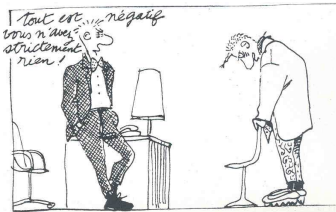


## Le patient somatisant: comment garder du plaisir!

Dr. Stéphane Saillant, psychiatre de liaison

Dr. N. Junod Perron, SMPR

22 juin 2011



## Objectifs de la matinée

- Connaître les modèles conceptuels de la somatisation
- Différencier les différentes classifications diagnostiques de la « somatisation »
- Analyser la dynamique de la relation médecin-patient dans la consultation
- Connaître les modalités de prise en charge du patient « somatisant »
- Découvrir et pratiquer un outil pour explorer les perspectives du patient « somatisant »
- Identifier les messages-clés utiles pour votre pratique

## Quel pourcentage de vos patients présentent un problème de somatisation?

- < 1%
- 10%
- 30%
- > 50%

## Enquête à la Polimed en 2002

- Sur 6 mois:
  - 1791 patients vus en consultation
  - 9.9% des patients décrits comme somatisants

### Mme M. 1979 (1)

Suivie au SMPR depuis 2005 pour les diagnostic suivants:

- Colon irritable
- Anémie ferriprive corrigée (diagnost. en 2006)
- Hypothyroïdie substituée de longue date
- Déficit en Vitamine B12 corrigé (108 en 2006)
- Hématurie d'origine indéterminée
- Obésité
- SAS de degré léger diagnostiqué en 2011
- Infections urinaires à répétition
- Hypovitaminose D
- S/p réduction mammaire en 2004
- s/p cholécystectomie en 2010

### Mme M. 1979 82)

- Originaire d'Argentine
- En CH depuis 2001
- Séparée, mère d'une fillette née en 2007
- Soutenue financièrement par l'H.G. (chômage puis REM CAS)

### Mme M. 1979 (3)

Décrite comme très polyplaintive, rapportant toujours les mêmes plaintes

- Fatigue constante, asthénie
- Douleurs abdominales sous forme de douleurs en coup de poignard, intermittentes, ballonnement abdominal, tendance à la constipation et transit irrégulier, nausées
- Dyspareunie
- Douleurs lombaires bilatérales
- Douleurs musculaires diffuses

### Mme M. 1979 (4)

Traitement

- Suivi médical
  - Suivie au quartier 1-2x/mois
  - 7 consultations à la vo en 2010
- Traitement médicamenteux
  - Cymbalta 120mg 1x/j
  - Dafalgan 1g en R, max 3x
  - Ibuprofen 400mg 3x/j en R
  - Vitamine B12 en injection
  - Vitamine D3

Quelles sont les difficultés que vous percevez et les questions que vous vous posez pour la prise en charge des plaintes de la patiente?

### Témoignage d'un interne...

- « Non, moi je trouve qu'on est très démuni face à ces patients, parce qu'il y a, d'abord, moi, on m'en avait jamais parlé, enfin je savais que ça existait, mais on a aucun livre ou je ne sais pas ou cours pour savoir comment prendre en charge ces patients quoi, j'ai l'impression souvent de faire au feeling quoi et puis je fais souvent des erreurs ou je ne sais pas s'il y a, oui enfin »

« *L'expression d'une souffrance intra-psychique ou psychosociale dans un langage de plaintes corporelles suivie d'une consultation médicale.* »

Lipowski 1990

### Un peu d'histoire..

- 17<sup>ème</sup>-18<sup>ème</sup>: oscillation entre *dualisme* et *monisme*
- 19<sup>ème</sup>: opposition entre *psychologie* et *physiologie*
- 1900: hystérie et troubles fonctionnels (Freud)
- 2 modèles: *symbolisation* (hystérie, conversion)  
*déméntalisation* (tr. fonctionnels)
- Stekel introduit le terme *somatisation*
- 20<sup>ème</sup> : Courant américain puis français
- Dès 1920-1930, USA: naissance de la *psychosomatique*
  - émotions influencent symptômes somatiques (Cannon)
  - profil de personnalité des patients psych.- somat. (Dunbar)
  - définit 7 maladies psychosomatiques (Alexander)
- 1960: Ecole de Paris, modèle de la *déméntalisation* (Marty, D'Uzan)

