

Troubles fonctionnels et syndromes persistants multisystémiques

Cadre de formulation clinique et flux de suivi

Document de présentation à l'intention des collègues médecins et des partenaires cliniques

Version 1.1, 10 septembre 2026. Dr Steven Palanchuck, interniste, Hôpital du Haut-Richelieu

1. Pourquoi ce document

Une part croissante de la clientèle de médecine interne présente des symptômes persistants, multisystémiques, invalidants, et sans lésion structurelle suffisante pour les expliquer. Syndromes post-infectieux et post-COVID, dysautonomies et POTS, douleurs nociplastiques, syndromes post-traumatiques avec hyperactivation sympathique, terrains constitutionnels de type hypermobilité.

Ces patients sont souvent jeunes, souvent très atteints sur le plan fonctionnel, et souvent mal servis par une organisation des soins par organe. Ils circulent d'une spécialité à l'autre, accumulent des investigations et des médicaments, et finissent par porter eux-mêmes la charge de la synthèse.

Ce document présente un cadre de formulation clinique développé en clinique externe pour structurer cette prise en charge, ainsi que le flux de suivi qui en découle. Il est partagé pour deux raisons : être contesté, et trouver des collaborateurs.

Ce que ce cadre est, et ce qu'il n'est pas

C'est un cadre transdiagnostique de formulation clinique. Ce n'est ni une théorie étiologique unifiée, ni un diagnostic, ni un instrument validé. Il n'a fait l'objet d'aucune mesure de fidélité inter-juges ni d'aucune étude de cohorte. Sa structure de base reprend celle des formulations en facteurs prédisposants, précipitants et perpétuants, et il l'assume.

Sa contribution possible se situe ailleurs : le traitement des maladies actives en amont plutôt qu'en leur sein, la distinction entre facteurs perpétuants et obstacles au rétablissement, l'application aux tableaux multisystémiques de médecine interne, et la traduction en outils utilisables au chevet et remis au patient.

2. Le principe directeur

Un même patient reçoit plusieurs diagnostics partiels selon la porte d'entrée : POTS en cardiologie, côlon irritable en gastroentérologie, fibromyalgie en rhumatologie, syndrome post-COVID en médecine interne, trouble somatoforme en psychiatrie.

Chacun de ces diagnostics peut être valide dans son domaine. Le problème n'est pas qu'ils soient arbitraires ou interchangeable, mais que chacun ne décrit qu'un segment et qu'aucun ne produit la formulation du tableau d'ensemble.

Le principe affirme que ces présentations se recoupent assez pour justifier une formulation commune, une évaluation commune et une logique thérapeutique commune. Il n'affirme pas qu'elles partagent une même maladie ni un mécanisme unique. L'unité est dans la démarche clinique, pas dans la pathologie.

Ce que la littérature soutient

Le séminaire du Lancet de 2024 sur les symptômes physiques persistants adopte un terme parapluie couvrant les plaintes somatiques persistantes indépendamment de leur cause, note qu'elles peuvent suivre une infection, une blessure, une maladie ou un événement de vie stressant, ou apparaître sans déclencheur, et que le lien avec une physiopathologie clairement identifiable s'affaiblit à mesure qu'elles persistent.

Du côté empirique, la construction du bodily distress syndrome a été confirmée en population générale sur un sous-échantillon de 1590 personnes de la cohorte danoise DanFunD, avec quatre groupes de symptômes et une distinction entre formes mono-organe et multi-organes. Ces travaux soutiennent l'existence de regroupements symptomatiques transdiagnostiques. Ils ne valident pas directement la structure proposée ici, qui demeure à tester.

3. Postulats

Sept postulats, explicites pour pouvoir être contestés.

