

Changements dans la terminologie des troubles psychosomatiques

Le trouble de symptôme somatique: stress causé par des symptômes physiques

Roland von Känel^{a,b}, Anna Georgi^{a,c}, Dorothea Egli^{a,d}, Daniel Ackermann^{a,e}

^a Institut für Humanwissenschaftliche Medizin, Zürich; ^b Psychosomatische Medizin, Klinik Barmelweid; ^c Klinik Susenberg, Zürich;

^d Frauenpraxis Winterthur; ^e Praxisgemeinschaft Dottikon

Les changements opérés dans la terminologie des troubles psychosomatiques reflètent la compréhension actuelle de ces maladies et facilitent ainsi l'approche thérapeutique.

La terminologie relative aux troubles psychosomatiques connaît actuellement des changements qui sont, pour la médecine interne générale également, d'une importance capitale [1–9]. Dans le domaine des soins médicaux de premier recours (*primary care*), la plupart des patients rencontrés présentent des symptômes corporels ressentis de manière subjective [1, 10]. Pour cette branche de la médecine, des commissions d'experts ont élaboré de nouveaux diagnostics psychosomatiques tout en supprimant d'anciens [2, 4]. La nouvelle terminologie reflète la compréhension actuelle de ces troubles psychosomatiques et facilite ainsi l'approche thérapeutique [1, 9, 11–13].

Les symptômes physiques sont fréquents

Dans la population générale, au moins 80% des personnes font état de troubles physiques auto-limitants survenus au cours de la dernière semaine [14]. Ceux-ci peuvent être en lien avec un facteur psychique (par ex. maux de tête en cas de tracas) ou un facteur physique (par ex. maux de dos après un long trajet en voiture), mais leur lien de causalité peut aussi rester confus. Dans les soins de premiers recours ambulatoires et stationnaires, au moins 20 à 40% des patients présentent des troubles physiques pour lesquels aucune cause organique de type lésion tissulaire, lésion nerveuse ou processus inflammatoire périphérique ne parvient à être identifiée [1, 10]. Les médecins spécialistes font état de prévalences comparables [1].

Physiopathologie des symptômes physiques

Les symptômes et syndromes fonctionnels (par ex. fibromyalgie, syndrome de fatigue chronique, intestin irritable) se caractérisent schématiquement par un traitement accru par le système nerveux central des stimuli somatosensoriels et viscéraux au sens d'une hypersensibilité centrale. La neuro-inflammation, le stress oxydatif, la dysfonction mitochondriale et l'activation des cellules gliales constituent des mécanismes essentiels, qu'il convient de nommer, impliqués dans le développement de l'hypersensibilité centrale [11, 12]. La sensibilisation centrale se forme à partir de facteurs (épi-)génétiques, d'éléments biographiques et de symptômes vécus dans le passé, comme cela est par ex. bien connu pour la formation de la mémoire de la douleur. D'un point de vue clinique, une hypersensibilité se manifeste par un ressenti exacerbé et prolongé de symptômes physiques (par ex. une tension normale du bras lors du port d'un cabas est ressentie après quelques minutes seulement comme une douleur lancinante). Le stress, qu'il soit physique (par ex. infections, opérations) ou psychosocial, augmente encore la sensibilité centrale via des mécanismes neuroendocriniens, autonomes et immunologiques. Une hypersensibilité centrale peut également renforcer la perception et l'intensité de symptômes physiques ayant une explication organique (par ex. sensation accrue de fatigue en cas de maladies neurodégénératives et auto-immunes lors des moments de stress psychique élevé ou en cas d'infections banales) [11, 12].

