il ne s'agit plus d'interpréter le sens inconscient de la maladie organique mais de la resituer dans le cadre du transfert. Ce dernier est ici à comprendre comme tout ce qui se joue au niveau inconscient dans la relation malade-médecin.

Notons que c'est grâce à un autre psychanalyste, Felix Deutsch, que le mot psychosomatique perdit définitivement son trait d'union. Felix Deutsch tout comme Michael Balint sont contemporains et des auteurs plus récents tels que C. Brisset et JP. Valabrega ne faisaient pas de distinction catégorique entre conversion hystérique et symptômes psychosomatiques. Mais se posait à

Michael Balint une question à la fois très pratique et éthique : dans quelle mesure faut-il être formé à la psychanalyse pour soigner des malades avec les outils spécifiques de la psychanalyse ? Cette question demeure d'actualité. M. Balint l'a très bien développé il y a plus de 50 ans dans son ouvrage « Techniques psychothérapeutiques en médecine ».

### **b. L'école de Paris, le renouveau des théories psychanalytiques**

La littérature psychanalytique sur le sujet de la psychosomatique a connu un essor particulier en France à partir de l'œuvre de quelques psychanalystes qui assumèrent ce qu'il est convenu d'appeler « l'école de Paris ». Marty, Fain, M'Uzan, David figurent parmi les plus éminents. Il n'est pas possible de résumer leur œuvre mais nous en retiendrons quelques points essentiels.

Faisant écho à l'aphorisme du philosophe existentialiste Medard Boos, « le symptôme psychosomatique est bête », l'école de Paris a soulevé la question du défaut de « mentalisation » chez des patients présentant une « pensée opératoire ». On peut définir ce trait de « personnalité psychosomatique » par une pauvreté de la vie imaginaire, une incapacité relative à élaborer des fantasmes autour du symptôme.

Ce défaut marquerait un écart avec la « personnalité hystérique » où la vie imaginaire et les fantasmes ont tendance à prendre le pas sur la réalité. Brisset et

Valabrega considèrent eux qu'il existe un véritable continuum, une progression graduelle entre les troubles d'origine émotionnelle (les manifestations somatiques de l'angoisse et de l'anxiété), les symptômes hystériques (où l'angoisse est plus ou moins refoulée) et les affections lésionnelles autrement dit les maladies organiques.

Valabrega, notons le, soutient que le concept de conversion englobe les symptômes hystériques et les maladies psychosomatiques.

L'œuvre de ces psychanalystes se situe au plus près des préoccupations et des pratiques en médecine générale.

P. Marty et M. Fain se sont par exemple intéressés à certaines formes de douleurs (céphalées, rachialgies) et d'allergies dans les années 50. Leurs thèses vont dans le sens d'une insuffisance des moyens de défense névrotique, la maladie somatique vient « à la place » de ce que le corps ne peut exprimer sur un mode hystérique, reconnu comme la voix royale de la symbolisation du conflit psychique sur le plan du corps.

P. Marty, M. de M'Uzan et C. David publient en 1962 « L'investigation psychosomatique ». Ils envisagent la maladie dans le cadre de processus économiques permettant la transformation des productions de la personne les unes dans les autres. La maladie dans la dimension psychosomatique émergerait à la place d'autre chose mais sur un mode régressif, répondant aux pulsions masochistes et destructrices. Cette pensée peut-être rapprochée de celle G. Groddeck où le Ça omnipotent s'exprime tantôt par des créations tantôt par des

comportements ou des accidents biologiques destructeurs. Elle ne s'éloigne pas totalement de la théorie des pulsions, pulsions libidinales tournées vers la vie et pulsions de mort menant à l'autodestruction.

Pour M. Marty, les défauts de mentalisation peuvent mener à deux types de somatisation.

L'un par régression favorise l'éclosion d'accidents somatiques sans gravité ni chronicité ni engagement du pronostic vital. Les troubles sont réversibles, analysables et transformables par sublimation (déplacés sur la scène psychique).

L'autre par déliaison pulsionnelle peut conduire à des affections plus graves, maladies auto-immunes, cancers. La pensée, vide de fantasme, a perdu ses liens avec les objets et souffre d'une blessure narcissique que nul investissement ne parvient à réparer.

On peut dire en résumé que le Moi est renvoyé à son vide originel et correspond à sa propre destruction, comme dans la psychose.

Marty parle de dépression sans symptôme dépressif sinon « la perte d'un tonus de vie sans compensation ». La maladie équivaldrait à une mélancolie dans le corps, « l'enfouissement dans la corporéité » dont parlait M. Boos.

Contrairement à S. Ferenczi, les membres de « l'institut de psychosomatique de Paris » créé par P. Marty en 1972, préconisent des cures psychanalytiques dans un cadre distinct de la prise en charge médicale du patient. Ils ne suivent pas M. Balint dans sa démarche psychothérapique déléguée aux médecins eux-mêmes. Même si leurs techniques préconisées se veulent adaptatives et souples, elles

restent l'affaire des spécialistes renvoyant ainsi le malade aux difficultés que représentent l'entreprise d'une psychanalyse (rareté des psychanalystes formés à la psychosomatique, temps, argent...).

### **c. Psychosomatique et psychologie médicale**

On doit à Balint d'avoir revitalisé la psychologie médicale à partir de son expérience de psychanalyste.

Rappelons que, réfugié en Angleterre pour échapper aux persécutions nazies, il parvint non sans peine à développer une approche psychothérapique en médecine générale. Il partait du constat que ces praticiens interviennent en première ligne dans des situations où la pathologie somatique des patients (leurs plaintes) traduit une demande d'aide plus psychologique que médicale au sens étroit. Balint aimait répéter que le médicament le plus prescrit en médecine générale est le médecin lui-même.

Il a donc tiré les vraies conséquences de ces constats et a encouragé les médecins généralistes (mais aussi les pédiatres et bien d'autres spécialistes) à se former à la psychothérapie et ménager avec certains patients un espace particulier (séances de psychothérapie) afin de répondre aux vrais besoins des nombreux patients étiquetés selon les cas de « psychiques », « psychosomatiques », « fonctionnels » et pire « hystériques ». Balint conseillait

une formation personnelle des médecins qui souhaitaient consacrer une partie de leur activité à la psychothérapie. Mais fait capital, Balint pensait que les médecins ne devaient pas nécessairement se plier aux mêmes contraintes que les psychanalystes pour cette suivre cette voix. Les groupes cliniques (groupe Balint) qu'il mit en place et développa permettaient aux médecins de s'appuyer sur l'expérience de psychanalyste de métier pour analyser leurs cas difficiles et dénouer les situations les plus délicates. Le principe des groupes Balint, encore aujourd'hui reconnus comme pertinent, consiste à réunir régulièrement une douzaine de praticiens avec un animateur et un analyste et de les inviter à exposer le contenu de relations malades/médecins sans censurer les aspects subjectifs. En bref, le médecin doit tout dire de ce qui se passe, de ce qu'il pense, ressent dans le cadre de cette relation.

Cette formule a fait ses preuves et reste très pratiquée dans les pays occidentaux.

Les écrits et la position clinique que Lucien Israël a tenue à l'hôpital universitaire de Strasbourg relève d'un souci plus pragmatique. Fidèle à une définition restrictive de la maladie psychosomatique, il a construit un véritable réseau d'« antennes psychosomatiques » animées par des psychanalystes de pratique libérale exerçant des vacations sur le terrain de nombreuses spécialités (dermatologie, gynécologie, ophtalmologie, médecine interne...). Ces cliniques ont apporté un regard et un discours « différents » sur les pathologies soignées à l'hôpital : leur dialogue avec leurs collègues somaticiens a beaucoup contribué à

écouter les malades et à rester attentif au sens possible de leurs pathologies. La généralisation en France de la psychiatrie de liaison, confiée à des psychiatres praticiens hospitaliers, a progressivement conduit à la disparition de ces antennes et à la « psychiatisation » de l'approche psychologique des malades examinés dans ce cadre.

#### 4. Les approches pragmatiques et scientifiques

##### **a. Le modèle bio-socio-psychologique**

Les États-Unis ont apporté une contribution majeure au développement de la psychosomatique et ceci par différentes voies dont l'approche pragmatique. Celle-ci repose sur un souci d'efficacité thérapeutique, une recherche de maîtrise du risque de maladie et à travers cette maîtrise celle du coût économique qu'elle représente pour les compagnies d'assurance.

Les Américains se sont aussi bien inspirés des avancées de la psychanalyse (nous reviendrons sur l'apport de Franz Alexander) que des découvertes physiologiques de chercheurs tels que Cannon, Selye et Reilly, sur les mécanismes du stress et de l'adaptation. Des cliniciens tels que F. Dunbar et J.L. Halliday développèrent des concepts tels que celui de profil psychologique lié à tel ou tel risque médical. Pour prendre un exemple devenu aujourd'hui populaire, un des problèmes majeurs de santé publique abordé sous l'angle

psychosomatique fut l'artériosclérose et ses conséquences cardiaques. Cette recherche mit en cause des traits caractériels et comportementaux eux-mêmes intimement liés aux tensions psychologiques générées par l'esprit de rivalité et de réussite sociale. En fait ce qui était pointé n'était pas sans rapport avec l'*american way of life*. Autrement dit les statistiques ont contribué à stigmatiser le rôle pathogène de l'obsession de conquête et de profit. Elles dessinaient les contours d'un homme d'affaire hyperactif, anxieux, ne baissant jamais la garde volontiers fumeur, mettant ainsi à rude épreuve ses artères chargées d'adrénaline. Ce modèle et d'autres permirent de compléter le risque génétique par ceux liés à certains modes de vie, certains traits de personnalité, des capacités d'adaptation aux pressions de l'environnement social. En un mot cette direction de la psychosomatique mettait en valeur le concept bio-psycho-social réunissant l'ensemble des déterminismes de la maladie. Dès 1948 Halliday proposait de définir la personnalité psychosomatique par un certain nombre de critères, cherchant ainsi à objectiver un type psychosomatique. Cette question sera d'ailleurs reprise par les psychanalystes aussi bien américains qu'européens.

Franz Alexander appartient à ce que l'on a coutume d'appeler l'« école de Chicago ». Il a lui-même fortement marqué l'histoire de la psychosomatique en cherchant à intégrer dans un système unique et complexe certaines données de la psychanalyse et de la physiopathologie. Il a établi des liens originaux entre les grands complexes liés à la culpabilité, la recherche de sécurité affective, les

sentiments d'infériorité, l'agressivité... avec les régulations physiologiques assurées par les systèmes nerveux sympathiques et parasympathiques. Sans rentrer dans le détail citons simplement l'exemple de l'agressivité. Si pour des raisons liées à l'environnement ou à la personnalité du sujet cette agressivité ne peut se résoudre dans un agir (lutte, combat, fuite...) , le système nerveux sympathique , par le relais des centres vasomoteurs et des systèmes neuro-endocriniens , va générer toute une série de symptômes ou de maladies tels que : hypertension artérielle, migraine, hyperthyroïdie, syncope, diabète, névrose cardiaque... A ce propos, il importe de rappeler que Franz Alexander a forgé un concept original considérant que des émotions refoulées peuvent déterminer des troubles somatiques chroniques. Par contre Franz Alexander restait très sceptique par rapport au sens que l'on pouvait donner aux maladies. Il écrivit : « il est très peu probable que des organes internes puissent exprimer symboliquement des idées ». Il admettait par conséquent la distinction entre une conversion hystérique impliquant le système nerveux sensori-moteur et la sensorialité d'une part et l'expression par des organes viscéraux d'affects gardant une signification essentiellement physiopathologique, même s'il inventa l'expression « névrose d'organe ».

## **b. Comorbidité, stress et immunodépression**

L'autre versant de l'évolution moderne de la psychosomatique s'est tourné vers la recherche fondamentale et l'étude expérimentale des mécanismes psychophysiopathologiques de certaines pathologies somatiques. Nous y reviendrons plus en détail. Ils ont permis entre autres d'importantes avancées dans la compréhension des effets du « stress » sur les défenses normales de l'organisme, notamment ses défenses immunitaires. Ces recherches marquent une prise de distance par rapport à la psychologie des profondeurs et à la recherche d'un sens crypté de la maladie pour chaque sujet abordé dans sa singularité. L'intérêt porté par les cliniciens à la comorbidité s'inscrit dans cette évolution et dégage des corrélations statistiques entre telle pathologie organique et telle particularité de personnalité ou tel trouble psychique.

Se pose à travers cette approche la question plus générale du lien de causalité entre les éléments de la comorbidité. Se pose aussi la question d'expressions multiples, psychiques et organiques, d'un processus unique.

Dans la pratique courante de la médecine, les méfaits du stress ne sont pas méconnus et ont contribué au développement (sinon la renaissance) de méthodes thérapeutiques visant à lutter contre le stress et maîtriser ses effets (relaxation, sophrologie, thérapies cognitivo-comportementales). On peut faire un rapprochement historique entre cette évolution des idées et des pratiques et les travaux de l'école russe de Pavlov et Bykov sur les mécanismes « cortico-

viscéraux » ; cette école a élaboré une théorie réflexologique de la maladie à partir de stimuli venant du monde environnant et passant par des voies cortico-sous-corticales. La conséquence thérapeutique vise logiquement à supprimer les mauvais conditionnements.

Un courant majeur de la psychosomatique repose de manière quasi exclusive sur l'étude des liens statistiques entre des symptômes psychiques, des troubles de la personnalité et des maladies somatiques. Le phénomène de la comorbidité représente le degré de probabilité de la manifestation simultanée (ou décalée) de deux (voire plus) faits cliniques sans préjuger de leurs liens de causalité. Elle mesure une corrélation statistique entre un événement S (somatique) et un événement P (psychologique) mais laisse sous silence toute hypothèse sur leurs liens intimes.

Dans le cas où cette corrélation apparaît significative, quel savoir nous fournit-elle ? Cette question est complexe.

D'une manière générale, si deux faits, A et B, identifiés de manière distincte sont corrélés de manière significative (si leur émergence conjointe n'est pas le seul fait du hasard) on peut émettre différentes hypothèses.

1°/ A intervient comme cause de B, ou à l'inverse B intervient dans le déterminisme de A,

2°/ A et B sont des éléments constitutifs d'un seul phénomène qui peut s'exprimer de manières diverses, dont A et B,

3°/ A et B ont une cause commune, que l'on ne connaît pas encore et qui peut produire les effets A, B ou AB ou AB + C + D...

Les études de comorbidité restent nécessairement prudentes, voire silencieuses sur le problème de la causalité. Elles ne sont pas initiées au hasard, elles tendent à vérifier, à donner une assise statistique à des hypothèses fondées empiriquement. Par exemple : on constate que beaucoup de malades atteints d'infarctus du myocarde présentent des symptômes de stress (anxiété, hyperactivité...). Les études de comorbidité confirment et précisent la corrélation entre infarctus et syndrome de stress.

Elles font plus qu'enfoncer une porte ouverte en attirant l'attention du clinicien sur les aspects psychologiques de l'infarctus avec des retombées thérapeutiques importantes : au niveau de la prévention primaire et la prévention des récives. Mais elles ouvrent d'autres perspectives de recherche sur les chaînons intermédiaires entre le stress (concept partiellement objectivable et mesurable par le moyen d'échelle d'évaluation) et la maladie coronarienne dont on connaît la fréquence et la gravité. La limite de cette approche tient à ses bases statistiques. Devant tel patient « stressé » on peut identifier un facteur de risque ; rien n'assure qu'il est personnellement exposé à une maladie coronarienne. A l'inverse, de nombreux malades coronariens ne présentent pas de signe de stress. En un mot, les vérités statistiques en matière de comorbidité restent générales. Rien n'assure que tel malade singulier les vérifiera.

## CONCLUSION

De tout ce foisonnement de pensées, de théories et d'hypothèses, le médecin généraliste et tout praticien ouvert à la psychosomatique peut nourrir sa propre réflexion. Qu'il s'intéresse à la psychanalyse ou l'ignore, il sait que l'homme malade n'est pas réductible à la maladie et que tout son univers relationnel et les forces inconscientes qui l'agitent en secret font partie de son « être malade ». Il peut approfondir ses connaissances grâce à une littérature diversifiée mais aussi améliorer sa pratique en la mettant à l'épreuve dans des groupes Balint par exemple.

En bref, il peut à la fois enrichir sa culture psychosomatique grâce aux lumières des pionniers et se faire lui-même un véritable découvreur des liens encore très mystérieux entre le corps et la vie de l'esprit.

## **IV. LE STRESS : EFFETS BIOLOGIQUES ET ÉVALUATION :**

### 1. Les effets biologiques du stress

#### **a. L'axe neuroendocrinien du stress**

Le maintien de l'homéostasie de l'organisme s'effectue par l'intermédiaire des systèmes nerveux, endocrinien et immunitaire.

Ces différents systèmes communiquent entre eux. Les cellules nerveuses utilisent des neurotransmetteurs comme moyen de communication, les glandes endocrines des hormones et le système immunitaire des cytokines (interleukines, interférons...).

Si l'on considère l'axe spécifique du stress, en particulier l'axe cortex-hypothalamus-hypophyse-surrénale, on constate qu'il interagit étroitement avec le système immunitaire.

Ainsi le stress, qu'il soit cognitif (secondaire à un choc émotionnel par exemple), c'est-à-dire reconnu par conséquent par le système nerveux central, ou bien qu'il soit non cognitif (secondaire à une infection ou à une inflammation par exemple), va déclencher toute une cascade de réactions biologiques impliquant directement ou secondairement le système immunitaire.

L'activation du système immunitaire est considérée comme un facteur de stress non cognitif qui utilise les circuits neuronaux et neuroendocriniens identiques à ceux intervenant lors de stress cognitifs.

Par ailleurs, les stress, qu'ils soient cognitifs ou non, peuvent s'additionner ou se cumuler, comme par exemple la coexistence d'une blessure physique importante et d'un choc psychoaffectif au décours d'un accident de la voie publique et de la perte d'un proche.

Un stress aigu, limité à une expérience stressante unique et dans le temps, va déclencher l'activation du système du stress avec un retour secondaire du système à la normale.

Par contre, un stress chronique peut engendrer une augmentation chronique de l'activité de l'axe du stress avec son ensemble de conséquences sur le métabolisme, l'immunité et le système nerveux central.

Au niveau de l'hypothalamus sont synthétisés la CRH (hormone de libération de l'hormone corticotrope), la LHRH (hormone de libération de l'hormone lutéinisante), la TRH (hormone de libération de la thyrostimuline), la SOM (sommatostatine).

Ces molécules contrôlent la sécrétion des hormones hypophysaires comme la POMC (proopiomélanocortine) qui se clive en donnant l'ACTH (hormone adrénocorticotrope), la betaLPH (betalipotrophine) et la MSH (mélanostimuline), ou encore la FSH (hormone folliculo-stimulante), la LH

(hormone lutéinisante), la TSH (hormone thyro-stimulante), la PRL (prolactine), la GH (hormone de croissance), la vasopressine et l'ocytosine.

Les stress va déclencher la sécrétion de CRH générant la sécrétion d'ACTH et enfin celle de corticoïdes surrénaliens. Les glucocorticoïdes surrénaliens (cortisol) ont de multiples effets sur le plan métabolique et exercent un rétrocontrôle au niveau du cortex, de l'hypothalamus et de l'hypophyse.

Le cortisol a comme principaux effets :

- sur le métabolisme glucidoprotéique : l'augmentation du catabolisme protidique, l'augmentation de la synthèse de glycogène au niveau par le foie et l'augmentation de la néoglucogenèse (à partir des acides aminés), la diminution de la consommation périphérique du glucose (insulinorésistance),
- sur le métabolisme lipidique : il provoque une redistribution centrale des masses grasses entraînant une surcharge adipeuse facio-tronculaire (visage arrondi en pleine lune, bosse de bison, adiposité du tronc),
- au niveau rénal, par son activité aldosterone-like (effet minéralocorticoïde modéré), il entraîne une rétention hydrosodée (effet hypernatrémiant) et une fuite de potassium (effet hypokaliémiant) au niveau du tubule rénal,
- sur le squelette : il provoque une diminution de l'absorption intestinale de calcium ayant comme conséquence chez l'enfant un ralentissement de la croissance des cartilages et de la formation osseuse, et chez l'adulte l'ostéoporose,

- sur le plan cutané : il retarde la cicatrisation des plaies et dans l'hypercortisolisme chronique on observe une dégradation du derme par diminution du tissu conjonctif avec pour résultat une peau fine, fragile, ainsi que la formation de vergetures,
- au niveau gastrique : il favorise le développement d'ulcères par augmentation de l'acidité locale et la production de pepsine,
- sur le plan cardiovasculaire : il augmente la sensibilité capillaire aux agents hypertenseurs comme les catécholamines, stimule la synthèse des catécholamines et parallèlement inhibe leur dégradation par la COMT, et diminue l'efficacité des agents vasodilatateurs (comme le monoxyde d'azote NO) sur l'endothélium vasculaire,
- sur le plan allergologique : il a une action antiallergique en provoquant une diminution des éosinophiles et de la production des facteurs de l'inflammation comme l'histamine,
- sur le plan hématologique : il provoque une diminution des lymphocytes, stimule l'érythropoïèse (à l'origine de polyglobulie) et augmente le taux de polynucléaires neutrophiles et de plaquettes,
- sur le plan immunitaire : il a une action anti-inflammatoire (par inhibition du système immunitaire) et immunosuppressive. En effet, il entraîne une diminution de la production des médiateurs de l'inflammation comme les prostaglandines, les leucotriènes, la sérotonine et l'histamine. Enfin, il favorise l'apoptose des lymphocytes B et T et diminue leur sécrétion de cytokines.

Ainsi l'on constate aisément qu'en cas d'excès de cortisol, chez un individu présentant un syndrome de cushing par exemple, il puisse y avoir entre autres une intolérance au glucose par insulino-résistance voire un diabète de type 2 ainsi qu'une hypertension artérielle.

### **b. Rétrocontrôle du cortisol au niveau du SNC**

L'état de stress, en raison du rétrocontrôle exercé par le cortisol sur l'hypophyse notamment, peut avoir pour conséquence l'inhibition des autres axes hypophysaires. Des répercussions pathologiques peuvent en découler telles que des troubles thyroïdiens ou de croissance et la stérilité par exemple.

Les glucocorticoïdes présentent des récepteurs au niveau cérébral, permettant le rétrocontrôle négatif. Cela dit l'activation chronique de ces récepteurs par hyperproduction des glucocorticoïdes est à l'origine d'une désensibilisation centrale entraînant un rétrocontrôle insuffisant. En effet, cette hyperproduction est à l'origine d'une diminution du nombre de récepteurs aux glucocorticoïdes et de la mort des neurones.

Les effets du stress chronique peuvent ainsi être comparés à ceux du vieillissement.

La CRH est produite par les cellules parvocellulaires de l'hypothalamus et engendre la libération d'ACTH par les cellules corticotrophiques de l'hypophyse, elle-même agissant à son tour sur les surrénales pour libérer le cortisol. Celui-ci agit de manière rétroactive en circulant par voie sanguine notamment au niveau de l'hypothalamus et de l'hippocampe. Les neurones hippocampiques, munis de nombreux récepteurs aux corticoïdes, sont susceptibles de subir un processus dégénératif lors de concentrations locales excessives en glucocorticoïdes. Cela peut occasionner secondairement une neurotoxicité suite à une libération importante des acides aminés excitateurs. Les neurones pyramidaux de l'hippocampe intervenant dans les facultés mnésiques et d'apprentissage sont touchés par ce phénomène.

Les corticoïdes vont parallèlement bloquer au niveau des neurones à CRH présents au niveau de l'hypothalamus, l'activation de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien par un stress.

Le complexe amygdalien, localisé au niveau du lobe temporal, fait partie du système limbique et a une implication dans la reconnaissance et l'évaluation de la valence émotionnelle des stimuli sensoriels, dans l'apprentissage associatif, ainsi que dans les réponses végétatives et comportementales associées en particulier dans l'anxiété et la peur. Lorsqu'un individu est sujet à de tels sentiments, l'amygdale va sécréter de la CRH en réponse à une augmentation locale des corticoïdes. La CRH, présente en excès, va réduire les ondes lentes du sommeil et la production d'hormones de croissance pendant le sommeil.

L'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien est également activé par les cytokines et l'augmentation conséquente de la cortisolémie va induire une action de rétrocontrôle sur la réponse inflammatoire induite par les cytokines.

### **c. Stress et SNA**

Parallèlement à cela, l'hypothalamus interagit également avec les organes endocriniens et immunitaires par l'intermédiaire du SNA (système nerveux autonome), de manière plus rapide que l'axe cortico-hypothalamo-hypophyso-surrénalien, par l'intermédiaire des réseaux nerveux sympathique et parasympathique qui le subdivisent. L'action du sympathique au niveau de la médullosurrénale entraîne la libération de noradrénaline et d'adrénaline dans le courant sanguin.

Le système sympathique aide dans l'ensemble l'organisme à s'adapter lorsque l'environnement semble délétère pour l'individu, qu'il s'agisse de situations d'urgences où de vives émotions se manifestent et sont ressenties, comme l'effroi ou la colère par exemple, ou bien qu'il existe au niveau organique une souffrance quelconque tissulaire. Il est activé par conséquent en période de stress.

A l'opposé le système nerveux parasympathique est actif lors des phases de repos ou de récupération.

Le système nerveux sympathique est à l'origine de la libération de noradrénaline au niveau des terminaisons nerveuses, et de la sécrétion d'adrénaline et de noradrénaline par la médullosurrénale, et a comme principaux effets :

- une cardiostimulation avec augmentation de la fréquence cardiaque, de la contractilité et de la vitesse de conduction,
- une vasoconstriction des artérioles et des veines (récepteurs  $\alpha_1$  et  $\alpha_2$ ) ou une vasodilatation (récepteurs  $\beta_2$ ),
- une bronchodilatation,
- une diminution de la motilité gastrique et intestinale,
- une augmentation de la perméabilité intestinale ainsi qu'une modification du mucus,
- la glycogénolyse et la gluconéogenèse au niveau hépatique,
- et une lipolyse des adipocytes.

A noter que l'augmentation de la perméabilité intestinale favorise la rétrodiffusion de bactéries dans la paroi et accroît potentiellement de ce fait la réponse immunitaire locale. De plus, le stress agit parallèlement sur le système immunitaire, ce qui peut avoir un impact supplémentaire sur la muqueuse intestinale.