- Les symptômes sont réels. Lorsqu'un symptôme est qualifié de fonctionnel, l'anomalie principale concerne le fonctionnement et la régulation des systèmes, sans lésion structurelle suffisante pour en expliquer l'intensité ou la persistance. Cette qualification porte sur un symptôme, jamais sur l'ensemble du patient.
- Le tableau est multifactoriel par défaut. Chercher une cause unique est presque toujours une erreur de cadrage.
- Des processus transdiagnostiques partagés contribuent à des syndromes hétérogènes, avec un poids variable selon les patients. Le cadre ne postule pas de mécanisme unique.
- Le déclencheur n'est ni nécessaire ni suffisant. Certains tableaux n'en comportent aucun.
- Les facteurs perpétuants sont souvent les cibles les plus directement accessibles au traitement, sans être les seules modifiables.
- L'invalidation médicale détériore l'alliance, l'auto-efficacité, l'accès aux soins et la trajectoire fonctionnelle. Qu'elle exerce en plus un effet physiologique indépendant demeure une hypothèse plausible et non démontrée.
- L'absence de lésion structurelle suffisante laisse une possibilité réelle de modification fonctionnelle. Une amélioration significative reste possible, sans garantie de récupération complète et sans nier les atteintes structurelles concomitantes.

4. L'architecture, en huit couches

Métaphore opérante : un système de régulation devenu excessivement sensible, insuffisamment flexible ou auto-entretenu : après un déclencheur, pendant une contrainte persistante, ou sans événement de bascule identifiable.

L'unité d'analyse est un état clinique situé dans une trajectoire, non une personne ni un trait permanent. Le codage se refait à chaque réévaluation.

Couche	Question	Contenu
0	Qu'est-ce qui existe indépendamment du cadre ?	Diagnostics organiques établis, processus biologiques actifs, effets pharmacologiques et iatrogènes, diagnostics fonctionnels posés positivement, éléments incertains. Cette couche ne se dilue jamais dans les suivantes.
1	Terrain et susceptibilités	Maladies répétées dans l'enfance, adversité précoce, traumatismes antérieurs, hypermobilité, neurodivergence, hypersensibilité sensorielle, années en sursollicitation, travail de nuit, sous-récupération chronique.
2	Installation et trajectoire	Mode d'installation : développementale, progressive, abrupte, récurrente ou indéterminée. Événement précipitant facultatif, avec niveau de confiance quant à son rôle.
3	Domaines actuels d'expression	E1 à E5, cotés indépendamment sur les quatre dernières semaines. Co-dominance permise.
4	Facteurs perpétuants	Ce qui participe directement à la persistance ou à l'amplification des symptômes.
5	Obstacles au rétablissement	Ce qui empêche de recevoir ou d'appliquer un traitement, sans être un mécanisme symptomatique.

Couche	Question	Contenu
6	Ressources et capacités de rétablissement	Dimension transversale. Ce sur quoi s'appuie la réhabilitation.
7	Formulation thérapeutique	Priorités du patient, priorités cliniques, interventions, objectif fonctionnel, date de réévaluation.

Nommer le terrain sans le rendre causal. La formulation ne doit jamais permettre une lecture psychologisante réductrice.

5. Les cinq domaines d'expression

Domaine	Marqueurs cliniques	Leviers prioritaires	Piège à éviter
E1. Énergie et malaise post-effort	Coût anormal de l'effort, facture différée de 12 à 72 h, effort cognitif équivalent à l'effort physique	Pacing structuré, repos préventif, plancher plutôt que plafond	Exercice gradué à progression imposée; à l'inverse, immobilité totale
E2. Orthostatique et cardiovasculaire	Tachycardie orthostatique, intolérance à la chaleur et aux gros repas, étourdissements	Volémie, compression, activité en position basse, conciliation médicamenteuse	Empilement chronotrope à rendement décroissant; arrêt brusque d'un bêtabloquant
E3. Hyperactivation autonome et hyperéveil	Hyperéveil, réactivité aux rappels, sursauts, poussées tensionnelles paroxystiques, manifestations nocturnes d'hyperéveil	Régulation autonome directe, exposition graduée, psychothérapie centrée trauma le cas échéant	Exposition trop rapide; méconnaître l'aggravation transitoire initiale
E4. Douleur nociplastique et hypersensibilité	Douleur diffuse ou migratrice, allodynie, hypersensibilité multisensorielle, examens normaux	Psychoéducation mécanistique, mouvement dosé, sommeil, réduction de la charge sensorielle	Empilement analgésique symptôme par symptôme; évitement sensoriel total
E5. Digestif et gastro-intestinal	Nausées, satiété précoce, reflux, distension, douleur abdominale, constipation ou diarrhée, aggravation postprandiale	Conciliation médicamenteuse, adaptation alimentaire individualisée, régularisation du transit, approche cerveau-intestin	Régimes d'élimination larges; empilement de laxatifs et prokinétiques sans mécanisme ciblé

E3 est défini par sa seule phénoménologie. L'histoire traumatique ou iatrogène, fréquente, appartient aux couches 1 et 2 et ne fait pas partie du critère de codage.

