

SOMATISATION:

COMMENT LES INTERNES DE
LA POLIMED CONSTRUISENT-ILS
LEUR MODELE EXPLICATIF DE
LA SOMATISATION?

Noëlle Junod Perron, Patricia Hudelson

DEFINITION DE LA SOMATISATION

- « Tendency to experience and communicate somatic distress and symptoms unaccounted for by pathological findings, to attribute them to physical illness, and to seek medical help for them » (Lipowski, 1988)

INTRODUCTION (1)

- La somatisation est un problème fréquemment rencontré en médecine ambulatoire
- C'est une source de frustration pour les médecins
- Malgré une forte prévalence, les médecins ne sont pas formés à prendre en charge les patients somatisants

INTRODUCTION (2)

- En raison du peu de formation dans ce domaine, les internes sont amenés à développer leur propre modèle explicatif de la somatisation
 - « les idées concernant un épisode de maladie (sickness) et son traitement chez tous les intervenants impliqués dans le processus de soin
 - Il s'intéresse à cinq aspects de la maladie: causes, circonstances, mécanismes, évolution et traitement

INTRODUCTION (3)

- Les modèles explicatifs du médecin peuvent être influencés par:
 - Personnalité du médecin, son rôle, ses responsabilités
 - Âge, sexe, appartenance ethnique, nationalité, religion
 - Expérience personnelle
 - Expérience professionnelle, type de formation
 - Le type de patients rencontrés dans les consultations
 - Les caractéristiques du système de santé

HYPOTHESE

- En raison de l'absence de formation, il est vraisemblable que le modèle explicatif de la somatisation développé par les internes lors de leur première année en médecine ambulatoire va influencer tant leur attitude que leur type de pratique à l'égard de patients somatisants dans le futur.

BUT

- Explorer en quoi consiste le modèle explicatif de la somatisation chez des internes travaillant pour la première fois en médecine ambulatoire

METHODE (1)

- Type d'étude: qualitative
- Lieu: Polyclinique de médecine
 - 40% de patients étrangers
 - 30% de patients ne parlant pas le français
- Sujets: 14 internes
 - Entre 28 et 40 ans
 - Suisses pour la plupart (12/14)
 - Première expérience ambulatoire (12/14)

METHODE (2)

- Entretiens de 45-60 minutes
 - Définition de la somatisation
 - Identification des patients somatisants
 - Expérience avec des patients somatisants
 - Prise en charge des patients somatisants
 - Formation
- Enregistrés et transcrits verbatim

METHODE (3)

- Analyse des données
 - Lecture des entretiens
 - Identification de mots clés, phrases, termes
 - Détermination de thèmes dominants
 - Détermination de catégories
 - Codage (utilisation du logiciel Winmax)

METHODE (4)

- Identification par les internes de tous les patients somatisants vus au moins une fois à leur consultation ambulatoire d'octobre 2001 à avril 2002

RESULTATS (1)

(photographie du contexte)

- 1791 patients vus en consultation
- 9.9% des patients décrits comme somatisants
 - 10.6% patients suisses
 - 6.7% de patients portugais
 - 40.5% de patients d'Ex-Yugoslavie
 - 95.7% avec un diagnostic psychiatrique
 - 82.7% sous médication psychotrope

RESULTATS (2)

- Les modèles explicatifs sont marqués par le doute et l'hésitation
- “Ce que j’entends par somatisation (silence). Ben en fait c’est une question que je me suis posée plusieurs fois. Et puis heu, je crois que j’entends un peu, j’ai pas une définition très claire mais heu... »
- « Je ne sais pas, c’est indicible finalement. Moi, c’est un peu, c’est un ressenti, une impression que j’ai »

RESULTATS (3)

- Définition biomédicale

“on peut dire que je pense que, une personne qui somatise, c’est quelqu’un qui présente des douleurs sans qu’on puisse trouver vraiment un substrat, heu un substrat à ses plaintes”

“c’est une douleur tellement vague, imprécise qui vont et qui viennent, cliniquement on ne trouve rien et puis qui changent d’endroit et qui sont surtout mal définies par le patient lui-même »

RESULTATS (4)

- Dimension psycho-sociale
- “Donc pour moi c’est heu des douleurs physiques qui traduisent un autre type de douleurs, un deuil ou un état dépressif ou toute autre douleur ne pouvant pas s’exprimer par la voie psychique, et étant exprimée au niveau du corps... »

RESULTATS (5)

- Causes, contexte de la souffrance
- “je pense que l’intégration dans un pays c’est quelque chose de très difficile et qui est liée à une souffrance énorme...des gens qui viennent en disant je suis plus rien, j’ai plus de travail, j’ai plus de famille, j’ai plus de maison...la solitude, l’incertitude, le fait de se sentir aussi pas acceptés... »
- « Tous ces patients des Balkans qui ont vécu la guerre, qui ont vécu des fois des viols, qui ont vécu des assassinats, d’un de leurs proches, qui ont vécu souvent la fuite aussi l’exil, qui ont dû tout laisser, tout abandonner... »

RESULTATS (6)

- Profil des patients
- “J’ai remarqué, ce sont des gens extrêmement simples, simples, qui n’arrivent pas à faire le lien entre le psyché et le soma... »
- « ...je trouve que les gens qui viennent du Kosovo ou justement des Balkans, c’est souvent ils sont extrêmement passifs et puis très...ils expriment très peu d’émotions. Et puis par exemple, le Portugais, c’est, heu, c’est beaucoup plus démonstratif, c’est plus revendicateur.

