

## Troubles somatoformes : avenir du diagnostic et place aux urgences

N. ZDANOWICZ, D. JACQUES, C. REYNAERT

### Introduction

Les nosographies et les critères des troubles somatoformes tels qu'on les connaît dans le DSM-III, le DSM-III-R et le DSM-IV (1) n'ont pas permis une formulation satisfaisante des anciennes « somatisations ». Si l'ICD-10 (2) a une nosographie qui, dans le domaine des troubles somatoformes, est un peu plus riche, elle est globalement sujette aux mêmes critiques. La principale critique adressée à ces systèmes est le paradoxe que la classe « troubles somatoformes indifférenciés » qui doit, comme catégorie résiduelle, recueillir un minimum de cas, s'avère plus employée que la classe « troubles somatoformes » proprement dits. Dans la perspective de la réalisation du DSM-V, différents auteurs se sont attaqués à la formulation de nouvelles nosognosies (la connaissance qui guide la classification) et nosographie (le dessin de la classification), avec l'ambition de rassembler autour de ces nouveautés, non seulement les psychiatres et les somaticiens, mais également les patients. Les idées nosognosiques vont d'un regroupement de tous les symptômes fonctionnels connus à une nosographie purement dessinée sur le concept de la « fonctionnalité ».

### 1. Critiques des classifications DSM-IV et ICD-10

Les classifications du DSM-IV et de l'ICD-10 ne sont pas directement comparables. Il existe notamment une terminologie et des concepts différents (3), ce qui entraîne des hiatus qui sont plus que de simples différences de critères diagnostiques. Les concepts de l'ICD-10 tels que névrose, psychose, psychogénie, neurasthénie sont, outre des idées nosographiques, des idées étiologiques. Ces différences générales sont évidemment associées avec des différences spécifiques à la classe des troubles somatoformes. Dans les tableaux 1 et 2, on peut ainsi voir, en « gras », des différences de critères symptomatiques, en « italique » des différences de classement de sous-entités et en « souligné » l'existence de classes non comparables entre le DSM-IV et l'ICD-10.

## URGENCES 2006

Tableau 1 – Nosographie du DSM-IV

|        |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|--------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 300.81 | Trouble<br>somatisation                                               | <p>A. Début &lt; 30 ans, durant + années, recherche de traitements et/ou entraînant des conséquences Soc Fam Prof Loisir</p> <p>B. Comprend ensemble ou successivement</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 4 symptômes douloureux à différents endroits ou systèmes</li> <li>• 2 symptômes gastro-intestinaux</li> <li>• 1 symptôme sexuel</li> <li>• 1 symptôme pseudoneurologique</li> </ul> <p>C. Ne peut être expliqué complètement par une affection médicale ou l'affection somatique pas la « gravité »</p> <p>D. Exclusion des troubles factices</p> |
|        | Trouble<br>somatisation<br>indifférenciée                             | <p>A. Au moins 1 symptôme physique (fatigue, perte d'appétit...)</p> <p>B. Ne peut être expliqué complètement par une affection médicale ou l'affection n'explique pas la « gravité »</p> <p>C. Conséquences SFPL</p> <p>D. Au moins 6 mois</p> <p>E. Pas mieux expliqué par un autre trouble physique</p> <p>F. Exclusion des troubles factices</p>                                                                                                                                                                                                                  |
| 300.11 | <i>Trouble conversion</i>                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| -      | Trouble douloureux                                                    | <p>307.80 Trouble douloureux associé avec des facteurs psychologiques</p> <p>307.89 Trouble douloureux associé avec des facteurs psychologiques et médicaux</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 300.7  | Hypochondrie                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 300.7  | Dysmorphophobie                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 300.81 | Troubles somatoformes NOS                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 316    | Facteurs<br>psychologiques<br>accompagnant une<br>affection somatique | <p>A. Affection somatique</p> <p>B. Le facteur soit :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• a influencé l'affection comme le montre l'association temporelle</li> <li>• interfère avec le traitement</li> <li>• constitue un risque additionnel pour l'affection</li> <li>• est une réponse de stress précipitant ou aggravant</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                      |