Un domaine autonome doit être fréquent et potentiellement dominant, cotable de façon reproductible, et modifier réellement les leviers et les pièges. Les symptômes cognitifs, thermorégulateurs, vasomoteurs, urogénitaux et respiratoires sont documentés sans être cotés, en attendant qu'une revue de dossiers tranche leur statut.

Profil constitutionnel

Coté séparément, en quatre composantes, parce qu'elles n'ont ni les mêmes mécanismes ni les mêmes implications : hypermobilité ou particularité du tissu conjonctif; neurodéveloppement et profil sensoriel; manifestations autonomes anciennes; manifestations allergiques ou mastocytaires rapportées.

6. Perpétuants, obstacles et ressources

	Facteurs perpétuants	Obstacles au rétablissement
Définition	Participent directement à la persistance ou à l'amplification des symptômes	Réduisent la capacité de recevoir ou d'appliquer un traitement
Exemples	Sommeil désorganisé, inversion circadienne, cycles dépassement-effondrement, hypervigilance, déconditionnement, douleur persistante, charge métabolique et inflammatoire,	Précarité, accès fragmenté, absence de médecin traitant, listes d'attente, démarches administratives et médico-légales, transport, perte de revenu, absence de couverture pour la

	Facteurs perpétuants	Obstacles au rétablissement
	effets médicamenteux	psychothérapie
Levier	Interventions cliniques directes	Coordination, séquençage, plaidoyer, orientation

Cette distinction évite de transformer des défaillances sociales et institutionnelles en mécanismes biologiques. Certains facteurs appartiennent aux deux catégories, l'invalidation médicale au premier chef.

Ressources et capacités de rétablissement

Cette couche ne se réduit pas à l'absence de facteurs perpétuants : soutien relationnel, alliance thérapeutique et continuité, stabilité financière et résidentielle, auto-efficacité, capacité d'auto-observation sans hypervigilance, rôles et activités préservés, capacité de récupération, compréhension du modèle, flexibilité comportementale.

7. Mécanismes candidats et niveau de preuve

Le cadre assemble des mécanismes de statuts épistémiques différents, qu'il faut tenir distincts.

Mécanisme	Statut	Appui et manques
Dysrégulation perceptive et codage prédictif	Cadre théorique le mieux développé	Modèle neuropsychocomportemental d'Henningsen 2018, repris par le séminaire du Lancet 2024. Peu opérationnalisable au chevet.
Sensibilisation centrale et douleur nociplastique	Solide	Catégorie reconnue par l'IASP depuis 2017, critères cliniques 2021. Soutient E4 uniquement.
Dysrégulation autonome	Solide pour le phénomène	Objectivable dans le POTS. Preuve pharmacologique faible : 21 ECR, 750 patients, sans première ligne démontrée.
Charge allostatique et adversité cumulative	Solide sur le plan associatif	Méta-analyse de 71 études, rapport de cotes de 2,7. DanFunD : stress perçu prédit l'incidence, auto-efficacité protectrice. Causalité non établie.
Regroupement transdiagnostique des symptômes	Empiriquement soutenu	Quatre groupes du bodily distress syndrome confirmés en population générale.
Malaise post-effort et dysfonction bioénergétique	Phénomène solide, mécanisme à l'étude	Reproductibilité du CPET à deux jours. Hypothèses mitochondriales en évaluation.
Inflammation de bas grade et axe métabolique	Contributif, à l'étude	Plausible comme amplificateur. Direction de causalité non tranchée.
Invalidation médicale	Conséquences établies, mécanisme physiologique hypothétique	Méta-synthèse de 151 études qualitatives, 11 307 personnes, 13 maladies dont le POTS, le hEDS et le syndrome post-COVID. Effet physiologique indépendant non démontré.
Microthrombose et hypercoagulabilité	Non établie comme cible de routine	Rivaroxaban sans bénéfice sur la fatigue. Un essai négatif ne réfute pas tout rôle biologique.
Persistance virale active	Non établie comme cible générale	Essais antiviraux sans bénéfice fonctionnel durable. Sous-groupes non exclus.
Triade hypermobilité, POTS, mastocytes	Association clinique, mécanisme à l'étude	Co-occurrence bien décrite, très peu de travaux originaux. Prudence devant les traitements présentés comme solution globale.

