

Troubles douloureux fonctionnels: au-delà de la nociception

Dre NOËMI ZURRÓN^a et Dr NIKLAUS EGLOFF^b

Rev Med Suisse 2021; 17: 1194-9

Les troubles douloureux fonctionnels sont fréquents et représentent une charge importante dans les consultations de premier recours. Les avancées scientifiques des neurosciences permettent de comprendre ces syndromes dans une perspective de dysfonction perceptivo, végétative, affective et cognitive. Des outils simples peuvent être utiles dans l'anamnèse et l'examen clinique, en cherchant spécifiquement des signes positifs en faveur d'un trouble douloureux fonctionnel. Il est important de maintenir une prise en charge en médecine de premier recours, en suivant quelques principes résumés dans des recommandations d'experts. La construction d'un lien de confiance solide, une approche de salutogenèse, et la décélération médicale et thérapeutique (choose wisely) sont à privilégier.

Functional pain syndromes – beyond nociception

Functional pain disorders are frequent and represent a significant burden in primary care consultations. Scientific advances in neuroscience allow us to understand these syndromes from the perspective of perceptual, vegetative, affective and cognitive dysfunction. Simple tools can be useful in the history and clinical examination, looking specifically for positive signs in favor of a functional pain disorder. It is important to maintain a primary care management, following some principles summarized in expert recommendations. Building a solid trust relationship, a salutogenesis approach and medical and therapeutic deceleration («choose wisely») are to be favored.

«Maître cerveau, sur son homme perché,
tenait dans ses plis son mystère...»

Paul Valéry, Mauvaises Pensées et autres (1941)

INTRODUCTION: ÉVOLUTION D'UN DIAGNOSTIC COURANT

C'est dans les années 80 que la CIM-10 a introduit le terme «somatoforme» pour désigner pour la première fois des troubles fonctionnels, dont la douleur fonctionnelle. Ce fut un grand succès à l'époque d'accorder au phénomène de la douleur fonctionnelle une existence claire avec le développement de ce diagnostic. Dans la perspective d'aujourd'hui, la définition de la douleur «somatoforme» de l'époque semble cependant encore fortement influencée par un style dichotomique de pensée médicale.

L'International Association for the Study of Pain (IASP)¹ définit la douleur comme «une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à, ou ressemblant à celle associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle». Cette définition permet d'aller plus loin en différenciant dans l'expérience douloureuse les éléments *lésionnels*, *perceptifs* et *émotionnels* pertinents pour celle-ci. Ces trois composantes sont impliquées dans chaque vécu douloureux.

Dans les troubles douloureux fonctionnels (TDF), il arrive que l'expérience douloureuse soit dominée principalement par l'intensité de la composante *sensorielle* ou *affective* bien que, dans de nombreux cas, une composante *lésionnelle* puisse également être présente.

L'amplification de la composante *affective* a souvent un rapport évident avec les expériences biographiques et sociales, ce qui a un effet sur le traitement ultérieur de l'information douloureuse dans le système nerveux. La disposition accrue à la douleur due à des événements de vie stressants et/ou traumatisants dans l'enfance (par exemple en raison d'une séparation précoce, de violence ou d'abus) a été résumée par G. L. Engel déjà dès 1959 sous le terme de *tendance à la douleur* (pain proneness).

L'amplification de la composante *sensorielle* est souvent associée au stress chronique (par exemple lors d'hyperalgésie induite par celui-ci). La disposition à un mode de vie hyperactif à l'âge adulte, exposant l'individu à des niveaux de stress intenses – avec une répercussion sur la résistance au stress et sur le vécu douloureux –, a été résumée par l'équipe entourant B. van Houdenhove dans les années 80 sous le terme *tendance à l'action* (action proneness). Ces deux facteurs se retrouvent souvent aussi en combinaison.² Ainsi, le fait d'être malade est placé dans son contexte biopsychosocial d'origine.

Déjà en 1946, l'OMS définit la santé³ non pas par la seule absence de maladie, mais comme «un état de complet bien-être *physique*, *mental* et *social*». Cette vision holistique doit permettre de comprendre le syndrome douloureux persistant comme une pathologie multifactorielle, où les aspects nociceptifs, sensoriels, émotionnels et mentaux sont intimement entrelacés, évoluant dans une matrice sociale comprenant le patient et son environnement tant familial, professionnel que culturel. Il s'agit donc de s'orienter sur l'individu dans sa globalité. Depuis lors, nous disposons de connaissances neuroendocriniennes, épigénétiques et psychologiques qui rendent l'interaction des dimensions susmentionnées de plus en plus plausible.

