Prise en charge de la fibromyalgie en médecine générale : enquête chez des médecins libéraux en Seine-et-Marne

Maher Belhadj Younes

▶ **To cite this version:**

Maher Belhadj Younes. Prise en charge de la fibromyalgie en médecine générale : enquête chez des médecins libéraux en Seine-et-Marne. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01927891

HAL Id: dumas-01927891

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01927891

Submitted on 20 Nov 2018

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.

UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE

UFR DE MEDECINE D'AMIENS

Année 2017 Thèse N°2017-125

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Mention Médecine Générale

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

LE 10 OCTOBRE 2017

Par BELHADJ YOUNES Maher

PRISE EN CHARGE DE LA FIBROMYALGIE EN MEDECINE GENERALE.

ENQUETE CHEZ DES MEDECINS LIBERAUX EN SEINE ET MARNE.

La directrice de thèse**,**

Madame le Docteur Véronique CHASTEL

Le Président du Jury.

Monsieur le Professeur Patrice FARDELLONE

Les Juges,

Monsieur le Professeur Vladimir STRUNSKI

Monsieur le Professeur Maxime GIGNON

Monsieur le Docteur Jean SCHMIDT

Madame le Docteur Mejda JEANJEAN

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Patrice FARDELLONE

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

(Rhumatologie)

Chef du service de Rhumatologie

Pôle « Autonomie »

Vous me faites l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Je vous remercie de l'intérêt que vous portez pour ce travail.

Soyez assuré de mon profond respect et de ma sincère considération.

A Monsieur le Professeur Vladimir STRUNSKI

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

(Oto Rhino Laryngologie)

Chef du Service ORL et Chirurgie de la face et du cou

Pôle des 5 sens

Chevalier dans l'Ordre des palmes Académiques

Vous me faites l'honneur de participer à ce jury de thèse,

Veuillez recevoir toute ma reconnaissance et mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Maxime GIGNON

Professeur des Universités –Praticien Hospitalier

Epidémiologie, Hygiène Hospitalière et Santé Publique

Vous me faites l'honneur de participer à ce jury sans me connaitre.

Je vous remercie sincèrement de l'intérêt que vous portez à mon

Travail.

A Monsieur le Docteur Jean SCHMIDT

Maitre de conférences des Universités-Praticien Hospitalier

Médecine interne

Vous me faites l'honneur de participer à ce jury de thèse, Merci pour

Votre disponibilité, je vous exprime ici toute ma gratitude et mon

Profond respect.

A Madame le Docteur Mejda JEANJEAN

Praticien Hospitalier en Gériatrie

Hôpital d'Amiens sud

Vous me faites l'honneur de participer à ce jury de thèse,

Merci pour votre accord chaleureux,

Soyez assurée de mon plus profond respect.

A Madame le Docteur Véronique CHASTEL

Docteur en Médecine Général.

Saint Augustin

Mes remerciements ne seront jamais à la hauteur de votre

Implication dans l'élaboration de ce travail.

Merci de votre aide, de votre soutien, de votre patience et de votre

Disponibilité tout au long de ce travail de thèse.

Soyez assurée de ma plus profonde gratitude.

A ma femme, Emna, qui me fait le bonheur de partager ma vie et mes projets. Je ne te remercierais jamais assez pour ta patience, ta compréhension et ton soutien sans faille.

A mes enfants, sans qui ma vie ne serait pas aussi belle, merci pour votre énergie, vos rires, votre amour et votre tendresse.

A mes amis, que je suis content de vous avoir à mes côtés, merci de m'avoir soutenu et subi dans ces moments heureux et parfois difficiles.

A mes professeurs, pour leur savoir, leurs conseils et leurs critiques qui ont guidés mes réflexions et mon parcours.

A tous les médecins interrogés qui ont permis la réalisation de ce travail, en m'accordant de leur temps en participant à mon étude, merci pour votre disponibilité, le partage de vos expériences, votre sympathie et vos encouragements.

A mes parents, responsables, en grande partie de ce que je suis aujourd'hui, merci pour vos conseils, votre confiance, votre amour et votre soutien. Je suis fier des valeurs que vous m'avez transmises

A mes grands-parents, merci pour vos encouragements, votre soutien, votre bienveillance et tout l'amour que vous me témoignez.

Des remerciements spécifiques à Hélène, au Docteur TALBI Rachid et au Docteur ALGHANDOUR Maher pour leur aide précieuse et leur soutien.

A tous, un grand merci.

Serment d'Hippocrate

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que les considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS 2

SERMENT D'HIPPOCRATE 9

SOMMAIRE 10

TABLE DES TABLEAUX 14

LISTE DES ABREVIATION 15

INTRODUCTION 16

1. Historique 16

2. Epidémiologie 17

3. Clinique 17

4. Les facteurs de risque 18

5. Physiopathologie 19

5.1 Dysfonctionnement central 19

5.2 L'hypothèse neuroendocrine 19

a) Les hormones sexuelles 19

b) L'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien (HHS) 19

5.3 L'hypothèse familiale et génétique 20

a) Prédisposition familiale 20

b) Hypothèse génétique 20

b.1 Gène concernant le système sérotoninergique 20

b.2 Le système HLA 20

b.3 Récepteurs à la dopamine 20

c) Hypothèse psychologique cognitive et comportementale 21

c.1 Troubles anxio-dépressifs 21

c.2 Le catastrophisme ou dramatisation 21

c.3 L'alexithymie 21

d) Autres pistes à explorer 21

MATERIEL ET METHODE 22

1. Type d'étude 22
2. Population étudiée et recrutement 22
3. Le questionnaire 22
4. Méthodes statistiques 23

RESULTATS 25

1. Caractéristique de la population étudiée 25
1.1 Sexe (Q1) 25
1.2 Age (Q2) 26
1.3 Lieu d'exercice (Q3) 26
1.4 L'ancienneté d'exercice (Q4) 26
2**. Formations et connaissances** 27
2.1 Formation spécifique à la prise en charge de la douleur (Q5) 27
2.2 Type de formation (Q5) 27
3. Les connaissances concernant la fibromyalgie Q6) 28
4. L'approche du diagnostic de la fibromyalgie 28
4.1 Ressenti des médecins face à la prise en charge du diagnostic de la fibromyalgie (Q7) 28
4.2 Le profil type du patient atteint de la fibromyalgie selon les médecins interrogés (Q8) 29
4.3 Les signes cliniques orientant vers une fibromyalgie (Q9) 31
5. Les examens complémentaires (Q10) 32
5.1 Les examens biologiques 33
5.2 Les examens radiologiques 33
5.3 L'électromyogramme 33
6. L'annonce du diagnostic 33
6.1 Evoquer le diagnostic(Q11) 34
6.2 Difficultés à l'annonce du diagnostic (Q12) 34
6.3 Conséquence de l'annonce du diagnostic sur le patient(Q13) 34
7. Orientation du patient (Q14) 34
8. Traitement et prise en charge de la fibromyalgie 36

8.1 Traitements médicamenteux (Q15) 37
8.2 Prise en charge paramédicale prescrite (Q15) 37
8.3 Thérapies alternatives prescrites (Q15) 38
9. Le suivi de l'évolution de la maladie (Q16) 38
10. Ressenti des médecins généralistes face à la fibromyalgie (Q16) 39
11. Associations entre la difficulté de l'annonce du diagnostic et les autres questions 39
12. Association entre l'impuissance face à la FM et les autres questions 41
13. Analyse multidimensionnelle 42
14. Critique de l'étude. 43
14.1. Force de l'étude 43
14.2. Limite de l'étude 43

DISCUSSION 45

I L'approche diagnostique 45

1. L'approche clinique 45
a) Profil du patient 45
b) Symptômes orientant vers le syndrome fibromyalgique 45
c). Les examens complémentaires 46
c.1 Les examens complémentaires 46
c.2 Les examens radiologiques 46
d) Annonce du diagnostic 47

II Place des spécialistes dans la prise en charge des patients fibromyalgiques 47

III Aspects généraux de la prise en charge de la fibromyalgie 48

1 Prise en charge médicamenteuse 48
a) Les antalgiques palier 1 et palier 2 48
b) Les traitements appartenant au palier 3 et les corticostéroïdes 49
c) Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) 49
d). Les antidépresseurs 49
d.1) L'AMITRIPTYLINE 50
d.2) Les inhibiteurs mixtes de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNa) 50

e) Les myorelaxants 50
f) PREGABALINE (Lyrica®) 50
g) Les anxiolytiques 51
2. La prise en charge non médicamenteuse 51

IV Le suivi de l'évolution de la maladie 52

V Proposition 53

CONCLUSION 55

BIBLIOGRAPHIE 56

ANNEXES 60

QUESTIONNAIRE 69

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1 : caractéristiques des médecins interrogés 25

Tableau 2 : connaissances et niveau de formation en douleur /fibromyalgie des médecins. 28

Tableau 3 : cessenti des médecins concernant l'approche diagnostique de la fibromyalgie 29

Tableau 4 : diagnostic de la fibromyalgie 30

Tableau 5 : place des examens complémentaires dans la prise en charge diagnostique de la fibromyalgie. 32

Tableau 6 : réponses concernant l'annonce diagnostic. 33

Tableau 7 : place des spécialistes dans la prise en charge. 34

Tableau 8 : les différents traitements prescrits par les médecins. 36

Tableau 9 : évolution et auto-évaluation des médecins par rapport à la fibromyalgie. 38

Tableau 10 : association entre la difficulté à l'annonce du diagnostic et les autres questions. 39

Tableau 11 : Association entre l'impuissance face à la fibromyalgie et les autres questions. 41

LISTE DES ABREVIATIONS

ACAN: Anticorps-Anti-nucléaires
ACR : American College of Rheumatology
AINS : Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien
APS: American Pain Society
BDI: Beck Depression Inventory
CIM : Classification Internationale des Maladies
CPK: Créatine Phospho-Kinase
CRP: C Reative Proteine
EULAR : European League Against Rheumatism
EVA: Echelle Visuelle Analogique
FAFpm: Fonds d'Assurance de Formation de la profession médicale
FDA : Food and Drug Administration
FIQ: Fibromyalgia Impact Questionnaire
FIRST: Fibromyalgia Rapid Screening Tool
FMC: Formation Médicale Continue
HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale
HAS : Haute Autorité de Santé
HHS: Hypothalamo-Hypophyso-Surrénalien
HLA: Human Leukocyte Antigen
IMAO : Inhibiteur de la Monoamine Oxydase
IRS : Inhibiteur de la Recapture de la Sérotonine
IRSNa : Inhibiteur Mixte de la Sérotonine et de la Noradrénaline
LCR : Liquide Céphalo-Rachidien
NFS: Numération de la Formule Sanguine
NGF : Nerf Growth Factor
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
SSS ; Symptom severity Scale
TSH : Thyroid Stimulating Hormone
WIP : Widespread Pain Index

INTRODUCTION

La fibromyalgie (FM) est un syndrome complexe multidimensionnel avec comme symptôme principal, une douleur diffuse chronique sans manifestation inflammatoire organique évidente. Il est associé à ce symptôme, des perturbations du sommeil, des troubles cognitifs et des perturbations émotionnelles (1,2).

