



**HAL**  
open science

# Psychocorporal approach to functional somatic disorders Prise en charge psychocorporelle des troubles somatiques fonctionnels

Alexandra Kachaner, Cédric Lemogne, Brigitte Ranque

► **To cite this version:**

Alexandra Kachaner, Cédric Lemogne, Brigitte Ranque. Psychocorporal approach to functional somatic disorders Prise en charge psychocorporelle des troubles somatiques fonctionnels. *La Revue de Médecine Interne*, 2024, 45 (10), pp.634-640. 10.1016/j.revmed.2024.05.025 . hal-04831576

**HAL Id: hal-04831576**

**<https://hal.science/hal-04831576v1>**

Submitted on 16 Jan 2025

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0  
International License



Disponible en ligne sur

**ScienceDirect**  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

**EM|consulte**  
www.em-consulte.com



Mise au point

## Prise en charge psychocorporelle des troubles somatiques fonctionnels



### Psychocorporal approach to functional somatic disorders

A. Kachaner<sup>a,\*,b</sup>, C. Lemogne<sup>c,d</sup>, B. Ranque<sup>a,c,e</sup>

<sup>a</sup> Service de médecine interne, hôpital européen Georges-Pompidou, AP-HP, Paris, France

<sup>b</sup> Inserm, UMS 011 « Population-based Cohorts Unit », Paris-Saclay University, UVSQ, Paris, France

<sup>c</sup> Inserm, INRAE, Center for Research in Epidemiology and Statistics (CRESS), université Paris-Cité, université Sorbonne-Paris-Nord, Paris, France

<sup>d</sup> Service de psychiatrie de l'adulte, hôpital Hôtel-Dieu, AP-HP, Paris, France

<sup>e</sup> Unité CASPer, hôpital Hôtel-Dieu, AP-HP, Paris, France

#### ARTICLE INFO

##### Article history:

Available online 13 juin 2024

##### Mots clés:

Troubles somatiques fonctionnels  
Fibromyalgie  
Syndrome de fatigue chronique  
Activité physique graduelle  
Thérapie cognitive et comportementale

##### Keywords:

Somatic symptom disorder  
Functional somatic disorder  
Fibromyalgia  
Chronic fatigue syndrome  
Cognitive and behavioural therapy  
Gradual physical exercise

#### R É S U M É

Les troubles somatiques fonctionnels (TSF) sont fréquents et entraînent une détérioration significative de la qualité de vie. Leur origine est multifactorielle et mal comprise, mais leur prise en charge est relativement codifiée. Les traitements médicamenteux sont généralement peu efficaces tandis que les approches psychocorporelles jouent un rôle central, avec trois grands principes : une relation médecin-patient empathique, respectueuse et sincère, une activité physique régulière et graduelle, et une psychothérapie de type thérapie cognitive et comportementale (TCC). L'établissement d'une alliance thérapeutique repose sur la reconnaissance de la véracité et de la pénibilité des symptômes et la délivrance d'un diagnostic positif associé à un modèle explicatif rationnel. Les facteurs d'entretien cognitifs – focalisation attentionnelle et catastrophisme – et comportementaux doivent être recherchés et constituent des cibles thérapeutiques privilégiées. Les patients ont fréquemment des conduites d'évitement, notamment de l'effort physique. Il faut alors les inciter à reprendre une activité physique graduelle, en s'adaptant à leurs possibilités. Celle-ci a fait ses preuves dans l'amélioration de la fatigue, la douleur et la qualité de vie physique et mentale des patients. Parmi les approches psychothérapeutiques, le bénéfice d'une TCC est modeste mais bien démontré. L'association d'une activité physique graduelle et d'une TCC semble complémentaire. D'autres approches comme la méditation de pleine conscience ont un niveau de preuve plus faible. Étant donnée la fréquence des TSF dans la population générale, il semble nécessaire que l'ensemble des médecins soit formé à leur prise en charge.

© 2024 The Author(s). Published by Elsevier Masson SAS on behalf of Société Nationale Française de Médecine Interne (SNFMI). This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

#### A B S T R A C T

Functional somatic disorders (FSD) are common conditions that result in a significant deterioration of the quality of life. Their origin is multifactorial and poorly understood, and their management is often inadequately defined. Medications typically show limited effectiveness, while mind-body approaches play a central role, guided by three key principles: establishing an empathetic, respectful, and sincere doctor-patient relationship; promoting regular and gradual physical activity; and implementing cognitive behavioral therapy (CBT). Special attention must be devoted to establishing a trustworthy relationship between the physician and the patient. Recognizing the reality and severity of symptoms and providing a positive diagnosis as well as an explanatory model to account for them rationally are fundamental aspects of patient management. Cognitive and behavioral maintenance factors should be investigated and constitute therapeutic targets. Cognitive factors include focused attention on body functioning and catastrophizing. Patients frequently display avoidance behaviors, particularly in relation to

\* Auteur correspondant.

E-mail address: [alexandra.kachaner@gmail.com](mailto:alexandra.kachaner@gmail.com) (A. Kachaner).

physical exertion, and it is crucial to motivate them to reintroduce gradual physical activity customized to their abilities. This approach has demonstrated efficacy in improving fatigue, pain, and the physical and mental quality of life for patients with FSD. Among psychotherapeutic approaches, the benefit of CBT is well-established. The combination of gradual physical activity and CBT appears to be complementary. Other mind-body approaches such as mindfulness meditation might help although their level of evidence is weaker. Given the prevalence of FSD in the general population, it seems necessary for all physicians to be trained in managing this condition.

© 2024 The Author(s). Published by Elsevier Masson SAS on behalf of Société Nationale Française de Médecine Interne (SNFMI). This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## 1. Introduction

Les troubles somatiques fonctionnels (TSF) sont des affections très fréquentes, touchant environ 6 % de la population générale et ayant un retentissement majeur en matière de qualité de vie, de désinsertion professionnelle et de handicap [1,2]. Il s'agit donc d'une véritable problématique de santé publique.