La CIM-11 (qui doit entrer en vigueur en 2022) donnera enfin la possibilité de classer les douleurs fonctionnelles avec un

^aCEMIC et Centre d'antalgie, CHUV, 1011 Lausanne, ^bFaculté de médecine, Université de Berne, 3010 Berne
noemie.zurron@chuv.ch | niklaus.egloff@med.unibe.ch

terme neutre – «douleur chronique primaire» – qui devrait laisser derrière lui l'approche dualiste précédente (origine somatogène contre psychogène), pouvant ainsi promouvoir une compréhension holistique tenant compte du caractère multifactoriel de toute douleur.

COMMENT COMPRENDRE LES TROUBLES DOULOUREUX FONCTIONNELS?

Les TDF sont à considérer dans une forme de continuum «d'expériences sensorielles et émotionnelles désagréables». Concernant les voies anatomiques neuronales de la douleur, on distingue des douleurs plutôt de type nociceptif, neuropathique ou nociplastique (figure 1). L'aspect «nociplastique» décrit le mieux les processus de sensibilisation participant au TDF qui sont particulièrement susceptibles aux processus de sensibilisation synaptique, notamment liés à des facteurs de stress, impliquant ainsi une mobilisation importante du système nerveux autonome.

Dans ce schéma (figure 1), la présence de facteurs «pain prone» et «action prone» fera pencher l'évolution d'un tableau douloureux chronique plutôt du côté «lésionnelle amplifiée» ou «nociplastique centralisée».

Les neurosciences modernes nous permettent de porter un regard plus différencié sur les processus complexes à l'œuvre dans le développement d'une expérience douloureuse chronique. La théorie bayésienne⁴ fournit un modèle mathématique de la manière optimale de mener un raisonnement plausible en présence d'incertitudes. Ainsi, le cerveau «calcule» et intègre sans arrêt des perceptions tant internes qu'externes afin de permettre à un individu de maintenir son intégrité et une certaine homéostasie. La complexité de l'environnement tant interne qu'externe ne permet pas de considérer des causes simples et uniques comme déclencheurs d'une expérience douloureuse. Le regard doit inclure des facteurs de vulnérabilité antérieurs, les croyances et attentes, les moments déclenchants et les facteurs qui maintiennent et amplifient un vécu douloureux (figure 2).

ANALYSE D'UNE VIGNETTE CLINIQUE

Nous proposons au lecteur une vignette clinique d'une jeune femme atteinte d'un TDF. Afin de favoriser une lecture plus fluide, nous l'avons structurée sous forme de tableau (tableau 1). La vignette, incluant le dessin de la douleur de la patiente (figure 3), est décrite dans la colonne de gauche, celle de droite donne la parole à l'expert commentant les éléments importants, permettant de mieux saisir les facteurs de vulnérabilité, les moments déclenchants et les facteurs de maintien dans la genèse d'un TDF.

APPROCHE ET ÉVALUATION DES TROUBLES DOULOUREUX FONCTIONNELS

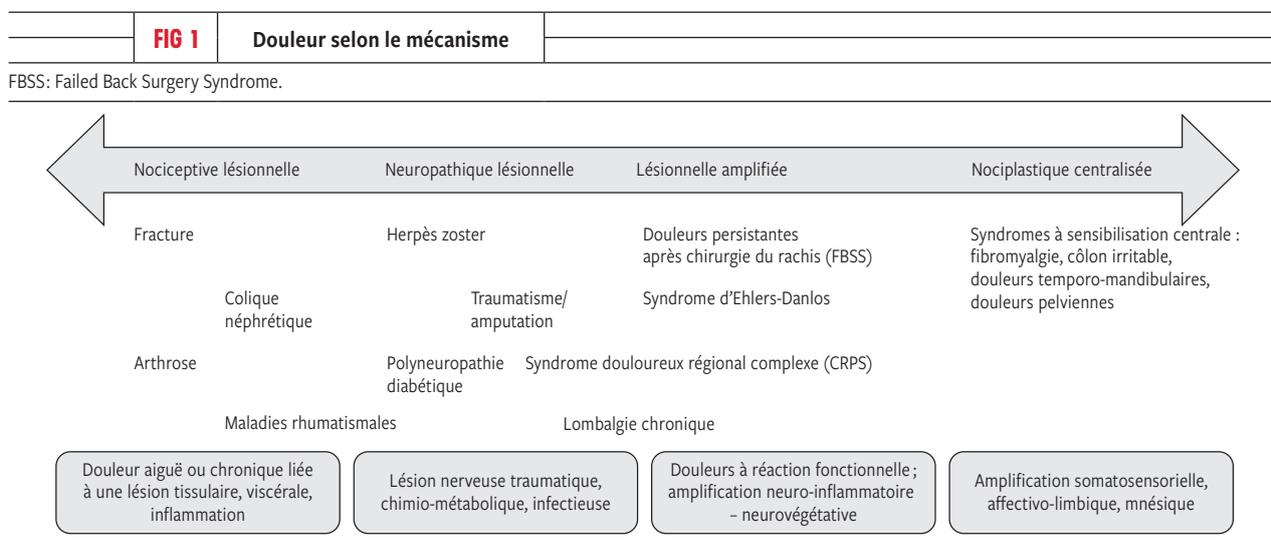
Nous présentons par la suite une proposition d'évaluation clinique d'un TDF en suivant le fil rouge du premier chapitre des «Lignes directrices médecine psychosomatique: Expertise des troubles somatoformes douloureux (CIM-10) ou douleurs chroniques primaires (CIM-11) ainsi que des affections psychosomatiques assimilées» de l'Association suisse de médecine psychosomatique et psychosociale (ASMPP) et de la Swiss Pain Society (SPS) éditées en 2018, disponibles et téléchargeables gratuitement,¹⁰ utilisables tant en médecine de premier recours que par des spécialistes (www.sappm.ch/fr/lasmpp/downloads).