Afin de comprendre la physiopathologie de la fibromyalgie il faudrait l'intégrer dans un modèle « biopsychosocial », qui résulte de l'interaction des phénomènes biologiques, psychologiques et les facteurs socioculturels (3,4)

A ce jour, la fibromyalgie est encore considérée en France avec réserve. La méconnaissance, le scepticisme et parfois le rejet du corps médical conduisent à une situation complexe pour les soignants et les soignés.

Cette étude donc a pour objectif d'établir un état des lieux de la prise en charge de la fibromyalgie en 2017 par les médecins généralistes en Seine et Marne. Dans l'objectif de tenter d'une part de prouver que la prise en charge de la fibromyalgie en médecine générale est complexe a l'heure actuelle. Et d'autre part d'aider à trouver des moyens afin d'optimiser la prise en charge de ce syndrome, conformément aux dernières recommandations de l'HAS et d'*Eular.*

1. Historique

L'existence d'état douloureux chronique, sans substratum organique et sans explication, est connue et signalé depuis le XIXe siècle.

De 1904 à 1980, le terme de *fibrositis* désignait des douleurs chroniques diffuses et supposait l'existence de lésions inflammatoires des muscles, par la suite, ce terme a été abandonné par manque de preuve de l'existence de ces lésions inflammatoires. C'est en 1977, que le terme fibromyalgie a été créé et est mondialement utilisé et figure sous l'identifiant M79.0 dans la classification internationale des maladies (CIM), de l'organisation mondiale de la santé (OMS).

La fibromyalgie est officiellement classée par l'OMS depuis 1992 comme maladie rhumatismale (n°:M79.0), puis en 2006, comme maladie à part entière (n°M79.7).

2. Epidémiologie

La fibromyalgie est la pathologie douloureuse chronique la plus fréquente, les américains du Nord et les canadiens l'estiment entre 2 à 8% de la population générale (5), en France, elle serait de 1.6% selon l'étude DEFI, réalisée en 2009 par *PERROT et al* (6).

Les différentes études retrouvent une prédominance féminine. La fibromyalgie touche 7 à 10 fois plus de femmes que d'hommes (7), comparés aux femmes, les hommes présentaient des symptômes avec moins de points douloureux, moins de douleurs diffuses, moins de fatigue et moins de colopathie fonctionnelle, mais il n'y a pas de différence entre le sexe pour l'évaluation globale de l'état de santé, de la gêne fonctionnelle et de l'intensité de la douleur.

3. Clinique

La fibromyalgie est une affection chronique évoluant sur plusieurs années, selon la Haute Autorité de Santé(HAS) : « elle se caractérise par des douleurs diffuses persistantes ayant un retentissement sur les capacités fonctionnelles, en les amoindrissant de manière variable selon les personnes dans le temps ».

La douleur peut prendre la forme d'une hyperalgésie ou d'une allodynie. Elle se situe généralement au niveau des muscles, des tendons, des articulations, et s'accompagne fréquemment d'un dérouillage matinal.

On retrouve également une asthénie avec une fatigue généralisée, exacerbée au réveil et des troubles du sommeil.

Il s'associe fréquemment à ce syndrome, des migraines, des céphalées de tension, des troubles digestifs, plus rarement un syndrome de Raynaud, des paresthésies distales, des acouphènes, des dysménorrhées et une instabilité vésicale.

La fibromyalgie s'accompagne fréquemment aussi d'un syndrome dépressif et anxieux, dans une proportion similaire à celle des patients douloureux chroniques. En 1990, l'Am*erican*

College of Rheumatology (ACR) établie des critères de classification, encore utilisés actuellement dans la pratique médicale et les études, afin de classer les échantillons des patients fibromyalgiques. Il comporte deux critères :

- 1) une douleur diffuse d'une durée d'évolution d'au moins trois mois
- 2) 18 points douleurs à la pression, représentés sur la **(figure1).** Au moins 11 des 18 points, préalablement définis, doivent être douloureux, et pas seulement sensibles sous une pression digitale d'environ 4kg.

En mai 2010, l'*ACR* a publié une étude, visant à proposer une méthode alternative de diagnostic, prenant en compte les symptômes décrits par les patients et leur sévérité, la fibromyalgie est, dès lors, reconnue comme un syndrome.

Cette classification a ainsi remplacé l'identification de points douloureux par l'examen clinique au profit d'une auto-évaluation par le patient de l'existence ou non d'une douleur au cours de la semaine précédente, au niveau de dix-neuf sites corporels définis : le score *Widespread Pain Index*.

Il lui est combiné un score évaluant la sévérité des symptômes les plus fréquents.

Cette méthode permet d'identifier 88.1% des patients dans la fibromyalgie diagnostiquée à l'aide des critères de 1990 de l'*ACR*. Enfin, cette dernière est plus pratique et facilement utilisable par les médecins généralistes, et permet un suivi longitudinal des patients par l'évaluation des symptômes.

4. Les facteurs de risques

- Sexe (sept fois plus de femmes que d'hommes).
- Prédisposition familiale (huit fois plus de risque pour un parent au premier degrés).
- Syndrome douloureux périphérique.
- Infections : maladie de Lyme, l'hépatite C, surtout l'lorsqu'elles sont prolongés
- Traumatismes physiques et certains évènements catastrophiques (guerres, attentats…) exposent à un état de choc post traumatique.
- Evènements stressants souvent tôt dans la vie.
- Violences sexuelles.

5. Physiopathologie

5.1. Dysfonctionnement central

La fibromyalgie est actuellement considérée comme une pathologie du système nerveux central.

En effet, on observe une hyperalgésie, une allodynie avec diminution de la perception de la douleur avec altération des voies de contrôle inhibitrices de la douleur et une amplification des signaux nociceptifs (8).

Dans les différentes littératures, on observe une augmentation de la substance P, l'NGF (*Nerf Growth Factor*) dans le liquide céphalo-rachidien(LCR), une diminution du taux de la sérotonine, et une faible activité des inhibiteurs des réflexes nociceptifs en périphérie.

En périphérie on observe une amplification et un recrutement des nocicepteurs avec une altération phénotypique.

L'association des mécanismes centraux et périphériques favorise la chronicisation de la douleur.

5.2. L'hypothèse neuroendocrine

a) Les hormones sexuelles

Malgré la prédominance de la fibromyalgie chez les femmes par rapport aux hommes, il n'a pas été mis en évidence, l'implication des hormones sexuelles (9).

b) L'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien (HHS)

Chez les fibromyalgiques, on observe une augmentation insuffisante de la cortisolémie en cas de stress par rapport à un sujet sain (10).

5.3. L'hypothèse familiale et génétique

a) Prédisposition familiale

D'après Arnold et al, il a été établi une agrégation familiale spécifique à la fibromyalgie (11). Une étude familiale de 2004 a démontré un risque huit fois plus important de souffrir d'une fibromyalgie lorsqu'un parent du 1er degré en souffre, comparativement à un groupe souffrant de polyarthrite rhumatoïde (12,13), d'autre part, le nombre de points douloureux à la pression étaient significativement plus élevé dans les apparentés des patients atteints de FM par rapport aux apparentés atteints de polyarthrite rhumatoïde.

Cependant l'agrégation familiale dans l'étude de la FM (qui reste une pathologie complexe et multifactorielle), n'implique pas forcement une prédisposition génétique. La FM peut être influencée par des facteurs environnementaux, comme par exemple : l'acquisition d'un mode de comportement face à des situations de stress au sein de la même famille, et le mode d'expression corporelle dans un cadre d'anxiété, donc ces facteurs environnementaux peuvent favoriser l'entretient ou/et l'entretient de la FM.

b) Hypothèse génétique

b.1 Gène concernant le système sérotoninergique :

Offenbaecher et al (14) ont trouvé une augmentation de la fréquence du génotype S/S du gène (5HTT) chez les patients fibromyalgiques par rapport aux témoins. Mais une autre étude du polymorphismes T102 qui sont du gène récepteur 5-HT2A qui est un autre gène candidat à la sérotonine n'a pu mettre la différence entre fibromyalgiques et témoins (15).

b.2 Le système HLA

Une étude a trouvé dans les fratries une relation entre la fibromyalgie et la région HLA (16), mais d'autres études n'ont trouvé aucune relation.

b.3 Récepteurs à la dopamine.

La relation entre le gène du transporteur de la dopamine et de la fibromyalgie n'est pas encore déterminée, mais cependant, la dopamine est un important neurotransmetteur, notamment

dans la transmission de la douleur, et une augmentation de la densité des récepteur D2 de la dopamine a été démontrée chez les patients atteints de fibromyalgie (17).

c) Hypothèse psychologique, cognitive et comportementale

c.1 Troubles anxio-dépressifs

Dans les douleurs chroniques et la fibromyalgie, l'anxiété et la dépression présentent une association de comorbidité, où l'anxiété est plus souvent associée à la sévérité et l'ancienneté de la douleur, quant à la dépression, elle est plutôt associée à l'ancienneté de la douleur.

c.2 Le catastrophisme ou dramatisation

C'est une réponse cognitive et affective à la douleur avec rumination, désespoir et impuissance.

Le catastrophisme induit une amplification de l'intensité des douleurs, une détresse émotionnelle, un handicap et une augmentation des prises médicamenteuses (18 ,19,).

c.3 L'alexithymie

C'est une incapacité à ressentir ou exprimer ses émotions, l'ergomanie ou « excès d'activité » semblent être des facteurs aggravants des douleurs, sachant que l'ergomanie peut être un facteur favorisant de la fibromyalgie, voire un facteur pré-morbide et souvent comme une parade à l'anxiété (20).

d) Autres pistes à explorer

En fin, certains auteurs ont observé d'autres facteurs, comme la carence de taux de ferritine circulante, des taux de zinc et de magnésium et une diminution des réponses des cytokines anti-inflammatoires, ce qui baisse la protection des patients contre la douleur (21 ,22,23).

MATERIEL ET METHODE

1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude statistique descriptive transversale qui s'est effectuée sur la période du 9 juin au 15 août 2017.

2. Population étudiée et recrutement.

Les sujets inclus étaient des médecins généralistes installés en cabinet libéral dans la région de Seine et Marne, il n'a pas été possible de l'étendre à la Somme, faute de temps.