Tableau 2 – Nosographie de l'ICD-10

|       |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| F45.0 | Somatisation                                                                                                   | Au moins 2 ans, symptômes physiques multiples, récurrents et variables, différents endroits ou systèmes, relations complexes avec la médecine, conséquence SFPL, évolution chronique                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| F45.1 | Trouble somatoforme indifférencié                                                                              | Tableau clinique incomplet, dont la durée peut être inférieure ou égale à 2 ans, plaintes multiples, variables, persistantes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| F45.2 | Hypochondrie                                                                                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Dysmorphophobie, peur d'une dysmorphie</i></li> <li>• Hypochondrie</li> <li>• Névrose hypochondriaque</li> <li>• Nosophobie</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| F45.3 | Dysfonctionnement neurovégétatif somatoforme                                                                   | <p>Symptômes d'un système ou d'un organe innervé par le système neurovégétatif. Les symptômes sont soit un hyperfonctionnement, soit des plaintes non spécifiques et variables, aucun des deux n'évoquant un trouble somatique.</p> <p>Formes psychogènes de : aérophagie, « côlon irritable », diarrhée, dyspepsie, dysurie, flatulence, hoquet, hyperventilation, mictions fréquentes, spasme du pyllore, toux, névrose : cardiaque – gastrique – syndrome de Da Costa</p> |
| F45.4 | Syndrome douloureux somatoforme persistant                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| F45.8 | Autres troubles somatoformes                                                                                   | <p>Tous les autres troubles qui se rapportent à des systèmes ou à des parties du corps spécifiques, et <b>qui sont étroitement liés d'un point de vue chronologique avec des problèmes stressants.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dysménorrhée</li> <li>• Dysphagie, « boule hystérique »</li> <li>• Prurit</li> <li>• Torticolis</li> <li>• Grincement des dents (bruxisme)</li> </ul>                                                                    |
| F45.9 | Trouble somatoforme, sans précision                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| F54   | Facteurs psychologiques et comportementaux associés à des maladies                                             | <p>Facteurs supposés avoir joué un rôle dans la survenue d'un trouble physique classable dans l'un des autres chapitres. Les perturbations psychiques attribuables à ces facteurs sont habituellement légères, mais persistantes.</p> <p>Exemples : asthme F54 et J45</p>                                                                                                                                                                                                    |
| F44   | Trouble dissociatif de conversion                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| F48   | Neurasthénie                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| F59   | Syndromes comportementaux non précisés associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

Les principales différences de **définitions** font appel à des critères de temporalité, mais également de symptômes de somatisations. Les différences de **classement** des sous-entités existent dans la nosographie des dysmorphophobies (classées comme une forme d'hypochondrie dans l'ICD-10) et des troubles dissociatifs de conversion classés comme une entité indépendante (F44) dans l'ICD-10. Il existe également des



classes de l'ICD-10 qui n'ont pas leur comparaison dans le DSM-IV. C'est le cas pour les « dysfonctionnements neurovégétatifs persistants », les « autres troubles somatoformes », la « neurasthénie » (classés dans les autres troubles névrotiques F48).

Nonobstant ces différences, les critiques adressées au DSM-IV sont valables pour l'ICD-10. Ces critiques portent sur différents points :

- la nosographie est peu consensuelle, ne permettant pas de bons échanges entre psychiatres et somaticiens, ce qui aboutit généralement à l'existence de deux noms pour une même entité ;
- la terminologie est généralement peu acceptable pour les patients, qui ne se retrouvent pas dans la notion de « somatoforme » ;
- les critères employés entraînent des conceptions trop dualistes de la médecine, divisées entre un « tout est dans le corps » et un « tout est dans la tête » ; ce qui aboutit, par exemple, à l'exclusion de ce pan de la nosographie par la Chine. Plus pratiquement : étant donné que la classe « troubles somatoformes » exclut la présence d'une affection somatique, est-ce qu'un côlon irritable doit être encodé sur l'axe III comme « affection médicale » ou/et sur l'axe I comme « trouble somatoforme indifférencié » ?
- les sous-classes diagnostiques (dysmorphophobie, douleur chronique, hypochondrie...) sont peu cohérentes entre elles, et les liens avec d'autres classes de diagnostics comme les troubles dépressifs ou les troubles anxieux sont imprécis. De même, les limites de ce qui doit être exclu ou inclus sont peu claires (qu'en est-il du syndrome de fatigue chronique, de la fibromyalgie... ?) ;
- enfin, il n'y a pas eu d'étude de fiabilité des classes et des sous-classes.

## 2. Nouvelles propositions nosographiques

Il existe à l'heure actuelle trois propositions nosographiques qui, si chacune a une nosognosie différente, ont aussi un certain nombre de points communs. W. Rief *et al.* proposent de redéfinir la classe principalement sur la notion d'efficacité diagnostique (4), R. Mayou *et al.* ont comme idée d'opérationnaliser au maximum la notion de « symptôme fonctionnel » (5), et S. Wessely *et al.* proposent un regroupement de toutes les entités fonctionnelles connues (6).

