



CHU
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE
SAINT-ÉTIENNE

Troubles fonctionnels, médicalement inexpliqués, psychosomatiques, ou somatisation ?

Pr. Pascal Cathébras
Service de médecine interne
CHU de Saint-Etienne

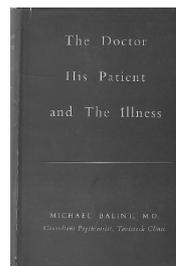


« Je suis une femme âgée de 38 ans, j'habite à *** en France. Je pense être atteinte de FIBROMYALGIE. J'ai été reçue dans un hôpital dans un centre anti-douleurs et par une équipe pluridisciplinaire qui sait que cette maladie existe, mais ils ne la connaissent pas et ne la soignent pas, ils m'envoient tout le temps chez les psys sans succès pour ma guérison. Cette maladie n'est pas reconnue en France par le corps médical. »

Les troubles fonctionnels : une souffrance paradoxale chez le patient et le médecin



Pourquoi les médecins sont-ils mal à l'aise face aux troubles dits « fonctionnels » ?



« Après une série d'examens consciencieux et approfondis, lorsqu'on dit à un malade qu'il n'a rien, les médecins espèrent qu'il va se sentir soulagé et même guéri. Cela arrive, en effet, assez souvent ; mais dans un grand nombre de cas, c'est juste le contraire qui se produit et le médecin réagit à cette situation - toujours inattendue malgré sa fréquence - par une surprise douloureuse et de l'indignation ... (Le malade) pense qu' « il n'y a rien » signifie que nous n'avons pas trouvé, et par conséquent que nous ne pouvons lui dire ce qui l'effraie, le tourmente, et lui cause des souffrances ... »

« Les médecins, conditionnés par leur formation, pensent généralement d'abord à un diagnostic « physique ». Les raisons qu'on avance d'habitude sont qu'une maladie physique est plus sérieuse, plus dangereuse qu'une maladie fonctionnelle. C'est une demi-vérité dangereuse ; dans certains cas la maladie physique représente effectivement une menace plus grave ... mais dans d'autres, la maladie fonctionnelle est nettement le danger le plus grand... Il résulte de cette demi-vérité que les médecins se sentent généralement très honteux lorsqu'ils ont laissé échappé un diagnostic physique minime ou absolument sans importance. »

« L' « élimination par les examens scientifiques appropriés » est également fallacieuse d'un autre point de vue. Elle implique, bien que cela ne soit pas explicitement établi, qu'un patient n'est pas modifié ou influencé par le processus de l' « élimination » ... Cette opinion peut être fausse. L'attitude du patient est habituellement modifiée d'une manière considérable pendant et par les examens physiques. Ces changements qui peuvent influencer profondément le cours d'une maladie chronique ne sont pas pris au sérieux ... (et) n'ont jamais fait l'objet d'une véritable investigation scientifique. »

« ... les maladies sont ordonnées en une sorte de classification hiérarchique correspondant approximativement à la gravité des altérations anatomiques dont on peut supposer qu'elles s'accompagnent. Malheureusement cette classification hiérarchique ne s'applique pas seulement aux maladies, mais aussi aux malades qui ... s'y rattachent. Les patients dont les troubles peuvent être ramenés à des altérations anatomiques ou physiologiques apparentes ou vraisemblables sont d'une catégorie supérieure tandis que les névrosés sont en quelque sorte la lie qui subsiste lorsque tout le reste a été éliminé. Il est donc compréhensible que chaque médecin, lorsqu'il se trouve face à un nouveau patient, ... ne le relègue dans la catégorie de névrosés que lorsqu'il ne trouve rien qui puisse lui conférer un statut respectable. »

Termes utilisés par les médecins généralistes français

(Moreau et al. Rev Prat Méd Gén 2004)