Ces troubles ont des dénominations multiples selon les époques et les spécialités (troubles fonctionnels, symptômes médicalement inexpliqués, troubles somatoformes, syndrome de détresse corporelle, etc.), traduisant des approches conceptuelles différentes [3]. Les notions de « symptômes médicalement inexpliqués » et de « troubles somatoformes » insistaient sur la présence de symptômes non expliqués, ou insuffisamment, par une atteinte lésionnelle des organes qu'ils désignent. À l'opposé de cette définition négative, les « troubles à symptomatologie somatique » sont définis en psychiatrie dans le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5) par l'association de trois critères : la présence d'un ou plusieurs symptômes invalidants (critère A), de préoccupations excessives, d'un cortège affectif important ou de comportements semblant disproportionnés en rapport avec les symptômes (critère B) et d'une évolution chronique (critère C) [4,5]. Cette entité nosologique, définie positivement, remplace l'ancienne catégorie des troubles somatoformes. Un élément majeur est qu'il n'est plus nécessaire d'exclure une maladie somatique pour pouvoir retenir ce diagnostic. Ce concept paraît toutefois peu spécifique des situations cliniques dans lesquelles l'intensité des symptômes contraste avec la normalité de l'examen clinique ou des explorations complémentaires. En effet, il s'applique tout aussi bien aux situations cliniques dans lesquelles pensées, émotions et comportements sont jugés disproportionnés par rapport à des symptômes dont l'origine lésionnelle est avérée. La notion de TSF se situe à mi-chemin entre ces deux approches, reposant à la fois négativement sur le contraste clinique entre symptômes et données objectives et positivement sur la présence de mécanismes explicatifs cognitifs et comportementaux. Les TSF se déclinent ensuite soit selon les symptômes prédominants (p.ex. fibromyalgie, syndrome de fatigue chronique, syndrome de l'intestin irritable, crises fonctionnelles dissociatives) ou selon le facteur causal supposé (p.ex. intolérance environnementale idiopathique) [3]. Pour nuancer cette approche catégorielle opposant troubles « organiques » et « fonctionnels », il faut rappeler que la corrélation entre les symptômes ressentis par les patients et les constats objectifs des médecins est généralement médiocre dans la plupart des pathologies [6]. Une approche dimensionnelle, allant de situations dans lesquelles cette corrélation est forte (p.ex. fracture et douleur) à d'autres dans laquelle cette corrélation est faible, voire absente, est probablement plus appropriée.

Ces affections sont mal connues du corps médical et incomplètement comprises d'un point de vue physiopathologique. Dans les mécanismes physiopathologiques en jeu, il faut différencier les facteurs prédisposants, les facteurs déclenchants et les facteurs d'entretien.

Parmi les facteurs prédisposants, on peut citer certains traits psychologiques comme le perfectionnisme [7,8] avec un fort niveau d'exigence envers soi-même, la faible confiance dans ses propres capacités physiques et le besoin de réassurance, la propension aux affects négatifs et aux pensées catastrophistes, et l'alexithymie, c'est-à-dire la difficulté à avoir accès à ses propres émotions [3], [9,10]. Une association a également été décrite entre la survenue de TSF et l'existence de traumatismes passés [11–13]. Cependant, ces différents facteurs ne sont ni sensibles ni spécifiques pour poser le diagnostic. L'intolérance à l'incertitude n'a pas été mise en évidence en tant que telle dans les TSF mais elle est fréquemment comorbide des états anxieux et dépressifs, et souvent rencontrée chez ces patients en pratique [13,14]. Une tendance à une certaine « hyperactivité » pré-morbide est aussi fréquemment rencontrée en pratique clinique, avec des patients décrivant un haut niveau de fonctionnement antérieur [15,16]. Par ailleurs, des études d'imagerie cérébrale fonctionnelle objectivent des dysfonctionnements neurologiques centraux, comme l'altération des centres de contrôle de la douleur dans la fibromyalgie [17], mais le caractère transversal de ces études ne permet pas d'établir de lien de causalité. Plusieurs mécanismes immunologiques ou génétiques ont également été suggérés par de nombreuses études, mais avec des résultats peu reproductibles jusqu'à présent. Il est probable que certains mécanismes soient rencontrés spécifiquement dans certains TSF, comme l'altération du microbiote dans le syndrome de l'intestin irritable, sans qu'une relation de causalité ne soit démontrée [18].

Des facteurs déclenchants sont souvent retrouvés, qui peuvent être d'ordre psychologique ou physique, et notamment des épisodes médicaux aigus. Par exemple, de nombreux cas de syndrome de fatigue chronique ou de syndrome de l'intestin irritable surviennent au décours d'une infection, notamment virale [19,20]. Plus récemment, des symptômes inexpliqués ayant les caractéristiques d'un TSF trouble fonctionnel [21,22] ont été décrits après une infection par le SARS-CoV-2 sans gravité [21]. Les TSF sont également fréquents en association avec d'autres maladies chroniques et persistent lorsque celles-ci sont en rémission (p.ex. syndrome d'hyperventilation et asthme). Les symptômes du TSF sont alors souvent proches des symptômes de la pathologie associée, comme si celle-ci avait constitué un ancrage pour l'émergence du TSF. Ainsi, la névrite vestibulaire est pourvoyeuse de vertiges fonctionnels (*persistent postural perceptual dizziness*), lupus et fibromyalgie sont souvent associés et partagent une présentation de douleurs musculosquelettiques, etc. Dans le cas des maladies de système, un TSF peut s'intriquer avec les symptômes et rendre l'évaluation plus difficile. Il faut parfois évoquer le diagnostic de TSF en cas de symptômes ne répondant pas au traitement de la maladie de système, surtout en cas de normalisation de tous les paramètres biologiques ou d'imagerie. Dans ce cas il est particulièrement utile de rechercher les signes positifs de TSF et notamment les facteurs cognitivo-comportementaux de pérennisation pour proposer une prise en charge adaptée.

