

Symptômes médicalement inexpliqués en médecine interne : recommandations pour la prise en charge hospitalière

C. Luthy
C. Cedraschi
N. De Tonnac
M. Archinard
A.-F. Allaz

Les somaticiens hospitaliers se sentent souvent démunis face aux patients présentant des symptômes médicalement inexpliqués (SMI). Domaine d'interface classique avec la psychiatrie de liaison, peu de services médicaux ont développé une expertise propre dans la prise en charge de telles situations. Sans détailler les modèles étiologiques, l'article présente les données disponibles concer-

nant la prévalence et le mode de présentation de ces patients. L'importance de cette problématique et les difficultés de détection propres au milieu hospitalier de médecine interne sont soulignées. De même, les résultats de quelques approches thérapeutiques spécifiques sont précisés et des recommandations pratiques concernant la prise en charge hospitalière de ces patients sont proposées.

Mots-clés :

- symptômes médicalement inexpliqués
- hôpital
- médecine interne
- psychiatrie de liaison
- complexité des soins

Unexplained somatic symptoms : practical recommendations regarding in hospital management

Physicians working in hospital settings often feel resourceless when dealing with patients presenting medically unexplained symptoms. Only few medical services have developed their own expertise in the treatment of such patients who may also call upon liaison psychiatry.

This article describes some of the available data about the prevalence and the clinical presentation of these patients. Data about etiologic factors and the various dimensions of the problem (detection, therapeutic approaches,...) are also presented. Finally, practical guidelines and recommendations are provided regarding the in-hospital management and care of these patients.

Med Hyg 2003 ; 61 : 918-22

Définition et dimensions du problème

Les symptômes médicaux inexpliqués (SMI) sont des «symptômes insuffisamment expliqués par une maladie organique». Cette définition a beaucoup évolué dans le temps, notamment en fonction des progrès de la médecine,¹ mais l'importance des problèmes soulevés par ces patients est soulignée par de nombreux travaux qui montrent que 25 à 50% des consultations ambulatoires ne permettent pas d'aboutir à une explication médicale permettant de rendre compte des symptômes présentés.² Ces résultats sont confortés par d'autres observations qui mettent en évidence que 30 à 50% des motifs de consultations de premier recours ne correspondent à aucune entité diagnostique reconnue par les systèmes de classification des maladies ! Malgré ces résultats et le fait que ces patients sont de fréquents utilisateurs des services de santé hospitaliers,³ les problèmes qu'ils posent en médecine interne hospitalière sont rarement discutés dans la littérature médicale.

Qui sont ces patients ?

Les patients présentant des SMI constituent un groupe très hétérogène d'individus souffrant de symptômes et de douleurs variés : côlon irritable, fatigue chronique, fibromyalgie⁴ (tableau 1). D'autres encore remplissent parfois, en partie au moins, les critères diagnostiques d'un trouble somatoforme⁵ tel qu'il est défini dans le DSM-IV⁶ (tableau 2) ou dans la CIM-10.⁷

Les symptômes présentés s'inscrivent le plus souvent dans le cadre de syndromes de douleurs chroniques où la recherche d'un

modèle de causalité unique est remplacée par une réflexion sur l'interaction entre des facteurs qui prédisposent/précipitent ou perpétuent la symptomatologie. Parmi ces facteurs, les aspects psychosociaux tiennent une place importante, ce qui ne surprend guère dans la mesure où une symptomatologie chronique s'inscrit toujours dans un processus dynamique résultant d'une interaction constante entre aspects somatiques et psychosociaux (voir plus loin).⁸

Caractéristiques cliniques communes

Au-delà de la diversité des présentations cliniques et de l'extrême difficulté à manier une nosographie médicale qui entérine trop souvent la notion d'une causalité soit physique soit psychique,⁹ il faut souligner d'abord que les patients présentant des SMI demandent des soins en raison de l'importance des symptômes ressentis et la menace que ceux-ci représentent.¹⁰ Il n'y a qu'une infime minorité d'entre eux qui recherchent uniquement l'attention du corps médical.