Les médecins ont été contactés par mail, grâce à un questionnaire en ligne créé sur la formule Google Forms, par courrier, et d'autre part, lors des réunions de formations médicales avec une relance au bout d'un mois. Concernant les médecins contactés par mail, leurs coordonnées ont été récupérées via les répertoires de mes correspondants habituels (mailing list de médecins généralistes libéraux, coordonnées fournis par médecins que j'ai remplacés…). Concernant les médecins contactés par courriers, leurs coordonnées ont été récupérées via l'annuaire.

Ont été exclus, les médecins généralistes exerçant uniquement en milieu hospitalier.

Les médecins inclus étaient des médecins généralistes exerçant une activité libérale au cabinet ou mixte, dans la région de Seine et Marne.

3. Le questionnaire

Nous avons créé un questionnaire destiné aux médecins généralistes. Ce questionnaire comporte 17 questions, nécessitant un temps de réponse de 5 à 7 minutes.

La participation à cette enquête reposait sur la base du volontariat et le respect de l'anonymat.

Ce questionnaire, composé de quatre parties, avait pour but d'établir un état des lieux des pratiques professionnelles des médecins généralistes libéraux en Seine et Marne, concernant la fibromyalgie. La première partie du questionnaire (questions 1,2,3,4) permet d'obtenir des informations concernant le profil général des médecins généralistes interrogés : sexe, âge, lieu d'exercice, ancienneté.

La deuxième partie du questionnaire (questions 5,6,7) explore les connaissances globales des médecins en matière de fibromyalgie et de douleurs.

La troisième partie (questions 8 à 17) étudie la pratique clinique, paraclinique et les décisions qui en découlent lors de la prise en charge des patients fibromyalgiques.

La dernière question propose aux médecins une auto-évaluation générale ressentie de leurs compétences en matière de la prise en charge des patients fibromyalgiques.

4. Méthodes statistiques.

Les données qualitatives ont été décrites dans les populations d'étude et contrôlées par l'effectif et le pourcentage et pour les données quantitatives, par la moyenne, écart type, la médiane et les quartiles (Q1 et Q3).

Une analyse multidimensionnelle a été réalisée dans le but de synthétiser l'information continue dans le questionnaire en un seul graphique. La méthode utilisée est l'analyse des correspondances multiples (ACM) sur une partie du questionnaire. Compte-tenu du nombre important de questions, celles détaillant le diagnostic et les prescriptions n'ont pas été incluses. Ainsi, les questions retenues sont : formation (oui/non), connaissances de la maladie (bonnes/insuffisantes/moyennes), problèmes d'approche du diagnostic (oui/non), diagnostic évoqué avec le patient (oui/non), difficultés rencontrées à l'annonce (oui/non), ressenti après une annonce (bénéfique/délétère/sans retentissement), prise en charge alternative (oui/non), traitement paramédical (oui/non) et impuissance face à la maladie (oui, parfois/oui, constamment). Les caractéristiques des médecins ont été incluses en tant que variables illustratives. L'ACM a été complétée par une classification hiérarchique non supervisée. Elle

a été réalisée sur l'ensemble des dimensions de l'ACM, en utilisant la distance euclidienne et la méthode de classification de Ward. Le choix du nombre de classes a été effectué graphiquement, en représentant un dendrogramme.

Enfin, l'association entre la difficulté à l'annonce du diagnostic, puis l'impuissance face à la fibromyalgie avec les autres questions ont été analysées en utilisant un test de Chi-2 ou test exact de Fisher (en fonction des conditions d'application du Chi-2). Tous les tests sont bilatéraux au seuil de 5%, toutes les analyses ont été réalisées sous le logiciel R3.3.3 (R Foundation for statistical computing, vienna, austria, htt://www.r-project.org).

RESULTATS

126 médecins généralistes ont été contactés, 76 médecins ont répondu au questionnaire, le taux de réponses obtenues est donc de 60.3%.

1. Caractéristique de la population étudiée

Variable	Valeur	Statistique
Sexe		
	Femme	24 (31,6%)
	Homme	52 (68,4%)
Age	N (%)	73 (96,1%)
	Moyenne +/- sd	45,1 ± 9,7
	(Min:Max)	(30:62)
	Median	45
	(Q1:Q3)	(37:55)
Lieu d'exercice		
	Rural	22 (28,9%)
	Semi-rural	39 (51,3%)
	Urbain	15 (19,7%)
Ancienneté d'exercice	N (%)	76 (100%)
	Moyenne +/- sd	13,2 ± 9,5
	(Min:Max)	(1:30)
	Median	12
	(Q1:Q3)	(4:21)

Tableau 1 : caractéristiques des médecins interrogés

1.1 Sexe (Q1)

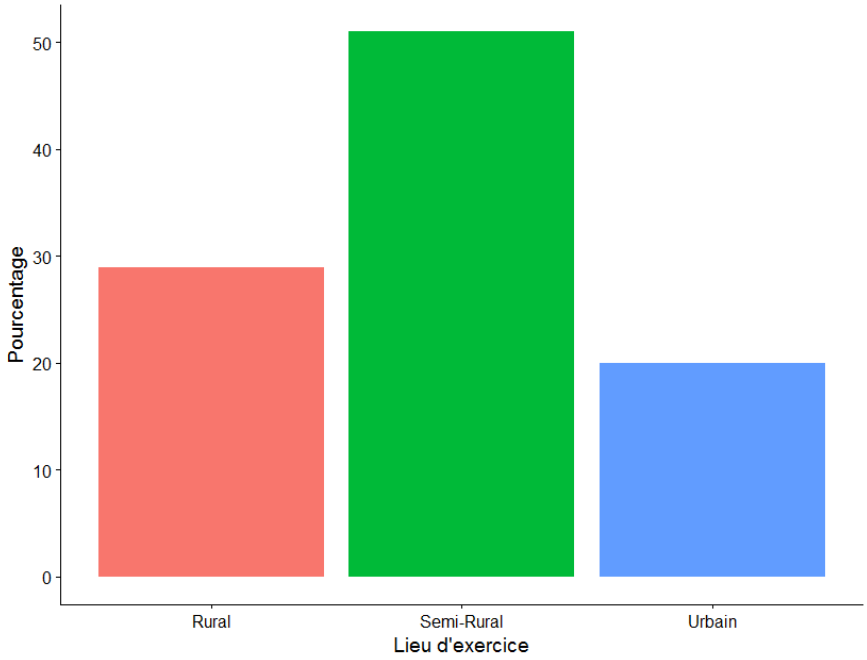
Sur les 76 médecins ayant répondu, 24 étaient des femmes (31.6%) et 52 des hommes (68.4%).

1.2 Age (Q2)

3 médecins n'ont pas communiqué leur âge, parmi les 73 médecins (96.1%), on retrouve un minimum d'âge de 30ans, un maximum de 60ans, la moyenne d'âge est de 45.1ans.

1.3 Lieu d'exercice(Q3)

39 médecins exercent en milieu semi-urbain (51.3%), 22 médecins en milieu rural (28.9%) et 15 médecins en milieu urbain (19.7%).



1.4 L'ancienneté d'exercice(Q4)

On a un nombre d'années d'exercice de médecine générale entre 1 et 30 ans, avec une moyenne de 13.2 années.

2. Formations et connaissance

Variable	Valeur	Statistique
formations spécifiques pour la prise en charge de la douleur :		
	Non	63 (82,9%)
	Oui	13 (17,1%)
Si oui, laquelle ?		13 (100%)
	COURS A LA FACULTE, FORMATION CONTINUE ARTICLES, FORMATION FAF	1 (7,7%)
	FMC	2 (15,4%)
	HYPNOANALGESIE	1 (7,7%)
	HYPNOSE	5 (38,5%)
	PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR	3 (23,1%)
	SOIN PALLIATIF	1 (7,7%)
Connaissances concernant la fibromyalgie :		76 (100%)
	Bonnes	12 (15,8%)
	Insuffisantes	15 (19,7%)
	Moyennes	49 (64,5%)

Tableau 2 : Connaissances et niveau de formation en douleur/fibromyalgie des médecins

2.1 Formation spécifique à la prise en charge de la douleur (Q5)

63 médecins (82.9%) ont répondu qu'ils n'ont pas eu de formation spécifique pour la douleur contre 13 médecins (17.1%) qui ont répondu positivement.

2.2 Type de formation (Q5)

Rappelons que cette question était complètement ouverte, le médecin ayant libre choix de répondre précisément à cette question. Concernant les 13 médecins qui ont eu une formation en rapport avec la prise en charge de la douleur, on a :

- 46,2% qui déclarent avoir suivi une formation concernant la prise en charge de la douleur par des techniques d'hypnoses (38.5% déclarent une formation « d'hypnose », et 7,7% une formation « d'hypno-analgésie » (soit 1 médecin))
- 23,1% déclarent avoir suivi une formation de prise en charge de la douleur sans plus de précision,
- 15,4% déclarent avoir suivie des formations médicales continue,
- 7,7%, déclarent avoir suivi une formation de soins palliatifs (soit 1 médecin),
- Et enfin, un médecin déclarant avoir suivi de multiples formations sur la douleur (à la faculté, en FMC, articles scientifiques et formations dans le cadre du FAF PM) (7.7%).

3. Les connaissances concernant la fibromyalgie (Q6)

100% des médecins ont répondu à la question.

64.5% des médecins estiment que leur connaissance sont moyennes, 15.8% bonnes et 19.7% que leurs connaissances sont insuffisantes. Ainsi, 80.3% des médecins estiment que leurs connaissances sont au minimum moyennes.