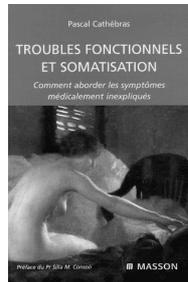
- Troubles :
 - « psychosomatiques » 34%
 - « fonctionnels » 30%
 - « de somatisation » 10%
 - « de conversion » 7%
 - « somatoformes » 5,5%
- Entre un pôle « organique » à 0 et un pôle « psychiatrique » à 10, les MG ont placé les SMI à 5,65

Termes jugés insultants par les patients

(Stone et al. BMJ 2002)

- « dans la tête » 93%
- « hystérique » 52%
- « psychosomatique » 42%
- « médicalement inexplicable » 35%
- « fonctionnel » 12%

Symptômes « fonctionnels », « médicalement inexpliqués », et « somatisation » : surabondance de la nosologie ; ambiguïté des termes et des concepts ; réalité des faits.



Une question de terminologie ?

- Symptômes fonctionnels
- Symptômes médicalement inexpliqués
- Plainte fonctionnelle
- Somatisation
- Troubles somatoformes
- Syndromes somatiques fonctionnels

Une question de terminologie ?

- Symptômes fonctionnels
- Symptômes médicalement inexpliqués
- Plainte fonctionnelle
- Somatisation
- Troubles somatoformes
- Syndromes somatiques fonctionnels

Symptômes fonctionnels

- S'opposent aux symptômes « d'origine organique », de cause lésionnelle, ou relevant d'une physiopathologie établie.
- Les SF sont « subjectifs », au contraire des « signes physiques », des anomalies d'imagerie, et des résultats de laboratoire.
- Connotation (trompeuse*) de bénignité.

* « dans certains cas la maladie physique représente effectivement une menace plus grave ... mais dans d'autres, la maladie fonctionnelle est nettement le danger le plus grand » M Balint

Une question de terminologie ?

- Symptômes fonctionnels
- Symptômes médicalement inexpliqués
- Plainte fonctionnelle
- Somatisation
- Troubles somatoformes
- Syndromes somatiques fonctionnels

Symptômes médicalement inexpliqués

- La tâche du médecin : « éliminer » une cause organique (dite parfois « médicale ») aux symptômes ?*
- Arbitraire de l'attribution d'un symptôme à une cause unique.
- Comment gérer la complexité et l'incertitude ?

* « L' « élimination par les examens scientifiques appropriés » est également fallacieuse d'un autre point de vue. Elle implique, bien que cela ne soit pas explicitement établi, qu'un patient n'est pas modifié ou influencé par le processus de l' « élimination » ... Cette opinion peut être fautive. L'attitude du patient est habituellement modifiée d'une manière considérable pendant et par les examens physiques. » M Balint

SF ou SMI : ampleur du problème

- Extrême fréquence des symptômes dans la population générale (Green *et al.* NEJM 2001).

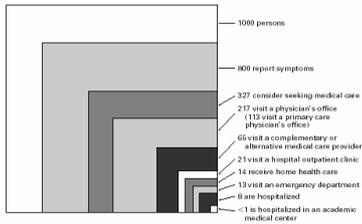


Figure 2. Results of a Reanalysis of the Monthly Prevalence of Illness in the Community and the Roles of Various Sources of Health Care. Each box represents a subgroup of the largest box, which comprises 1000 persons. Data are for persons of all ages.

SF ou SMI : ampleur du problème

- En *soins primaires*, en moyenne un tiers des symptômes sont médicalement inexpliqués (20-74%).
- En *consultations spécialisées ou hospitalières*, la proportion est *grosso modo* identique.
- A *l'hôpital*, 20% des patients admis plus de 10 fois en 8 ans n'ont pas de maladie organique (Fink *et al.* Psychol Med 1992).

Une question de terminologie ?