Parmi les autres caractéristiques de ces patients, citons encore qu'ils consultent essentiellement pour des symptômes physiques et qu'ils refusent le plus souvent toute prise en charge psychologique spécialisée, opposant la réalité de leurs plaintes et les handicaps physiques vécus. Pour les thérapeutes, la difficulté à se faire entendre peut donner lieu à des sentiments d'épuisement ou d'irritation¹¹ liés au questionnement autour de la légitimité – et de la légitimation – de la plainte, et à la place de ce questionnement dans la relation thérapeutique. Ces ressentis se traduisent parfois par les descriptions négatives dont font l'objet ces patients : «polyplaintifs», «exagérateurs», voire encore «simulateurs» ou «manipulateurs».¹²

Enfin, un autre aspect est que les patients

- Douleurs chroniques du rachis
- Algies faciales
- Syndrome du côlon irritable
- Palpitations cardiaques
- «Dizziness»
- Fatigue
- Dyspepsie
- Tinnitus
- Dysphagie
- Fibromyalgie
- Syndrome prémenstruel
- Douleurs pelviennes
- Disménorrhée
- Dyspnée
- Troubles dissociatifs
- Troubles factices

Tableau 1. Symptômes/syndromes principalement étudiés dans les travaux consacrés aux patients avec des symptômes médicalement inexpliqués.

Bibliographie

- 1 Aronowitz RA. When do symptoms become a disease? *Ann Intern Med* 2001; 134: 803-8.
- 2 Kroenke K, Price RK. Symptoms in the community: Prevalence, classification, and psychiatric co-morbidity. *Arch Int Med* 1993; 153: 2474-80.
- 3 Fink P. The use of hospitalizations by persistent somatizing patients. *Psychol Med* 1992; 22: 173-80.
- 4 Drossman DA, Liz Z, Andruzzi E, et al. US householder survey of functional gastrointestinal disorders: Prevalence, sociodemography, and health impact. *Dig Dis Sci* 1993; 38: 1569-80.
- 5 Bridges KW, Goldberg DP. Somatic presentation of DSM III psychiatric disorders in primary care. *J Psychosom Res* 1985; 29: 563-9.
- 6 American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition.* Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.
- 7 Classification internationale des troubles mentaux et du comportement. Dixième révision. OMS, Paris: Masson, 1994.
- 8 Allaz AF. Le messager boiteux: approches pratiques des douleurs chroniques rebelles. Genève: Med Hyg, sous presse (parution avril 2003).
- 9 Haynal A, Pasini W, Archinard M. Médecine psychosomatique: aperçus psychosociaux. Collection Abrégés de médecine. 3^e édition. Paris: Masson, 1997.

- Symptômes physiques persistants associés à des demandes d'investigations médicales malgré des bilans négatifs répétés
- S'il existe un trouble physique authentique, ce dernier ne permet pas de rendre compte ni de la nature, ni de la détresse, des préoccupations ou de la gravité des symptômes du sujet
- Même quand la survenue et la persistance des symptômes sont étroitement liées à des difficultés/conflits psychologiques, même quand il existe des symptômes dépressifs ou anxieux manifestes, le patient s'oppose aux hypothèses supposant l'implication de facteurs psychologiques dans la survenue des symptômes
- La recherche d'une cause physique ou psychologique permettant de rendre compte des symptômes est souvent décevante et frustrante pour le patient et le médecin
- Ces patients présentent souvent un comportement histrionique et essaient d'attirer l'attention d'autrui, notamment quand ils ne réussissent pas à convaincre leurs médecins de la nature essentiellement physique de leurs maladies et de la nécessité de poursuivre les investigations et les examens complémentaires.

Ce trouble comprend: le trouble somatisation, le trouble somatoforme indifférencié, le trouble hypochondriaque (y compris la dysmorphophobie), le dysfonctionnement neurovégétatif somatoforme, le syndrome somatoforme persistant, les autres troubles somatoformes et le trouble somatoforme sans précision

Tableau 2. Critères diagnostiques du trouble somatoforme.

Adapté selon réf. 6.

présentant des SMI sont également à l'origine de coûts majeurs, tant il est vrai que les approches médicales «classiques» laissent souvent les professionnels de la santé et les patients insatisfaits.¹³ Aux coûts ambulatoires et hospitaliers directs s'ajoutent d'ailleurs encore ceux liés à l'absentéisme professionnel, aux versements des assurances pertes de gain et des rentes d'invalidité, et enfin ceux, jamais chiffrés, induits par la iatrogénicité médicale.