Les symptômes physiques ont une pertinence clinique

Les symptômes physiques ont une tendance à la chronicisation. En médecine de premier recours, sur une période d'observation de 3 ans, 40% des patients ont rapporté des troubles persistants, 30% ont rapporté une amélioration des troubles et 30% ont rapporté une disparition complète des troubles [10]. Il est important de noter que toutes les personnes souffrant de troubles physiques ne se rendent pas au cabinet médical, aux urgences ou à l'hôpital: c'est surtout le cas chez les personnes qui se sentent accablées («stressées») et limitées au quotidien par leurs symptômes physiques [1]. Des études ont pu montrer que le fardeau subjectif engendré par les symptômes physiques était indépendant de leur étiologie et que les symptômes physiques revêtaient une grande pertinence clinique en termes de qualité de vie, d'(in)aptitude au travail, de nombre de consultations médicales, de frais de santé engendrés et de santé psychique [15, 16].

La psychosomatique dans la pratique quotidienne

Le nouveau diagnostic psychosomatique de «trouble de symptôme somatique» (tab. 1) tient compte des connaissances accumulées au cours des 20 dernières années en matière de pathogenèse, d'entretien et de pronostic des symptômes physiques subjectifs [17]. Ce faisant, il devient manifeste que la psychosomatique dans la pratique quotidienne s'intéresse à des symptômes physiques de toutes origines. Ceux-ci reçoivent une valeur de maladie parce que les patients en souffrent en raison de pensées, sentiments et comportements dysfonction-

Tableau 1: Définition du trouble de symptôme somatique [8, 17].

Pour diagnostiquer un trouble de symptôme somatique selon le DSM-5, les critères A, B (au moins 1 des 3 dimensions psychologiques) et C doivent être remplis:

Critère A: Symptôme(s) somatique(s)
– Accablants ou entraînant des troubles de la vie quotidienne

Critère B: Caractéristiques psychologiques en lien avec le(s) symptôme(s) physique(s)
– Pensées exagérées et persistantes relatives à la gravité des symptômes présents (dimension cognitive)
– Anxiété sévère durable relative à la santé ou aux symptômes (dimension émotionnelle)
– Dépense excessive de temps et d'énergie consacrée aux inquiétudes concernant les symptômes et la santé (dimension comportementale)

Critère C: Le stress lié aux symptômes est persistant (le plus souvent supérieur à 6 mois)

DSM-5 («Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux», 5^e édition).

nels, les poussant à recourir à des soins médicaux (démésurés). En outre, ce nouveau diagnostic prend en compte le fait clinique que les symptômes physiques, en tant qu'entité clinique à part entière, doivent être pris au sérieux car ils peuvent entraîner d'importantes limitations pouvant aller jusqu'à l'invalidité dans tous les principaux domaines du quotidien. Le «raz-de-marée» qui s'est produit dans la nosologie des maladies psychosomatiques offre ainsi l'opportunité de reconnaître à temps, dans la médecine de premier recours, les patients présentant des besoins accrus sur le plan psychosomatique afin d'éviter les traitements insatisfaisants et la chronicisation de troubles physiques.

Le trouble somatoforme fait désormais partie de l'histoire

Dans la 5^e édition du «Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux» (DSM-5, 300.82) de la *American Psychiatric Association*, parue en 2013, les troubles somatoformes, le trouble de somatisation, l'hypochondrie et le trouble douloureux ont été supprimés. La 11^e édition de la «Classification internationale des maladies» (CIM-11) de l'Organisation mondiale de la Santé, prévue pour 2018, supprimera elle aussi les troubles somatoformes [3, 6].

Le trouble de symptôme somatique comme nouveau diagnostic psychosomatique

Pour la première fois, le diagnostic de *somatic symptom disorder* a été introduit dans le DSM-5 [8], et tout porte à croire que le diagnostic de *bodily distress syndrome* sera introduit dans la classification ICD-11 [2, 5]. Le terme «trouble de symptôme somatique» a été choisi comme traduction française de *somatic symptom disorder*; en allemand, c'est le terme «*somatische Belastungsstörung*» qui a été retenu [17]. Le nouveau diagnostic doit exprimer le fait qu'env. 30% des patients en médecine de premier recours présentent des symptômes physiques les confrontant à une intense sensation de stress et de limitation au quotidien (famille, travail, temps libre). Le tableau 1 présente les critères diagnostiques du trouble de symptôme somatique [8, 17].

