



# 19<sup>e</sup> CONGRÈS NATIONAL 2019

CNGE Collège Académique

Exercer et enseigner la médecine générale

27 - 29  
NOVEMBRE  
2019

La cité des congrès de

NANTES

## Congrès CNGE 2019

### Sommaire

---

<b>PLENIERE : MALADIE DE LYME ET MEDECINE GENERALE</b>	<b>2</b>
Professeur Pierre TATTEVIN, Président de la Société de pathologie infectieuse de langue française (SPILF)	2
I) Maladie de Lyme : les repères	2
II) Questions et débats	9
Professeur Cédric LEMOGNE, Paris Descarte	12
I) « Maladie de Lyme chronique » et syndromes somatiques fonctionnels	12
Docteur Xavier Gocko, CNGE – Collège académique	19
I) Construction sociale : déconstruction du « SPPT »	19
Questions et débats	25

**Jeudi 28 novembre 2019, de 16H10 à 17h50**

#### **Modératrice :**

Béatrice Lognos – CNGE Collège académique

#### **Intervenants :**

Professeur Pierre Tattevin - Président de la Société de pathologie infectieuse de langue française (SPILF)

Professeur Cédric Lemogne - Paris Descartes

Docteur Xavier Gocko, CNGE – Collège académique

# Plénière : Maladie de Lyme et médecine générale

*Modératrice : Béatrice LOGNOS – CNGE Collège académique*

Professeur Pierre TATTEVIN,

*Président de la Société de pathologie infectieuse de langue française (SPILF)*

## I) Maladie de Lyme : les repères

Je voudrais d'abord remercier les organisateurs de m'avoir invité à venir parler, aujourd'hui, de ce sujet qui nous tient à cœur et qui a fait quand même couler pas mal d'encre au cours de l'année écoulée. On va parler des repères sur la maladie de Lyme.

Le contexte, que vous connaissez tous, c'est que c'est une des maladies qui a entraîné un des débats les plus houleux des années précédentes avec des particularités par rapport à d'autres maladies. C'est un diagnostic souvent revendiqué. C'est assez rare que les patients viennent en exigeant ou en souhaitant fortement avoir ce diagnostic. L'hétérogénéité des traitements est aussi une autre particularité de cette maladie, puisqu'on peut vraiment avoir de grands écarts entre ce qui est fait en fonction du médecin qui prend en charge le patient. Tout ça est un petit peu alimenté par le battage médiatique, que vous avez sans doute tous expérimenté, et c'est vrai que si on se met du côté du patient qui vient de lire, au kiosque de presse que c'est une épidémie qu'on essaye de vous cacher, bien sûr la confiance en le médecin démarre déjà assez mal. C'est vrai que des magazines ont vraiment beaucoup mis de l'huile sur le feu pendant cette polémique.

L'objectif de ce que je vais vous raconter là, pendant une petite vingtaine de minutes, est d'essayer de regarder ce dont on est sûr. Bien sûr, il faut vivre avec le doute et c'est comme ça qu'on fait des progrès en médecine, mais il faut aussi essayer de faire le tri entre les choses dont on est certain qu'elles vont rendre service au patient, ou à l'inverse, qu'elles ne vont pas lui rendre service. À chaque fois, je me référerai aux nouvelles recommandations, parce qu'elles sont récentes et datent d'il y a quelques mois et qu'on s'est beaucoup appuyé, pour ces recommandations, sur des données solides.

Voici le panorama des sociétés savantes avec lesquelles on a établi ces recommandations au printemps dernier, juste pour passer un message qui est vraiment important. Autant on peut dire qu'il y a un débat sur la maladie de Lyme, qu'il y a une polémique et tout ce qu'on veut, mais il n'y a pas de controverse scientifique particulière par rapport à d'autres maladies. Pour rédiger ces recommandations avec les collègues, ça a été même particulièrement fluide, c'est-à-dire qu'en six mois entre le moment où on a contacté les différentes sociétés savantes concernées et le moment où les recommandations ont été publiées, on n'a eu aucun désaccord particulier. On a discuté certains points sur la façon de les exprimer, mais toutes les disciplines médicales françaises concernées par la maladie sont en phase, et c'est plutôt rare, finalement, en médecine. Il y a, certes, une controverse, mais qui n'est pas scientifique, vraiment. Il s'agit plus de courants de pensée.

Vous allez avoir où vous avez sans doute eu le temps de jeter un œil sur le compte rendu de ces recommandations qui vient de paraître dans la revue *Exercer*. On reprend pas à pas les différentes choses sur lesquelles on s'est appuyé pour aboutir à ces recommandations, donc j'encourage ceux qui sont passionnés par le sujet à parcourir ça.

Pour entrer dans le vif du sujet, les choses dont on est certain pour la maladie de Lyme, d'abord, c'est que c'est une maladie bactérienne : la bactérie s'appelle *Borrelia burgdorferi*.

et fait partie d'une famille de bactéries qu'on appelle les spirochètes. Ce sont les petites bactéries spiralées comme celles de la syphilis et de la leptospirose et elles ont des points communs qui sont intéressants à souligner ici. Le premier, c'est que c'est vrai que ce sont des maladies qui peuvent donner pas mal d'atteintes un petit peu perturbantes et peuvent ressembler à des maladies systémiques, la syphilis comme la leptospirose et comme, effectivement, la borréliose de Lyme. La deuxième particularité qui, elle, est plutôt favorable c'est que ce sont des bactéries qui sont très mal équipées pour créer des résistances et elles sont toutes restées parfaitement sensibles à la pénicilline qu'on utilise pourtant *largamane* depuis plus de 70 ans. Il y a exactement la même efficacité de l'injection de pénicilline sur la syphilis en 2019 qu'il y avait en 1945, quand on a commencé à l'utiliser. C'est vrai aussi pour la leptospirose ou pour le Lyme, donc ce sont des bactéries pas très aptes à faire des résistances aux antibiotiques.

L'autre point important, c'est que le réservoir animal est très large et donc, c'est ce qui fait le succès épidémiologique de la maladie. La tique qui transmet cette bactérie peut se nourrir sur à peu près n'importe quel mammifère, mais aussi sur les oiseaux et, finalement, elle choisit l'hôte en fonction de ce qui passe à sa proximité et puis de son stade. La tique, qui est donc le vecteur de cette maladie de Lyme, s'appelle en France *Ixodes ricinus*. Il y a pas mal d'études là-dessus de gens qui vont ramasser des tiques dans les différents coins en France et qui peuvent vous dire la prévalence du portage. C'est, en gros, entre 0 % – ça, c'est la région PACA – et 20 % si on va vers l'Alsace ou vers le Limousin, par exemple. La vie des tiques, ce n'est pas très drôle : elles n'ont droit qu'à trois repas dans leur vie, c'est-à-dire qu'il faut bien choisir son restaurant, quand même. Vous avez la larve, qui va se nourrir une fois sur un mammifère qui est souvent un petit mammifère, parce qu'elle est petite, un petit rongeur notamment, et qui, à cette occasion, peut devenir infecté. Ensuite, elle évolue au stade de nymphe et va faire son deuxième repas à ce stade-là. C'est là qu'en général, les hommes sont potentiellement contaminés parce que, là, la nymphe est infectée, mais elle est encore d'une taille suffisamment petite pour passer inaperçue pendant quelques heures et donc avoir le temps de transmettre la maladie. Mais ça peut être d'autres mammifères en fait, c'est n'importe qui, n'importe quoi qui passe à portée. Après, la tique passe au stade adulte où elle va faire son dernier repas avant de mourir.

*« Sur 65 millions d'habitants, on peut dire qu'il y a 65 000 nouvelles maladies de Lyme chaque année en France. »*

Sur l'épidémiologie, Santé publique France surveille depuis longtemps, depuis plus de dix ans, ce qui concerne les diagnostics de maladie de Lyme qui sont faits en ville grâce au réseau Sentinelles des médecins généralistes volontaires. C'est quelque chose qui est très reproductible depuis plus de dix ans. Au moment où on a publié les recommandations, on avait tous les chiffres de 2009 à 2017 avec une méthode qui n'avait pas bougé et, ce qu'avait dit Santé publique France, c'est qu'il y avait une tendance à l'augmentation, mais rien qui soit significatif pour l'instant. Il y avait une tendance qui, d'ailleurs, pouvait s'entendre dans le sens où il y a le réchauffement climatique, il y a des gens qui font de plus en plus de promenades en forêt et peut-être, aussi, le fait qu'on en parle de plus en plus fait qu'on fait plus de diagnostics. L'autre versant, sur la partie droite de la diapositive, c'est le nombre de patients qui sont hospitalisés et qui sortent de l'hôpital avec un codage maladie de Lyme. La surveillance est plus ancienne, c'était de 2005 à 2010 et ce ne sont pas du tout les mêmes formes, ce sont les formes hospitalisées avec une majorité de neuroborrélioses. Là encore, les conclusions à ce moment-là, étaient de dire qu'il n'y avait pas de tendance significative. Donc, au moment où on a fait les recommandations, on suspectait que ça allait émerger, mais ce n'était pas encore sûr et, un mois après les recommandations, Santé publique France, qui venait d'analyser des données de 2018, a un peu modifié cette vision en disant : « Finalement, quand on reprend les données en rajoutant ce qui a été vu en 2018, il y a une

augmentation du nombre de diagnostics de maladies de Lyme faits en ville, qui sont plus de 95 % d'érythèmes migrants et qui représentent un cas pour 1 000 habitants. » Comme ça, c'est facile à retenir, donc sur 65 millions d'habitants on peut dire qu'il y a 65 000 nouvelles maladies de Lyme chaque année en France.

Si on regarde un peu plus en détail l'épidémiologie, il y a cette répartition géographique dont je vous ai parlé. Il n'y en a qu'en France métropolitaine, pas dans les DOM-TOM. S'il y a des collègues des DOM-TOM dans la salle, ils sont plutôt tranquilles. Donc, en France, le Limousin et l'Alsace tirent un peu la bourre chaque année. En ce moment, c'est le Limousin qui est un peu au-dessus.

En termes de saison, la majorité des cas, qui sont le plus souvent l'érythème migrant, sont diagnostiqués entre mars et octobre. C'est à la fois une plus grande activité des tiques et une plus grande probabilité d'aller les rencontrer dans la forêt. Pour les cas hospitalisés, qui sont un peu plus tardifs puisque ce sont les formes disséminées qui, elles, surviennent quelques semaines après la contamination, c'est un peu décalé entre juillet et septembre.

*« Il ne faut pas stresser la tique puisque, normalement, si on arrive à ne pas la stresser, elle n'a pas le temps de régurgiter. »*

En termes de prévention, qu'est-ce qu'il faut faire après avoir été exposé aux piqûres de tiques ? Vous connaissez bien ça, la première chose, c'est de vérifier si on a ou pas été piqué. Il suffit de faire une inspection assez minutieuse de l'ensemble du corps, sans oublier le cuir chevelu. Les recommandations des experts – on avait aussi un entomologiste dans le groupe – étaient de renouveler l'inspection le lendemain, avec l'idée que, si la tique gonfle les parois de son abdomen, la nymphe notamment, elle sera parfois visible le lendemain, mais pas le jour même. C'est encore bénéfique de l'enlever à ce moment-là. Vous avez, sur ces photos, ce à quoi ça peut ressembler quand c'est une piqûre de larve, de nymphe ou d'adulte, et c'est vrai que ce n'est pas si évident.

Qu'est-ce qu'il faut faire si on en trouve une ? La recommandation, c'est de faire une extraction mécanique. C'est-à-dire qu'il ne faut pas stresser la tique puisque, normalement, si on arrive à ne pas la stresser, elle n'a pas le temps de régurgiter, et si on la stresse, par exemple en commençant par de l'antiseptique, le réflexe va être qu'elle va régurgiter et donc augmenter les chances de contamination de la peau sur laquelle elle est fixée. L'extraction mécanique peut se faire avec un tire-tiques, mais ça peut se faire avec n'importe quoi finalement, ce n'est pas la peine d'attendre le lendemain que la pharmacie soit ouverte. Si vous avez une pince à épiler, ça fait aussi l'affaire. Ensuite, on désinfecte et ensuite, on fait une surveillance, sachant que l'érythème migrant, et ça, ça a été très bien étudié avec des biopsies cutanées, des PCR et tout ce qu'on veut, ne survient qu'entre 3 et 30 jours après la piqûre contaminante. Donc, ce qui survient dans les premières heures, ou les 48 premières heures, c'est la réaction allergique à la tique ou bien une autre bactérie beaucoup plus rapidement évolutive. Au-delà d'un mois, il n'y a plus de risque de faire un érythème migrant, donc cette consigne d'autosurveillance de la zone sur laquelle on a trouvé la tique suffit en général à se rassurer.

Est-ce qu'il faut faire une prophylaxie après une piqûre de tique ? Alors là, on a une belle étude randomisée qui répond assez bien à la question. Elle avait été faite dans un coin des États-Unis, dans l'état de New York, qui est une des zones hyper endémiques, au-delà de tout ce qu'on peut voir en France. Il avait été fait une belle étude, où chaque piqûre de tique était d'abord confirmée par un entomologiste qui disait que c'était bien la tique transmettrice, *Ixodes scapularis* aux États-Unis. Ce n'est pas tout à fait la même que la nôtre, mais c'est pareil. Il y avait ensuite une randomisation pour recevoir soit du placebo, soit deux comprimés de doxycycline, qui devaient être pris dans les 72 heures suivant l'extraction de

la tique. Le résultat, c'est que ça marche : il y a 87 % d'efficacité de cette prophylaxie. Le deuxième résultat, c'est que si vous êtes dans le groupe placebo, donc si vous n'avez rien pris, et bien que ce soit dans les situations maximales de risque puisque c'est dans une zone très infestée et avec une confirmation que la tique est bien celle qui transmet, eh bien, dans ce groupe-là, le risque de faire un érythème migrant et de 3 %. Comme il y avait des entomologistes, ils ont pu classer les tiques entre non engorgées, engorgées ou très engorgées, le risque augmentant à mesure de l'engorgement de la tique, qui reflète bien le fait qu'elle soit là depuis longtemps et qu'elle ait eu le temps de se nourrir. Le maximum de risque est représenté par la tique très engorgée, dans ces études, et résultait à 25 % d'érythèmes migrants. L'autre façon d'exprimer ça, c'est que si on applique cette règle-là, et même dans ces conditions extrêmes, finalement, il faut donner des antibiotiques à 36 personnes pour éviter 1 cas d'érythème migrant. Du coup, les recommandations américaines, mais qui ont été reprises par la plupart des pays après, c'est de dire que la meilleure prévention est d'éviter les piqures en mettant plutôt des manches longues, en évitant les zones de peau découvertes quand on va se promener dans les prairies et en faisant l'extraction.

