

C'est le désarroi des médecins devant des symptômes inexplicables qui perturbe leur jugement

---

**Do patients with unexplained physical symptoms pressurise general practitioners for somatic treatment? A qualitative study**

Les patients ayant des symptômes physiques inexplicables insistent-ils pour avoir un traitement spécifique ? Étude qualitative

Ring A, Dowrick C, Humphris G, Salmon P.

BMJ 2004;328:1057-61.

---

**Contexte**

Dans le cadre de la consultation, les médecins généralistes (MG) admettent que 20 à 30 % des symptômes qui leur sont présentés ne trouvent pas d'explication « biomédicale ». Pourtant, ces symptômes et ces patients sont souvent largement explorés et traités, parfois même au risque d'événements iatrogènes. Cette attitude est attribuée à la pression que les MG subissent de la part des patients et à la nécessité qu'ils éprouvent de traiter ces symptômes « jusqu'à la guérison ». Cela se traduit chez eux par un sentiment global d'insatisfaction et l'usage répétitif de termes tels que « difficiles » ou « un brise cœur » pour désigner ces patients.

**Question**

Comment les symptômes médicalement non expliqués sont-ils présentés par les patients et perçus par les MG ?

**Objectifs**

Identifier les moyens utilisés par les patients ayant des symptômes physiques inexplicables pour présenter ces symptômes (en termes de problèmes et de besoins) et identifier les présentations qui sont perçues comme « pressantes » par les MG.

**Méthode**

Analyse qualitative de consultations audio enregistrées. Parmi 367 consultations, 36 concernaient des symptômes que 28 MG anglais (13 femmes et 15 hommes ayant 18 ans de pratique en moyenne) ont considéré comme médicalement inexplicables. Immédiatement après la consultation, ils devaient remplir un questionnaire pour indiquer si oui ou non la consultation contenait : un symptôme physique, présent depuis plus de 3 mois, entraînant angoisse ou altération de l'état général et non expliqué par une maladie organique connue. Pour être retenue, la consultation devait réunir ces 4 critères facilement utilisables par tous les MG. Les 36 consultations ont concerné 26 femmes et 10 hommes, de 19 à 81 ans. Tous les patients ont donné leur consentement écrit pour l'enregistrement de la consultation.

**Résultats**

Les symptômes les plus communs concernaient les douleurs abdominales ( $n = 10$ ), les douleurs dans les membres ( $n = 9$ ) et les maux de tête ( $n = 7$ ). Il y avait aussi des douleurs thoraciques, des vertiges, de la fatigue, des douleurs dorsales, des problèmes cutanés, gynécologiques et génito-urinaires. Les patients avaient de 1 à 7 symptômes. Ils ont reçu des soins somatiques comprenant : médicaments ( $n = 27$ ), bilan ( $n = 12$ ), avis spécialisé ( $n = 4$ ) et « fiches d'information maladie » ( $n = 5$ ). Cinq patients ont reçu des psychotropes et un de la physiothérapie.

Bien que les demandes spécifiquement somatiques aient été peu nombreuses, les patients se présentaient d'une façon qui « mettait la pression sur le MG ». Par exemple : les symptômes rendaient difficiles les activités quotidiennes ou le comportement social, appuyés par les mots « cauchemars » et « horrible » et des métaphores ou des analogies (« pire que », « crucifiantes »). Certains proposaient des explications (plutôt pour en discuter qu'à titre de croyance définitive) avec des formules comme « du vent » ou « pleurésie, ulcère ou arthrite ». Certains associaient leur anxiété, leur épuisement et leurs symptômes avec des mots tels que « angoissé, ennuyé, soucieux, embêté, tracassé » mais en étant plus centrés sur leur crainte de l'origine organique des signes que sur les signes eux-mêmes. Certains utilisaient les proches comme la preuve de la réalité et de l'intensité des signes et de la nécessité de les prendre en charge. Aucun patient n'a contredit directement le MG mais plusieurs ont réduit les tentatives d'explication des MG (particulièrement celles qui voulaient exclure la maladie) ou ont proposé des alternatives antinomiques, parfois en fournissant de nouveaux symptômes, parfois en soulignant l'inefficacité des traitements reçus.

De façon synthétique, les sources potentielles de pression pouvaient se résumer en : effets des symptômes sur la vie des patients, langage imagé et graphique, explications biomédicales, angoisse et troubles émotionnels provoqués par les symptômes, autorité externe, critique et négation, présentation clinique sous une forme complexe.

### **Résultat principal**

Les patients ayant des symptômes inexplicables ne demandent pas de traitement spécifique ni d'examens complémentaires. En réalité, c'est le désarroi des médecins dans cette situation clinique qui leur donne le sentiment que le patient « fait pression ».

### **Commentaires**

Cette étude tend à renverser le paradigme : « c'est la pression qui fait prescrire ». Aucun patient n'a demandé d'avis spécialisé et très peu une prescription spécifique. L'explication tient peut-être plus à la présentation des symptômes qui résulte elle-même de la difficulté à exprimer quelque chose « qui n'a pas de traduction clinique organique évidente ». Il y a une volonté de ne pas contredire le MG, mais en même temps de lui proposer d'autres explications. Cette ambivalence du discours et du comportement du patient sous-tendent l'idée qu'il faut intéresser le MG, ne pas s'opposer à lui mais lui présenter des signes qui ne cèdent ni à une explication simple ni à une réassurance banale. Les symptômes, leur histoire et leur complexité progressive ou initiale font partie de cette trajectoire.

Pour le MG, le sentiment est celui de « pression », d'être « sans aide, sans recours, sans autre solution ». Habitué à répondre « symptomatiquement » à ce que demandent les patients, il ne comprend pas cette demande nouvelle. Alors, il répond de façon inadéquate, ignore peu ou prou l'importance du symptôme et essaye de rétablir son autorité (reprendre le pouvoir).

En faisant des allers-retours entre les données et l'analyse, en incluant des chercheurs de disciplines différentes, et en présentant les données brutes pour justifier leurs conclusions, les auteurs pensent avoir renforcé la crédibilité de l'analyse dans le dessein de la rendre utilisable en pratique clinique ou pour la recherche.

Ce travail est une parfaite illustration de la difficulté permanente de la consultation en médecine générale : naviguer entre organique et fonctionnel, imaginaire et représentations, gravité ou bénignité, prévalence, interprétation et compréhension du discours des patients. Une enquête française (1) a montré que 91 MG interrogés adhéraient à l'idée d'une approche globale centrée sur le patient. Pour être efficace, cette prise en charge globale devait intégrer : le contexte socioculturel et l'histoire du patient, sa personnalité et ses

antécédents (parfois psychiatriques), ses attentes, ses représentations, ses préférences, ses émotions, la nature biomédicale des symptômes et leur évolution dans le temps.

Les travaux de Michael Balint (2), des psychosomaticiens français (Pierre Marty) et de l'anthropologue François Laplantine (3) ne sont pas enseignés. Pourtant, ils ouvrent des champs de compréhension et de réflexion quotidiennement renouvelés. Leur ombre n'a pas assez plané sur ce travail, ce qui n'est pas trop étonnant de la part des britanniques.

Gérard LE ROUX – UFR Créteil

---

### **Références**

1. Moreau A, Girier P, Figon S. Symptômes bio médicalement inexpliqués. La revue du praticien médecine générale 2003;643:292-5.
2. Balint M. Le médecin, son malade et sa maladie. Paris: Payot;1996.
3. Laplantine F. Anthropologie de la maladie. Paris: Payot;1993.

Mots Clés : symptôme inexpliqué, somatisations, représentations, perception par le médecin