Réflexions conceptuelles sur le trouble de symptôme somatique

Des études ont maintes fois montré que les estimations des cliniciens sur l'origine somatique ou non des symptômes physiques ne sont pas fiables [1]. La souffrance des patients, les limitations fonctionnelles dans

les principaux domaines du quotidien et le risque de chronicisation augmentent en outre de façon linéaire avec l'accumulation des symptômes somatiques, et ce indépendamment de la cause des symptômes [16]. C'est pourquoi le diagnostic de trouble de symptôme somatique est posé indépendamment de la cause [sic] des symptômes physiques [8, 17], supprimant ainsi la distinction stigmatisante entre symptômes somatoformes (inexpliqués sur le plan médical, donc «psychogènes») et somatiques (d'origine organique). De cette manière, un niveau d'anxiété durablement élevé lié à des symptômes causés par une maladie physique peut également justifier le diagnostic (par ex. une peur excessive de s'étouffer en cas d'orthopnée ou de perdre connaissance en cas de légère hypoglycémie).

Un seul symptôme physique chronique entraînant une limitation fonctionnelle considérable dans les principaux domaines de la vie suffit pour poser le diagnostic. En médecine de premier recours, il s'agit le plus souvent de douleurs, de fatigue et de vertiges (dans cet ordre) [10]. Une augmentation de la durée et du nombre de symptômes physiques est associée à une augmentation de la fréquence des consultations médicales, des troubles anxieux et dépressifs comorbides et des absences sur le lieu de travail, ainsi qu'à une diminution de la qualité de vie liée à la santé dans toutes les dimensions. Le recours aux soins, les limitations fonctionnelles et l'insatisfaction vis-à-vis des soins médicaux augmentent lorsque la peur et la conviction d'être malade s'ajoutent aux symptômes somatiques [1].

Degré de sévérité du stress causé par des symptômes physiques (critère A)

La *Somatische Symptomskala-8* (échelle de symptômes somatiques) évalue le stress causé par des symptômes

Tableau 2: *Somatische Symptomskala-8* pour l'évaluation du stress somatique [21].

On demande à la personne à quel point elle s'est sentie accablée par les symptômes suivants au cours de la dernière semaine. Pour chaque symptôme, il y a cinq catégories de réponse possibles: «0» (pas du tout), «1» (un peu), «2» (moyennement), «3» (beaucoup) et «4» (énormément)

- Douleurs abdominales ou troubles digestifs
- Maux de dos
- Douleurs dans les bras, les jambes ou les articulations
- Maux de tête
- Douleurs pectorales ou dyspnée
- Vertiges
- Fatigue ou sensation de ne pas avoir d'énergie
- Troubles du sommeil

Somme des scores obtenus équivalant à des catégories pour le degré de sévérité du trouble de symptôme somatique: 0–3 (aucun à minime), 4–7 (faible), 8–11 (modéré), 12–15 (élevé), 16–32 (très élevé).

somatiques au cours de la dernière semaine (tab. 2) [18]. En médecine de premier recours, env. 10% des patients présentent un stress lié aux symptômes élevé à très élevé, et autre 20% un stress lié aux symptômes modéré [19].

Evaluation des caractéristiques psychologiques (critère B)

Un outil récemment publié et constitué au total de 12 questions permet une évaluation rapide («jamais», «rarement», «parfois», «souvent», «très souvent») des critères B psychologiques du trouble de symptôme somatique par le patient lui-même, ou bien par le médecin dans le cadre de l'anamnèse [20]. Exemples de questions:

- Je suis persuadé de la *gravité* de mes troubles physiques (dimension cognitive);
- Les autres me disent que mes troubles physiques ne sont *pas graves* (dimension cognitive);
- Je *m'inquiète beaucoup* pour ma santé (dimension émotionnelle);
- Mes troubles physiques me font *peur* (dimension émotionnelle);
- Mes soucis de santé *m'handicapent* au quotidien (dimension comportementale);
- Mes troubles physiques me *préoccupent* la majeure partie de la journée (dimension comportementale).