4. L'approche du diagnostic de la fibromyalgie

4.1 Ressenti des médecins face à la prise en charge du diagnostic de la fibromyalgie (Q7)

Variable	Valeur	Statistique
Problème d'approche du diagnostic		
	Ne sait pas	5 (6,6%)
	Non	28 (36,8%)
	Oui	43 (56,6%)

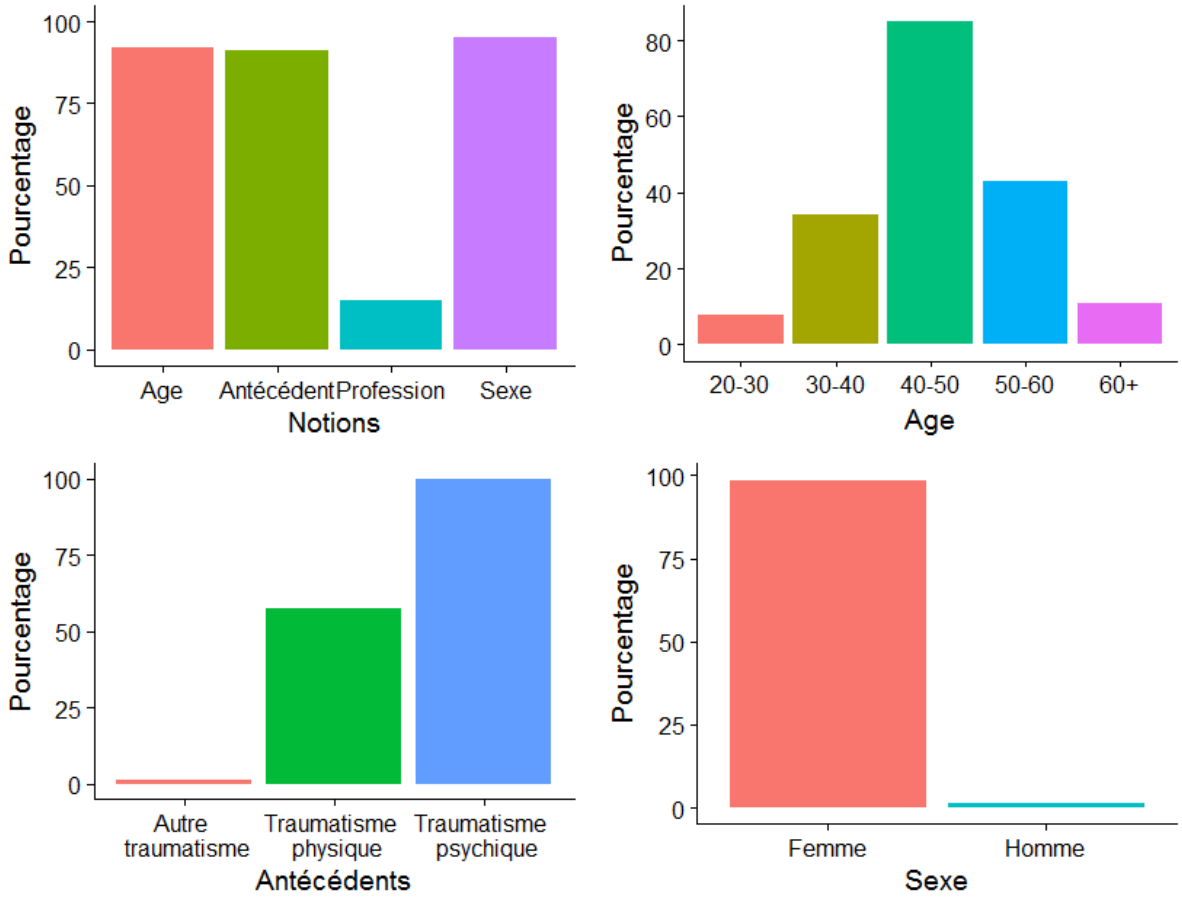
Tableau 3 : Ressenti des médecins concernant l'approche diagnostique de la fibromyalgie

56.6% des médecins déclarent avoir des difficultés concernant les démarches diagnostiques de la fibromyalgie, 36.8% n'expriment pas de difficulté et 6.6% ne savent pas. Donc, plus de la moitié des médecins interrogés ont un problème avec l'approche diagnostique.

4.2 Le profil type du patient atteint de la fibromyalgie selon les médecins interrogés(Q8)

Variable	Valeur	Statistique
Notions orientent vers une fibromyalgie	Antécédent	69 (90,8%)
	Sexe	72 (94,7%)
	Age	70 (92,1%)
	Profession	11 (14,5%)
Quels antécédents	Traumatisme psychique	73 (100%)
	Autre traumatisme	1 (1,4%)
	Traumatisme physique	42 (57,5%)
Quel sexe oriente vers une fibromyalgie	Femme	71 (98,6%)
	Homme	1 (1,4%))
Quel âge oriente vers une fibromyalgie	20-30	6 (8,1%)
	30-40	25 (33,8%)
	40-50	63 (85,1%)
	50-60	32 (43,2%)
	>60	8 (10,8%)
Quels Signes orientent vers une fibromyalgie		
	Douleur	73 (96,1%)
	Anxiété	65 (85,5%)
	Humeur	51 (67,1%)
	Insomnie	47 (61,8%)
	Altération de l'état général	33 (43,4%)
	Limitation fonctionnelle	48 (63,2%)
	Autre :	3 (3,9%)
	Signe PSY	1
	Résistance antalgique	2

Tableau 4 : Diagnostic de la fibromyalgie



72 médecins ont répondu que le sexe du patient oriente vers le diagnostic de fibromyalgie, avec prédominance féminine très nette (98.6%).

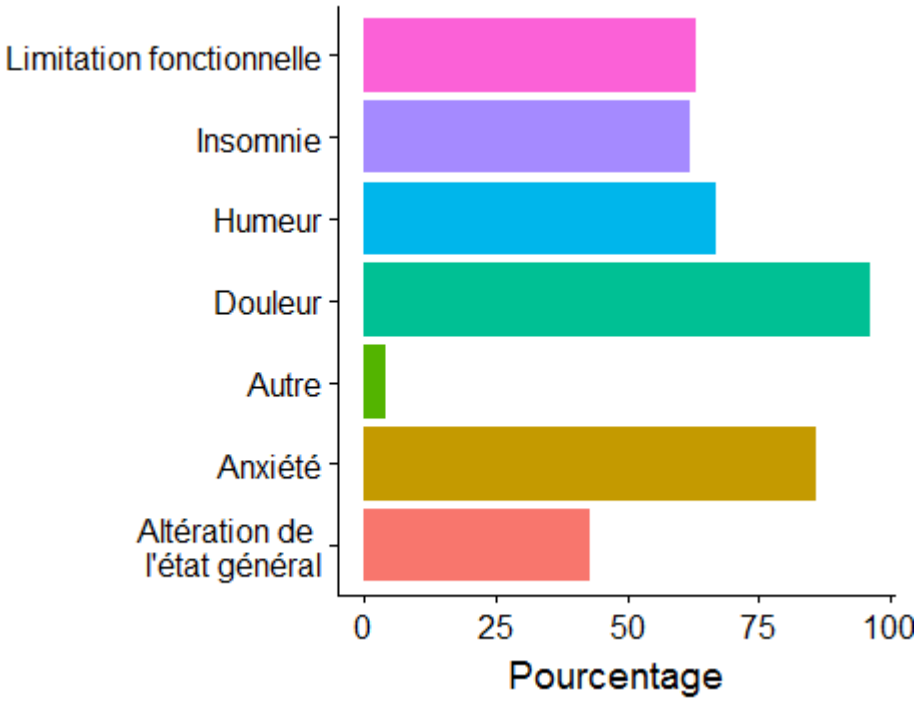
Par ailleurs, 92,1% des médecins interrogés ont précisé que l'Age orientait vers le diagnostic de fibromyalgie. La tranche d'âge orientant le plus vers la fibromyalgie est située entre 40 et 50 ans, puisqu'elle est citée par 85,1% des médecins. Par ailleurs un âge situé entre 20 et 30 ans (8,1%) ou supérieur à 60 ans (10 ,8%) ne semble pas être en faveur d'un diagnostic de fibromyalgie selon les médecins interrogés dans cette enquête.

Dans les antécédents, la notion de traumatisme est bien présente avec 100 % des médecins évoquant un traumatisme psychique et 57,5 % ayant des traumatismes physiques.

4.3 les signes cliniques orientant vers une fibromyalgie (Q9)

D'après les résultats on a deux signes prédominant qui sont la douleur et l'anxiété évoqués respectivement par 96,1% et 85,5% de médecins. Par la suite on retrouve les troubles de l'humeur (51 médecins), insomnie (47 médecins), limitations fonctionnelles (48 médecins) et l'altération de l'état général (33 médecins)

2 médecins ont répondu : résistance aux antalgiques et 1 médecin des troubles psychologiques.



5 Les examens complémentaires (Q10)

Variable	Valeur	Statistique
Examens prescrits		
	Aucun	1 (1,3%)
	Bilan Biologique	69 (90,8%)
	Bilan Radiologique	45 (59,2%)
	Electromyogramme	30 (39,5%)
	Autre :	5 (6,6%)
	CS rhumato	2
	Scintigraphie	1
	IRM cérébrale	1
	Selon les douleurs	1
Quel bilan Radiologique prescrit		
	Clichés standards	1 (2.3%)
	IRM	20 (46.5%)
	Rachis	2 (6.9%)
	Scintigraphie	1 (2.3%)
	Selon les endroits douloureux	4 (9.3%)
Quel bilan biologique prescrit		
	NFS, CRP	68 (97,1%)
	Electrophorèse	51 (72,9%)
	TSH	62 (88,6%)
	Bilan Phosphocalcique	50 (71,4%)
	Recherches virales	26 (37,1%)

Tableau 5 : place des examens complémentaires dans la prise en charge diagnostique de la fibromyalgie

5.1 Les examens biologiques

Les examens biologiques sont prescrits par 69 médecins avec NFS, CRP (68 médecins), électrophorèse des protéines sériques (51 médecins), TSH par 62 médecins, bilan phosphocalcique par 50 médecins et recherche virale par 26 médecins.

5.2 Les examens radiologiques

Les examens radiologiques sont prescrits par 45 médecins (59,2%), où l'IRM est majoritaire (20 médecins) sans précision concernant la localisation. Les clichés standards, et la scintigraphie selon l'endroit douloureux sont citées par un médecin chacune. Enfin, un médecin a répondu « rachis » sans précision concernant le type d'examen radiologique utilisé.

5.3 L'électromyogramme

30 médecins prescrivent des électromyogrammes lors des démarches diagnostic de la fibromyalgie.

6) L'annonce du diagnostic

Variable	Valeur	Statistique
Diagnostic évoqué avec le patient		
	Non	22 (29,3%)
	Oui	53 (70,7%)
Difficultés à l'annonce du diagnostic		76 (100%)
	Non	29 (38,2%)
	Oui	47 (61,8%)
L'annonce semble		
	Bénéfique	47 (63,5%)
	Délétère	25 (33,8%)
	Sans retentissement	2 (2,7%)

Tableau 6 réponses concernant l'annonce diagnostic

6.1 Evoquer le diagnostic(Q11)

29.3% des médecins n'évoquent pas le diagnostic avec le patient, contre 70.7%.

6.2 Difficultés à l'annonce du diagnostic(Q12)

100% des médecins ont répondu à cette question. 61. 8% des médecins retrouvent des difficultés à l'annonce du diagnostic de la fibromyalgie, contre 38.2% qui ne retrouvent pas de difficulté.

6.3 Conséquence de l'annonce du diagnostic sur le patient(Q13)

63.5% des médecins estiment qu'elle est bénéfique pour le patient, 33.8% estiment qu'elle est délétère et 2.7% estiment qu'elle est sans retentissement.