Enfin et surtout, de nombreux facteurs d'ordres cognitifs et comportementaux entretiennent les symptômes, et représentent

des cibles thérapeutiques du fait de leur réversibilité potentielle. Les conduites d'évitement et en particulier d'évitement de l'effort physique en sont un exemple typique. Les attitudes iatrogènes de la part du corps médical participent également à pérenniser les symptômes : absence d'annonce diagnostique, stigmatisation, multiplication des examens complémentaires injustifiés, hypothèses diagnostiques infondées et anxiogènes, etc.

La recherche des facteurs prédisposants, déclenchants et d'entretien permet de fournir des arguments en faveur du diagnostic de TSF.

La prise en charge de ces patients est multidisciplinaire et repose sur une approche globale. Il est important de traiter une éventuelle comorbidité anxieuse ou dépressive sévère associée au TSF, ce qui est le cas pour 20 à 30 % des patients [22]. Un traitement médicamenteux symptomatique peut être tenté, notamment en cas de composante douloureuse nociplastique ou de troubles digestifs. Il est toutefois fondamental de lutter contre l'escalade thérapeutique et le mésusage médicamenteux, et notamment en évitant les anxiolytiques au coup par coup et les opiacés, qui induisent rapidement une dépendance. L'apport des médicaments est souvent décevant : d'une part, leur efficacité est souvent limitée, d'autre part, les patients sont souvent réticents à les utiliser ou peu observants, notamment du fait d'effets secondaires importants (ressentis ou redoutés).

En revanche, la prise en charge non médicamenteuse est essentielle. L'objectif de cette mise au point est d'exposer les principales modalités thérapeutiques non médicamenteuses envisageables dans les TSF et leur niveau de preuve. Les deux principales options thérapeutiques étudiées dans les TSF sont l'activité physique graduelle et la thérapie cognitive et comportementale (TCC), dont il existe plusieurs variantes et qui permettent de lutter contre les facteurs d'entretien des symptômes. Cependant ces options ne seront acceptées par le patient qu'en cas d'alliance thérapeutique préalable.

## 2. Relation médecin-malade : établissement d'une relation de confiance et d'un diagnostic positif

L'établissement d'une relation de confiance entre le patient et son médecin est une étape particulièrement importante et délicate dans le cadre des TSF. Un sondage en ligne réalisé auprès de 670 patients ayant une fibromyalgie montre une association entre une mauvaise relation médecin-patient et une mauvaise qualité de vie des sujets, ainsi qu'une association inverse entre la confiance accordée au médecin et la douleur rapportée par les patients [23].

Cependant, cette alliance est parfois difficile à obtenir. Les patients décrivent l'histoire de leurs symptômes de façon très détaillée, ce qui entraîne une prolongation de la consultation et met souvent à mal la patience du médecin. L'absence d'élément physique ou paraclinique spécifique rend le diagnostic difficile à poser avec certitude pour les médecins qui en ont peu l'habitude. Les attentes des patients vis-à-vis de leurs médecins sont très fortes, aussi l'absence de diagnostic clair et/ou de solution médicamenteuse efficace entraîne fréquemment un sentiment de rejet voire d'humiliation et une relation conflictuelle avec les médecins [15].

Ces relations médecin-patient souvent insatisfaisantes contribuent à la mauvaise adhésion des patients aux propositions thérapeutiques qui leur sont faites et compromettent ainsi leur évolution clinique.

Les grands principes de prise en charge sont les suivants :

- empathie, reconnaissance de la réalité et de la pénibilité des symptômes ;

- proposition d'un diagnostic positif et d'une explication rationnelle des symptômes ;
- limitation du nomadisme médical ;
- prise en compte des préférences du patient.

Leur application nécessite une démarche active du médecin et l'évitement de certaines attitudes pouvant blesser le patient de façon involontaire mais dommageable.

Le tableau ci-dessous fait un résumé des écueils les plus fréquents et des solutions pouvant y remédier (Tableau 1, adapté de [15]).

Ainsi en apportant une attention particulière à la qualité de la relation médecin-patient, le médecin pourra obtenir une meilleure adhésion du patient aux méthodes visant à corriger les facteurs d'entretien des symptômes : activité physique graduelle et psychothérapie.

## 3. Apport de l'activité physique graduelle dans la prise en charge des troubles somatiques fonctionnels

Parmi les facteurs d'entretien des symptômes, la conduite d'évitement la plus fréquente est l'évitement de l'activité physique. De peur que les symptômes ne surviennent ou ne s'aggravent après l'effort, le patient réduit ses efforts physiques au minimum. La sédentarité qui s'ensuit entraîne un déconditionnement musculaire et cardiorespiratoire, des cognitions dépressives et une désinsertion sociale [24]. L'inactivité physique majeure également les pensées catastrophistes concernant les symptômes, ce qui favorise une hypervigilance anxieuse avec une attention exacerbée à la moindre sensation corporelle. Le déconditionnement musculaire et cardiorespiratoire lui-même aggrave la fatigue et certains symptômes, dont les douleurs ou les troubles digestifs, ce qui constitue un véritable cercle vicieux.

Toutefois, si plusieurs études ont montré que l'évitement total de l'activité physique était délétère dans la prise en charge des troubles somatiques fonctionnels, la reprise précoce d'une activité physique maximale l'est également [25,26].

Deux concepts s'opposent donc concernant la conduite de l'activité physique dans les TSF : le *pacing*, une méthode de régulation de l'activité physique, consistant à « écouter son corps », à préserver les « réserves d'énergie » disponibles et à ne pas dépenser plus d'énergie que nécessaire [27], et l'activité physique graduelle (ou thérapie d'exercice graduel), qui consiste à volontairement augmenter progressivement le niveau d'activité physique réalisé pour lutter contre le déconditionnement musculaire.