Etiologie et facteurs de complexité

Même si cet article ne permet que de faire un rapide survol de la question, soulignons qu'outre les maladies concomitantes dont peuvent être atteints ces patients (maladies cardiaques, rhumatologiques, oncologiques, etc.) et les facteurs psychodynamiques de vulnérabilité individuelle dont l'examen dépasse le cadre de cette revue, le déclenchement/maintien des SMI ont été associés à de nombreux facteurs psychologiques: états anxio-dépressifs,¹⁴ événements de vie traumatiques,¹⁵ divers facteurs de vulnérabilité dont la maltraitance,¹⁶ notion de somatisation,¹⁷ comportement maladie,¹⁸ certains types de personnalité,^{19,20} ou encore les capacités à faire face aux événements de la vie.²¹ L'environnement psychosocial du patient et l'accueil offert par le système de soins et ses acteurs à ces symptômes ont également été identifiés comme des éléments susceptibles de moduler l'intensité et le vécu des plaintes de ces patients de manière importante.²²

Une telle complexité souligne donc la priorité absolue à accorder à l'individu souffrant plutôt qu'à un symptôme spécifique.²³ Sans chercher à faire l'impasse sur ces dimensions individuelles, nous allons néanmoins aborder quelques problèmes généraux que posent ces patients dans les services hospitaliers et en médecine interne en particulier.

Symptômes médicaux inexpliqués et médecine hospitalière

Les études consacrées aux patients présentant des SMI ayant été menées essentiellement en médecine de premier recours ou dans des centres spécialisés, leur prévalence parmi les patients hospitalisés dans les services généralistes de médecine interne reste méconnue. L'expérience clinique montre cependant que, dans les services généralistes, celle-ci s'approche probablement de celle des centres primaires (25-50%). Le tableau 3 décrit quelques éléments qui contribuent à l'admission fréquente de ces patients dans les hôpitaux. Parmi ces facteurs soulignons surtout ceux relatifs au rôle dévolu aux hôpitaux et aux attentes/représentations projetées sur ces lieux. De même, le caractère vague de la définition des SMI – symptômes médicalement inexpliqués mais selon quels critères, après quelles investigations, et à la suite de quels avis? – conduit inévitablement vers les services hospitaliers de nombreux patients porteurs des symptomatologies les plus rebelles et les moins bien expliquées.

Prendre en charge les patients souffrant de SMI à l'hôpital

Mieux dépister à l'hôpital: problèmes et recommandations

Domaine d'interface avec la psychiatrie et entité clinique souvent mieux connue des thérapeutes ambulatoires, on sait que les patients souffrant de SMI ne sont souvent identifiés que tardivement dans les services hospitaliers (fig. 1). Le nombre et la gravité des comorbidités dont sont atteints les patients hospitalisés en médecine interne expliquent certainement en partie ce phénomène. Le tableau 4 rassemble quelques autres éléments qui peuvent contribuer à ces retards.



Fig. 1. Peu spécifique mais très sensible tardivement dans l'évolution, l'épaisseur du dossier médical est un signe permettant d'identifier les patients souffrant de symptômes médicalement inexpliqués!

Facteurs attribuables aux thérapeutes

- Les patients présentant des symptômes médicalement inexpliqués constituent une large proportion des consultations de premier recours
- Le plateau médico-technique et les spécialistes de l'hôpital sont des interlocuteurs souvent incontournables en cas de symptômes rebelles et mal expliqués (aspects éthiques et médico-légaux)
- Les difficultés relationnelles vécues et les échecs répétés subis peuvent générer des rejets thérapeutiques sous forme de demandes d'hospitalisation
- Pour le soignant, la demande d'admission à l'hôpital est une manière de reconnaître l'importance des vécus du patient
- Certains thérapeutes sont peu formés au dépistage/suivi que ces patients requièrent

Facteurs attribuables aux patients

- Les investigations hospitalières peuvent soulager certains patients de l'inquiétude relative à une maladie somatique grave
- L'accès à l'hôpital est un gage de légitimité, de prise en charge sérieuse et de traitements appropriés
- Pour les patients/proches, les traitements hospitaliers sont auréolés du «prestige» des spécialistes qui y exercent
- Les patients insatisfaits par les approches médicales antérieures demandent fréquemment des hospitalisations (les soignants choisis pour recueillir et porter une plainte sont aussi parfois «instrumentés» à cette seule fin !)