## Problème de santé publique

- Surtout en médecine générale
- Sous-évalué
- Troubles peu connus des psychiatres!
- env. 10% de population sur vie entière *Robins, 1991*
- 50% des patients co-morbidités psychiatriques
- 25% des patients en médecine générale souffrent de tr. somatoformes
- Co-morbidités psy: dépression et anxiété
- femmes, population précarisée, migrants
- Risque majeur de iatrogénicité
- Coûts élevés

*Fink, 2000*

## Modèle de la somatisation

- Modèle versus diagnostics
- Continuum entre sensations et symptômes
- 3 aspects du modèle (*Lipowski 1986*)
  - expérience personnelle:  
le vécu corporel propre conditionne la perception des sensations, perception de la notion de maladie, croyances de santé
  - cognitif:  
tendance à interpréter les sensations normales du corps comme pathologiques
  - comportemental:  
les actions du patient en fonction de l'interprétation cognitive

### CIM-10: troubles somatoformes

- trouble somatisation
- trouble hypochondriaque
- dysfonct. neurovégétatif somatoforme
- sd douloureux somatoforme persistant
- trouble somatoforme indifférencié

**DD:** dissociatifs et factices

### Symptômes fonctionnels

- aigus: transitoires
- subaigus: < 6 mois
- chroniques: > 6 mois
  - fibromyalgie
  - fatigue chronique
- => controversés..

## Hypothèses étiologiques

⇒Étiologie multifactorielle

- Predisposition héréditaire *Fink 2000*
- Modèle psychodynamique
- Modèles psychopathologiques: comportement-maladie
- Modèle de l'amplification des sensations  
*Miller 1984, James 1989*
- Facteurs prédisposants:
  - abus sexuel dans enfance
  - somatisation chez les parents

## Modèle psychodynamique

- Bénéfice primaire/secondaire
- Modèle de la *dépression masquée*  
*Blumer 1982, Smith 1992*
- Symptôme ou douleur *anti-souffrance* *Guex 1986*
- *Démentalisation* *Marty 1963*
- *Ambivalence* (idéalisation/dévalorisation)
- *Impuissance acquise*

## Modèle de la démentalisation

- pensée opératoire
- dépression essentielle
- désorganisation progressive

Patient coupé de ses émotions



Perte individualité



Patients se ressemblent, ennui

*Marty, 1963*

## Modèles psychopathologiques

- *Comportement-maladie* *Mechanic 1992*
- Régression et déresponsabilisation du patient
- Absence de corrélation entre gravité objective du traumatisme et le vécu subjectif
- Actualisation de problématiques psychiques antérieures ou latentes
- Événement traumatique initial (surtout dans la douleur chronique)

## Facteurs de causalité

3 types:

- *prédisposants*  
apprentissage développ, génétique, personnalité, socio-culturels
- *précipitants*  
événements de vie, deuil, maladie, blessure, rupture relationnelle
- *de maintien*  
prédisposition individuelle, interactions complexes familiales et avec le personnel soignant

*Kellner 1986, Lipowski 1986*

**SYMPTOMES** → trouble somatisation

Crainte d'une **MALADIE**

→ trouble hypochondriaque

**DOULEUR** → sd doul. somatof. Persistant

**SENSATIONS** → dysfoncti. neurovég. somatof.

## Trouble somatisation

- Présence de **symptômes** physiques multiples, récurrents et variables
- Souvent l'appareil gastro-intestinal et la peau
- Règles douloureuses, dyspareunie
- Refus persistant d'accepter conclusions rassurantes
- ATCD nombreuses investigations négatives

## Trouble hypochondriaque

- Conviction d'être atteint d'une (ou plus) **maladie grave et évolutive** (cancer)
- Refus persistant d'accepter les conclusions rassurantes
- Absence d'idées délirantes!