- Symptômes fonctionnels
- Symptômes médicalement inexpliqués
- Plainte fonctionnelle
- Somatisation
- Troubles somatoformes
- Syndromes somatiques fonctionnels

Plainte fonctionnelle

- La plainte : stade « inorganisé » de la maladie (Balint).
- Situe le problème au niveau du *recours aux soins* plutôt que du symptôme.
- Quels sont les déterminants du recours aux soins ? Un enchevêtrement complexe de facteurs sociologiques, économiques, cognitifs, émotionnels, et propres à l'histoire de chaque patient.

Déterminants du recours aux soins

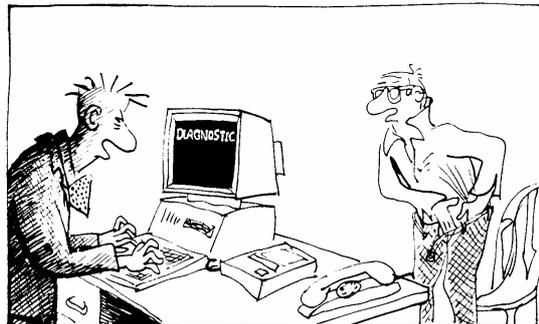
- Expérience antérieure du symptôme ;
- Inquiétude qu'il entraîne ;
- Perception du normal et du pathologique dans un milieu socio-culturel donné ;
- Accessibilité des soins médicaux ;
- Conduites de maladie apprises dans l'enfance ;
- Traits de personnalité ; expériences traumatiques
- Détresse psychique et troubles psychiatriques...

Une question de terminologie ?

- Symptômes fonctionnels
- Symptômes médicalement inexpliqués
- Plainte fonctionnelle
- Somatisation
- Troubles somatoformes
- Syndromes somatiques fonctionnels

Somatisation : un concept ambigu

- *Définition 1* : expression atypique, quoi que fréquente, d'une maladie psychiatrique (troubles anxieux et de l'humeur ++) sous la forme d'une plainte somatique.
(Bridges & Goldberg. *J Psychosom Res* 1985)
- Expression « masquée » des troubles psychiatriques ?
- Défaut de reconnaissance.



Somatisation : un concept ambigu

- *Définition 2* : une « conduite de maladie » : tendance à ressentir et à exprimer des symptômes somatiques dont ne rend pas compte une pathologie organique, à les attribuer à une maladie physique, et à rechercher pour eux une aide médicale.
(ZJ Lipowski. *Am J Psychiatry* 1988)
- Pas de pathologie psychiatrique obligatoire, conflit d'attribution, recours aux soins.

Somatisation : un concept ambigu

- *Définition 3* : des symptômes fonctionnels prolongés et invalidants : « leur étiologie est souvent multifactorielle, et les troubles psychiatriques sont fréquemment, mais non constamment, présents ».
(R Mayou. *Psychother Psychosom* 1993)
- Troubles psychiatriques (approche catégorielle) et/ou détresse psychique (approche dimensionnelle) comme comorbidité, et non comme « cause » des symptômes fonctionnels.

Une question de terminologie ?

- Symptômes fonctionnels
- Symptômes médicalement inexplicables
- Plainte fonctionnelle
- Somatisation
- Troubles somatoformes
- Syndromes somatiques fonctionnels

Troubles somatoformes

- Trouble somatisation (syndrome de Briquet)
- Trouble somatoforme indifférencié
- Trouble de conversion
- Trouble douloureux
- Hypochondrie
- Dismorphophobie
- Trouble somatoforme non spécifié

Les troubles somatoformes : l'approche catégorielle dans ce qu'elle a de plus contestable

- Entités purement descriptives.
- Seuils arbitraires (extrémité d'un continuum).
- Validité incertaine. Utilité douteuse.
- Interpénétration des catégories.
- Comorbidité avec d'autres troubles mentaux, et avec des troubles de personnalité.
- Catégories résiduelles hypertrophiées.
- Problèmes de classification (hypocondrie, conversion, trouble douloureux).

Reviews and Overviews

Somatoform Disorders: Time for a New Approach in DSM-V

Richard Mayou, M.A., M.Sc.,
M.Phil., F.R.C.P., F.R.C.Psych.