#### **d. Activation de l'axe du stress par le système immunitaire**

Lors de stress non cognitifs, les phénomènes inflammatoires ou infectieux ont pour conséquence la libération d'IL-1 (interleukine 1) par les macrophages, ce qui va induire secondairement l'activation de l'axe du stress hypothalamo-hypophyso-surrénalien. Les corticoïdes synthétisés inhiberont en retour l'activité au niveau des macrophages et la sécrétion d'IL-1.

A noter que les cytokines produites localement au niveau cérébral au décours de diverses pathologies ont des effets importants sur le fonctionnement même du cerveau.

Elles sont à l'origine de la fièvre, de l'activation de l'axe corticotrope et de modifications psychiques et comportementales chez l'individu.

En témoignent notamment les altérations de la cognition et de l'humeur chez des patients traités par des cytokines lors de certains cancers ou de certaines infections virales.

On constate également que lors de processus neurodégénératifs comme la maladie d'Alzheimer, de même que lors de traumatismes cérébraux (où les monocytes sanguins affluent au niveau du parenchyme), ou encore lors de la sclérose en plaques (où les lymphocytes T envahissent le parenchyme), l'induction de cytokines pro-inflammatoires est à l'origine d'une destruction

neuronale, soit par apoptose soit par nécrose, et d'altérations gliales comme la démyélinisation.

#### **e. Effets des glucocorticoïdes sur le système immunitaire**

Les glucocorticoïdes inhibent la croissance des cellules lymphoïdes, la formation d'anticorps, la cytotoxicité cellulaire et la réaction anti-inflammatoire. Ils agissent en diminuant l'activité des cellules tueuses NK (natural killer), ainsi que la prolifération des macrophages intervenant dans la présentation des antigènes aux lymphocytes. De plus ils modifient la distribution des lymphocytes B et T dans les tissus.

Le stress a donc cet effet péjoratif avec une diminution de l'activité du système immunitaire en contrepartie des effets activateurs favorables sur les plans métabolique et énergétique.

#### **f. Stress et vieillissement du système nerveux**

Le vieillissement induit une sensibilisation croissante aux agressions biologiques en raison du risque accru de défaillance du système immunitaire. Les maladies auto-immunes, qu'elles affectent le système nerveux ou bien les différents

organes, sont favorisées par l'immunosénescence. La production de cellules T diminue et le risque de production d'auto-anticorps s'accroît.

### **g. Hypothèse corticoïde de la dépression**

Le stress engendre la sécrétion de corticoïdes. Ces derniers vont être entre autres à l'origine de l'inhibition de la transmission de sérotonine au niveau du système nerveux central. Un stress chronique ou récurrent va donc provoquer une inhibition chronique de cette transmission sérotoninergique entraînant par conséquent le développement d'un état dépressif chez le sujet, témoin de l'échec des mécanismes de lutte contre le stress.

Cela a été souligné également chez des patients atteints d'hypercorticisme (maladie de Cushing) où environ la moitié des patients présentent des symptômes anxio-dépressifs. Ces symptômes, plus ou moins développés, sont en rapport direct avec le taux même de corticoïdes. Ainsi, ils régressent par exemple lorsque ce taux diminue après la prise en charge thérapeutique de la maladie.

L'apport chronique exogène de corticoïdes conduit exactement au même résultat.

Par ailleurs, le test de freination à la dexaméthasone est anormal chez presque la moitié des déprimés en raison de l'hyperactivité de l'axe corticotrope. Il n'y a pas de chute du cortisol sanguin. Il peut ainsi être un indicateur biologique pronostique sur la guérison d'une dépression.

D'un point de vue biologique et sur le plan immunitaire, il a été constaté qu'un individu présentant un état dépressif peut non seulement avoir une diminution de ses réponses lympho-prolifératives aux mitogènes, un rapport entre lymphocytes T auxiliaires et lymphocytes T suppresseurs augmenté et une diminution de l'activité des cellules natural killer, mais aussi développer des anticorps antinucléaires.

Il a été mis en évidence une augmentation d'anticorps anti-phospholipides chez des patients mélancoliques et d'anti-corps anti-ADN chez des patients déprimés (72% contre 0% chez des individus témoins).

L'augmentation conjointe des anticorps anti-phospholipides et anti-nucléaires est en faveur d'une activation polyclonale des lymphocytes B, activation qui a été constatée également dans le cadre de pathologies auto-immunes. Ainsi lorsqu'un syndrome dépressif est chronique ou sévère, l'auto-immunité naturelle semble se dérégler. Qu'il s'agisse du déséquilibre entre lymphocytes T auxiliaires et lymphocytes T suppresseurs ou bien d'altérations cellulaires, il se produit des perturbations de l'état de tolérance des constituants du soi et la production d'auto-anticorps par les lymphocytes B.

Quoiqu'il en soit, il est évident que la recherche scientifique en étudiant parallèlement le fonctionnement psychique et la psychopathologie d'un côté, et la physiologie et la physiopathologie du système immunitaire de l'autre, permettra de comprendre le développement de nombreux troubles psychosomatiques.

## 2) Comment évaluer un stress ?

Chaque agent stressant a son propre impact, sa propre signature, qui diffèrent selon les individus concernés. Plusieurs critères vont définir la nature du stress. Tout d'abord quel est le type de stress ? S'agit-il d'une agression psychologique, physique ou immunitaire ?

Ensuite s'agit-il d'un stress aigu, répété ou chronique ? Enfin comment l'individu ressent et perçoit le stress ? Etait-il prévisible ? Parait-il maîtrisable ?

Il est donc évident que selon chacun, selon son propre vécu et selon la période où se produit le stress, les manifestations adaptatives de l'organisme seront très diverses. Un stress identique agira différemment sur des individus différents. Aussi un stress de nature psychologique pourra également bouleverser davantage le métabolisme de certains patients qu'un stress purement physique et

vice et versa. Tout dépend vraiment du vécu et de la personnalité de chacun, donc de son propre mode de réaction psychique et physique à tel ou autre agent stressant.

A noter qu'à l'heure actuelle dans notre société, nous sommes plus exposés à des stress de nature psychoaffective qu'à des stress de nature purement physique. Le travail dans les mines se fait plus rare, de même que la chasse aux buffles.

C'est en 1936 que Hans Selye, médecin canadien d'origine hongroise, introduit la notion de stress au sein du langage médical. Il définit le stress comme « la réponse non spécifique que donne le corps à toute demande qui lui est faite ». Le stress correspond donc à un mode adaptatif individuel. Et l'homme vit en permanence dans un état de stress. Les médias ne cessent de parler du stress dans la vie de tous les jours et notamment au sein des familles ou au sein de structures professionnelles. Il est omniprésent, différent dans sa nature et dans son impact pour chacun. Et chacun réagit par son propre mode adaptatif.

Cela dit c'est uniquement lorsque les capacités d'adaptation de l'individu sont dépassées, que l'on peut noter une évolution vers un état pathologique irréversible. Les capacités d'adaptation peuvent être ébranlées en cas de stress excessif, si son intensité ressentie est trop importante ou bien si sa répétition ou sa durée se prolonge.

La réaction au stress s'effectue en trois phases. Tout d'abord se produit la phase d'alarme et ses conséquences secondaires à la décharge d'adrénaline comme par exemple la tachycardie, l'hyperventilation et l'hypersudation. Ensuite vient la phase d'adaptation où l'organisme se défend et mobilise ses réserves énergétiques. Enfin, en cas de stress persistant, peut survenir la phase de décompensation. Dans ce cas les réactions adaptatives sont dépassées et des lésions peuvent survenir.

Au vue de l'évolution actuelle de notre société moderne, de l'omniprésence du stress, de l'individualisme quasi général, de la mécanisation et de la robotisation même de notre monde, on peut imaginer que le mode d'expression par la parole va aller en décroissant alors que le mode d'expression par le corps va aller en s'amplifiant, à l'origine d'une très probable augmentation des manifestations psychosomatiques dans les années à venir.

### 3) Des mécanismes physiopathologiques des symptômes fonctionnels

Les symptômes psychosomatiques ne sont pas la résultante unique d'un trouble psychique ou psychologique, du genre «c'est dans la tête que cela se passe» ; même si le généraliste ne trouve souvent rien lors de l'examen, surtout lorsque le patient ne présente que des symptômes purement fonctionnels, et qu'il

l'adresse alors au psychiatre, qui lui aussi à son tour ne met pas grand-chose en évidence hormis une certaine détresse émotionnelle relative aux symptômes et à leurs conséquences sur la vie quotidienne.

Dans ce cas de figure le psychiatre peut ainsi renvoyer le patient à son médecin traitant sans que l'on ait réellement progressé pour le patient.

La physiopathologie des troubles psychosomatiques repose sur des mécanismes psychologiques mais aussi physiologiques qui comprennent l'activation du système nerveux autonome et de l'axe cortico-hypothalamo-hypophyso-surrénalien en réponse aux stress et aux émotions.

L'activation du système orthosympathique est à l'origine de divers symptômes d'anxiété comme par exemple les tremblements, la tachycardie et l'hypersudation.

Divers travaux maintiennent que cette hyperactivité sympathique est majorée par l'inhibition de l'expression émotionnelle que l'on note chez les patients alexithymiques notamment.

D'autres mécanismes physiopathologiques peuvent être mis en cause dans l'émergence et l'expression des symptômes psychosomatiques.

Le manque de sommeil par exemple, a un impact considérable sur l'humeur, engendre de la fatigue et influe par conséquent sur l'organisme et son ressenti.

L'inactivité physique conduit au déconditionnement musculaire et ce dernier contribue à la symptomatologie de la fibromyalgie et du syndrome de fatigue chronique, d'où l'intérêt dans leur prise en charge de réintroduire une activité physique régulière.

La tension musculaire a un rôle certain dans le ressenti douloureux, notamment dans les rachialgies ou dans le syndrome algo-dysfonctionnel de l'articulation temporo-mandibulaire par exemple.

L'hyperventilation peut concourir à engendrer divers symptômes comme une dyspnée, une douleur thoracique, une sécheresse buccale, un vertige, ou encore de la fatigue.

## **V. LES TROUBLES ET PATHOLOGIES PSYCHOSOMATIQUES**

D'après leur définition première les troubles psychosomatiques sont des troubles d'origine psychique et qui se traduisent par une ou plusieurs lésions organiques. Cela dit, beaucoup d'auteurs regroupent sous ce même nom, les syndromes somatiques fonctionnels ou syndromes médicalement inexplicables, d'origine psychique eux aussi mais n'ayant pas toujours de lésion organique reconnue à l'heure actuelle.

Chaque spécialité médicale connaît en général au moins un de ces troubles ou pathologies.

### 1) En cardiologie

- L'hypertension artérielle (HTA) :

L'effet «blouse blanche» est assez démonstratif en lui-même. Il est à l'origine d'une augmentation de la tension artérielle lors des consultations et peut faire porter le diagnostic d'HTA essentielle alors que la tension artérielle demeure normale en dehors des consultations, d'où l'intérêt de mesures en ambulatoire.

Certains travaux ont également mis en évidence qu'un traitement par relaxation mentale était aussi efficace que le propranolol sur la pression artérielle

diastolique, tout en ayant une meilleure tolérance, cela va de soi. Le mode de vie de chacun, avec ses propres expositions singulières au stress, est indéniablement mis en cause dans le développement de l'HTA.

L'augmentation de la tension artérielle secondaire à la décharge d'adrénaline lors de la réaction au stress est susceptible d'engendrer un syndrome coronarien. De même, l'augmentation de la fréquence cardiaque due à cette décharge d'adrénaline peut être à l'origine du développement d'une arythmie et de la sensation de palpitations.

- Les précordialgies :

Classiques lors de situations de stress ces douleurs sont souvent reproduites à la palpation du thorax. Les examens complémentaires restent négatifs. Un syndrome anxiodépressif est souvent associé et on peut assister à ce type de symptomatologie lors des attaques de panique.

De nombreuses études ont mis en évidence que des sujets anxieux, présentant des douleurs thoraciques atypiques, ayant des antécédents familiaux de pathologie coronarienne, et chez lesquels les cardiologues recouraient à la coronarographie et qui s'avérait normale, étaient à haut risque de persistance des symptômes, de détresse psychologique et d'invalidité. Cela est malheureusement trop peu considéré actuellement par les cardiologues qui prétendent souvent rassurer les patients grâce à la négativité de la coronarographie. Ainsi ce type de

patients reste convaincu de l'origine cardiaque de leur douleur. L'annonce de la négativité de l'examen n'a pas l'impact désiré par le médecin, et au contraire l'examen en lui-même produit cet effet iatrogène de renforcement de la conviction organique. Le patient peut très bien penser que si le cardiologue a fait cet examen, c'est qu'il avait ses raisons ou bien alors un doute...

## 2) En pneumologie

- L'asthme :

Il s'agit de la pathologie psychosomatique la plus fréquente en pneumologie. De vives émotions déclenchent ou exacerbent les crises d'asthme. L'hypothèse d'une souffrance secondaire à un conflit de dépendance et de séparation avec la mère a été mise en avant par Alexander et French.

- Le syndrome d'hyperventilation (anciennement appelé spasmophilie) :

Il correspond à un syndrome somatique fonctionnel et se manifeste parfois lorsque d'autres symptômes fonctionnels se produisent, comme dans les douleurs thoraciques non coronariennes. Il se produit également lors d'attaque de panique.

On constate une polypnée, avec parfois l'existence de véritables crises de tétanie. La forme chronique est plus difficile à diagnostiquer, la polypnée n'étant

pas manifeste. Il s'installe alors une hypocapnie et on peut retrouver des symptômes généraux comme une douleur thoracique, des palpitations ou une tachycardie, des vertiges, une syncope, des paresthésies, une dyspnée, des crampes, des tremblements, une tétanie, une dysphagie, une éructation ou encore une asthénie par exemple.

On peut demander au patient d'effectuer un test d'hyperventilation provoquée qui est susceptible de reproduire la symptomatologie. Mais ce test n'a pas de réelle fiabilité objectivement.

Le traitement se fait notamment au travers de techniques comportementales de rééducation respiratoire.

### 3) En neurologie

- Il est fréquent de constater que certaines maladies infectieuses touchant le système nerveux peuvent apparaître lors d'un stress. Cela concerne notamment le zona provoqué par le virus latent VZV souvent localisé dans le ganglion sensitif et dont la réactivation peut se faire au travers de stress de toute nature.

- Des leucoencéphalites sclérosantes aiguës ont été décrites à la suite d'un traumatisme physique.

- Le stress accroît le risque de progression de la sclérose en plaques (SEP) et la maladie constitue en elle-même une cause de stress, ce qui constitue une sorte de cercle vicieux.
  
- Des stress majeurs ont été souvent rapportés chez des patients avant qu'ils ne développent une maladie de Creutzfeld-Jacob.
  
- Les accès migraineux peuvent se produire à l'occasion d'un stress.
  
- Concernant l'épilepsie, le stress amplifie la possibilité de crises convulsives.
  
- Des cas de leucodystrophies ont été décrits au décours du post-partum ou d'accidents de la voie publique.
  
- Des auto-anticorps ont été mis en évidence dans la sclérose latérale amyotrophique et dans de nombreuses neuropathies périphériques dysimmunitaires.
  
- La maladie d'Alzheimer met en cause de nombreuses réactions inflammatoires et la prévalence de cette maladie de même que la progression des troubles cognitifs semble diminuées par l'utilisation de traitements anti-inflammatoires.

- De même a été mentionné également l'impact des réactions inflammatoires dans la maladie de Parkinson.

#### 4) En gastro-entérologie

Au niveau digestif, il existe un véritable lien entre l'apparition ou l'expression symptomatique des troubles fonctionnels digestifs (syndrome de l'intestin irritable, dyspepsie fonctionnelle...) et la survenue d'un stress. Des stress majeurs sur le plan émotionnel ou affectif dans l'enfance ou l'adolescence, augmentent le risque de développer des troubles fonctionnels digestifs.

Sur le plan moteur, la vidange gastrique est ralentie par le stress. Quant à la motricité sigmoïdienne basale, elle est stimulée par le stress aigu. Elle est démultipliée par trois à quatre, et cette hyperactivité motrice est à l'origine d'une accélération du transit colique et à une augmentation de la fréquence des selles.

Par ailleurs, 40% des sujets atteints de dyspepsie fonctionnelle et 50 à 60% de ceux atteints du syndrome de l'intestin irritable présentent une hypersensibilité aux stimuli douloureux du tube digestif comme la distension par exemple.

La CRH est également mise en cause concernant cet abaissement du seuil douloureux digestif.

La substance P est davantage libérée par un mécanisme CRHergique lors d'un stress et stimule la sécrétion d'histamine et d'autres médiateurs par les mastocytes coliques. Ces médiateurs vont agir sur les terminaisons sensibles digestives et induire leur hypersensibilité.

En pratique clinique, il est courant de constater que des poussées de rectocolite ulcéro-hémorragique (RCUH) ou de maladie de Crohn sont concomitantes de périodes où se produit un stress chez l'individu. Le déclenchement d'une maladie de Crohn survient également souvent après un événement de vie important d'après une étude cas-témoins menée au sein du Registre des Maladies Inflammatoires Chroniques Intestinales de la région Nord-Ouest.

Le stress par ses effets sur le système immunitaire a potentiellement un impact au niveau de la muqueuse intestinale. De plus, en activant le système sympathique il augmente la perméabilité intestinale et favorise des modifications du mucus. Cette augmentation de la perméabilité intestinale facilite la rétrodiffusion bactérienne dans la paroi et ainsi l'accroissement de la réponse immunitaire locale.

En ce qui concerne les TFI, lorsque la diarrhée est au premier plan, il est nécessaire d'éliminer par un bilan biologique une malabsorption possible secondaire à une maladie coeliaque (recherche d'anticorps anti-gliadine et anti-

transglutaminase), ou bien une hyperthyroïdie, une RCUH ou une maladie de Crohn, ou bien encore une parasitose par exemple. Des biopsies peuvent être réalisées au cours d'une coloscopie.

Comme dans la plupart des symptômes fonctionnels, on constate une prédominance de femmes atteints de troubles fonctionnels intestinaux (TFI). Le rapport est de l'ordre de trois femmes pour un homme.

Enfin, l'ulcère gastroduodéal est lui aussi favorisé par le stress même si ces dernières années on a fortement incriminé le rôle de l'*helicobacter pylori*. Le stress occasionne aussi le développement de gastrites.

### 5) En gynécologie

Les troubles psychosomatiques les plus fréquents concernent le syndrome prémenstruel, les algies pelviennes idiopathiques, la vulvodynie et la dyspareunie, l'aménorrhée et la dysménorrhée, ainsi que les troubles de la sexualité.

A noter qu'en situation de stress, la perturbation du système immunitaire favorise le développement de mycoses et l'éruption herpétique de type 2 (HSV 2).

## 6) En uronéphrologie

Les cystalgies sont au premier plan.

Le syndrome de la vessie douloureuse ou cystite interstitielle est à l'origine de cystalgies et/ou de d'impériosités mictionnelles. Le sex ratio est de un homme pour neuf femmes. Le pic de fréquence se situe entre 30 et 40 ans. La cystoscopie retrouve soit un aspect de glomérulation (des pétéchies apparaissent lors de la distension vésicale), soit les ulcérations de Hunner au niveau du dôme vésical. La perte de la couche de glycosaminoglycane est d'origine inconnue et la conséquence directe du contact de l'urine avec la paroi vésicale dépourvue de cette couche est une inflammation locale. Il s'agit d'une cystite à urine claire, autrement dit aucun germe n'est mis en cause.

La vessie instable retrouve quant à elle souvent une triade de symptômes qui mènent à évoquer ce diagnostic. La fréquence des mictions est augmentée, les mictions sont impérieuses et il y a un éveil de la sensation du besoin mictionnel lors du contact avec l'eau ou au son de l'eau courante. La vessie instable est

indolore en soi. Ce dysfonctionnement vésical est secondaire à une obstruction urinaire infravésical ou bien idiopathique.

On peut également noter la dysfonction érectile chez l'homme au sein des troubles psychosomatiques.

## 7) En endocrinologie

La sécrétion de FSH (hormone folliculostimulante) et de LH (hormone lutéinisante) au niveau de l'hypophyse est sous la régulation de la GnRH (gonadotrophin-releasing hormone) d'origine hypothalamique. Le stress est la principale cause d'anomalies de la pulsativité de la GnRH. Ces anomalies peuvent engendrer une diminution de la sécrétion des gonadostimulines et de là conduire à des troubles des menstruations (dysménorrhée ou aménorrhée) et à des troubles de l'ovulation chez la femme. Chez l'homme cela peut engendrer des troubles de la libido, une oligoasthénospermie et une infertilité.

Cela dit les modes de régulation de la GnRH et d'action du stress sur cette hormone sont encore mal connus. On constate actuellement qu'un stress aigu provoque une élévation de la LH et des androgènes et qu'un stress chronique engendre une baisse de la fonction gonadique avec baisse de la pulsativité de la GnRH, de la LH et des hormones sexuelles.

Le stress aigu engendre une sécrétion accrue de GH (hormone de croissance). A l'opposé, la sécrétion de GH est inhibée par un stress chronique. Il se peut ainsi qu'un stress chronique précoce soit à l'origine d'un nanisme.

Les stress active le système sympathique et l'effet adrénérgique des catécholamines va stimuler la sécrétion d'hormone de croissance qui entraîne une production accrue de glucose au niveau hépatique et une diminution de sa clairance périphérique contrecarrant ainsi l'action de l'insuline. Par ailleurs, le stress engendre la sécrétion d'ACTH et d'endorphines qui inhibent ainsi celles de l'insuline. Ainsi tout stress est en mesure d'être à l'origine du développement d'une hyperglycémie, d'une intolérance au glucose et de déclencher éventuellement un diabète de type I ou encore le déséquilibrer si celui-ci existait déjà.

Cependant aucune étude à l'heure actuelle n'a pu démontré que le stress est un facteur essentiel à la survenue du DID. Beaucoup d'autres facteurs rentrent en compte, qu'il s'agisse des antécédents familiaux de DID ou de DNID, l'allaitement inférieur à 3 mois, l'alimentation riche en glucides... Cela dit il est évident que le stress est anxiogène, favorise l'apparition d'un syndrome dépressif, et est à l'origine de troubles du comportement alimentaire susceptibles de déséquilibrer la glycémie chez le diabétique.

Le stress est susceptible de déclencher également une hyperthyroïdie, la maladie de Basedow sans que le mécanisme en soit clairement connu. Le système immunitaire y est nettement impliqué. Même si les facteurs génétiques sont indispensables au développement de la maladie, les facteurs environnementaux tels que les maladies infectieuses et le stress sont nécessaires à son déclenchement. Des anticorps anti-récepteurs de la TSH, spécifiques de la maladie, stimulent de façon exagérée ces récepteurs et sont responsables de l'hyperactivité de la thyroïde. D'autres auto-anticorps peuvent être retrouvés comme les anticorps anti-microsomes, anti-thyroglobulines et anti-péroxydases. Il y a une prédominance féminine dans la maladie de Basedow et les principaux signes cliniques sont un goitre, des signes oculaires (exophtalmie, œdème palpébral, rétraction des paupières supérieures) et les manifestations de thyrotoxicose (nervosité, insomnie, amaigrissement, tachycardie, sudation excessive, tremblements, asthénie...). Quant au myxoedème pré tibial, rare, il est un signe spécifique.

La thyroïdite auto-immune d'Hashimoto semble aussi faire suite à des événements psychologiques intenses. Elle consiste en une infiltration lymphocytaire de la thyroïde conduisant progressivement à l'hypothyroïdie. Le dosage des anticorps anti-péroxydases à des taux élevés étaye le diagnostic.

L'insuffisance surrénalienne primitive (maladie d'Addison) peut être due à une rétraction corticale auto-immune secondaire à un stress. Ce type de pathologie est soit isolée, soit rencontrée dans le cadre d'une polyendocrinopathie, c'est-à-dire associée à d'autres pathologies endocriniennes auto-immunes. Son évolution est insidieuse, elle peut se décompenser rapidement lors d'un stress. Biologiquement elle engendre un effondrement de la cortisolémie basale, l'ACTH est augmentée (insuffisance surrénalienne primitive), l'aldostérone est effondrée et la rénine augmentée (ce qui engendre une hyponatrémie et une hyperkaliémie), et la sécrétion d'androgènes surrénaliens est diminuée. Cliniquement on constate une asthénie, un amaigrissement, une anorexie, des troubles digestifs (nausées et vomissements constants, douleurs abdominales (33%), diarrhée (25%)), une baisse de la tension artérielle, une aménorrhée et des troubles de la libido, une mélanodermie et une pigmentation des muqueuses, ainsi que des myalgies.

Un pseudo-syndrome de Cushing peut se manifester suite à un stress. Le stress induit la sécrétion d'ACTH susceptible alors d'engendrer une stimulation exagérée des sécrétions des glandes surrénales par défaut de rétrocontrôle et par conséquent un hypercorticisme. Le pseudo-syndrome de Cushing disparaît en même temps que l'affection causale du stress. L'hypercorticisme est à l'origine de nombreux symptômes cliniques comme une surcharge adipeuse facio-

tronculaire, une atrophie musculaire et cutanée (vergetures pourpres, larges, sur les cuisses, l'abdomen et les seins), un hirsutisme, une acné, une érythrose du visage et de l'ensemble du corps, une hypertension artérielle, ou encore une ostéoporose, et des signes biologiques comme par exemple une intolérance au glucose et une polyglobulie.

Le cortisol libre urinaire est élevé chez des patients présentant une anorexie mentale et atteste de l'existence d'un état de stress chronique. L'anorexie mentale est caractérisée par des troubles du comportement alimentaire à l'origine d'une maigreur et de carences métaboliques engendrant par exemple une aménorrhée. La concentration d'ocytocine est constamment basse en raison de la faible alimentation et de la non distension gastrique et au contraire la concentration d'AVP est élevée, renforçant l'aversion vis-à-vis des aliments.

Concernant l'obésité, le stress par l'intermédiaire de l'activation de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien va amplifier les effets d'un neuropeptide hypothalamique stimulant la prise alimentaire, le NYP, et parallèlement va réprimer les effets de la leptine produite par les adipocytes et inhibitrice de la prise alimentaire.

## 8) En dermatologie

Le stress, par l'intermédiaire de l'action des catécholamines induit une hypersudation et une horripilation. Les terminaisons sympathiques noradrénergiques innervent le muscle piloérecteur associé à l'appareil pilosébacé. Au niveau de la microcirculation cutanée se produit une vasoconstriction périphérique liée aux récepteurs alpha-1.