L'antibioprophylaxie n'est pas recommandée en routine. Elle peut être proposée quand on est dans une zone hyper endémique, quand on pense que la tique est restée plus de 24 ou 36 heures, et, ça, on peut le savoir à travers l'engorgement quand on l'a enlevée – récemment, parce que si elle a été enlevée il y a une semaine ça ne vaut plus le coup, la bactérie a eu le temps de diffuser –, et s'il n'y a pas de contre-indication à la doxycycline. Il n'est recommandé de ne faire ça que si on est dans une zone où la proportion de tiques est supérieure à 20 %, ce qui n'existe dans aucun endroit de France. Donc, les recommandations en France sont de ne pas faire d'antibioprophylaxie post-piqûre de tiques. Nous allons pouvoir parler, dans les questions, des cas très particuliers des gens qui nous appellent en disant : « Je viens de retirer 12 tiques chez mon enfant qui venait de passer deux jours avec les scouts et dans un endroit où il y a plein de maladies de Lyme. » On n'est pas non plus des intégristes, donc on peut autoriser et permettre de prendre les deux comprimés de doxycycline et on n'en parle plus, mais, d'une manière générale, ce n'est pas recommandé.

*« C'est quelque chose de très limité, et, finalement, d'assez discret. C'est vrai que, si c'est une zone de peau qu'on ne regarde pas, on ne saura pas qu'on a fait un érythème migrant. »*

Voilà à quoi ressemblent les tiques dans les différents stades. En haut à droite, vous avez les nymphes et, en bas à droite, vous avez des adultes. En fonction de la durée de fixation, vous voyez que, finalement, les pattes disparaissent à cause de l'augmentation de volume de l'abdomen, donc ça permet d'avoir une idée un peu indirecte du temps d'exposition. Alors là, j'ai une jolie diapositive que j'ai empruntée à mon collègue d'Alsace qui fait beaucoup de topos là-dessus et a fait une belle animation. En gros, comme souvent en médecine pour faire un diagnostic, il faut un faisceau d'arguments et pour la maladie de Lyme, il y a trois choses à considérer :

- Est-ce qu'il y a pu y avoir une exposition, peut-être passée inaperçue ?
- Est-ce que le clinique est évocateur ?
- Est-ce qu'on est dans les situations où j'ai besoin de renforcer la suspicion par un test ?  
Le test, pour la maladie de Lyme, comme vous le savez, c'est la sérologie.

On va aller étape par étape, parce que l'intérêt des tests est un peu différent en fonction des étapes.



Pour la phase précoce localisée qu'on appelle l'érythème migrant, c'est quelque chose qui est asymptomatique, donc ça peut vraiment passer inaperçu. Ça ne fait pas mal, ne gratte pas, ne donne pas de fièvre. Ce qu'on sait, c'est que ça apparaît dans les 3 à 30 jours qui suivent la piqûre de tique et que ça s'en va spontanément en une à cinq semaines. Vous en avez sans doute tous déjà vu, ou, au moins, des photos, c'est quelque chose de très limité, et, finalement, d'assez discret. C'est vrai que, si c'est une zone de peau qu'on ne regarde pas, on ne saura pas qu'on a fait un érythème migrant. Il y a des formes un peu plus marquées, parfois assez précoces, qu'on appelle l'érythème migrant multiple, qui se voit souvent chez les enfants. Vous voyez, ce n'est peut-être pas très clair sur la photo, mais ce sont plusieurs érythèmes migrants dans le dos d'une dame, et j'aime bien cette photo, parce que si on regarde un peu plus largement, on s'aperçoit qu'elle a aussi un pansement en bas du dos. En fait, c'est une patiente qui avait fait en même temps l'érythème migrant multiple et la neuroborréliose. Ça transmet un message : c'est que les étapes dans la maladie de Lyme peuvent se télescoper de manière un peu piègeuse, c'est-à-dire qu'on peut penser n'avoir affaire qu'à une phase localisée précoce alors que la phase neurologique est en train de s'installer. On en reparlera au moment des recommandations de traitement.

Pour la neuroborréliose, pour toutes les localisations potentielles du Lyme, ce qu'on a décidé de faire avec les collègues, notamment les neurologues et les rhumatologues qui étaient les spécialistes de ces localisations, c'est de distinguer ce qui doit évoquer une borréliose, même si, à la limite, on n'a pas d'argument autre. Il y a des présentations sur lesquelles on doit se poser la question de la maladie de Lyme et, ensuite, la liste de symptômes qui peuvent faire discuter la maladie de Lyme, s'il y a d'autres raisons d'y penser. Pour la neuroborréliose, si vous avez une méningoradiculite, notamment, avec des douleurs, qui ressemble à du zona mais sans que les vésicules apparaissent, ça doit vraiment évoquer la maladie de Lyme. L'autre chose, c'est la paralysie faciale et particulièrement la paralysie faciale chez l'enfant, chez qui il n'y a quasiment pas d'autres raisons de faire une paralysie faciale. Ça doit évoquer la maladie de Lyme, y compris en dehors de tout contexte.

*« Il y a effectivement des douleurs articulaires qui peuvent se voir dans le cadre des maladies de Lyme, mais, en général, elles ne sont pas isolées. »*

Ensuite, il y a une liste de maladies dans lesquelles, une fois qu'on n'a pas trouvé, on a une liste d'étiologies envisagées. On peut rajouter la sérologie de Lyme et, vous voyez, elle est un petit peu plus longue et plus discutée pour les borrélioses articulaires. S'il y a une seule chose à retenir, c'est que la borréliose articulaire, ça touche dans plus de 90 % des cas le genou, et que ça donne effectivement des arthrites, mais, en général, les gens peuvent encore marcher, par exemple, ce qu'on ne peut pas faire si on a une arthrite à staphylocoque. Après, il y a effectivement des douleurs articulaires qui peuvent se voir dans le cadre des maladies de Lyme, mais, en général, elles ne sont pas isolées et ne doivent donc pas faire le diagnostic à elles seules et qui s'améliorent sous traitement spécifique.

Quels tests diagnostiques faut-il faire quand on est dans ces phases-là ? Lors de la phase initiale, on en reparlera tout à l'heure, pour l'érythème migrant, vous savez tous qu'il n'y a aucun intérêt à faire la sérologie, très souvent prise en défaut. Pour les phases neurologiques et articulaires il y a, comme souvent, deux moyens de faire des diagnostics : les tests directs où on observe directement la bactérie, qui sont soit la culture – et pour la maladie de Lyme, ça marche très mal, c'est très difficile à faire pousser – soit la PCR. Pour la maladie de Lyme, celle-ci est plutôt bonne sur les biopsies, notamment les biopsies de peau quand on a des doutes, ou bien les biopsies articulaires, mais pas très bonne sur le liquide cérébro-spinal. Du coup, sa valeur prédictive négative, là, n'est pas bonne. La sérologie, que vous connaissez, c'est un peu comme dans le VIH ou comme dans d'autres maladies. On a un test qui est très sensible et, du coup, qui ne va pas passer à côté d'un

cas, qui s'appelle l'ELISA et qu'il faut confirmer par un test qui, lui, est très spécifique : le Western blot. Avec la combinaison des deux, on arrive à documenter le fait que le patient a été exposé, mais ce n'est pas ça qui va nous dire si la maladie est active, et ce n'est pas ça non plus qui va nous servir après traitement pour savoir si on a débarrassé le patient ou pas de sa maladie de Lyme. Vous reverrez ça dans les recommandations. En fonction du stade clinique, si on a la phase localisée au début, ensuite disséminée précoce, où on commence à voir des formes neurologiques ou des formes cutanées disséminées, voire des formes articulaires et disséminées tardives, vous avez le diagnostic clinique qui devient de moins en moins bon. Il suffit à la phase initiale d'érythème migrant et, après, c'est beaucoup plus difficile. Par contre, le diagnostic sérologique prend de l'ampleur et devient indispensable. Les gens qui travaillent notamment au Centre national de référence des borrélioses disent que quelqu'un qui a des symptômes depuis plus de six semaines et qui a une sérologie négative n'a pas une borréliose de Lyme.

*« La durée du traitement, c'est comme dans la syphilis, c'est court si les gens ne sont pas contaminés depuis longtemps. »*

Une fois qu'on a fait le diagnostic, comment traite-t-on ? Là, je reprends des études qui ont bien fait le point là-dessus. Ce sont des études assez anciennes. La maladie de Lyme a gagné son nom vers la fin des années 1970. Ils ont fait une étude, dans le Connecticut, qui est l'endroit où se trouve justement le comté de Lyme, entre 1980 et 1982. Ils ont regardé à quoi la bactérie était sensible *in vitro*, et, en fait, comme on disait, elle est très sensible à la pénicilline, aux cyclines et aux céphalos, à partir de la deuxième génération. Ils ont fait des études randomisées, alors je vous en ai sorti une, pour ne pas faire tout le détail. Là, ils avaient inclus 180 patients et les avaient randomisés dans l'un des trois bras avec la doxycycline et plus ou moins la ceftriaxone. Dans le troisième bras, ils avaient comparé différentes durées. Ils avaient surtout pris soin de bien évaluer les patients longtemps après, pour bien s'assurer qu'il n'y avait pas un traitement qui était meilleur que l'autre jusqu'à 30 mois après le diagnostic initial. Comme vous le voyez, ils avaient entre 85 et 90 % de guérison dans les trois bras sans différence significative. Ceux qui n'étaient pas guéris, le plus souvent, c'est qu'ils avaient repris un traitement, mais on ne sait pas s'ils n'auraient pas guéri quand même. Donc c'est une maladie qui, globalement, doit guérir dans quasiment 100 % des cas.

Dans notre conférence de consensus, quand on a dû décider des traitements à proposer en s'appuyant sur ces études et sur d'autres, et en tenant compte du fait que la forme neurologique peut être assez précoce et qu'elle n'est pas sensible à l'amoxicilline, mais qu'elle est bien sensible à la doxycycline, on a recommandé en première ligne, y compris à la phase précoce, l'érythème migrant, de privilégier la doxycycline. La durée du traitement, c'est comme dans la syphilis, c'est court si les gens ne sont pas contaminés depuis longtemps. Deux semaines suffisent pour l'érythème migrant. Ça devient plus long quand les gens sont contaminés depuis longtemps. Si on a des formes neurologiques ou articulaires, vous verrez qu'on peut passer à trois semaines, voire quatre semaines de traitement pour la doxycycline.

En deuxième ligne, notamment quand la doxycycline est contre-indiquée, on met l'amoxicilline, qui a l'avantage de pouvoir être donnée à des enfants, par exemple. Ça existe en sirop, ça peut être donné à des femmes enceintes et ça marche bien quand même. On n'est pas en train de dire que ça ne marche pas. Simplement, la doxycycline a l'avantage de protéger aussi sur les éventuelles neuroborrélioses débutantes. Les deux autres avantages de la doxycycline, c'est que c'est actif aussi sur d'autres bactéries potentiellement transmises par les tiques, par exemple les rickettsioses ou l'anaplasmose, et enfin, c'est très peu pourvoyeur de résistances. Vous savez que par exemple, pour l'acné, les gens

peuvent prendre de la doxycycline pendant trois mois. Ça ne perturbe absolument pas les microbiotes, tandis que l'amoxicilline, même si ce n'est pas non plus très toxique, favorise quand même un petit peu les résistances aux céphalos.

Pour les neuroborrélioses, on a eu, par rapport aux dernières recommandations, pas mal d'études qui montrent que ça marche très bien la doxycycline, y compris pour des neuroborrélioses avec des méningites, des méningo-radiculites, et des paralysies faciales. Ça permet de traiter les patients *per os*. Il faut juste pousser un peu la durée de traitement si les gens sont contaminés depuis un peu plus longtemps. Pour les formes articulaires, la doxycycline est aussi en première ligne, mais comme, en général, ce sont des maladies qui sont un peu plus anciennes, on recommande plutôt 28 jours. Finalement, les recommandations de traitement sont assez simples : c'est doxycycline pour tout le monde, quelle que soit la forme, avec des durées variables.

*« Ça s'accumule au fil des années, des histoires catastrophiques de maladies complètement négligées parce que les gens étaient venus avec l'étiquette "Lyme". »*

Pour terminer et faire un peu la transition avec les collègues, qu'est-ce qu'on fait quand, après avoir écouté le patient, fait le compte de tout ce qu'il nous avait amené comme documents, fait la consultation et l'examen, on se rend compte qu'il y a quand même assez peu de chances que ce soit une borréliose de Lyme ? On a eu pas mal de publications récentes, avec plusieurs centaines de patients à chaque fois dans des endroits très variables – Paris, Besançon, Nancy, Villeneuve-Saint-Georges – de consultations un peu spécialisées là-dessus, qui avaient essayé de faire un peu de recueil systématique de ce qu'on trouve et de ce qu'on peut apporter de mieux au patient quand il y a cette suspicion-là, mais finalement pas de confirmation. Une des premières informations, c'est que c'est assez stable, et des études aux États-Unis ont trouvé la même chose : en gros, dans ces cohortes de patients qui consultent pour suspicion de Lyme, quand on a bien fait le tour, on retrouve comme diagnostic de sortie de consultation entre 10 et 20 % de Lyme, à peu près. Le reste est dominé par des maladies rhumatologiques, neurologiques, éventuellement psychiatriques, on aura l'occasion d'en parler. Parfois, il n'y a pas de diagnostic et, parfois, ce sont des choses très étonnantes. On pourra en discuter après, aussi. Donc, les diagnostics différentiels, c'est la liste de ce qui a été trouvé dans ces cohortes, et ça va faire l'objet de discussions.

