

LES TROUBLES FONCTIONNELS EN MÉDECINE GÉNÉRALE

OUAFIK M (1), HENRARD G (1), BELCHE J-L (1), GIET D (1)

RÉSUMÉ : Le médecin généraliste rencontre fréquemment des patients atteints de troubles fonctionnels. Les auteurs évoquent les aspects spécifiques de leur prise en charge en Médecine générale, sous le prisme des cinq fonctions qui définissent cette discipline. Une classification des troubles fonctionnels et l'analyse des facteurs de pronostic sont d'une grande utilité, pour décider des orientations thérapeutiques. Par une prise en charge adaptée, centrée sur le patient et sur son écoute, le médecin généraliste peut contribuer à la disparition des troubles fonctionnels légers. Les situations plus sévères sont plus rares. Elles nécessitent une prise en charge pluridisciplinaire à laquelle il est souhaitable que le médecin généraliste apporte sa contribution.

MOTS-CLÉS : *Médecine générale - Troubles fonctionnels - Soins de santé*

FUNCTIONAL DISORDERS IN PRIMARE CARE

SUMMARY : General practitioners frequently encounter patients with functional disorders. The authors discuss the specific aspects of the management of this population in general practice, through the lens of the five functions that define this discipline. A classification of functional disorders and the analysis of prognostic factors are of great value in deciding on therapeutic strategies. The general practitioner can contribute to the disappearance of mild functional disorders by listening to the patient and by providing appropriate patient centered care. More severe situations are rarer and require a multidisciplinary approach to which the general practitioner should contribute.

KEYWORDS : *General practice - Primary health care - Medically unexplained symptoms - Delivery of health care*

INTRODUCTION

Les troubles fonctionnels (TF) peuvent être définis comme des symptômes physiques sans cause organique identifiée qui restent présents pendant au moins 3 mois (1). Fréquemment rencontrés dans les cabinets de Médecine générale (MG), évaluer leur prévalence est complexe, notamment en raison d'une définition fort variable des TF. Les plaintes inexpliquées représenteraient ainsi 15 à 50 % de l'activité des médecins généralistes (2, 3). Environ 3 à 10 % des adultes qui consultent régulièrement un médecin généraliste présentent un ou des TF persistants ou récurrents (4).

Lorsque ces symptômes physiques restent présents plus de 6 mois et qu'ils s'accompagnent d'une détresse psychologique intense ou d'une inquiétude disproportionnée, le diagnostic de trouble à symptomatologie somatique, issu du DSM-V, peut être retenu. Dans une étude allemande de 2022, la prévalence de ce trouble en médecine générale a été estimée à 7,7 % (5).

Ce numéro thématique de la Revue Médicale de Liège donne la parole à de multiples disciplines centrées sur un organe pour illustrer la grande diversité des plaintes fonctionnelles.

Nous ne présenterons donc pas ici un catalogue des TF rencontrés en MG, car il s'agit des mêmes affections, prises en charge dans un contexte toutefois spécifique. Nous discuterons plutôt du positionnement et des fonctions de la MG au sein du système de santé qui la désigne très naturellement pour accueillir et accompagner les patients atteints de TF.

Les cinq caractéristiques essentielles de la MG serviront de fil rouge à notre propos. Celles-ci sont internationalement reconnues depuis les travaux de Barbara Starfield (6, 7). Certaines de ces fonctions sont également assurées par d'autres disciplines, mais c'est leur coexistence qui caractérise la MG. Elles sont reprises et commentées dans le **Tableau I**.

Les essais contrôlés randomisés concernant la prise en charge des TF en MG ne sont pas très nombreux. Il existe toutefois quelques recommandations ou guidelines qui s'appuient sur les évidences scientifiques disponibles et sur des revues systématiques (8, 9). Une revue systématique avec méta-analyse publiée en 2022 confirme la faiblesse des preuves disponibles sur la prise en charge des TF en MG. Cette étude souligne, toutefois, l'importance de légitimer le patient et d'éviter de ne donner qu'une explication psychologique à ses symptômes (1).

Dans notre système de santé, la fonction principale de la MG est d'accueillir et de gérer une très grande majorité des plaintes tout-venant. Nous aborderons la prise en charge des TF sous cet angle de vue.

(1) Département de Médecine générale, ULiège, Belgique.