La définition du *pacing* est assez floue, puisqu'il s'applique à la fois au fait d'écouter son corps pour ne pas le surmener, mais aussi au fait de favoriser systématiquement le repos en présence de symptômes. Dans la première acception, il s'agit de conserver une activité physique, mais à niveau raisonnable et en la fractionnant si besoin. Dans la deuxième acception, le *pacing* peut s'apparenter à une conduite d'évitement, avec les écueils cités plus hauts [28]. Certaines études mettent d'ailleurs en évidence un effet négatif des conduites de *pacing* avec une majoration de la douleur, de la fatigue, et du handicap [29,30]. Un essai contrôlé randomisé de grande ampleur a comparé le *pacing*, une activité physique graduelle et une TCC dans la prise en charge du syndrome de fatigue chronique : le *pacing* n'a pas montré d'effet bénéfique, contrairement aux deux autres approches [31]. Toutefois, une autre étude utilisant des échelles multidimensionnelles permettant de distinguer une activité régulière et sous maximale des conduites d'évitement montre que le « bon » *pacing* entraîne au contraire une diminution des cognitions négatives [32].

Les patients atteints de TSF ont souvent une personnalité perfectionniste, qui s'accompagne d'un fort niveau d'exigence envers

**Tableau 1**  
Principales difficultés et écueils rencontrés et solutions proposées dans la prise en charge des patients atteints de troubles somatiques fonctionnels somatiques.

Écueils et difficultés souvent rencontrés	Solutions et exemples proposés
Manque d'écoute (patients chronophages)	Laisser parler longuement les patients, au moins lors de la première consultation. Si besoin reprogrammer une consultation longue. Ne pas adopter une attitude dogmatique. Mobiliser ses ressources empathiques: valider la souffrance du patient par la reformulation, reconnaître sa plainte, son handicap dans la vie quotidienne
Prescription d'examens médicaux et adressage à d'autres spécialistes sans véritable justification	Limiter les examens complémentaires et le recours aux spécialistes à ce qui paraît objectivement nécessaire. Ne pas prescrire un examen uniquement pour rassurer le patient. Proposer une pause dans les explorations mais assurer le patient d'un suivi clinique et de la reprise des examens si besoin
Renvoyer la plainte du patient à une origine psychique d'emblée, dire « c'est dans votre tête »	Expliciter les pistes physiopathologiques neurobiologiques : altération du fonctionnement des centres de contrôle de la fatigue/de la douleur, en lien avec des processus neuropsychiques, dont un état d'alerte cérébrale entretenant une hypervigilance envers les stimuli corporels, ainsi qu'un dysfonctionnement du système nerveux autonome
Ne pas donner de diagnostic	Proposer le diagnostic de trouble somatique fonctionnel, donner les autres appellations possibles, l'expliquer et évaluer l'acceptabilité du diagnostic par le patient. Ne pas récuser abruptement un diagnostic investi par le patient à moins qu'il ne s'oppose à une prise en charge adaptée
Adresser le patient en psychiatrie sans suivi somatique conjoint	Dépister une éventuelle comorbidité anxieuse ou dépressive et adresser éventuellement à un psychiatre en cas de difficulté diagnostique ou thérapeutique Proposer un suivi conjoint, durable dans le temps
Désinsertion sociale et professionnelle du patient	Adresser le patient à un assistant social et à un médecin du travail, limiter le recours aux arrêts de travail prolongés et encourager la reprise du travail, même à temps partiel. Encourager le patient à chercher du soutien dans son entourage et à conserver des activités sociales
Absence de thérapie spécifique	Proposer une combinaison d'approches physiques et psychiques : cf. parties 2 et 3
Réticence du patient aux propositions faites (activité physique graduelle et TCC)	Démasquer les freins, les causes de cette réticence, faire reformuler le patient Mettre en lumière les facteurs prédisposants, déclenchants et d'entretien, pour renforcer l'adhésion à une prise en charge psychothérapeutique Commencer par des propositions acceptables par le patient en respectant ses préférences

TCC: thérapie cognitive et comportementale.

soi-même, et étaient souvent très actifs avant l'apparition de leur TSF. Ils fonctionnent fréquemment selon une logique du « tout ou rien ». Il y a un risque élevé de conduites d'évitement quand le patient réalise qu'il ne peut faire « aussi bien » qu'avant ou au contraire d'activité excessive lorsque la fluctuation des symptômes le permet. Il est donc particulièrement important de trouver une façon de réguler l'activité. On retrouve là l'intérêt du « bon »  *pacing*  : maintenir les activités mais ne pas courir sans cesse d'une tâche à l'autre, maintenir une activité physique avec une intensité plus faible, ou une pratique plus fractionnée.

Étant donné son aspect multidimensionnel et mal défini, le terme  *pacing*  doit probablement être abandonné, tout en conservant l'idée de trouver le bon niveau d'intensité dans les activités physiques ou intellectuelles : ne pas les reprendre trop intensément mais aussi limiter au maximum les conduites d'évitement.

L'activité physique graduelle a fait ses preuves dans la prise en charge de plusieurs troubles somatiques fonctionnels. Elle consiste en des séances d'exercices aérobies, supervisées ou à domicile, adaptées au niveau de chaque patient, sans dépasser un certain niveau d'activité physique mais sans interrompre l'activité quand les symptômes s'aggravent [33]. Dans le syndrome de fatigue chronique, une méta-analyse a montré que l'activité physique graduelle, le plus souvent aérobie, réduit significativement la fatigue, sans risque d'aggraver la symptomatologie, avec un effet directement bénéfique sur le sommeil, la condition physique et la santé perçue par le patient. Dans cette étude, l'effet de l'activité physique graduelle était supérieur au  *pacing*  et semblait proche de l'effet attendu de la TCC (cf. troisième partie) [34].

Deux autres méta-analyses, l'une évaluant l'activité physique aérobie et l'autre l'activité physique aérobie et les exercices d'étirements, ont montré un bénéfice significatif de ces techniques sur la douleur, la fatigue, les symptômes dépressifs et la qualité de vie des patients ayant une fibromyalgie [35,36].