Autres facteurs

- Les médias, les politiques et les autres membres du corps social participent à l'élaboration des représentations de l'hôpital qui font de cet endroit un lieu de soins et d'expertise

Tableau 3. Facteurs contribuant à l'admission de patients souffrant de symptômes médicamenteusement inexpliqués dans les services hospitaliers.

10 Mc Whinney IR. *Beyond diagnosis: an approach to the integration of behavioral science and clinical medicine.* N Engl J Med 1972; 287, 384-7.

11 Kaplan C, Lipkin M Jr, Gordon GH. *Somatization in primary care: Patients with unexplained and vexing medical complaints.* J Gen Intern Med 1988; 3: 177-90.

12 Allaz AF, Vannotti M, Desmeules J, et al. *Use of the label «litigation neurosis» in patients with somatoform pain disorder.* Gen Hosp Psychiatry 1998; 20: 91-7.

13 Barsky AJ, Etnner SL, Horsky J, Bates DW. *Resource utilization of patients with hypochondriacal health anxiety and somatization.* Med Care 2001; 39: 705-15.

14 Allaz AF, Desmeules J. *Douleurs chroniques et dépression.* In: *Dépression et comorbidités organiques.* Lemperière Th, Consoli S, Cabane P (eds). Paris: Masson, 2003.

Au-delà des éléments décrits dans le tableau 4 et des aménagements qui pourraient être trouvés (voir aussi le tableau 7), relevons l'importance que revêt la formation spécifique des professionnels qui, trop souvent encore, est d'abord dispensée aux thérapeutes de l'ambulatoire.²⁴ Ce type d'enseignement pourrait être optimisé en fonction des besoins spécifiques des hôpitaux et gagnerait incontestablement à mieux figurer dans les cursus pré- et post-gradués. En particulier, à l'hôpital où l'un des reproches les plus redoutés est une erreur de diagnostic, cette formation devrait sensibiliser les (jeunes) praticiens au fait que même si leurs prises en charge

Facteurs attribuables aux thérapeutes ou à l'environnement hospitalier

- Le (jeune) thérapeute hospitalier manque parfois de savoirs spécifiques, de savoir-faire dans le diagnostic, et de savoir être avec les patients présentant des symptômes médicalement inexpliqués
- Pour le professionnel, la notion d'urgence propre à l'hôpital induit la précipitation et la difficulté à «élargir» la plainte
- Mauvaise connaissance «longitudinale» de la trajectoire des soins et des (échecs de) prises en charge/investigations ambulatoires antérieures
- Les contraintes temporo-spatiales (surcharge horaire, contexte des visites médicales, etc.), les pressions administratives et les finalités institutionnelles (limitation des ressources humaines, durées de séjour, etc.) restreignent les possibilités d'analyse et l'élaboration de projets de soins partagés

- La compréhension des symptômes et des enjeux est compliquée par le fait que l'hôpital sépare de l'environnement familial, culturel et matériel

Facteurs attribuables aux patients

- Pour le patient, la notion d'hôpital renforce la dramatisation, le désir de réponses rapides et objectivantes et les besoins de légitimation dans le rôle de malade
- Aspects liés à la dépendance imaginaire du patient à l'hôpital: l'origine des symptômes doit être trouvée par les soignants (soignants = «ultimes sauveurs»)

Autres facteurs

- A peine amorcée, la relation médecin-malade est menacée par la séparation annoncée de la sortie
- Aspects liés à la régression hospitalière propre au milieu

Tableau 4. Facteurs contribuant aux difficultés diagnostiques et aux erreurs de prise en charge des symptômes médicaux inexpliqués à l'hôpital général.

se déroulent sous la forte pression de leur savoir supposé, le statut du savoir reste lui toujours marqué de nombreuses incertitudes. Une deuxième caractéristique des hôpitaux tient au crédit encore trop souvent obtenu grâce à des diagnostics obscurs – parfois posés grâce aux moyens d'imagerie des grands centres – qui incitent malencontreusement nombre de médecins (parfois même les cadres!) à rechercher davantage des «non-maladies» plutôt que de reconnaître une entité comme les SMI. Rarement explicités, ces points d'ambivalence parlent en faveur d'un changement de paradigme de soins et d'une prudente remédicalisation de la problématique des SMI²⁵ puisqu'il est établi qu'un diagnostic ferme et précis est thérapeutiquement utile à lui seul et que cet effet est indépendant de l'étiquette diagnostique et du traitement médical éventuellement associé.²⁶