8. Principes thérapeutiques transversaux

Les cinq leviers

- Doser plutôt que forcer. Répartition de l'énergie, repos préventif, progression conditionnelle à une période de stabilité.
- Réparer l'horloge. Stabiliser l'heure du lever avant celle du coucher, lumière matinale, régularité des repas.
- Parler directement au système nerveux. Respiration lente autour de six cycles par minute.
- La sécurité comme condition du travail thérapeutique. Être cru, comprendre, avoir un plan.

- Alléger la charge. Déprescription, arrêt des investigations qui ne changeront rien, séquençage des démarches administratives.

Règles de conduite

- La validation explicite et l'explication du cadre sont des interventions documentées comme telles. Leurs cibles démontrées sont la compréhension, l'alliance, l'engagement, l'auto-efficacité et la réduction des investigations redondantes.
- Refus de l'empilement thérapeutique. Chaque essai médicamenteux a un objectif fonctionnel nommé et une date de réévaluation.
- Aucune modification médicamenteuse sans conciliation formelle quand les doses rapportées divergent du dossier pharmacologique.
- Le dépistage des diagnostics concurrents se fait une fois, sérieusement, puis ne se répète qu'en présence d'un signal.
- Un obstacle levé vaut souvent plus qu'un médicament ajouté.

9. Signaux imposant une reprise d'investigation

Un cadre qui explique beaucoup peut absorber à tort un diagnostic concurrent. Un seul de ces signaux suffit à rouvrir la question.

Signaux objectifs

- Fièvre documentée, sueurs nocturnes, perte pondérale non intentionnelle.
- Adénopathies, organomégalie, synovite objectivée, éruption cutanée persistante.
- Déficit neurologique focal, atteinte sphinctérienne, céphalée d'apparition brutale.
- Anomalie biologique nouvelle et reproductible : anémie, syndrome inflammatoire persistant, cytopénie, hypercalcémie, détérioration de la fonction rénale.
- Syncope vraie, surtout à l'effort ou en décubitus; douleur thoracique d'effort.

Signaux de trajectoire

- Évolution progressive et monotone plutôt que fluctuante. La fluctuation est une caractéristique du cadre; sa disparition est un signal.
- Symptômes qui cessent de varier avec le repos, l'effort, la chaleur, la position ou le stress.
- Douleur nocturne réveillant systématiquement, ou douleur focale fixe.
- Détérioration fonctionnelle rapide sans facteur perpétuant identifiable.
- Absence complète de réponse à des leviers correctement appliqués pendant plusieurs mois.

Signaux de contexte

- Tableau apparaissant de novo après 50 ans sans mode d'installation reconnaissable.
- Symptôme nouveau, focal, progressif, ou discordant avec les diagnostics établis et la trajectoire antérieure.

La réévaluation est ciblée sur le signal, jamais une reprise complète du bilan initial.

10. Limites et conditions de réfutation

Ce que le cadre ne prétend pas

- Il n'est pas un diagnostic et ne remplace pas l'exclusion des maladies concurrentes.
- Il ne hiérarchise pas les causes.
- Il n'est validé par aucun instrument, aucune cohorte, aucune mesure de fidélité inter-juges.
- Il risque la sur-inclusion; la section 9 en est le garde-fou.
- Il a été construit à partir de quelques trajectoires cliniques choisies par son auteur. Aucune estimation de performance n'en découle.