Plusieurs études ont mis en évidence un retard de la cicatrisation cutanée liée au stress. Ce dernier agit sur la libération de cytokines (IL-1 $\alpha$  et IL-8) lors de la phase inflammatoire de la cicatrisation.

Le stress induit également une chute des cheveux et une mauvaise repousse. Chez un individu présentant une alopécie secondaire à un stress psychoaffectif, on retrouve une surexpression des récepteurs de type 2 $\beta$  à la CRH autour des follicules pileux.

Beaucoup de pathologies cutanées sont susceptibles d'évoluer par poussées suite à un stress. Les dermatoses inflammatoires sont les principalement concernées à ce sujet.

Le stress serait responsable de 45% des poussées d'eczéma atopique (ou dermatite atopique) et dans 6% des cas il serait le principal agent causal de la dermatose.

Concernant le psoriasis, le stress est lui aussi impliqué de manière importante. 50 à 100% des patients qui développent un psoriasis ont un psoriasis stress-dépendant.

Les dartres peuvent également être d'origine psychosomatique.

La pelade qui survient souvent au décours d'événements stressants est de manière hypothétique pour l'instant liée au stress.

Le stress agit aussi manifestement sur l'acné chez l'adolescent.

Il est également indéniablement mis en cause lors des poussées d'herpès 1 ou 2. L'affaiblissement du système immunitaire secondaire au stress est à l'origine de ces poussées.

Les verrues et les aphtes relèvent souvent du même principe.

Le pemphigus, maladie auto-immune, survient souvent dans les suites d'un vécu stressant.

Par ailleurs, d'autres dermatoses comme le vitiligo, le lupus, la dermatite séborrhéique, l'urticaire, l'eczéma de contact, le lichen plan, l'acné rosacée (ou couperose) ou la pemphigoïde, ont vu le stress comme facteur mis en cause, néanmoins sans qu'il y ait de confirmation par une étude.

Le prurit peut aussi être une manifestation psychosomatique.

Enfin, on peut mentionner les excoriations névrotiques et les pathomimies cutanées (troubles factices cutanés provoqués par le patient).

A noter que les sujets dits alexithymiques développeraient davantage de dermatoses liées au stress.

Concernant l'allergologie, tous les types d'allergie sont susceptibles d'être d'origine psychosomatique. On a déjà vu que différentes manifestations allergiques comme l'eczéma de contact, l'urticaire, le prurit, ou encore l'asthme par exemple figuraient au sein des manifestations psychosomatiques.

Un des exemples les plus parlant dont j'ai eu part concerne l'histoire d'un homme devenu allergique aux poils de chien du jour au lendemain. Alors qu'il se promenait avec son chien, la laisse lui a échappé et le chien a filé sur la route et sous une voiture. La culpabilité de cet homme était telle qu'il a développé

immédiatement une allergie aux poils de chien avec son cortège de manifestations cliniques (rhinite, conjonctivite...), lui évitant ainsi tout nouveau contact avec un chien et de reproduire ce genre d'accident. L'allergie est devenue quelque part une sorte de protection pour lui.

### 9) En ORL

On peut relever différents troubles ou pathologies psychosomatiques.

La stomatodynie, d'évolution souvent chronique, présente comme symptomatologie des sensations de brûlures endobuccales bilatérales prédominant sur la langue (glossodynie). On constate fréquemment un état anxieux ou dépressif associé, ou encore l'existence d'une cancérophobie.

Le globus correspond à une sensation de boule dans la gorge, sans dysphagie.

Le syndrome algodysfonctionnel de l'appareil manducateur (SADAM) engendre souvent d'après la description des patients des douleurs dépassant la sphère ORL ou un syndrome débilitant.

## 10) En psychiatrie

De nombreux troubles ou pathologies psychosomatiques peuvent se manifester chez des patients atteints de pathologies psychotiques ou névrotiques, notamment chez les patients souffrant d'un syndrome anxiodépressif.

L'attaque de panique occasionne une sensation de dyspnée avec suffocation, une respiration courte et rapide, et souvent une oppression ou une douleur thoracique sans organicité sous-jacente. Une situation stressante peut la déclencher, comme par exemple un claustrophobe bloqué dans un ascenseur en panne.

Les patients présentant des troubles anxieux peuvent avoir une hyperventilation chronique avec augmentation de la fréquence respiratoire à l'origine d'une hypocapnie. L'alcalose respiratoire consécutive est susceptible d'engendrer une présyncope et une tétanisation musculaire.

Une respiration irrégulière peut conduire à une absorption d'air plus importante au niveau du tube digestif. Cela peut se traduire au niveau gastrique par une douleur épigastrique due à la distension, favorise le reflux gastro-oesophagien et les TFI avec sensation de ballonnement ainsi qu'une exacerbation de la flatulence.

Par ailleurs les situations de stress motivent certains individus à recourir à des addictions comme le tabagisme, la consommation d'alcool ou de stupéfiants. Il

s'agit de solutions transitoires car à long terme ces addictions génèrent un stress accru et un épuisement. De plus ces conduites à risque sont à l'origine du développement de diverses pathologies telles la BPCO ou la cirrhose hépatique alcoolique par exemple.

A noter également le syndrome d'hypersensibilité chimique multiple, qui correspond davantage à un syndrome relatif à des croyances développées surtout en Amérique du Nord qu'à un syndrome avec une étiologie biologique ou physiologique clairement établie. Il repose sur le principe que toutes sortes d'agents environnementaux sont potentiellement nocifs sur l'organisme, tels que la pollution, l'inhalation de parfums ou de divers solvants, de même que la fumée de cigarette par exemple. Si certains produits sont effectivement nocifs comme certains pesticides ou encore la fumée de cigarette pour ne citer qu'eux, la symptomatologie est sans rapport objectif avec l'exposition. La plupart des symptômes de ce syndrome sont aspécifiques. Il s'agit principalement d'asthénie, de douleurs diffuses, de dyspnée, de toux, de troubles intellectuels et mnésiques ou encore de brûlures oculaires. Ces symptômes sont essentiellement la conséquence directe de suggestions d'individus qui mettent en exergue l'exposition risquée outre mesure de produits industriels modernes. Les patients anxieux seront les premiers intéressés...

## 11) En rhumatologie

De nombreuses pathologies auto-immunes sont référencées comme ayant une origine psychosomatique probable secondaire à un stress. Le stress par son action sur le système immunitaire déclencherait alors la pathologie.

Dans le lupus on retrouve des auto-anticorps dirigés contre les protéines ribosomales dans le sérum et le liquide céphalorachidien, ainsi que des anticorps anti-phospholipides. Une étude a mis en évidence la prévalence de 27% de sujets alexithymiques chez des patients atteints de lupus.

Concernant la polyarthrite rhumatoïde, on remarque souvent l'existence d'événements de vie éprouvants avant le déclenchement de la maladie ou de ses poussées.

La fibromyalgie quant à elle, est définie par des douleurs évoluant depuis au moins trois mois, dans les moitiés supérieure et inférieure du corps, touchant les deux côtés, et comprenant des douleurs axiales. Ces douleurs peuvent être reproduites par la pression modérée lors de l'examen au niveau de 11 sites musculaires ou tendineux sur les 18 rapportés selon les critères de l'ACR. Souvent sont associés une asthénie, des troubles du sommeil, une hypersensibilité cutanée, des paresthésies, de même que d'autres troubles psychosomatiques ou fonctionnels tels que le syndrome de l'intestin irritable,

une vessie irritable (cystite interstitielle), des céphalées de tension ou des migraines, des vertiges, ou encore des troubles dépressifs ou anxieux.

Un bilan biologique est nécessaire au préalable avant de porter un tel diagnostic. Il comprend une NFS plaquettes, une VS ou CRP, la kaliémie, la calcémie, la phosphorémie, les transaminases, la CPK, la TSH, les anticorps antinucléaires et le facteur rhumatoïde. Selon le contexte des sérologies VIH, VHC, Lyme, une électrophorèse des protéines sériques, l'antigène HLA B27, des radiographies ou une scintigraphie osseuse, peuvent être demandés. En cas de suspicion de myopathie métabolique, un électromyogramme, une biopsie musculaire ou une épreuve d'effort peuvent être réalisés.

Cela dit on ne retrouve aucune lésion organique pour établir le diagnostic de fibromyalgie.

Le syndrome de fatigue chronique met en avant l'existence d'une fatigue durable et invalidante chez les patients. La prépondérance féminine est reconnue. La plupart sont des adultes jeunes ou d'âge moyen. L'intolérance à l'effort est classiquement retrouvée avec des myalgies exacerbées suivant l'effort. De nombreux symptômes peuvent être associés tels que des arthromyalgies, des troubles du sommeil, des céphalées ou des vertiges. Des difficultés de concentration et des troubles mnésiques sont parfois mentionnés par les patients. Un état dépressif ou anxieux est souvent également mis en

avant. Enfin, les points douloureux de la fibromyalgie sont quelque fois présents à l'examen clinique.

Pour établir ce type de diagnostic on doit avoir comme répercussion une diminution de l'activité d'au moins 50% pendant une période supérieure à six mois, et une absence de cause médicale ou psychiatrique identifiée. Le bilan complémentaire comprend dans un premier temps une NFS plaquettes, le fer sérique, la ferritinémie, une VS ou CRP, les transaminases, la glycémie à jeun, la TSH, une créatininémie, une bandelette urinaire et une radiographie du thorax. Dans un second temps peuvent être réalisés un ionogramme, une calcémie, une cortisolémie, la T4L, la CPK, une électrophorèse des protéines sériques, les anticorps antinucléaires et une échographie abdominopelvienne. Seuls les traitements physiques, ainsi que les thérapies comportementales et cognitives ont montré leur efficacité thérapeutique.

## **VI. APPROCHE THERAPEUTIQUE DES TROUBLES PSYCHOSOMATIQUES**

A l'heure actuelle, on reconnaît de plus en plus que l'évaluation attentive par un médecin d'un problème de santé présenté par un patient, lors d'une consultation qui se veut personnalisée et globale, constitue en soit une démarche ou une prise en charge thérapeutique. Les échanges verbaux, de même que l'écoute constituent une part importante et indispensable pour un bon exercice de la médecine générale. Des paroles peuvent s'avérer à elles seules salvatrices pour le patient ou au contraire dévastatrices, suggestives de pathologies ou de leur chronicisation, d'où l'importance du choix des mots employés par le médecin.

Dès la première consultation, il est nécessaire d'envisager la possibilité d'une pathologie psychosomatique quand celle-ci demeure probable. Sans avoir une telle démarche et en se lançant d'emblée dans des investigations où sont multipliés les examens complémentaires, on risque par la suite en cas de véracité psychosomatique de la pathologie de ne plus pouvoir agir efficacement sur le patient. Il faut rapidement mettre en avant la possible origine psychosomatique de la pathologie et en discuter avec le patient. Sinon ce dernier conviendra plus difficilement par la suite du rôle prépondérant des facteurs psychologiques.

On convient également du risque de chronicisation de la pathologie au fil des consultations et du risque iatrogène dû aux investigations répétées.

Ainsi l'interrogatoire dès les premières consultations doit relever les hypothèses d'organicité et de psychogenèse. Bien sûr tout cela dépend beaucoup de l'âge du patient, de son sexe, de sa personnalité, des facteurs de risque présents et de ses antécédents particuliers.

Aussi est-il nécessaire pour le médecin généraliste de suivre l'évolution de la symptomatologie durant quelques semaines, car le plus souvent la plupart des symptômes sont mineurs. Des investigations coûteuses effectuées d'emblée ne sont pas toujours justifiées et appropriées, de même que le recours à divers spécialistes.

La peur du médecin de passer à côté d'une pathologie organique est surestimée. Alors que l'écoute peut à elle seule dans certains cas suffire à cerner les attentes et les craintes du patient dans un premier temps.

Par ailleurs il est nécessaire d'éliminer tout diagnostic de syndrome dépressif ou de trouble anxieux, à l'origine de nombreux symptômes médicalement inexpliqués. Cela dit, bon nombre de patients porteurs de réelles pathologies organiques présentent eux aussi des troubles anxio-dépressifs.

Ensuite le généraliste est à même de noter tout argument en faveur de la psychogenèse des symptômes. L'existence récente d'événements de vie importants sur le plan psychoaffectif (décès d'un proche, divorce, perte d'emploi...), la valeur symbolique des symptômes, la personnalité du patient

(alexithymique par exemple), le type de relation médecin-malade (multiples consultations auprès de différents médecins sans évolution positive de la symptomatologie, mise en échec répétée des professionnels de santé) et le type même de la symptomatologie (symptômes flous, difficilement explicables voire inexpliqués, presque irrationnels, variables dans le temps, résistants aux multiples traitements entrepris), sont susceptibles de laisser entrevoir la possibilité d'une étiologie psychosomatique, bien que tous ces éléments soient aspécifiques.

Il est également nécessaire d'entrevoir les facteurs prédisposants, déclenchants et d'entretien des symptômes psychosomatiques. Parmi les facteurs prédisposants figurent la personnalité du patient, sa culture et son niveau social, les antécédents médicaux, son apprentissage intrafamilial des conduites de maladie et l'existence de maltraitances ou de traumatismes infantiles. Parmi les facteurs déclenchants figurent toutes les sources de stress comme certains événements psychoaffectifs, certaines pathologies organiques ou encore l'existence de troubles anxieux ou dépressifs. Enfin concernant les facteurs d'entretien, on peut noter la iatrogénie, la perte de confiance envers les professionnels de santé, les litiges avec les organismes sociaux et les bénéfices secondaires rapportés à la pathologie qu'ils soient financiers, professionnels ou sociaux.

D'autre part, certains cercles vicieux doivent être également éclaircis avec le patient et pour cela une vision d'approche globale est nécessaire. Par exemple toute pathologie psychosomatique peut elle-même retentir sur le psychisme et ainsi sur la vie du patient au quotidien. Elle peut favoriser le développement de troubles dépressifs qui à leur tour deviendront potentiellement la source de nouveaux symptômes.

Par ailleurs, il faut toujours avoir à l'esprit que le fait de nommer une maladie et de poser ainsi un diagnostic peut constituer en soi un traitement, simplement de par le pouvoir symbolique acquis sur la maladie car enfin étiquetée. Comme rapportait Roland Barthes, « nommer, c'est apaiser ».

Mais donner une étiquette à une pathologie a un effet suggestif sur le médecin et le malade, et n'est pas à fortiori sans conséquence. Certains auteurs entrevoyent même un risque iatrogène à étiqueter les troubles fonctionnels chez des patients.

Enfin, il est nécessaire de remarquer que les individus qui présentent un syndrome fonctionnel sont souvent stigmatisés. Les médecins ont souvent à l'esprit des stéréotypes négatifs à ce sujet, plus ou moins importants selon le type de syndrome présenté. Il va de soi que le syndrome de fatigue chronique est moins bien perçu ou compris que le syndrome de l'intestin irritable par exemple. Il est à même de faire naître des sentiments de suspicion chez le médecin à l'égard du patient et pose par conséquent des problèmes éthiques dans son

travail. Comment rédiger un arrêt de travail lorsque le doute sur la véracité symptomatique domine ?

### 1) Des traitements symptomatiques

De nombreux traitements symptomatiques sont quotidiennement prescrits par les médecins généralistes dans la prise en charge des troubles psychosomatiques. Qu'il s'agisse d'antalgiques, d'antispasmodiques, de régulateurs du transit, ou d'antiasthéniques par exemple, ces médicaments ont une certaine efficacité relative à leur mécanisme biologique et à leur effet psychologique.

L'effet psychologique est d'autant plus efficace que le patient a une croyance certaine en ce type de traitement. Et cette croyance est fonction de son vécu, de son rapport avec le médecin et avec les médicaments (de la confiance qu'il leur accorde). C'est pourquoi bon nombre de placebos, le magnésium figurant en tête de liste, ont montré des bénéfices réels chez des patients convaincus et rassurés.

L'effet de ce type de traitement symptomatique est d'autant plus efficace que le patient a été entendu, examiné et rassuré lors d'une consultation de qualité comprenant des explications physiopathologiques simples.

Cela dit ce type de traitement reste en soit aspécifique et l'origine psychologique de la symptomatologie doit également être prise en considération.

## 2) Les antidépresseurs

Il s'agit des psychotropes les plus utilisés en psychosomatique. Les antidépresseurs sont efficaces sur des patients présentant des troubles dépressifs et certains troubles anxieux, troubles qui sont potentiellement impliqués dans les pathologies fonctionnelles.

Ils agissent entre autres sur les douleurs chroniques et sur l'asthénie. Leur efficacité a été mise en avant sur les symptômes fonctionnels en général, notamment sur les céphalées chroniques, les douleurs du rachis, les troubles fonctionnels intestinaux et la fibromyalgie.

Les antidépresseurs tricycliques semblent avoir une meilleure efficacité que les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine sur la symptomatologie douloureuse. Des doses moins importantes s'avèrent potentiellement efficaces en dehors de tout état dépressif.

Pour être davantage utile, la prescription d'antidépresseurs doit se faire en expliquant également au patient l'intérêt de ce type de traitement notamment dans le cadre des cercles vicieux. Par exemple, la douleur et la fatigue jouent sur le moral et sont potentiellement facteurs de troubles dépressifs. La dépression peut en retour majorer la symptomatologie initiale en perturbant davantage le sommeil et en accentuant le ressenti douloureux. De plus l'intérêt de ce type de

traitement dans les syndromes douloureux ne doit pas rester équivoque afin d'améliorer l'observance.

### 3) Les anxiolytiques

L'utilisation des anxiolytiques peut s'avérer utile chez des patients présentant une anxiété majeure. Cela dit les benzodiazépines qui sont les plus utilisées dans ce domaine, induisent à long terme un risque d'accoutumance et de dépendance physique et psychique avec un syndrome de sevrage à l'arrêt du traitement. De plus elles engendrent comme effets secondaires des troubles de la mémorisation de type amnésie antérograde, donc ces effets n'ont pas d'intérêt dans la prise en charge d'un état de stress post-traumatique par exemple. Il n'y a pas d'impact sur la mémorisation des événements antérieurs à l'administration du traitement.

Les benzodiazépines constituent donc en psychosomatique une thérapeutique d'appoint et ce, sur un laps de temps restreint. Parallèlement, le médecin généraliste doit toujours envisager comme traitement de fond la relaxation psychothérapique chez un patient anxieux. Sinon le véritable problème persiste et apparaît alors un risque de chronicisation des symptômes et d'aboutissement à l'invalidité.

#### 4) L'exercice physique

L'inactivité engendre un déconditionnement musculaire et ce dernier favorise l'apparition de douleurs ou de fatigue lors d'un effort. Il est manifestement utile lors des syndromes dépressifs et lors de la prise en charge des troubles fonctionnels où la symptomatologie de type fatigue et algies diffuses prédomine. La fibromyalgie et le syndrome de fatigue chronique sont donc concernées. De plus l'exercice physique modifie le comportement de l'individu et change sa perception des symptômes.

#### 5) Mesures hygiéno-diététiques

Il est avant tout nécessaire de réduire ou de supprimer la consommation de psychostimulants.

Une alimentation équilibrée est par ailleurs recommandée de même qu'un apport supplémentaire (mais non permanent) de vitamines, d'oligo-éléments et de caroténoïdes pour éviter certaines carences. L'alimentation ne suffirait pas à elle seule à fournir l'organisme en vitamines C et E, en sélénium, en zinc, en bêta-carotène et en flavonoïdes (vitamine P), molécules anti-oxydantes susceptibles de rétablir les perturbations métaboliques secondaires au stress avant qu'elles ne

soient irréversibles. La génération de radicaux libres secondaire à un stress induit une lipo-péroxydation du DHA (acide docosahexaénoïque) des membranes neuronales et une dénaturation de l'ADN.

## 6) Physiothérapie et kinésithérapie

Ces techniques à court terme montrent une efficacité certaine dans la prise en charge des troubles fonctionnels. Indéniablement les patients présentant des douleurs musculaires et articulaires voient leur symptomatologie s'améliorer sous l'effet de massages, des ultrasons, de l'électrostimulation ou encore de la balnéothérapie. Mais il demeure essentiel que la reprise d'une activité physique concomitante améliore considérablement l'évolution de la symptomatologie. Le kinésithérapeute doit ainsi suivre ces mêmes recommandations auprès du patient

## 7) Biofeedback

Le biofeedback EMG permet avec la mesure de la tension musculaire d'objectiver cette dernière qui est responsable de myalgies (douleurs myofasciales et SADAM par exemple), de céphalées de tension, de

lombalgies... Le biofeedback s'attache à permettre au patient d'acquérir un autocontrôle sur son corps. Il s'est révélé utile également dans la dyspareunies et les algies pelviennes, de même que dans la fibromyalgie. Mais pour atteindre un certain niveau d'efficacité, il doit être associé en complément de techniques de relaxations traditionnelles comme la sophrologie, la relaxation progressive d'Edmund Jacobson ou le training autogène de Schultz par exemple.

Le neurofeedback EEG va quant à lui permettre à l'individu d'entraîner son cerveau à améliorer sa capacité à gérer ses fonctions corporelles. Il pourra ainsi potentiellement améliorer la qualité du sommeil et de là, diminuer l'intensité de certaines douleurs ou minorer l'émergence d'un syndrome dépressif par exemple.

## 8) Relaxation

Les différentes techniques de relaxation permettent de réduire certaines formes de troubles anxieux, de fatigue et de douleur. L'apprentissage de la relaxation musculaire est associée la plupart du temps à des exercices respiratoires. Le thérapeute peut également suggérer des images mentales de détente lors des séances. Les thérapies cognitives et comportementales intègrent souvent ces techniques de relaxation. Eliane Ferragut fait mention entre autres de la relaxation dans l'approche développée en psychopathologie de la douleur. La

relaxation s'avère ainsi intéressante dans divers troubles psychosomatiques tels que les céphalées de tension et les migraines, les troubles du sommeil, les douleurs chroniques et les TFI.

### 9) Thérapies comportementales et cognitives structurées

Ce type de thérapie cherche de prime abord à analyser le pourquoi de l'émergence des symptômes psychosomatiques, leur évolution et leur impact sur le quotidien du patient. Deuxièmement, il définit des objectifs thérapeutiques avec le patient qui devra avoir une attitude active. Une évaluation initiale de la symptomatologie et de ses conséquences, le plus souvent par l'intermédiaire de grilles d'autoévaluation, est effectuée. D'autres évaluations du même type se font au cours du suivi pour juger de l'évolution du patient. Ce genre de thérapie comprend en général 15 à 20 séances, au rythme de une par semaine. Ces thérapies permettent au patient de faire face à des situations susceptibles de majorer ou de développer des symptômes psychosomatiques en étant exposé à des stimuli anxiogènes et en apprenant des conduites comportementales adéquates en réponse à ces stimuli. Le patient évolue ainsi dans son approche comportementale.

Parallèlement est développée une approche cognitive, cherchant à apprendre au patient comment évacuer les pensées automatiques négatives. Cela permet ainsi de mieux savoir lutter contre toute forme de stress et de mieux le contrôler.

## 10) Psychanalyse

La psychanalyse s'appuie sur la notion de transfert. L'écoute du patient permet des moments de silence. Et ce silence permet au patient de prendre conscience de ce qu'il dit, ce qui est souvent différent de ce qu'il pensait dire. De là ressortent des vérités inconscientes de désirs enfouis. Le patient peut alors réaliser au combien il résiste à ses vérités pourvoyeuses de symptômes en réponse à l'incapacité de satisfaire l'ensemble de ses pulsions. Ainsi le suivi analytique permet la reproduction des conditions dans lesquelles se sont effectuées les solutions névrotiques. Il faut saisir le sens du symptôme et le défaire.

## 11) Psychothérapies psychodynamiques

Différentes écoles de pensée ont adopté des modalités psychothérapeutiques

variées. Elles s'inspirent du modèle Freudien, utilisant l'analyse mais dans une dimension plus souple. Le suivi est plus court (6 à 12 séances en moyenne) et les silences sont moindres. Par exemple, Pierre Marty, fondateur de l'institut de psychosomatique, a établi une psychothérapie psychosomatique d'inspiration analytique. Ce type de psychothérapie est propre à chaque individu et non aux symptômes psychosomatiques présentés. Il cherche à améliorer le fonctionnement psychoaffectif du patient. L'analyse du transfert est moins profonde, moins aboutie. Le but est de permettre au patient d'entrevoir des solutions différentes dans son rapport au corps et aux autres, de le réorienter. Le thérapeute apprend à connaître le patient à travers le transfert et découvre son propre fonctionnement psychoaffectif. De là, il est à même d'avoir une influence suggestive sur le patient. Par exemple, chez un patient alexithymique, il est intéressant de le convaincre de verbaliser ses émotions, d'apprendre à exprimer différemment sa souffrance intérieure.

Cependant l'essentiel du traitement a comme but non pas la suppression définitive de la symptomatologie, mais plutôt une meilleure prise de conscience de soi et de l'exacte vérité de ses propres souffrances, ainsi que l'élaboration de nouveaux mécanismes ou modèles pour y faire face.

Cette souffrance quelle qu'elle soit, exprimée au travers du corps, peut traduire toute sorte de problème, exprimer que quelque chose ne va pas ou constituer par exemple une résistance et un refus à l'adaptation sociale. Le thérapeute n'a pas à prétendre que le patient recouvre une certaine normalité, mais doit s'efforcer

pour aider ce dernier à lui offrir des possibilités différentes d'expression et de satisfaction de ses désirs inconscients.

A noter que de même que pour toute forme de psychothérapie, il est fréquent que le patient s'y refuse, concevant que son trouble psychosomatique relève purement de l'organicité.

## 12) L'hypnose

Elle s'avère intéressante dans de nombreuses pathologies psychosomatiques et dans le contrôle de la douleur.

## 13) Thérapies familiales

Elles ont montré leur intérêt surtout chez l'enfant et l'adolescent. En effet les symptômes psychosomatiques peuvent correspondre à un mode de communication ou d'expression de souffrances, secondaire à des conflits intrafamiliaux.

#### 14) Médecines alternatives

De nombreux patients recourent à ce type d'alternative lorsqu'ils présentent des troubles psychosomatiques. Cela dépend essentiellement de la croyance qu'ils ont en leurs vertus thérapeutiques. La chiropraxie et l'acupuncture se révèlent d'une certaine efficacité thérapeutique sur des douleurs et notamment la fibromyalgie et les rachialgies lombaires.

#### 15) Conclusion

La complexité de la prise en charge des patients atteints de troubles psychosomatiques réside dans la difficulté diagnostique et dans l'annonce au patient de la nécessité d'une éventuelle prise en charge au travers d'une psychothérapie.