Ensuite, il y a un point qui est vraiment important, c'est qu'on a tous maintenant, et ça s'accumule au fil des années, des histoires catastrophiques de maladies complètement négligées parce que les gens étaient venus avec l'étiquette « Lyme » et qu'ils ont été un peu enfermés dans cette étiquette par des gens qui ne se sont pas trop posé de question ou qui n'ont voulu aller jusqu'au bout des questions qui se posaient. Ça, c'est une des nombreuses publications sur le sujet. Là, ces trois patients qui avaient des néoplasies pour lesquelles il y a eu entre un an et un an et demi de retard diagnostique, parce qu'on avait dit : « C'est du Lyme, il faut qu'ils prennent plusieurs mois de doxycycline avec des combinaisons de clarithromycine et de Plaquénil, et ça ira mieux. » Ce sont vraiment des histoires qu'on voit tous les jours. Dans cette publication-là, je crois qu'il y a l'un des trois qui est décédé et que les deux autres ont vraiment eu des séquelles de cette longue perte de chance liée au fait qu'on soit enfermé dans le diagnostic de Lyme. C'est une publication américaine, mais c'est le genre d'ordonnance qu'on peut voir, et là, ça sort du service de pointe, normalement, sur la maladie de Lyme. Voilà comment sont traités, parfois, les patients qui ont ces étiquettes de Lyme. Là, il y a une douzaine d'antibiotiques, des antiparasitaires, des anti-champignons sur plusieurs mois. Il n'y a aucune raison de faire ça.



On n'a aucune idée des interactions. Ce qu'on sait, par contre, c'est que c'est toxique et que ça fait rater des diagnostics.

Pour finir sur des choses un peu solides, quand même, il y a eu deux études randomisées qui montrent bien ce qu'on peut proposer de mieux à ces patients qui ont cette étiquette, mais qui n'ont pas eu la preuve que c'était ça et qui n'ont pas bien répondu aux traitements. La première, qui avait été faite en double aveugle aux États-Unis il y a une quinzaine d'années, montrait que, chez des patients avec des symptômes persistants attribués à la maladie de Lyme, qui avaient déjà été traités comme c'est recommandé, et que ce n'était pas mieux, le fait de reprendre une longue cure, là avec un mois de ceftriaxone et, ensuite, deux mois de doxycycline ne faisaient pas mieux que le placebo sur des critères divers, notamment la qualité de vie et l'état psychologique. Au moment où cette étude-là était connue, les collègues européens qui sont un peu ce qu'on appelle des Lyme doctors disaient : « Oui, mais ce n'est pas pareil en Europe. Ce n'est pas la même bactérie exactement, donc ça ne doit pas être pareil. » Pour répondre à cette interrogation, qui était tout à fait légitime, des collègues européens ont fait le même essai sur des gens qui ont des traitements un peu compliqués et qui ont des symptômes potentiellement attribués à la maladie de Lyme. Dans cette étude-là, ils ont rajouté doxycycline + clarithromycine + hydroxychloroquine pendant 12 semaines et comparé au placebo. Là encore, ce n'était pas mieux que le placebo. La bonne nouvelle dans ces deux études-là, c'est que les patients vont mieux. Les patients s'améliorent au fil du temps, qu'ils aient le placebo ou qu'ils aient des cures d'antibiotiques. Une étude danoise montre que, à distance, ils n'ont pas plus de séquelles que la population générale. Donc finalement, ce sont les symptômes qui finissent par s'améliorer, y compris avec la maladie de Lyme, mais, pour cela, il n'y a pas de bénéfice à multiplier les antibiothérapies.

Pour conclure – je suis juste dans les temps –, les faits concrets, c'est que c'est une vraie maladie, qui n'est pas rare et qui est potentiellement grave. Personne ne va dire le contraire, il n'y a pas de déni sur la maladie de Lyme. Que ce soient des manifestations multiples et peu spécifiques ne nous aide pas beaucoup. Le diagnostic est imparfait puisqu'on ne peut pas mettre en culture, ou très rarement, et que, du coup, on n'a pas de contrôle de la guérison. Ce dont on est sûr, c'est que la bactérie reste très sensible aux antibiotiques. Il n'y a pas de raison d'en mettre longtemps ou de mettre des combinaisons. Quand la sérologie est négative et que les symptômes sont là depuis plus de six semaines, c'est probablement que ce n'est pas ça. Quand, par contre, c'est ça, la doxycycline durant 2 à 4 semaines permet de faire le mieux qu'on puisse faire pour le patient, même si certains gardent des symptômes. Après, il faut simplement prendre en charge les symptômes et attendre que ça finisse de s'améliorer, puisqu'on sait qu'il n'y a aucun bénéfice des antibiothérapies prolongées sur ces patients.

Je vous remercie de votre attention.

*(Applaudissements.)*

## II) Questions et débats

### **Nicolas THOMAS, médecin généraliste**

Je ne sais pas si vous l'avez dit au départ, mais l'érythème migrant est-il obligatoire dès qu'il y a une infestation ?

### **Pierre TATTEVIN**

En tout cas, il n'est pas obligatoire pour le diagnostic. Après, on n'a pas de moyen de vraiment le savoir. Les gens qui ont des érythèmes migrants, on les traite, mais les gens qu'on voit plus tard avec des neuroborrélioses ou des Lyme articulaires, par exemple, on ne peut pas dire qu'ils n'ont pas eu d'érythème migrant, puisqu'on est quelques semaines plus tard. Donc, on ne sait pas si, dans l'histoire naturelle de la maladie, il y a forcément des

érythèmes migrants. Ce qu'on sait par contre, avec l'étude que je vous ai montrée où ils ont fait placebo *versus* doxycycline après des morsures de tiques, c'est que le risque de faire un problème quand on n'a pas été traité est nul au long cours.

**Théophile, Département de médecine générale de Rouen**

Une première question sur les cas de zones d'endémie : moi, j'ai eu un cas aux États-Unis, juste à côté de Lyme. J'étais en vacances avec ma fille, qui s'est fait piquer. Du coup, j'ai regardé les recommandations. Comme vous avez très bien mentionné, et c'est vrai que c'est un peu embêtant, en prophylaxie post-exposition chez les enfants de moins de 8 ans, apparemment, l'amoxicilline n'est pas prouvée efficace. Je voulais savoir pourquoi elle n'est pas prouvée efficace alors que la doxycycline est possible.

**Pierre TATTEVIN**

Dans notre groupe de recommandations, il y avait pas mal de pédiatres aussi et ils sont très rassurants sur la possibilité d'utiliser la doxycycline chez l'enfant pour des traitements ponctuels. Donc, si je suis dans votre situation, je pense qu'on peut donner de la doxycycline chez l'enfant. Il n'y a pas de risque majeur sur un traitement très ponctuel. Vous savez que, classiquement, c'est l'histoire de la coloration des dents qui fait que la doxycycline n'est pas recommandée chez l'enfant et c'est un effet indésirable qui a été beaucoup rattaché à la tétracycline, mais quasiment jamais à la doxycycline. Dans ce cas particulier, on n'a pas de données avec l'amoxicilline parce qu'il n'y a jamais eu d'étude. Il est possible que ça marche beaucoup moins bien parce que ça n'a pas d'action intracellulaire. Chez l'enfant, dans cette situation extrême, c'est-à-dire un enfant piqué dans une zone hyper-endémique avec une petite tique qui serait restée longtemps, on aurait tendance à utiliser la doxycycline.

**Théophile, Département de médecine générale de Rouen**

D'accord, merci. Juste une petite remarque : sur l'ordonnance que vous avez mise, il y a le nom du confrère qui a prescrit. Je ne sais pas si c'est très confraternel de laisser ça. C'est juste une petite remarque.

**Pierre TATTEVIN**

OK, le message est reçu.

**Rémy BOUSSAGEON, Lyon**

Merci pour cette présentation. J'avais une question naïve, en fait : dans l'érythème migrant, est-ce que les antibiotiques ont montré qu'ils prévenaient quelque chose ? Parce que vous faites appel aux essais randomisés pour le persistant post-Lyme, mais dans l'érythème migrant, est-ce qu'on a des essais contre placebo, qui montrent que la prise d'antibiotiques pendant 14 jours, doxycycline ou amoxicilline, va prévenir de ces complications ?

**Pierre TATTEVIN**

Non.

**Rémy BOUSSAGEON**

Voilà, on n'a pas d'essai contre placebo. Ça se base sur quoi, alors ?

**Pierre TATTEVIN**

Ça se base sur des études historiques, mais ce ne serait plus éthique, maintenant, de faire des études contre placebo. Les premières observations, c'était en 1900 et des poussières. En France, il y avait un médecin qui avait beaucoup étudié ça. Je ne me rappelle plus le nom donné, mais on ne savait pas encore que c'était une bactérie. En tout cas, ils avaient bien vu qu'il y a une proportion des gens qui font des érythèmes migrants qui vont,

après, faire des paralysies faciales, des formes articulaires, etc. Dans les essais randomisés que je vous ai montrés, ils n'ont pas osé mettre du placebo. Ils savaient qu'ils avaient un traitement qui marchait. Ils ont juste comparé 10 jours *versus* 20 jours.

**Rémy BOUSSAGEON**

Un traitement qui marchait sur quoi ?

**Pierre TATTEVIN**

Sur l'érythème migrant.

**Rémy BOUSSAGEON**

C'est un bel objectif thérapeutique : ça fait disparaître quelque chose qui ne gratte pas, qui ne fait pas mal et qui passe inaperçu.

**Pierre TATTEVIN**

Mais ça fait disparaître quelque chose qui est associé à un risque de paralysie faciale et de formes articulaires. Je pense qu'un comité d'éthique refuserait de proposer un placebo.

**Rémy BOUSSAGEON**

C'est une vraie question, parce que je me posais la question de l'intérêt de le faire, si l'objectif était l'érythème migrant. Mais vous avez répondu à ma question. Je croyais qu'on avait mesuré dans les biopsies la disparition du germe aussi, que c'étaient des critères de biopsies. Non, n'était-ce pas ça, l'objectif ?

**Pierre TATTEVIN**

Dans la biopsie, on sait maintenant grâce à la PCR qu'il y a plein de bactéries dans les érythèmes migrants, mais, à l'époque où ils ont fait ces études-là, il n'y avait pas encore de PCR, donc ça ne faisait pas partie des études.

**Henri PARTOUCHE**

Merci pour cette présentation. Je fais partie du groupe de travail, avec Pierre Tattevin pour le CNGE et avec Xavier, et je confirme la fluidité des relations entre toutes les sociétés savantes qui étaient là et la qualité des discussions. Je voudrais appuyer aussi le fait qu'on a beaucoup insisté sur les biais cognitifs au moment des diagnostics des formes compliquées de Lyme dans le raisonnement clinique. Ça, c'est une chose qui est régulièrement retrouvée dans les papiers, et donc, Xavier va en parler.

**Laurence VERA**

J'exerce en Savoie. En Suisse, ils vaccinent contre la maladie de Lyme. Je voulais savoir ce qu'il en était.

**Pierre TATTEVIN**

Il y a eu un vaccin qui a été commercialisé aux États-Unis pendant quelques années. Au bout de quelques années d'utilisation, alors que c'était une des zones hyper-endémiques, il a été retiré, parce qu'ils ont estimé que le rapport bénéfice-risque n'était pas favorable. On a l'impression que, dans un pays comme la France avec une épidémiologie plus basse, on serait encore moins favorable, mais ce n'est pas abandonné. Il y a des équipes qui travaillent encore à essayer de mettre au point un vaccin, mais il posait un peu de souci de tolérance, celui qui avait été commercialisé aux États-Unis. Celui de la Suisse, je ne sais pas si c'est le même.

*(Applaudissements.)*

Professeur Cédric LEMOGNE,  
Paris Descartes

## I) « Maladie de Lyme chronique » et syndromes somatiques fonctionnels

Bonjour. Merci aux organisateurs de m'avoir convié à cette session plénière dédiée à la maladie de Lyme.

Je dois dire tout de suite que je ne suis pas un spécialiste de la maladie de Lyme. Je suis psychiatre. En revanche, il m'arrive fréquemment d'être sollicité par mes collègues non psychiatres de l'hôpital européen Georges-Pompidou (HEGP), notamment pour donner mon avis sur le cas de patients qui souffrent de symptômes fonctionnels, en tout cas pour lesquels une origine lésionnelle n'a pas été identifiée. Ces dernières années, il est arrivé de plus en plus souvent que ces patients aient une idée de l'origine de ces symptômes et les attribuent à une possible maladie de Lyme dite « chronique ».

Voici mes liens d'intérêts, je ne pense pas qu'il y ait de conflit avec ce dont je vais vous parler.

Je pars d'un cas clinique. Un patient m'a été adressé. C'est un homme de 36 ans. Il est marié, père de deux enfants, cadre supérieur. Il a consulté un interniste du service de l'HEGP pour une possible maladie de Lyme chronique. Il n'a pas une adhésion complète et exclusive à ce diagnostic. Il a des symptômes, il consulte au printemps 2016 pour ces symptômes qui durent depuis neuf mois, assez aspécifiques avec des arthralgies, une fatigue, une sensation du serrement des membres, un engourdissement des mains et des difficultés cognitives – trous de concentration et de mémoire. Déjà, ce fort retentissement se traduit par beaucoup d'avis médicaux et non médicaux, d'ailleurs. Donc, il dira que personne ne sait finalement ce qu'il a. Il recherchait pas mal d'informations sur Internet, il évite les efforts physiques et, là, il est en arrêt de travail.