Laurence J. Kirmayer, M.D.,
F.R.C.P.(C)

Greg Simon, M.D., M.R.H.

Kurt Kroenke, M.D.

Michael Sharpe, M.A., M.D.,
F.R.C.P., M.R.C.Psych.

Objective: DSM-IV introduced somatoform disorders as a descriptive diagnostic category for somatic symptoms "not explained by a general medical condition." Although retained and enlarged in DSM-IV, somatoform disorders have been the subject of continuing criticism by both professionals and patients. The extended period of preparation for DSM-V offers an important opportunity to reconsider the category of somatoform disorders.

Method: Exploration of the diverse aims of diagnostic classification indicates that the authors must not only address the conceptual and practical problems associated with this category but also reconcile it with the general medical descriptive classification of functional symptoms and syndromes.

Results: The existing somatoform disorders categories require modification. The

authors favor the radical option of the abolition of this category. Disordered somatic symptoms and syndromes should be redistributed into other groupings, and the disorders currently defined solely by somatic symptoms need to be reclassified as an "extensional somatic symptoms and syndromes." Greater use could be made of "psychological factors affecting medical condition" as an axis. The authors suggest supplementing the diagnosis of functional somatic symptoms with a nihilistic formulation.

Conclusions: The authors propose a classification of somatic symptoms in DSM-V that is compatible with that used in general medicine and offers new opportunities both for research into the etiology and treatment of symptoms and for the greater integration of psychiatric into general medical practice.

Am J Psychiatry 2009; 162:487-499

DSM-V ?

- La catégorie « *Somatic symptom disorder* » regrouperait les Troubles somatoformes, les Facteurs psychologiques influençant une affection médicale, et les *Troubles factices* ! (rationnel : place centrale des symptômes somatiques et de la préoccupation vis-à-vis des maladies)
- La catégorie « *Complex somatic symptom disorder* » regrouperait le Trouble somatisation, l'Hypocondrie, le Trouble somatoforme indifférencié, et le Trouble douloureux (rationnel : tous ces troubles comprennent un ou plusieurs symptômes somatiques et des distorsions cognitives).

Une question de terminologie ?

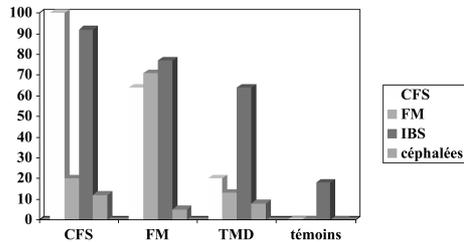
- Symptômes fonctionnels
- Symptômes médicalement inexplicables
- Plainte fonctionnelle
- Somatisation
- Troubles somatoformes
- Syndromes somatiques fonctionnels

Syndromes somatiques fonctionnels

- Fibromyalgie
- Syndrome de fatigue chronique
- Syndrome de l'intestin irritable
- SADAM
- Syndrome d'hyperventilation et douleurs thoraciques non cardiaques
- etc...

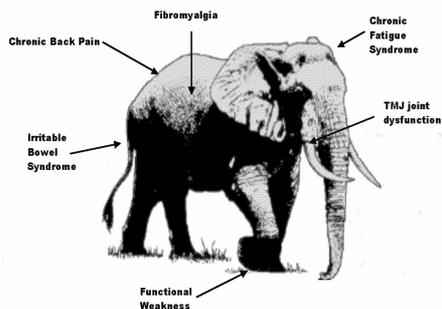
Comorbidité entre les syndromes fonctionnels

(Aaron et al. *Arch Intern Med* 2000;160:221-7)