Mieux traiter à l'hôpital : problèmes et recommandations

Deux situations prototypiques peuvent être distinguées. Si les SMI constituent le motif d'admission principal à l'hôpital sans autre affection morbide, le séjour devrait certainement être le plus court possible: il s'agit avant tout de définir le mandat institutionnel, de convenir des investigations ne pouvant être réalisées ambulatoirement et de réorienter rapidement ces patients vers leurs réseaux de soins en limitant les durées d'arrêts de travail et les coûts inutiles. En revanche, lorsque les SMI sont très intriqués avec des affections organiques parfois sévères, les prises en soins sont alors plus longues, marquées par des risques d'investigations/traitements intempestifs et des débordements relationnels plus fréquents.

Plusieurs revues récentes détaillent l'approche psychologique de situations cliniques fréquemment associées à des SMI en milieu somatique: douleurs chroniques,^{8,27} précordialgies,²⁸ troubles digestifs et syndrome du côlon irritable,²⁹ fatigue chronique,³⁰ affections oncologiques diverses,³¹ troubles somatoformes,³² dépression,³³ initiation d'une prescription,³⁴ traumatismes physiques,³⁵ et maladie chronique.³⁶ Ces auteurs et d'autres,³⁷ insistent tous sur la nécessité de parvenir à négocier des projets de soins qui intègrent les problèmes psychosociaux et des attentes des patients, sur celle de «passer» régulièrement par l'examen physique des patients si c'est à cet endroit que les plaintes se logent, mais aussi sur celle de parvenir à donner des explications satisfaisantes quant à l'origine des symptômes. Tous s'accordent également à recommander de ne faire que très prudemment des liens entre les symptômes et les vécus psychologiques. Le tableau 5 reprend ces recommandations comme autant de travaux d'Hercule pour ressortir Thésée de l'Enfer!

D'autres travaux ont également permis de

- Croire aux symptômes, faire preuve d'empathie, légitimer l'inquiétude
- Examiner *physiquement* le patient régulièrement
- Explorer les attentes et les représentations du patient/proches
- Considérer les comorbidités psychosociales et asséurologiques
- Effectuer uniquement les investigations nécessaires, interrompre les traitements inutiles (iatrogénie !)
- Sortir de l'«urgence» et négocier un plan de traitement/investigations dans la durée
- Rassurer le patient sur l'absence de maladie grave, donner des explications étiologiques alternatives satisfaisantes et évoquer les évolutions possibles
- Associer le patient aux démarches de soins (physiothérapie, etc.)
- Viser un meilleur contrôle des symptômes mais pas leur disparition
- Faire *prudemment* des liens entre l'exacerbation/déclenchement des plaintes et d'autres vécus
- Éviter le rejet du patient (consultations spécialisées intempestives, prescriptions abusives, etc.)
- (Savoir) se faire aider (consultation conjointe, supervision, savoir référer le patient à un collègue)
- Articuler ses interventions avec celles des soignants hospitaliers et des réseaux ambulatoires

Tableau 5. Recommandations d'attitudes relationnelles pour les somaticiens hospitaliers.

Adapté selon réf. 8.

Rôles/miissions des services hospitaliers lors de symptômes médicalement inexpliqués

- Aider les praticiens ambulatoires dans l'identification des patients concernés
- Valider l'hypothèse diagnostique et participer aux efforts de limitation des investigations/traitements inutiles
- Légitimer les plaintes du patient dans le cadre rassurant de l'hôpital
- Rassurer le patient en donnant des explications satisfaisantes et les évolutions possibles
- Favoriser la «maturation» psychosociale des plaintes par des prises en charge multi-disciplinaires: accepter la déception, la détresse ou les conflits en jeu dans un cadre rassurant (...de l'action à l'élaboration !)

Ce que les services hospitaliers somatiques ne doivent pas être

- Évitements de la psychiatrie
- Un lieu d'expertises psychiatriques cachées
- Une forme de rejet du patient
- Un facteur responsable de iatrogénie et de coûts additionnels inutiles

Tableau 7. Rôles/miissions et risques associés à l'utilisation des services somatiques hospitaliers lors de symptômes médicalement inexpliqués.