Les différentes étapes d'une évaluation peuvent être séparées dans la pratique clinique quotidienne mais ne devraient pas être trop éloignées les unes des autres dans le temps.

Il est avant tout primordial d'explorer l'existence d'indices positifs en faveur d'un TDF (tableau 2). Nous proposons une analyse systématique en six étapes.

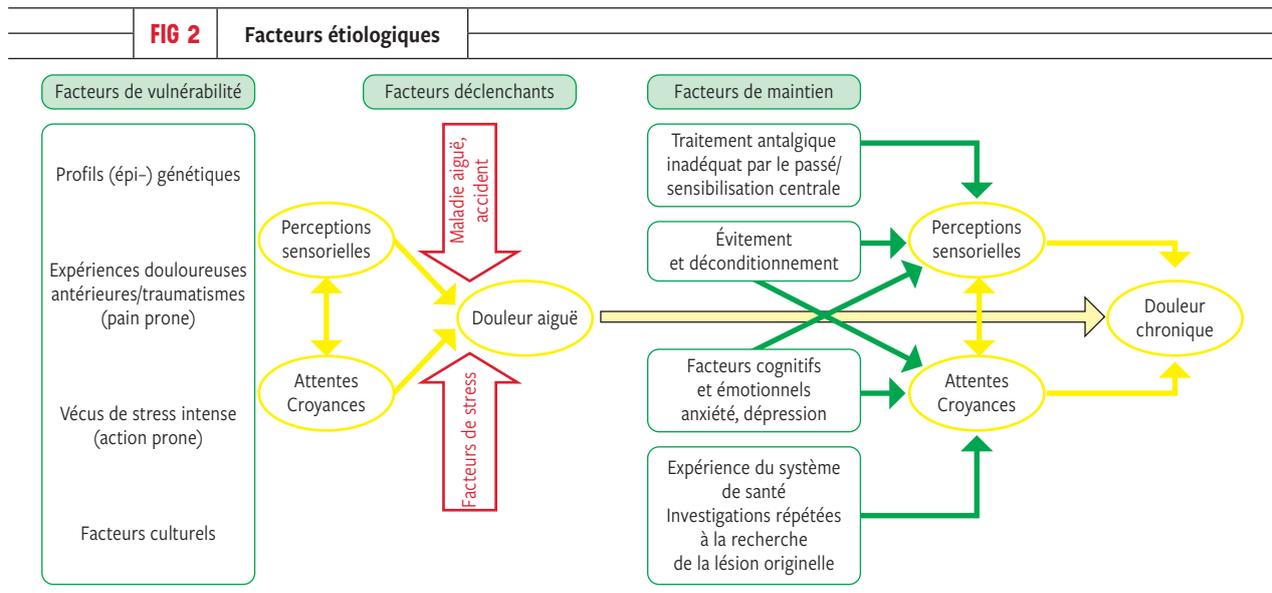
1. Construire une relation de confiance solide

De nombreux patients souffrant de TDF ont fait régulièrement l'expérience d'un manque de compréhension et se sont sentis blessés. Le premier contact sera caractérisé par la mise



(Adaptée de réf. 12).