Le choix de l'activité physique revient prioritairement au patient. Il faut prendre en compte ses capacités physiques, sa motivation, et sa potentielle appréhension à reprendre l'activité physique, qui peut être très importante dans les TSF [37], avec un risque d'échec thérapeutique. En effet, comme nous l'avons souligné plus haut, les patients sont souvent très perfectionnistes avec une forte exigence envers eux-mêmes et il est souvent dif-

ficile pour eux d'accepter d'atteindre un niveau bien inférieur à leurs performances antérieures. Si le type d'activité physique qui a le niveau de preuve le plus élevé dans les TSF est l'activité physique graduelle avec des séances d'exercice aérobie d'intensité très progressivement croissante [33], d'autres activités physiques peuvent être essayées selon les préférences et les possibilités du patient. Un essai contrôlé randomisé a montré une supériorité de la pratique du Tai Chi par rapport à une activité physique graduelle aérobie dans la fibromyalgie, ce qui peut s'expliquer par l'approche plus globale du Tai Chi, discipline physique mais aussi spirituelle et comportementale, et par le meilleur taux d'adhésion à une discipline plus « douce » (62 % des séances étaient honorées dans le groupe Tai Chi versus 40 % dans le groupe exercice aérobie) [38].

En conclusion, l'activité physique graduelle est bénéfique dans la prise en charge des TSF, sous réserve que celle-ci soit très progressive et adaptée aux capacités physiques actuelles du patient. Le choix de l'activité physique reposera en priorité sur les préférences du patient : thérapie par activité physique graduelle à l'aide d'un kinésithérapeute ou d'un enseignant en activité physique adaptée et/ou disciplines demandant un effort aérobie moins intense comme le Tai Chi, le yoga, etc. La clef réside dans la régularité, avec des séances pluri-hebdomadaires, en bannissant les périodes prolongées de repos total. Étant donné les mécanismes psychiques associés aux TSF (perfectionnisme, catastrophisme, conduites d'évitement, etc.), cette mise en place d'une activité physique graduelle sera d'autant plus réalisable et pérenne qu'elle sera couplée à une approche psychothérapeutique.

#### 4. Apports de la psychothérapie et autres approches non médicamenteuses dans la prise en charge des troubles somatiques fonctionnels

Les TCC sont des thérapies brèves qui ont pour objectif de remplacer de façon concrète et durable des réactions cognitives (pensées) et comportementales problématiques par des conduites souhaitées en utilisant différentes stratégies [39]. Elles peuvent utiliser une approche cognitive, avec par exemple la restructuration cognitive qui aide le patient à identifier et modifier les pensées automatiques associées à une détresse émotionnelle. Elles comportent aussi une approche comportementale, avec par exemple



l'activation comportementale qui aide à s'engager dans des activités qui procurent de la satisfaction et du bien-être, mais aussi avec de l'exposition progressive, stratégie incitant les patients à se confronter graduellement à ce qu'ils redoutent, de façon à dépasser les conduites d'évitement et à finalement neutraliser l'anxiété [40]. Ces techniques améliorent la confiance que les patients ont dans leurs propres capacités et les aident à trouver des solutions personnalisées [41]. Chez les patients atteints de TSF, la psychothérapie peut permettre par exemple de démasquer une composante d'alexithymie, et aider le patient à mieux identifier ses propres émotions, de travailler sur les traits perfectionnistes en modulant le niveau d'exigence envers soi-même. Elle lutte contre les conduites d'évitement, elle peut aussi traiter un trouble anxieux et/ou dépressif comorbide. Elle permet de fixer des objectifs raisonnables et atteignables par le patient mais aussi d'encadrer la reprise de l'activité physique graduelle.

Plusieurs essais thérapeutiques randomisés ont retrouvé une efficacité significative de la TCC dans les TSF, avec par exemple un essai évaluant la TCC sur une échelle de sévérité des symptômes de somatisation (Clinical Global Impression Scale for Somatization Disorder [CGI-SD]) dans la prise en charge de la fatigue chronique et des TSF indifférenciés [42], un autre sur le fonctionnement physique (mesuré par la composante physique du 36-item Short Form health survey) chez des patients ayant un TSF [43], et un troisième sur une échelle de fatigue (sous-échelle de fatigue de la Checklist Individual Strength) chez des patients atteints de syndrome de fatigue chronique post-COVID-19 [44]. Une méta-analyse *Cochrane* montre un effet bénéfique significatif de faible amplitude de la TCC sur la douleur, les cognitions négatives et le handicap dans la prise en charge de la fibromyalgie [45]. Une autre méta-analyse montre un bénéfice de la TCC chez les patients ayant des TSF indifférenciés sur la réduction des symptômes somatiques, des symptômes d'anxiété et de dépression, et une amélioration du fonctionnement physique [46]. Enfin, une méta-analyse met en évidence un bénéfice significatif de la TCC sur la fatigue dans le syndrome de fatigue chronique avec une réponse clinique chez 40 % des participants versus 26 % dans le groupe contrôle [47]. Dans le syndrome de l'intestin irritable, les approches psychothérapeutiques semblent également avoir un intérêt, avec des résultats significatifs mais une méthodologie souvent peu robuste [48,49].

Les thérapies de méditation de pleine conscience, ou d'acceptation et d'engagement, sont parfois appelées « thérapies de troisième génération ». Elles reposent sur des concepts utilisés dans la tradition bouddhiste et d'autres traditions spirituelles. On les retrouve entre autres sous les acronymes suivants : *mindfulness-based stress reduction* (MBSR), *mindfulness-based cognitive therapy* (MBCT), *acceptance and commitment therapy* (ACT). La pleine conscience consiste à s'ancrer dans l'expérience du moment présent, sans jugement. Les exercices de pleine conscience offrent une alternative crédible aux stratégies d'évitement cognitif et un moyen de mieux identifier les pensées automatiques tout en s'en distanciant. Les thérapies d'acceptation cherchent, comme leur nom l'indique, à cultiver une attitude d'acceptation des situations par opposition à des conduites d'évitement, en utilisant par exemple des jeux de rôles pour faire l'expérience de cette acceptation [39].