- 15 Dufour J. *Prise en charge psychologique*. In: Ferragut E, Colson P (éditeurs). *Douleurs et psychopathologie liées aux traumatismes*. Paris: Masson, 1999.
- 16 Van Houdenhove B. *Psychosocial stress and chronic pain*. Eur J Pain 2000; 4: 225-8.
- 17 Lipowski ZJ. *Somatization: The concept and its clinical application*. Am J Psychiatry 1988; 145: 1358-68.
- 18 Waddell G, Pilowsky I, Bond MR. *Clinical assessment and interpretation of abnormal illness behaviour in low back pain*. Pain 1989; 39: 41-53.

confirmer l'efficacité d'approches structurées pour les SMI. Les douleurs lombaires chroniques, le syndrome de fatigue chronique et du côlon irritable ont été les plus étudiés. Il s'agit essentiellement d'approches qui s'attachent à la prise en compte des représentations et des peurs du patient ainsi que des comportements qui en découlent et qui les alimentent. Dans une autre optique, les abords pharmacologiques

Aménagements hospitaliers ne nécessitant pas (forcément) de ressources supplémentaires

- Changements des processus d'admission (pré-hospitalisations)
- Sensibilisation/formation du personnel soignant hospitalier: médico-infirmier, ergo- et physiothérapeutes, assistants sociaux, mais aussi psychologues cliniciens et spécialistes cliniques infirmiers en psychiatrie
- Prise en charge intégrée avec les services de psychiatrie de liaison et de psychogériatrie
- Réunions multidisciplinaires (personnel médico-infirmier, psychologues, services sociaux, soignants ambulatoires, etc.)
- Information aux patients (entretiens avec les soignants, brochures, vidéo, etc.)
- Sensibilisation des soignants aux aspects intersubjectifs (par exemple Groupes Balint)

Aménagements hospitaliers nécessitant des transferts de postes ou des ressources supplémentaires

- Psychologues cliniciens disponibles pour le patient et les équipes de soins
- Infirmier(ère)s spécialistes cliniques en psychiatrie/psychogériatrie
- Unités spécialisées ou regroupement de lits spécialisés avec programme de soins médico-psychiatriques intégrés
- Professionnels formés à pratiquer des approches spécifiques (voir tableau 6)

Tableau 8. Aménagements hospitaliers pouvant contribuer à une amélioration du dépistage et de la prise en charge des symptômes médicalement inexpliqués.

Douleurs lombaires chroniques

- Antidépresseurs: probablement efficaces
- Thérapie cognitivo-comportementale: efficace
- Thérapie comportementale: efficace
- Thérapie interpersonnelle: pas d'étude disponible

Syndrome de fatigue chronique

- Antidépresseurs: données insuffisantes
- Thérapie cognitivo-comportementale: efficace
- Thérapie comportementale: efficace
- Thérapie interpersonnelle: pas d'étude disponible

Syndrome du côlon irritable

- Antidépresseurs: efficaces
- Thérapie cognitivo-comportementale: efficace
- Thérapie comportementale: probablement efficace
- Thérapie interpersonnelle: pas d'étude disponible

Tableau 6. Efficacité des approches thérapeutiques selon les études cliniques.

Adapté selon réf. 38, 39.

soulignent quant à eux le bénéfice antalgique des antidépresseurs. Deux méta-analyses récentes ont été publiées sur le sujet,^{38,39} et même si des problèmes méthodologiques demeurent (biais de recrutement des patients, inégalités des traitements dans les groupes contrôles, interventions insuffisamment standardisées, formations et expériences des thérapeutes pas toujours précisées, peu d'évaluations des résultats sur le moyen et long terme, etc.), les conclusions suivantes peuvent être tirées (tableau 6).

Discussion et propositions

Échappant toujours à une nosographie médicale qui entérine trop souvent la notion d'une causalité physique ou psychique, il n'est pas inintéressant de noter que les SMI n'échappent par contre pas à d'autres paradoxes constitutifs de la médecine: elle se veut un savoir précis et reproductible mais elle s'exerce dans une pratique... profondément ancrée dans la maladie et les médicaments, dans la biologie et la médecine fondée sur des preuves, elle ne parvient jamais à s'extraire de la subjectivité des humains qui l'utilisent ou la pratiquent! Ces constats éclairent en partie ce qui fait que l'hôpital somatique représente autant pour les patients qui y consultent et ce qui contribue à ce que les SMI souvent mal évalués/pris en charge en médecine hospitalière (tableaux 3 et 4).