TABLEAU 1		Vignette clinique commentée
Présentation		Commentaires
<p>Madame Y. est une jeune femme de 37 ans, souffrant depuis 3 ans de douleurs chroniques. Il y a 6 ans, suite à une infection génitale, elle développe un choc septique et est hospitalisée aux soins intensifs pour syndrome du choc toxique, ainsi qu'une fasciite nécrosante, engageant son pronostic vital</p> <p>Une année environ après cet événement, elle a commencé à ressentir des douleurs prédominantes d'abord aux membres inférieurs et qui se sont progressivement étendues pour finalement toucher toutes les parties de son corps</p>		<p>La majorité des patients souffrant de douleurs fonctionnelles font état d'un stress lié à leur biographie précédant la survenue d'un trouble douloureux fonctionnel. Ces événements conduisent à une disposition qui contribue au maintien et à la sensibilisation à la douleur (= hyperalgésie induite par le stress)⁴</p> <p>Aujourd'hui, on sait que de nombreuses substances neuromodulatrices (par exemple, des interleukines) contribuent à cette sensibilisation à la douleur, comme c'est le cas dans la fibromyalgie ou d'autres syndromes à sensibilité centrale.⁵ Le stress prolongé, par exemple, est associé à la formation de la substance P. La substance P facilite la transmission de la douleur à tous les stades de la voie de la douleur⁶</p>
<p>Madame Y. est issue d'une fratrie de 6 enfants. Elle fait une formation d'aide-soignante, se marie à l'âge de 18 ans et devient mère d'un premier enfant à l'âge de 19 ans. Elle a aujourd'hui 4 enfants, 3 filles et un garçon. Elle arrête de travailler pour se consacrer à sa famille et à l'exploitation agricole qu'elle mène avec son mari. Le choc septique avec fasciite nécrosante survient à l'âge de 31 ans. Les enfants avaient alors 12, 8, 6 et 2 ans</p>		<p>Voici donc des facteurs biographiques favorisant potentiellement la survenue d'un trouble douloureux fonctionnel au décours d'une maladie somatique: originaire d'une famille nombreuse, ressources financières limitées, précarité, première grossesse à 19 ans, et devoir assumer à un jeune âge une double charge avec un travail intense sur une exploitation agricole et le rôle de mère au foyer, prenant soin de 4 enfants. Cet «hyperstress» chronique favorise à la longue une détérioration des défenses immunitaires cellulaires due au cortisol et peut alors favoriser la survenue d'infections pouvant être au départ un trouble purement somatique qui va s'amplifier par la suite</p>
<p>Pour la localisation de la douleur, voir le dessin de la patiente (figure 3)</p>		<p>Le dessin de cette patiente montre un modèle de distribution de la douleur strictement axisymétrique, avec une prédominance des tissus mous, ce qui correspond parfaitement à l'image d'une hyperalgésie généralisée⁷</p>
<p>Elle décrit d'une part des douleurs «comme des animaux sous la peau», des brûlures, mais d'autre part des tensions et des serremments</p>		<p>La douleur «brûlante» est très courante dans les douleurs à sensibilisation centrale. Un sous-groupe de patients rapporte également des dys- ou des hypoesthésies périphériques accentuées dans les mains et les pieds, parfois associées à une neuropathie des petites fibres,⁸ donc périphériques, ce qui illustre la transition fluide et la comorbidité avec des troubles classiques lésionnels</p>
<p>À cela se sont ajoutés une fatigue importante, une intolérance à l'effort et des troubles de la concentration et de la mémoire ainsi que du sommeil qui ont motivé une interdiction de conduire. Elle a consulté un centre de la douleur où a été posé un diagnostic de fibromyalgie, qui a été invalidé par une expertise demandée par son assurance perte de gain. Un rhumatologue a ensuite diagnostiqué un syndrome d'hypermobilité bénigne, engendrant dans la suite un syndrome fibromyalgiforme. Une physiothérapeute aurait évoqué un syndrome postfasciite</p>		<p>Depuis 2010, des symptômes neurocognitifs tels que la sensation d'épuisement et les troubles de la concentration ont été proposés comme critères de définition du syndrome de fibromyalgie</p> <p>Les symptômes de fatigue, le score de Brighton souvent élevé (syndrome d'hypermobilité), se retrouvent à la fois dans celui de la fatigue chronique et le syndrome de fibromyalgie, confirmant la proximité et le chevauchement de ces deux syndromes somatiques fonctionnels⁷</p>
<p>Son médecin généraliste l'adresse au spécialiste en analgie pour la gestion des opioïdes qui ont été introduits en désespoir de trouver une autre médication permettant de soulager les douleurs chroniques de la patiente</p> <p>Au vu de la fatigue importante qui semble être un/le symptôme principal et la question de l'incapacité de travail, elle est adressée à la consultation de la fatigue chronique au CHUV</p>		<p>Il convient de noter que le système de classement en trois paliers de l'OMS concernant les médicaments antalgiques ne s'applique pas au traitement des patients souffrant de douleurs fonctionnelles. Les opioïdes ont un rapport bénéfice-risque habituellement défavorable dans ce contexte et peuvent par ailleurs exacerber l'hyperalgésie</p> <p>Tout comme des douleurs nociceptives, des troubles douloureux fonctionnels peuvent devenir invalidants et mener à une réduction permanente des performances, ce qui aura un impact du point de vue asséurologique</p>
<p>Sur le plan des thérapies, la physiothérapie et plus particulièrement la fasciathérapie soulagent un peu les douleurs</p>		<p>Une thérapie d'exercice régulier, modéré et adapté, peut être utile (programme «Pas à Pas+» du canton de Vaud).⁹ Attention cependant à une surcharge physique trop importante qui pourra entraîner au retour une amplification douloureuse</p>



(Adaptée de réf. 13, avec l'accord de l'auteur).