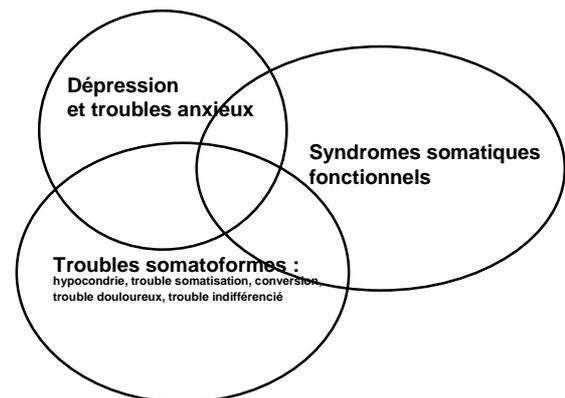


Syndromes somatiques fonctionnels

- Ils sont fréquemment associés entre eux.
- Ils sont associés à la détresse psychique, à la dépression et à l'anxiété, et à des facteurs de risque communs.
- Leur physiopathologie (mal connue) a de nombreux points communs (par ex. « sensibilisation centrale »).
- Les traitements efficaces ont des similarités (antidépresseurs, TCC)



Wessely *et al.* Functional somatic symptoms : one or many ? *Lancet* 1999;354:936-9



La somatisation :

un processus plutôt que des catégories

- Plainte durable de symptômes fonctionnels.
- Attribution à une cause organique.
- Répugnance à relier les symptômes à une détresse psychique.
- Quête infructueuse de soulagement médical.
- Retentissement familial, social, et professionnel.

La somatisation chronique :

une relation médecin-malade insatisfaisante et iatrogène

- Investigations multiples négatives, vécues comme « rassurantes » par le médecin, mais comme une négation de la réalité des symptômes par le malade.
- Discordance des explications médicales renforçant l'anxiété et la perte de confiance.
- Conflit moral de « légitimité ».



« Je suis une femme âgée de 38 ans, j'habite à *** en France. Je pense être atteinte de FIBROMYALGIE. J'ai été reçue dans un hôpital dans un centre anti-douleurs et par une équipe pluridisciplinaire qui sait que cette maladie existe, mais ils ne la connaissent pas et ne la soignent pas, ils m'envoient tout le temps chez les psys sans succès pour ma guérison.

Cette maladie n'est pas reconnue en France par le corps médical. »

Qu'est-ce que la fibromyalgie ?

- Une maladie nouvelle, rare, de cause inconnue ?
- Un diagnostic différentiel pour la polyarthrite, le lupus, les myopathies, etc.
- Le syndrome somatique fonctionnel du rhumatologue (comme la colopathie fonctionnelle pour le gastro-entérologue) ?
- Un trouble psychiatrique (somatoforme et/ou de l'humeur et/ou anxieux et/ou de personnalité) ?
- Une étiquette diagnostique à la mode pour des symptômes banals de douleur et fatigue ?

Fibromyalgie

(critères de l'ACR, *Arthritis Rheum* 1990;33:160-72)

- A : Douleur diffuse
 - depuis au moins 3 mois
 - des 2 côtés du corps
 - dans les moitiés inférieure et supérieure du corps
 - avec douleurs axiales (thorax, rachis)
- B : Douleur provoquée par la pression d'au moins 11 sites sur 18

Figure 3. Tender point locations for the 1990 classification criteria for fibromyalgia (The "Three Graces", after Baron Jean-Baptiste Regnaud, 1793, Louvre Museum, Paris). See Table 8 for details of the tender point site locations.

Problèmes posés par les critères de l'ACR

- Durée des symptômes
- Non-prise en compte des symptômes autres que la douleur
- Fibromyalgie primitive et secondaire :
 - « Il n'y a pas de critères d'exclusion, donc de diagnostic différentiel » (Kahn MF *Rev Prat* 2003;53:1865-72)
- Pertinence douteuse des points sensibles :
 - « Tender points, as the essential criterion, was a mistake » (Wolfe F *J Rheumatol* 2003;30:1671-2)

Fibromyalgie : théories étiologiques

- Théories « périphériques » : muscle ?
- Théories « centrales » :
 - Troubles du sommeil ?
 - Perturbations neuro-endocriniennes ?
 - Hyperalgésie centrale +++