L'élimination par de nombreux examens complémentaires des étiologies organiques envisageables peut renforcer l'idée du patient qu'il souffre d'une pathologie purement organique. De plus la succession des consultations et notamment celles auprès de spécialistes, peuvent chroniciser le problème.

Aussi est-il nécessaire et primordial de rapidement concevoir avec le patient cette approche pluridisciplinaire avec un psychothérapeute habitué à ce type de

situation. Même si cette prise en charge spécifique peut être perçue par le patient comme la négation de sa plainte somatique. C'est là que la relation médecin-malade prend toute sa dimension et que le dialogue a toute son importance pour expliquer cette complexité bio-psycho-sociale des troubles psychosomatiques.

## **VII. MATERIEL ET METHODES**

### 1) Recrutement des médecins généralistes pour le questionnaire :

Ce travail a été réalisé suite à une enquête qui s'est faite à l'aide d'un questionnaire écrit à l'intention des médecins généralistes.

La distribution des questionnaires destinés aux généralistes s'est effectuée par courriers, par emails ou directement lors d'entretiens au cabinet.

La majeure partie des médecins généralistes a été contactée au hasard, principalement parmi la liste de ceux qui exercent à Strasbourg, suite à divers échanges téléphoniques. Deux d'entre eux ont directement refusé, mais la grande majorité a accepté immédiatement de remplir ce questionnaire.

Quant aux autres ils sont soit des collègues de travail, soit des médecins que je remplace occasionnellement, soit d'anciens maîtres de stage.

Ces différents médecins généralistes exercent soit en Ile-de-France, soit en Alsace, lieux où j'ai travaillé ces dernières années.

Leur activité professionnelle est variée, certains sont salariés, d'autres sont libéraux. Certains travaillent à l'hôpital, d'autres en cabinet, de groupe ou non.

Il s'agit de 18 femmes (soit 35%) et de 27 hommes (soit 52%) dont l'âge varie entre 28 et 65 ans. 7 médecins ont répondu de manière anonyme (soit 13%).

En tout 52 médecins généralistes ont répondu à ce questionnaire sur les 75 distribués soit un taux de réponse de 69,33%.

## 2) Questionnaire

- 1) Comment définissez-vous la psychosomatique ? Pouvez-vous indiquer en quelques points ce qui caractérise un trouble psychosomatique ?

---

---

---

---

---

- 2) Avez-vous eu un enseignement et une formation particulière en médecine psychosomatique durant votre cursus universitaire ? Si oui, en quoi cela a-t-il consisté ?

---

---

---

---

---

- 3) La psychosomatique présente-t-elle un intérêt pour vous ? Pourquoi ?

---

---

---

---

---

- 4) Pensez-vous avoir parmi vos patients des personnes souffrant de troubles psychosomatiques et si oui, pourriez-vous en estimer la proportion ?

---

---

---

5) Quelles sont à votre sens les spécialités concernées par la psychosomatique?

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> La cardiologie        | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> La pneumologie        | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> La neurologie         | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> La gastro-entérologie | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> L'hépatologie         | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> La gynécologie        | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> L'uro-néphrologie     | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> L'endocrinologie      | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> L'hématologie         | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> L'immunologie         | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> La dermatologie       | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> L'allergologie        | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> La psychiatrie        | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> La rhumatologie       | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> L'orthopédie          | <input type="checkbox"/> |

6) Pouvez-vous donner un exemple de trouble psychosomatique pour chaque spécialité que vous avez retenue dans la question précédente ? Veuillez noter vos réponses en regard des cases de la question 5.

7) Pensez-vous que les pathologies cancéreuses peuvent rentrer dans le cadre des pathologies psychosomatiques et si oui dans quelle mesure ?

---

---

---

---

---

8) Pensez-vous que certaines douleurs peuvent être d'origine psychosomatique et si oui pouvez-vous donner un ou plusieurs exemples ?

---

---

---

---

---

9) Pensez-vous que des troubles psychosomatiques peuvent être à l'origine de maladies infectieuses ? Pourquoi ?

---

---

---

---

---

10) Qu'est-ce qui vous amène à évoquer l'origine psychosomatique de symptômes ou de maladies chez certains patients ?

---

---

---

---

---

11) Avez-vous recours à des examens complémentaires avant de poser le diagnostic de pathologie psychosomatique ?

---

---

---

---

12) Est-ce que l'origine psychosomatique de certaines pathologies chez vos patients vous amène à leur consacrer plus de temps et si oui, cela constitue-t-il un problème lors de votre exercice au quotidien ?

---

---

---

---

---

13) Quel type de traitement ou de prise en charge préconisez-vous chez vos patients présentant un trouble psychosomatique ?

---

---

---

---

---

14) Pensez-vous que le fait d'ignorer la dimension psychosomatique d'une maladie peut avoir des effets iatrogènes ? Pourquoi ?

---

---

---

---

15) Pensez-vous que la psychosomatique soit une discipline d'avenir ou pensez-vous au contraire que les progrès de la science vont restreindre progressivement le domaine des maladies psychosomatiques ?

---

---

---

16) Pensez-vous utile voire nécessaire de développer l'enseignement des maladies psychosomatiques ?

---

---

---

---

17) Quel serait selon vous le meilleur support pédagogique pour que cet enseignement soit efficace ?

---

---

---

18) Pensez-vous qu'un tel enseignement permettrait d'approcher le malade dans sa globalité ?

---

---

---

### 3) Résultats : les réponses des médecins généralistes

#### **a. QUESTION 1 : Comment définissez-vous la psychosomatique ? Pouvez-vous indiquer en quelques points ce qui caractérise un trouble psychosomatique ?**

A la première question les médecins généralistes ont donné ces différentes définitions :

- la psychosomatique serait ce lien qui existe entre une pathologie et le contexte psychique, le contexte de vie du patient,
- la psychosomatique est l'expression physique par le corps, d'un état psychologique, dont la personne est consciente ou non ; elle peut être responsable de nouvelles maladies ou changer l'évolution de celles existantes,
- c'est l'expression physique d'un trouble d'origine psychique,
- c'est l'expression somatique d'un conflit psychique ou d'une tension, d'un stress, d'une émotion,
- la psychosomatique est un ensemble de maladies dans lesquelles les facteurs psychiques interviennent de façon plus ou moins importantes,
- c'est l'expression d'une relation entre le corps et l'esprit ; l'esprit est malade et le corps parle,
- c'est la somatisation d'un problème psychique soit une douleur réelle organique, mais qui est liée à un mal être psychique,

- il s'agit du retentissement sur le corps de problèmes d'origine psychologique, se manifestant par de véritables symptômes,
- c'est le retentissement du psychisme sur les troubles fonctionnels avec altération de l'état de santé,
- c'est le retentissement somatique d'un orage psychique
- c'est le lien avec effet le plus souvent négatif entre la psyché et le soma,
- c'est les relations entre l'esprit et le corps (4%),
- c'est la manifestation somatique d'un trouble psychique (4%),
- c'est le courant de la médecine qui s'intéresse à la relation qui peut exister entre des troubles organiques et des facteurs psychiques,
- c'est l'ensemble des plaintes générées par un problème psychologique, par l'anxiété le plus souvent,
- c'est l'étude des symptômes déclenchés par un trouble psychologique,
- c'est le transfert d'un problème psychologique sur une partie du corps,
- la psychosomatique remarque les interactions étroites entre corps et esprit,
- c'est la conversion corporelle d'une souffrance morale que celle-ci soit verbalisée ou non,
- c'est le mode d'expression de la psychologie d'une personne à travers le physique,
- il s'agit d'un événement émotionnel ayant pour conséquence un dérèglement organique ; le décès d'un proche, un état de choc, le chômage, la naissance d'un enfant handicapé peuvent entraîner un

déséquilibre organique et favoriser l'apparition de syndromes infectieux, accélérer l'apparition d'un cancer, et faire décompenser une maladie chronique par exemple.

A noter que la moitié des généralistes interrogés n'a pas été en mesure de donner une définition de la psychosomatique.

A la deuxième partie de la question les réponses les médecins généralistes ont donné ces différentes réponses :

- c'est une manifestation physique correspondant à l'expression d'un conflit intrapsychique que le patient n'arrive pas à verbaliser,
- c'est une manifestation morbide sans cause organique survenant dans un contexte de grande inquiétude,
- c'est un symptôme physique mais sans support organique dont l'origine est psychique,
- c'est un trouble ou des douleurs sans lésions organiques liés à des dysfonctionnements psychique et corporel,
- il s'agit de pathologies bénignes sans engagement du pronostic vital ou fonctionnel,
- un trouble psychosomatique se caractérise par le dérèglement d'une fonction naturelle avec lésions permanentes ou intermittentes d'un organe,
- la guérison physique dépend de la guérison psychologique,

- ce type de trouble est caractérisé par des signes inexplicables par une étiologie organique, la chronicité de la symptomatologie, l'échec (ou la réussite modérée) des traitements habituels pour traiter la souffrance physique, et c'est un diagnostic d'élimination,
- il s'agit d'une pathologie ou d'une maladie organique déclenchée par un environnement extérieur avec trouble psychique,
- symptôme physique dont l'étiologie peut être rapportée à une perturbation psychique dans la vie du patient, trouble psychique entraînant un trouble somatique, trouble somatique correspondant à l'expression d'un conflit psychique (contrariété, stress...) (22%),
- trouble organique qui semble aggravé ou causé par la psyché ; le malade ignore ce lien ; le trouble organique est manifeste ; les facteurs psychiques sont variés (émotions, histoire personnelle, traumatisme),
- trouble physique parfois invalidant induit ou aggravé par un mal être psychique,
- trouble organique ou fonctionnel favorisé ou aggravé par des facteurs psychiques,
- absence de lésion anatomique objective avec symptomatologie le plus souvent douloureuse,
- symptômes non biomédicalement expliqués,
- un trouble psychosomatique est un trouble somatique (qui touche un organe, mais également qui peut être mesuré comme la TA par exemple)

dont la survenue et/ou l'évolution sont de façon prépondérantes secondaires à un désordre psychique,

- caractérisation : trouble de l'humeur, troubles du comportement alimentaire, troubles fonctionnels intestinaux, déclenchement de migraines, altération du comportement social,
- un trouble dont l'origine organique n'est pas mise en évidence ; cela peut être à la fois une pathologie organique dont la cause est psychoaffective ou une douleur dont l'origine est psychoaffective ; le symptôme amené par le patient doit être pris en compte pour pouvoir ouvrir sur le problème de fond une fois la confiance établie,
- troubles s'exprimant de manière somatique sous la forme de symptômes physiques, et qui trouvent leur origine dans une affection psychologique, chronique ou aiguë ; la prise en charge thérapeutique est double à la fois symptomatique en visant à soulager le patient de ses symptômes et à la fois étiologique en prenant en charge la dimension psychologique des troubles,
- absence de substrat organique retrouvé lors des examens complémentaires,
- symptôme révélateur d'un mal être psychologique ou psychique, caractérisé par un contexte particulier récurrent et intéressant certaines parties du corps,

- trouble révélé par la personnalité du sujet et un événement extérieur nocif ; il y a alors déversement sur les organes de l'anxiété, du mal être,
- il s'agit d'un trouble d'origine psychique ou psychologique qui serait soit la cause unique, soit une des causes d'un trouble dit organique ; il y a constatation d'une atteinte organique (lésion tissulaire par exemple) dont l'origine serait en partie ou totalement psychologique,
- trouble engendré par la psyché ; il y a une vraie organicité mais elle est partiellement provoqué par notre psyché (stress, angoisse) suite à un événement de la vie,
- lésion anatomopathologique induite par une souffrance psychologique,
- un trouble psychosomatique se caractérise par sa résistance aux traitements dits classiques (notamment les antalgiques), le fait qu'il ne peut être expliqué par une lésion d'ordre physique ou biologique et qu'il peut être amélioré par une prise en charge psychothérapeutique,
- est caractérisé par l'absence ou la quasi absence de signes objectifs cliniques ou paracliniques malgré une plainte réelle,
- en quelques points un trouble psychosomatique se caractérise par l'existence de plaintes multiples qui ne trouvent que rarement une solution médicale, son apparition chez les personnalités fragiles et sa difficulté à être diagnostiqué car il peut être un diagnostic d'élimination.

**b. QUESTION 2 : Avez-vous eu un enseignement et une formation particulière en médecine psychosomatique durant votre cursus universitaire ? Si oui, en quoi cela a-t-il consisté ?**

La majorité des médecins généralistes (59%) a répondu négativement à cette question. Aucune formation en médecine psychosomatique ne leur a été dispensée durant leur cursus universitaire. Certains mettent en avant que ce domaine était dévalorisé lors de leurs études, que la reconnaissance d'un état pathologique jugé comme psychosomatique était considéré comme une sorte de faiblesse au sein du corps médical, ce qui était plutôt méprisant et méprisé.

Par ailleurs 39% des généralistes soutiennent avoir reçu un enseignement ou une formation en médecine psychosomatique, même si souvent ces derniers se sont avérés être plus que sommaires pour ne pas dire quasi inexistantes.

10% ont abordé le sujet lors de cours de psychologie médicale lors du deuxième cycle universitaire. Un médecin a répondu à cette question : « oui, si l'on considère les 2 heures dispensés lors des cours de psychologie. »

4% ont bénéficié de cet enseignement dispensé par des psychiatres au sein d'un module optionnel de psychosomatique.

6% ont reçu un enseignement rapide et partiel en deuxième cycle lors de discussions de cas cliniques où les facteurs psychologiques semblaient intrinsèques aux pathologies rencontrées, notamment lors de cours en

psychiatrie où ont été mentionnés des pathologies pouvant se rapporter à la psychosomatique comme la colopathie fonctionnelle, la fibromyalgie, ou certaines céphalées par exemple.

6% ont suivi un tel enseignement lors du troisième cycle, en DES de médecine générale, pour les sensibiliser davantage à l'approche psychologique lors des consultations et pour leur permettre de discerner certaines pathologies psychosomatiques fréquemment rencontrées en médecine générale.

6% des généralistes ont abordé la médecine psychosomatique lors de réunions de groupes Balint qui se développent de plus en plus actuellement sur Paris en DES de médecine générale.

2% ont eu quelques heures de cours sur les tempéraments et notamment sur les individus présentant des difficultés dans l'expression verbale des émotions, autrement dit une alexithymie, ce qui est parfois observé parmi les patients présentant des symptômes psychosomatiques.

Et 6% d'entre eux ont suivi une formation en psychosomatique indépendante du cursus universitaire classique soit au travers d'une formation psychanalytique (DU de psychanalyse) soit au sein d'une formation en mésothérapie où sont enseignées les prises en charge en mésothérapie des pathologies psychosomatiques.

Enfin, les 2% qui restent n'ont pas de souvenir exact en ce domaine. Il est possible qu'ils aient bénéficié d'un tel enseignement mais ceci est loin d'être certain.

**c. QUESTION 3 : La psychosomatique présente-t-elle un intérêt pour vous ? Pourquoi ?**

92% des médecins généralistes interrogés accordent de l'intérêt à la psychosomatique.

La part importante de consultations en médecine générale où les patients présentent des troubles psychosomatiques avec une symptomatologie qui s'avère très diverse constitue l'essentiel de cet intérêt (46%). Nombreuses sont les pathologies rencontrées qui sont susceptibles d'entrer dans ce cadre. Un médecin écrit à ce sujet : « je pense qu'on est face à un trouble psychosomatique plus souvent qu'on ne le croit, que tous les troubles somatiques ont une part "psychique" dans leur genèse, leur expression ou leur vécu. »

Un autre cite : « la consultation en médecine générale est en grande majorité motivée par une douleur ; sa composante psychologique (dans son apparition et sa pérennisation) doit absolument être mise en évidence et "quantifiée". »

Ou encore: « il s'agit d'un sujet très intéressant car l'on est réellement surpris lors de la consultation en médecine générale du nombre de patients dont la maladie se déclare après un choc psychique et notamment dans le cas de personnes âgées qui perdent leur conjoint respectif et qui dans l'année décèdent alors qu'elles étaient dites en "excellente santé". Le médecin généraliste ou

médecin de famille est peut-être l'unique médecin à pouvoir prendre en compte l'importance de ce facteur. »

20% des généralistes considèrent qu'une meilleure connaissance dans ce domaine ne peut que permettre d'améliorer la prise en charge des patients concernés par de tels troubles. Au vu de leur fréquence cela ne peut être que profitable.

8% évoquent l'intérêt qu'il y a à comprendre l'installation de certains symptômes psychosomatiques ainsi que leur évolution.

2% considèrent que la psychosomatique élargit le champ des étiologies pour une pathologie avec atteinte organique.

15% d'entre eux mettent l'accent sur la nécessité d'offrir une thérapeutique appropriée aux patients souffrant de tels troubles. Un médecin écrit que « la psychosomatique est à l'origine de nombreux symptômes que l'on n'arrive pas à traiter classiquement ». Et 2% rapportent que l'on peut ainsi éviter l'instauration de traitements médicamenteux lourds non dénués d'effets secondaires lorsque le diagnostic est porté.

L'intérêt d'aborder l'aspect psychologique du patient, l'intérêt de la psychothérapie, de l'écoute et de la relation médecin-malade est cité par 8% des généralistes. L'un d'eux rapporte que « cela nous différencie de la médecine vétérinaire... », un autre évoque « la nostalgie du temps où il avait l'impression d'être un médecin. »

4% parlent de l'intérêt d'une prise en charge globale du patient.

4% mettent en avant qu'il s'agit d'une dimension fondamentale de la pratique quotidienne en médecine générale, inévitable pour entrevoir une bonne pratique médicale.

Enfin 2% évoquent les nombreux arrêts de travail occasionnés par les pathologies psychosomatiques.

2% des généralistes considèrent que cela n'a que peu d'intérêt hormis de traiter les troubles psychologiques. Cela peut relever d'un traitement spécialisé en cas de répercussions trop importantes.

Et 6% des médecins rapportent que cela n'a pas d'intérêt pour eux.

Pour l'un « il s'agit de pathologies comme les autres ».

Un autre répond « qu'on ne peut classer des patients comme psychosomatiques sans avoir fait au préalable le tour complet de la question face à une maladie, un syndrome... c'est-à-dire sans avoir fait tous les examens jugés opportuns pour éliminer une pathologie organique. Et si tout est négatif, ce n'est pas avantager le malade de dire qu'il présente un trouble psychosomatique ».

Et le dernier mentionne que « cependant on est forcément confronté à des patients qui présentent ces troubles et qu'il faut essayer de les prendre en charge avec empathie ».

**d. QUESTION 4 : Pensez-vous avoir parmi vos patients des personnes souffrant de troubles psychosomatiques et si oui, pourriez-vous en estimer la proportion ?**

96% des généralistes ont répondu affirmativement à cette question.

4% des médecins interrogés estiment cette proportion à 5%, 2% à moins de 10%, 12% à 10%, 4% entre 10 et 20%, 10% à 15%, 2% entre 15 et 20%, 2% à 20%, 2% entre 20 et 30%, 2% à 25%, 20% à 30%, 2% entre 30 et 40%, 4% à 40%, 8% à 50% , et enfin 2% à 75%.

Un médecin travaillant notamment au centre d'évaluation et de traitement de la douleur (C.E.T.D.) estime à 40% la proportion de patients qui présentent des troubles psychosomatiques lors de ces consultations.

Un autre rapporte que « probablement dans toutes les maladies il y a du psychisme qui interfère avec l'organique. »

16% des généralistes considèrent qu'une part non négligeable de patients présentent de tels troubles en médecine générale mais ne savent pas vraiment évaluer le pourcentage.

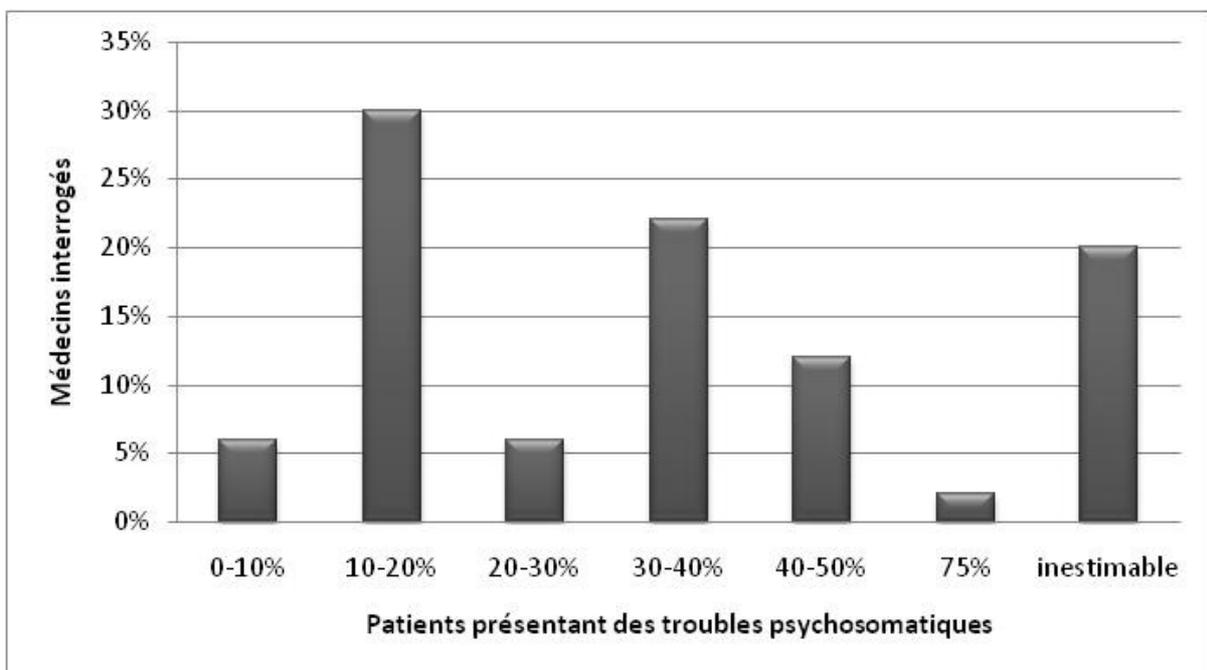
« Indéniablement oui, quant à en estimer la proportion, cela me paraît difficile, la médecine étant de plus en plus catégorielle, les patients devant répondre à des critères d'inclusion (que ce soit pour les syndromes ou les maladies). J'ai bien peur d'être dans l'erreur, n'étant pas certain de connaître stricto sensu la définition de la psychosomatique. Y en a-t-il une ? Il me semble qu'il en existe

plusieurs, suivant que l'on soit clinicien, psychiatre, psychanalyste, Mr Georg Groddeck ou Mr Lucien Israël... »

Il est rapporté également que « sur un secteur ouvrier de nombreux patients souffrent moralement et expriment leurs problèmes par des manifestations psychosomatiques ».

Un autre estime avoir peu de patients de ce type, « sa clientèle âgée ayant apaisé ses démons ou appris à vivre en leur compagnie ».

Enfin un médecin a déclaré n'avoir aucun patient souffrant de troubles psychosomatiques et un autre n'a rien répondu.



*Graphique : Pourcentage de patients présentant des troubles psychosomatiques d'après les médecins généralistes.*

**e. QUESTIONS 5 ET 6 :**

**-Quelles sont à votre sens les spécialités concernées par la psychosomatique ?**

**-Pouvez-vous donner un exemple de trouble psychosomatique pour chaque spécialité que vous avez retenue ?**

LA CARDIOLOGIE (92%) :

Les symptômes ou pathologies concernées qui sont cités sont :

- l'hypertension artérielle (6%),
- l'infarctus du myocarde (6%),
- les accidents thromboemboliques (2%),
- les précordialgies (32%),
- les palpitations (30%) et sensations de palpitations (2%),
- les troubles du rythme (22%) et plus précisément la tachysystolie (2%), les tachycardies (6%), l'extrasystolie adrénérergique (2%), et l'extrasystolie ventriculaire (2%),
- la décompensation d'une insuffisance cardiaque (4%),
- et le malaise vagal (2%).

LA PNEUMOLOGIE (68%) :

Les symptômes ou pathologies concernés qui sont cités sont :

- l'asthme (34%) et le déclenchement de crise d'asthme (4%),

- la dyspnée (17%),
- la toux spasmodique rebelle (6%),
- et la sensibilisation aux infections.

LA NEUROLOGIE (84%) :

Les symptômes ou pathologies concernés qui sont cités sont :

- les céphalées (46%) dont les migraines (20%) et les céphalées de tension (9%),
- la névralgie du trijumeau (2%),
- les névralgies (6%),
- douleurs neuropathiques (10%),
- les paresthésies (8%) et les dysesthésies (4%),
- les tremblements (8%),
- l'épilepsie (2%),
- la maladie de Parkinson (2%),
- l'accélération de démences (2%),
- la sclérose en plaques et ses poussées (4%),
- les vertiges (6%) et les acouphènes (2%)
- l'algothallucinose (2%),
- et la crampe de l'écrivain (2%).

### LA GASTROENTÉROLOGIE (98%) :

Les symptômes ou pathologies concernés qui sont cités sont :

- Les troubles fonctionnels intestinaux (73%), regroupés avec les termes de colopathie fonctionnelle [(40%), évocation de diarrhées (8%) et de constipation (2%)] ou de syndrome du colon irritable (2%) ou encore de colite spasmodique (12%),
- Les douleurs abdominales (26%) dont les douleurs gastriques (10%),
- l'ulcère gastroduodéal (14%),
- les gastrites (4%),
- le reflux gastro-oesophagien (2%),
- le ballonnement (2%),
- l'anorexie (2%),
- la rectocolite ulcéro-hémorragique (4%),
- et la maladie de Crohn (4%).

### L'HÉPATOLOGIE (20%) :

Les symptômes et pathologies concernés qui sont cités sont :

- les hépatalgies (10%),
- la décompensation cirrhotique (2%),
- et l'alcoolisme (2%).

### LA GYNÉCOLOGIE (78%) :

Les symptômes et pathologies concernés qui sont cités sont :

- la dyspareunie (26%) et les troubles de la sexualité (2%),
- les douleurs pelviennes (11%), périnéales (2%) et vulvaires (2%),
- la pelvimyalgie (2%),
- la douleur ovarienne (2%),
- les mycoses (11%) surtout récidivantes,
- le syndrome prémenstruel (2%),
- l'aménorrhée (4%),
- la dysménorrhée (15%),
- l'infertilité (6%),
- et la fausse couche (2%).