Ce qui compterait comme un échec

- Absence de fidélité inter-juges sur les domaines d'expression.
- Domaines instables dans le temps sans signification clinique de cette instabilité.
- Absence de relation entre la formulation produite et les décisions prises.
- Absence d'amélioration de la compréhension ou de l'auto-efficacité chez les patients.
- Incapacité à distinguer des trajectoires cliniquement différentes.
- Ajout de complexité sans gain décisionnel par rapport à une formulation en trois ou quatre facteurs.

Antériorité assumée

Les couches 1, 2, 4 et 5 correspondent aux facteurs prédisposants, précipitants, perpétuants et protecteurs des formulations classiques. Travaux de référence : Deary, Chalder et Sharpe 2007; Reuber et coll. 2007; Henningsen et coll. 2018; Fobian et Elliott 2019; Burton et coll. 2020; Löwe et coll. 2024.

11. Le flux de suivi

Le cadre comporte huit couches. Il ne doit jamais devenir un questionnaire de huit sections rempli à chaque visite.

Le bilan complet se construit une fois. Les suivis ne documentent que ce qui a changé.

Cinq questions au patient avant la rencontre

- Depuis votre dernière rencontre, qu'est-ce qui a le plus changé ?
- Quels sont les deux problèmes qui limitent le plus votre quotidien en ce moment ?
- Avez-vous commencé, cessé ou modifié un médicament ou un traitement ?
- Y a-t-il un symptôme nouveau, nettement différent, ou qui vous inquiète ?
- Depuis la dernière rencontre, qu'est-ce qui vous a aidé ou empêché d'avancer, et qu'aimeriez-vous surtout obtenir de la prochaine rencontre ?

Trois à cinq minutes, à l'oral si possible. Une question à la fois, possibilité de passer, aucune demande de raconter un trauma, interruption et reprise possibles.

Une fiche d'une page

Six blocs : ce qui a changé; la couche 0, c'est-à-dire ce qui ne doit pas être absorbé par le cadre; l'évolution et l'impact de chaque domaine, avec au maximum deux domaines prioritaires; les symptômes associés ayant changé; les facteurs modifiables et les ressources; puis la décision, avec un objectif fonctionnel, une ou deux interventions, et une date de réévaluation.

Aucun score total. La priorité exprimée par le patient et la priorité thérapeutique du clinicien sont documentées séparément du codage descriptif : sans cette séparation, le cadre ne pourrait jamais être testé comme prédicteur de réponse.

Un résumé remis au patient

Structure fixe : l'essentiel en cinq lignes; ce qui est établi; ce qui demeure une hypothèse; ce qui a été décidé; ce que le patient peut faire maintenant, deux ou trois actions au maximum; ce que l'équipe fera; ce qu'on réévaluera et quand; les circonstances justifiant de consulter plus rapidement.

La séparation entre ce que fait le patient et ce que fait l'équipe est délibérée : une liste unique d'actions transfère au patient la charge de coordination qu'on cherche à lui retirer.

12. Place et limites de l'IA générative

L'IA est envisagée comme copilote de continuité et de documentation, jamais comme intervenant autonome. Le déploiement est séquentiel, de la génération documentaire à partir d'une note déjà rédigée jusqu'à l'accompagnement entre les visites, chaque étape n'étant franchie qu'après démonstration que la précédente réduit la charge.

Elle peut	Elle ne doit pas
Extraire, condenser, reformuler	Poser un diagnostic
Comparer avec la visite précédente	Décider qu'un symptôme est fonctionnel
Classer provisoirement en signalant l'incertitude	Attribuer un symptôme au trauma
Repérer les contradictions et les doses discordantes	Exclure une maladie ou rassurer devant un signal sérieux
Rappeler l'objectif fonctionnel et l'échéance	Modifier une conduite ou proposer une déprescription

Elle peut	Elle ne doit pas
Produire des documents adaptés au patient	Calculer un pronostic
Proposer jusqu'à deux domaines prioritaires, à confirmer	Les fixer sans confirmation humaine

Chaque sortie conserve trois niveaux distincts : fait vérifié, information rapportée, interprétation proposée : et une phrase ne passe jamais d'un niveau à l'autre sans validation humaine. Chaque élément porte sa source temporelle.