## Syndrome douloureux somatoforme persistant

- Souvent uniquement une **douleur** intense et persistante
- Non expliquée entièrement par un problème physique ou physiologique
- Contexte de conflits émotionnels et/ou problèmes psychosociaux

## Dysfonctionnement neurovégétatif somatoforme

- **Symptômes neurovégétatifs** considérés comme anormaux et plaintes subjectives non spécifiques
- Systèmes cardio-vasculaire, respiratoire et gastro-intestinal
- Hyperactivité neurovégétative

## Diagnostic différentiel

- Étiologie clairement somatique
- symptômes précoces dépressifs ou anxieux (fatigue, douleur, ralentissement, troubles du sommeil, manque appétit, tension musculaire, tremor, vertiges,..)
- idées délirantes: absentes dans tr. somatoformes
- tr. dissociatifs: conflit psychique, symbolisation
- tr. factices: production volontaire symptômes
- simulation?

### *Dépersonnalisation:*

- Patient ressent **ses sentiments** comme détachés et lointains, ne lui appartenant pas

### *Déréalisation:*

- Patient perçoit **son environnement** comme distant, irréel ou artificiel

⇒Insight conservé: patient sait que cela se passe en lui-même, conscience de l'état

⇒sentiment de s'observer avec distance

## Trouble dissociatif

- Amnésie, convulsions, atteintes motrices,...
- Relation entre symptôme et stress/émotion
- Expression *symbolique* d'un conflit psychique, le symptôme est une solution au conflit  
⇒*le symptôme exprime symboliquement une pulsion*
- *La belle indifférence*
- Exclure une étiologie somatique!

	Sd douloureux	Somatisation	Hypochondrie	Dysfct végétatif
caractéristiques	douleur	symptômes	maladie (grave)	sensations
traitement médic.		demandeur++, abus++	crainte du ttt	
risque dépendance		oui	non	
investig. médicales		peu demandeur	demandeur++	
nbre de plaintes	douleurs	multiples	souvent unique	
conscience du trouble	non	non	non	non
systèmes	variable	gastro-intestinal, peau		gast-int, resp, car-vasc
sexe	F+	F++	H = F	
Age	40-50 ans	jeune	âge avancé	
ATCD familiaux		oui	non	
Pronostic	Moyen	Moyen à mauvais	Bon	

## Quizz diagnostic

- Pour chaque vignette, essayez de préciser le diagnostic

### Vignette 1 - Mme E. 1977

- Douleurs de la tête, au départ occipital et irradiant dans l'hémiface gauche et le bras gauche, sous forme de décharges électriques et de sensation de froid, évoluant depuis plusieurs années, suite à un traumatisme physique et sexuel subi pendant la guerre au Kosovo en 1999
- Différents traitements médicamenteux ont été tentés sans succès : Neurontin, Lyrica, Dafalgan, Ibuprofen, Tramadol, Tegretol
- Deux tentatives d'infiltration au niv. Du n. Arnold sans effet
- Physiothérapie et TENS sans effets
- IRM cérébrale en 2006
- Hospitalisation en neurologie en 2008 pour investigations

### Vignette 2 - Mme E. 1977 (2)

- Requérante d'asile du Kosovo, permis F
- Mariée et mère de deux jumelles de 5-6 ans et réside en appartement
- Se dit déprimée en raison de l'intensité de sa douleur et des répercussions sur sa vie au quotidien
- Passe sa matinée au lit, prostrée, entreprend quelques tâches ménagères légères mais compte sinon entièrement sur son mari pour gérer les enfants, les courses et les repas.