### L'URONÉPHROLOGIE (41%) :

Les symptômes et pathologies concernés qui sont cités sont :

- les cystites à urines claires (6%),
- les infections urinaires (8%),
- la cystite interstitielle (2%),
- les cystalgies (2%),
- la pollakiurie (4%),
- le ténesme vésical (2%),

- la dysurie (2%),
- la vessie instable (2%),
- la colique néphrétique (2%),
- et l'insuffisance rénale secondaire à une HTA (2%).

### L'ENDOCRINOLOGIE (37%) :

Les symptômes et pathologies concernés qui sont cités sont :

- les dysthyroïdies (13%),
- l'hyperthyroïdie (4%),
- la maladie de Basedow (2%),
- le diabète (11%),
- l'intolérance aux glucides (2%),
- les troubles du comportement alimentaire (2%),
- et l'aménorrhée (2%).

Enfin l'augmentation de la sécrétion d'ACTH secondaire au stress avec ses résultantes biologiques est mentionnée par 4% des médecins.

### L'HÉMATOLOGIE (10%) :

Les symptômes et pathologies concernés qui sont cités sont :

- l'anémie (2%),
- l'épistaxis (2%),

- la rechute de pathologies malignes (2%), et les pathologies oncologiques (2%).

### L'IMMUNOLOGIE (44%) :

Les symptômes et les pathologies concernés qui sont cités sont :

- les maladies auto-immunes (15%) dont le lupus (6%) et la maladie de Basedow (2%),
- les poussées de maladies dermatologiques ou neurologiques (2%),
- le déficit immunitaire (4%),
- les infections à répétition et notamment sur le plan ORL (13%),
- les syndromes fébriles (2%),
- et l'aggravation d'un état chez un patient positif au VIH (2%).

### LA DERMATOLOGIE (85%) :

Les symptômes et les pathologies concernés qui sont cités sont :

- l'eczéma (35%),
- le psoriasis (39%),
- le prurit (13%),
- l'urticaire (11%),
- l'herpès (6%),
- les verrues (4%),
- la dermatite séborrhéique du cuir chevelu (2%),

- les rashes ou éruptions cutanés (4%),
- et les " points noirs " ? (2%).

### L'ALLERGOLOGIE (60%) :

Les symptômes et pathologies concernés qui sont cités sont :

- l'eczéma (17%),
- l'urticaire (6%),
- le prurit (2%),
- les crises d'asthme (4%),
- les rhinites (4%) dont la rhinite saisonnières (2%),
- les allergies dans leur ensemble (10%), l'exacerbation de phénomènes allergiques aux pollens et aux acariens par exemple (2%) et puis l'allergie aux protéines de lait de vache du " petit dernier " (2%).

### LA PSYCHIATRIE (80%) :

Les symptômes et les pathologies concernés qui sont cités sont :

- le syndrome dépressif (6%),
- l'hystérie et le syndrome de conversion (15%),
- la spasmophilie (4%),
- les troubles anxieux (8%),
- l'attaque de panique (2%),

- la névrose obsessionnelle (2%) et les troubles obsessionnels compulsifs (TOC) (2%),
- les névroses dans leur ensemble (2%),
- la psychose maniaco-dépressive (2%),
- les troubles du sommeil (2%),
- les paralysies (2%),
- l'hallucination (2%),
- et des manifestations somatiques en général (6%).

#### LA RHUMATOLOGIE (91%) :

Les symptômes et pathologies concernés qui sont cités sont :

- la fibromyalgie (35%),
- les maladies auto-immunes (6%) dont la polyarthrite rhumatoïde (2%),
- l'arthrite inflammatoire (2%),
- les arthromyalgies diffuses (13%),
- les arthralgies (13%) et les poussées douloureuses articulaires (6%),
- l'algodystrophie (2%),
- les rachialgies (40%) dont les dorsalgies (8%) et les lombalgies (26%) surtout chroniques, ainsi que la lombosciatique (2%).

Enfin est mentionnée la discordance qu'il peut exister entre la douleur vécue ou décrite et la réalité radiologique dans les manifestations psychosomatiques.

### L'ORTHOPÉDIE (14%) :

Les symptômes ou pathologies concernés qui sont cités sont :

- l'algodystrophie (2%),
- le dérangement intervertébral mineur (2%),
- la tendinite (2%),
- les entorses (4%) notamment à répétition,
- des douleurs invalidantes (2%),
- et les troubles de l'attention à l'origine d'accidents (2%).

**f. QUESTION 7 : Pensez-vous que les pathologies cancéreuses peuvent rentrer dans le cadre des pathologies psychosomatiques et si oui dans quelle mesure ?**

46% des généralistes répondent que oui.

Notamment quand ces pathologies apparaissent à la suite d'un choc psychoaffectif important (comme par exemple le décès d'un proche). Au sein d'une même famille, certains ont constaté qu'au décours de tels chocs des patients développaient le même cancer que celui de leurs parents. 8% des médecins rapportent avoir constaté l'apparition de cancer du sein chez des femmes venant de subir un choc émotionnel important.

32% considèrent que le déclenchement du développement d'un cancer peut être d'origine psychosomatique. La place de la psychosomatique interviendrait comme une sorte de facteur favorisant, comme un autre facteur de risque, dont le rôle serait plus ou moins mineur et dont on ne pourrait pas de toute manière connaître l'impact exact. Le stress généré par des conflits psychologiques internes et externes peut agir comme un facteur déclenchant sur un mode aigu ou chronique. Un médecin cite à ce propos : « il est d'observation ancienne que la cancérophobie est associée à un risque plus élevé de cancer et notamment au niveau du sein ».

Un autre écrit : « Je pense que même dans le cas d'une prédisposition familiale, le déclenchement de la pathologie cancéreuse se fera à l'occasion d'un déséquilibre du fonctionnement du patient. Certains événements de la vie, des problèmes répétés, engendreront un stress à l'origine de comportements à risque (alcoolisation, tabagisme...) et également jouant probablement directement un rôle important dans la manifestation d'une telle pathologie. »

Encore un autre, « oui, dans leur vécu, et en raison de la "mythologie" que certains patients peuvent avoir quant à la genèse de leur cancer ».

D'autres rapportent qu'ils n'ont pas d'avis concernant leur étiologie et qu'il ne leur semble pas qu'il existe à ce jour une étude démontrant une corrélation directe entre cancer et psyché. Mais que pour leur évolution il est évident que le profil psychique du patient dirigera l'appréhension de sa maladie ou de ses symptômes, et par conséquent leur évolution (6%).

4% évoquent une baisse du système immunitaire et que celui-ci se laisse dépasser, engendrant des mutations génétiques et par conséquent des néoplasmes.

2% font mention de cancers secondaires à des pathologies organiques induites elles-mêmes par des affections psychosomatiques.

A l'inverse 2% répondent que sur une maladie cancéreuse organique peut se greffer des troubles psychosomatiques.

Un généraliste atteste que cela est déjà pris en compte dans plusieurs centres de cancérologie, où l'on propose systématiquement un suivi psychologique, ce qui n'est pas forcément le cas dans toutes les maladies chroniques avec un taux de mortalité similaire.

40% répondent que non, les pathologies cancéreuses ne rentrent pas dans le cadre des maladies psychosomatiques. L'origine de ces pathologies ne relève pas pour eux de la psychosomatique mais certains admettent que l'état psychique d'une personne peut sans doute influencer sur l'évolution d'un cancer et sur l'expression de ses symptômes. D'autres mentionnent que néanmoins plusieurs cas sont troublants, mais probablement qu'il ne s'agit que de pures coïncidences. « Le hasard veut que certaines patientes aient développé un cancer du sein alors qu'elles traversaient une période troublante sur le plan psychologique. »

2% ne savent pas se prononcer sur ce sujet.

Et enfin 12% s'interrogent.

« Pourquoi pas ? La science n'a toujours pas de réponse devant l'apparition de certains cancers ou bien devant certaines de leurs régressions inespérées. »

« On peut se poser la question de l'étiologie du développement de pathologies cancéreuses. Y a-t-il un conflit psychique ou environnemental qui favoriserait le développement de ces pathologies, qui fragiliserait l'immunité ? »

« Il paraît... Le corps et l'esprit sont indissociables : c'est un tout ! La psychologie a sans doute un rôle dans la maladie et la guérison. »

« Je n'en suis pas convaincu. Même s'il est selon moi impossible d'affirmer que le psychisme n'intervient pas dans le déclenchement ou la guérison de cancer. »

« Je serais méfiante avec cette notion. Bien sûr que beaucoup de cancers du sein surviennent après des accidents de vie. Mais les patientes pourraient être culpabilisées de voir qualifier leur cancer de psychosomatique. »

**g. QUESTION 8 : Pensez-vous que certaines douleurs peuvent être d'origine psychosomatique, et si oui pouvez-vous donner un ou plusieurs exemples ?**

La totalité des médecins généralistes interrogés sur ce point ont répondu affirmativement à la question.

Les exemples de douleurs d'origine psychosomatique cités en référence sont :

- en cardiologie : les précordialgies (13%),
- en neurologie : les céphalées (39%) et notamment les céphalées de tension (6%) et les migraines (13%) ; la névralgie du trijumeau (2%) ; la névralgie intercostale (4%) ; les névralgies, parfois rebelles (8%), l'algohallucinoïse (membre fantôme) (2%),
- en gastroentérologie : les douleurs abdominales (52%) comprenant les épigastralgies avec des douleurs ulcéreuses gastroduodénales (14%), celles du RGO (2%), celles de la RCUH (2%) et de la maladie de Crohn (2%), celles des spasmes coliques et autres TFI (16%),
- en gynécologie : les douleurs lors de dysménorrhées (2%),
- en uronéphrologie : les cystalgies des cystites à urine claire (2%),
- en rhumatologie : les rachialgies (34%) et notamment les lombalgies communes (26%) et leur chronicisation (8%), les dorsalgies (6%) et la lombosciatique (2%). Le caractère secondaire à un accident du travail ou la

reconnaissance d'une maladie professionnelle est également mentionné à une reprise.

Suivent le syndrome polyalgique diffus (2%), les poussées d'arthrite du lupus (2%), les arthralgies chroniques sans lésions objectivées aux examens complémentaires et comprenant un bilan biologique rhumatismal négatif (8%), les arthromyalgies diffuses (6%) et la fibromyalgie (20%).

Un médecin écrit à ce propos: « Oui, d'autant plus que nos patients sont désormais très informés. Il est par conséquent très facile pour eux de "se reconnaître" (par un phénomène de mimétisme par exemple) en lisant la définition des derniers syndromes apparus comme celui de la fibromyalgie ("quand je suis fatiguée, je suis atteint de fibromyalgie !"). »

- les douleurs dentaires (2%),

- en cancérologie et dans toutes les pathologies chroniques avec une composante algique (2%).

Par ailleurs, certains généralistes (8%) évoquent le rôle du psychisme dans l'amplification ou l'atténuation des douleurs. « Le psychisme peut transformer certaines stimulations qui pour certains seraient indolores en stimulations douloureuses. De même il peut amplifier des douleurs bien réelles. A l'inverse, un état paisible type obtenu par sophrologie (étude des changements d'états de conscience de l'homme obtenus par des moyens psychologiques, et de leur

possibilités d'application thérapeutique) peut diminuer la sensation douloureuse. »

La douleur évoquée n'est pas retrouvée objectivement ou surestimée dans son intensité. L'accentuation des plaintes est manifeste notamment en cas de dépression ( " j'en ai plein le dos ", " il me stresse à m'en donner mal à la tête, à en avoir des migraines "). Enfin, la douleur appelle la douleur.

**h. QUESTION 9 : Pensez-vous que des troubles psychosomatiques puissent être à l'origine de maladies infectieuses ? Pourquoi ?**

59% des médecins interrogés ont répondu affirmativement à cette question.

En effet, 52% attestent que le stress joue sur l'état immunitaire d'un sujet, qu'il le fragilise, et que par conséquent la baisse du système immunitaire facilite le développement d'infections.

« Les poussées d'herpès, les zozas, le développement de mycoses, les cystites à répétition chez la femme, ont lieu souvent dans un contexte de stress. » « Les troubles psychosomatiques entraînent un déséquilibre organique, une fatigue, un stress biologique, et par ce biais favorisent le dysfonctionnement immunitaire et donc le développement d'infections (par exemple, les troubles du transit avec diarrhées désorganisent la flore intestinale et engendrent une diminution des IgA qui interviennent dans notre lutte contre les infections). »

Les caractéristiques d'un individu à un moment donné, dont son état de stress (psychique, organique ou biologique), influent sur sa sensibilité aux infections et sur la réponse aux traitements. Les douleurs chroniques ainsi que toute sorte de troubles somatiques "fatiguent" l'organisme, le stressent et le rendent plus vulnérable. La dépression du système immunitaire facilite indirectement le développement de viroses lorsqu'un individu entre en contact avec ces mêmes virus.

Un médecin rapporte : « on sait déjà que le stress engendre une stimulation des surrénales. De la même façon un trouble psychosomatique peut être à l'origine de maladies infectieuses par défaut de stimulation des surrénales, de l'hypophyse, du cerveau directement ? Il s'agit en fait d'un mécanisme plurifactoriel difficilement appréciable. »

L'absence d'hygiène lors des états dépressifs peut lui aussi indirectement favoriser le développement d'infections. Et au contraire un excès d'hygiène peut avoir également la même conséquence (3%).

Enfin, 4% évoquent la surinfection, l'impétiginisation de lésions de grattage secondaire à un prurit résultant d'un eczéma ou d'un psoriasis par exemple.

37% ont répondu négativement.

4% des généralistes ne savent pas quoi répondre à cette question.

**i. QUESTION 10 : Qu'est-ce qui vous amène à évoquer l'origine psychosomatique de symptômes ou de maladies chez certains patients ?**

52% des médecins généralistes évoquent une origine psychosomatique suite à la négativité des examens complémentaires. Un bilan paraclinique complet doit écarter toute étiologie organique envisageable. Il s'agit d'un diagnostic d'élimination.

8% l'évoquent également suite à un examen clinique normal avec absence de lésion anatomique.

Selon 25% d'entre eux, le type de pathologie impliquée ou de symptômes a son importance dans la détermination de l'origine psychosomatique. La description clinique est essentielle. En effet la probabilité de l'origine psychosomatique varie en fonction de chaque pathologie. La probabilité peut être élevée en cas de psoriasis, d'eczéma ou de TFI pour ne citer qu'eux par exemple.

L'étrangeté du symptôme ou la place qu'il prend chez le patient, la richesse fluctuante de la symptomatologie, ou bien encore la multiplicité des plaintes sans rapport les unes avec les autres, sont autant de signes qui laissent à penser qu'il s'agit d'un symptôme ou d'une maladie psychosomatique (11%).

L'évolution chronique de la symptomatologie, le fait de ne pouvoir soulager le patient malgré de nombreux traitements entrepris (par exemple des douleurs

difficilement calmées par des antalgiques efficaces en situation normale), la mise en échec du médecin notamment dans le discours et le comportement du patient nonobstant un parcours médical complexe comprenant de nombreuses consultations en la présence de médecins spécialistes, font supposer une telle hypothèse (13%).

La récurrence des symptômes, leur réapparition, en période de stress ou leur amélioration en période de repos ou lors de psychothérapie sont à prendre en considération (9%).

« Quand la récurrence des problèmes de santé est concomitante à la récurrence des problèmes sociaux, la place au doute quant à la possible origine psychosomatique s'amointrit. »

Le profil et le terrain psychologiques, propres à chacun, peuvent faire penser à une telle origine (24%). Certains types de personnalité sont évocateurs.

De même que l'est un contexte psychologique évident. La connaissance du patient, de son histoire personnelle, de son contexte de vie et de son état psychique du moment est essentielle. Une situation de stress vécue, un choc émotionnel récent, et parallèlement l'apparition de symptômes dans ce contexte psychique ou environnemental particulier laissent suggérer l'origine psychosomatique de ces troubles (41%). « Quand on devine une grande souffrance morale derrière les symptômes. »

C'est là que l'anamnèse médicale prend toute son importance (30%). Il faut savoir écouter et interroger les patients, et prendre son temps pour cela. Le dialogue permet cette approche psychosomatique. On est ainsi en mesure d'entrevoir le ressenti du patient, de mettre à nu ses difficultés affectives, familiales ou professionnelles. Comment faire autrement pour percevoir la dégradation du statut social (divorce, chômage...) de quelqu'un sans laisser de place au dialogue ?

La présentation du patient, inquiet ou agressif, déprimé ou anxieux, plaintif, revendicateur, hyperexpressif, usant de détails et d'un vocabulaire très imagé, peut faire naître l'hypothèse de troubles psychosomatiques (8%).

L'expérience et l'intuition (« mon petit doigt ! ») amènent à évoquer une origine psychosomatique selon 11% des médecins généralistes.

Certains médecins suggèrent cette hypothèse lorsque le patient l'évoque de lui-même (4%).

Enfin, le sexe féminin est mentionné comme prévalent par 2% des généralistes.

**j. QUESTION 11 : Avez-vous recours à des examens complémentaires avant de poser le diagnostic de pathologie psychosomatique ?**

68% des médecins généralistes interrogés à ce sujet effectuent toujours, systématiquement, des examens complémentaires avant de poser le diagnostic de pathologie psychosomatique. Avant tout il s'agit pour eux d'éliminer une cause organique sous-jacente ou concomitante, potentiellement dangereuse pour le patient. Le diagnostic de trouble ou de pathologie psychosomatique est de prime abord à leurs yeux un diagnostic d'élimination.

Le caractère chronique de certains troubles psychosomatiques pousse également les praticiens à recourir à ces examens.

D'autres effectuent ces examens en les posant comme un contrat avec leur patient. « On fait ce bilan et s'il est normal, on pourra se dire que ce que vous venez de me dire joue potentiellement un rôle dans le symptôme que vous présentez. »

Par ailleurs, 6% d'entre eux mentionnent effectuer ces examens notamment en raison des risques médico-légaux actuels. Ils se protègent sur ce plan là. Un médecin s'exprime en ces termes : « oui, j'ai recours à de tels examens complémentaires dans le cadre de la médecine "défensive" de 2009 ».

24% des généralistes rapportent qu'ils ont recours aux examens complémentaires de manière non systématique mais assez régulièrement quand

même, selon la localisation des symptômes et s'ils estiment nécessaire d'éliminer une pathologie organique sous-jacente. « Cela dépend des cas, si le côté "psy" du patient est vraiment parlant, nul besoin d'examens superflus. »

Enfin, 8% des praticiens ne réalisent pas d'examens complémentaires avant de poser un tel diagnostic, notamment en raison de la négativité d'un examen clinique.

**k. QUESTION 12 : Est-ce que l'origine psychosomatique de certaines pathologies chez vos patients vous amène à leur consacrer plus de temps et si oui, cela constitue-t-il un problème lors de votre exercice au quotidien ?**

87% des généralistes interrogés répondent qu'ils consacrent plus de temps aux patients présentant des troubles ou des pathologies psychosomatiques.

Pour 16% d'entre eux, cela ne constitue pas un problème. Certains prévoient que des consultations soient plus longues que d'autres, d'autres reçoivent ces patients sur rendez-vous avec le temps imparti, et ils considèrent que la qualité des soins passe avant la ponctualité du planning.

Cela dit, la majorité de ces derniers (84%) rapporte que cela leur pose différents problèmes.

Les consultations sont plus longues. Elles peuvent durer 2 à 3 fois plus longtemps que la moyenne. L'emploi du temps du médecin peut être perturbé, des retards dans les rendez-vous sont fréquents et la grogne monte en salle d'attente, surtout quand elle est pleine.

Il est nécessaire de prendre plus de temps avec ces patients mais cela reste difficile voire impossible dans la pratique quotidienne. Car la plupart manque de temps durant leur période de consultation.

Laisser une ouverture à la parole demande du temps. Le besoin d'une écoute attentive est crucial. « Ce n'est pas une maladie imaginaire. »

Il faut savoir parler des fois de ce qui ne va pas et chercher ce qui est caché derrière la plainte première.

Un médecin déclare que « la prise en charge des patients présentant des troubles psychosomatiques aux urgences est responsable d'une perte de temps non négligeable et surtout délétère pour les autres patients d'autant que certains décrivent des symptômes nécessitant une intervention rapide ».

D'autre part le fait est que les médecins généralistes ne sont pas rémunérés à l'heure mais à l'acte, et cela ne les encourage pas à s'aventurer dans des entretiens longs et fastidieux pour beaucoup.

Ces consultations sont également complexes. Les nombreuses plaintes du patient, la difficulté diagnostique et le recours à divers examens afin de procéder par élimination et d'exclure tout problème organique sous-jacent, ainsi que les

explications non évidentes données au patient compliquent la tâche du généraliste.

« L'origine psychosomatique demande une double approche : somatique et psychologique. Cela nécessite du temps en consultation et cela amène à répéter les consultations pour arriver à cerner avec le patient son problème. »

Une des solutions du généraliste consiste donc à convenir de rendez-vous successifs pour prendre en charge correctement le patient. Il est conduit à proposer à ce dernier une consultation d'ordre plus psychologique afin d'amorcer avec lui un travail en ce sens.

Ceci s'avère plus commode, surtout en période d'affluence au cabinet, afin de discuter sereinement avec le patient et d'arriver à lui suggérer la probable origine psychologique de ses souffrances.

Pars ailleurs, la souffrance interne du patient qui n'est pas dans ce cas d'ordre purement somatique est davantage rebelle aux traitements classiques (antalgiques...). Ces traitements sont ainsi moins efficaces et le patient souvent plus revendicatif et avec ce sentiment d'être mal compris ou simplement dans le déni, peut devenir agressif ou avoir recours au nomadisme médical.

9% des généralistes ne consacrent pas plus de temps à ces patients qu'aux autres.

Enfin concernant les derniers 4%, ils considèrent que oui et non : cela serait nécessaire mais ils en ont rarement le temps ou bien ils ne se jugent pas compétents pour gérer ce type de problématique.

### **I. QUESTION 13 : Quel type de traitement ou de prise en charge préconisez-vous chez vos patients présentant un trouble psychosomatique ?**

Les médecins généralistes évoquent principalement la nécessité d'une prise en charge et d'un suivi spécialisé, au travers d'une psychothérapie ou d'une psychanalyse (80%).

La prise de conscience du problème psychique, sous-jacent, et de son déplacement est essentielle pour envisager une amélioration clinique de la symptomatologie sur la durée (11%). Il faut décortiquer les mécanismes qui ont amené au point de rupture.

Cela dit, il n'est pas évident de faire admettre au patient que ses maux sont d'origine psychosomatique et toute proposition de psychothérapie est rarement acceptée.

L'alternative reste le suivi par le médecin généraliste, souvent médecin de famille, qui peut être en mesure de discuter ou d'aborder avec le patient, les différents problèmes existentiels que ce dernier rencontre.

22% des généralistes font part de l'importance de la parole et de l'écoute. C'est « 90% du traitement » pour certains.

L'échange "d'informations" est essentielle entre le patient et le médecin.

Des consultations régulières peuvent être décidées afin de rester au plus proche du patient, de mieux discerner le problème psychique masqué sous une symptomatologie corporelle et de suivre pas à pas l'évolution de ces mêmes symptômes.

Pars ailleurs, 39% des généralistes préconisent l'utilisation de traitements symptomatiques (comme les antalgiques par exemple), 19% l'utilisation d'anxiolytiques, 14% l'utilisation d'antidépresseurs, 4% l'utilisation de l'homéopathie et 2% l'utilisation de la phytothérapie.

Un médecin rapporte que « les traitements "psychiques", des plus légers aux plus spécifiques (MagnéB6, anxiolytiques ou antidépresseurs) peuvent se prescrire ».

11% d'entre eux recommandent également au patient la relaxation et le repos.

Les méthodes de thérapie corporelle et notamment l'ostéopathie, sont préconisées par 4% des généralistes.

Les conseils hygiéno-diététiques, la pratique d'activités physiques et l'intégration de loisirs au planning hebdomadaire sont mentionnés à titre indicatif.

Parfois le recours à des aides sociales peut s'avérer nécessaire si besoin (2%).

**m. QUESTION 14 : Pensez-vous que le fait d'ignorer la dimension psychosomatique d'une maladie peut avoir des effets iatrogènes ? Pourquoi ?**

A ce sujet les médecins généralistes s'accordent pour affirmer le risque iatrogène qu'il existe à ignorer une telle dimension (96%).

En ne considérant pas l'origine psychologique de symptômes ou de maladies psychosomatiques, on ne peut prétendre les soigner véritablement. On se hasarde à donner de plus en plus de médicaments à visée symptomatique (surenchère thérapeutique) sans obtenir une efficacité réelle sur la symptomatologie du patient et par conséquent, on multiplie les risques iatrogènes. Il faut traiter l'origine du problème et non ses conséquences pour avoir un résultat positif (14%), sinon on s'expose à la récurrence voire à la chronicisation des manifestations psychosomatiques (23%).

Le fait de négliger la dimension psychique d'un individu peut entraîner la fixation du symptôme psychosomatique en une pathologie organique. On

enkyste encore plus le trouble somatique et le patient peut devenir inguérissable (enfermement du patient dans son symptôme).

D'un autre côté, la surmédicalisation et l'escalade thérapeutique au travers de traitements abusifs, inutiles ou inappropriés mène à une augmentation de la iatrogénie (78%).

Par exemple l'utilisation d'antalgiques de palier 2 ou 3, ou bien la surconsommation d'anxiolytiques conduit à de nombreux effets iatrogènes.

Le risque d'automédication par le patient existe lui aussi, car ce dernier, parfois, cherche "tout seul" une réponse à ses maux, la réponse la plus accessible étant les médicaments, toujours plein de promesses.

La iatrogénie instrumentale (par exemple lors d'infiltrations abusives qui n'ont pas lieu d'être) est elle aussi à prendre en compte. Certains actes chirurgicaux d'indication douteuse s'avèrent préjudiciables pour certains patients. Des patients présentant des douleurs abdominales évoquant vaguement par exemple une appendicite aiguë sont parfois opérés à tort et puisqu'on ne trouve rien à cet endroit autant faire une laparotomie exploratrice tant qu'on y est... « Quand on veut se faire opérer, on trouve toujours au final un chirurgien qui est d'accord ». Egalement « la tentation des "médecines douces" à la limite du charlatanisme a ses propres risques ».

Parallèlement le nomadisme médical engendré par l'absence de réponse appropriée au trouble psychosomatique est source lui aussi d'abus ou d'erreurs identiques (nombreuses explorations...).