Rief semble avoir basé sa proposition de redéfinition de la classe sur une étude publiée en 1999 (7). Cette étude porte sur la capacité des psychiatres et d'autres spécialistes « somatiques » de poser un diagnostic de somatisation uniquement sur l'examen clinique. Elle a mis en évidence une forte cohérence entre les différentes spécialités ( $\kappa \sim 0,76$ ). À la suite de cette étude, l'idée est donc de reprendre les critères dont se sont servis les différents spécialistes, afin d'en faire les critères des nouveaux troubles somatoformes (tableau 3).



**Tableau 3 – Proposition des nouveaux critères pour les troubles somatoformes d'après Rief W. *et al.* (4)**

- A Souffrir de symptômes physiques non suffisamment expliqués par une condition médicale (spécifier : mono- ou polysymptomatique).
- B Doit être présente, soit :
  - tendance à la mauvaise interprétation des perceptions corporelles (en rapport avec les plaintes)
  - intolérance aux sensations somatiques – sensibilité
  - attention sélective au processus physiologique – (checklist//hypochondrie)
  - recherche excessive d'aide médicale
- C Un processus physiologique peut être identifié
- D Présence de conséquences SFPL

SFPL : sociales, familiales, professionnelles, loisirs

Si cette proposition a le mérite de la simplicité et donc vraisemblablement d'une efficacité, elle a néanmoins été critiquée, d'une part pour son aspect « diagnostic fourre-tout », d'autre part parce qu'elle élimine complètement la question des personnalités psychosomatiques (définition et classement).

Les idées nosognosiques de Mayou et de ses collaborateurs tournent autour de deux concepts :

- simplifier une classification qui contient aujourd'hui différentes choses peu appariées entre elles (dysmorphophobie, douleur chronique...);
- éviter au maximum la question de la structure de personnalité par l'introduction de la notion de fonctionnalité des symptômes.

L'idée de fonctionnalité, telle qu'exprimée par Mayou *et al.*, est résumée par une figure qu'il ont publiée en 1995 (8). Cette « fonctionnalité » permettrait de sortir de l'antinomie qui existe entre le psychique et le somatique, et donc d'assurer une prise en charge réellement consensuelle entre somaticiens et spécialistes de la santé mentale (figure 1).

Avec ces deux idées nosognosiques, Mayou et ses collaborateurs proposent donc :

- 1) de redistribuer les entités spécifiques dans d'autres catégories :
  - l'hypochondrie se retrouverait pour part dans les troubles anxieux et pour part comme structure de personnalité (9) ;
  - les conversions seraient réattribuées aux troubles dissociatifs ;
  - les dysmorphophobies seraient référées aux troubles obsessionnels compulsifs (10) ;
  - les douleurs chroniques feraient une nouvelle classe dans l'axe III ;
- 2) de déplacer dans l'axe I et d'employer davantage la classe « facteurs psychologiques accompagnant une affection somatique » ;
- 3) de créer sur l'axe II deux nouvelles personnalités :
  - désordre se manifestant par des somatisations ;
  - hypochondrie ;
- 4) de créer sur l'axe III une nouvelle classe : « symptômes et syndromes somatiques fonctionnels ».