Le diagnostic de maladie de Lyme a été posé par un médecin, après que ce médecin a recherché attentivement l'exposition possible à une morsure de tique. Le patient a effectivement mentionné une piqûre d'insecte qui avait donné lieu à une lésion inflammatoire quasi immédiate et qui n'avait pas duré plus de 48 heures. Il a reçu trois mois de céfixime, puis deux mois d'une bithérapie amoxicilline – doxycycline, sans amélioration. Il a ensuite refusé une troisième ligne. Il a malgré tout été hospitalisé, et il y a un certain nombre d'explorations qui ont été faites, sans que ces explorations aient pu trouver une origine dite « organique » à ses symptômes. Ces explorations ont exclu, vu la chronologie des symptômes, l'attribution à la maladie de Lyme. Il y avait un titre un tout petit peu évocateur au niveau des anticorps antinucléaires. C'est cela qui a fait proposer la consultation d'un médecin interniste qui, lui, va réaliser un examen physique normal, bien sûr, va reprendre l'anamnèse et va exclure le diagnostic de maladie de Lyme, va diagnostiquer un épisode dépressif caractérisé qui est apparu secondairement, ce qui va permettre de justifier l'adressage à un psychiatre, soit quelqu'un de l'unité où je travaille.

Voici là un exemple typique des patients qui nous sont adressés, et qui attribuaient leur zone de symptômes à la maladie Lyme. Alors, le diagnostic qu'on va faire, souvent, en tant que psychiatre, c'est celui d'un trouble à symptomatologie somatique, ex-trouble somatoforme. Nos collègues non psychiatres n'utilisent pas ces catégories de diagnostic. Souvent, ils parlent de syndrome somatique fonctionnel ou, plus exactement, ils ont leur syndrome somatique fonctionnel préféré. Certains d'entre eux sont définis par des symptômes et, d'ailleurs, peuvent avoir une reconnaissance par des sociétés savantes, parfois internationales. D'autres sont définis par l'attribution de symptômes très divers à une cause. Dans cette catégorie, on a la dernière ligne, l'intolérance environnementale idiopathique, dans laquelle il y a des sous-types, l'électrosensibilité par exemple. Et puis, il y a la maladie de Lyme chronique, dans laquelle la caractérisation n'est pas faite par les symptômes, qui sont extrêmement divers et, parfois, des symptômes qui ne sont pas connus

comme étant ceux d'une complication de la maladie de Lyme, mais par l'attribution à cette cause.

*« Ils ont souvent le sentiment de ne pas être entendus. »*

Si on prend un peu de recul, on peut se dire que, comme depuis longtemps, ce découpage en syndrome fonctionnel spécialité par spécialité est plutôt un artefact du découpage de la médecine en spécialité. Chacun voit midi à sa porte et croit reconnaître ou croit voir les symptômes évocateurs d'une maladie dont il est spécialiste. Un psychiatre va diagnostiquer une dépression, ou que sais-je. Il y a des propositions plus unicistes. Vous connaissez peut-être la proposition de l'OMS, le *bodily distress syndrome*, dans lequel il est suggéré que certains patients souffrent de symptômes essentiellement musculo-squelettiques, qui ressemblent un peu aux critères d'un syndrome fibromyalgique. D'autres pourraient avoir des symptômes essentiellement gastro-intestinaux, ce qui ressemblerait aux critères de Rome pour le syndrome de l'intestin irritable. D'autres encore pourraient avoir des symptômes très généraux, qui ressembleraient aux critères d'un centre de fatigue chronique. Ce qui semble intéressant dans cette proposition, ce n'est pas de considérer les symptômes communs qui peuvent éventuellement ne pas exister, mais plutôt le fait qu'il pourrait y avoir des mécanismes communs. Et c'est ce dont je vais vous parler, en fait, que je vous donne un point de vue de psychiatre sur ces mécanismes communs, en ayant en tête qu'avoir un modèle explicatif, c'est une partie de la thérapeutique auprès de ses patients. Ils ont souvent le sentiment de ne pas être entendus et ne sont pas confortables avec l'idée qu'un médecin puisse dire : « On ne comprend pas. Je ne sais pas ce que vous avez », voire « ce sont des symptômes médicalement inexplicables », alors qu'on dispose quand même de modèles explicatifs.

Je ne vais pas tout passer en revue, bien sûr, mais le modèle le plus simple – simpliste, disent parfois certains détracteurs –, mais, je pense, le modèle le plus pragmatique est le modèle comportemental. Ce modèle ne fait pas l'impasse sur une certaine prédisposition, mais, surtout, fait intervenir un facteur déclenchant qui est en général un facteur déclenchant physique. Pas psychologique, physique. Ça peut être, éventuellement, une infection aiguë, par exemple virale, qui vous met un peu *kaput* pendant quelques jours ou une semaine, dans le cadre d'un EBV, par exemple, d'une gastro-entérite bactérienne aiguë, d'une lombalgie aiguë... À la suite de cette exposition aiguë, des mécanismes de conditionnement peuvent avoir lieu. Par exemple, pendant une gastro-entérite, votre cerveau va apprendre qu'à chaque distension du tube digestif doit correspondre une sensation douloureuse. Cette sensation douloureuse peut ensuite persister par conditionnement, alors que votre muqueuse est aguerrie. En général, ça va disparaître parce que vous allez reprendre une alimentation normale et vous allez vous déconditionner. Oui, à condition de vraiment reprendre vos habitudes. Sinon, il peut y avoir une absence de déconditionnement, voire un conditionnement secondaire par évitement. Plus vous allez éviter, par exemple, dans un autre domaine, l'effort physique, plus vous allez devenir sensible aux symptômes éventuellement pénibles induits par l'effort physique. Dans ce modèle-là, on aboutit donc à un trouble constitué à partir d'un facteur déclenchant qui peut être tout à fait médical, organique, et à une situation de syndrome somatique fonctionnel qui évolue pour son propre compte.

*« On peut tout à fait, même si ce n'est pas très éthique à mon sens, conditionner les mammifères à la douleur – nous compris. »*



Pourquoi est-il pragmatique, ce modèle ? Souvent, ça permet de donner des conseils vis-à-vis des conduites d'évitement des patients. Si un patient a amélioré son syndrome de l'intestin irritable, par exemple, au hasard, en retirant le gluten de son alimentation, la bonne pratique consiste, au contraire, à recommander la réintroduction progressive d'aliments contenant du gluten et les autres composés qui y sont associés. Il va se déconditionner et, donc, il ne va pas devenir réellement hypersensible au gluten simplement par évitement. Alors, ça ne suffit pas, évidemment, mais on a quelques éléments de preuve, entre guillemets. Par exemple, on peut conditionner des gens à une dyspnée. Il suffit de leur faire respirer un air enrichi en CO<sub>2</sub> et associé à une odeur particulière. Ça marche avec les odeurs pénibles comme l'ammoniac, mais pas avec le patchouli. Quand vous respirez un air enrichi en CO<sub>2</sub>, votre fréquence cardiaque et respiratoire augmente. Une sensation de dyspnée est ici associée à une odeur d'ammoniac et, secondairement, quand vous allez respirer à nouveau cette odeur, y compris en air ambiant, vous allez avoir une augmentation de la fréquence cardiaque, de la fréquence respiratoire, et une dyspnée, qui n'est plus induite par l'environnement, mais qui est induite par le conditionnement, par l'adaptation de l'anticipation de votre cerveau, qui pense qu'il vaudrait mieux se comporter de cette façon.

La même chose existe avec la douleur. On peut tout à fait, même si ce n'est pas très éthique à mon sens, conditionner les mammifères à la douleur – nous compris. Et ce n'est pas simple de se déconditionner. Il suffit d'associer une cellule vibratoire sur le dos – là, c'est une région lombaire – avec un choc électrique douloureux. Au bout d'un certain temps, il n'y a plus besoin de donner le choc pour que la cellule vibratoire provoque une douleur.

Ce modèle comportemental ne suffit pas. Il faut aussi des facteurs cognitifs. Je n'en ai cité que trois, ici :

Le premier facteur, c'est un facteur attentionnel. Ça, c'est un point qui est important à évoquer en consultation. Par exemple, si je vous demande de prendre conscience du poids de votre corps dans le fauteuil, instantanément, vous allez avoir des sensations corporelles qui n'habitaient pas votre esprit cinq secondes auparavant. Elles ne sont pas imaginaires non plus. Si vous n'étiez pas assis, vous ne les auriez pas. Enfin, quand même, ça montre que l'attention peut susciter des sensations corporelles et le rôle de cette attention peut être également introduit sans que ce soit vécu comme quelque chose de volontaire. Vous pouvez demander ensuite à votre patient de ne pas prêter attention au poids de son corps sur le fauteuil, ce n'est pas évident. Un modèle qui rend bien compte du poids de l'attention et de l'anticipation est le modèle bayésien de la perception. En général, ce que l'on perçoit est le fruit d'une balance entre ce que l'on s'attend à percevoir et la confirmation ou l'infirmité de ces attentes par les signaux. Cela dit, si une guêpe – et pas une tique – vient me piquer le cou, *a priori*, je n'ai pas besoin de m'y attendre pour le ressentir. En revanche, pour le poids de mon corps, oui, il a fallu qu'on attire mon attention. Brièvement, dans les troubles somatoformes, on pense que l'anticipation, l'attente du symptôme est tellement forte – c'est une attente qui est implicite, non consciente – qu'il suffit de très peu, voire d'aucun *stimulus* pour la provoquer.

Pour rendre ceci plus vivant, je vous propose de vous prêter à cette expérience, que vous connaissez peut-être. Je vais vous demander de réfléchir quelques instants au fait que vous allez adhérer ou pas à l'idée que la case A a la même couleur que la case B. Qu'est-ce que vous en pensez ? Les faits, c'est que la case A a la même couleur que la case B. Voilà, vous vous dites : « C'est un psychiatre, il fait son malin », bref. Vous avez une idée, une croyance erronée, partagée par d'autres sous-groupes culturels. Vous n'êtes pas délirants et d'ailleurs, vous allez abandonner cette idée, puisque je vais vous donner les preuves du contraire. Donc, la case A et la case B ont exactement la même teinte, mais notre cerveau est ainsi fait qu'il pense que, ça, c'est un échiquier. Il a des croyances *a priori* sur cet objet : c'est un échiquier. C'est purement non conscient, il n'y a rien à faire. Il nous fait voir la case B plus claire que la case A. C'est le poids des représentations et des attentes sur ce que nous percevons. Allez, une dernière fois, pour le *fun*. C'est un peu étonnant, quand même. Vraiment, l'anticipation, ce que notre cerveau s'attend à percevoir, eh bien, il le perçoit réellement. Et donc, ça, ça fait passer les sensations corporelles à la notion de

symptômes somatiques, si le patient les associe à la croyance qu'ils sont liés à une maladie physique, ce qui est un deuxième niveau de croyance.

*« Il y a des preuves scientifiques du fait que des informations alarmantes peuvent susciter des symptômes. »*

D'où ce niveau de croyance peut-il venir ? J'ai pointé, à l'extérieur de ce modèle, des facteurs favorisant le névrosisme. C'est pour dire, et c'est souvent ce qui est pensé et observé, que les individus ayant un tempérament plus anxieux que les autres sont plus à même de développer ces syndromes. Mais, quand même, on sait tous que, sur la question de l'environnement, notre environnement médiatique au sens large, notamment Internet, est extrêmement anxiogène. Pierre Tattevin a montré en exemple cette une de l'Obs. Je suis désolé, on ne s'était pas concerté. On peut trouver dans notre environnement des choses très inquiétantes. Là, vous voyez le sous-titre d'un livre : « Infections cachées, vies brisées ». Il y a les deux croyances principales qu'on essaie d'assouplir en thérapie cognitive dans les troubles somatoformes : l'attribution à une cause – ce sont les ondes ou peu importe – et le catastrophisme : « Ça va briser ma vie, c'est quelque chose qui est extrêmement grave. » Les deux sont présents dans « infections cachées, vies brisées ».

Il y a des preuves scientifiques du fait que des informations alarmantes peuvent susciter des symptômes. J'ai oublié le petit pointeur en haut à gauche : vous avez les symptômes qui sont perçus par les gens qui sont, à droite, exposés à des champs électromagnétiques, du WiFi en l'occurrence, et, à gauche, qui ne sont pas exposés à ces champs. En fait, ils ne le savent pas, mais ils sont exposés à des champs WiFi *versus* placebo. Et en fait, il n'y a pas de différence entre l'exposition au placebo et l'exposition au WiFi. La seule vraie différence, c'est quand les gens pensent être exposés aux champs électromagnétiques *versus* quand ils pensent ne pas y être exposés. Donc, il y a des preuves expérimentales depuis des années qui suggèrent que oui, l'effet nocebo existe parfaitement. Il est documenté et il ne peut pas être jeté en pâture pour dire que les effets nocebo sont n'importe quoi. C'est vraiment un niveau de preuve qui est très important. Cet effet nocebo est renforcé, c'est le diagramme en bas à droite, par l'exposition des informations alarmantes. Donc, si j'ai lu un article très inquiétant sur l'imprégnation, dans notre environnement, par les ondes électromagnétiques, je vais être plus sensible à l'induction de ces symptômes par effet nocebo.

Il y a, bien sûr, des facteurs biologiques, une hyperréactivité au stress qui est le pendant de cette personnalité anxieuse. Elle va d'ailleurs pouvoir générer des symptômes qui ne sont en fait que les signes corporels de l'anxiété, mais qui peuvent être perçus comme les signes supplémentaires d'une maladie somatique éventuellement sévère, à la faveur d'un autre trait de personnalité que l'on nomme alexithymie. Cela désigne, en gros, la difficulté de reconnaître en soi son propre état émotionnel. Il y a des travaux, en population générale notamment, qui montrent que, plus on a de difficultés à identifier son état émotionnel, plus on a tendance à attribuer les sensations émotionnelles à une origine organique. Par exemple, si avant de prendre la parole, je me dis : « Tiens, c'est marrant, j'ai les paumes un peu moites, la gorge serrée », et si je ne suis pas capable de relier ça à l'anticipation de donner ce topo, eh bien, je vais peut-être attribuer ces symptômes physiques à une autre cause.