## Vignette 2 - Mme E. 1977 (3)

- Vue à la consultation à une fréquence bi-mensuelle
- Suivi infirmier hebdomadaire
- Suivi psychiatrique 1x/mois
- Traitement:
  - Ferrum Hausmann 1cp 1x/j
  - Tramadol gouttes 1%, 20 gouttes en R
  - Dafalgan 1g 3x/j
  - Rivotril 0.5mg 1 ½ cp/j
  - Saroten 100mg 1x/j
  - Temesta 1mg en R

## Diagnostic?

	Sd douloureux	Somatisation	Hypochondrie	Dysfct végétatif
caractéristiques	douleur	symptômes	maladie (grave)	sensations
traitement médic.		demandeur++, abus++	crainte du ttt	
risque dépendance		oui	non	
investig. médicales		peu demandeur	demandeur++	
nbre de plaintes	douleurs	multiples	souvent unique	
conscience du trouble	non	non	non	non
systèmes	variable	gastro-intestinal, peau		gast-int, resp, car-vasc
sexe	F+	F++	H = F	
Age	40-50 ans	jeune	âge avancé	
ATCD familiaux		oui	non	
Pronostic	Moyen	Moyen à mauvais	Bon	

## Vignette 2 - Mme M. 1970

- Suivie au SMPR depuis 2009
- Très polyplaintive
  - Douleurs abdominales type colon spastique
  - Dysphonie sans cause ORL claire
  - Ménorragies
  - Céphalées de tension
- Statut toujours normal
- Vue à une fréquence bimensuelle pour éviter le tourisme médical et les consultations urgentes
- Constamment convaincue d'avoir un cancer ou un anévrisme cérébral sur le point de rompre

## Diagnostic?

	Sd douloureux	Somatisation	Hypochondrie	Dysfct végétatif
caractéristiques	douleur	symptômes	maladie (grave)	sensations
traitement médic.		demandeur++, abus++	crainte du ttt	
risque dépendance		oui	non	
investig. médicales		peu demandeur	demandeur++	
nbre de plaintes	douleurs	multiples	souvent unique	
conscience du trouble	non	non	non	non
systèmes	variable	gastro-intestinal, peau		gast-int, resp, car-vasc
sexe	F+	F++	H = F	
Age	40-50 ans	jeune	âge avancé	
ATCD familiaux		oui	non	
Pronostic	Moyen	Moyen à mauvais	Bon	

### Vignette 3 – Mme B, 1953

- Patiente algérienne, en CH depuis plus de 20 ans connue pour
  - HTA
  - Une sténose du pylore dilatée à plusieurs reprises (dernière OGD normale)
- Douleurs thoraciques atypiques sous forme de piquées, d'une durée de qq's secondes
- Ballonnement abdominal avec éructations fréquentes
- Nœud dans le ventre
- Sensation de gonflement dans toutes les extrémités
  
- Vue à une fréquence mensuelle
- Traitement: Temesta 1mg en R, Dafalgan 1g en R, Omed 1x/j

### Diagnostic?

	Sd douloureux	Somatisation	Hypochondrie	Dysfct végétatif
caractéristiques	douleur	symptômes	maladie (grave)	sensations
traitement médic.		demandeur++, abus++	crainte du ttt	
risque dépendance		oui	non	
investig. médicales		peu demandeur	demandeur++	
nbre de plaintes	douleurs	multiples	souvent unique	
conscience du trouble	non	non	non	non
systèmes	variable	gastro-intestinal, peau		gast-int, resp, car-vasc
sexe	F+	F++	H = F	
Age	40-50 ans	jeune	âge avancé	
ATCD familiaux		oui	non	
Pronostic	Moyen	Moyen à mauvais	Bon	

### Vignette 4 - Mme F.C., 1969

- Mariée, 7 enfants (1 dcd)
- Kurde de Turquie, en CH depuis 2003
- ATCD: + hospitalisations en psychiatrie (PTSD, ED, passé traumatique ++)
- Suivi médecin généraliste et psychiatre
- Ttt: Citalopram 10mg/j, Zolpidem 10mg/j, Omed + Dafalgan + Brufen + Temesta en R.