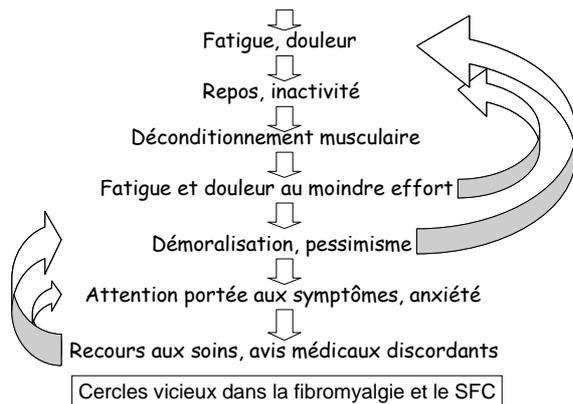
Fibromyalgie : théories étiologiques

- Théories psychiatriques et psychologiques :
 - Variante des troubles de l'humeur ?
 - Trouble somatoforme ?
 - Détresse psychique comme facteur de recours aux soins ?
 - Place du traumatisme ?
 - Personnalité et cognitions (hyperactivité « compassionnelle », attributions, « catastrophisme »)

Fibromyalgie : théories étiologiques

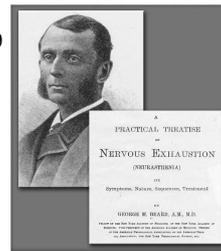
- Théorie « multifactorielle » : cercles vicieux dont la voie finale commune est une exagération de la perception douloureuse :
 - Facteurs prédisposants : génétiques ? antécédents de troubles de l'humeur ? traits de personnalité ?
 - Facteurs précipitants : traumatisme physique ou psychologique ; stress ; infection ; maladie organique (e.g. immunologique) ?
 - Facteurs d'entretien : mécanismes neuronaux de la sensibilisation centrale, déconditionnement musculaire, inquiétude, problèmes sociaux...

Microtraumatismes musculaires, infection virale

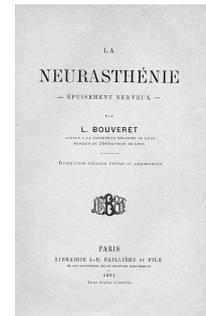


La fibromyalgie a porté d'autres noms

USA, 1869



« Au cours de la neurasthénie, l'hyperesthésie est très commune... elle peut être générale et s'étendre à tous les téguments, surtout au dos, aux régions latérales du tronc, aux extrémités des quatre membres... Il en est ainsi dans cet état nerveux que l'on admet sous le nom de forme spinale de la neurasthénie » (Bouvet)



France, 1891

« Le médecin voit arriver journallement des malades qui se plaignent, conjointement, de douleur dans les muscles et les articulations, et d'une fatigue chronique. Les malades ont parfois un peu de température, mais pour le reste, les examens et les analyses sont négatifs... »

« Le malade, soumis à une série d'examens et d'analyses, voit croître son anxiété et se demande s'il est condamné à devenir un fardeau pour les siens. On lui conseille souvent le repos, et il traîne alors pendant des années une existence de semi-invalide, ponctuée par des séjours d'hôpital ou de sanatorium. »

La fibro-myosite
Weiss & English
Traité de médecine psychosomatique (1952)

Les catégories diagnostiques sont socialement construites

- Dire qu'un diagnostic est une catégorie socialement construite n'est pas nier la réalité des symptômes et de la souffrance.
- C'est affirmer que les théories médicales sont influencées par les idéologies en vigueur à un moment historique et socioculturel donné.

« Les slogans et les modes règnent aussi bien dans la pensée médicale que dans le commerce du vêtement. Et qui vit assez longtemps aura non seulement l'occasion de voir la faillite des slogans proclamés, mais peut-être même leur renaissance. »

Sandor Ferenczi. Sur la neurasthénie (1905)

Les catégories diagnostiques sont socialement construites

- Et qu'en retour, les théories médicales, une fois qu'elles ont diffusé dans le public profane, vont modifier la représentation et la perception des symptômes.