RESULTATS (7)

- Expérience dans la prise en charge

“Non, moi je trouve qu'on est très démunis face à ces patients, parce qu'il y a, d'abord, moi, on m'en avait jamais parlé, enfin je savais que ça existait, mais on a aucun livre ou je ne sais pas ou cours pour savoir comment prendre en charge ces patients quoi, j'ai l'impression souvent de faire au feeling quoi et puis je fais souvent des erreurs ou je ne sais pas s'il y a, oui enfin »

RESULTATS (8)

- Expérience dans le prise en charge
- “Pour certains patients où tu as l’impression de te heurter à un mur,...que tuournes un peu en rond ou que tu es dans une impasse... »
- « Dans le sens où si j’ai l’impression qu’on tourne en rond ou que, qu’il n’y a pas vraiment d’issue ou de, que tout à coup même si on avait l’impression d’avancer dans une direction que la porte se ferme... »

RESULTATS (9)

- Expérience dans la prise en charge
- “J’ai dû surmonter mes propres émotions. Qui allaient dans tous les sens hein, entre être frustrée, s’énerver contre le patient, avoir peur de rater quelque chose, être découragée, ne plus avoir envie les voir, dans tous ces cas... »
- “C’est vrai que quand tous les examens reviennent négatifs, bon il y a toujours la crainte que t’aies omis la maladie rare et tout...”

RESULTATS (10)

- Aide à la prise en charge: partager
- “enfin ça aide de voir que je ne suis pas seule dans la même situation quoi, c’est surtout ça, qu’ils ont les mêmes difficultés que moi... »
- « Le fait de pouvoir partager avec les autres collègues ou les consultants plus expérimentés, oui le fait qu’ils nous disent mais, quand même là tu as fait ça, la personne est revenu vers toi, donc il y avait quand même quelque chose de bien... »

RESULTATS (11)

- Type de prise en charge: examens
- « Souvent j'essaie de faire des examens, le moins possible mais des fois, je suis quand même obligée d'en faire
- « Donc ils arrivent avec des plaintes pour lesquelles on commence à faire des examens. Heu on sait déjà au départ on fait pas beaucoup d'examens parce que déjà l'examen clinique au premier entretien, on se rend compte qu'on trouvera rien. »

RESULTATS (12)

- Type de prise en charge: contexte
- “j’essaie de mettre dans un contexte et puis j’essaie d’explorer, autant que j’arrive, parce que souvent c’est très difficile pour décoller, voir enfin en quoi ça les handicape dans leur vie quotidienne, à quel moment ça a commencé, si c’est lié à, j’ai beaucoup de gens qui ont un vécu qui est quand même affreux, je veux dire, tu arrives à retracer un petit peu, même si eux ne font pas le lien au moins tu discutes... »

RESULTATS (13)

- Type de prise en charge: utilisation du réseau

« Dans ces situations-là, oui, je crois que dans ces situations où l'on arrive pas à décrocher, il faut vraiment l'appui de l'extérieur, donc l'aide multidisciplinaire qu'on a ici à la Polyclinique »

« Je les encourage à tenter d'autres pistes, c'est-à-dire d'apprendre la langue, à essayer de trouver du travail, j'essaie un peu de les sortir du cercle médical »

RESUME (1)

- Formation hospitalière
 - approche biomédicale privilégiant le diagnostic
- Médecine ambulatoire et somatisation
 - Eloignement du modèle appris
 - Gestion de l'incertitude (causes, diagnostic, pronostic, traitement)
 - Utilisation d'un langage davantage descriptif et contextuel que diagnostic
 - Approche bio-psycho-sociale

RESUME (2)

- Gestion difficile des émotions
 - Incertitude diagnostique
 - Remise en question de l'identité du médecin
 - Solitude
 - Frustration
 - Démotivation
 - Enervement

RESUME (3)

- Association migration – somatisation
 - Lié au contexte de la Polyclinique de médecine
 - (+) approche globale du patient: comment des facteurs sociaux, culturels, psychologiques et physiques s'intriquent dans la souffrance humaine
 - (-) vision réductionniste et stéréotypée du profil du patient somatisant

A L'AVENIR, EN TERMES DE FORMATION

- Quand dans la formation?
- Sous quelle forme?
- Par qui?