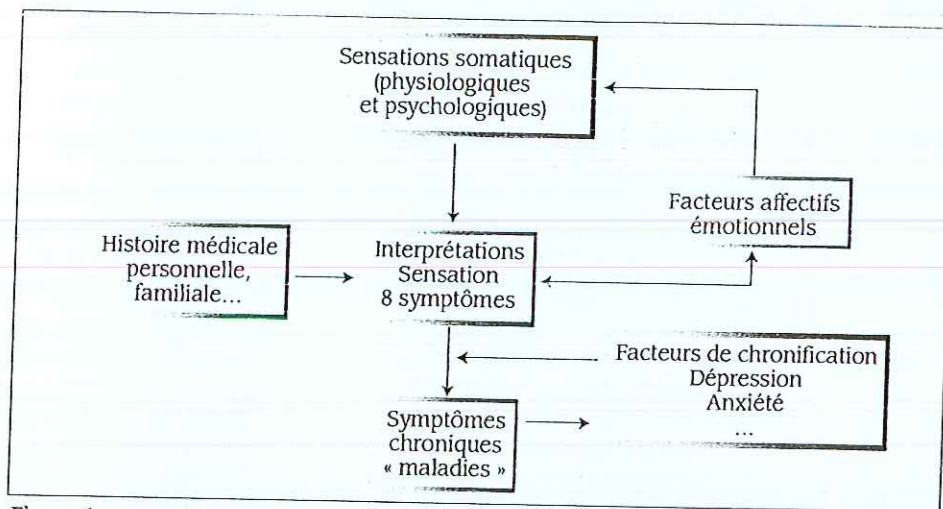


Figure 1 – Sortir de l'opposition psy/soma

Les critiques adressées à cette proposition tiennent principalement à deux choses : premièrement, si l'objectif de Mayou est de résoudre le problème du double diagnostic, « facteur psychologique accompagnant une affection somatique » et « trouble somatoforme indifférencié », il semble bien l'avoir recréé dans ces nouvelles classes entre « facteur psychologique accompagnant une affection somatique » de l'axe I et « symptôme et syndrome somatique fonctionnel » de l'axe III. La deuxième critique est comparable à celle adressée à Rief, à savoir l'élimination complète du problème des structures de personnalité psychosomatique.

La démarche de S. Wessely *et al.* est une démarche qui, contrairement à celle de Rief, est beaucoup plus théorique que clinique. Wessely part des constatations que :

- 1) beaucoup de disciplines ont des entités fonctionnelles (tableau 4) ;

Tableau 4 – Entités fonctionnelles des spécialités

|               |                              |
|---------------|------------------------------|
| Gastrologie   | Côlon irritable              |
| Gynécologie   | Dyspepsie sans ulcère        |
| Rhumatologie  | Syndrome prémenstruel        |
| Cardiologie   | Douleur pelvienne chronique  |
| Pneumologie   | Fibromyalgie                 |
| Infectiologie | Précordialgie atypique       |
| Neurologie    | Hyperventilation             |
| Dentisterie   | SFC                          |
| ORL           | Céphalée de tension          |
| Allergologie  | Jonction temporomandibulaire |
|               | Globus hystericus            |
|               | Allergie chimique multiple   |

SFC : syndrome de fatigue chronique



- 2) le problème des somatisations est un problème quantitativement important. Il représente 20 à 35 % des consultations en première ligne et 17 % de coûts comparés supérieurs en deuxième ligne (11, 12) ;
- 3) il existe des symptômes communs pour bon nombre de ces entités ;
- 4) les patients répondant aux critères d'une affection répondent fréquemment aux critères d'une deuxième. On peut ainsi faire des associations statistiques (13) entre :
  - SFC avec : fibromyalgie, céphalée de tension, allergies chimiques multiples, allergies alimentaires, syndrome prémenstruel, côlon spastique ;
  - côlon spastique avec : hyperventilation, fibromyalgie, SFC, céphalée de tension, douleur faciale atypique, dyspepsie, syndrome prémenstruel ;
- 5) il existe des caractéristiques épidémiologiques communes entre ces différentes entités : une prédominance de femmes, la présence fréquente de désordre émotionnel, la présence de désordre physiologique impliquant souvent le SNC et la sérotonine, des antécédents de mauvais traitements et d'abus dans l'enfance et enfin des difficultés relationnelles avec les médecins. De plus, toutes ces entités ont pratiquement le même traitement : un management particulier des patients, la prescription d'antidépresseurs de type inhibiteurs spécifiques de la recapture de la sérotonine (ISRS) et un abord psychothérapeutique. Ceci reste vrai même s'il existe des traitements spécifiques supplémentaires à certaines entités tels que l'hydrocortisone dans la SFC ou la pratique d'exercices physiques dans la fibromyalgie.

En fonction de ces constatations, Wessely et ses collaborateurs proposent donc de regrouper les différents syndromes fonctionnels et ce suivant trois modalités possibles :

- 1) cliniquement où une première entité pourrait regrouper SFC, fibromyalgie et côlon spastique, une deuxième entité : précordialgies atypiques et hyperventilation... ;
- 2) épidémiologiquement et statistiquement (14) ;
- 3) de manière multiaxiale, sous un vocable commun qui serait « syndrome fonctionnel somatique général ». Les quatre axes de ce syndrome sont :
  - le nombre de symptômes et leur durée ;
  - l'existence de troubles de l'humeur associés ;
  - le mode d'interprétation des symptômes par les patients ;
  - les processus physiologiques identifiables associés.

Deux critiques principales ont été adressées à Wessely, d'une part à nouveau celle de créer un « fourre-tout » et d'autre part celle de la question des structures de personnalité psychosomatique (15).