On connaît le rôle prédisposant lointain de certains facteurs d'exposition particuliers, des traumatismes infantiles, qui sont un facteur de risque tout à fait associé au risque de développer des troubles somatoformes ou des symptômes somatiques fonctionnels à l'âge adulte, absolument pas spécifiques. Ainsi, c'est un facteur de risque ubiquitaire pour les troubles mentaux. C'est vrai pour tout type de traumatisme, c'est vrai pour tout type de syndrome somatique fonctionnel. Ici, il y a les fibromyalgies, des douleurs généralisées, le syndrome

de fatigue chronique, etc. Les facteurs comportementaux, je n'y reviens pas, il y en a. Je ne reviens pas sur le conditionnement, on en a parlé. L'évitement est important, très important. À nouveau, ce sont des choses sur lesquelles on peut agir de façon très pragmatique, en conseillant nos patients.

Ici, on voit que ce monsieur a beaucoup d'avis médicaux, alors il évite les efforts physiques, il arrête le travail, etc. On peut s'interroger sur la nature de l'évitement dans le fait d'être tout le temps chez les médecins ou de rechercher des informations sur Internet. Comme beaucoup de personnes anxieuses, ce que ces patients évitent, ce n'est pas l'anxiété, c'est l'incertitude. Ils voudraient ne pas être dans une situation d'incertitude et y sont devenus souvent intolérants. Plutôt que de dire du mal de tel ou tel site Internet, on fait quelque chose d'un peu agnostique et on dit qu'on va mesurer son anxiété et ses symptômes pendant une semaine. Et puis, ensuite, pendant une semaine, il va s'interdire les sites et puis on verra bien s'il a également mesuré ses symptômes. Là, les patients font souvent l'expérience qu'en fait, ils sont moins anxieux, voire moins symptomatiques, quand ils se sont interdit de consulter les forums Internet pendant une semaine alors qu'ils les consultent justement en quête de réassurance.

*« Il faut vraiment s'adapter au cas par cas, en fonction de l'adhésion ou pas de la personne à ce diagnostic qui lui a été donné. »*

Les modèles parentaux, d'autres traits de personnalité comme le perfectionnisme, le fait de ne pas tolérer de fonctionner à moins de 100 %... peuvent favoriser ce type d'évitement et de conditionnement. Un dernier point, sur lequel je finirai, c'est celui des facteurs sociaux. Evidemment, la question d'accéder au statut de malade est une question centrale, vous le savez. Ce dont ont besoin ces patients, ce qu'ils viennent rechercher auprès de la médecine, souvent, c'est une reconnaissance de leur statut de malade et, parfois, c'est devenu un combat si on ne leur a pas reconnu ce statut de malade. On sait par exemple que donner un diagnostic de fibromyalgie à un patient qui souffre d'un syndrome fibromyalgique, même si on n'est pas certain que cette entité mérite d'être isolée des autres, est associé à des éléments positifs en termes de parcours de soin. Ça met fin à l'errance diagnostique, ça diminue la consommation de soins et donc, il y a des effets positifs. Le risque, bien sûr, c'est que les gens s'enferment dans l'identité de patient qui souffre d'une maladie établie et qui ne pourrait plus en sortir. Donc, c'est quelque chose qui est assez complexe à manier. Je ne crois pas qu'on puisse donner de recommandation générale. Il faut vraiment s'adapter au cas par cas, en fonction de l'adhésion ou pas de la personne à ce diagnostic qui lui a été donné.

Néanmoins, le sentiment de rejet est quelque chose d'important. Je voudrais attirer votre attention sur les travaux qui suggèrent qu'un sentiment de rejet, non seulement favorise les douleurs de type somatoforme, mais, en plus, nous rend plus enclin à adhérer à des théories étiologiques peut-être un peu limites, voire farfelues. Alors, comment faire pour tester, en psychologie expérimentale, le sentiment de rejet social ? Par exemple, on invite quelqu'un à participer à un jeu vidéo. C'est assez ancien, vous le voyez, on a fait des progrès dans le jeu vidéo depuis. Le personnage est figuré par la petite main en bas. Il s'inscrit et il va jouer avec deux protagonistes qu'il a rencontrés avant cette expérience, donc Pierre et Xavier. Ils ont l'air sympa, très bien. Au début, ça se passe bien. Pierre passe la balle à Xavier, Xavier la passe à Cédric, en l'occurrence. Puis, après un certain temps, ça se corse, puisque Pierre et Xavier, pourtant sympathiques, se mettent à jouer entre eux et m'excluent de cette partie de balle. À moi, ce qu'on a dit, c'est qu'il s'agissait d'un test de mon imagerie mentale, pour voir si j'étais capable de m'imaginer en train de faire une partie de beach-volley. Mais, en fait, ce que je ressens, c'est un sentiment d'exclusion. On peut s'intéresser au fonctionnement de mon cerveau pendant que j'ai ce sentiment d'exclusion.

*« Le sentiment d'être rejeté nous prépare à adhérer à des théories étiologiques. »*

La constatation qui a été faite et qui est tout à fait fascinante, c'est que les régions cérébrales qui sont impliquées lors de ce sentiment de rejet social sont des régions cérébrales qui sont impliquées dans la dimension affective de la douleur, ce qui fait que la nociception est aversive et pénible. Ce sont aussi des régions, vous le voyez en haut à gauche, qui distinguent les patients souffrant de troubles somatoformes douloureux des personnes saines ou des personnes souffrant de troubles somatoformes non douloureux. Donc, le rejet social induit non seulement un sentiment pénible, mais aussi favorise l'activation des régions cérébrales qui sont chargées de rendre la nociception pénible, c'est-à-dire la nociception douloureuse.

Par ailleurs, le rejet social au niveau comportemental favorise l'agression, sauf si on n'a pas d'autre personne à qui s'affilier que la personne qui nous agresse. C'est un autre sujet. Concernant les comportements prosociaux, quand j'ai été exclu par A, je vais être plus prosocial avec B et C. J'ai plus travaillé pour le groupe, plus coopéré. Je vais offrir plus spontanément mon aide, je vais adopter inconsciemment les mimiques de mon interlocuteur, noter avec plus d'indulgence une prestation orale, me conformer aux opinions des autres, exprimer un sentiment religieux, manifester de l'intérêt pour de nouveaux groupes – même étranges –, adhérer à des croyances conspirationnistes ou superstitieuses. Donc, le sentiment d'être rejeté nous prépare à adhérer à des théories étiologiques qui, éventuellement, nous ont semblé tout à fait irrationnelles. Si elles nous permettent de réparer ce sentiment d'exclusion sociale, elles vont devenir très appétitives.

Voilà pour ce modèle. J'en ai terminé avec cette exposition. Je voulais à nouveau vous dire que ça me semble être une partie importante de la prise en charge que de proposer un modèle explicatif. Même s'il est sommaire, même s'il est schématique, de toute façon, on l'offre aux patients en disant qu'on va en tester certains bouts lors de la thérapie, lors de l'exercice d'exposition, par exemple. Il s'intègre tout à fait aux principes thérapeutiques que j'ai résumés sur une diapositive, mais ce n'était pas l'objet aujourd'hui. Il faut travailler l'alliance thérapeutique encore plus qu'avec d'autres patients, puisqu'en général, on leur offre un diagnostic qu'ils ne souhaitent pas. La restructuration cognitive a montré son intérêt quand on s'intéresse à assouplir les croyances autour d'origines purement physiques des symptômes et du catastrophisme, du fait que « ma vie va être foutue à cause de ces symptômes ». L'exposition progressive est extrêmement importante afin de réintroduire les comportements que les patients ont cessé d'avoir pour limiter les symptômes à court terme, car ils ne font qu'aggraver les symptômes à long terme. Bien sûr, on évitera d'augmenter l'exposition à la certitude en évitant qu'un autre collègue refasse tout le bilan que dix collègues ont déjà fait, ce qui nécessite beaucoup de temps de communication entre les intervenants pour coordonner cette prise en charge.

Enfin, et c'est peut-être là, d'ailleurs, que mes liens d'intérêts peuvent éventuellement être critiqués, il y a un certain nombre de travaux qui suggèrent que les produits IRS inhibiteurs de recapture de la sérotonine, que le patient soit ou pas cliniquement déprimé, pourraient être efficaces dans certaines formes. Les ISRS sont le traitement médicamenteux le plus efficace – modestement efficace, mais le plus efficace – dans les troubles fonctionnels intestinaux, bien plus que les antalgiques, les antispasmodiques ou les régulateurs du transit. Les IRSNA, inhibiteurs mixtes, peuvent être utiles dans la fibromyalgie. L'imipramine, un des tout premiers antidépresseurs, a montré son efficacité dans les syndromes somatiques fonctionnels multiples. Un peu de pub pour cet article paru dans la *Revue de médecine interne*, puisqu'il s'agit de présenter le modèle bayésien de la perception lors d'une consultation avec un patient souffrant de troubles fonctionnels. Il est vraiment tourné pour ça, avec des exemples pratiques de la façon dont on peut aborder ce sujet avec les patients. Une dernière page de pub pour ce livre que j'ai eu l'honneur de

coordonner et dans lequel il est beaucoup question, pour ceux d'entre eux qui s'y intéressent plus particulièrement, de la psychiatrie des patients souffrant de troubles somatoformes.

Voilà, j'en ai terminé, merci pour votre attention.

*(Applaudissements.)*

## II) Questions et débats

### **Pierre-André BONNET, médecin à côté d'Avignon**

Bonjour. J'ai deux questions, enfin, une, surtout. Ça fait quelque temps que, dans des lectures et sur Twitter, par exemple, je vois souvent passer des concepts autour d'un troisième type de douleur. Il y avait la douleur nociceptive, la douleur neuropathique et je vois régulièrement passer des trucs autour de la douleur nociplastique. Je voulais savoir si c'est un modèle qui était vraiment valable par rapport à toutes les études que vous avez mentionnées et savoir finalement quel était le lien avec vos travaux. Comment peut-on expliquer ça aussi aux malades ? Est-ce que c'est un modèle auquel on peut se référer ?

### **Cédric LEMOGNE**

Merci pour cette question. Moi, je suis familier de la notion de douleurs centrale, soit que la douleur peut ne pas être causée par des lésions du système nociceptif, du système nerveux, comme c'est le cas des douleurs neuropathiques, mais par une mauvaise compréhension du cerveau des informations qui lui viennent. Un exemple classique que l'on peut prendre avec les patients : le syndrome du membre fantôme, dans lequel le cerveau interprète mal et est capable de ressentir des douleurs qui sont celles du traumatisme qui a pu précéder l'amputation. On peut prendre l'exemple inverse de l'anesthésie locale, quand le patient en a déjà eu une. Le cerveau ne crée pas de douleur parce qu'il n'a pas les informations suffisantes pour créer la douleur. Il y a des arguments importants, notamment issus d'imagerie cérébrale fonctionnelle, pour montrer que certains syndromes somatoformes douloureux, c'est particulièrement le cas pour la fibromyalgie, sont associés à un fonctionnement non pas anormal, mais qui dévie notablement de la normalité, des régions qui associent les régions cérébrales qui encodent les croyances de haut niveau que l'on peut avoir sur notre environnement y compris les croyances sur ce qui doit déclencher de la douleur ou pas aux régions cérébrales, les mêmes que je vous montrais tout à leur, impliquées dans la dimension affective de la douleur nociceptive. Le concept de douleur centrale est tout à fait important parce qu'il permet de se dégager de la nociception et aussi des lésions nerveuses.

### **Yannick CARRILLO, Grenoble**

Moi, je suis installé dans la Drôme, pas très loin de la Drôme du Sud. Ce que vous venez d'expliquer, c'est une difficulté à prendre en charge les patients, non pas d'un point de vue médicamenteux, mais de les prendre en charge d'un point de vue « entretien » lorsqu'ils viennent avec ce diagnostic de maladie de Lyme, d'autant plus lorsqu'il y a une caution de certains infectiologues et puis, éventuellement, d'un prix Nobel. La question est de savoir si, nous, en médecine générale et à part le problème médicamenteux, nous avons les moyens d'aider ces patients.

### **Cédric LEMOGNE**

Je suis persuadé que oui, il y a un élément qui est important. L'élément pronostic sans doute plus important, c'est la durée d'évolution des troubles et, plus particulièrement, la durée d'évolution de la croyance à une cause unique. Le cas clinique dont je vous ai parlé au début montre que le patient consultait pour une possible maladie de Lyme. Il n'avait pas une adhésion à 100 %. Il avait développé un certain scepticisme et ces cas sont plus fréquents que les cas extrêmes, je pense, notamment en médecine générale. Ce sont les cas sur lesquels on a plus d'action. Alors il me semble qu'on peut avoir une action à deux



niveaux : premièrement, presque préventive, en évoquant, plus rapidement peut-être, le diagnostic positif de troubles somatoformes à partir du moment où on a fait les explorations qu'il est raisonnable de faire. En général, c'est l'explication qu'il est raisonnable de faire. C'est à partir du moment où vous dites : « Ça, je le prescris uniquement pour rassurer le patient. S'il n'était pas anxieux, je ne le ferais pas. » À ce moment-là, on est souvent de l'autre côté de la barrière. Il faut se freiner, au moment où on fait ça, et évoquer le diagnostic positif de troubles somatoformes, de troubles à symptomatologie somatique ou de syndromes de détresse corporelle. Ça peut être salvateur pour ces patients, avant qu'ils soient soulagés de leur sentiment d'errance par un autre diagnostic plus farfelu.