### Mme F.C.

- Symptômes nombreux:
  - douleurs multiples (MI, dos, épaules)
  - douleurs/brûlures seins
  - DRS lors émotions avec dyspnée et => mâchoire
  - céphalées
  - malaises et vertiges
  - fatigue
  - diminution de la force MSD
  - ...
- Investigations: *non-contributives* (ECG, Rxthorax, mammo+US seins, labo, rx cervicales+lombaires).

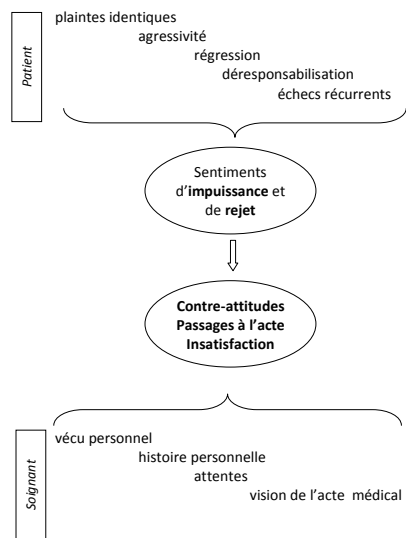
## Diagnostic?

	Sd douloureux	Somatisation	Hypochondrie	Dysfct végétatif
caractéristiques	douleur	symptômes	maladie (grave)	sensations
traitement médic.		demandeur++, abus++	crainte du ttt	
risque dépendance		oui	non	
investig. médicales		peu demandeur	demandeur++	
nbre de plaintes	douleurs	multiples	souvent unique	
conscience du trouble	non	non	non	non
systèmes	variable	gastro-intestinal, peau		gast-int, resp, car-vasc
sexe	F+	F++	H = F	
Age	40-50 ans	jeune	âge avancé	
ATCD familiaux		oui	non	
Pronostic	Moyen	Moyen à mauvais	Bon	

## Facteurs de iatrogénicité

- Peur de manquer une maladie somatique
- Peur de poursuite, plaintes
- Peu de collaboration avec psychiatre
- Connaissances faibles, peu de techniques
- Approche bio-médicale
- Pudeur médicale, crainte d'être intrusif
- Crainte de générer une dépendance du patient
- Manque de temps

*Balint 1957, Williamson 1981, Quill 1985, Fink 2000*



## Relation thérapeutique

- Evaluation initiale **minutieuse!**
  - Questions ouvertes
  - Etre neutre et curieux
  - Empathie (feedback émotionnel)
  - Faciliter
  - Résumer (répéter, reformuler, interpréter)
  - Garder le focus de l'entretien
- => Le patient doit se sentir **entendu, compris et reconnu** dans sa plainte

## « Pièges »

- Interprétation *sauvage*
- Dichotomie somatique versus psychiatrique
- Simplification de la situation
- Confronter le patient
- Argumenter le symptôme

## Prise en charge en 2 temps

1. Evaluation et bilan
2. Suivi au long cours

## Techniques de réattribution

*Goldberg et Gask 1989, Fink 2000*

= aider le patient à voir le symptôme d'une manière différente

3 étapes :

1. Etre **entendu et compris**
2. **Reconnaissance** du symptôme
3. Travailler le **lien corps-psychisme**

## 1. Etre entendu et compris

- Anamnèse complète
- Facteurs sociaux et familiaux
- Croyances de santé
- Représentation de la maladie
- Niveau de fonctionnement
- Attentes du patient
- Evénements de vie

## 2. Reconnaissance du symptôme

- Donner un feedback de l'examen
- Reconnaître la réalité du symptôme et le communiquer au patient
- Clarifier avec le patient l'inutilité et la iatrogénicité d'autres examens/interventions