### 3. Lieu du diagnostic

Parce que, quand une maladie survient en médecine somatique elle peut survenir sans mettre en cause l'histoire du sujet, alors qu'inversement en psychiatrie tout désordre s'inscrit forcément dans la temporalité, une nosotaxie psychiatrique ne



pourra jamais être entièrement construite comme celle d'une affection somatique. Mais, comme les troubles de somatisation se trouvent à l'interface entre ces deux champs, les méthodes diagnostiques doivent comprendre des ponts reproduisant les liens qui existent entre médecine somatique et psychiatrie comme entre psyché et soma. Nous pensons que le syndrome fonctionnel somatique général a l'avantage, avec ces quatre axes, d'inclure ces ponts. L'axe « nombre de symptômes et leur durée » par le qualificatif durée comprend un pont vers les structures de personnalité. L'axe « troubles de l'humeur associés » comprend un pont vers les différents diagnostics psychiatriques. L'axe « interprétation des symptômes par le patient » contient un pont vers toute la pathologie du stress. Le syndrome fonctionnel somatique général est donc pour nous une bonne classification parce qu'il ouvre à une deuxième classification possible, plus psychiatrique ; la question de savoir quelle nosographie psychiatrique reste entière. Comme par définition le temps du séjour du patient est court aux urgences, il nous paraît que si on peut promouvoir une nosographie aussi compliquée soit-elle dans un service de psychiatrie hospitalier, aux urgences, la nosographie qui sera adjointe doit garder une idée de fonctionnalité et de simplicité.

#### 4. Diagnostic aux urgences

Nous pensons qu'un diagnostic aux urgences doit permettre de distinguer trois types de problématiques :

- les facteurs psychologiques des affections somatiques ;
- les affections psychiatriques masquées : dépression et deuil, anxiété, syndrome de stress posttraumatique (PTSD : *post-traumatic stress disorder*), bénéfice tertiaire... ;
- les structures psychosomatiques : alexithymie et les personnalités psychosomatiques.

Une telle nosographie a une sémilogie spécifique (16) et elle est particulièrement utile pour le diagnostic et le traitement des « facteurs psychologiques des affections somatiques ».

##### 4.1. Facteurs psychologiques des affections somatiques

Mme Dora, 45 ans, se plaint d'une toux chronique qui survient quand elle est en présence de son vieux père malade. De plus, la patiente fume. En présence de son père, la patiente fume relativement plus et elle sort de la pièce pour fumer, la patiente expliquant « qu'il l'énerve ». S'il y a dans cette situation un lien psychodynamique entre toux et père, où idéalement il faudrait que la patiente puisse s'autoriser à sortir de la pièce sans fumer, il y a aussi un facteur de psychologie de la santé, le tabac entraînant une irritation. La mise en évidence des différents facteurs intervenant dans le cas de Mme Dora met en jeu cette sémilogie. Elle comprend :

- les circonstances de l'examen avec des circonstances différentes en consultation de médecine générale, de médecine spécialisée ou aux urgences ;



- l'exploration de la chronologie concomitante : élément d'autant plus important que les événements « stressants » n'ont pour la plupart pas été repérés par les patients et qu'il s'agit là d'une première manœuvre thérapeutique dans la reconstitution d'un lien temporel entre extérieur au corps et intérieur ;
- la dramatisation et les examens paracliniques pour lesquels il existe un lien statistique entre le poids du dossier exprimé en kilos et la probabilité d'une affection somatique (17) ;
- un certain nombre de situations à risque type, telles que des conflits familiaux chez un sujet altruiste.

En dehors de cette sémiologie psychosomatique spécifique, il existe aussi une sémiologie spécifique des pathologies psychiatriques masquées. Dans notre expérience, la dépression et accessoirement le deuil, sont à l'origine de pratiquement 50 % des cas vus aux urgences, l'anxiété 30 %, les PTSD 10 % et les personnalités psychosomatiques pures entre 5 et 10 %. Dans ces situations, la symptomatologie physique est tellement à l'avant-plan qu'il faut une habitude particulière pour retrouver le tableau psychiatrique.