Deux conditions préalables ne relèvent pas de la technique et doivent être réglées avant tout déploiement impliquant le patient : le circuit des données, avec consentement explicite distinct du consentement aux soins et mode dégradé pour qui refuse; et un protocole d'escalade écrit, avec délai maximal de prise en charge et personne responsable nommée.

13. L'équipe souhaitée

Le cadre décrit des couches qu'aucun médecin ne peut couvrir seul. Cette section décrit la contribution attendue de chaque rôle. Elle est délibérément ambitieuse : elle sert à nommer ce qui manque, pas à décrire ce qui existe.

Médecins

Rôle	Contribution	Domaines et couches
Médecine interne	Formulation d'ensemble, couche 0, conciliation médicamenteuse, arbitrage des investigations, coordination	Toutes; couche 0 en propre
Médecine de famille	Continuité, dépistage initial, suivi des obstacles, prescription de proximité	Couches 4 et 5
Psychiatrie	Hyperactivation et trauma, distinction entre dépression secondaire et primaire, pharmacologie psychotrope, sécurité	E3, couches 1 et 2
Physiatrie	Douleur nociplastique, réadaptation fonctionnelle, capacité de travail, expertise en contexte médico-légal	E4, E1
Cardiologie	POTS, simplification de la charge chronotrope, exclusion des causes structurelles	E2
Gastroentérologie	Motilité, distinction entre organique et fonctionnel, éviter la répétition des examens invasifs	E5
Immunologie ou allergologie	Manifestations mastocytaires rapportées, dysimmunité humorale, prudence devant la triade	Profil constitutionnel

Équipe interdisciplinaire

Rôle	Contribution	Ce qui manque aujourd'hui
Psychothérapeute informé du trauma	Exposition graduée, EMDR ou approches apparentées, régulation autonome, travail sur l'invalidation vécue	Accès financier. La majorité de ces patients n'ont ni assurance ni revenu
Kinésiologue ou physiothérapeute	Pacing structuré, activité en position basse, réintroduction du mouvement sans progression imposée	Formation au malaise post-effort. Un programme d'exercice gradué standard peut aggraver
Nutritionniste	Adaptation alimentaire individualisée, préservation musculaire, correction des carences, accompagnement des traitements du poids	Éviter les régimes d'élimination larges, fréquents et coûteux dans cette clientèle
Pharmacien	Conciliation formelle, déprescription, repérage de l'empilement, demandes d'exception	Un accès direct et régulier, pas seulement ponctuel
Ergothérapeute en santé mentale	Traduction du pacing dans le quotidien réel, stratégies cognitives, adaptation du	Disponibilité pour une clientèle non psychiatrique au sens strict

Rôle	Contribution	Ce qui manque aujourd'hui
	domicile et du poste de travail	
Travail social ou navigation	Précarité, invalidité, assurances, accès aux ressources, séquençage des démarches	Ce rôle n'existe pas dans le circuit actuel, alors que la couche des obstacles au rétablissement est entièrement de son ressort

Le dernier rôle mérite d'être souligné. Le cadre distingue explicitement les facteurs perpétuants des obstacles au rétablissement, et cette seconde couche n'a aujourd'hui aucun professionnel attitré. C'est probablement l'écart le plus coûteux entre le modèle et la réalité des soins offerts.

14. Comment participer

Plusieurs formes de participation sont possibles, du plus léger au plus engageant.

- Contester le cadre. Une critique argumentée vaut davantage qu'un accord poli. Les sections 3, 7 et 10 sont les plus exposées.
- Coter des fiches en parallèle sur quelques dossiers, pour produire une première mesure de concordance entre cliniciens.
- Contribuer des trajectoires cliniques à une revue de dossiers rétrospective : distribution des domaines, comorbidités, trajectoire fonctionnelle.
- Valider le contenu du guide patient auprès de sa propre clientèle : compréhensibilité, sentiment de contrôle, intention de mise en pratique.
- Prendre en charge un domaine comme référent, pour en réviser les leviers et les pièges à la lumière de sa spécialité.
- Participer à la conception d'une offre interdisciplinaire, même partielle, pour cette clientèle.