L'efficacité de ces thérapies de troisième génération a été démontrée dans une méta-analyse qui mesurait la réduction de la plainte somatique chez des patients ayant un TSF, avec une prédominance de patients ayant une fibromyalgie ou un syndrome de l'intestin irritable [50]. Une autre méta-analyse montre un effet faible mais significatif de la méditation de pleine conscience sur la douleur, l'anxiété, la dépression, la sévérité des symptômes et la qualité de vie chez des patients ayant un TSF [51]. Bien que moins souvent évaluées de façon rigoureuses par rapport aux TCC,

les thérapies de troisième génération semblent donc bénéfiques et font l'objet d'un intérêt croissant.

Le problème majeur des approches psychothérapeutiques réside dans leur difficulté d'accès. Les psychothérapies en France sont très peu remboursées, très onéreuses, et les psychothérapeutes formés à la TCC sont trop peu nombreux. Une solution prometteuse semble être l'utilisation d'approches psychothérapeutiques en ligne. Un essai contrôlé randomisé a montré l'efficacité d'une psychothérapie d'exposition graduelle sur la sévérité et l'impact des symptômes dans la fibromyalgie [52]. Une autre étude a montré l'efficacité d'une TCC en ligne à la fois sur la fatigue, l'absentéisme scolaire et le fonctionnement physique chez des adolescents atteints de syndrome de fatigue chronique, et ces résultats ont été répliqués en vie réelle à partir de la même thérapie en ligne [53,54]. Dans ces deux dernières études, une réponse insuffisante à la thérapie en ligne pouvait mener à une thérapie en face à face.

L'autre écueil est la mauvaise acceptabilité de la proposition de psychothérapie par le patient, qui est souvent ambivalent vis-à-vis d'une possible composante psychologique à ses troubles [15]. Ce frein peut le plus souvent être levé si un diagnostic positif a été établi et si la psychothérapie est présentée non comme une prise en charge par défaut, mais comme une méthode de correction des facteurs cognitifs et comportementaux qui aggravent et/ou pérennisent les symptômes, mis en évidence de façon conjointe par le médecin et le patient. Par ailleurs, la mise en place d'une psychothérapie est beaucoup mieux acceptée si un suivi conjoint avec le médecin « somaticien » est poursuivi.

De nombreux patients atteints de TSF ont recours à des médecines complémentaires comme l'acupuncture, l'ostéopathie, etc. Peu de données probantes étayent l'intérêt de telles pratiques dans les TSF, mais celles-ci peuvent parfois apporter au patient un mieux-être qui doit être respecté par le clinicien. Il faut alors évaluer individuellement les méthodes utilisées par chaque patient pour voir si elles semblent bénéfiques, si elles ne sont pas trop coûteuses, si elles ne l'empêchent pas de réaliser d'autres thérapies plus efficaces, etc. Dans les dernières recommandations de l'EULAR sur la fibromyalgie, la balnéothérapie et l'acupuncture sont recommandées avec un faible niveau de preuve, tandis que l'homéopathie, les massages, le biofeedback sont plutôt non recommandés, avec un niveau de preuve également faible [55].

Concernant les autres approches non médicamenteuses, on peut citer la neurostimulation électrique transcutanée (*transcutaneous electrical nerve stimulation* [TENS]) qui peut être proposée dans la prise en charge de la douleur [56]. Certains sous-types de TSF peuvent également répondre à des prises en charge particulières, par exemple adaptation du régime alimentaire dans les syndromes de l'intestin irritable, toxine botulique dans les troubles moteurs fonctionnels ou kinésithérapie vestibulaire pour la symptomatologie vertigineuse.

Une limitation importante de l'ensemble de ces études est à préciser : les essais évaluant des approches physiques ou psychothérapeutiques ne peuvent avoir un groupe contrôle en véritable aveugle (souvent les patients du groupe contrôle sont sur liste d'attente ou reçoivent un traitement standard minimal facilement différenciable de l'intervention). Un effet placebo peut donc participer à ces résultats positifs. Toutefois, étant données les craintes et réticences nombreuses des patients à ce type de thérapies, un effet nocebo pourrait également être présent et diminuer de ce fait leur efficacité objectivable.

En conclusion, la TCC est une approche validée dans la prise en charge des TSF. Son recours est néanmoins limité par son accessibilité (manque de psychologues formés et mauvais remboursement) et son acceptabilité par le patient. Il est toutefois possible pour le médecin clinicien d'en apprendre les principes et de s'en inspirer dans la prise en charge de son patient. D'autres

méthodes non médicamenteuses sont souvent utilisées par le patient, elles doivent faire l'objet d'une évaluation individuelle par le clinicien et être respectées si elles permettent une amélioration significative.

## 5. Conclusion

La prise en charge psychocorporelle des patients atteints de TSF repose sur trois grands principes : une relation médecin-patient empathique, respectueuse et sincère, une activité physique graduelle, adaptée aux possibilités du patient et à ses préférences, et une approche psychothérapeutique de type TCC. À défaut de disponibilité de cette dernière, un apprentissage de techniques de lutte contre les conduites d'évitement peut être effectué par le médecin somaticien lui-même. Les TSF étant invalidants et très fréquents dans la majorité des spécialités médicales, il semble nécessaire que l'ensemble des soignants y soit formé, afin d'éviter les erreurs de diagnostic et d'orientation, préjudiciables à l'évolution des troubles, et d'être capables de délivrer d'emblée une prise en charge adaptée. La recherche dans ce domaine doit s'appliquer à explorer les hypothèses physiopathologiques et à développer des protocoles standardisés de prise en charge.

## Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

## Credit author statement

Alexandra Kachaner : conceptualisation, rédaction du manuscrit original.

Cédric Lemogne et Brigitte Ranque : rédaction du manuscrit (corrections et révisions), supervision.