#### 4.2. Affections psychiatriques masquées

##### *Dépression et deuil*

Un exemple typique est celui de Mme L., 55 ans, qui a été hospitalisée en pneumologie et en gastrologie pour une toux rebelle existant depuis 2 ans et dont la mise au point n'a révélé qu'un discret reflux gastroœsophagien laissant les internistes insatisfaits. Après un retour au domicile, la patiente est ramenée aux urgences par sa fille vu la résurgence des plaintes. Mme L. est issue d'une famille nombreuse, elle a cinq enfants qui vivent relativement éloignés bien que venant la voir régulièrement, surtout depuis qu'elle est malade. On apprend que son mari, alcoolique et rarement violent, est décédé il y a 2,5 ans. Lorsqu'on fait préciser les circonstances de la mort du mari, on apprend qu'il est décédé au domicile après une longue maladie pulmonaire, étant insuffisant respiratoire sur silicose. Le couple faisait chambre à part et ce notamment à cause de la toux de monsieur. Dans cette situation, le symptôme a comme fonction : une trace mnésique du mari défunt, une trace de culpabilité pour madame (celle-ci ayant souhaité plus d'une fois qu'il meure dans une de ses beuveries) et enfin un facteur de cohésion de la famille : les enfants s'affairant autour du symptôme de la mère. Il y a deux difficultés à ce genre de situation clinique : d'une part l'absence de plainte dépressive, et d'autre part l'intervalle de temps entre l'événement déclenchant et la symptomatologie, soit pratiquement 6 mois. Concernant les plaintes dépressives et l'absence de tristesse et d'anhédonie, il existait en revanche une fatigue nette. Dans le cas présent la fatigue était rapportée, par la patiente mais également par les médecins, à la toux chronique. En ce qui concerne les 6 mois pendant lesquels la patiente a été asymptomatique, on remarque qu'il s'agit de la période pendant laquelle la patiente portait le deuil et donc où il y avait encore une forte cohésion familiale. Le temps passant, la patiente a partiellement perdu ce soutien.



*Anxiété*

L'anxiété est dans environ 30 % des cas le substrat des plaintes somatiques aux urgences. La raison pour laquelle son diagnostic est difficile est sa faculté à se focaliser sur des éléments plus ou moins éloignés de sa source. Dans le cas de Mme A., 28 ans, cette anxiété a été relevée par le médecin généraliste et il en a même été contaminé, l'envoyant aux urgences. Mme A. a présenté, peu après la naissance de sa fille, des crises de gastroentérite à répétition durant près de 6 mois. Celles-ci ont justifié de nombreuses coprocultures, positives à une occasion. Après de multiples traitements, à chaque fois efficaces mais à chaque fois suivis d'une gastroentérite, elle est adressée aux urgences. À l'anamnèse, les somaticiens ont révélé une fatigue importante (attribuée par la patiente à sa maladie), un amaigrissement, des troubles du sommeil eux-mêmes posés comme subséquents aux diarrhées. On note également une anxiété survenant, à son avis, secondairement aux gastroentérites qui n'arrêtaient plus. La patiente est pour ces différents motifs en arrêt de travail depuis 5 mois. Dans les antécédents de la patiente, on ne relève rien de particulier. Elle est mariée depuis 2 ans et le couple ne présente pas de dysfonctionnement majeur, si ce n'est que madame se sent seule depuis la naissance, son mari travaillant parfois la nuit. Pourtant, dit-elle, « ses horaires n'ont pas changé ». L'attention attirée par cette dernière remarque, on apprend que le bébé a présenté à 2 mois une gastroentérite importante au point qu'une hospitalisation a été nécessaire. À ce moment, madame a présenté une réaction agressive vis-à-vis des médecins, trouvant inadmissible qu'un enfant puisse être malade, réaction qui comprenait une bonne part d'angoisse. En faisant préciser davantage, on apprendra qu'au retour de la maternité madame s'est trouvée fort anxieuse par rapport à son enfant et surtout par rapport aux gestes de maternage, au point qu'elle n'a plus été capable de s'occuper de l'enfant et que sa mère a été appelée à l'aide. Ce cas illustre assez bien la complexité de ce type de situation, où d'une gastroentérite récidivante avec une culture positive, on passe à une décompensation anxieuse, elle-même articulée sur une naissance, l'acquisition de comportements de maternage et une problématique de couple larvée.

*États de stress posttraumatiques*

Nous entendons ici non pas les traumatismes au sens classique, bien qu'évidemment ce type d'expérience s'accompagne d'une quantité de symptômes psychosomatiques, mais plutôt des conséquences de mini-traumatismes quotidiens tels qu'accident de voiture, accident de travail, accident domestique... M. D., 54 ans, vient aux urgences, épuisé par une dysphagie rebelle à tout traitement et ce bien que la cause de la dysphagie ait disparue depuis 2,5 mois. M. D. avait oublié d'enlever son dentier et l'a avalé. Malgré l'extraction rapide de celui-ci par gastroscopie et des contrôles répétés, la situation clinique reste inchangée avec persistance des plaintes et amaigrissement. La situation de vie de ce patient avant l'accident est celle d'un homme marié sans antécédents psychiatriques, père de deux grands enfants. Monsieur est maçon, son épouse est femme au foyer. Peu avant (8 mois avant l'épisode du dentier), monsieur a été mis au chômage, son entreprise ayant fait faillite. Jusque-là, monsieur était quelqu'un d'hyperactif travaillant même les week-ends. Le patient est issu d'une famille nombreuse où le père est décrit comme volage et dépensier, au point que la fratrie et le patient lui-même ont dû commencer à travailler très tôt pour aider la mère. À la