TABLEAU 2

Résumé des indices positifs parlant en faveur d'un trouble douloureux fonctionnel

EVA: échelle visuelle analogique; TDF: trouble douloureux fonctionnel.

Pendant longtemps, le paradigme d'une définition «in absentia» a été au premier plan, en ce sens qu'un TDF est présent si aucune cause lésionnelle ne peut être trouvée à l'origine de la douleur. Cette logique d'exclusion n'est pas appropriée pour de nombreux troubles douloureux chroniques car les composants lésionnels et fonctionnels sont souvent présents en même temps. Afin de pouvoir détecter une douleur fonctionnelle au-delà de cet aspect lésionnel, la connaissance **d'indices positifs** peut se révéler aidante (catalogue complet voir réf.¹⁰)

Le dépistage systématique des **indices positifs** comprend notamment les éléments suivants:

- A. Indices de **l'anamnèse**, par exemple des indices concernant l'expérience de la douleur: notamment des expériences antérieures (par exemple, de nombreux événements et procédures douloureux antérieurs), la variabilité importante de l'intensité douloureuse au cours de la journée, des scores de douleur se situant en général dans le tiers supérieur de l'EVA. Ou des indices symptomatiques généraux: sommeil non réparateur, intolérance à la performance, sensibilité «à fleur de peau», troubles de la concentration, difficultés de mémoire, sentiment d'épuisement précoce, intolérance au stress. Ces symptômes peuvent indiquer une dysrégulation autonome concomitante
- B. Indices de **l'examen clinique**, par exemple dermographisme, myogélose, hyperalgésie ou hyposensibilités non dermatomales¹⁴ lors des tests de sensibilité et de la douleur, postures de soulagement
- C. Indices **pharmacologiques**, par exemple efficacité insuffisante des analgésiques conventionnels qui peut conduire dangereusement à la polypharmacie et à la dépendance aux opioïdes
- D. Aspects **sociobiographiques** pouvant indiquer une possible hyperalgésie induite par le stress (stress aversif élevé dans l'enfance = tendance à la douleur (facteurs «pain prone»); ou stress et hyperactivité sociale et professionnelle à l'âge adulte = tendance à l'action (facteurs «action prone»))
- E. Indices **psychologiques** ou psychiatriques, par exemple comorbidité anxieuse et trouble panique, notamment liés au stress, séquelles de traumatismes
- F. **Comportements** secondaires liés à la douleur, par exemple retrait dépressif, solitude, déconditionnement physique, stress dû à la perte de la capacité de travailler

en place d'une écoute active, empathique et curieuse, qui s'intéresse à la personne et une communication ouverte et centrée sur le patient.

2. Entrer dans le vif du sujet par le dessin de la douleur

Le dessin de la douleur fournit des informations directes, générées par le patient, sur la localisation et la propagation

anatomique des douleurs. La représentation de la douleur, qu'elle soit locale, régionale, latéralisée ou généralisée, fournit souvent déjà des indices sur l'orientation diagnostique. Très souvent, le dessin de la douleur permet de reconnaître des schémas myofasciaux de propagation de la douleur qui peuvent être directement abordés par la physiothérapie. Certains outils¹¹ permettent de faciliter la reconnaissance de patterns myofasciaux récurrents et ainsi d'ordonner des mesures physiothérapeutiques beaucoup plus ciblées, facilitant des résultats thérapeutiques positifs (**figure 3**).