Le trouble de symptôme somatique accompagné de peurs et d'appréhensions liées aux symptômes doit être différencié du trouble hypocondriaque (*illness anxiety disorder*) qui, selon le DSM-5, est caractérisé par la conviction d'être atteint d'une maladie grave en l'absence de symptômes physiques [8].

Evaluation de l'anxiété et des symptômes dépressifs

Environ la moitié des patients souffrant de symptômes physiques accablants présentent simultanément une an-

Tableau 3: Questions de dépistage de la dépression et de l'anxiété [22].

Au cours des 2 dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous été accablé par les troubles suivants? Estimation (points): jamais (0), certains jours (1), plus de la moitié des jours (2), presque tous les jours (3)

- Manque d'intérêt ou de joie lors de vos activités
- Abattement, mélancolie ou désespoir
- Nervosité, anxiété ou tension
- Incapacité à mettre un terme aux inquiétudes ou à les contrôler

Sensibilité et spécificité pour ≥ 3 points: env. 80% pour la dépression (questions 1 + 2) et pour le trouble anxieux (questions 3 + 4), lorsque cela est vérifié par une entrevue clinique.

xiété accrue et/ou une dépressivité [1], qui peuvent être évaluées avec quatre questions de dépistage simples issues du Questionnaire de santé du patient (QSP-4) (tab. 3) [21]. L'anxiété et la dépression peuvent (mais ne doivent pas obligatoirement) être associées aux symptômes physiques, qu'elles renforcent et entretiennent souvent, ce qui a des implications thérapeutiques.

Approches thérapeutiques

Il existe plusieurs traitements testés de manière empirique qui permettent de traiter avec succès certains éléments du trouble de symptôme somatique [1, 4, 22], aboutissant notamment à une meilleure gestion des anxiétés excessives, les pensées catastrophistes et les comportements ayant pour conséquence d'aggraver les symptômes et de les rendre chroniques (*fear avoidance behavior*):

- La psychoéducation
- Les thérapies cognitivo-comportementales
- D'autres formes de psychothérapie
- Les formes de relaxation (y compris la pleine conscience)
- Les médicaments psychotropes
- L'activité physique.

Cadre thérapeutique

En fonction du degré de sévérité du trouble de symptôme somatique, la prise en charge du patient se déroule dans des contextes différents, pouvant aller de la médecine psychosomatique de premier recours aux approches thérapeutiques interdisciplinaires et multimodales en clinique psychosomatique spécialisée [1]. Ces dernières sont avant tout indiquées pour les cas sévères accompagnés de comorbidités physiques et psychiques, de peurs profondes, de comportements défavorables et de risque d'incapacité au travail ou d'invalidité. La coordination des efforts thérapeutiques devrait toujours incomber au médecin de famille.

L'essentiel pour la pratique

- Le risque de souffrance, de limitations fonctionnelles au quotidien, de stress psychique, de consultations médicales répétées, de coûts élevés et d'incapacité au travail augmente avec le nombre de symptômes physiques (c.-à-d. plus de symptômes = plus de souffrance!). En conséquence, la recherche

exhaustive de symptômes physiques (la «carte des troubles») revêt une importance capitale dans le cadre de l'anamnèse biopsychosociale.