## References

- Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol* 2011;21(9):655–79.
- Saunders NR, Gandhi S, Chen S, et al. Health care use and costs of children, adolescents, and young adults with somatic symptom and related disorders. *JAMA Netw Open* 2020;3(7):e2011295.
- Henningsen P. Management of somatic symptom disorder. *Dialogues Clin Neurosci*. 2018 Mar;20(1):23–31. doi: 10.31887/DCNS.2018.20.1/phenningesen. PMID: 29946208; PMCID: PMC6016049.
- Dimsdale JE, Creed F, Escobar J, et al. Somatic symptom disorder: an important change in DSM. *J Psychosom Res* 2013;75(3):223–8.
- Kupfer David J, Regier Darrel A, Narrow William E, et al. American psychiatric association diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5). 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
- Van den Bergh O, Witthöft M, Petersen S, Brown RJ. Symptoms and the body: taking the inferential leap. *Neurosci Biobehav Rev* 2017;74(Pt A):185–203.
- Sheila BS, Octavio LR, Patricia C, Dolores B, Lilian V, Cecilia P. Perfectionism and pain intensity in women with fibromyalgia: its influence on activity avoidance from the contextual perspective. *Int J Environ Res Public Health* 2020;17(22):8442.
- Yeshua M, Zohar AH, Berkovich L. "Silence! The body is speaking" – a correlational study of personality, perfectionism, and self – compassion as risk and protective factors for psychosomatic symptoms distress. *Psychol Health Med* 2019;24(2):229–40.
- Tuzer V, Bulut SD, Bastug B, Kayalar G, Göka E, Beştepe E. Causal attributions and alexithymia in female patients with fibromyalgia or chronic low back pain. *Nord J Psychiatry* 2011;65(2):138–44.
- Klaus K, Rief W, Brähler E, Martin A, Glaesmer H, Mewes R. Validating psychological classification criteria in the context of somatoform disorders: a one- and four-year follow-up. *J Abnorm Psychol* 2015;124(4):1092–101.
- McAndrew LM, Lu SE, Phillips LA, Maestro K, Quigley KS. Mutual maintenance of PTSD and physical symptoms for Veterans returning from deployment. *Eur J Psychotraumatol* 2019;10(1):1608717.
- Irish LI, Kobayashi I, Delahanty DL. Long-term physical health consequences of childhood sexual abuse: a meta-analytic review. *J Pediatr Psychol* 2010;35(5):450–61.
- Mauder RC, Hunter JJ, Atkinson L, et al. An attachment-based model of the relationship between childhood adversity and somatization in children and adults. *Psychosom Med* 2017;79(5):506–13.
- Osmanağaoğlu N, Creswell C, Dodd HF. Intolerance of uncertainty, anxiety, and worry in children and adolescents: a meta-analysis. *J Affect Disord* 2018;225:80–90.
- Kachaner A, Harim M, Combié A, et al. Management perspectives from patients with fibromyalgia experiences with the healthcare pathway: a qualitative study. *Front Med (Lausanne)* 2023;10:1231951.
- Van Houdenhove B, Onghena P, Neerinx E, Hellin J. Does high "action-proneness" make people more vulnerable to chronic fatigue syndrome? A controlled psychometric study. *J Psychosom Res* 1995;39(5):633–40.
- Sluka KA, Clauw DJ. Neurobiology of fibromyalgia and chronic widespread pain. *Neuroscience* 2016;338:114–29. <http://dx.doi.org/10.1016/j.neuroscience.2016.06.006>.
- Tap J, Derrien M, Törblom H, et al. Identification of an intestinal microbiota signature associated with severity of irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 2017;152(1):111–23 [e8].
- Hickie I, Davenport T, Wakefield D, et al. Post-infective and chronic fatigue syndromes precipitated by viral and non-viral pathogens: prospective cohort study. *BMJ* 2006;333(7568):575.
- Klem F, Wadhwa A, Prokop LJ, et al. Prevalence, risk factors, and outcomes of irritable bowel syndrome after infectious enteritis: a systematic review and meta-analysis. *Gastroenterology* 2017;152(5):1042–54 [e1].
- Kachaner A, Lemogne C, Dave J, Ranque B, de Broucker T, Meppiel E. Somatic symptom disorder in patients with post-Covid-19 neurological symptoms: a preliminary report from the somatic study (somatic symptom disorder triggered by Covid-19). *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2022. [jnnp-2021-327899](https://doi.org/10.1136/nnp-2021-327899).
- Gouraud C, Thoreux P, Ouazana-Vedrine C, et al. Patients with persistent symptoms after Covid-19 attending a multidisciplinary evaluation: characteristics, medical conclusions, and satisfaction. *J Psychosom Res* 2023;174:111475.
- Lobo CP, Pflanzgraf AR, Giannetti V, Kanyongo G. Impact of invalidation and trust in physicians on health outcomes in fibromyalgia patients. *Prim Care Companion CNS Disord* 2014;16(5). <http://dx.doi.org/10.4088/PCC.14m01664>.
- Vlaeyen JWSJ, Linton SJ. Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain* 2000;85(3):317–32.
- Andrews NE, Strong J, Meredith PJ. Activity pacing, avoidance, endurance, and associations with patient functioning in chronic pain: a systematic review and meta-analysis. *Arch Phys Med Rehabil* 2012;93(11):2109–21 [e7].
- Bazelmans E, Bleijenberg G, Voeten MJ, van der Meer JW, Folgering H. Impact of a maximal exercise test on symptoms and activity in chronic fatigue syndrome. *J Psychosom Res* 2005;59(4):201–8.
- Nielson WR, Jensen MP, Karsdorp PA, Vlaeyen JW. Activity pacing in chronic pain: concepts, evidence, and future directions. *Clin J Pain* 2013;29(5):461–8.
- Hadzic R, Sharpe L, Wood BM. The relationship between pacing and avoidance in chronic pain: a systematic review and meta-analysis. *J Pain* 2017;18(10):1165–73.
- Murphy SL, Kratz AL. Activity pacing in daily life: a within-day analysis. *Pain* 2014;155(12):2630–7.
- McCracken LM, Samuel VM. The role of avoidance, pacing, and other activity patterns in chronic pain. *Pain* 2007;130(1–2):119–25.
- White PD, Goldsmith KA, Johnson AL, et al. Comparison of adaptive pacing therapy, cognitive behaviour therapy, graded exercise therapy, and specialist medical care for chronic fatigue syndrome (PACE): a randomised trial. *Lancet* 2011;377(9768):823–36.
- Attali D, Leguay F, Milcent L, Baeza-Velasco C. Association between activity pacing and negative emotions in patients with chronic pain: a systematic review. *Clin J Pain* 2023;39(8):426–35.
- Marques MM, De Gucht V, Gouveia MJ, Leal I, Maes S. Differential effects of behavioral interventions with a graded physical activity component in patients suffering from chronic fatigue (syndrome): an updated systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2015;40:123–37.
- Larun L, Bruurberg KG, Odgaard-Jensen J, Price JR. Exercise therapy for chronic fatigue syndrome. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;4(4):CD003200.
- Sosa-Reina MD, Nunez-Nagy S, Gallego-Izquierdo T, Pecos-Martín D, Monserrat J, Álvarez-Mon M. Effectiveness of therapeutic exercise in fibromyalgia syndrome: a systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *Biomed Res Int* 2017;2017:2356346.
- Häuser W, Klose P, Langhorst J, et al. Efficacy of different types of aerobic exercise in fibromyalgia syndrome: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Arthritis Res Ther* 2010;12(3):R79.
- Nijs J, Roussel N, Van Oosterwijk J, et al. Fear of movement and avoidance behaviour toward physical activity in chronic-fatigue syndrome and fibromyalgia: state of the art and implications for clinical practice. *Clin Rheumatol* 2013;32(8):1121–9.
- Wang C, Schmid CH, Fielding RA, et al. Effect of tai chi versus aerobic exercise for fibromyalgia: comparative effectiveness randomized controlled trial. *BMJ* 2018;360:k851.
- Thoma N, Pilecki B, McKay D. Contemporary cognitive behavior therapy: a review of theory, history, and evidence. *Psychodyn Psychiatr* 2015;43(3):423–61.
- Wenzel A. Basic strategies of cognitive behavioral therapy. *Psychiatr Clin North Am* 2017;40(4):597–609.
- Kaczurkin AN, Foa EB. Cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders: an update on the empirical evidence. *Dialogues Clin Neurosci* 2015;17(3):337–46.
- Allen LA, Woolfolk RL, Escobar JJ, Gara MA, Hamer RM. Cognitive-behavioral therapy for somatization disorder: a randomized controlled trial. *Arch Intern Med* 2006;166(14):1512–8.