État d'avancement

Le cadre en est à sa version 0.4.1 et le flux de suivi à sa version 0.3.1. Les outils patients existent en version 1 : un guide-socle adaptable et six modules d'une page remis selon le domaine dominant. Un essai de faisabilité de la fiche clinique est en cours sur un petit nombre de dossiers rétrospectifs.

Aucune donnée de validation n'existe à ce jour. C'est précisément l'objet des collaborations recherchées.

15. Références

Vérifiées à la source

- Löwe B, Toussaint A, Rosmalen JGM, Huang WL, Burton C, Weigel A, Levenson JL, Henningsen P. Persistent physical symptoms: definition, genesis, and management. *Lancet*. 2024;403(10444):2649-2662. doi:10.1016/S0140-6736(24)00623-8.
- Burton C, Fink P, Henningsen P, Löwe B, Rief W; EURONET-SOMA Group. Functional somatic disorders: discussion paper for a new common classification for research and clinical use. *BMC Med*. 2020;18:34. doi:10.1186/s12916-020-1505-4.
- Henningsen P, Gündel H, Kop WJ, et al. Persistent physical symptoms as perceptual dysregulation: a neuropsychobehavioral model and its clinical implications. *Psychosom Med*. 2018;80(5):422-431. doi:10.1097/PSY.0000000000000588.

- Petersen MW, Schröder A, Jørgensen T, et al. The unifying diagnostic construct of bodily distress syndrome (BDS) was confirmed in the general population. *J Psychosom Res.* 2020;128:109868. doi:10.1016/j.jpsychores.2019.109868.
- Deary V, Chalder T, Sharpe M. The cognitive behavioural model of medically unexplained symptoms: a theoretical and empirical review. *Clin Psychol Rev.* 2007;27(7):781-797. doi:10.1016/j.cpr.2007.07.002.
- Bontempo AC, Bontempo JM, Duberstein PR. Ignored, dismissed, and minimized: understanding the harmful consequences of invalidation in health care. *Psychol Bull.* 2025;151(4):399-427. doi:10.1037/bul0000473.

Citées de seconde main, non vérifiées à la source

Références retenues sur la base de recherches secondaires. Volume, pages ou identifiants possiblement incomplets. À ne pas reprendre telles quelles dans un travail publié.

- Reuber M et coll., *Psychosomatics 2007*, facteurs prédisposants, précipitants et perpétuants des symptômes neurologiques fonctionnels.
- Fobian AD, Elliott L., *J Psychiatry Neurosci 2019*, modèle étiologique intégré du trouble à symptômes neurologiques fonctionnels.
- Jungilligens J, Perez DL, 2024, traitement prédictif et physiopathologie du trouble neurologique fonctionnel.
- Kosek E et coll., *Pain 2021*, critères cliniques de la douleur nociplastique musculosquelettique.
- Afari N et coll., *Psychosom Med 2014*, trauma psychologique et syndromes somatiques fonctionnels.
- Sheldon R et coll., 2015, consensus de la Heart Rhythm Society sur le POTS.
- Revue systématique des essais randomisés sur les traitements du POTS, 21 essais, 750 patients, 2025.
- STIMULATE-ICP, *Lancet Infect Dis 2026*, rivaroxaban, colchicine et famotidine-loratadine dans le syndrome post-COVID.
- Byambasuren O et coll., *BMJ Open 2026*, naltrexone à faible dose dans le syndrome post-COVID.
- Cohorte DanFunD, 2024, prédicteurs des troubles somatiques fonctionnels.
- EURONET-SOMA, *BMC Med 2025*, domaines de résultats pour l'évaluation psychosociale du syndrome post-COVID.
- Goessl V et coll., 2017, méta-analyse sur le biofeedback de variabilité cardiaque.
- Littérature sur la relation entre hEDS, POTS et syndrome d'activation mastocytaire, 2019 et 2025.

16. Contact

Dr Steven Palanchuck, interniste

Hôpital du Haut-Richelieu, Santé Québec Montérégie-Centre

Professeur adjoint, Université de Sherbrooke

Document de travail, version 1.0, 6 août 2026. Destiné à la discussion entre professionnels. Ne constitue ni une ligne directrice, ni un protocole validé, ni un avis médical individualisé.