Quelles sont les «plus-values» que peuvent offrir les services hospitaliers aux patients présentant des SMI et à leurs thérapeutes ambulatoires? Sachant que ces patients nécessitent une collaboration entre thérapeutes multidisciplinaires, entre l'hôpital et l'ambulatoire, entre spécialistes et omnipraticiens (tableau 6), quelles sont les missions des acteurs hospitaliers? Les réponses à ces questions doivent évidemment s'adapter aux situations singulières des patients mais, au-delà d'une meilleure identification des individus et de

19 Gamsa A. The role of psychological factors in chronic pain. I. A half century of study. *Pain* 1994; 57: 5-15.

20 Gamsa A. The role of psychological factors in chronic pain. II. A critical appraisal. *Pain* 1994; 57: 17-29

21 Turk DC, Okifuji A, Scharff L. Chronic pain and depression: Role of perceived impact and perceived control in different age cohorts. *Pain* 1995; 61: 93-101.

22 Vannotti R, Celis-Gennart M. Maladies et familles. Penser la souffrance dans une perspective de la complexité. Genève: Georg, 1997.

23 Célérier MC, Oresve C, Janiaud-Gouitaa F. La rencontre avec le malade. Paris: Dunod, 1999.

24 Morris RK, Gask L. Treatment of patients with somatized mental disorder: Effects of reattribution training on outcomes under the direct control of the family doctor. *Psychosomatics* 2002; 43: 394-9.

25 Sharpe M, Carson A. «Unexplained» somatic symptoms, functional syndromes, and somatization: Do we need a paradigm shift? *Ann Intern Med* 2000; 134: 926-30.

26 Thomas KB. General practice consultations: Is there any point in being positive? *BMJ (Clin Res Ed)* 1987; 294: 1200-2.

27 Bass C, Jack T. Current approaches in chronic pain. *Clin Med* 2002; 2: 505-8.

28 Bass C, Mayou R. Chest pain. *BMJ* 2002; 325: 588-91.

29 Guthrie E, Thompson D. Abdominal pain and functional gastrointestinal disorders. *BMJ* 2002; 325: 701-3.

30 Sharpe M, Wilks D. Fatigue. *BMJ* 2002; 325: 480-3.

31 White CA, Macleod U. Cancer. *BMJ* 2002; 325: 377-80.

32 Bass C, May S. Chronic multiple functional somatic symptoms. *BMJ* 2002; 325: 323-6.

33 Peveler R, Carson A, Rodin G. Depression in medical patients. *BMJ* 2002; 325: 149-52.

34 Price J, Leaver L. ABC of psychological medicine: Beginning treatment. *BMJ* 2002; 325: 33-5.

35 Mayou R, Farmer A. Trauma. *BMJ* 2002; 325: 426-9.

36 Von Korff M, Glasgow RE, Sharpe M.

l'évitement de traitements/investigations inutiles, la participation des thérapeutes hospitaliers à l'émergence de la subjectivité «sous patronage» somatique s'impose certainement comme un élément indispensable (tableau 7).

Selon nous, l'importance de la problématique des SMI à l'hôpital doit générer un développement prioritaire dans trois axes: 1) le développement et la diffusion de formations spécifiques pour les thérapeutes hospitaliers comprenant la sensibilisation aux aspects interrelationnels et intersubjectifs de ces situations; 2) puisque des soignants bien formés ne peuvent à eux seuls dépasser certaines contraintes hospitalières et les limitations en ressources, des aménagements innovants doivent être obtenus afin d'optimiser l'environnement des soins. Le tableau 8 donne quelques exemples d'aménagements susceptibles d'améliorer le cadre hospitalier et nous attirons l'attention du lecteur sur le fait que nombre d'entre eux ne sont pas dispen-

dieux; 3) enfin, un effort de recherche dans le domaine des SMI doit être réalisé pour mieux préciser leur prévalence dans des services hospitaliers, pour objectiver l'efficacité de différents suivis (hospitalier versus ambulatoire, spécialisé versus généraliste) auprès de patients non sélectionnés, ultimement aussi pour valider les choix mentionnés sur les deux premiers points.