Beaucoup d'examens complémentaires ou de traitements potentiellement invasifs peuvent être ordonnés sans raison valable et conduisent aussi à augmenter le risque iatrogène lors d'exposition à des radiations ionisantes (radiographies, scanner, UVA thérapie).

Et ne pas vouloir entendre le patient conduit à multiplier les interventions.

En faisant l'impasse sur la dimension psychique d'un individu, le médecin peut faire naître chez le patient le sentiment d'être incompris. De là, la perte de confiance du patient et parallèlement la possible aggravation de son état qui risque de "se solidifier " feront que le patient sera encore moins enclin à reconnaître l'origine psychosomatique des troubles dont il souffre.

Le risque opposé, c'est lorsqu'un médecin considère une pathologie comme étant psychosomatique et qu'il se trompe à ce propos. Ce type d'erreur diagnostique peut être lourd de conséquences pour le patient. Une maladie peut ainsi évoluer sournoisement et lorsque le médecin s'en aperçoit, il peut être déjà trop tard malheureusement.

Enfin 4% des généralistes interrogés estiment qu'il n'y a aucun risque iatrogène en ignorant la dimension psychosomatique d'une maladie chez un patient.

**n. QUESTION 15 : Pensez-vous que la psychosomatique soit une discipline d'avenir ou pensez-vous au contraire que les progrès de la science vont restreindre progressivement le domaine des maladies psychosomatiques ?**

La psychosomatique serait une discipline d'avenir selon 59% des médecins interrogés.

Elle ne devrait pas disparaître un jour, et les facultés de médecine notamment à Paris s'y intéressent de plus en plus. Connaître les manifestations psychosomatiques, savoir les diagnostiquer et les prendre en charge avec efficacité demeure une des préoccupations des généralistes au vu de leur activité quotidienne. L'un d'eux dit à ce propos que « tous les espoirs sont permis ».

Elle reste une discipline à développer, notamment grâce au progrès scientifique qui au travers d'exams complémentaires de plus en plus performants permet d'éliminer de réels problèmes somatiques (13%). Cependant il demeure plus que probable que certaines pathologies considérées comme psychosomatiques trouvent des explications somatiques comme cela a été le cas dans le passé pour l'ulcère gastroduodéal où l'helicobacter pylori a été incriminé à juste titre.

D'autres s'exclament que les progrès de la science ne pourront rien pour ces troubles, ils ne remplaceront jamais l'écoute et la dimension humaine des soins apportés par le médecin généraliste. Il faut apprendre à écouter.

Par ailleurs nombreux sont les généralistes (19%) qui constatent de plus en plus de souffrance morale (solitude, pauvreté, harcèlement professionnel, mode de

vie non hygiéno-diététique) et davantage encore en milieu urbain. Ce type de pathologies risque vraisemblablement de se développer devant l'augmentation des difficultés sociales et psychologiques.

Du fait du contexte actuel, de crise économique, la précarité de l'emploi et les nombreux conflits au travail sont sources de stress et toutes sortes de manifestations psychosomatiques font surface. « Le mal être est une discipline d'avenir. »

A cette question, 25% des médecins généralistes s'accordent pour dire que la psychosomatique n'a pas d'avenir en soi, mettant en avant que la médecine va dans le sens inverse, cherchant principalement des explications scientifiques purement d'ordre biologique ou physiologique aux diverses pathologies rencontrées. La science avance même si certains reconnaissent volontiers qu'ils font face de plus en plus à des problèmes de somatisation. Pour eux le progrès et notamment dans les neurosciences, va restreindre le domaine de la psychosomatique et diminuer son rayon d'action. « La science et la médecine "presse bouton" veulent étouffer le dialogue. » L'écoute du patient est essentielle et permet de progresser dans ce domaine, mais celle-ci a tendance à se faire de plus en plus rare car chronophage et actuellement la pénurie médicale contraint les médecins à aller de plus en plus vite pour satisfaire davantage de demandes.

« De plus en plus la médecine se spécialise sans laisser de place à cette discipline. Chaque spécialiste s'occupe de son organe et non d'un patient pris dans sa globalité. Nous sommes dans une société anxigène où les patients consultent de plus en plus et le manque de temps fait que la consultation est sanctionnée rapidement par une prescription et non par une écoute. Par ailleurs nous sommes dans une société processive et par conséquent nous prescrivons de peur de passer à côté d'une maladie. »

D'autres considèrent que la psychosomatique continuera d'être ignorée comme à ce jour par les mêmes praticiens et sera prise en charge comme à ce jour par les praticiens à l'écoute du corps de leur malade.

Un généraliste rapporte que « la psychosomatique restera à la médecine générale ce que la psychanalyse est à la psychiatrie. Cela demande trop de temps aux médecins généralistes qui ne sont pas plus rémunérés pour ce type de prise en charge. Les passionnés se seront orientés vers la psychothérapie et prendront bien en charge une partie de leur patientelle. Mais la psychothérapie ennuie un bon nombre des généralistes ».

8% d'entre eux pensent que la place actuelle de la psychosomatique va rester stable et qu'elle ne va pas changer dans les années à venir.

Et 8% des généralistes ne savent quoi penser à ce sujet.

**o. QUESTION 16 : Pensez-vous qu'il soit utile voire nécessaire de développer l'enseignement des maladies psychosomatiques ?**

A cette question, 85% des médecins généralistes répondent par l'affirmatif (2% jugent cela uniquement utile).

Ils considèrent avant tout que cela est nécessaire pour obtenir une meilleure prise en charge des patients, pour mieux dépister et appréhender les symptômes ou maladies psychosomatiques, et éviter de les chroniciser.

La fréquence de tels symptômes en médecine générale est trop importante pour les ignorer. On doit attirer l'attention des médecins généralistes à ce sujet afin de ne pas passer à côté de ce genre de manifestations (14%).

Certains souhaitent un enseignement des pathologies psychosomatiques rencontrées en médecine générale avec des conduites à tenir pour chaque symptôme, sans faire de coupure non plus par excès (en tombant dans le piège du « tout psychosomatique ») avec les maladies purement somatiques.

La prise en compte du versant mental du patient est plus que nécessaire à leurs yeux afin d'envisager l'approche symptomatique du patient dans sa globalité, dans ce qu'il a d'humain.

Cependant les généralistes ont conscience aussi que parmi eux « certains ne sont pas réceptifs à ce genre d'approche, approche qui pour ceux-là mêmes peut friser avec l'approche de la langue chinoise ».

Par ailleurs, un médecin se réfère également au système allemand où un tel module est enseigné.

D'un autre côté, 11% d'entre eux considèrent que cela reste inutile, mettant en avant que l'expérience clinique, après avoir éliminé les étiologies organiques, permet d'avancer l'hypothèse psychosomatique de la symptomatologie d'un patient. C'est du bon sens et de l'humanité qu'il faut développer chez les médecins. Un généraliste rapporte que « l'enseignement de la psychosomatique c'est la vie, le rapport à l'autre et ça peut commencer au bistro ! ».

Parmi eux (20%), certains craignent d'un autre côté qu'un tel enseignement ne mette les généralistes dans un nouveau cadre rigide, avec de nouvelles procédures médicales standardisées à suivre à la lettre.

Cet enseignement paraît probablement utile pour 2% des interrogés qui conviennent qu'avoir de bonnes bases en psychosomatique leur permettrait sans doute d'être plus patient avec certains de leurs malades.

2% jugent cela peu utile.

**p. QUESTION 17 : Quel serait selon vous le meilleur support pédagogique pour que cet enseignement soit efficace ?**

La majorité des médecins généralistes (86%) convient qu'un enseignement à la faculté de médecine serait nécessaire, au travers principalement de cours de médecine psychosomatique (57%) et d'études de cas cliniques (32%). L'intégration de cet enseignement au module de psychiatrie est mentionnée par 14% des généralistes, d'autres suggèrent une intégration matière par matière en collaboration avec des cliniciens ouverts à cette dimension psychosomatique lors des stages en 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> cycle et notamment au C.E.T.D.. La réintégration de la notion de psychosomatique dans chaque spécialité médicale serait idéale.

Un enseignement pluridisciplinaire confrontant des médecins, des psychologues et des patients est désiré par 7% des interrogés.

De même des discussions interdisciplinaires avec des rappels d'éléments anatomiques et physiologiques sur les pathologies psychosomatiques sont souhaitables pour certains.

L'utilisation de la vidéo pour la présentation de cas cliniques, l'exercice à des simulations de consultations lors de jeux de rôle sont évoqués.

2% relatent de l'intérêt qu'il existe à connaître l'histoire de la médecine, notamment à l'époque de la Grèce antique et celle des médecines encore plus anciennes se référant au chamanisme.

22% des médecins interrogés considèrent que des réunions par petits groupes de médecins, type groupes Balint, permettent d'envisager ensemble les problèmes rencontrés en consultation concernant des patients présentant manifestement des symptômes ou des maladies psychosomatiques. L'interactivité de ces réunions servirait à mettre en évidence les situations fréquemment rencontrées en médecine générale et celles qui le sont moins, à concevoir les méthodes diagnostiques et thérapeutiques efficaces et à échanger des informations sur l'évolution de ces mêmes patients selon le suivi effectué.

La présentation de divers cas cliniques lors des groupes Balint serait un moyen efficace de développement des connaissances en médecine psychosomatique pour les médecins généralistes de part l'importance des échanges professionnels vécus.

9% suggèrent que cet enseignement soit divulgué à l'occasion de FMC, tout en soulignant l'intérêt d'une coopération entre les médecins spécialistes et généralistes afin de déterminer les démarches nécessaires pour éliminer une pathologie organique et de proposer un traitement adapté.

2% pensent que seule l'expérience professionnelle compte et qu'aucun enseignement n'est utile

2% mentionnent uniquement l'intérêt de l'écoute et de la parole, bref de savoir écouter et parler aux patients pour faire face à leurs troubles psychosomatiques.

.

2% ne savent pas quoi répondre.

**q. QUESTION 18 : Pensez-vous qu'un tel enseignement permettrait d'approcher le malade dans sa globalité ?**

Les médecins interrogés sur ce point ont répondu affirmativement à 80% à cette question, en soulignant le caractère essentiel et souhaitable d'un tel enseignement, enseignement à même de concevoir le patient dans son ensemble car prenant en compte sa dimension humaine.

Comment faire autrement pour ne pas ignorer cette dimension qui nous différencie de l'animal ?

16% des médecins généralistes ont répondu négativement à cette question, mettant en avant que le manque de temps consacré aux patients lors des consultations les empêche de toute façon d'aborder le patient dans sa globalité, ou bien qu'il est totalement illusoire de concevoir un tel enseignement dans le siècle technique, voire même que cet enseignement s'avérerait impossible à réaliser.

Seule l'expérience professionnelle et personnelle de chaque généraliste pourrait suffire selon certains à appréhender le patient dans sa globalité et à développer ses propres concepts de psychosomatique.

Pour finir, seuls 4% des médecins interrogés ne savent pas quoi conclure à cette question.

#### 4) Discussion : analyse des réponses des médecins généralistes

##### **a. ANALYSE DE LA QUESTION 1 : Comment définissez-vous la psychosomatique ? Pouvez-vous indiquer en quelques points ce qui caractérise un trouble psychosomatique ?**

Il est important de noter que la moitié des médecins généralistes interrogés n'ont pas répondu directement à la première partie de la question et n'ont pas donné de définition de la psychosomatique. Les réponses que nous pouvons analyser rendent compte de la multiplicité des réponses possibles concernant cette définition et surtout d'une certaine confusion des concepts régnant actuellement autour de ce problème.

A titre de remarque, nous pouvons également constater que l'ensemble des réponses données recouvre assez bien les grands mouvements d'idées autour de

la psychosomatique. Autrement dit, on peut considérer que l'ensemble des réponses des médecins généralistes se complète assez bien et reflète assez fidèlement les données de la littérature.

Nous essayerons ici de classer les réponses en dégagant plusieurs grands axes.

1°/ La psychosomatique est considérée comme un fait clinique : l'expression par le corps (expression physique, somatique, organique) d'un « état psychologique dont la personne est consciente ou non ». On retrouve ce type de réponse sous des formes un peu différentes.

Ce type de réponse est foncièrement dualiste. L'idée de psychosomatique renvoie à celle de mécanisme qui relie ce qui se passe dans le monde psychique et ce qui se passe dans le corps.

2°/ Plusieurs réponses apportent une précision par rapport à la définition antérieure en faisant appel aux notions « d'évènements émotionnels » ou tout simplement d'évènements de vie, tels que les traumatismes psychiques ou les situations de stress et de tension. Autrement dit, ce type de réponse apporte un contenu un peu plus précis aux notions de psychisme ou d'état psychologique.

3°/ Quelques réponses définissent la psychosomatique selon le mécanisme supposé qui relie le monde psychologique (ou événementiel et émotionnel) avec

le corps. Une réponse parle de « conversion corporelle d'une souffrance morale », une autre réponse fait allusion aux « transferts d'un problème psychologique sur une partie du corps ».

Ce type de réponse fait plus ou moins explicitement allusion à des constats psychanalytiques autrement dit à une signification possible de la maladie psychosomatique. Il ne s'agit pas simplement de l'expression par le corps d'un événement psychique voire de l'effet physique du stress mais les notions « de conversion et de transfert » laissent ouverte l'hypothèse d'une signification de la maladie psychosomatique.

4°/ Certaines réponses considèrent la psychosomatique comme restreinte à certaines maladies. « La psychosomatique est un ensemble de maladies dans lesquelles les facteurs psychiques interviennent de façon plus ou moins importante. » Ce type de réponse rejoint l'opinion classique mais encore aujourd'hui assez répandue selon laquelle certaines maladies seraient plus psychosomatiques que d'autres. Rappelons en effet que certains auteurs, tels que F. Alexander, considéraient que certaines maladies dermatologiques, gastro-entérologiques, cardio-vasculaires, endocriniennes... avaient une connotation nettement psychosomatique.

5°/ Certaines réponses, peu nombreuses, s'écartent d'une définition de la psychosomatique et considéreraient cette dernière comme un ensemble de faits

naturels à savoir « des maladies organiques ayant des causes psychiques ou étant influencées de manière importante par des facteurs psychiques ». Ces réponses considèrent la psychosomatique comme « un courant de la médecine » autrement dit, une certaine manière d'aborder la clinique médicale ou autrement dit, un discours médical un peu particulier qui prend en compte (à priori) la dimension psychologique de la pathologie. On peut considérer que ce type de réponse prend en compte les éléments théoriques et cliniques d'auteurs tels que Balint qui se sont intéressés aux applications de la psychanalyse à la pratique médicale courante. On peut rapprocher à ce type de réponse celle qui définit la psychosomatique comme « l'ensemble des plaintes générées par un problème psychologique ». Il s'agit d'une définition qui prend en compte la dimension relationnelle de la clinique (la plainte du malade et la manière dont elle peut être entendue) plutôt que le symptôme en lui-même.

On peut aussi ajouter comme commentaire à ce type de réponse qu'elle apparaît déjà d'une manière implicite dans une notion qui revient souvent dans les réponses des médecins à savoir celle « d'expression physique » qui suppose celle de message donc de relation malade-médecin.

L'ensemble de ces réponses concernant la définition de la psychosomatique et les points qui caractérisent un trouble psychosomatique nous amènent à faire quelques commentaires généraux.

- Elles traduisent bien la complexité de cette notion de psychosomatique et il n'est pas possible de faire une véritable synthèse de l'ensemble des réponses.
- Elles renvoient à l'idée générale (et vague) de l'influence du psychisme sur le somatique. Le dualisme traditionnel corps/esprit reste prépondérant comme « modèle » de l'homme, qu'il soit sain ou malade.
- La référence à l'environnement, au stress... introduit un autre dualisme "monde environnant/monde psychique inconscient (ou intérieur)". La plainte du malade voire la maladie elle-même "exprime", donc pourrait symboliser une souffrance de la personne, constituer sa réponse à des événements ou des situations auxquelles elle ne trouve pas d'autre mode d'adaptation.
- Enfin, ce qui paraît tout aussi important bien que marginal dans les réponses des médecins généralistes, c'est la notion d'une conception différente de la médecine, d'un courant de pensée susceptible de changer l'attitude et le regard du médecin lui-même sur la maladie. Cette dimension de la psychosomatique s'écarte de la conception naturaliste (il existe dans la nature des maladies psychosomatiques et des mécanismes psychosomatiques). Cette dimension est susceptible de rendre le médecin attentif à autre chose que les aspects purement objectifs, matériels et physiopathologiques de la maladie. Le discours du malade, sa plainte et la relation qui s'instaure entre lui et son thérapeute font partie du processus et peuvent constituer des leviers thérapeutiques comme l'avait prouvé Balint en son temps.

**b. ANALYSE DE LA QUESTION 2 : Avez-vous eu un enseignement et une formation particulière en médecine psychosomatique durant votre cursus universitaire ? Si oui, en quoi cela a-t-il consisté ?**

Près de 60% des médecins généralistes n'ont pas reçu le moindre enseignement en psychosomatique durant leur cursus universitaire.

Parmi eux un certain nombre soutient que la psychosomatique était alors déconsidérée.

Reconnaître que telle manifestation symptomatique ou que tel état pathologique puisse relever de la psychosomatique était en quelque sorte le constat même d'une impuissance relative du corps médical. Ce qui était évidemment plus que dévalorisant. D'où l'existence de ce mépris à l'égard de bon nombre de considérations psychosomatiques qui constituaient en soi le manifeste des carences scientifiques d'alors.

Cela dit, près de 40% des médecins généralistes ont au contraire bénéficié d'un enseignement ou d'une formation en médecine psychosomatique. Cependant la majorité d'entre eux déplore que cet enseignement ait été relativement sommaire et partiel. L'abord de la psychosomatique s'est même résumé à quelques heures "par ci ou par là" pour certains.

Mais on est forcé de constater qu'à l'heure actuelle les facultés de médecine font preuve d'une recrudescence de leur intérêt porté à la psychosomatique.

Son enseignement se développe aujourd'hui de plus en plus dans le cursus de médecine générale, notamment à Paris.

Parallèlement, la constitution croissante de groupes Balint, dans le but d'aborder les problèmes rencontrés en consultation dans la profession, est de bonne augure pour le développement de toute approche psychosomatique médicale.

### **c. ANALYSE DE LA QUESTION 3 : La psychosomatique présente-t-elle un intérêt pour vous ? Pourquoi ?**

La quasi-totalité des médecins généralistes est unanime à ce sujet et conçoit que la psychosomatique constitue un intérêt pour eux.

Près de la moitié d'entre eux soutient avant tout qu'ils sont au quotidien fréquemment face à des patients ayant comme motif de consultation des symptômes ou des pathologies psychosomatiques. L'étendue même de ces symptômes ou de ces pathologies est telle qu'elle englobe presque l'ensemble des spécialités médicales rencontrées en médecine générale.

Par ailleurs, le motif de consultation en raison d'une douleur est lui aussi quotidien et bon nombre de ces douleurs présentées au médecin généraliste constituent des symptômes psychosomatiques.

On constate également que le rôle du généraliste en tant que médecin de famille est de première importance pour repérer d'éventuels problèmes psychosociaux chez le patient.

Il est souvent à l'écoute des difficultés économiques, professionnelles, sociales, culturelles et familiales du patient, qui se décharge de ses souffrances affectives lors des consultations.

Le médecin généraliste se voit alors en mesure d'effectuer des liens, des parallèles, entre les souffrances psychiques ou morales et les souffrances corporelles concomitantes. Il peut ainsi envisager la dimension psychosomatique de la symptomatologie observée.

Un des intérêts portés par les généralistes à leur profession consiste en cette position qu'ils ont de pouvoir percevoir le patient dans sa globalité, c'est-à-dire à appréhender la psyché et le soma de celui-ci. Et cela se fait grâce à la parole et à une écoute attentive, nécessaires à la pratique d'une médecine humaine et non animale.

D'un autre côté, un cinquième des médecins généralistes insiste sur le fait qu'une meilleure connaissance de la médecine psychosomatique ne peut ainsi que s'avérer profitable pour eux et pour leurs patients. L'amélioration de la compréhension de l'installation des troubles psychosomatiques et de leur évolution, ainsi que de leur prise en charge, ne peut être que bénéfique. Pourquoi

tombe-t-on malade à certains moments ? Pourquoi guérit-on plus ou moins vite ou pas du tout ?

L'attention est portée notamment sur les thérapeutiques à envisager en psychosomatique car les généralistes ont conscience des difficultés à soulager les patients à l'aide des traitements médicamenteux classiques, qui ont par ailleurs leur taux de iatrogénie.

L'échec médical est souvent manifeste dans ce domaine et cela est difficile à admettre pour le médecin et à vivre pour le patient.

**d. ANALYSE DE LA QUESTION 4 : Pensez-vous avoir parmi vos patients des personnes souffrant de troubles psychosomatiques et si oui, pourriez-vous en estimer la proportion ?**

96% des médecins généralistes reconnaissent avoir des patients souffrant de troubles psychosomatiques.

A noter qu'un seul médecin certifie n'avoir aucun patient de ce type, ce qui relève de l'exploit, de l'inactivité, ou plus vraisemblablement d'une méconnaissance totale du sujet.

Cela dit, l'estimation de la proportion de patients souffrant de troubles psychosomatiques s'avère être très variable selon les généralistes interrogés. Les proportions s'échelonnent de 5% à un maximum de 75%. Si l'on calcule la

moyenne de l'ensemble des réponses données par les généralistes celle-ci est d'environ 25,2%.

En tous cas, il est indéniable que cela leur est difficile à apprécier d'autant plus que la définition de trouble psychosomatique n'est pas la même pour tout le monde.

Les plus rigoureux se contenteront des troubles où une lésion organique est constatée. Les autres y rajouteront les symptômes ou les syndromes somatiques fonctionnels sans explication organique ou sans mécanisme physiopathologique identifié. Ils sont qualifiés également de symptômes ou de syndromes médicalement inexplicables.

Ainsi l'ambiguïté qu'il existe au sein même de la définition des troubles psychosomatiques constitue à l'évidence une problématique quant à leur évaluation quantitative et qualitative.

Cela dit, le docteur Yves Ranty, membre de la société française de médecine psychosomatique, relate que « c'est le généraliste qui, le premier, va être confronté au vaste problème de la somatisation représentant, d'après toutes les statistiques, environ soixante pour cent de son activité professionnelle (2009) ».

Autant dire que les médecins généralistes mésestiment le pourcentage de patients consultant pour des troubles psychosomatiques. Cela est partiellement

dû au fait qu'ils considèrent certains troubles comme non psychosomatiques et n'ont jamais entendu parler de cette éventualité.

De plus, à l'évidence certains spécialistes auxquels ont recours les généralistes, retrouvent le plus souvent une explication organique aux troubles psychosomatiques. Par exemple, il est aisé pour le rhumatologue de conclure que telle douleur du rachis est liée à telle anomalie radiologique, alors même que cette anomalie peut n'engendrer aucun symptôme chez ce patient.

**e. ANALYSE DES QUESTIONS 5 ET 6 : Quelles sont à votre sens les spécialités concernées par la psychosomatique ? Pouvez-vous donner un exemple de trouble psychosomatique pour chaque spécialité que vous avez retenue dans la question précédente ?**

Les généralistes n'ont pas distingué comme la plupart des auteurs d'ailleurs, les pathologies psychosomatiques dont la définition formelle reconnaît l'existence d'au moins une véritable lésion organique, les troubles fonctionnels et les symptômes médicalement inexplicables qui sont tous le résultat de somatisations.

La cardiologie est reconnue par la grande majorité des médecins généralistes (92%) comme spécialité concernée par la psychosomatique.

Sont principalement cités et à juste titre les précordialgies d'une part, et les palpitations ainsi que les troubles du rythme d'autre part. L'hypertension quant à

elle n'est que faiblement citée (6%) et l'effet blouse blanche n'est en aucun cas mentionné. Les répercussions du stress sur la tension artérielle semblent ainsi relativement ignorées au quotidien dans la pratique des généralistes, même si certaines conséquences comme l'infarctus du myocarde ou l'insuffisance cardiaque sont parallèlement évoqués.

68% des généralistes ont mis en avant que la pneumologie était elle aussi concernée par la psychosomatique. L'asthme est le plus mentionné (38%). En seconde position vient le symptôme de dyspnée sans mention particulière. Il est donc clair que beaucoup de généralistes mésestiment l'incidence psychosomatique sur le plan respiratoire. L'asthme est en effet reconnu de longue date comme pathologie potentiellement psychosomatique dans son apparition et dans le déclenchement des crises.

La neurologie fait partie également des spécialités que les médecins généralistes considèrent volontiers comme rentrant dans le champ de la psychosomatique puisque 84% d'entre eux l'admettent. L'ensemble des pathologies ou des symptômes psychosomatiques a été mentionné. Cela dit les céphalées sont davantage citées, notamment les migraines et les céphalées de tension. Un généraliste a mentionné l'algothallucinoïse mais aucun texte à ma connaissance ne relate d'une possible incidence psychosomatique sur ce type de douleur.

La quasi unanimité des généralistes (98% d'entre eux) a répondu évidemment que la gastroentérologie était elle aussi plus que concernée par la psychosomatique. L'ensemble des pathologies et des symptômes psychosomatiques a été évoqué, qu'il s'agisse de troubles fonctionnels ou bien de pathologies aux lésions anatomiques macroscopiques tel l'ulcère gastroduodéal.

22% des médecins généralistes n'ont pas reconnu le fait que la gynécologie soit concernée par la psychosomatique, ce qui est assez considérable au vu du nombre de consultations motivées par ce type de problème. Là aussi l'ensemble des pathologies et des symptômes a été clairement identifié par la majorité des généralistes interrogés.

En urologie le résultat est bien pire, 59% des généralistes ignore le fait que cette spécialité soit elle aussi concernée. La cystite interstitielle et la vessie instable ne sont que faiblement mentionnées. Par contre davantage de leurs symptômes sont mis en avant sans qu'ils soient reliés à un syndrome ou à une pathologie distincte.

Par ailleurs un médecin a évoqué la colique néphrétique qui est ici hors de propos.

Moins de 40% des médecins généralistes (37%) estiment que l'endocrinologie soit elle aussi concernée par la psychosomatique. Sont principalement citées les dysthyroïdies (19%), mais la maladie de Basedow est la seule à avoir été mentionnée de manière spécifique et ce, à une seule reprise. Ainsi la thyroïdite de Hashimoto n'a pas été évoquée. En seconde place vient le diabète (11%) et enfin l'aménorrhée (2%). Les pathologies endocriniennes portant sur la gynécologie ont été mieux précisées dans le chapitre dédié à cette spécialité.