Ensuite, sur les patients qui adhèrent à un diagnostic, je pense qu'il y a des diagnostics qui sont très symptomatiques. Fibromyalgie, ça veut dire quoi ? Douleurs musculo-squelettiques, ça décrit bien la situation du patient. Électrosensibilité, ça décrit une attribution à une cause qui, clairement, n'est pas démontrée, voire l'inverse : le fait que ce n'est pas attribuable aux champs électromagnétiques est démontré. Donc, il y a des labels avec lesquels on peut s'associer, puis d'autres avec lesquels on ne peut pas s'associer. Mais quand le patient tient à son diagnostic, si on le récuse, vous savez ce que ça va faire ? Il va voir un confrère, et puis c'est tout. Avec un patient électrosensible par exemple, j'en vois certains, on n'a pas besoin de récuser le diagnostic. On peut, par exemple, travailler sur l'évitement. Si quelqu'un a développé une sensibilité aux ondes, je peux expliquer que, moi, à titre personnel, d'un point de vue de médecin, je ne crois pas qu'ils aient beaucoup de preuves pour ça. Mais j'entends ce qu'il me dit. La pire des choses à faire, ce serait de limiter son exposition aux ondes. Je le dis en étant tout à fait sincère, parce que je pense que c'est la première chose à faire. Donc, s'il vit calfeutré, il essaie de fuir les antennes relais, etc., on va essayer de réfléchir un programme d'exposition comme quelqu'un qui aurait un centre de fatigue chronique. Je sais bien que, chaque fois qu'il fait un effort, il est un peu plus fatigué, mais je sais aussi que c'est cet évitement qui aggrave à long terme. Donc on peut travailler, quel que soit le degré d'adhésion du patient à ces différentes croyances, mais pas de la même façon.

Docteur Xavier GOCKO,  
CNGE – Collège académique

## I) Construction sociale : déconstruction du « SPPT »

Bonsoir à toutes et à tous. Mon seul conflit d'intérêts est d'être le directeur de la rédaction d'*Exercer* et, à ce titre, peut-être vais-je citer un article de la revue.

Je vous propose, pour mieux comprendre la complexité du SPPT, *alias* Lyme chronique, de le déconstruire et, ainsi, d'appréhender sa construction sociale. Tout d'abord, le contexte. Pierre en a parlé et, vu de la Suisse – il y a quelqu'un qui parlait de la Suisse – il y a un éditorial dans la *Revue médicale suisse* qui s'étonne du divorce entre une institution qu'il qualifie de prestigieuse, la Haute Autorité de santé, et une société savante pas moins prestigieuse la SPILF. Le sujet du divorce est le SPPT, nouvelle entité nosologique définie par la Haute Autorité de santé courant 2018 et finalement rejetée, non pas par la SPILF, mais par de très nombreux collègues – au nombre de 12 – et même le Centre national de référence des borrélioses et l'Académie de médecine.

Parallèlement, vous avez un regroupement d'associations de patients, souffrant ou pensant souffrir de maladie de Lyme chronique, la FFMVT (Fédération française contre les maladies vectorielles à tiques) qui, elle, se félicite de l'introduction du SPPT et qui se félicite aussi de devenir une interlocutrice crédible pour les tutelles et les autorités de santé.

Dans ce contexte acrimonieux, la vieille question « qu'est-ce qu'une maladie ? » revient vraiment sur le devant de la scène. Les anthropologues, les sociologues et les philosophes proposent d'y répondre par un processus, d'abord, de simplification, avant de voir les

interactions et en envisageant les trois perspectives que vous connaissez tous : celle du malade, celle du médecin, celle de la société et, bien sûr, leurs interactions.

« Pour le médecin, on est assez loin du ressenti de l'expérience vécue. »

Alors, je ne vois rien sur ma diapositive, mais on va essayer de le faire sans voir. La perspective du malade, elle, est issue de l'individu, bien sûr. Ce sont les symptômes, mais pas seulement. Ce sont aussi toutes les émotions qui sont rattachées à ces symptômes : la peur, l'anxiété... Elle se construit avec l'entourage et elle se construit aussi, pour le SPPT ou Lyme chronique, avec le monde associatif.

Pour le médecin, on est assez loin du ressenti de l'expérience vécue. On est plus dans une réalité, une entité nosologique et ontologique, le réel, le vrai, le mesurable et l'objectivable. Ça se construit avec nos confrères, avec les chercheurs, avec les associations, les collèges, et, bien évidemment, avec l'industrie pharmaceutique, l'exemple le plus flagrant étant le *disease mongering*.

La perspective sociale, « Sickness », elle, se construit face à des normes. Il est plus normal d'être absent de son travail si on a un cancer que si on a une rhinopharyngite, pour vous donner un exemple que vous compreniez bien. Puis, elle se construit avec les agences de santé, avec le caractère législatif, l'assurance maladie et les mutuelles pour le remboursement et la prise en charge. Il s'agit souvent d'une maladie non prise en charge et non remboursée. La fibromyalgie, par exemple, a demandé longtemps son ALD.

Maintenant, on repasse au Lyme chronique ou SPPT. Qu'est-ce que le « Illness », la perspective du malade, donc ? Ce sont des malades, on l'a dit, qui sont fatigués de manière chronique, qui ont des plaintes mnésiques, des douleurs diffuses, des arthralgies et des myalgies. Pierre et Cédric l'ont bien dit, ils sont en errance. Ils multiplient les avis, les examens complémentaires. Chaque consultation, chaque examen est l'espoir d'un diagnostic, d'un suivi, d'un traitement adéquat, et chaque consultation, elle, fait naître un sentiment d'ambivalence avec une réassurance quant à la maladie qu'ils n'ont pas. Le neurologue va leur dire : « Vous n'avez pas de sclérose en plaques », « Ouf ! », mais il y aura aussi un sentiment d'inquiétude parce que, Cédric l'a bien dit, l'incertitude est difficile à supporter, l'absence de diagnostic aussi. Je vous invite à lire l'étude de Forestier dans la *Revue de médecine interne*, très intéressante.

Ils sont décrits comme appréciant l'écoute et l'approche globale et, Pierre l'a dit, ils amènent un dossier très important, et on y passe beaucoup de temps. Dans la recommandation, je crois qu'on a mis quelque chose comme 45 minutes à la première consultation. Vous voyez ce que ça peut faire. Les relations sont parfois conflictuelles avec le monde médical. Ils ont un sentiment d'abandon et un manque de reconnaissance dont on a parlé, et ce sentiment d'abandon et ce manque de reconnaissance participent à la douleur, comme vous l'a dit Cédric. Cela fait aussi qu'ils ont recours à des médecines dites complémentaires ou alternatives, et parfois qualifiées aussi de non conventionnelles, comme ce qu'on a pu voir comme ordonnance. Ils font leur diagnostic ou le médecin le fait et ils prennent leurs informations principalement sur Internet. Ils doutent de la fiabilité des tests sérologiques et, pour les Français, ils adhèrent assez facilement à des théories du complot, comme l'impossibilité d'experts de Lyme chronique d'exercer librement.

Du côté des médecins, c'est très différent. Vous pouvez en rester au fait qu'il s'agisse de syndromes aspécifique avec le risque de dichotomie dont on a parlé, hier, pendant la plénière sur le mental, du soma et de la psyché, en disant : « C'est dans leur tête. » En Suisse, aux États-Unis, on a quand même défini des critères pour le PTLDS et il faut répondre aux critères, comme les critères de la fibromyalgie ou du syndrome de l'intestin

irritable, et on a même défini des prévalences. Vous voyez, c'est assez rare, un peu plus fréquent quand on a eu une neuroborréliose.

*« Le Lyme chronique, c'est aussi prendre en compte que les chevauchements dans les syndromes somatiques fonctionnels sont fréquents. »*

Pierre l'a dit, les diagnostics différentiels sont très nombreux. La figure n'apparaît pas sur la diapositive, mais ce n'est pas grave, parce que Cédric l'a très bien expliqué. Le principal cas, ce sont les syndromes somatiques fonctionnels, avec des facteurs favorisants, comme une maladie dans l'enfance, mais aussi comme un événement de vie important, dans l'enfance. Le facteur déclenchant – c'est la suite de la plénière de l'année dernière, à Tours, avec le Professeur Cathébras et Érik Werner – ici, c'est le Lyme. Les mécanismes anticipatoires et l'excès de nociception étaient décrits par Cédric. Les facteurs de maintien et d'aggravation, ce sont cette errance qu'on a décrite, ce manque de reconnaissance, l'absence d'activité physique, très bien décrite aussi. Nous, on peut leur proposer des choses à ce niveau-là.

Alors, bien sûr, il y a des questions, et le Lyme chronique, c'est aussi prendre en compte que les chevauchements dans les syndromes somatiques fonctionnels sont fréquents et, par exemple, l'étude de Renque et Garnier dans *Médecine et maladies infectieuses* les pousse à dire que les patients ont des caractéristiques très proches d'une fibromyalgie post-infectieuse, renvoyant à la question de l'unicité posée par Cédric. Il y a deux courants : ceux qui pensent qu'une seule maladie est l'artefact de la spécialisation, et puis ceux, quand même, qui pensent que, peut-être, il y a, par exemple dans le côlon irritable, un rôle du microbiote ou des choses comme ça. Il y a aussi des comorbidités et on l'a très bien dit. Vous voyez, par exemple, on a comparé dans cette étude, c'est assez significatif, le ralentissement moteur. Il est comparable entre PTLDS et dépression majeure. Je remets cette diapo pour que nous, médecins, on ne fasse pas le raccourci « il déprime », et qu'on se rende bien compte que c'est une comorbidité et que c'est un facteur de confusion – Cédric, on en discutera – dans l'efficacité des IRS, cette comorbidité. Alors, quand il n'y a pas la même vision de la maladie par le médecin et le patient, quand il y a une différence, la maladie est controversée et le manque de reconnaissance peut pousser à lutter pour le statut de malade, ce que disait Pierre. Finalement, des malades nous disent « prouvez-moi que je ne suis pas malade », alors que d'habitude, on dit plutôt « prouvez-moi que je suis malade ».

*« Internet a agi comme une dérégulation de l'information. »*

Loriol, en 2003, décrivait déjà les stratégies des associations pour faire exister une maladie controversée. La première stratégie était dite sociale, avec une coupure du monde qui aurait des idées et une réalité différente et des stratégies politiques avec du lobbying. Pardon Vincent, mais l'influence, c'est vraiment mauvais pour l'information, avec la diffusion de travaux favorables, des témoignages, des pétitions, et une recherche qualifiée souvent de profane.

Cette diapositive parle d'elle-même pour montrer le lobbying et je vous laisse en prendre connaissance, ce n'est pas très long. Pour la bataille de l'information, j'ai décidé de rajouter à ma présentation un tweet. Alors, ils passent un super mardi, on préparait ce beau congrès et on essayait de valoriser tout le travail de l'équipe de Nantes – et je les remercie encore

publiquement. Il y avait ces superbes panneaux et, donc, tweet de Xavier, toujours candide. Voilà, tranquille. Il est immédiatement suivi, à 11 heures d'un tweet nettement moins anodin, nettement moins candide, et plutôt très diffamatoire.

*(Applaudissements.)*

J'en profite pour vous dire que vous pouvez tweeter. Alors, se pose la question de la manière dont se diffuse la croyance et, là, je vous conseille, non plus un article, mais le livre de Bronner, *La Démocratie des crédules*, qui est passionnant et qui va vous expliquer qu'Internet a agi comme une dérégulation de l'information. Il va aussi vous expliquer le concept de démagogie cognitive. Alors, si vous n'avez pas le temps de lire, on va quand même essayer de le faire ici aussi. Donc, il explique qu'auparavant, les informations étaient triées par des *gatekeepers*, qu'on pourrait qualifier d'experts – en fait, des journalistes, des universitaires, des médecins –, et que les légendes urbaines, les rumeurs, restaient dans des espaces confinés de radicalité.

Le mode de transmission, c'était l'interlocution, en gros, le bouche-à-oreille. Du fait de la limite de la mémorisation, on assistait une simplification des informations un peu comme quand on raconte une blague. Si vous le faites à 5 ou 6 personnes, elle est nettement moins riche. La diffusion était très lente et les sujets, du coup, restaient cantonnés à des faits historiques majeurs comme les premiers pas sur la Lune. Et puis, Internet s'est développé et a agi comme l'amplificateur des croyances. Il élargit l'assiette des croyances, même à des sujets très techniques. Alors, pas comme le nombre d'Avogadro, Rémy, pas encore, mais comme le Lyme chronique. Il a aussi accéléré leur diffusion et Bronner cite l'exemple des théories conspirationnistes. Vous voyez, 27 jours après le 11 septembre, quelques heures seulement après Charlie Hebdo. En 4 jours, plus de 100 arguments ont été retrouvés sur Internet pour soutenir la théorie conspirationniste après Charlie Hebdo. Il a des exemples vraiment parlants, comme le trajet de la manifestation qui reproduirait la carte d'Israël à l'envers. Je vous conseille vraiment ce livre.

Alors, la vitesse de l'information, ajoutée à la pression concurrentielle et à une presse en crise, contamine l'information conventionnelle et, vous avez compris, c'est ça le concept de démagogie cognitive. Pour l'exemple, cet article, qui a valu à Pierre et moi cet été un coup de téléphone d'un autre journal pour qu'on donne notre avis sur cette expérimentation secrète du pentagone, illustre véritablement le concept de démagogie cognitive. Si vous vous servez du site Google trends, qui va vous donner un petit peu le nombre de recherches effectuées pour la maladie de Lyme ou pour autre chose – votre nom, par exemple pour les plus narcissiques d'entre nous – vous verrez que le SPPT a exactement, ou presque exactement, le même impact que cet article de Ouest France, ce qui limite vraiment le caractère scientifique de la diffusion de l'information.

Le 11 novembre, si vous vous sentez fatigué, que vous avez un peu des troubles mnésiques et que vous vous posez la question de la maladie de Lyme, vous effectuez une recherche sur Internet. J'ai effectué cette recherche le 11 novembre, mais je n'avais pas ces symptômes. Souvent, les gens ne consultent que la première page pour 90 % d'entre eux, peut-être même un peu plus. Bien sûr, sur la première page, vous voyez que 9 sites sur 10 étaient en faveur de la maladie de Lyme et que quatre étaient commerciaux.