3. Anamnèse

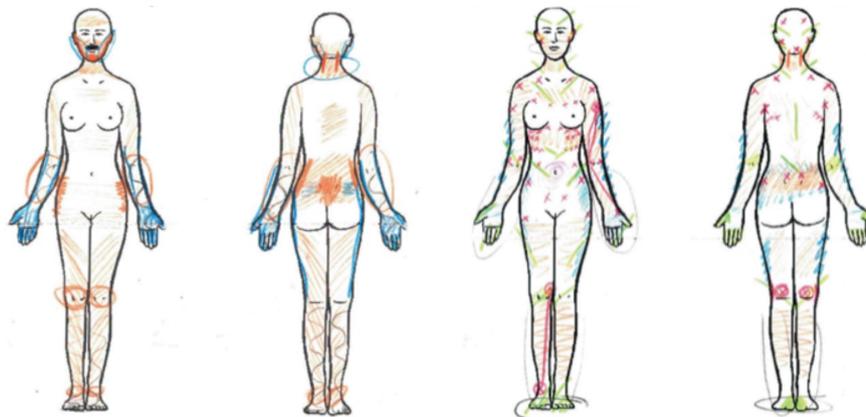
Explorer le symptôme douloureux dans toutes ses dimensions

Il s'agit d'explorer minutieusement toutes les dimensions liées à la douleur, sans préjugés, en se rappelant que dans le cas des TDF, la représentation du corps et des symptômes peut ne pas correspondre à des données d'anatomie objective.

Ces différentes dimensions peuvent orienter au-delà du seul symptôme somatique sur la perception, les représentations de la douleur et de son «sens», l'intégration de l'expérience dans le vécu et dans une histoire personnelle et permettre de saisir des ressources dans une perspective de salutogenèse:

- Dimension du symptôme sur le plan physique: situation déclenchante, qualité de la douleur, intensité, symptômes concomitants, circonstances atténuantes et aggravantes, symptômes météosensibles.
- Dimension émotionnelle: émotions ressenties en lien avec la douleur, amplification/réduction possible sur le plan attentionnel/cognitif, symptômes anxieux, dépressifs.
- Dimension temporelle: débuts et évolution dans le temps, traitements tant conventionnels que complémentaires antérieurs et leur efficacité, expériences antérieures d'autres douleurs.
- Dimension sociale: impact de la douleur sur la vie quotidienne, limitations fonctionnelles, perte de relations sociales.
- Dimension spirituelle/philosophique/culturelle: sens potentiel donné à la souffrance actuelle, sens donné à son impact dans la vie quotidienne, attentes magiques, résignation. Encore aujourd'hui, la douleur est interprétée dans certaines cultures comme une «punition du destin», renforçant

FIG 3 Dessin de la douleur de la patiente de la vignette clinique (tableau 1)



l'expérience somatosensorielle par les émotions négatives (culpabilité, honte).

Explorer les comorbidités avec d'autres syndromes à sensibilisation centrale

Par exemple migraine, céphalée de tension, douleur temporo-mandibulaire, douleur thoracique atypique, douleur pelvienne chronique, côlon irritable, estomac irritable, acouphènes, fibromyalgie. Ces comorbidités sont courantes, ainsi que des symptômes comme la phonophobie, la photophobie et l'évitement d'une surcharge sensorielle (par exemple la foule, les grands magasins) qui sont indicateurs d'une base physiopathologique commune en termes de sensibilisation centrale.

Explorer des symptômes généraux liés au stress et à la douleur

Par exemple: troubles du sommeil, intolérance au stress, irritabilité émotionnelle accrue, abattement, retrait social, symptômes anxiodépressifs.

Explorer l'anamnèse psychosociale

L'objectif sera d'identifier non seulement les facteurs biographiques de vulnérabilité et d'empreinte (pain prone et action prone), mais aussi les ressources du patient dans le parcours de sa vie, qu'il s'agira d'intégrer dans les propositions thérapeutiques.

4. Examen clinique

La douleur étant d'abord une expérience sensorielle, il est primordial qu'un examen physique (notamment des aspects rhumatologiques-orthopédiques et neurologiques) soit effectué, en portant une attention spécifique aux points de déclenchement (points gâchettes, en anglais: trigger points), aux myogéloses, ainsi qu'à l'examen de la sensibilité (territoires correspondant ou non à un/des dermatome/s, hypo-/hyperalgiques ou allodyniques).¹⁴

Il s'agit d'une part de déceler l'existence de douleurs d'origine nociceptive et/ou neuropathique traitables sur le plan médicamenteux et/ou interventionnel. Ces douleurs peuvent coexister avec un TDF. Ne pas les reconnaître, les déceler ou les traiter serait une erreur médicale.

5. Algométrie

L'évaluation d'une douleur fonctionnelle inclut, certes, une appréciation subjective (par exemple, échelle visuelle analogique (EVA)), mais celle-ci ne pourra pas être la seule référence. Il est très utile d'explorer la perception douloureuse en utilisant des procédures algométriques à pression standard (par exemple, testing sensoriel quantitatif (QST, en anglais)), ou alors un simple test calibré de provocation de la douleur (comme l'algomètre à pince) (figure 4). Ce test a non seulement une signification diagnostique médicale en ce qui concerne la détection de l'hyperalgésie mais il peut également aider le patient lui-même à prendre conscience de la composante hyperperceptive du trouble douloureux et donc de la composante nociplastique potentielle. L'objectivation d'une hypersensibilité significative peut changer fondamentalement la compréhension de la douleur tant par le patient que par le thérapeute.