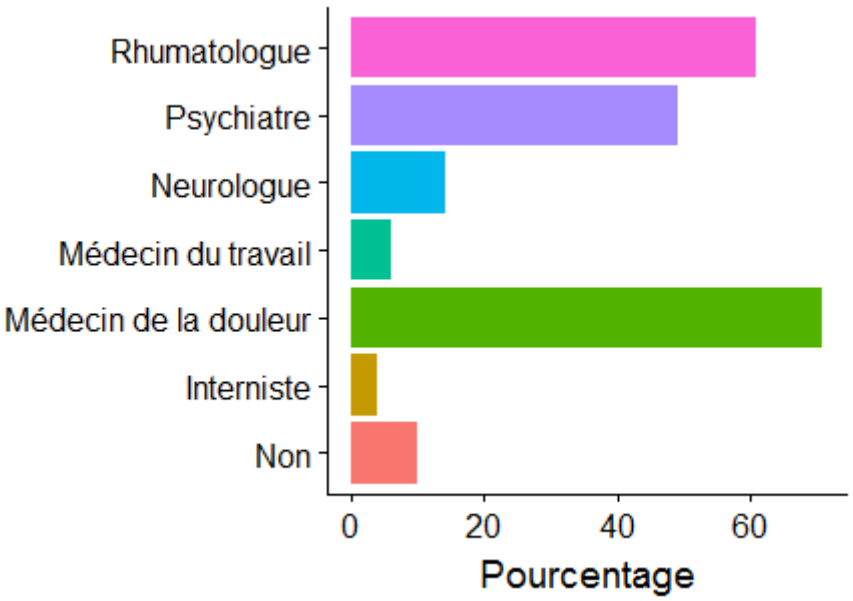
7. Orientation du patient(Q14)

Variable	Valeur	Statistique
Renvoyé à un confrère		
	Non	7 (9,5%)
	Oui	67 (90,5%)
Quel confère		
	Rhumatologue	42 (60,9%)
	Médecin de la douleur	49 (71,0%)
	Médecin du travail	4 (5,8%)
	Psychiatre	34 (49,3%)
	Neurologue	10 (14,4%)
	INTERNISTE	3 (4,3%)

Tableau7 : place des spécialistes dans la prise en charge

9.5% des médecins n'orientent pas le patient vers un autre confrère, par ailleurs, 90.5% des médecins généralistes adressent leurs patients vers d'autres spécialistes. Parmi les spécialistes choisis, on retrouve dans l'ordre :

- médecin de la douleur à 71%
- rhumatologue à 60.9%
- Psychiatre à 49.3%
- Neurologue 14.4%
- Médecins du travail à 5.8%
- Interniste à 4.3%
- Orthopédiste à 0%
- Médecins de rééducation à 0%



8. Traitements et prise en charge de la fibromyalgie

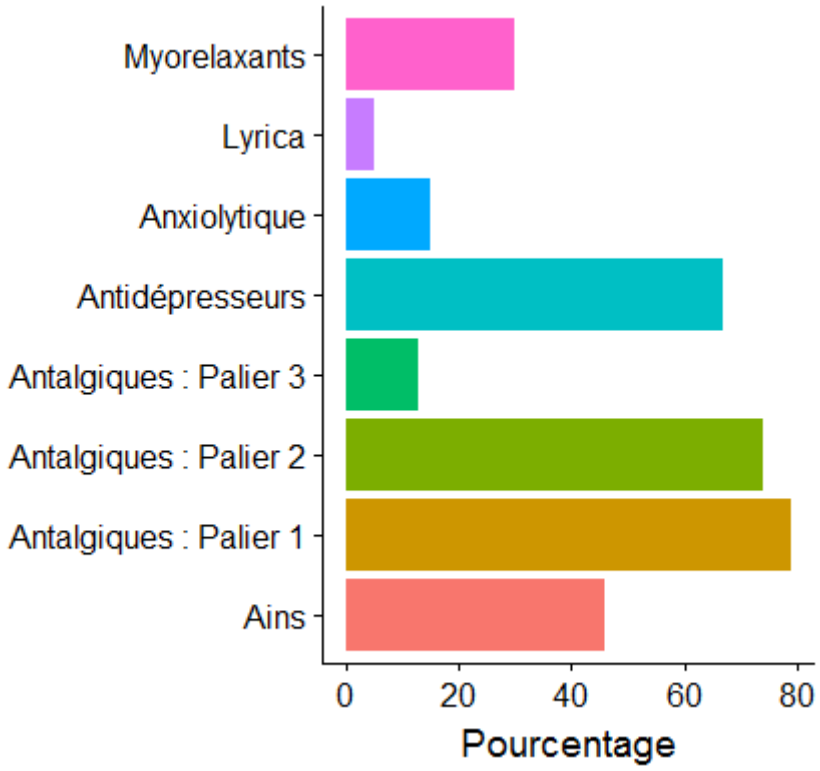
Variable	Valeur	Statistique
Traitements médicamenteux prescrits		
	Antalgiques : Palier 1	60 (78,9%)
	Antalgiques : Palier 2	56 (73,7%)
	Antalgiques : Palier 3	10 (13,2%)
	Myorelaxants	23 (30,3%)
	Antidépresseurs	51 (67,1%)
	Ains	35 (46,1%)
	Anxiolytique	11 (14,5%)
	Lyrica	4 (5,3%)
Prises en charge paramédicales prescrites		
	Non	25 (32,9%)
	Kinésithérapie	44 (57,9%)
	Ostéopathie	13 (17,1%)
	Psy	2 (2,6%)
Thérapies alternatives prescrites		
	Non	28 (36,8%)
	Hypnose	37 (48,7%)
	Auriculothérapie	20 (26,3%)
	Acupuncture	33 (43,4%)
	Choix du Patient	3 (3,9%)

Tableau8 : les différents traitements prescrits par les médecins

8.1 Traitements médicamenteux(Q15)

On retrouve dans l'ordre décroissant :

- Antalgiques palier 1 : 78%
- Antalgiques palier 2 : 73.7%
- Antalgiques palier 3 : 13.2%
- Myorelaxants : 67.1%
- AINS : 46.1%
- Anxiolytiques : 14.5%
- LYRICA (Prégabaline) : 5.3%



8.2 Prise en charge paramédicale prescrite(Q15)

57.9% des médecins prescrivent des séances de kinésithérapie, 17.1% d'ostéopathie. 2.6% des médecins les adressent vers des psychologues. Par ailleurs, 32.9% des médecins estiment que la prescription de la prise en charge paramédicale n'est pas nécessaire.

8.3 Thérapies alternatives prescrites(Q15)

36.8% des médecins n'orientent pas vers des thérapies alternatives, d'autre part, 48.7% des médecins interrogés orientent leurs patients vers l'hypnose, 43.4% vers l'acupuncture, 26.3% vers l'auriculothérapie et 3.9% laissent le choix aux patients.

9 Le suivi de l'évolution de la maladie(Q16)

Variable	Valeur	Statistique
Evaluation de l'évolution de la maladie		
	Échelle de la douleur	61 (80,3%)
	Consommation médicamenteuse	67 (88,2%)
	Retentissement familial	51 (67,1%)
	Diminution de la fréquence des Consultations	56 (73,7%)
	Nombre de jours d'arrêt de travail	50 (65,8%)
	Persistance de plaintes	1 (1,3%)
Impuissance face à ce syndrome		
	Oui constamment	24 (31,6%)
	Oui parfois	52 (68,4%)

Tableau9 : Evolution et auto-évaluation des médecins par rapport à la fibromyalgie

Dans le but du suivi des patients fibromyalgiques :

- 88.2% des médecins les suivent par la consommation médicamenteuse
- 80.3% par l'échelle de la douleur
- 73.7% par la diminution de la fréquence des consultations
- 67.1% par le retentissement familial
- 65.8% par le nombre de jours d'arrêt de travail
- 1.3% par la persistance des plaintes

10 Ressenti des médecins généralistes face à la fibromyalgie(Q16)

68.4% des médecins interrogés se sentent parfois impuissants face ce syndrome et 31.68% se sentent constamment impuissants.

11. associations entre la difficulté de l'annonce du diagnostic et les autres questions.

Variable	Catégorie	Difficulté à l'annonce		p
		Non n=29	Oui N=47	
Sexe	Femme	14 (48,3%)	10 (21,3%)	0,027
	Homme	15 (51,7%)	37 (78,7%)	
Age	<45a	13 (50%)	25 (53,2%)	0,99
	>45a	13 (50%)	22 (46,8%)	
Lieu	Rural	13 (44,8%)	9 (19,1%)	0,053
	Semi-rural	11 (37,9%)	28 (59,6%)	
	Urbain	5 (17,2%)	10 (21,3%)	
Expérience	<10a	15 (51,7%)	22 (46,8%)	0,86
	>10a	14 (48,3%)	25 (53,2%)	
Formation	Oui	1 (3,4%)	12 (25,5%)	0,013
	Non	28 (96,6%)	35 (74,5%)	
Connaissance	Bonnes	6 (20,7%)	6 (12,8%)	0,7
	Moyennes	18 (62,1%)	31 (66%)	
	Insuffisantes	5 (17,2%)	10 (21,3%)	
Problème approche	Oui	11 (37,9%)	32 (68,1%)	0,019
	Non	18 (62,1%)	15 (31,9%)	
Diagnostic évoqué	Oui	25 (86,2%)	28 (60,9%)	0,037
	Non	4 (13,8%)	18 (39,1%)	
Annonce	Bénéfique	17 (58,6%)	30 (66,7%)	0,26
	Délétère	10 (34,5%)	15 (33,3%)	
	Sans retentissement	2 (6,9%)	0 (0%)	
Confrère	Autre médecin	9 (31%)	10 (22,2%)	0,66
	Médecin douleur	17 (58,6%)	31 (68,9%)	
	Pas spécialiste	3 (10,3%)	4 (8,9%)	
Impuissant	Oui constamment	0 (100%)	24 (51,1%)	<0,0001
	Oui parfois	29 (100%)	23 (48,9%)	

Tableau10 : Association entre la difficulté à l'annonce du diagnostic et les autres questions

Le tableau (10) montre qu'il existe des associations statistiquement significatives entre certaines questions et la difficulté des médecins à l'annonce du diagnostic. En effet, les hommes rencontrent plus de difficultés que les femmes (P=0.027). Il y a 51.7% d'hommes qui ne rencontrent pas de difficulté et ils passent à 78.7% chez ceux qui ont des difficultés. Les médecins formés ont moins de difficultés que ceux non formés (P=0.013). Les médecins qui ont un problème d'approche rencontre plus de difficultés (P=0.019), alors qu'à l'inverse ce qui éprouvent moins de difficultés évoquent plus le diagnostic avec le patient (P=0.037). Enfin, tous les médecins qui ont des difficultés se sentent constamment impuissants face à la maladie, alors qu'ils ne sont que la moitié chez ceux qui se sente parfois impuissants.