- [43] Sitnikova K, Leone SS, van Marwijk HWJ, Twisk J, van der Horst HE, van der Wouden JC. Effectiveness of a cognitive behavioural intervention for patients with undifferentiated somatoform disorder: results from the CIPRUS cluster randomized controlled trial in primary care. *J Psychosom Res* 2019;127:109745.
- [44] Kuut TA, Müller F, Csorba I, et al. Efficacy of cognitive-behavioral therapy targeting severe fatigue following coronavirus disease 2019: results of a randomized controlled trial. *Clin Infect Dis* 2023;77(5):687–95.
- [45] Bernardy K, Klose P, Welsch P, Häuser W. Efficacy, acceptability and safety of cognitive behavioural therapies in fibromyalgia syndrome – a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Eur J Pain* 2018;22(2):242–60.
- [46] Liu J, Gill NS, Teodorczuk A, Li ZJ, Sun J. The efficacy of cognitive behavioural therapy in somatoform disorders and medically unexplained physical symptoms: a meta-analysis of randomized controlled trials. *J Affect Disord* 2019;245:98–112.
- [47] Price JR, Couper J. Cognitive behaviour therapy for adults with chronic fatigue syndrome. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;2008(2):CD001027, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD001027>.
- [48] Ford AC, Lacy BE, Talley NJ. Irritable bowel syndrome. *N Engl J* 2017;376(26):2566–78.
- [49] Black CJ, Thakur ER, Houghton LA, Quigley EMM, Moayyedi P, Ford AC. Efficacy of psychological therapies for irritable bowel syndrome: systematic review and network meta-analysis. *Gut* 2020;69(8):1441–51.
- [50] Maas Genannt Bempohl F, Hülsmann L, Martin A. Efficacy of mindfulness- and acceptance-based cognitive-behavioral therapies for bodily distress in adults: a meta-analysis. *Front Psychiatry* 2023;14:1160908.
- [51] Lakhan SE, Schofield KL. Mindfulness-based therapies in the treatment of somatization disorders: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2013;8(8):e71834.
- [52] Hedman-Lagerlöf M, Hedman-Lagerlöf E, Axelsson E, et al. Internet-delivered exposure therapy for fibromyalgia: a randomized controlled trial. *Clin J Pain* 2018;34(6):532–42.
- [53] Nijhof SL, Bleijenberg G, Uiterwaal CS, Kimpfen JL, van de Putte EM. Effectiveness of internet-based cognitive behavioural treatment for adolescents with chronic fatigue syndrome (FITNET): a randomised controlled trial. *Lancet* 2012;379(9824):1412–8.
- [54] Albers E, Nijhof LN, Berkelbach van der Sprenkel EE, van de Putte EM, Nijhof SL, Knoop H. Effectiveness of internet-based cognitive behavior therapy (fatigue in teenagers on the internet) for adolescents with chronic fatigue syndrome in routine clinical care: observational study. *J Med Internet Res* 2021;23(8):e24839.
- [55] Macfarlane GJ, Kronisch C, Dean LE, et al. EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia. *Ann Rheum Dis* 2017;76(2):318–28.
- [56] Dailey DL, Vance CGT, Rakef BA, et al. Transcutaneous electrical nerve stimulation reduces movement-evoked pain and fatigue: a randomized, controlled trial. *Arthritis Rheumatol* 2020;72(5):824–36.