## 3. Faire le lien soma-psyché

- Explications:
  - anxiété:  
« quand on est anxieux, on sécrète plus deadrénaline et le cœur bat plus vite. »
  - dépression:  
« quand on est déprimé, cela augmente la tension dans la nuque et provoque des maux de tête. »
- Démonstrations:
  - **Pratique:** provoquer tension musculaire
  - Etablir le lien entre les **événements de vie** et le symptôme
  - **Ici et maintenant:**  
« je remarque que vous avez d'avantage mal maintenant, quand on parle de ces choses ensemble. Cela doit être difficile pour vous. »

## Suivi au long cours

- *Aigu:* pas de nouveau RV
- *Subaigu:* RV fixés et régulier
- *Chronique:*
  - prise en charge régulière et fixée d'avance
  - prise en charge dans la durée
  - « contrat de soins »
  - ne pas attendre de miracle ni de guérison!
  - ne pas attendre de changement rapide
  - contact avec un psychiatre ou consultation conjointe
  - éviter examens et interventions
  - le moins de médication possible, pas de risque de dépendance
  - minimiser le nombre d'intervenants
  - ne pas travailler seul et communiquer avec les pairs

Fink 2002

## Médication psychotrope

- Littérature pauvre concernant les troubles somatoformes
- Efficacité dans le **syndrome douloureux** persistant, fibromyalgie avec ttt antidépresseurs
- Efficacité des **antidépresseurs** dans les tr. somatoformes

## Syndrome douloureux

- Ttt antidépresseurs **efficaces** sur douleurs neuropathiques, céphalées, sd douloureux:

**tricycliques > SNRI**

Peu d'efficacité des SSRI

=> **tricycliques**: profil d'effets secondaires et de risque en cas de co-morbidités somatiques

## Dosages

- amitriptyline:
  - Saroten® 25mg/soir à augmenter à 50-75mg/j.
  - Tryptisol® 10mg/soir jusqu'à 50-75mg/j.
- SNRI:
  - venlafaxine (Efexor®): dès 75mg/j.
  - duloxétine (Cymbalta®): 60mg/j.
- **CAVE**: association tramadol + SSRI  
=> risque de syndrome sérotoninergique

## Autres molécules

- BZD:
  - Dans l'attente de l'efficacité de antidépresseur
  - **Règles d'or** de la prescription des BZD:
    - 1 seule molécule
    - faible dosage
    - durée limitée
    - pas de reconduction systématique

## Indication à psychothérapie?

- D'abord respecter le mode de présentation de la plainte
- Prise de conscience par le patient nécessaire.
- Si la demande de soins psychiques est explicite, indication excellente
- psychanalytique, TCC, thérapies corporelles, systémiques, relaxation,..

## Soi-même

- Du *savoir* au *chercher à comprendre*
- *Réfléchir* au lieu de *faire*
- Tolérer son impuissance et sa frustration
- Accepter ses propres limites

## Aide aux soignants

- Supervision
- Intervision
- Consultation psychiatrique pour le patient
- Consultation conjointe avec psychiatre
- Expérience personnelle

## Synthèse

- Ecoute active
- Respecter le symptôme
- Pas l'ambition de guérir
- Pas supprimer le symptôme absolument
- Connaître ses limites
- Se faire aider

## Pour en savoir plus..

- Allaz A.-F., *Le messager boiteux: approche pratique des douleurs chroniques*, Médecine et Hygiène, 2003.
- Balint M., *Le médecin, son malade et la maladie*, Payot, 1996.
- Fauchère P.-A., *Douleur somatoforme*, Médecine et Hygiène, 2007.
- Fink P, Rosendal M, Toft T., *Assessment and treatment of functional disorders in general practice*, Psychosomatics. 2002 Mar Apr;43(2):93-131.
- Goldberg D, Gask L, O'Dowd T., *The treatment of somatization: teaching techniques of reattribution*, J Psychosom Res. 1989;33(6):689-95.
- Lipowski ZJ. *Somatization: The concept and its clinical application*. Am J Psychiatry 1988; 145(11): 1358-1368.