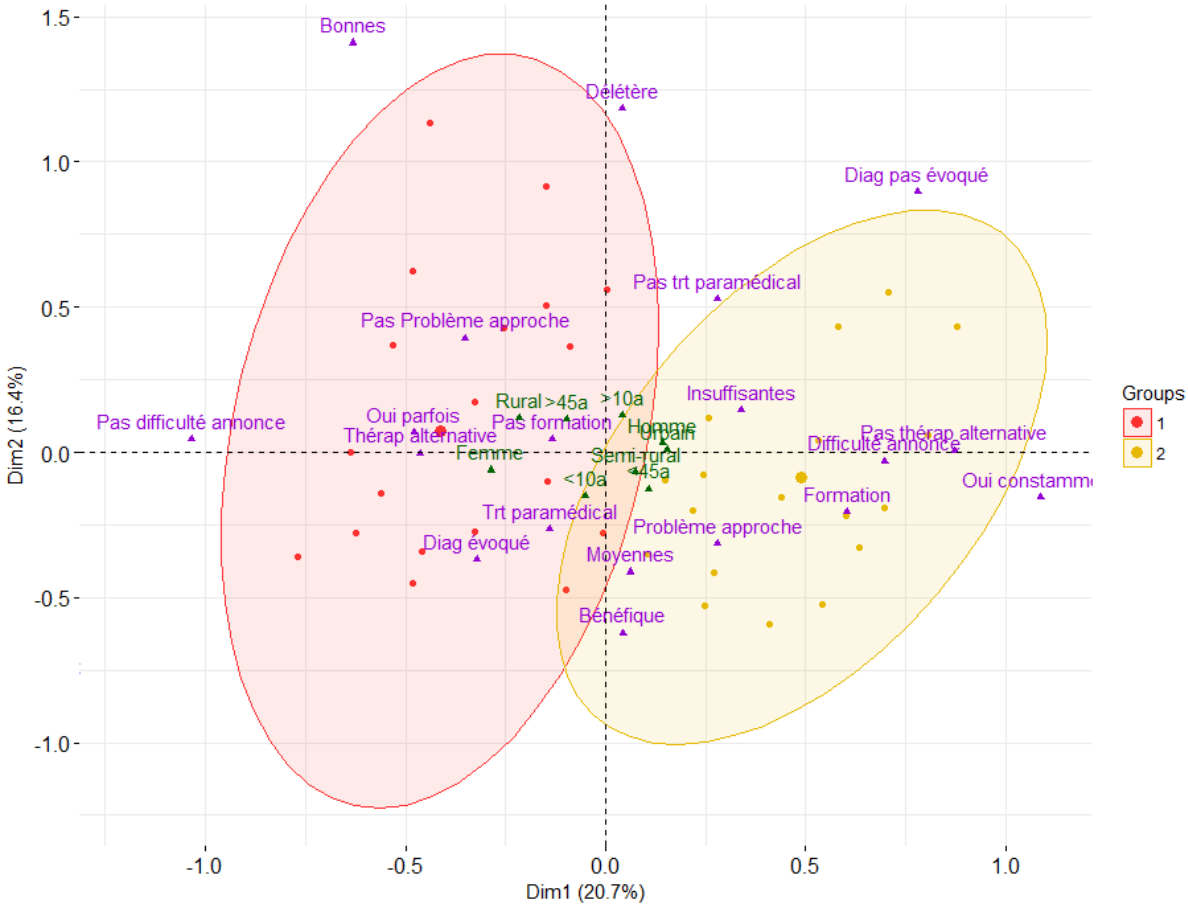
12. Association entre l'impuissance face à la maladie et les autres questions

Variable	Catégorie	Impuissance face à la maladie		p
		Parfois n=52	Constamment n=24	
Sexe	Femme	21 (40,4%)	3 (12,5%)	0,03
	Homme	31 (59,6%)	21 (87,5%)	
Age	<45a	26 (53,1%)	12 (50%)	1
	>45a	23 (46,9%)	12 (50%)	
Lieu	Rural	17 (32,7%)	5 (20,8%)	0,52
	Semi-rural	26 (50%)	13 (54,2%)	
	Urbain	9 (17,3%)	6 (25%)	
Expérience	<10a	26 (50%)	11 (45,8%)	0,93
	>10a	26 (50%)	13 (54,2%)	
Formation	Oui	8 (15,4%)	5 (20,8%)	0,53
	Non	44 (84,6%)	19 (79,2%)	
Connaissance	Bonnes	12 (23,1%)	0 (33,3%)	0,008
	Moyennes	33 (63,5%)	16 (33,3%)	
	Insuffisantes	7 (13,5%)	8 (66,7%)	
Problème approche	Oui	28 (53,8%)	15 (62,5%)	0,65
	Non	24 (46,2%)	9 (37,5%)	
Difficulté à l'annonce	Oui	23 (44,2%)	24 (100%)	<0,0001
	Non	29 (55,8%)	0 (0%)	
Annonce	Bénéfique	32 (62,7%)	15 (65,2%)	1
	Délétère	17 (33,3%)	8 (34,8%)	
	Sans retentissement	2 (3,9%)	0 (0%)	
Confrère	Autre médecin	10 (19,6%)	9 (39,1%)	0,099
	Médecin douleur	37 (72,5%)	11 (47,8%)	
	Pas spécialiste	4 (7,8%)	3 (13%)	
Diagnostic évoqué	Oui	38 (74,5%)	15 (62,5%)	0,43
	Non	13 (25,5%)	9 (37,5%)	

Tableau11 : Association entre l'impuissance face à la fibromyalgie et les autres questions

Dans le tableau (11), il existe une relation statistiquement significative entre les médecins qui estiment avoir des bonnes connaissances et l'impuissance ressentie face à la maladie (P=0.008). L'âge, l'expérience et le lieu d'exercice ne semblent pas associés à l'impuissance ressentie face à la maladie (P>0.05).

13 Analyse multidimensionnelle



Analyse des correspondances multiples

La représentation des deux premiers axes de l'ACM représente 37% de l'information contenue dans les questions analysées. Les médecins représentés par des points forment deux grands groupes. La réalisation d'une technique de classification confirme la distinction en deux groupes de médecins : le groupe 1 (jaune) à droite de la dimension 1, contenant 33 médecins et le groupe 2 (rouge) sur la dimension 1 négative avec 39 médecins. A noter que 4

médecins ont été exclus de l'analyse car ils ont des données manquantes dans certaines questions. La projection des réponses sur le plan permet d'interpréter les deux groupes. Ainsi, le groupe 1 se définit par des médecins ayant déclaré : avoir des bonnes connaissances en fibromyalgie, sans formation particulière, ne rencontrant pas de problème d'approche du diagnostic, pas de difficulté d'annonce du diagnostic, évoquant le diagnostic devant le patient, prescrivant des thérapies alternatives et un traitement paramédical et ne se sentent pas constamment impuissants au syndrome. Les données illustratives en vert permettent de caractériser ce groupe par principalement des femmes, exerçant dans le milieu rural et dont l'âge est supérieur à 45ans. Quant au deuxième groupe, il est défini par des médecins ayant une formation en fibromyalgie, considérant avec des connaissances insuffisantes, ayant des problèmes d'approche du diagnostic, ayant des difficultés à l'annonce du diagnostic, n'évoquant pas le diagnostic devant le patient, ne prescrivant pas de thérapie alternative et se sentant constamment impuissants face à cette maladie.

14 Critique de l'étude

14.1. Force de l'étude

Le moment est opportun pour réaliser un état des lieux de la prise en charge de la fibromyalgie dans la mesure où, les recommandations de l'EULAR sont arrivées très récemment.

Par ailleurs, il existe peu d'études concernant les pratiques des médecins généralistes dans la fibromyalgie.

Concernant la population étudiée, nous avons ciblé un échantillon diversifié, composé de médecins généralistes ayant des âges, des lieux d'exercice variés.

14.2. Limite de l'étude

Notre étude est une étude descriptive, transversale, où les questions ont pour but d'établir un état des lieux de la prise en charge de la fibromyalgie. Afin d'approfondir les recherches, une

étude prospective peut être envisagée par la suite avec un échantillon plus large et à une échelle nationale.

DISCUSSION

I L'approche diagnostique

1 L'approche clinique

a) Profil du patient

Les médecins interrogés estiment que les patients fibromyalgiques ont un profil type qui s'inscrit dans un schéma comme celui-ci : ce sont majoritairement des femmes avec un pic d'incidence entre 40 et 50ans. En effet, cette prédominance féminine peut laisser croire qu'il y aurait une cause hormonale, or jusqu'à ce jour, cette relation n'a pas été établie dans les différentes littératures (24). De plus, dans une étude citée par l'HAS 2010, on a environ 10 à 12% d'hommes qui ont ce syndrome. D'autre part, il a été relevé dans les antécédents, la présence quasi-constante de traumatismes psychiques (100%) et physiques (50%), en effet, un stress post-traumatique peut avoir été un facteur déclenchant ou révélateur de l'affection.

Ces résultats sont bien superposables avec le profil des patients des patients fibromyalgiques décrits dans les différentes sources de littératures notamment par l'HAS 2010.

b) Symptômes orientant vers le syndrome fibromyalgique.

On retrouve dans les réponses de notre questionnaire la triade, qui est la douleur, l'insomnie et la limitation fonctionnelle. On retrouve également une altération de l'état général. En effet, l'état de fatigue généralisée est aussi invalidant que la douleur et il limite les activités, notamment les activités physiques. Cette triade correspond aux symptômes cardinaux de la fibromyalgie retrouvés dans les critères de diagnostic proposés par l'HAS en 2010.

D'autre part, on relève dans les réponses des troubles de l'humeur et un terrain anxieux à plus de 75%. Des troubles chroniques sont associés souvent à des comorbidités psychiques (25), qu'il faut dépister rapidement, dès les premières consultations, afin d'élaborer une stratégie thérapeutique adéquate. La rapidité de dépistage clinique des symptômes de la fibromyalgie est très importante dans le but de raccourcir le délai de diagnostic, qui était estimée en 2011 à

5 ans par *National Pain Foundation* (26). En effet, un diagnostic précoce pourrait générer une économie de 126euros par patient et par an, par l'assurance maladie et 184euros par la société (27).