*« Je vous propose de retracer un petit peu l'historique de la maladie de Lyme afin de dépister des anomalies potentiellement dissonantes. »*

Tout ça nous dit comment l'information est diffusée. On a vu qu'elle diffusait beaucoup, mais ça ne nous dit pas comment naît une croyance et Bronner répond à cette question par la théorie des anomalies dissonantes. Alors, sur cette photographie, vous voyez sept anomalies dissonantes qui pourraient faire penser que l'homme n'a pas marché sur la Lune.

On ne va en faire qu'une : ce drapeau qui semble flotter alors même que la Lune n'a pas d'atmosphère a posé question chez certains. La NASA a très rapidement répondu le lendemain que le drapeau a été froissé dans la boîte, et c'est parti pour une théorie conspirationniste. Pour les plus curieux d'entre vous, je vous laisse regarder les six autres points.

Je vous propose de retracer un petit peu l'histoire de la maladie de Lyme afin de dépister des anomalies potentiellement dissonantes. C'est moi qui dis qu'elles sont dissonantes, celles-là, donc ce n'est pas comme d'habitude. Par contre, l'article, c'est même un livre, illustre l'histoire de la maladie de Lyme. Pierre vous l'a dit, les premiers érythèmes migrants, ça remonte aux années 1910. Lenhof pensait avoir observé des spirochètes, dont les érythèmes chroniques en Europe, mais il a perdu tous ses travaux. Il a une bonne excuse : deux guerres mondiales. Sonck, un dermatologue, démontre l'étiologie infectieuse. Il s'injecte des croûtes et des biopsies d'érythèmes quelques jours et quelques semaines avant un congrès de dermatologie internationale et, comme il a lui-même un érythème, il est assez fier de le montrer à tout un chacun. On voit que l'engagement pour les congrès a baissé au fil des années.

*(Applaudissements.)*

Parallèlement, aux États-Unis, les érythèmes chroniques migrants ne passionnent pas la foule. Peut-être un peu les acrodermatites, mais pas tellement les ECM. Il faut attendre, comme vous l'a dit Pierre, 1976 pour qu'un rhumatologue, Steer, introduise le terme d'arthrite de Lyme. Il fait un parallèle entre un rash qu'il retrouve chez Polly Murray, chez la fille de Judith et les enfants, les voisins de cette jeune fille, et la gonarthrite que tous ses patients ont. Comme il a travaillé au CDC, il a encore des contacts et, avec des chercheurs de Yale, ils se disent qu'il y a vraiment un point commun. Ils définissent une nouvelle maladie. Ils ont plutôt l'idée d'un arbovirus exotique plutôt que d'une bactérie. Ils ont cette idée parce que, Pierre vous l'a dit, c'est une maladie qui peut guérir d'elle-même. Donc, le niveau de preuve des antibiotiques est assez faible. À l'époque, ils n'ont pas tellement envie de traiter tout de suite. En 1982, Burgdorfer, vous avez tous reconnu le nom, identifie les spirochètes dans le tractus digestif des tiques. En 1987, le témoignage très puissant de Polly Murray passe à la télévision. Elle décrit sa maladie comme un cauchemar, après avoir vu 24 médecins sans identification de sa maladie, ce qui, à l'époque, était normal puisque la maladie n'existait pas. Elle dira même : « Les tiques sont partout. »

Des tests urinaires de dépistage seront commercialisés. Vous voyez très rapidement le lien entre des faits biologiques des faits sociaux et du commercial. Dans une pleine époque d'épidémie de SIDA, la crainte des maladies infectieuses est importante. L'urbanisation suburbaine fait que les diagnostics sont de plus en plus nombreux. L'incidence augmente. Alors, que peut-on repérer comme anomalie dissonante expliquant la croyance ? Je pense que l'écart entre 1910 et 1982 a agi comme une anomalie dissonante. Ça a mis beaucoup de temps pour identifier le spirochète et, comme cette bactérie peut se cacher, s'enkyster, perdurer, comme *Treponema pallidum*, ça a donné l'idée aux gens qu'en effet, il y avait un problème avec la bactérie.

Une autre anomalie dissonante : Polly Murray a consulté 24 médecins et, cet été, Laura a fait part de son témoignage dans le *Journal de la santé des femmes*. Elle, elle consulte 69 médecins avant de rencontrer un des plus célèbres experts du Lyme chronique, ou Lyme doctors, qui, enfin, lui a dit : « Vous avez la maladie de Lyme. » Les deux, vous le voyez, ne sont pas comparables. Polly Murray avait vraiment une arthrite de Lyme. Laura a probablement un syndrome somatique fonctionnel et elle ferait mieux d'aller voir Cédric.

*« Le cerveau cherche plus à confirmer qu'à infirmer. »*

Pierre vous l'a dit, l'absence de véritables tests prouvant une infection active peut perturber ceux qui ont vraiment besoin de certitudes. Notre cerveau est aussi complice des



magazines et je voudrais vous faire part de quelques biais cognitifs qu'il connaît. Le premier, vous l'avez entendu ce matin avec Rémy qui vous l'a même fait en latin : « Après cela, donc à cause de cela. » C'est quand on confond la corrélation et la causalité. Pour les amoureux de la zététique, la science du doute, vous savez, ça renvoie à l'idée du nombre de naissances en fonction du nombre de nids de cigognes sur les cheminées. Ici, je pense que personne ne fait de lien entre les deux, sauf peut-être vos enfants.

Après, je vous propose le biais de confirmation qui est un biais très naturel où le cerveau cherche plus à confirmer qu'à infirmer. Il se combine avec les algorithmes de recherche Internet, parce que vous savez que sur Internet, votre ami Google sait ce que vous cherchez, et donc va vous confiner à votre recherche. Pour illustrer ce biais, je vous propose de réaliser la tâche de sélection de Wason. Merci à Christian Michel, qui m'a fait connaître cette tâche. Voici quatre cartes, chacune portant une lettre sur un côté, et un nombre sur l'autre. Attention, on s'accroche, c'est le soir, on est un peu fatigué. Deux de ces cartes apparaissent du côté lettre, deux du côté nombre. Indiquez quelle(s) carte(s) il vous faut tourner pour vérifier l'affirmation suivante : si une carte porte une voyelle d'un côté, alors elle porte un nombre impair de l'autre côté. Je vous laisse deux minutes. Même si j'ai parlé du biais de confirmation, la majorité d'entre vous a dû se dire : « Bah, c'est E. » Quelques-uns ont pu dire : « E et 5 pour être sûr ». En fait, si vous voulez valider la règle, il faut faire E pour confirmer et 4 pour infirmer. Vous voyez comme notre cerveau peut être compliqué.

Le dernier biais est celui de la négligence de la taille de l'échantillon. La puissance de la narration et les soutiens médiatiques font oublier la fréquence de base qui, vous avez vu, est un peu faible. On retrouve complètement cette négligence de la taille de l'échantillon dans les mots de Polly Murray, « les tiques sont partout ». La photo est un extrait de vidéo qui est sur le site de la Fédération française contre les maladies vectorielles à tiques. Ce biais de négligence de l'échantillon, on peut aussi l'expliquer, par exemple, avec Nostradamus : si vous faites 100 000 prévisions, probablement, il y en a une qui tombera juste.

*« Quand on attribue quelque chose à l'extérieur, il y a un phénomène de disculpation ou d'exculpation plus simple. »*

Je voudrais vous parler d'avenir. Je ne sais pas ce que va devenir le SPPT, mais vous avez compris qu'ici, on travaille en très bonne ambiance. Je voudrais remercier publiquement Pierre et Cédric de leur accueil, vraiment, avec un travail entre collègues nombreux où on sait écouter, parler, et où on s'est enrichi. Moi, j'ai beaucoup appris. Merci. Et peut-être qu'avec un peu de chance, ça deviendra comme le syndrome de fatigue chronique aux États-Unis, on en entendra beaucoup moins parler dans quelque temps. Voyez-vous, en 1984, le docteur Cheney décrit une épidémie de syndrome de fatigue chronique autour du lac Tahoe, dans un village nommé Incline, une villégiature à la mode pour jeunes cadres dynamiques, on va dire. Il fait des sérologies un peu de tout, et il y en a une qui ressort positive pour l'EBV. Voyez le biais cognitif d'attribution causale : il attribue le syndrome de fatigue chronique immédiatement à l'EBV. Le CDC est mandaté et infirme. Ça n'empêche pas qu'en négligeant la taille de l'échantillon – il est juste sur le lac Tahoe, à Incline Village, il ne fait pas tous les États-Unis, donc il a plusieurs biais –, il crée une association et cette association a une certaine notoriété qui se développe. Si vous lisez le papier de Cathébras de l'époque, il explique, comme Cédric, que c'est une attribution exogène. Endogène, c'est un dérèglement, exogène, c'est une bactérie, un virus... Quand on attribue quelque chose à l'extérieur, il y a un phénomène de disculpation ou d'exculpation plus simple. Il est plus facile de dire « c'est la faute du Lyme » que « je suis un jeune cadre dynamique qui travaille beaucoup trop » – ce qui n'est peut-être pas faux d'ailleurs, sauf pour le côté jeune.

Je voulais vous parler des morgellons, mais je crois qu'on n'a pas trop le temps donc je vais vous les passer. Vincent est déçu, un peu, alors je vais expliquer. On va faire deux plaquettes de morgellons. C'est une maladie controversée que personne ne connaît, probablement. Tout part d'un enfant qui a une lésion au visage. Sa maman est biologiste et elle décide de prendre une croûte, de la grossir 50 fois au microscope et elle voit des filaments. Elle consulte de nombreux médecins. Vous voyez, le mécanisme de l'errance, de nouveau. Tous disent « eczéma ou Münchhausen par procuration », voire pire. Mais elle va sur Internet et elle retrouve une vieille maladie européenne avec un nom français du XVII<sup>e</sup>, et même une publication dans le BMJ, où il y aurait peut-être des myiasas et des mouches.

Comme on ne l'écoute pas, et ça, c'est très important, il faut les écouter et les prendre en considération, elle fonde une association, un site web et, en quelque temps, vous avez la Fox News Floride qui parle de 12 000 cas en trois ans de morgellons. Vous avez toujours le CDC qui dit que ce sont fibres de coton, etc., des délires d'infestation. Il y a même un médecin qui travaille dans une école d'ostéopathie qui obtient un budget de recherche et qui travaille dessus. Vous voyez le concept de démagogie cognitive ? 387 émissions passant à la télévision, dont 377 en faveur de l'existence de la maladie : CNN, NBC, ABC... On voit que la dérégulation est déjà bien en place. Il y a même une vétérinaire, Middelveen, qui fait un parallèle avec le Lyme et qui mélange même un peu d'*Helicobacter pylori* au milieu. Ça devient sympathique.

En 2012, cette maman dissout l'association et le site web. Elle a probablement rencontré Cédric. Pourtant, le site ne tombe pas à l'eau. Il est repris, et les théories conspirationnistes l'accompagnent, comme le bioterrorisme, les OGM, il y a même l'immigration clandestine, il y a absolument tout. On dit que c'est peut-être la première maladie transmise par Internet puisqu'elle a gagné l'Europe en 2007, avec, bien sûr, la Grande-Bretagne avec le parallélisme aux États-Unis, l'Inde en 2016 et la Corée en 2017. Sur MEDLINE, vous trouverez un papier par pays sur les morgellons. Voilà, c'était une petite anecdote.

Alors, comment faire avec ces patients ? C'est la diapositive de conclusion, je vous rassure. En premier, on l'a dit, il faut reconnaître leur souffrance, la nommer. Légitimer le trouble en tout cas, je n'ai pas dit qu'il fallait reconnaître le Lyme chronique, j'ai bien dit reconnaître vraiment leur souffrance, éviter l'errance. L'année dernière, on avait dit avec le professeur Cathébras que quand vous pensez à un syndrome somatique fonctionnel, vous avez raison. On ne se trompe quasiment pas. Quand vraiment vous voyez un énorme dossier, qu'il y a eu je ne sais pas combien d'exams et que vous vous dites « bon, eh bien, c'est ça », il faut y aller. Nous, en tant que médecins communicateurs scientifiques, il faut probablement qu'on commence à lutter contre les croyances, à expliquer les biais cognitifs à ces patients qui s'enferment dans l'identité circulaire de malade qui, certes, les a soulagés un moment – ça soulage un peu leurs conflits intrapsychiques –, mais, maintenant, cette identité risque de les dévorer. Il faut leur expliquer aussi que les médias, pour le moment, obéissent à la démagogie cognitive. Comment le faire, voilà mon conflit d'intérêts avec *Assertivité, professionnalisme et communication en santé*, article de Richard et de Lussier paru dans deux numéros d'*Exercer* qui se résume par ce biais : souple dans la forme, ferme dans les idées.

Je vous remercie.

## Questions et débats

### De la salle

Bonjour, j'ai trois petites questions. J'ai été un gamin, souvent en culotte courte. On était souvent dans les champs, mais on n'était jamais piqué par les tiques. Maintenant, les gamins ne peuvent pas aller se promener dans les bois. Donc, est-ce qu'il y a plus de piqûres de tiques maintenant qu'il y a 50 ans, ce qui explique peut-être l'augmentation des consultations dans ce domaine ? Que répondre à nos patients qui vont voir des spécialistes de la maladie de Lyme qui les envoient faire des bilans au Luxembourg, en Allemagne, même chez le vétérinaire parce qu'ils ont des tests plus efficaces que les nôtres ? C'est surtout ces problèmes-là qu'on rencontre souvent, nous, dans nos consultations.

### **Cédric LEMOGNE**

De temps en temps, en psychiatrie, vous savez qu'on soigne des troubles phobiques. À Paris, où je travaille, parfois, les gens viennent consulter, ça paraît curieux, pour la phobie des pigeons. C'est une maladie ridicule et très invalidante pour un Parisien, pour beaucoup de gens qui vivent ailleurs. Ces patients peuvent me dire, en venant me voir, combien ils ont vu de pigeons entre la descente du métro station Balard et l'arrivée à Pompidou. Ils ne disent pas qu'il y en a plus, mais ils peuvent venir et dire qu'il y en avait deux à l'abribus, un derrière le kiosque, etc. C'est donc, je pense, qu'une partie de l'augmentation du nombre de piqûres ou d'observations des tiques tient au fait de ce qu'on a évoqué : la préoccupation et l'observation de ces piqûres. C'est une réponse qui, bien sûr, va être complétée par le professeur Tattevin, mais je pense que ce point-là est très important. Quand on craint quelque chose, on observe ce quelque chose.