Tableau I. La pratique de la MG se définit par la coexistence de 5 fonctions essentielles (les «5C»).
Inspiré de (6, 7)

Version anglaise (5C)	Version française	Description résumée
(first) Contact	Premier contact	Doté d'une grande accessibilité, le médecin généraliste est le point d'accès habituel dans le système de santé. Il prend en charge les patients sans distinction aucune et solutionne une proportion importante des problèmes de santé qui lui sont soumis
Continuity	Continuité	Le suivi assuré par le médecin généraliste s'inscrit dans la durée, par la succession des contacts. Ce suivi longitudinal permet une personnalisation des soins et s'appuie sur une confiance mutuelle
Comprehensiveness	Globalité	Le médecin généraliste dispense des soins intégrés qui prennent en compte toutes les manifestations pathologiques des patients, mais également les aspects psychologiques, sociaux et environnementaux qui les influencent
Coordination	Coordination	Le médecin généraliste coordonne les parcours de soins de ses patients au sein du système de santé. Sa fonction de coordinateur s'applique également aux situations complexes qui demandent un encadrement à domicile. Il est fréquemment investi de la fonction de gestionnaire du dossier médical de son patient
Community	Approche communautaire	L'action du médecin généraliste a une dimension collective. Il contribue à l'échelle de la population à des mesures de prévention et d'éducation sanitaire. Dans ses interventions individuelles, il veille au bien commun et, notamment, à un usage rationnel des ressources en santé

PREMIER CONTACT

La MG est la principale discipline médicale de la première ligne de soins. Elle a pour vocation d'être accessible rapidement, au plus grand nombre de patients, sans distinction aucune. Le cabinet du médecin généraliste est donc fréquemment le lieu où sont présentées, pour la première fois, les plaintes liées à un TF. C'est donc souvent à cet endroit que la plainte peut trouver une légitimité et que le patient peut être reconnu dans sa souffrance. À l'inverse, on sait que ce premier contact avec un professionnel de la santé peut être une source de frustration chez le patient qui ne se sent pas entendu.

Une anamnèse soigneuse et un examen clinique minutieux permettent souvent d'éliminer les signes d'alerte, également appelés les «*red flags*». Beaucoup s'accordent sur l'importance primordiale de ces deux premières étapes de l'entrevue médicale. Le patient y trouvera une reconnaissance de sa souffrance, même si aucune découverte n'en explique l'origine. En s'appuyant sur ces deux premières étapes méticuleusement menées, le médecin généraliste pourra tenir des propos rassurants. Ces mots sont d'une grande importance. Ils pourront apaiser l'anxiété, contribuer à faire disparaître la symptomatologie ou, à défaut, à la rendre éventuellement plus supportable.

Des études de cohortes prospectives ont montré que la majorité des plaintes liées à un TF ont une évolution rapidement favorable. Seulement 20 % à 30 % des patients ont encore des

plaintes un an après leur première visite chez leur médecin généraliste (10).

On décrit classiquement trois stades de sévérité dont les limites sont toutefois imprécises. À chaque stade correspond un pronostic et des pistes de prise en charge. Nous sommes convaincus que cette classification reste la plupart du temps intuitive, dans le chef du médecin généraliste. Mais elle a le mérite d'exister et de baliser quelque peu la démarche. Le **Tableau II** reprend schématiquement les données de cette classification internationalement reconnue (11).

Ce premier contact avec le patient souffrant de TF reste un exercice difficile, pour le médecin généraliste comme pour les praticiens de toute autre discipline. La pratique de la MG se caractérise par la présence quasi permanente d'une incertitude diagnostique. Dans les années cinquante, RN Braun, pionnier autrichien de l'enseignement universitaire de la MG, avait déjà évalué à seulement 10 % la proportion de ses consultations qui se terminaient par un diagnostic certain (12). De nos jours, on sait qu'un tiers des consultations en première ligne de soins se termine sans qu'un diagnostic spécifique ne soit évoqué (13).

Certains facteurs peuvent influencer positivement ou négativement la résolution du TF. Ainsi des guidelines allemandes de 2019 distinguent-elles les facteurs protecteurs («*green flags*»), les facteurs de risque de chronicisation («*yellow flags*») et les signes d'alerte («*red flags*») (14). Ces différents éléments ont été résumés dans le **Tableau III**.