FIG 4 Test calibré de provocation de la douleur (algomètre à pince)

La majorité des patients souffrant de douleurs fonctionnelles présentent une hyperalgésie importante.¹⁴ Cette hyperalgésie rend plausible le fait que la douleur puisse se produire même sans cause lésionnelle apparente. À cette fin, l'Université de Berne a mis au point un test standardisé simple de provocation de la douleur, avec description illustrée par des courbes de percentiles selon le sexe et l'âge¹⁵ (www.algopeg.ch).

Test de sensibilité à la douleur: une pince à linge standardisée est appliquée sur le majeur et le lobe de l'oreille pendant 10 secondes. Le patient évalue la douleur ressentie sur une échelle de 0 à 10 (0 = aucune douleur, 10 = douleur maximale imaginable). L'hyperalgésie est définie lorsque la douleur au doigt est > 3 et celle à l'oreille > 7.



6. Propositions thérapeutiques

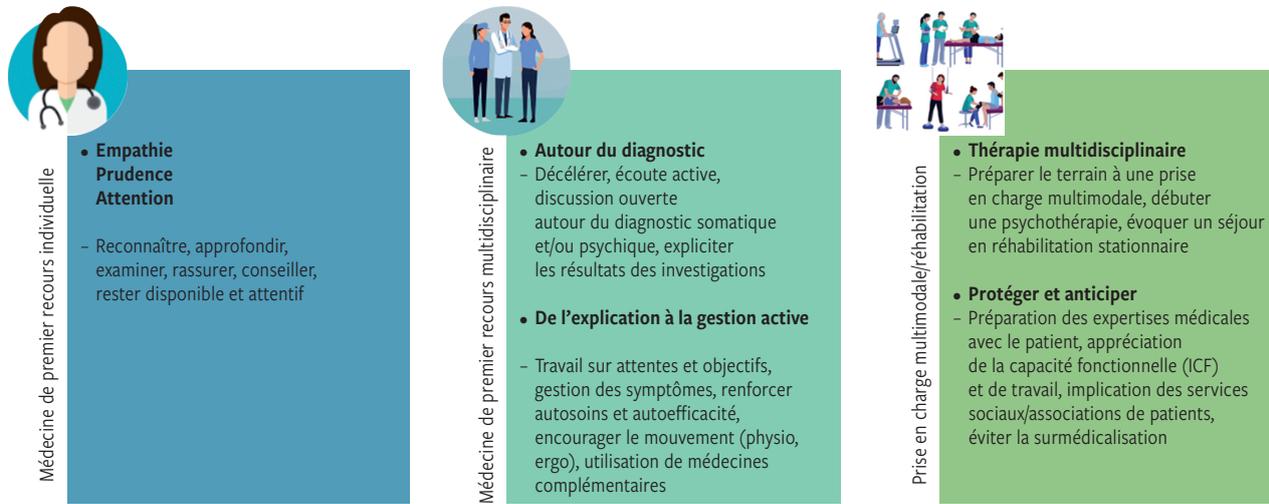
Le médecin décidera au cas par cas d'un suivi du TDF dans un contexte de médecine de premier recours standard ou élargi, ou si nécessaire d'adresser le patient à une prise en charge multidisciplinaire élargie (figure 5).

Pour la plupart des TDF, le suivi en médecine de premier recours sera le mieux adapté afin de mettre en place des outils de gestion de la douleur renforçant l'autonomie du patient et sa confiance en soi, ses ressources, et pour décélérer une spirale d'investigations et traitements non indiqués ni nécessaires (choose wisely).

La réassurance positive («Nous savons ce que vous avez!» plutôt que des affirmations comme «Vous n'avez rien», «Nous ne trouvons rien») est souvent le premier pas vers une alliance thérapeutique solide permettant une décélération médicale et, par là, une stabilisation, voire une régression, de l'intensité des symptômes.

Le cas échéant, un programme de thérapie multimodale individualisé sera proposé, qui tient compte de la situation de résilience et des ressources individuelles, avec le patient

FIG 5 Prise en charge en fonction du degré de gravité du trouble douloureux fonctionnel



(Adaptée de réf. 16).

comme acteur principal et les collègues et thérapeutes (également en médecine complémentaire) cotraitants.

Niklaus Egloff a développé l'algométrie à pince et validé cette méthode scientifiquement. Il n'a aucun lien avec la commercialisation du produit ou l'entreprise impliquée.