- Même si le diagnostic d'un trouble de symptôme somatique est indépendant de la cause des symptômes somatiques, cela ne dispense pas de recueillir l'anamnèse biopsychosociale dans les règles de l'art et, le cas échéant, de réaliser des examens diagnostiques supplémentaires.
- Les causes physiques, psychiques, sociales et comportementales d'une souffrance liée à des symptômes doivent faire l'objet d'une prise en charge thérapeutique adéquate dans un contexte adapté, afin également d'améliorer les aptitudes au quotidien.

Acquisition de qualifications approfondies

Les cours de formation reconnus par l'Académie suisse de médecine psychosomatique et psychosociale (www.sappm.ch/fr) s'offrent à tous les médecins désireux d'acquérir des connaissances, compétences et aptitudes spécifiques en rapport avec la prise en charge des patients souffrant d'un trouble de symptôme somatique et d'autres troubles communément définis comme «psychosomatiques». A Zurich par exemple, l'*Institut für Humanwissenschaftliche Medizin* (IHM) conduit, en collaboration avec l'Université de Zurich, un cursus de certification parallèle à l'activité professionnelle d'une durée de 2 ans, qui démarrera en février 2017 pour la treizième fois. La majorité des participants au cours exercent dans le domaine de la médecine de premier recours. Le programme est adapté en fonction des changements dans la nosologie psychosomatique afin de transmettre la pertinence de la nouvelle terminologie pour le travail pratique. Pour plus d'informations concernant l'offre de cours actuelle et l'équipe de formateurs, consultez le site www.ihm-institut.ch (en allemand).

Les prochains cours de psychosomatique en Suisse

- DAS – Cours de formation postgraduée en médecine psychosomatique et psychosociale à l'Université de Bâle: septembre 2017.
- CAS – Médecine psychosomatique et psychosociale en Romandie (Universités de Lausanne et Genève): septembre 2018.
- CAS – Cursus de médecine psychosomatique et psychosociale, Institut für Humanwissenschaftliche Medizin, Zurich (Université de Zurich): février 2017.
- Tessin: peut-être en septembre 2018 (pour les personnes intéressées, s'adresser à: Martin Zogg, Cadro, [zoggcadro\[at\]ticino.com](mailto:zoggcadro[at]ticino.com)).

Références

La liste complète et numérotée des références est disponible en annexe de l'article en ligne sur www.primary-hospital-care.ch.

Correspondance:
Prof. Roland von Känel
Chefarzt
Psychosomatische Medizin
Klinik Barmelweid
CH-5017 Barmelweid
[roland.vonkaenel\[at\]barmelweid.ch](mailto:roland.vonkaenel[at]barmelweid.ch)