« Il ne faut pas croire que l'étiquette est secondaire ! Son effet suggestif s'étend au médecin et au malade, aussi bien qu'au traitement, et de cette manière il contribue à l'amélioration ou à l'aggravation de la maladie. »

Sandor Ferenczi. *Sur la neurasthénie*

(1905)

- A l'échelon individuel, construire un diagnostic, c'est extraire du chaos des symptômes et de leur vécu (*illness*) les éléments jugés signifiants (en fonction d'une théorie sous-jacente) d'une entité ontologique (*disease*)

Construction sociale de la fibromyalgie (1)

- Les critères diagnostiques de l'ACR donnent l'illusion d'une cohérence dans le chaos des symptômes fonctionnels, et donnent une « réalité » à la « maladie » :
 - en se focalisant sur la douleur et négligeant de nombreux autres symptômes
 - en transformant une *dimension* de douleur chronique (répartie de façon continue dans la population) en une *catégorie* artificielle
 - en prétendant à l'objectivité (points sensibles) tout en détournant l'attention des symptômes centraux de détresse

Construction sociale de la fibromyalgie (2)

- Pourquoi la douleur ?
 - Parce que nous vivons dans un monde médicalisé dominé par l'analgésie (« un monde anesthésié ») dans lequel la douleur n'a d'autre sens que médical

« La douleur arrive à être vue d'abord comme la condition des hommes que la corporation médicale n'a pas fait profiter de sa boîte à outil. L'idée que l'art de souffrir est une réponse alternative et complémentaire à la consommation analgésique acquiert un ton littéralement obscène »

Illich I. *Némésis médicale* (1975)

Construction sociale de la fibromyalgie (3)

- Pourquoi la douleur ?
 - Parce que notre société a créé des attentes irréalistes quant au soulagement de la douleur



Construction sociale de la fibromyalgie (4)

- Les débats autour de la fibromyalgie reproduisent l'idéologie de la stigmatisation des troubles psychologiques et de la souffrance sociale : le déni des facteurs psychologiques apparaît comme la seule solution pour faire de la fibromyalgie une « vraie » maladie.
 - problème de la légitimité des symptômes sans explication médicale satisfaisante
- Construction sociale du pronostic : la fibromyalgie est-elle une affection invalidante ?
 - problème de la reconnaissance sociale du handicap

Combat pour la légitimité, revendication de l'invalidité



FIBROMYALGIA IS REAL

National Fibromyalgia Association
and Citrucel® Launch
Awareness Day 2006 Campaign

May 12, 2006

"But You Don't Look Sick!
The Invisible Pain of Fibromyalgia"



Construction sociale de la fibromyalgie (5)

- Devenir fibromyalgique : une transformation de l'identité :

Hadler NM & Greenhalgh S. Labeling woefulness : the social construction of fibromyalgia. *Spine* 2004;30:1-4.

« *No one has FM until it is diagnosed* »

Ehrlich GE. Pain is real; fibromyalgia isn't. *J Rheumatol* 2003;30:1666-7.

« *How the person suffering persistent widespread pain learns to be a patient with FM* »

Hadler NM. « Fibromyalgia » and the medicalization of misery. *J Rheumatol* 2003;30:1666-7.

En guise de conclusion

- Accepter la complexité et l'incertitude
 - refuser le dualisme et les simplifications abusives
 - causalités circulaires plutôt que linéaires
 - Etablir un langage commun entre somaticiens et psychistes pour rendre compte des situations de « somatisation »
 - mais se méfier des catégories
- « *Les mots, précis et faux, plaqués sur le monde, nous font monter le sang à la tête.* »
- Alice Ferney. *Les autres.*
- et préférer les modèles (multi)dimensionnels