### **Pierre TATTEVIN**

Moi, je ne suis pas entomologiste, mais on a eu quelques réunions avec les collègues qui font, tous les ans depuis dix, quinze ou vingt ans, des récoltes de tiques avec de grands tissus et qui vont dans différents endroits. C'est très hétérogène au niveau géographique, c'est très hétérogène dans le temps, mais ce n'est pas tellement la densité de tiques qui semble avoir changé, c'est juste qu'on est sans doute de plus en plus souvent exposés. On avait un entomologiste dans le groupe des recommandations, et pourtant je n'ai pas eu d'information comme quoi il y aurait de plus en plus de tiques dans la nature. Peut-être pour enchaîner sur la question d'après qui était ce qu'on fait avec ses patients qui viennent d'aller voir des Lyme doctors, qui vont encore les revoir, je pense vraiment que le principal, et Xavier l'a bien dit, reste d'y consacrer un peu de temps. Nous, on fait toujours des doubles plages de consultation pour les écouter sans idée préconçue, essayer de trouver dans ce qu'ils nous racontent, dans ce qu'ils nous amènent comme classeurs avec toutes les informations et les résultats, des points sur lesquels on arrive à attirer un peu leur attention, à leur faire prendre conscience du délire que c'est d'avoir déjà dépensé 5 000 euros à envoyer des examens qui ne sont pas validés, donc pas remboursés. Il n'y a pas de formule magique. Ce qu'on peut dire, c'est que sur les collègues, en France, qui ont commencé à développer ces consultations-là, on est plutôt plus rassuré qu'on ne l'était avant de commencer cette activité. On trouve qu'au fil du temps, ça s'apaise.

### **Franck DILLINGER, médecin généraliste remplaçant à Rennes**

Je voulais poser une question. J'ai vu des collègues, et même des patients, qui demandaient d'analyser les tiques retirées, notamment auprès des services vétérinaires, et j'ai vu des collègues qui m'ont dit qu'ils l'avaient déjà fait. Quelle est la pertinence de cette pratique ?

### **Pierre TATTEVIN**

Nos entomologistes ne l'ont pas recommandé, parce que ça coûte assez cher. Finalement, on peut juste identifier un risque ou l'absence de risque. Si la PCR est positive pour le Lyme, il y a un risque et si elle est négative, c'est qu'il n'y en a pas sur le Lyme. Mais ça répond qu'à ça et, finalement, ça ne vous dira pas s'il y avait des co-infections possibles. En plus, même si vous voyez un Lyme dans la tique, la probabilité de transmission est tellement faible que ça n'a pas un énorme intérêt, surtout qu'on part d'un chiffre qui est de 10 à 20 % de tiques contaminées dans la plupart des régions françaises.

### **De la salle**

Bonjour. Alors, moi, j'exerce pas très loin de Nice alors je n'ai pas trop de problèmes de Lyme. J'ai une question pour monsieur Lemogne. Vous avez parlé des patients qui pouvaient être rassurés et contents d'avoir un diagnostic, ça m'a fait penser à une jeune patiente qui souffre d'algies diffuses chroniques, à laquelle on a fini par parler de fibromyalgie. L'algologue a pris la décision de la traiter par IRS, et elle en est très fâchée. Au contraire, on a du mal à lui expliquer parce qu'elle me dit : « On me dit fibromyalgie, mais j'ai quelque

chose de vrai, je n'ai pas une fibromyalgie et on me donne des antidépresseurs parce que, finalement, personne n'a trouvé. » Donc, lui donner un diagnostic, ça ne lui a pas plu du tout.

### **Cédric LEMOGNE**

Merci pour cette question. Je pense que ce qui a plu, en tout cas ce qui a été réconfortant pour cette patiente, c'est qu'on donne un diagnostic comme signe que la médecine reconnaît sa souffrance. Ensuite, la façon dont elle a reçu la préconisation d'un traitement par ISRS, c'est que ces traitements, et, là, je pense que c'est l'industrie pharmaceutique qui a beaucoup fait pour qu'on les appelle des antidépresseurs, ils ne sont pas qu'antidépresseurs et ne sont pas toujours antidépresseurs, comme on le sait. Ce sont des produits qui sont inhibiteurs sélectifs de recapture de la sérotonine, donc ils peuvent être, chez certains patients, antidépresseurs, ils sont anxiolytiques, si vous souffrez d'éjaculation précoce, ça ne marche pas mal non plus... plein de raisons de prendre ces traitements. Ils font ce que peut faire un traitement inhibiteur de recapture de la sérotonine et ils peuvent soulager des patients qui n'ont pas de comorbidité dépressive d'un syndrome somatoforme douloureux. Ça, c'est une réalité désormais montrée dans certains travaux. Le problème, c'est que, comme on s'est mis à marquer « antidépresseurs », ça signifie qu'en dépit des dénégations, des exceptions, de ce que vous aurez dit auparavant, que vous ne pensez pas nécessairement que c'est un trouble psychiatrique, eh bien ça apparaît comme quand vous sortez l'ISRS sur votre ordonnance. Évidemment, c'est très important d'expliquer pourquoi on prescrit des traitements sérotoninergiques en quelques mots. On va dire ce que fait la sérotonine, entre autres, elle fixe le niveau d'alerte dans lequel est notre cerveau vis-à-vis des informations menaçantes. On essaie de le réduire pour nous permettre d'être un peu plus tranquille et ça peut marcher dans la dépression, ça peut marcher dans les troubles anxieux, et ça peut marcher, bien sûr, dans les troubles somatoformes. Sans explication du rôle de la sérotonine, on s'en sort mal, donc il faut y consacrer deux ou trois minutes.

### **Béatrice LOGNOS**

Il nous reste le temps pour deux questions.

### **Yannick CARILLO**

Est-ce que vous pouvez me dire ce que vous pensez de ce que nous annoncent les Lyme doctors sur les crypto-infections et de la polémique sur les niveaux de seuil des tests proposés ?

### **Pierre TATTEVIN**

Pour ce qui est de la crypto-infection, on a deux éléments de réponse assez forts. Il y en a un qui est que dans toute l'histoire des expérimentations qui ont été faites, on arrive quand même à la faire pousser la bactérie. C'est compliqué, mais on y arrive. On n'a jamais vu, dans ce type d'expérience, la possibilité de faire repousser les bactéries après, donc il peut rester des morceaux de l'antigène, mais ce n'est pas vraiment de la crypto-infection, c'est quelque chose qui entretiendrait les symptômes, mais qui ne justifie pas de reprendre des antibiotiques. Ce ne sont pas des bactéries vivantes. L'autre chose qui est, peut-être, l'argument le plus fort, c'est que dans les différentes études que je vous ai montrées rapidement, c'était ça, qui était visé, en fait, c'est-à-dire de prolonger les traitements avec deux à trois mois d'antibiotiques actifs sur l'intracellulaire : des macrolides, du Plaquénil des cyclines... Et si leur hypothèse avait été bonne, ça aurait dû apporter un bénéfice. Ça n'en apporte vraiment aucun, donc il y a deux raisons de penser que la crypto-infection n'a pas du tout de traduction biologique.

Pour ce qui est du seuil, c'est comme tous les tests biologiques. Moi, je ne suis pas biologiste, mais, pour faire valider un test, il faut qu'ils déposent un dossier et c'est validé par l'Agence du médicament. Ils ont des seuils différents en fonction des maladies et toutes les sérologies qui sont recommandées en France, qui sont les mêmes que celles qui sont recommandées aux États-Unis ou en Allemagne, où partout où on veut, sont celles qui ont montré que, chez les gens malades, c'est positif, et chez les gens pas malades, c'est négatif.

Il ne faut pas considérer que c'est différent des autres sérologies pour les autres maladies infectieuses, c'est traité de la même manière, c'est juste le battage médiatique qui est un peu différent.

### **Xavier GOCKO**

Pour la préparation de cette plénière, j'ai regardé un peu la littérature, Yannick, et on trouve en effet des gens qui ont essayé de montrer la persistance de la bactérie après un traitement. Alors, tu trouves des choses sur des filaments de l'ADN, des morceaux chez des singes macaques rhésus, dans des broyats de ganglions, tu vois à peu près le niveau de preuve. Voilà, il n'y en a pas beaucoup plus.

### **Badri CHAR, DMG de Créteil**

Merci, je peux enfin intervenir, merci beaucoup. J'avais une question sur les thérapeutiques non médicamenteuses dans les troubles de symptômes somatiques. On a parlé des ISRS, qui ont l'air d'avoir un niveau de preuve faible sur l'efficacité sur les troubles de symptômes somatiques. Je voulais parler des techniques cognitivo-comportementales, notamment, qui ont une efficacité faible à modérée, dans la mesure où ce sont souvent des patients volontaires qui participent aux études, notamment sur les TCC. Je voulais savoir ce qui était validé, en plus des TCC. Je sais qu'il y a aussi les thérapies physiques sur lesquelles il n'y a pas beaucoup de niveaux de preuve, donc je voulais savoir ce qu'on avait à part les ISRS dont le niveau de preuve est très modéré.

### **Cédric LEMOGNE**

Vous avez fait la réponse à votre question. Je pense que la première chose à faire, c'est ce qu'on a dit : c'est-à-dire la reconnaissance du diagnostic, enfin, de la souffrance, et la proposition d'un diagnostic positif qui, en général, est déjà l'essentiel, si on y parvient. Ensuite, ce qui bénéficie d'un bon niveau de preuve quand on regarde des symptômes somatiques fonctionnels très bien spécifiés, comme les troubles fonctionnels intestinaux ou la fibromyalgie, ce seront quand même les thérapies cognitives et comportementales. C'est peut-être ce qui est le plus facile à mettre en place en pratique clinique quand on n'est pas soi-même psychothérapeute : ce sont les thérapies d'exposition. Par exemple, pour la fibromyalgie ou le centre de fatigue chronique, le réentraînement à l'activité physique est quelque chose qui est positif et qui peut être interprété comme une thérapie d'exposition. Dans la recherche un peu compulsive d'informations sur Internet, c'est un peu ce que j'expliquais tout à l'heure, on peut exposer les patients, avec leur accord, en leur expliquant le rationnel, à des périodes courtes d'incertitude, d'abord d'un jour sans forum Internet, puis de deux jours, puis de trois jours, puis d'une semaine et leur proposer de faire eux-mêmes le constat de ce que ça suscite chez eux en terme d'inquiétude et de symptômes.

Et puis, à un niveau de preuve important également, les thérapies d'exposition font mieux que les thérapies de gestion du stress dans les troubles fonctionnels intestinaux. Si on compare une thérapie dans laquelle on se dit, je caricature un peu, que les symptômes fonctionnels intestinaux sont une expression d'une détresse émotionnelle liée au stress, donc qu'on va apprendre à ses patients d'autres techniques de gestion du stress, relaxation ou autres à des thérapies d'exposition dans lesquelles on va essayer de repérer tout ce que font les patients pour échapper à leurs symptômes et leur demander de réintroduire ces comportements petit à petit, contrairement aux idées reçues, en tout cas à l'époque, on fait mieux avec une thérapie d'exposition qu'avec une thérapie de gestion du stress. Il y a quand même, si le niveau de preuve est faible tous syndromes confondus, pour des syndromes somatiques fonctionnels spécifiques clairement on fait mieux avec des thérapies cognitivo-comportementales qu'avec la recherche d'une cause et de traitement spécifique. Et, absolument, pour les ISRS, le niveau de preuve est faible.

### **Xavier GOCKO**

J'ai essayé, grâce à l'article de Pitron et de Cédric qui est auteur, là, sur la *Revue de médecine interne*, l'image du bain chaud pour expliquer l'anticipation et le



déconditionnement à l'effort. Je fais couler un bain, je sais qu'il est à 37 °C, qu'il ne va pas me brûler, mais, quand je mets mon pied, j'ai l'impression que je vais me brûler. Puis, les sensations font en sorte que je sais que je ne vais pas me brûler. En fait, les patients, ils se déconditionnent, ils ne s'exposent plus à aucun effort avec ce mécanisme. Juste en expliquant ça, c'est faisable au cabinet en dix minutes, j'ai eu pas mal de résultats. Je conseille à tout le monde d'essayer. Il faut s'entraîner, comme toujours. La première fois qu'on a prescrit des IRS, on n'était probablement pas bon. Maintenant, on progresse.

### **Cédric LEMOGNE**

Le parallèle est à faire avec l'exercice physique chez les gens, si on avait auparavant une activité physique. Imaginez que vous ne pratiquiez plus la course à pied depuis quelques années et que vous décidez de vous y remettre. Qu'est-ce qui va se passer après votre séance de 5, 6 ou 10 km ? Des courbatures, mal partout, et vous allez probablement interpréter ces douleurs et ces symptômes comme le signe que vous vous remettez en condition physique et, donc, vous allez poursuivre. Petit à petit, vous allez devenir de plus en plus endurant, et, après 10 kilomètres, vous n'aurez plus rien. Mais si vous interprétez les symptômes suite à l'exercice physique comme le signe que vous avez abîmé votre organisme, vous allez réduire votre activité et devenir de plus en plus sensible à l'activité physique. Donc, là, la croyance fait tout, mais elle fait tout parce qu'elle influence le comportement.

### **Béatrice LOGNOS**

Merci beaucoup pour ces interventions et merci pour vos questions.

*(Applaudissements.)*

# Index

*Nous vous informons que nous n'avons pas pu vérifier l'orthographe des noms et des termes suivants :*

Badri CHAR .....	27	Laurence VERA .....	1
Christian Michel .....	22		