Par ailleurs, 4% des généralistes ont rapporté l'augmentation de la sécrétion d'ACTH lors d'un stress.

Autant dire que l'endocrinologie reste pour la grande majorité des généralistes finalement peu connue sur le plan psychosomatique. L'incidence de chocs psychoaffectifs engendrant des perturbations du système immunitaire et la production d'auto-anticorps n'est pas encore pleinement dans les consciences, de même que l'ensemble des perturbations hormonales produites lors de stress et leurs résultantes biologiques ne sont pas entièrement établies et comprises par les scientifiques.

L'interrogation sur l'implication de l'immunologie en psychosomatique confirme ce résultat puisque seuls 44% des généralistes rapportent que cette spécialité médicale puisse être concernée par la psychosomatique. Les maladies auto-immunes sont évoquées par 15% d'entre eux. Ensuite est mentionné le déficit immunitaire secondaire au stress (seulement 4%) et l'incidence que cela a

sur la répétition d'événements infectieux et notamment au niveau de la sphère ORL (13%).

Il est clair que là aussi les perturbations du système immunitaire au décours d'événements stressants ou psychoaffectifs intenses, sont plus que mal connues ou considérées par les généralistes. Pourtant ces perturbations ont un impact plus que considérable sur l'organisme. Elles sont à l'origine du développement même de nombreuses pathologies psychosomatiques pouvant engendrer des lésions organiques importantes et susceptibles de se chroniciser. De plus ces perturbations immunitaires fragilisent l'organisme qui se voit alors plus vulnérable à toute agression extérieure d'origine infectieuse. Par exemple, une personne dont le psychisme n'est pas perturbé par un stress externe ou interne saurait résister physiquement à tel type d'infection, alors que si elle était soumise parallèlement à un stress intense elle développerait l'infection du fait même de la fragilisation de ses défenses immunitaires.

La dermatologie, comme on pouvait s'y attendre, est par contre beaucoup mieux reconnue par les généralistes (85%) comme spécialité où s'exprime bon nombre de pathologies psychosomatiques. Que dire des 15% restant ? Il est évident que cela ne peut qu'être délétère pour la partie non négligeable de la population suivie par ces praticiens qui ignorent l'origine même du problème occasionnant ces manifestations cutanées. Cela ne peut que vouer tout traitement à l'échec, de

part la récurrence lésionnelle ou la chronicisation de la manifestation dermatologique.

Cela dit la majorité des généralistes connaît plutôt bien les principales dermatoses potentiellement psychosomatiques puisque sont cités avant tout l'eczéma (35%), le psoriasis (39%) et l'urticaire (11%). Certaines lésions dermatologiques d'origine infectieuse, comme l'herpès par exemple, ont été également mentionnées, soulignant ainsi le rôle important du déficit immunitaire lors de stress dans le développement de pathologies infectieuses ou leur récurrence.

Concernant l'allergologie, 60% des généralistes ont répondu favorablement à son implication en psychosomatique. Les phénomènes allergiques sont cités dans leur ensemble principalement au travers de leur expression symptomatique ou lésionnelle (prurit, urticaire, eczéma, asthme, rhinite). Seuls 10% des praticiens considèrent les allergies dans leur ensemble comme potentiellement psychosomatiques, ce qui est peu. Que dire alors des 40% qui ignorent la possibilité de l'étiologie psychosomatique de certaines allergies ? Là encore des prises en charge symptomatiques peuvent mener à un résultat plus ou moins convaincant mais le réel problème sous-jacent persistera.

Si la psychiatrie est intéressée par les pathologies psychosomatiques ? Les généralistes y ont répondu que oui à 80%. Là encore bien sûr il s'agit à

l'évidence de plus de la majorité d'entre eux, mais le fait même que 20% d'entre eux l'ignorent ou l'inconsidèrent laisse songeur.

De plus beaucoup (15%) mentionnent l'hystérie et son syndrome de conversion, ce qui est évidemment hors de propos et souligne là aussi le manque de discernement qui existe au sujet de la définition et du domaine de la psychosomatique. La névrose obsessionnelle et les troubles obsessionnels sont évoqués également à tort. Bien entendu n'importe quel individu névrosé et peu importe le type de névrose, peut développer parallèlement des symptômes ou des pathologies psychosomatiques. Mais ces symptômes et ces pathologies n'entrent pas dans le cadre rigoureux qui définit ces névroses et n'impliquent pas de telles névroses.

Par contre, il est reconnu que des patients atteints de névrose d'angoisse ou de dépression élaborent souvent ce type de symptomatologie ou de pathologie. Ils expriment ainsi par ce biais, au travers du corps, à sa surface ou dans sa profondeur, certaines souffrances psychiques.

Enfin, un médecin a mentionné l'hallucination comme type de symptomatologie psychosomatique alors qu'il s'agit bien entendu d'un symptôme appartenant au registre des psychoses.

91% des généralistes ont affirmé que la rhumatologie est concernée par la psychosomatique.

En premier lieu a été citée la fibromyalgie (35%), très à la mode, mais cette pathologie n'a révélé à l'heure actuelle aucune lésion tissulaire. Ainsi on en revient au problème de définition des pathologies psychosomatiques qui pour les puristes, exige l'existence d'une lésion organique. Ainsi la fibromyalgie fait plutôt partie des pathologies ou troubles médicalement inexplicables, et le psychisme y joue évidemment un rôle principal. Il s'agit a fortiori d'une expression relevant d'une psychosomatisation sans l'élaboration de lésion. Finalement tout dépend de l'approche considérée et des définitions plus ou moins rigoureuses auxquelles on se tient. Le fait est qu'un certain flou enveloppe la psychosomatique et que les nombreux auteurs sur le sujet ne sont pas totalement en phase sur sa définition et sur l'étendue de son champ.

Ensuite viennent toutes les manifestations douloureuses articulaires et musculaires, autrement dit les arthromyalgies. Sont principalement citées les rachialgies (40%) et les arthromyalgies diffuses (13%).

Enfin sont mentionnés les maladies auto-immunes (6% seulement) et un seul médecin a évoqué la polyarthrite rhumatoïde.

Pour terminer, 14% des généralistes ont répondu que l'orthopédie était concernée par la psychosomatique. Les entorses, les tendinites, les dérangements intervertébraux mineurs (DIM) et l'algodystrophie ont été mentionnés par les médecins mais aucune référence bibliographique ne relate de tels propos. La psychosomatique à l'évidence et en toute logique n'intéresse en aucun cas une

discipline qui s'occupe de pathologies résultant de traumatismes physiques directs. Par contre on peut dire à juste titre que de tels traumatismes physiques peuvent générer un stress susceptible d'être à l'origine du développement ultérieur de pathologies ou de troubles psychosomatiques secondaires. De plus ces traumatismes, suivant le contexte, peuvent engendrer par la suite des douleurs plus ou moins intenses, plus ou moins invalidantes selon le contexte même du traumatisme et le vécu du patient, sans qu'il n'existe le moindre rapport objectif avec la lésion physique d'un point de vue clinique ou radiologique.

**f. ANALYSE DE LA QUESTION 7 : Pensez-vous que les pathologies cancéreuses peuvent rentrer dans le cadre des pathologies psychosomatiques et si oui dans quelle mesure ?**

40% des médecins généralistes estiment clairement que la psychosomatique n'a aucun rôle dans la genèse des cancers. Cela dit certains d'entre eux reconnaissent volontiers que l'impact du psychisme chez un patient atteint d'un cancer est déterminant sur l'évolution de la symptomatologie et sur le pronostic vital à plus ou moins court terme.

D'autres évoquent aussi la coïncidence troublante purement hasardeuse qu'il existe parfois entre le développement, l'apparition d'un cancer chez un individu et le constat d'une période difficile que celui-ci peut traverser.

Par ailleurs, près de la moitié des généralistes (46%) pensent que les pathologies cancéreuses peuvent rentrer dans le cadre des pathologies psychosomatiques.

Tout d'abord de part leur genèse qui pourrait se faire au décours d'un déséquilibre biologique ou psychologique chez un patient sujet à certains affects générateurs de stress plus ou moins longs ou répétés. Même si un terrain prédisposant de type anomalie génétique familiale n'a pas été mis en avant malgré le fait qu'ait été mentionnée l'histoire de patients développant un cancer similaire à ceux de leurs parents suite à un stress important.

Seuls 4% relatent que le dysfonctionnement du système immunitaire dans ce cas permettrait de favoriser la genèse de mutations génétiques et donc cellulaires et par conséquent l'apparition de néoplasme.

De plus certains chocs émotionnels sont à l'origine de comportements à risque comme le tabagisme ou une consommation excessive d'alcool par exemple qui sont eux-mêmes potentiellement vecteurs de cancers.

Ensuite certains évoquent l'impact indéniable du psychisme sur l'évolution même d'un néoplasme qui fait que deux patients différents évolueront à l'extrême de manière totalement opposée (vers le décès ou vers la guérison par exemple) alors qu'ils présentent la même pathologie initialement.

Enfin est mentionné que certaines pathologies psychosomatiques génèrent parfois de véritables pathologies organiques qui elles-mêmes sont susceptibles d'engendrer des pathologies cancéreuses.

Quant au reste des médecins, ils s'interrogent à ce sujet n'ayant à leur sens aucune base de réflexion suffisamment objective, rationnelle et scientifique, pour se positionner sur cette question.

Leur propre expérience professionnelle ne suffit pas à établir des corrélations significatives et acceptables dans ce domaine. Mais cela dit certains cas sont plus que troublants de part les coïncidences qu'il peut exister entre le développement de néoplasme et l'existence concomitante ou récente de choc psychoaffectif notamment dans la genèse de certains cancers du sein.

A noter qu'aucun médecin ne mentionne la diminution de l'activité des cellules natural killer secondaire au stress, cellules intervenant dans la reconnaissance et la destruction des cellules cancéreuses.

**g. ANALYSE DE LA QUESTION 8 : Pensez-vous que certaines douleurs peuvent être d'origine psychosomatique et si oui pouvez-vous donner un ou plusieurs exemples ?**

Il est évident pour tous les médecins généralistes que certaines douleurs sont parfois d'origine psychosomatique. Aucun d'entre eux n'a contesté cette réalité.

Ils citent essentiellement des douleurs pouvant concerner la gastro-entérologie, la neurologie, la rhumatologie et la cardiologie.

Les douleurs abdominales figurent comme l'exemple le plus cité (52%) en tant que douleur susceptible d'être psychosomatique. Les douleurs gastroduodénales (14%) et celles relatives aux TFI (16%) sont davantage mises en avant.

Concernant la neurologie, les céphalées sont mentionnées en premier lieu (39%) avec principalement les migraines et les céphalées de tension.

En rhumatologie, les rachialgies figurent au premier plan (34%) et la fibromyalgie est citée par un médecin sur cinq.

En cardiologie, les précordialgies sont citées par 13% des généralistes.

Ainsi les médecins généralistes cernent plutôt bien cette question et illustrent aisément certaines douleurs d'origine psychosomatique par les exemples les plus fréquemment rencontrés dans leur travail.

Il est facile de concevoir, au vu des douleurs banales qui sont citées, que la psychosomatique relève évidemment du quotidien du médecin généraliste.

Par ailleurs, quelques médecins mentionnent également que l'intensité propre à n'importe quelle douleur varie en fonction de l'état psychologique du patient, état qui est lui-même intimement lié au vécu de ce dernier. Et ce vécu résulte évidemment des nombreuses interactions qu'il a eues avec les autres, de sa culture et de son éducation.

**h. ANALYSE DE LA QUESTION 9 : Pensez-vous que des troubles psychosomatiques peuvent être à l'origine de maladies infectieuses ? Pourquoi ?**

La moitié des médecins généralistes atteste que les troubles psychosomatiques peuvent être à l'origine de maladies infectieuses par le biais du stress et de ses répercussions délétères sur le système immunitaire autrement dit de sa diminution qui en résulte.

Tout stress est susceptible d'engendrer des pathologies psychosomatiques et à l'inverse toute pathologie peut être une source de stress.

La dépression du système immunitaire facilite en toute logique le développement d'infections en tout genre.

La fonction hypothalamo-hypophyso-cortisolique est activée lors des stress de toute nature.

La synthèse et la sécrétion du cortisol sont sous le contrôle de la corticotrophine hypophysaire (ACTH) résultant du clivage d'un peptide prohormonal, la proopiomélanocorticotrophine (POMC), synthétisée par les cellules corticotropes antéhypophysaires. La POMC produit également la bêta-lipotropine (bêta-LPH) et la mélanostimuline (MSH). Deux neurohormones hypothalamiques, la corticolibérine (1-41 CRH) et l'arginine vasopressine

(AVP) ou hormone antidiurétique (ADH), contrôlent la synthèse de la POMC et par conséquent la sécrétion d'ACTH.

L'hypercortisolisme a une répercussion sur le métabolisme glucidique (effet hyperglycémiant), protidique (augmentation du catabolisme responsable de l'amyotrophie et de l'ostéoporose) et lipidique (sur la répartition des graisses).

Son activité minéralocorticoïde aldosterone-like sur le tubule rénal entraîne une rétention hydrosodée et une fuite du potassium.

Enfin, son action sur le système immunitaire engendre une atrophie des tissus lymphoïdes et une lymphopénie.

Cela dit, 37% des médecins généralistes ne reconnaissent aucun lien entre des troubles psychosomatiques et des maladies infectieuses.

Les conséquences du stress sur le système immunitaire sont donc relativement méconnues et auraient le mérite d'être développées, même si l'on reconnaît aisément que le traitement de maladies infectieuses ne consiste pas en une prise en charge psychosomatique.

Mais la récurrence de poussées herpétiques ou le développement de mycoses pour ne citer qu'eux par exemple, en situation de stress est souvent manifeste et l'on peut à juste titre parler de psychosomatisme de part la baisse immunitaire consécutive au stress à l'origine de ces infections.

**i. ANALYSE DE LA QUESTION 10 : Qu'est-ce qui vous amène à évoquer l'origine psychosomatique de symptômes ou de maladies chez certains patients ?**

L'évocation de l'origine psychosomatique de symptômes ou de maladies chez les patients est secondaire à de multiples raisons selon les médecins généralistes.

Tout d'abord la moitié d'entre eux considère à juste titre qu'il est primordial d'éliminer avant tout une étiologie organique en ayant recours à différents examens complémentaires.

Malheureusement l'autre moitié n'en fait donc pas mention et certains se réfèrent uniquement à leur propre expérience voire à leur intuition.

Cela dit, on peut remarquer que la négativité des examens complémentaires n'a pas de valeur significative pour éliminer une pathologie psychosomatique, puisque premièrement c'est contraire à sa définition la plus rigoureuse et ensuite parce que les généralistes eux-mêmes reconnaissent et citent de nombreuses pathologies psychosomatiques ayant des signes objectifs aux examens complémentaires comme par exemple la maladie de Crohn ou la rectocolite ulcéro-hémorragique.

D'autre part, le type de pathologie ou de symptomatologie rencontré a son importance du fait même de sa probable origine psychosomatique. Les médecins

généralistes ont à l'évidence conscience que certains troubles sont plus fréquemment psychosomatiques que d'autres.

Par ailleurs la multiplicité des plaintes, la non concordance des symptômes entre eux ainsi que leur fluctuation, bref l'étrangeté de la symptomatologie mêlée à la mise en échec systématique du médecin, mène ce dernier à s'interroger sur une envisageable étiologie psychosomatique.

Un quart des médecins généralistes souligne encore que le profil ou le terrain psychologique des patients peut s'avérer évocateur. Mais existe-t-il vraiment un profil particulier de patient psychosomatique ? Même si certains retiennent qu'on reconnaît plus volontiers par exemple des troubles psychosomatiques chez l'alexithymique qu'en est-il réellement ? L'individu qui psychosomatise n'a pas de caractère particulier en soi. Il ne s'agit pas de caractères névrotiques.

Cela dit une grande partie des médecins relate de l'importance de l'anamnèse médicale, à même de mettre en évidence l'existence actuelle d'une souffrance morale ou psychique. La concordance entre une telle souffrance et l'apparition de symptômes est quasi univoque : l'étiologie psychosomatique devient presque une évidence.

Aussi le rôle de l'écoute en médecine générale est-il reconnu comme essentiel en consultation. Sans elle comment effectivement mettre à nu cette souffrance qui s'exprime à travers le corps ?

Cependant on peut noter que 8% des médecins généralistes s'égarent en considérant que suite à un examen clinique normal et en l'absence de lésion corporelle objectivée, ils sont en mesure d'évoquer une étiologie psychosomatique, ce qui est contraire à sa définition première.

Enfin, la mise en avant du sexe féminin comme facteur prédisposant a été mentionné par un médecin généraliste et a été confirmé par de nombreux auteurs travaillant sur diverses pathologies psychosomatiques où l'on retrouve souvent un sexe ratio en faveur des femmes.

Cela dit, de nombreux facteurs peuvent entrer en jeu et induire cette prépondérance féminine. Les femmes ont une tendance plus grande à consulter et à rechercher des soins. Elles reconnaissent plus volontiers leur inconfort contrairement aux hommes. Elles présentent un risque accru de sévices et de maltraitance à leur encontre. Elles ont davantage de troubles anxiodépressifs. Et elles semblent faire part plus facilement de leurs troubles.

Par ailleurs on peut remarquer également qu'il existe une comorbidité importante entre les syndromes somatiques fonctionnels chez les individus qui en présentent par rapport aux témoins. Mais aucun généraliste n'a mentionné ce fait.

Pour terminer, la prévalence des troubles fonctionnels semble diminuer avec l'âge. Le névrosisme décroît les années passant. Les réactions émotionnelles et les frustrations se font moins vives. Aussi les personnes âgées attribuent principalement les symptômes ressentis à leur âge ou bien à leurs pathologies organiques déjà existantes.

**j. ANALYSE DE LA QUESTION 11 : Avez-vous recours à des examens complémentaires avant de poser le diagnostic de pathologie psychosomatique ?**

Les médecins généralistes admettent implicitement une dichotomie entre les maladies psychosomatiques qui seraient purement fonctionnelles ou à expression somatique bénigne et les vraies maladies organiques.

La question induit en partie cette dichotomie au sens où le recours à des examens complémentaires est fondé par la recherche d'une lésion.

Il convient de souligner que cette dichotomie est justifiée par les pièges de la névrose (troubles conversifs). Un symptôme ou une plainte peuvent difficilement être diagnostiqués psychosomatiques si cela équivaut à décréter "cela se passe dans la tête". Les médecins généralistes prennent majoritairement le corps au sérieux et mettent en avant également le souci médico-légal actuel qui règne dans la profession.

**k. ANALYSE DE LA QUESTION 12 : Est-ce que l'origine psychosomatique de certaines pathologies chez vos patients vous amène à leur consacrer plus de temps et si oui, cela constitue-t-il un problème lors de votre exercice au quotidien ?**

Les réponses des médecins montrent qu'ils ont majoritairement conscience que certains malades nécessitent plus de temps, plus d'écoute, pour mieux cerner le contexte subjectif de la maladie ou du symptôme quand le patient exprime une souffrance psychique.

Les conditions d'exercice de la médecine générale pèsent néanmoins lourdement sur cette disponibilité. La gestion du temps est un vrai problème quand on doit faire face à des demandes urgentes ou nombreuses (en cas d'épidémie par exemple).

On peut remarquer que les médecins ne mettent pas principalement en avant des impératifs économiques, "le temps c'est de l'argent", mais plutôt la nécessité d'entrevoir le patient lors de consultations espacées afin d'être en mesure d'effectuer une prise en charge adéquate sur le plan psychosomatique.

### **I. ANALYSE DE LA QUESTION 13 : Quel type de traitement ou de prise en charge préconisez-vous chez vos patients présentant un trouble psychosomatique ?**

Les généralistes estiment pour la majorité d'entre eux qu'une prise en charge spécialisée s'avère indispensable auprès de psychothérapeutes afin que les patients souffrant de troubles psychosomatiques puissent bénéficier d'une psychothérapie ou d'une psychanalyse.

Cette prise en charge spécialisée est donc nécessaire à leur sens pour traiter l'origine des troubles et espérer par là même en venir à bout. De même qu'ils ont conscience de l'importance de leur rôle et notamment de leur écoute lors du suivi de ces patients.

Parallèlement ils s'accordent sur le fait qu'un traitement médicamenteux doit être dispensé, qu'il soit purement symptomatique ou qu'il ait une action sur les fonctions supérieures comme par exemple l'utilisation d'anxiolytiques ou d'antidépresseurs.

Les autres types de thérapies et notamment celles basées sur des techniques de relaxation ne sont citées que rarement.

Cela dit, 20% des médecins généralistes ne font pas mention de l'utilité d'une prise en charge par des spécialistes alors même qu'ils reconnaissent pour la majorité d'entre eux n'avoir reçu aucune ou au mieux une formation pour le moins succincte en ce domaine.

**m. ANALYSE DE LA QUESTION 14 : Pensez-vous que le fait d'ignorer la dimension psychosomatique d'une maladie peut avoir des effets iatrogènes ? Pourquoi ?**

La quasi-totalité des généralistes reconnaît pleinement le risque iatrogène qu'il existe en ignorant la dimension psychosomatique d'une maladie.

L'utilisation abusive de traitements divers inappropriés et la réalisation d'examens complémentaires invasifs représentent une source de iatrogénie importante.

Les nombreux effets secondaires des médicaments sont mis en cause de même que leur efficacité relative voire nulle sur certains troubles psychosomatiques.

Parallèlement ils ont manifestement conscience que le fait de feindre ou d'ignorer la dimension psychique d'un individu présentant des troubles psychosomatiques va à l'encontre de sa guérison et peut mener au contraire à enkyster davantage le trouble dans l'organisme, voire à démultiplier sa symptomatologie, ou encore à décupler son intensité.

La reconnaissance de l'importance de l'écoute est elle aussi implicite.

Ne pas prêter entièrement attention au patient, ne pas considérer sa dimension humaine au travers du langage revient à réaliser une médecine animale dans

laquelle à tel mal on substitue tel remède. Et cela ne peut aboutir qu'à l'échec médical lorsqu'il s'agit de psychosomatique.

Cela dit, les médecins font part également du risque encouru par les patients en cas de négligence médicale de leur part s'ils en venaient à considérer à la hâte des pathologies qu'ils qualifieraient de psychosomatiques alors qu'elles ne le seraient pas. L'échec du traitement, l'aggravation de la symptomatologie ou sa chronicisation en serait tout autre.

**n. ANALYSE DE LA QUESTION 15 : Pensez-vous que la psychosomatique soit une discipline d'avenir ou pensez-vous au contraire que les progrès de la science vont restreindre progressivement le domaine des maladies psychosomatiques ?**

La majorité des médecins généralistes estime que la psychosomatique reste une discipline d'actualité et d'avenir.

De plus en plus de facultés de médecine s'y intéressent et développent leur enseignement de la psychosomatique notamment dans le cursus de la médecine générale. Notamment les séances réunissant des groupes de type Balint se multiplient et permettent d'aborder la psychosomatique de nombreux troubles pathologiques rencontrés.

Parallèlement l'ampleur de la fréquence de ce type de pathologies en médecine générale est si importante que les professionnels de santé se doivent d'être au fait des connaissances en psychosomatique. Ils reconnaissent volontiers que les progrès scientifiques vont permettre de rationaliser l'étiologie de certaines pathologies considérées comme principalement psychosomatiques et d'en comprendre pleinement les mécanismes biologiques.

Par ailleurs l'incidence psychosomatique sur les organismes ne peut à leurs yeux que décupler au cours des années à venir au vu de l'accentuation des nombreuses difficultés sociales rencontrées par la majeure partie de la population. Les pressions qu'elles soient familiales, sociales, politiques, culturelles, écologiques ou économiques, se font de plus en plus manifestes de part le monde et engendrent par là même encore et toujours ce fameux stress qui hante les esprits et représente la source de nombreux maux psychosomatiques.

D'un autre côté, un quart des praticiens interrogés estime que la psychosomatique n'a pas d'avenir en soi. Les progrès scientifiques aboutissant à de nouvelles explications d'ordre purement biologiques ou physiologiques vont restreindre progressivement le champ des pathologies considérées comme psychosomatiques. La compréhension des mécanismes biologiques cellulaires, de leur rapport les uns avec les autres, de leurs actions successives en série ou en

parallèle, grâce aux neurotransmetteurs, aux hormones ou autres, va être à l'origine d'une rationalisation scientifique des mécanismes psychosomatiques.

Et la science va dans ce sens. Elle cherche sans cesse à tout expliquer par ces mécanismes, à développer un pragmatisme scientifique où tout doit ou devra avoir une explication régie par des lois biologiques strictes.

Et l'humain, dans ce qu'il a d'essentiel de part sa nature, qui parle, qui pense, qui souffre et qui vit, semble progressivement remplacé par un amalgame d'organes connectés les uns avec les autres pour le plus grand plaisir de certains spécialistes.

Par ailleurs, le manque de temps de plus en plus fréquent lors des consultations de médecine générale de part une nécessité économique et le manque actuel de médecins, fait évoluer les pratiques actuelles vers une médecine protocolaire à la chaîne.

Cela dit, chaque médecin a encore le choix de décider si oui ou non il ignorera la dimension psychique de ses patients. A sa guise...

**o. ANALYSE DE LA QUESTION 16 : Pensez-vous utile voire nécessaire de développer l'enseignement des maladies psychosomatiques ?**

Il est manifeste que la grande majorité des médecins généralistes estime nécessaire le développement de l'enseignement des maladies psychosomatiques.

Au vu de la fréquence élevée de consultations relevant de patients atteints de troubles psychosomatiques, l'aptitude à dépister et à prendre en charge de manière efficiente les patients s'avère évidemment plus qu'utile.

Aussi toute formation en ce domaine ne peut être que favorable aux médecins et aux patients.

Ces derniers risqueront moins ainsi de voir leurs symptômes se chroniciser à plus ou moins grande échéance.

Le développement de conduites à tenir au vu des pathologies rencontrées en considérant le patient dans son ensemble avec ses dimensions corporelle, psychique et sociale demeure donc une évidence, même si pour certains l'approche psychologique reste difficile voire obscure.

**p. ANALYSE DE LA QUESTION 17 : Quel serait selon vous le meilleur support pédagogique pour que cet enseignement soit efficace ?**

La grande majorité des médecins généralistes convient que l'enseignement de la psychosomatique devrait s'effectuer lors du cursus universitaire dans les facultés de médecine.