CONCLUSION

Le modèle biopsychosocial permettant de comprendre le TDF est aujourd'hui étayé par une compréhension croissante de sa neurophysiologie, où la recherche a mis en lumière de plus en plus de mécanismes (épi-)génétiques, neuroendocriniens, neurovégétatifs et nociceptifs, rendant plausible ainsi le groupe des TDF. L'essentiel est de reconnaître l'aspect d'amplification des stimuli somatosensoriels et affectifs chez l'individu et ce, au-delà d'un éventuel déclencheur nociceptif ou lésionnel, et d'intégrer cet aspect dans l'élaboration d'un projet thérapeutique multimodal. Dans ce contexte, les médecins de premier recours jouent un rôle décisif dans la déstigmatisation, l'information ainsi que l'éducation thérapeutique et la prise en charge des patients concernés.

Conflit d'intérêts: Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

IMPLICATIONS PRATIQUES

- Le TDF – synonyme du trouble douloureux somatoforme selon la *CIM-10* – est fréquent et ne devrait pas être un diagnostic d'exclusion, mais un diagnostic établi grâce aux indices positifs
- Il est primordial de communiquer à la personne concernée et à son environnement social, le cas échéant, nos connaissances en la matière: il s'agit en principe d'une pathologie courante, sans menace vitale et de bon pronostic dans la plupart des cas
- Le but du traitement ne sera pas toujours de faire disparaître complètement cette «expérience sensorielle et émotionnelle désagréable» mais de la moduler pour qu'elle devienne de moins en moins désagréable, et donc gérable, et vivable au quotidien sans plus avoir un impact trop négatif concernant la qualité de vie

1 Raja SN, Carr DB, Cohen M, et al. The Revised International Association for the Study of Pain Definition of Pain: Concepts, Challenges, and Compromises. *Pain* 2020;161:1976-82.

2 Van Houdenhove B, Stans L, Verstraeten D. Is there a link between 'Pain-proneness' and 'Action-proneness'? *Pain* 1987;29:113-7.

3 World Health Organization. Disponible sur : www.who.int/about/who-we-are/frequently-asked-questions

4 Jennings EM, Okine BN, Roche M, Finn DP. Stress-induced hyperalgesia. *Prog Neurobiol* 2014;121:1-18.

5 Yunus MB. Central Sensitivity Syndromes: A New Paradigm and Group Nomenclature for Fibromyalgia and Overlapping Conditions, and the Related Issue of

Disease Versus Illness. *Semin Arthritis Rheum* 2008;37:339-52.

6 Littlejohn G, Guymier E. Neurogenic Inflammation in Fibromyalgia. *Semin Immunopathol* 2018;40:291-300.

7 Egloff N, Cámara RJA, von Känel R, et al. Pain Drawings in Somatoform-functional Pain. *BMC Musculoskelet Disord* 2012;13:257.

8 Grayston R, Czanner G, Elhadd K, et al. A Systematic Review and Meta-analysis of the Prevalence of Small Fiber Pathology in Fibromyalgia: Implications for a New Paradigm in Fibromyalgia Etiopathogenesis. *Semin Arthritis Rheum* 2019;48:933-40.

9 Vaud Cd. Programme Pas à Pas+. Disponible sur : www.pas-a-pas.ch/le-projet-pas-a-pas/

10 **ASMPP (Association suisse de médecine psychosomatique et psychosociale) et Swiss Pain Society (SPS). Lignes directrices médecine psychosomatique: Expertise des troubles somatoformes douloureux (CIM 10) ou douloureux chroniques primaires (CIM 11 ébauche) ainsi que des affections psychosomatiques assimilées. 2018; p. 30.

11 Richter P, Hebgen ER. Points gachettes et chaînes musculaires. Ostéopathie et thérapies manuelles. Paris: Maloine, 2013.

12 *Arnold LM, Choy E, Clauw DJ, et al. Fibromyalgia and Chronic Pain Syndromes: A White Paper Detailing Current Challenges in the Field. *Clin J Pain* 2016;32:737-46.

13 *Henningsen P, Zipfel S, Sattel H, Creed F. Management of Functional

Somatic Syndromes and Bodily Distress. *Psychother Psychosom* 2018;87:12-31.

14 Egloff N, Cámara RJA, von Känel R, et al. Hypersensitivity and Hyperalgesia in Somatoform Pain Disorders. *Gen Hosp Psychiatry* 2014;36:284-90.

15 Cámara RJA, Gharbo RK, Egloff N. Age and Gender as Factors of Pressure Sensitivity of Pain-Free Persons: Are They Meaningful? *J Pain Res* 2020;13:1849-59.

16 Roenneberg C, Sattel H, Schaefer R, Henningsen P, Hausteiner-Wiehle C. Functional Somatic Symptoms. *Dtsch Arztebl Int* 2019;116:553-60.

* à lire

** à lire absolument