En 2010, il a été développé un outil de dépistage de la fibromyalgie : la *Fibromyalgia Rapid screening tool* (First) **(figure2),** la positivité de 5 items sur 6 permet de dépister une fibromyalgie chez les patients souffrant de douleurs diffuses depuis plus de trois mois, avec une sensibilité et une spécificité proches de 90% (28).

c) Les examens complémentaires

c.1) les examens biologiques

Les experts internationaux notamment de *l'american pain society (APS)* recommandent une analyse minimale : numération de la formule sanguine des plaquettes, de la recherche d'un syndrome inflammatoire et des hormones thyroïdiennes. Encore une fois les données de l'étude sont superposables avec ces recommandations (26).

c.2) les examens radiologiques

Environ la moitié des médecins ne prescrivent pas systématiquement d'examens radiologiques, ce qui correspond aux recommandations de l'HAS 2010 et celles de l'*EULAR* 2016, préconisant ces examens en deuxième intention, si l'examen clinique est normal ou en cas d'absence de douleur localisée **(figure3).**

Comme l'ont déclaré certains médecins, les examens radiologiques sont prescrits selon le contexte clinique, en effet, un grand nombre d'examens négatifs peuvent contribuer à l'inquiétude des patients, surtout les anxieux et accentuer leurs symptômes.

d) Annonce du diagnostic

D'après le **(tableau10)** il existe des associations statistiquement significatives entre le sexe des médecins et l'annonce du diagnostic.

En effet, les hommes rencontrent plus de difficultés que les femmes (P=0.007), les femmes seraient plus à l'aise à l'annonce du diagnostic, seraient-elle plus sensibles à cette pathologie qui touche majoritairement les femmes ? D'autre part, plus les médecins sont formés pour la fibromyalgie et plus ils sont à l'aise avec l'annonce du diagnostic (P=0.013).

63.5% des médecins trouvent que l'annonce est bénéfique, or d'après BARTHES : « nommer, c'est apaiser », et permet selon BALINT : « de sortir les patients de leur solitude et rompre le sentiment personnel d'insignifiance ». Cependant, d'autres auteurs parlent « d'effet iatrogène du diagnostic » car les patients focalisent sur leur souffrance et non pas sur le mécanisme de *coping* (faire face) qui est un moyen d'améliorer leurs état (29).

II Place des spécialistes dans la prise en charge des patients fibromyalgiques.

D'après l'étude, presque la totalité des médecins interrogés ont répondu qu'ils adressaient leurs patients à un spécialiste. Ceci peut s'expliquer par la méconnaissance de ce syndrome d'une part, d'autre part, la personnalité des patients fibromyalgiques et qui sont réputés « difficiles » et « exigeants », comme l'explique le Professeur KAHN (30), ce qui engendre une demande croissante de soins et une peur des médecins de méconnaitre une autre pathologie sous-jacente.

D'après les recommandations de l'*EULAR 2016,* si le diagnostic est hautement probable après une anamnèse évocatrice, un examen clinique normal et des examens biologiques normaux, un avis spécialisé n'est pas indiqué. Dans ce cas, le médecin généraliste doit évaluer les comorbidités et la sévérité de retentissement de la fibromyalgie pour établir une stratégie thérapeutique **(figure 3).**

Si le diagnostic est possible ou peu probable avec des examens cliniques ou radiologiques anormaux, un avis spécialisé s'impose **(figure4).**

L'orientation des patients fibromyalgiques par le médecin généraliste vers un médecin de la douleur est légitime, car la fibromyalgie s'inscrit principalement dans un tableau de douleurs chroniques et diffuses (31).

L'HAS préconise d'adresser le patient vers un médecin de la douleur ou l'hospitaliser dans une structure de prise en charge de la douleur, si ce symptôme est dominant et après échec des traitements proposés par les médecins traitants, en proposant en première intention des thérapies non médicamenteuses, plus ou moins associées à des traitements médicamenteux bien adaptés.

Les rhumatologues sont retrouvés en deuxième position, d'après les réponses du questionnaire. En effet, la prévalence de la fibromyalgie dans la population générale est de 1 à 6% et d'après les études concernant les patients souffrant de rhumatismes inflammatoires chroniques retrouvent des fréquences plus élevées, pouvant aller jusqu'à 30%. (32) D'autant plus qu'il existe des associations concomitantes avec le syndrome de Gougerot-Sjögren (jusqu'à 22%) (33), la polyarthrite rhumatoïde, la spondylarthrite ankylosante et le rhumatisme psoriasique.

En raison de l'association assez fréquente du syndrome fibromyalgique et des troubles de l'humeur, qui sont : des troubles anxieux présents avant l'apparition des douleurs chez 77% des patients et la dépression antérieure à la douleur dans 35% des cas (34,35). Ces troubles psychologiques peuvent avoir une influence péjorative sur la douleur, c'est pour cette raison que le Docteur J. CABANNE préconise qu'après avoir rassuré le patient sur sa pathologie, « le médecin devrait rédiger une lettre d'envoi au psychiatre ».

III Aspects généraux de la prise en charge de la fibromyalgie

1 prise en charge médicamenteuse

a) Les antalgiques palier 1 et palier 2

Les palier 1 et palier 2 sont largement prescrits pas les médecins par rapport aux autres traitements, à plus de 70%. Or, les antalgiques palier 1 sont très connus des patients et jugés

peu efficaces par automédication. En ce qui concerne le palier 2, le TRAMADOL est recommandé, en préférant les formes à libération prolongée et plus ou moins associé à des formes de libération immédiate (36). Le but est d'obtenir un niveau de douleur acceptable et un reconditionnement à l'effort. Ensuite il faudrait diminuer les doses progressivement. Bien entendu, il faut prendre en compte les effets secondaires, en mettant en place les traitements symptomatiques, afin de les rendre plus acceptable par les patients, comme les antiémétiques par exemple, et les informer sur les risques de ces effets secondaires, surtout chez les patients qui sont amenées à conduire, en commençant par des doses faibles matin et soir. Donc, une évaluation préalable des bénéfices/risques est nécessaire avant leur mise en place.

b) Les traitements appartenant au palier3 et les corticostéroïdes

Ces molécules sont fortement déconseillées par les recommandations de l'*EULAR* 2016, de fait de leur profil en terme d'effets indésirables et le manque de preuve en terme d'efficacité, et bien sur le risque d'accoutumance.

c) Les Anti-inflammatoires Non Stéroïdiens (AINS)

Les AINS sont prescrits par environ la moitié des médecins (46.1%), ceci peut s'explique par l'existence de formes cliniques qui peuvent orienter dans un premier temps vers des pathologies inflammatoires, comme l'horaire des douleurs nocturnes, dérouillage matinale, plus ou moins associés à des œdèmes.

Donc les AINS ne sont pas recommandés en fibromyalgie, sauf s'il existe une pathologie inflammatoire bien sur, associée et confirmée d'après les recommandations de *l'EULAR 2016*.

d) Les antidépresseurs

Les antidépresseurs sont une classe thérapeutique, qui a bien sa place dans la prise charge de la fibromyalgie, vu la présence assez fréquente des comorbidités psychologiques et d'autre part, grâce aux effets bénéfiques sur la douleur, d'où le nombre de prescriptions importantes de cette famille de médicaments, représentant 67% des médecins interrogés.

Mais tous les antidépresseurs ne sont pas recommandés par les dernières recommandations de l'*EULAR* 2016.

d-1) L'AMITRIPTYLINE

Elle est recommandée chez les patients fibromyalgiques souffrant de difficulté d'endormissement avec des doses minimes par rapport à celles utilisées dans la dépression, cette molécule est efficace chez 40% des patients (37).

d-2) Les inhibiteurs mixtes de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNa)

La DULOXETINE et la VENLAFAXINE semblent avoir une efficacité sur les patients fibromyalgiques sur la douleur avec un bénéfice prolongé et doivent être utilisés à des doses faibles, en dehors de tout épisode dépressif, où elles sont utilisées à des doses plus importantes (38).

Ces deux molécules sont bénéfiques grâce à leur action centrale agissant sur la douleur indépendamment de l'effet thymique.

Par contre les IRS et les IMAO sont déconseillés du fait du manque d'efficacité selon les recommandations de l'*EULAR 2016*.

e) Les myorelaxants

Les myorelaxants sont prescrits par environ un tiers des médecins et pourtant, ils n'ont apporté aucune preuve d'efficacité dans les différentes études et ceci peut s'expliquer par les plaintes fréquentes de contractures musculaires diffuses déclarées par certains patients.

f) PREGABALINE (lyrica®)

Cette molécule appartient aux antiépileptiques de deuxième génération, elle n'est prescrite que par 5.3% des médecins, alors qu'elle trouve bien sa place dans les traitements

médicamenteux du syndrome fibromyalgique. En effet, l'équipe de Leslie Crofford rapporte un effet bénéfique avec une dose de 450mg par jour (39). Elle agit au niveau synaptique par les canaux calciques. Elle présente des effets bénéfiques sur la douleur et la qualité du sommeil (40). Mais il faut signaler qu'elle n'a pas l'AMM dans les traitements de la fibromyalgie par la FDA, à cause de ses effets indésirables. Dans la famille des antiépileptiques, on peut citer aussi la GABAPENTINE qui peut être également utile dans le traitement du syndrome fibromyalgique, car elle agit positivement sur la douleur, en abaissant le score de FIQ notamment. Afin d'atteindre le seuil thérapeutique dans les douleurs neuropathiques, il faut entre 100 et 600mg par jour de gabapentine, avec un maximum de 1800mg par jour.

g) Les anxiolytiques

Les anxiolytiques ne doivent pas être proposés aux patients fibromyalgiques, vu les effets indésirables nombreux : troubles de la mémoire, de la concentration et la désorganisation du sommeil.

2. La prise en charge non médicamenteuse

Il est important de signaler qu'un tiers des médecins interrogés ne prescrivent pas de thérapie alternative aux traitements médicamenteux. Ceci peut avoir un impact péjoratif sur la prise en charge thérapeutique des patients fibromyalgiques, sachant qu'elles sont recommandées en première intentions par les recommandations HAS 2010 et les recommandations de *l'EULAR 2016* **(figure5).** En effet, la seule recommandation classée comme recommandation forte est l'exercice physique qui représente une thérapie véritable antalgique, en favorisant les exercices aérobies particulièrement en milieu aquatique. Par ailleurs, Fontaine et al ont démontré une diminution de 35% de la douleur chez des patients ayant commencé progressivement une activité physique de leur choix.

La kinésithérapie n'est pas recommandée par l'*EULAR* car le massage n'est pas conseillé chez des patients souffrant d'allodynie. L'hypnose est aussi classée dans les recommandations « contre ». Cependant, les thérapies cognitives et comportementales sont mises en avant car

celles-ci permettent une amélioration de l'humeur, une modeste réduction de la douleur à long terme et une modeste réduction de l'handicap. Enfin, les thérapies corporelles, comme l'acupuncture et l'hydrothérapie, d'après toujours les recommandations de *l'EULAR2016*, améliorent la douleur, la fatigue et la qualité de vie. Concernant l'auriculothérapie, il semblerait qu'elle agisse sur les douleurs à court terme, ainsi que sur la colopathie fonctionnelle et l'anxiété, mais ceci est en cours d'évaluation, grâce à une étude qui se déroule à l'Hôpital Foch en association avec l'Hôpital du Kremlin Bicêtre.