Convaincus de la nécessité de mieux prendre en charge ces patients, la Clinique de médecine interne de réhabilitation s'est engagée dans un certain nombre des propositions mentionnées. Au-delà de l'amélioration de la qualité des soins et de l'enseignement, le défi consiste également à démontrer que nos choix dégagent des ressources pour les autres secteurs hospitaliers/communautaires et qu'ils répondent à la fois à des besoins en santé pertinents et à des critères d'économie tout en maintenant la priorité qu'est l'engagement pour le respect de l'individu souffrant.

Organising care for chronic illness. *BMJ* 2002; 325: 92-4.

37 Cedraschi C, Allaz AF, Piguat V. Le rôle des représentations de la maladie et de la douleur dans la relation patient-thérapeute. *Douleur et Analgésie* 1998; 9: 91-5.

38 Van Tulder M, Ostelo R, Vlaeyen J, et al. Behavioural treatment for chronic low back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2000; CD002014.

39 Raine R, Haines A, Sensky T, et al. Systematic review of mental health interventions for patients with common somatic symptoms: Can research evidence from secondary care be extra-

polated to primary care? *BMJ* 2002; 325: 1082.

Adresse des auteurs:

Drs Christophe Luthy, Christine Cedraschi et Anne-Françoise Allaz
Clinique de médecine interne de réhabilitation
Département de médecine interne
Hôpital Beau-Séjour

26, Avenue Beau-Séjour
1211 Genève 14
christophe.luthy@hcuge.ch

Dr Nicolas De Tonnac et Pr Marc Archinard
Clinique d'accueil et d'urgence psychiatrique
Département de psychiatrie
Hôpital cantonal universitaire
1211 Genève 14

QCM D'AUTOÉVALUATION

(Suite de la page 916)

QCM interactifs

→ Venez sur notre site

www.medhyg.ch

Choisissez la zone formation puis cliquez, dans la colonne de gauche, la rubrique QCM.

→ Vous pourrez choisir les thèmes et tirer des questions au hasard. Vous pourrez aussi obtenir un score personnalisé et retrouver l'article lié à chaque question.

Les réponses se trouvent à la page 943

• Prise en charge médicale de patients vivant en milieu carcéral

(voir article p. 928)

5. Parmi les propositions suivantes, laquelle ou lesquelles est (sont) correctes ?

- A. Une personne privée de liberté a droit à la même qualité de soins que la population générale
- B. Etant donné les conditions liées au monde carcéral, les règles qui régissent l'activité médicale notamment en matière de consentement et de confidentialité ne s'appliquent pas à la personne privée de liberté
- C. En raison des difficultés à organiser les investigations en milieu carcéral, le médecin veillera à simplifier la démarche diagnostique au maximum
- D. La juxtaposition et parfois la contradiction des règles qui régissent l'activité professionnelle des divers partenaires présents en milieu carcéral rendent parfois difficile l'appréhension de la problématique de la santé

E. La détention est en elle-même un facteur qui augmente le risque de se contaminer avec un pathogène tel que le virus HCV

• Thérapeutique de la thérapeutique médicamenteuse

(voir article p. 924)

6. Afin d'augmenter la fiabilité du processus de dispensation des chimiothérapies, vous décidez

- A. D'introduire une check-liste au moment du contrôle ultime afin de diminuer les probabilités d'omission lors de ce contrôle
- B. De réaliser des protocoles de prescriptions dans le but d'augmenter la fiabilité de cette étape
- C. De ne pas introduire de check-liste, démarche inutilement bureaucratique, mais de stimuler la vigilance de vos collaborateurs
- D. De simplifier le processus en supprimant l'étape de retranscription

Mise au point

Symptômes médicalement inexpliqués en médecine interne : recommandations pour la prise en charge hospitalière

C. Luthy, C. Cedraschi, N. De Tonnac,
M. Archinard et A.-F. Allaz

Med Hyg 2003 ; 61 : 918-22

Les somaticiens hospitaliers se sentent souvent démunis face aux patients présentant des symptômes médicalement inexpliqués (SMI). Domaine d'interface classique avec la psychiatrie de liaison, peu de services médicaux ont développé une expertise propre dans la prise en charge de telles situations. Sans détailler les modèles étiologiques, l'article présente les données disponibles concernant la prévalence et le mode de présentation de ces patients. L'importance de cette problématique et les difficultés de détection propres au milieu hospitalier de médecine interne sont soulignées. De même, les résultats de quelques approches thérapeutiques spécifiques sont précisés et des recommandations pratiques concernant la prise en charge hospitalière de ces patients sont proposées.