Pour répondre à cette attente, cet enseignement devrait être divulgué au sein de cours de psychosomatique et à travers l'abord de cas cliniques démonstratifs.

L'intégration de ces cours au programme d'enseignement médical pourrait se faire aussi bien au sein du module de psychiatrie, qu'au sein des différents modules traitant des différentes spécialités organiques.

Par ailleurs, un cinquième des médecins généralistes souligne l'intérêt qu'ils portent à la divulgation d'un enseignement lors de séances de type groupe Balint, où l'échange d'informations s'avère enrichissant de part ses principes interactifs et de part ses questionnements d'actualité.

**q. ANALYSE DE LA QUESTION 18 : Pensez-vous qu'un tel enseignement permettrait d'approcher le malade dans sa globalité ?**

L'enseignement de la psychosomatique permettrait d'approcher le malade dans sa globalité selon les propos de la plupart des médecins généralistes.

La prise en compte des difficultés ou des troubles psychiques des patients est inhérente à la compréhension de pathologies exprimées sur le plan corporel. L'individu doit rester entier, indissociable, non morcelable, dans son approche en médecine générale. Tous les versants du patient doivent être analysés afin d'optimiser sa prise en charge et de le percevoir dans sa globalité. L'approche psychosomatique tend à unifier les différentes dimensions corporelles, qu'elles soient également symbolique, imaginaire, ou encore érotique, et à permettre la levée de certains clivages existants. Elle aide à la compréhension du fonctionnement du corps en tant que médiateur du psychisme et permet d'entrevoir ses différents modes d'expression de souffrances.

Nonobstant, une minorité de médecins convient que le manque de temps actuellement lors des consultations, aussi bien que l'avancée de la technicité de la science médicale vont à l'encontre de toute approche psychosomatique.

## **VIII. CONCLUSIONS**

La prise en charge des troubles psychosomatiques en médecine générale a été évaluée au travers de cette enquête et cette dernière a permis premièrement de souligner le fait que malgré la quasi inexistence de formation dans ce domaine, les médecins généralistes ont su dans l'ensemble acquérir des connaissances non négligeables au cours de leur pratique même si celles-ci restent insuffisantes.

Tout d'abord cette ambiguïté répandue à définir la psychosomatique et les troubles psychosomatiques est manifeste. Elle traduit le manque de discernement entre les troubles psychosomatiques, les troubles fonctionnels et les troubles médicalement inexpliqués que l'on peut retrouver actuellement dans la littérature médicale. Même si la définition rigoureuse d'un trouble psychosomatique implique l'existence d'une lésion organique, la psychosomatique ne peut s'y limiter. Le corps parle et s'exprime au travers d'une pluralité de symptômes ou de pathologies, qu'ils soient fonctionnels, lésionnels ou encore inexpliqués. La psychosomatique se doit d'englober toutes ces formes d'expression corporelle.

Ensuite, à l'heure actuelle, le manque de formation des médecins généralistes en médecine psychosomatique est à l'évidence péjoratif pour les professionnels de santé et pour l'ensemble de la population.

D'une part, la fréquence des motifs de consultation en médecine générale intéressant le domaine psychosomatique est importante (de l'ordre de 60%). D'autre part, une prise en charge médicale inadaptée peut mener à la réalisation d'actes iatrogènes, à la chronicisation des troubles psychosomatiques et à la mise en invalidité du patient. Enfin, sur le plan médico-légal le risque est accentué en cas de méconnaissance médicale.

Aussi, les médecins généralistes ont pleinement conscience de ces réalités qui affectent leur quotidien et la grande majorité d'entre eux (85%) estime nécessaire de développer l'enseignement de la médecine psychosomatique lors du cursus universitaire. Par ailleurs, cela permettrait à leurs yeux de reconsidérer le patient dans sa globalité et de lui rendre sa dimension humaine dans un contexte qui semble évoluer en sens inverse : un corps médical hyperspécialisé où l'organe semble intéresser davantage que l'individu.

Cependant, il est indéniable que les nombreuses avancées scientifiques à venir permettront de mieux appréhender et comprendre les mécanismes biologiques et physiologiques que sous-tendent les mécanismes psychosomatiques. Néanmoins, il paraît difficilement envisageable de comprendre pourquoi le processus de psychosomatisation choisit telle ou autre expression corporelle. De même qu'il revient à la psychanalyse de comprendre pourquoi certains individus se mettent inconsciemment ou non, en situation de stress, situation pouvant aboutir à la genèse de nombreux symptômes ou pathologies psychosomatiques.

En définitive, il est nécessaire que le médecin généraliste puisse coordonner la prise en charge des patients atteints de troubles psychosomatiques en les orientant selon le cas vers des spécialistes dont l'avis reste souvent essentiel, vers des psychiatres ou vers des psychosomaticiens. Cette prise en charge multidisciplinaire se doit d'être rapidement mise en place pour devenir efficace et reste indispensable pour une éventuelle guérison. C'est bien là que réside l'une des principales difficultés rencontrée par le médecin généraliste : faire admettre au patient la plausible étiologie psychosomatique des troubles qui l'affectent.

## **IX. BIBLIOGRAPHIE**

Abe T, Kanbara K, Mizuno Y, Fukunaga M.: Treatment of functional somatic syndrome with abdominal pain 2009;67(9):1773-7

Alexander F.: La médecine psychosomatique 1950

Assoun PL.: Le deuil et sa complaisance somatique, revue française de la psychosomatique 2007

Balint M.: Le médecin, son malade et la maladie 1957

Balon R.: Reflections on relevance: the fields of psychosomatic and psychotherapy in 2006 2007;76(4):203-12

Barthes R.: Roland Barthes par Roland Barthes 1975

Belialov FI.: Psychosomatic associations in internal diseases 2007;85(6):19-21

Beutel ME, Michal M, Subic-Wrana C.: Psychoanalytically-oriented inpatient psychotherapy of somatoform disorders 2008;36(1):125-42

Beutel ME, Michal M.: Psychotherapeutic research and psychosomatic practice 2009;59(2):41

Beutel MI, Huber M.: “A medicine of human relationship“ revisited – Current neurobiological and psychosomatic developments 2007;57(5):206-12

Bourgeois M.: Aperçus de médecine psychosomatique 1984

Burns VE, Edwards KM, Ring C, Drayson M, Carroll D.: Complement cascade activation after an acute psychological stress task 2008;70(4):387-96.

Burton C, Weller D, Sharpe M.: Functional somatic symptoms and psychological states: an electronic diary study 2009;71(1):77-83

Cathébras P.: Troubles fonctionnels et somatisation: comment aborder les symptômes médicalement inexpliqués 2006

Celerier MC.: Psychothérapie des troubles somatiques 2003

Chen YH, Tsai SY, Lee HC, Lin HC.: Increased risk of acute myocardial infarction for patients with panic disorder : a nation wide population-based study 2009;71(7):798-804

Chism K, Kunkel EJ.: Prostate cancer : issues in psychosomatic medicine 2009;11(3):205-10

Chvála V.: What to do with psychosomatics ? 2007;146(1):83-4

Conrad R, Schilling G, Bausch C, Nadstawek J, Wartenberg HC, Wegener I, Geiser F, Imbierowicz K, Liedtke R.: Temperament and character personality profiles and personality disorders in chronic pain patients 2007;133(1-3):197-209

Deter HC, Beutel M.: Research in psychotherapy – does it improve psychosomatic care ? 2009;59(7):251-2

Deter HC, Scheidt CE.: Attachment and development within psychosomatic medicine 2008;58(8):303

Doering S.: Treatment preparation in psychosomatic medicine and psychotherapy 2009;55(1):27-36

Dube SR, Fairweather D, Pearson WS, Felitti VJ, Anda RF, Croft JB.: Cumulative childhood stress and autoimmune diseases in adults 2009;71(2):243-50

Egloff N, Egle UT, von Känel R.: Neither Descartes nor Freud ? current pain models in psychosomatic medicine 2008;97(10):549-57

Fava GA, Sonino N.: Psychosomatic assessment 2009 ;78(6) :333-341

Fava GA.: The decline of pharmaceutical psychiatry and the increasing role of psychological medicine 2009;78(4):220-7

Fazekas C, Matzer F, Greimel ER, Moser G, Stelzig M, Langewitz W, Loewe B, Pieringer W, Jandl-Jager E.: Psychosomatic medicine in primary care : influence of training 2009;121(13-14):446-53.

Ferragut E.: Le corps dans la prise en charge psychosomatique suivi de enseignement capacité d'étude et traitement de la douleur (psychosomatique, santé, douleur) 2007

Ferragut E, Boulenger JP, Brocq H, Chadieu I.: Emotion et traumatisme: le corps et la parole 2005

Ferragut E.: Emotion et mémoire: le corps et la souffrance 2004

Figueira ML, Ouakinin S.: From psychosomatic to psychological medicine: what's the future ? 2008;21(4):412-6

Freedland KE, de Geus EJ, Golden RN, Kop WJ, Miller GE, Vaccarino V, Brumback B, Llabre MM, White VJ, Sheps DS.: What's in a name ? Psychosomatic medicine and biobehavioural medicine 2009;71(1):1-4

Fritzsche K, Scheib P, Wirsching M, Schüssler G, Wu W, Cat NH, Vongphrachanh S, Linh NT.: Improving the psychosomatic competence of medical doctors in China, Vietnam and Laos-the Asia-Link Program 2008;38(1):1-11

Fukunaga M, Nakai Y.: Conception of functional somatic syndromes 2009;67(9):1647-51

Fukunaga M.: Overview of functional somatic syndromes 2009;67(9):1644-5

Funakoshi S, Hosoi M, Tsuchida O.: Psychosomatic medicine for the non cardiac chest pain 2009;67(9):1796-802

Gieler U, Niemeier V, Kupfer J, Harth W.: Psychosomatic dermatology 2008;59(5):415-32

Glaesmer H, Brähler E.: The relevance of diagnostics in psychotherapy, psychosomatics and medical psychology 2008;58(11):405-6

Grant JA, Rainville P.: Pain sensitivity and analgesic effects of mindful states in Zen mediators :a cross-sectional study 2009 Jan;71(1):106-14

Haase M, Frommer J, Franke GH, Hoffmann T, Schulze-Muetzel J, Jäger S, Grabe HJ, Spitzer C, Schmitz N.: From symptom relief to interpersonal change: treatment outcome and effectiveness in inpatient psychotherapy 2008 Sep;18(5):615-24.

Hashizume M, Yamada U, Sato A, Hayashi K, Amano Y, Makino M, Yoshiuchi K, Tsuboi K.: Stress and psychological factors before a migraine attack: a time-based analysis 2008;2:14.

Hausteiner C, Bornschein S, Bubel E, Grosben S, Lahmann C, Grober M.: Psychobehavioural predictors of somatoform disorders in patient with suspected allergies 2009

Heuft G.: Need for psychiatric treatments in patients with somatic disorders – one of the chief professional responsibilities of the psychosomatic medicine and psychotherapy specialty 2006;52(3):227-9

Israël L, Patris M.: L'investigation psychosomatique – les techniques d'entretien 1979

Israël L.: Considérations sur la médecine psychosomatique 1979

Israel L., Depoutot JC.: A propos de la consultation de médecine psychosomatique de la clinique psychiatrique 1979

Jankovic S, Raznatovic M, Marinbovic J.: Relevance of psychosomatic in psoriasis: a case control study 2009;89(4):364-8

Kanbara K, Fukunaga M, Mitsuura H, Takeuchi H, Kitamura K, Nakai Y.: An exploratory study of subgrouping of patients with functional somatic syndrome based on the psychophysiological stress response : its relationship with moods and subjective variables 2007;69(2):158-65

Kanbara K, Fukunaga M.: The pathology of functional somatic syndrome 2009;67(9):1669-75

Kaneda Y, Tsuji S, Oka T.: Age distribution and gender differences in psychogenic fever patients 2009

Klement A, Häuser W, Brückle W, Eidmann U, Felde E, Herrmann M, Kühn-Becker H, Offenbächer M, Settan M, Schiltenswolf M, von Wachter M, Eich W.: Principles of treatment, coordination of medical care and patient education in fibromyalgia syndrome and chronic widespread pain 2008;22(3):283-94

Klose C, Matteucci-Gothe R, Linden M.: Pre- and post-treatment in inpatient psychosomatic rehabilitation 2006;45(6):359-68

Klossika I, Flor H, Kamping S, Bleichhardt G, Trautmann N, Treede RD, Bohus M, Schmahl C.: Emotional modulation of pain: a clinical perspective 2006;124(3):264-8

Komaki G, Moriguchi Y, Ando T, Yoshiuchi K, Nakao M.: Prospects of psychosomatic medicine 2009;3:1

Kowalcek I.: Reproductive techniques and concepts of psychosomatic medicine  
2008;48(4):231-3

Kuhnt S, Lehmann A.: Psychosocial oncology does not give less regard to the  
body but more to the soul, Prof. Dr. Med. Dipl.-Soc. Reinhold Schwarz (1946-  
2008) 2009;32(5):234

Kullowatz A, Rosenfield D, Dahme B, Magnussen H, Kanniess F, Ritz T.:  
Stress effects on lung function are mediated by changes in airway inflammation  
2008 May;70(4):468-75.

Laederach-Hofmann K, Rüdell H, Mussgay L.: Pathological baroreceptor  
sensitivity in patients suffering from somatization disorders : do they correlate  
with symptoms ? 2008;79(2):243-9

Lahmann C, Loew TH, Tritt K, Nickel M.: Efficacy of functional relaxation and  
patient education in the treatment of somatoform heart disorders : a randomised,  
controlled clinical investigation 2008;49(5):378-85.

Lal M.: Psychosomatic approaches to obstetrics, gynaecology and andrology –  
a review 2009 ;29(1):1-12

Lane RD, Waldstein SR, Chesney MA, Jennings JR, Lovallo WR, Kozel PJ,  
Rose RM, Drossman DA, Schneiderman N, Thayer JF, Cameron OG.: The  
rebirth of neuroscience in psychosomatic medicine, part I : historical context,  
methods, and relevant basic science 2009;71(2):117-34

Lane RD, Waldstein SR, Critchley HD, Derbyshire SW, Drossman DA, Wager  
TD, Schneiderman N, Chesney MA, Jennings JR, Cameron OG.: The rebirth of  
neuroscience in psychosomatic medicine, part II : clinical applications and  
implications for research 2009;71(2):135-51

Leeners B, Imthurn B.: Psychosomatic aspects of endometriosis – current state of scientific knowledge and clinical experience 2007;47(3):132-9

Llabre MM, Hadi F.: War-related exposure and psychological distress as predictors of health and sleep : a longitudinal study of Kuwaiti children 2009 Sep;71(7):776-83

Lobo A, Campayo A, Buil-Labat M, Gracia-García P, Marco C.: The state of the art in European liaison and psychosomatics 2008;65(6):623-4

Locala JA.: Current concepts in psychodermatology 2009 Jun;11(3):211-8

Locke SE.: psychosomatic medicine and biodefense preparedness – a new role for the American Psychosomatic Society 2006;68(5):698-705.

Low CA, Salomon K, Matthews KA.: Chronic life stress, cardiovascular reactivity and subclinical cardiovascular disease in adolescents 2009

Marin TJ, Chen E, Munch JA, Miller GE.: Double exposure to acute stress and chronic family stress is associated with immune changes in children with asthma 2009;71(4):378-84

Marty P.: La psychosomatique de l'adulte 1990

Marty P, M'Uzan M. de, David C.: L'investigation psychosomatique 1963

Maunder RG.: Psychosomatic medicine : a specialty for generalists 2009;66(2):99-100

Meissner WW.: Psychoanalysis and the mind-body relation : Psychosomatic perspectives 2006;70(4):295-315.

Mellman TA, Brown DD, Jenifer ES, Hipolito MM, Randall OS.: Posttraumatic stress disorder and nocturnal blood pressure dipping in young adult African Americans 2009;71(6):627-30

Misery L, Feton-Danou N., pour le Groupe Psychodermatologie de la Société Française de Dermatologie : Psychodermatology in France 2008;135(12):863-5

Murakami M.: Treatment of myalgia 2009;67(9):1759-65

Mussell M, Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, Herzog W, Löwe B.: Gastrointestinal symptoms in primary care : prevalence and association with depression and anxiety 2008 ;64(6):605-12

Nagata K. : Functional somatic syndrome from the viewpoint of comprehensive medicine 2009;67(9):1701-8

Nago N.: Family medicine and functional somatic syndromes 2009;67(9):1709-14

Nakao M, Barsky AJ.: Clinical application of somatosensory amplification in psychosomatic medicine 2007;1:17

Nakao M.: Etiology of functional somatic syndromes 2009;67(9):1661-8

Nikendei C, Waldherr S, Schiltenshoff M, Herzog W, Walther S, Weisbrod M.: Memory performance related to organic and psychosocial illness attributions in somatoform pain disorder patients 2009;67(3):199-206

Novac DH, Cameron O, Epel E, Ader R, Waldstein SR, Levenstein S, Wainer AR.: Psychosomatic medicine : the scientific foundation of the biopsychosocial model 2007;31(5):388-401

Novák M, Gazdag G, Túry F.: Psychosomatic medicine and consultation-liaison psychiatry in Hungary 2009 ;66(2):187-8

Oka T, Kanemitsu Y.: Biomedical and psychological treatment of fatigue in functional somatic syndrome 2009;67(9):1778-82

Patris M.: Conversion, in *Les objets de la psychiatrie, L'esprit du temps* 1997

Pfaltz MC, Blechert J, Wilhelm FH.: Respiratory pathophysiologic of panic disorder : an ambulatory monitoring study 2009

Preiss JC, Bokemeyer B, Siegmund B, Stange EF, Zeitz M, Hoffmann JC; German Gastroenterologic Society and the Competence Network IBD.: Clinical practice guideline on diagnosis and treatment of Crohn's disease – summary for the general practitioner 2009;104(3):237-43

Ranty Y.: Les somatisations 2009

Rivenes AC, Harvey SB, Mykletun A.: The relationship between abdominal fat, obesity and common mental disorders : results from the HUNT study 2009;66(4):269-75

Robles TF.: Stress, social support, and delayed skin barrier recovery 2007;69(8):807-15

Rundell JR, Amundsen K, Rummans TL, Tennen G.: Toward defining the scope of psychosomatic medicine practice : psychosomatic medicine in an outpatient, tertiary care practice setting 2008;49(6):487-93.

Sacker A, Head J, Gimeno D, Bartley M.: Social inequality in physical and mental health comorbidity dynamics 2009;71(7):763-70

Salmon P, Humphris GM, Ring A, Davies JC, Dowrick CF.: Primary care consultations about medically unexplained symptoms: patient presentations and doctor responses that influence the probability of somatic intervention 2007;69(6):571-7

Salzer S, Stiller C, Tacke-Pook A, Leibing E.: screening for generalized anxiety disorder in inpatient psychosomatic rehabilitation pathological worry and the impact of depressive symptoms 2009

Sbarra DA, Law RW, Lee LA, Mason AE.: Marital dissolution and blood pressure reactivity : evidence for the specificity of emotional intrusion-hyperarousal and task-rated emotional difficulty 2009 Jun;71(5):532-40

Schaefer A, Gieler U, Kurth R, Brosig B, Leweke F, Milch WE, Reimer C, Beutel ME.: Long-term outcomes of short-term and long-term psychosomatic inpatient treatment and their predictors 2008;65(4):329-36

Schmid-Ott G, Jaeger B, Boehm T, Langer K, Stephan M, Raap U, Werfel T.: Immunological effects of stress in psoriasis 2009;160(4):782-5

Schüssler G.: Depressive disorder and its significance in psychosomatic medicine and psychotherapy 2008;54(4):327-8

Seidler GH.: Shame and guilt : self-reflexive affects from the perspective of relationship and reciprocity 2007;61(1):37-49.

Semke VY.: Psychosomatic aspects of ethnopsychology and ethnopsychotherapy 2007;49:259-60.

Sharma SC.: Psychosomatic medicine : bridging emotion and disease 2007;5(2):151-2

Smith RC, Gardiner JC, Luo Z, Rost K.: Diagnostic accuracy of predicting somatization from patients' ICD-9 diagnoses 2009;71(3):366-71

Spitzer C, Barnow S, Wingenfeld K, Rose M, Löwe B, Grabe HJ.: Complex post-traumatic stress disorder in patients with somatization disorder 2009;43(1):80-6.

Stephenson DT, Price JR.: Medically unexplained physical symptoms in emergency medicine 2006;23(8):595-600

Sudo N.: Functional somatic syndromes in the treatment of allergic diseases and their related disorders 2009;67(9):1755-8

Szuec G.: Les maladies de peau dans quelques modèles psychosomatiques, Revue française de la psychosomatique 2007

Thornton LM, Andersen BL, Schuler TA, Carson WE.: A psychological intervention reduces inflammatory markers by alleviating depressive symptoms : secondary analysis of a randomised controlled trial 2009;71(7):715-24

Thurin JM, Baumann N.: Stress, pathologies et immunité 2003

Thurston RC, Kubzansky LD.: Women, loneliness, and incident coronary heart disease 2009

Tiefenthaler-Gilmer U, Raysz A, Kesper U.: Mindfulness training as an intervention for fibromyalgie : evidence of postintervention and 3-year follow-up benefits in well-being 2007;76(4):226-33.

Tress W.: Target dimensions of psychosomatic – psychotherapeutic care 2008;102(6):367-72

Umanskiĭ SV, Utkin VA.: Psychosomatic inductions in a family and their correction by a psychotherapist 2009;109(9):40-43

Vaccarino AL, Sills TL, Evans KR, Kalali AH.: Multiple pain complaints in patients with major depressive disorder 2009;71(2):159-62

Van Houdenhove B, Luyten P.: Fifty years of psychiatry at the interface between psyche and soma: a SWOT analysis 2008;50:99-103

Van Oudenhove L, Aziz Q.: Recent insights on central processing and psychological processes in functional gastrointestinal disorders 2009

Verwey B, van Waarde JA, Huyse FJ, Leentjens AF.: Consultation-liaison psychiatry and general hospital psychiatry in the Netherlands : on the way to psychosomatic medicine 2008;50:139-43

Weidner K, Siedentopf F, Zimmermann K, Bittner A, Richter J, Joraschky P, Distler W, Stobel-Richter Y.: Which gynecological and obstetric patients want to attend psychosomatic services ? 2008;29(4):280-9.

Weidner K, Zimmermann K, Neises M, Distler W, Joraschky P, Hessel A.: Effects of psychosomatic interventions within the consultation service of a gynaecological university hospital 2006;56(9-10):362-9

Weik U, Herforth A, Kolb-Bachofen V, Deinzer R.: Acute stress induces proinflammatory signaling at chronic inflammation sites 2008 Oct;70(8):906-12

Werenz R, Knickenberg RJ, Beutel ME.: Dropout behaviour in inpatient psychosomatic rehabilitation : how and when do inpatients terminate psychotherapy ? 2008;54(3):241-62

Wild B, Friederich HC, Gross G, Teufel M, Herzog W, Giel KE, de Zwaan M, Schauenburg H, Schade-Brittinger C, Schäfer H, Zipfel S.: The ANTOP study : focal psychodynamic psychotherapy, cognitive-behavioural therapy, and treatment-as-usual in outpatients with anorexia nervosa – a randomised controlled trial 2009

Wise TN.: Diagnostic criteria for psychosomatic research are necessary for DSM V 2009 ;78(6) :330-332

Yoshiuchi K.: Psychosomatic therapies in primary headaches 2009;67(9):1766-

Zimmermann-Viehoff F, Bergander B, Meissner K, Deter HC.: Integrative therapy of a patient with complex psychosomatic complaints 2008 Jun;15(3):152-5

Zoccola PM, Dickerson SS, Lam S.: Rumination predicts longer sleep onset latency after an acute psychosocial stressor 2009;71(7):771-5

## PAGE DU PERMIS D'IMPRIMER

---



Vu: 28/5/10

Le Président de Thèse  
Faculté de Médecine de Strasbourg  
Monsieur le Professeur André Muller

Vu:

Le Doyen de la Faculté de Médecine Paris 7 -  
Denis Diderot  
Monsieur le Professeur Benoît SHLEMMER

Professeur André MULLER  
P.U. - P.H.  
HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG  
Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur  
Tél : 03 88 11 64 83 - Fax : 03 88 11 58 73  
E-mail : andre.muller@chru-strasbourg.fr  
N° RPPS : 10002414398



Vu et Permis d'imprimer  
Pour le Président de l'Université Paris 7 – Denis Diderot  
et par délégation

Le Doyen



Benoît SCHLEMMER

## **Résumé :**

Les médecins généralistes, de part leurs rôles de premiers consultants, de médecins de famille et de coordinateurs de soins, sont au centre même de toute démarche de prise en charge de troubles psychosomatiques ou de toute maladie envisagée sous l'angle psychosomatique. La fréquence des consultations en médecine générale intéressant le domaine psychosomatique est importante (de l'ordre de 60%). Une prise en charge inadaptée peut mener à la réalisation d'actes iatrogènes, à la chronicisation de troubles psychosomatiques et à la mise en invalidité du patient. Aussi, malgré une formation jugée sommaire voire inexistante en psychosomatique, les médecins généralistes ont su dans l'ensemble acquérir des connaissances non négligeables au cours de leur pratique même si celles-ci restent insuffisantes. Le savoir actuel en psychosomatique s'est beaucoup développé ces dernières années et il est indéniable que les nombreuses avancées scientifiques à venir permettront d'encore mieux appréhender et comprendre les mécanismes biologiques et physiologiques que sous-tendent les mécanismes psychosomatiques. Ainsi, les médecins généralistes admettent aisément que pour eux, avoir une meilleure connaissance des théories et des données de la recherche clinique en psychosomatique compléterait leur formation. Ils pourraient dès lors appréhender les patients dans leur globalité sans marquer de coupure radicale entre les entités que sont le corps et l'esprit. Le corps parle et sous l'effet du stress il s'exprime au travers d'une pluralité de symptômes ou de pathologies, qu'ils soient fonctionnels, lésionnels ou encore inexplicables. Il s'agit bien là d'un problème de santé publique, au sein de notre société moderne, industrielle, où l'homme est appréhendé de plus en plus comme une machine.

**Rubrique :** Médecine Générale

**Mots-clés :** troubles psychosomatiques, stress, médecins généralistes, prise en charge

**Président :** Professeur MULLER André

**Assesseurs :** Professeur KOPP Michel  
Professeur VAUTRAVERS Philippe  
Professeur BERTSCHY Gilles