Tableau II. Classification des troubles fonctionnels (TF). Inspiré de (8, 9, 11)

	TF léger	TF modéré	TF sévère
Caractéristiques cliniques	1 ou quelques TF dans 1 ou 2 groupes de plaintes* Limitations fonctionnelles légères	Plusieurs TF dans au moins 3 groupes de plaintes* Limitations fonctionnelles modérément graves	Plusieurs TF dans tous les groupes de plaintes* Déficiences fonctionnelles graves Durée des plaintes > 3 mois
Prestataires	Médecin généraliste lui-même	Collaboration du médecin généraliste avec d'autres intervenants de première ligne (par exemple : psychologue, kinésithérapeute)	Collaboration du médecin généraliste avec des spécialistes hospitaliers et des intervenants de diverses disciplines
Recommandations	Prise en charge basée sur des principes cliniques généraux (écoute, empathie, réassurance, accompagnement, explications, approche globale,...)	Suivi très régulier, thérapies cognitivo-comportementales, traitement médicamenteux des co-morbidités psychiatriques; coordination des intervenants	Prise en charge multidisciplinaire parfois hospitalière, associant traitements pharmacologiques, thérapies cognitivo-comportementales, thérapies par l'exercice physique
Éléments pronostiques	Bon pronostic (résolutions spontanées fréquentes), récurrence faible des symptômes, consultations peu fréquentes	Symptômes récurrents ou persistants, altération relative de la qualité de vie	Mauvais pronostic, consommation importante en soins de santé, comorbidités psychiatriques fréquentes

* Système gastro-intestinal, cardio-pulmonaire, musculo-squelettique ou général non spécifique.

Tableau III. Facteurs influençant l'évolution des troubles fonctionnels (TF). Inspiré de (14)

Facteurs protecteurs («Green flags»)	Facteurs de chronicisation («Yellow flags»)	Signes d'alerte («Red flags»)
<ul style="list-style-type: none"> • Attitude et pensées fonctionnelles (humour, confiance en soi) • Mécanismes d'adaptation actifs (activité physique, ...) • Ressources individuelles (hobbies, emploi) • Peu de pression dans l'environnement social et familial • Pas de comorbidité psychologique • Préservation du fonctionnement quotidien (capacité à travailler) • Relation thérapeutique solide avec le médecin • Stratégies biopsychologiques évitant les examens et traitements inutiles 	<ul style="list-style-type: none"> • Symptômes multiples • Symptômes fréquents ou persistants • Pensées et attitudes dysfonctionnelles (catastrophisation, désespoir, anxiété) • Comportements évitants ou persistants (évitement des activités, ou au contraire, entêtement déraisonnable à continuer à les mener) • Pressions psychosociales modérées à élevées (stress lié au travail, solitude, ...) • Comorbidités psychologiques (dépression, trouble anxieux, addictions, stress post-traumatique) • Atteinte du fonctionnement journalier (incapacité à travailler, déconditionnement physique) • Difficulté dans la relation thérapeutique (côté médecin ou patient) • Multiplication des examens et traitements inutiles, messages négatifs de l'équipe soignante 	<ul style="list-style-type: none"> • Idées suicidaires et automutilation • Menaces de se faire du mal ou d'en infliger à autrui • Comorbidité psychologique sévère • Apparition de «red flags» somatiques devant faire reconsidérer le diagnostic de TF

La fin du premier contact avec un patient suspecté d'être porteur d'un TF n'est que le début d'une relation de soins. Le médecin généraliste gardera naturellement le contact avec son patient, ayant à l'esprit que plusieurs évolutions sont possibles. Nombre de TF bénins s'avèreront auto-résolutifs. D'autres, moins nombreux, vont s'installer durablement et impacter le

confort du patient. Si les symptômes peuvent disparaître ou s'installer, ils peuvent aussi se modifier et, parfois, permettre d'identifier un substrat organique, infirmant alors le diagnostic de TF. La prise en charge d'un patient porteur d'un TF s'inscrit ainsi dans la durée. Ceci nous amène à aborder la deuxième fonction essentielle de la MG, la continuité.

CONTINUITÉ

Le médecin généraliste assure un suivi longitudinal de ses patients. Cette continuité se construit au fil du temps, par la succession d'actes médicaux collationnés dans le dossier médical. La personnalisation des soins et une connaissance intuitive du patient sont également des éléments importants de cette fonction de continuité. Dans un ouvrage publié en 2003 par Lakhani M, Barbara Starfield a compilé les nombreuses études qui démontrent les bénéfices que le suivi longitudinal apporte aux patients et également au système de santé (15).