suite de son enfance, il s'était juré que cela ne serait pas le cas pour ses enfants. Ce côté travailleur est souligné par l'épouse avec toutefois une pointe de regret, puisqu'elle s'est longtemps plainte de son esseulement. Depuis qu'il est au chômage en revanche, elle se plaint plutôt de « l'avoir dans ses pieds » et de son inactivité, « il ne fait plus rien ». Les disputes sont devenues quotidiennes, monsieur reconnaissant être devenu irritable. Progressivement, le patient dira qu'il a été blessé par sa mise au chômage, se considérant dès lors comme un « bon à rien » comme son père. Le traumatisme où monsieur revit en rêve toutes les nuits l'affaire du dentier est ainsi sous-tendu par une blessure dans son amour-propre exacerbée par le désœuvrement et la difficulté de restructuration des relations de couple, passant d'un plein-temps de séparation à un plein-temps de vie commune.

#### *Bénéfices tertiaires ou d'amour*

Ce dont il s'agit ici sous le vocable de « bénéfices tertiaires » est un des principaux freins à une amélioration des patients dans la clinique psychosomatique. La dénomination de « bénéfices tertiaires » est donnée en opposition aux bénéfices secondaires où l'objet recherché, consciemment ou inconsciemment, est une interruption de travail ou un gain financier ; l'objet ici est un surcroît d'affection ou d'attention. Une situation classique est celle de la jeune Amélie, 16 ans, qui présente des pertes de connaissance d'origine indéterminée si ce n'est une labilité tensionnelle. Rapidement, l'anamnèse révèle qu'Amélie est issue d'un couple qui s'est séparé après le décès d'une petite sœur et que la maman s'est remariée depuis peu. Le père biologique est quant à lui présent comme fort absent. Si Amélie aime son beau-père, elle se dit choquée que depuis le mariage tout le monde à la maison porte le même nom (celui du beau-père) sauf elle. Les plaintes de vertiges et de syncopes interviennent ici sur fond de demande d'affection (plus ou moins consciente), d'attention et de reconnaissance d'Amélie, adressée non seulement à sa mère et à son beau-père mais également au père.

### 4.3. Structures psychosomatiques

Si les situations que nous avons évoquées représentent à notre avis 90 % des affections somatiques, il n'en reste pas moins que dans un cas sur dix aucun des éléments que nous avons cités ne sera présent, la difficulté étant que ces éléments sont des instruments à la fois de compréhension et d'action thérapeutique. Ces 10 % représentent en fait deux sous-classes, l'une étant connue sous le nom de *pattern A*, B... et l'autre sous le vocable de « pensée opératoire » ou « alexithymie » (18). Pratiquement, il faut considérer que pour ces patients le symptôme psychosomatique est une manière d'être au monde qui sera, sauf grande crise existentielle, une stabilité symptomatique pugnace et donc peu sensible aux événements environnementaux. De même, ces cas s'avèrent très rebelles à toute forme de thérapie (médicamenteuse ou autre) et consultent d'ailleurs peu, sauf aux moments de déstabilisation importante. À ces moments, pour le clinicien aux urgences, on revient généralement aux situations cliniques présentées ci-avant, ce qui peut représenter un piège diagnostique.



### Conclusion

En guise de conclusion, l'étude réalisée par C. Dowrick et ses collaborateurs indique l'intérêt d'un diagnostic rapide de ces états et l'importance des mots échangés avec ces patients (19). C'est la capacité du médecin à faire des liens entre physique et psychologique qui est corrélée avec une efficacité de la consultation. Dans le protocole de cette étude, 21 médecins généralistes et 36 patients souffrant d'un trouble fonctionnel ont été enrôlés. Après la consultation, les patients étaient interviewés pour connaître leur taux de satisfaction face à la consultation. Le taux de satisfaction est plus important avec les médecins qui, au cours de la consultation, lient physique et psychologique. De même, les phrases qui comprenaient un lien avec l'histoire du patient proprement dite et lui donnant l'occasion de s'exprimer, s'avèrent plus efficaces que celles émises pour justifier que l'intervention somatique sera minimale. La phrase « je ne dis pas que vous êtes stressé, mais physiquement stressé. Voyez-vous une explication ? » s'est ainsi avérée plus efficace que la phrase « ce type de symptôme est dû au stress et évolue favorablement ! ».