Literatur / Références

- 1 Creed F, Henningsen P, Fink P. Medically unexplained symptoms, somatisation and bodily distress. Cambridge: Cambridge University Press, 2011.
- 2 Budtz-Lilly A, Schröder A, Rask MT, Fink P, Vestergaard M, Rosendal M. Bodily distress syndrome: A new diagnosis for functional disorders in primary care? *BMC Fam Pract*. 2015;16(1):180. doi:10.1186/s12875-015-0393-8.
- 3 Hiller W, Rief W. Die Abschaffung der somatoformen Störungen durch DSM-5 – ein akademischer Schilfbürgerstreich? *Psychotherapeut* 2014;59:448-55. doi:10.1007/s00278-014-1081-1.
- 4 Kurlansik SL, Maffei MS. Somatic Symptom Disorder. *Am Fam Physician*. 2016;93(1):49-54.
- 5 Lam TP, Goldberg DP, Dowell AC, Fortes S, Mbatia JK, Minhas FA, et al. Proposed new diagnoses of anxious depression and bodily stress syndrome in ICD-11-PHC: an international focus group study. *Fam Pract*. 2013;30(1):76-87. doi:10.1093/fampra/cms037.
- 6 Rief W, Isaac M. The future of somatoform disorders: somatic symptom disorder, bodily distress disorder or functional syndromes? *Curr Opin Psychiatry*. 2014;27(5):315-9. doi:10.1097/YCO.000000000000089.
- 7 Tavel ME. Somatic symptom disorders without known physical causes: one disease with many names? *Am J Med*. 2015;128(10):1054-8. doi:10.1016/j.amjmed.2015.04.041.
- 8 Dimsdale JE, Creed F, Escobar J, Sharpe M, Wulsin L, Barsky A, et al. Somatic symptom disorder: an important change in DSM. *J Psychosom Res*. 2013;75(3):223-8. doi:10.1016/j.jpsychores.2013.06.033.
- 9 Fink P, Schröder A. One single diagnosis, bodily distress syndrome, succeeded to capture 10 diagnostic categories of functional somatic syndromes and somatoform disorders. *J Psychosom Res*. 2010;68(5):415-26. doi:10.1016/j.jpsychores.2010.02.004.
- 10 Kroenke K, Mangelsdorff AD. Common symptoms in ambulatory care: incidence, evaluation, therapy, and outcome. *Am J Med*. 1989;86(3):262-6.
- 11 Morris G, Berk M, Walder K, Maes M. Central pathways causing fatigue in neuro-inflammatory and autoimmune illnesses. *BMC Med*. 2015;13:28. doi:10.1186/s12916-014-0259-2.
- 12 Ursin H. Brain sensitization to external and internal stimuli. *Psychoneuroendocrinology*. 2014;42:134-45. doi:10.1016/j.psyneuen.2014.01.008.29.
- 13 von Känel R. Psychosomatische Medizin in der Grundversorgung. *Praxis (Bern 1994)* 2006;95(9):311-20. doi:10.1024/0369-8394.95.9.311.
- 14 Hiller W, Rief W, Brähler E. Somatization in the population: from mild bodily misperceptions to disabling symptoms. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2006 Sep;41(9):704-12.
- 15 Budtz-Lilly A, Vestergaard M, Fink P, Carlsen AH, Rosendal M. The prognosis of bodily distress syndrome: a cohort study in primary care. *Gen Hosp Psychiatry*. 2015;37(6):560-6. doi:10.1016/j.genhosppsy.2015.08.002.
- 16 Jackson J, Fiddler M, Kapur N, Wells A, Tomenson B, Creed F. Number of bodily symptoms predicts outcome more accurately than health anxiety in patients attending neurology, cardiology, and gastroenterology clinics. *J Psychosom Res*. 2006;60(4):357-63.
- 17 Sonnleitner J, Aigner M. Von den somatoformen Störungen zur somatischen Belastungsstörung. *Diagnoserichtlinien des DSM 5. psychopraxis.neuropraxis* 2015;18:132-36. doi:10.1007/s00739-015-0273-y.
- 18 Gierk B, Kohlmann S, Toussaint A, Wahl I, Brünahl CA, Murray AM, et al. Assessing somatic symptom burden: a psychometric comparison of the patient health questionnaire-15 (PHQ-15) and the somatic symptom scale-8 (SSS-8). *J Psychosom Res*. 2015;78(4):352-5. doi:10.1016/j.jpsychores.2014.11.006.
- 19 Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-15: validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosom Med*. 2002;64(2):258-66.
- 20 Toussaint A, Murray AM, Voigt K, et al. Development and validation of the Somatic Symptom Disorder-B Criteria Scale (SSD-12). *Psychosom Med*. 2016;78(1):5-12. doi:10.1097/PSY.0000000000000240.
- 21 Löwe B, Wahl I, Rose M, Spitzer C, Glaesmer H, Wingenfeld K, et al. A 4-item measure of depression and anxiety: validation and standardization of the Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4) in the general population. *J Affect Disord*. 2010;122(1-2):86-95. doi:10.1016/j.jad.2009.06.019.
- 22 Sharma MP, Manjula M. Behavioural and psychological management of somatic symptom disorders: an overview. *Int Rev Psychiatry*. 2013;25(1):116-24. doi:10.3109/09540261.2012.746649.