Les patients porteurs de TF bénéficient particulièrement des bienfaits de ce suivi personnalisé. De contact en contact, la relation de confiance peut se solidifier. Tim Olde Hartman, l'auteur de la recommandation hollandaise, exprime combien il croit aux effets positifs liés à la relation professionnelle forte que les patients atteints de TF peuvent établir avec leur médecin généraliste. Il évoque des atouts qui se rencontrent habituellement au cœur de la pratique de la MG : une communication ciblée et centrée sur le patient, une relation chaleureuse, empathique et teintée de confiance (16).

En 2013, une Revue Cochrane a tenté d'analyser l'effet de «soins améliorés dispensés par des généralistes» chez les patients souffrant de TF. On entend par «soins améliorés», le recours par le médecin généraliste à des techniques de consultation adaptées, faisant appel, notamment, à la thérapie cognitivo-comportementale. Les études ont montré une grande hétérogénéité et des résultats variables, empêchant de tirer des conclusions significatives (17).

Le temps peut s'avérer être un ami dans le suivi d'un patient porteur de TF. On peut effectivement observer une amélioration de la confiance par l'écoute répétée. Le médecin généraliste peut aider le patient à progresser dans l'acceptation du diagnostic de TF. Un lien peut parfois être établi avec des événements de vie ou des épisodes de stress. Le patient progresse alors dans l'analyse qu'il fait de ses symptômes et de leur signification.

Mais le temps peut également s'avérer être un ennemi dans la relation qui s'établit en MG. La relation médecin-malade est parfois mise en difficulté, en l'absence d'amélioration du TF ou en l'absence d'un bon accord mutuel. Les médecins généralistes expriment fréquemment une opinion et des attitudes négatives envers les patients atteints de TF. De nombreux études abordent les difficultés qu'ils ont à gérer de telles consultations (18-20). En particulier, les

étudiants en médecine et les jeunes diplômés témoignent fréquemment d'un malaise lorsqu'ils sont amenés à gérer des patients souffrant de TF. Il est vrai que ces consultations les emmènent bien loin du schéma classiquement enseigné durant les études, centré sur la maladie et le diagnostic (21).

Les auteurs de la recommandation danoise recommandent au médecin généraliste d'adopter une attitude pro-active en programmant d'initiative un suivi régulier, s'appuyant sur des rendez-vous à intervalle fixe, surtout dans les situations plus sévères (22). Dans certains cas complexes et/ou sévères, une prise en charge pluridisciplinaire se justifie. Nous abordons cet aspect dans le chapitre consacré à la fonction de coordination de la MG.

COORDINATION

Pour les TF plus sévères ou qui perdurent, il est recommandé de favoriser une prise en charge pluridisciplinaire, coordonnée par un seul professionnel, idéalement le médecin généraliste. Ce dernier effectuera la synthèse des explorations et le suivi des différentes thérapeutiques instaurées. Il accompagnera le patient dans son cheminement, lui conseillera les professionnels de la santé adéquats comme un psychologue ou encore un kinésithérapeute formé à la gestion des TF (9).

Tout à l'inverse, la fonction de synthèse du médecin généraliste est parfois activée tardivement. Le patient commence par une série d'explorations négatives, toutes vaines à identifier la cause de ses symptômes. Après avoir été balloté d'une consultation spécialisée à une autre, il vient tardivement «déposer son dossier» chez son médecin généraliste : *«Docteur, vous êtes mon dernier recours, je n'y comprends plus rien»*. En synthétisant l'ensemble des examens réalisés, à force de dialogue et explications, le médecin généraliste aboutit parfois à une acceptation du diagnostic de TF. Le patient est alors prêt à se tourner vers des traitements adaptés, comme par exemple des thérapies cognitivo-comportementales.

Bien sûr, les cas extrêmement sévères demandent parfois le recours à des expertises de la deuxième, voire la troisième ligne de soins. Même dans ces cas rares et complexes, le médecin généraliste peut conserver sa fonction de coordination et son rôle de référent. Il continuera l'accompagnement de son patient, dans le cadre de son suivi longitudinal.

GLOBALITÉ

La MG est une des rares disciplines qui se trouve en situation de pouvoir dispenser des soins intégrés. Le médecin généraliste acquiert, au fil du temps (suivi longitudinal), une connaissance approfondie de son patient : antécédents biomédicaux, mais aussi traits de personnalité, fonctionnement psycho-affectif, situation sociale, ... De surcroît, le médecin généraliste est actif dans le lieu de vie de son patient (quartier, village), il soigne habituellement d'autres membres de la famille. Il connaît souvent le contexte de vie et les conditions de travail de ses patients.