## BIBLIOGRAPHIE

1. American Psychiatric Association. DSM-IV. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth edition. Washington DC, American Psychiatric Association Press 1994.
2. ICD-10. International Statistical Classification of Diseases. 10e édition. Genève, WHO 1992.
3. Sartorius N. Understanding the ICD-10 classification of mental disorders. London, Science Press 2002.
4. Rief W, Sharpe M. Somatoforme disorders : new approches to classification, conceptualization and treatment. *J Psychosom Res* 2004 ; 56 : 387-390.
5. Mayou R, Kirmayer L, Simon G *et al.* Somatoforme disorders : time for a new approach for DSM-V. *Am J Psychiatry* 2005 ; 162 : 847-855.
6. Wessely S, Nimnuan C, Sharpe M. Functional somatic syndromes : one or many ? *Lancet* 1999 ; 354 : 936-939.
7. Reid S, Crayford T, Selwyn R *et al.* Recognition of medically unexplained symptoms – do doctors agree ? *J Psychosom Res* 1999 ; 47 : 483-485.
8. Mayou R, Bass C, Sharpe M. Overview of epidemiology, classification and etiology. *In* : Mayou R, Bass C, Sharpe M, Eds. Treatment of functional somatic symptom. London, Oxford University Press 1995 : 42-65.
9. Fink P, Orenbol E, Toft T *et al.* New empirical established hypochondriasis diagnosis. *Am J Psychiatry* 2004 ; 161 : 1680-1691.
10. Cororve MB, Gleaves DH. Body dysmorphic disorder : a review of conceptualizations, assessment, and treatment strategies. *Clin Psychol Rev* 2001 ; 21 : 949-970.
11. Nimnuan C, Hotopf M, Wessely S. Medically unexplained symptoms : an epidemiological study in seven specialities. *J Psychosom Res* 2001 ; 51 : 361-367.
12. Reid S, Wessely S, Crayford T *et al.* Frequent attenders with medically unexplained symptoms : service use and costs in secondary care. *Br J Psychiatry* 2002 ; 180 : 248-253.
13. Nimnuan C, Rabe-Hesketh S, Wessely S *et al.* How many functional somatic syndromes ? *J Psychosom Res* 2001 ; 51 : 549-557.
14. Robbins J, Kirmayer L, Hemami S. Latent variable models of functional somatic distress. *J Nerv Ment Dis* 1997 ; 185 : 606-615.
15. White T, Daris O. One functional somatic syndrome. *Br J Psychiatry* 2004 ; 185 : 95-96.
16. Zdanowicz N, Janne P, Reynaert C. L'approche psychosomatique du diagnostic. *Louvain Med* 1998 ; 117 : 45-53.
17. Reynaert C. Open heart surgery : depression and denial. Bruxelles, 6<sup>e</sup> BALPPM annual forum, 1994.
18. Reynaert C. Pour une approche psychosomatique – entre santé et maladie : le sentiment d'auto-maitrise. Louvain La Neuve, Faculté de Médecine, 1995.
19. Dowrick C, Ring A, Humphris G *et al.* Normalization of unexplained symptoms by general practitioners : a functional typology. *Br J Gen Pract* 2004 ; 54 : 165-170.



# URGENCES 2006

*Conférences médecins et infirmiers*

*Les Rendez-vous  
de l'urgence !*



EDITIONS  
scientifiques **LC**





Ce logo a pour objet d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, tout particulièrement dans le domaine universitaire, le développement massif du « photocopillage ».

Cette pratique qui s'est généralisée, notamment dans les établissements d'enseignement, provoque une baisse brutale des achats de livres, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.

Nous rappelons donc que la reproduction et la vente sans autorisation, ainsi que le recel, sont passibles de poursuites.

Les demandes d'autorisation de photocopier doivent être adressées à l'éditeur ou au Centre français d'exploitation du droit de copie :

20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris.

Tél. : 01 44 07 47 70, Fax : 01 46 34 67 19.

EDITIONS *LC*  
scientifiques &

Éditions Scientifiques L & C – Brain Storming SAS

Directeur des publications : Dr Pierrick Couturier

122, avenue du Général Leclerc

75014 Paris

[accueil@editions-scientifiques.com](mailto:accueil@editions-scientifiques.com)

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés réservés pour tous pays.