Cette approche globale est un atout dans la prise en charge de patients souffrant de TF. On sait effectivement qu'il existe un lien entre les TF et diverses variables : événements de vie négatifs, troubles anxieux ou dépressifs, fonctionnement mental pessimiste, troubles de l'adaptation comme, par exemple, le catastrophisme (2, 23, 24). Un faible niveau d'éducation et la solitude sociale influenceraient négativement l'évolution des TF, invitant le médecin généraliste à assurer un suivi adapté et plus intensif (14, 24).

APPROCHE COMMUNAUTAIRE

Spécialiste du patient et dispensateur de soins individuels, le médecin généraliste n'en a pas moins des responsabilités sociétales (25). La MG est amenée à rencontrer la grande majorité des plaintes inaugurales qui justifient un recours au système de santé. Au travers d'une démarche diagnostique probabiliste peu consommatrice en explorations techniques, une réponse est apportée à plus de 90 % des problèmes de santé (26). On sait que l'équilibre financier des systèmes de santé occidentaux est ainsi tributaire d'un bon fonctionnement de la première ligne de soins.

Les patients atteints de TF, modérés ou sévères, font fréquemment l'objet d'exams complémentaires. Le patient n'est pas le seul demandeur en la matière : ces exams sont parfois suggérés par le médecin (27). On touche du doigt le difficile équilibre à trouver dans la relation singulière médecin/patient. Chacun doit trouver suffisamment de réassurance pour accepter le diagnostic de TF. Le suivi longitudinal dira si l'évolution clinique permet de conserver cette hypothèse diagnostique.

Le principe de non-malfaisance («*primum non nocere*») est particulièrement important

dans le domaine des TF. La multiplication des examens complémentaires est non seulement nuisible au patient (exposition aux irradiations, manœuvres potentiellement dangereuses, exposition à la découverte d'incidentalomes que certains appellent des accidentalomes,...), mais elle impacte également le système de santé, car les intérêts de la collectivité sont menacés par un excès d'explorations coûteuses.

La prévention quaternaire est un concept cher à la MG. Elle a été évoquée pour la première fois par un médecin généraliste belge, le Docteur Marc Jamoulle, dans les années 90. Déjà à cette époque, il la définissait comme une action menée pour identifier un patient ou une population à risque de surmédicalisation, le protéger d'interventions médicales invasives, et lui proposer des procédures de soins scientifiquement et médicalement acceptables (28). De nombreuses publications documentent maintenant cette fonction particulière de la MG : protéger les patients d'une surmédicalisation et protéger le système de santé d'un usage non rationnel des ressources. Logiquement, nous ne citerons ici que la première publication de notre Collègue Jamoulle (29).

CONCLUSION

Les patients atteints de TF rencontrent fréquemment leur médecin généraliste. Pour la prise en charge et l'accompagnement de ces patients, ce dernier mobilise inévitablement les différentes fonctions qui, par leur coexistence, fondent sa discipline.

La majorité des TF bénins ne survivent pas à une première prise en charge par le médecin généraliste. Les TF plus complexes nécessitent une approche pluridisciplinaire, illustration de la complémentarité des disciplines qui composent toutes les lignes de soins de notre système de santé.

BIBLIOGRAPHIE

1. Byrne AK, Scantlebury A, Jones K, et al. Communication interventions for medically unexplained symptom conditions in general practice: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *PLoS ONE* 2022;17:e0277538.
2. Khan AA, Khan A, Harezlak J, et al. Somatic symptoms in primary care: etiology and outcome. *Psychosomatics* 2003;44:471-8.
3. Jackson JL, Kroenke K.. Prevalence, impact, and prognosis of multisomatoform disorder in primary care: a 5-year follow-up study. *Psychosom Med* 2008;70:430-4.

4. Verhaak PF, Meijer SA, Visser AP, et al. Persistent presentation of medically unexplained symptoms in general practice. *Fam Pract* 2006;**23**:414-20.
5. Lehmann M, Pohontsch NJ, Zimmermann T, et al. Estimated frequency of somatic symptom disorder in general practice: cross-sectional survey with general practitioners. *BMC Psychiatry* 2022;**22**:632.
6. Starfield B. Is primary care essential? *Lancet* 1994;**344**:1129-33.
7. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q* 2005;**83**:457-502.
8. Olde Hartman TC, Rosendal M, Aamland A, et al. What do guidelines and systematic reviews tell us about the management of medically unexplained symptoms in primary care? *BJGP Open* 2017;**1**:bjgpopen17X101061.
9. Olde Hartman TC, Blankenstein AH, Molenaar AO, et al. NHG-Standaard Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK). *Huisarts Wet* 2013;**56**:222-30. Disponible sur : <https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/somatisch-onvoldoende-verklaarde-lichamelijke-klachten-solk> - Consultation du 18 février 2023.
10. Arnold IA., Waal MW. Somatoform disorders in general practice. Available from: <https://scholarlypublications.universiteit-leiden.nl/access/item%3A3146140/view>
11. Rosendal M, Olde Hartman TC, Aamland A, et al. «Medically unexplained» symptoms and symptom disorders in primary care: prognosis-based recognition and classification. *BMC Fam Pract* 2017;**18**:18.
12. Société Française de Médecine Générale. La théorie braunienne. https://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/1266/fichier_sfm_drmg_2000_00ce9d52.pdf – consultation du 18/02/2023.
13. Rosendal M, Carlsen AH, Rask MT, et al. Symptoms as the main problem in primary care: a cross-sectional study of frequency and characteristics. *Scand J Prim Health Care* 2015;**33**:91-9.
14. Roenneberg C, Sattel H, Schaefer R, et al. Functional somatic symptoms. *Dtsch Arztebl Int* 2019;**116**:553-60.
15. Starfield B. The effectiveness of primary healthcare. In Lakhani M, editor. *A celebration of general practice*. New ed. Oxon;Radcliffe:2003. p19- 36.
16. Olde Hartman TC, Woutersen-Koch H, Van der Horst H. Medically unexplained symptoms: evidence, guidelines, and beyond. *Br J Gen Pract* 2013;**63**: 625-6.
17. Rosendal M, Blankenstein AH, Morriss R, et al. Enhanced care by generalists for functional somatic symptoms and disorders in primary care. *Cochrane Database Syst Rev* 2013:CD008142.
18. Hinchey SA, Jackson JL. A cohort study assessing difficult patient encounters in a walk-in primary care clinic, predictors and outcomes. *J Gen Intern Med* 2011;**26**:588-94.
19. Jøssang IH, Aamland A, Hjörleifsson S. Discovering strengths in patients with medically unexplained symptoms - a focus group study with general practitioners. *Scand J Prim Health Care* 2022;**40**:405-13.
20. Woivalin T, Krantz G, Mantyranta T, Ringsberg KC. Medically unexplained symptoms: perceptions of physicians in primary health care. *Fam Pract* 2004;**21**:199-203.
21. Yon K, Nettleton S, Walters K, et al. Junior doctors' experiences of managing patients with medically unexplained symptoms: a qualitative study. *BMJ Open* 2015;**5**:e009593.
22. Rosendal M, Agersnap L, Fink P, et al. *Clinical guideline for general practitioners*. Copenhagen: Birgitte Dansgaard, Komiteen for Sundhedsoplysning, 2013.
23. Steinbrecher N, Hiller W. Course and prediction of somatoform disorder and medically unexplained symptoms in primary care. *Gen Hosp Psychiatry* 2011;**33**:318-26.
24. Creed F, Barsky A. A systematic review of the epidemiology of somatisation disorder and hypochondriasis. *J Psychosom Res* 2004;**56**:391-408.
25. Millette B, Cauli M, Merimi S, et al. Praticiens de terrain et responsabilité sociale en santé : enjeux et attentes. *Pédagogie Médicale* 2019;**20**:187-94.
26. Giet D. Ecologie des soins médicaux, Carré de White, soins primaires et médecine générale. *Rev Med Liege* 2006;**61**:277-84.
27. Salmon P, Ring A, Dowrick CF, Humphris GM. What do general practice patients want when they present medically unexplained symptoms, and why do their doctors feel pressurized? *J Psychosom Res* 2005;**59**:255-60.
28. Jamouille M. Les quatre secteurs de prévention (archive). Disponible sur : <https://archive.wikiwix.com/cache/index2.php?url=http%3A%2F%2Fwww.ulb.ac.be%2Fesp%2Fmfs%2Fprev4-fr.html#federation=archive.wikiwix.com&tab=url> . Consultation du 19 mars 2023.
29. Jamouille M. Quaternary prevention, an answer of family doctors to overmedicalization. *Int J Health Policy Manag* 2015;**4**:61-4.

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au Dr Giet D, Département de Médecine générale, ULiège, Belgique.
Email : d.giet@uliege.be