La psychothérapie est indiquée chez des patients avec des troubles de l'humeur ou avec une stratégie de *coping* (faire face) inadaptée.

Enfin, toujours concernant les thérapies alternatives, on peut évoquer la stimulation Trans-crânienne. En effet, en 2007, une étude randomisée et contrôlée en double aveugle a évalué l'efficacité de cette thérapie et les résultats ont montré une diminution significative de la douleur, une amélioration de la qualité de vie, sans agir sur l'anxiété, ni la dépression (41).

Au final les moyens thérapeutiques non médicamenteux pouvant être utilisés dans la fibromyalgie sont particulièrement nombreux et variés.

Pourtant, comme le montre notre questionnaire ils sont particulièrement peu prescrits. Le manque d'information concernant leurs efficacités semble responsable de cette sous prescription. De plus, ces thérapies alternatives ne sont pas ou peu prises en charge par les organismes d'assurances médicales publiques et privées, ce qui pourrait constituer un frein à leurs prescriptions par les médecins et à leurs acceptations par les patients.

IV Le suivi de l'évolution de la maladie

Les items choisis par les médecins qui sont : la douleur, la difficulté au travail, le retentissement familial, la persistance des plaintes sont résumés dans un questionnaire appelé FIQ **(figure6),** ce questionnaire avec sa version française validée (42), prend en compte le caractère multidimensionnel de ce syndrome et permet le suivi des patients fibromyalgiques, grâce à sa sensibilité au changement, la douleur, la fatigue, le sommeil, l'anxiété, la dépression et le retentissement sur la vie quotidienne . Cet outil permet d'apprécier

l'évolution chronique et l'efficacité des traitements dans les essais thérapeutiques, et prend même en compte les activités ménagères des femmes.

Les échelles de la douleur ont des limites pour la douleur chronique, mais peuvent être utiles au début, pour avoir un état des lieux initial.

Selon la sévérité des symptômes, le recours à un spécialiste peut être indiqué.

En effet, afin de quantifier l'efficacité du sommeil profond, le nombre de micro-réveils, le syndrome de jambes sans repos, une recherche d'un syndrome d'apnée du sommeil serait indispensable.

Prendre contact avec le médecin du travail permet d'optimiser les conditions de travail et permet ainsi une meilleure intégration et limiter, par la suite, le nombre d'arrêts de travail.

Enfin, les comorbidités psychiques apparaissent généralement au premier plan. Des échelles existent comme par exemple *: Hospital Anxeity and Depression Scale*, mais ceci peut être difficile à mettre en place en médecine générale libérale, donc un avis psychiatrique peut être nécessaire dans ce cas-là.

V Propositions.

- Etendre l'étude à un bassin de population plus large et inclure plus de médecins

- Améliorer l'étude de la prise en charge en posant des questions ouvertes et laisser libre cours aux médecins pour exprimer leurs difficultés dans la prise en charge de la fibromyalgie.

- La fibromyalgie est une pathologie complexe rencontrée en médecine générale en première ligne, dont les examens paracliniques apportent peu d'éléments en faveur de la maladie. En revanche, la compétence en matière d'approche psychologique des patients permet une prise en charge plus favorable. Par conséquent, des cours ou des formations pratiques, sur l'approche globale physique, psychique et sociale spécifique à cette maladie seraient souhaitable.

- Diffuser et communiquer à l'ensemble des médecins généralistes libéraux :

    - L'existence d'un outil de dépistage de la fibromyalgie dans une population cible (test de FIRST).
    - L'existence de recommandations européennes EULAR sur la prise en charge de la fibromyalgie par l'intermédiaire de la CPAM, notamment dans un souci d'économie de santé.
    - Une éducation thérapeutique précoce des patients fibromyalgiques est nécessaire. En effet, il faudrait expliquer aux patients que la disparition des douleurs n'est pas réaliste et que l'objectif n'est pas la guérison, mais d'acquérir la possibilité de faire face et de s'adapter à ses symptômes.

CONCLUSION

L'étude du questionnaire nous a permis d'explorer les grands axes de la prise en charge de la fibromyalgie.

Apres analyse de leurs réponses, concernant la prise en charge :

- La majorité des médecins interrogés, reconnaissent le profil des patients fibromyalgiques a l'interrogatoire
- La majorité des médecins interrogés, Prescrivent le minimum nécessaire d'examens complémentaires lors des démarches diagnostiques

D'autre part, malgré que 80% des médecins interrogés estiment que leurs connaissances de cette pathologie sont au minimum moyennes, 36,8% d'entre eux n'orientent pas leurs patients vers des thérapies alternatives, alors qu'elles représentent les seules recommandations dites « fortes » dans les recommandations européennes d'Eular 2016.

Une approche biopsychosociale est nécessaire dans la prise en charge de la fibromyalgie, c'est-à-dire une prise en charge globale et multidisciplinaire, en mettant en avant les thérapies non médicamenteuses.

La diffusion des recommandations concernant la fibromyalgie auprès des médecins généralistes, permettrait une meilleure prise en charge thérapeutique et améliorerait le sentiment d'impuissance ressenti par les médecins, face à cette pathologie.

Enfin un dépistage rapide, grâce a des outils simples d'utilisation en médecine générale libérale est très important afin d'établir une prise en charge thérapeutique précoce, empêcher la chronicité des symptômes et surtout diminuer le nomadisme des patients fibromyalgiques.

BIBLIOGRAPHIE

1. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, *et al.* The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. Report of the multicenter criteria committee. Arthritis Rheum 1990;33(2):160-72.

2. Cánovas R, León I, Roldán MD, Astur R, Cimadevilla JM. Virtual reality tasks disclose spatial memory alterations in fibromyalgia. Rheumatology 2009;48(10):1273-8.

3. Mogil JS. Sex differences in pain and pain inhibition: multiple explanation of a controversial phenomenon Nat Rev Neurosci 2012 ; 13 : 859-866.

4. Campbell CM, Edwards RR. Mind-body interactions in pain: the neurophysiology of anxious and catastrophic pain-related thoughts Transl Res°2009 ; 153 : 97-101

5. Wolfe F, Ross K, Anderson J, Russell IJ, Hebert L. The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the general population. Arthritis Rheum. janv 1995;38(1):19-28.

6. Perot et al. Prevalence of Fibromyalgia in France: a multi-step study research combining national screening and clinical confirmation: The DEFI study (Determination of Epidemiology of FIbromyalgia). . [cité 15 sept 2015]. Disponible sur: http://www.biomedcentral.com/1471-2474/12/224/ .

7. Arnold LM, Clauw DJ, McCarberg BH. Improving the Recognition and Diagnosis of Fibromyalgia. Mayo Clin Proc. mai 2011;86(5):457-64.

8. Clauw D.J., Arnold L.M., McCarberg B.H. FibroCollaborative The science of fibromyalgia°Mayo Clin Proc°2011 ; 86 : 907-911.

9. Okifuji A, Turk DC. Sex hormones and pain in regularly menstruating women with fibromyalgia syndrome. J Pain 2006;7:851–9.

10. McLean S.A., Williams D.A., Harris R.E., Kop W.J., Groner K.H., Ambrose K., et al. Momentary relationship between cortisol secretion and symptoms in patients with fibromyalgia *Arthritis Rheum* 2005 ; 52 : 3660-3669.

11. Arnold LM, Hudson JI, Hess EV, et al. Family study of fibromyalgia. Arthritis Rheum 2004;50:944–52.

12. Arnold L., Clauw D., McCarberg B., for the FibroCollaborative Improving the recognition and diagnosis of fibromyalgia *Mayo* Clin Proc 2011 ; 86 : 457-464.

13. Arnold L., Hudson J., Hess E. Family study of fibromyalgia *Arthritis Rheum* 2004 ; 50 : 944-952.

14. Offenbaecher M, Bondy B, de Jonge S, et al. Possible association of fibro- myalgia with a polymorphism in the serotonin transporter gene regulatory region. Arthritis Rheum 1999;42:2482–8.

15. Bondy B, Spaeth M, Offenbaecher M, et al. The T102C polymorphism of the 5-HT2A-receptor gene in fibromyalgia. Neurobiol Dis 1999;6:433–9.

16. Yunus MB, Khan MA, Rawlings KK, et al. Genetic linkage analysis of mul- ticase families with fibromyalgia syndrome. J Rheumatol 1999;26:408–12.

17. Malt EA, Olafsson S, Aakvaag A, et al. Altered dopamine D2 receptor function in fibromyalgia patients: a neuroendocrine study with buspirone in women with fibromyalgia compared to female population based controls. Journal of Affective Disorders. 2003;75(1):77-82.

18. Fibromyalgia: a clinical update. *Pain Clin Update* 2010;18(4).

19. Sullivan M., Bishop S., Pivik J. The Pain Catastrophizing Scale: development and validation *Psychol Assess* 1995 ; 7 : 524-532.

20. Laroche F., Les mots les pensées et les comportements-pièges des patients et de leurs médecins *Rev Rhum* 2009 ; 76 : 522-528.

21. Fibromyalgia: a clinical update. *Pain Clin Update* 2010;**18(**4).

22. Schweinhardt P., Sauro K., Bushnell C. Fibromyalgia: a disorder of the brain? *The Neuroscientist* 2008 ; 14 : 415-421.

23. Behm F., Gavin I., Karpenko O., Lindgren V. Unique immunologic patterns in fibromyalgia *BMC Clin Pathol* 2012 ; 12 : 25.

24. Okifuji A, Turk DC. Sex hormones and pain in regularly menstruating women with fibromyalgia syndrome. J Pain 2006;7:851–9.

25. Auquier L., Bontoux D., Löo H., Godeau P., Menkès C.J., Paolaggi J.B., et al. Fibromyalgia Rev Med Interne 2008 ; 29 : 161-168.

26. National Pain Foundation - facts-and-statistics Access March 17, 2011.

27. La fibromyalgie : Impact économique du diagnostic précoce en France [Internet]. [cité 16 mars 2015]. Disponible sur: http://www.rhumatologie.asso.fr/data/ModuleProgramme/PageSite/2008-1/Resume/2980.asp

28. Perrot S., Bouhassira D., Fermanian J. Cercle d'étude de la douleur en rhumatologie. Development and validation of the Fibromyalgia Rapid Screening Tool (FiRST) *Pain* 2010 ; 150 : 250-256.

29. Hadeler NM. "Fibromyalgia" and the medicalization of misery. J Rheumatol. 2003 ;30(8) :1668-70.

30. Balint M. Le médecin, son malade et la maladie. Payot ; 1996. 418 p.

31. Auquier L., Bontoux D., Löo H., Godeau P., Menkès C.J., Paolaggi J.B., et al. Fibromyalgia *Rev Med Interne* 2008 ; 29 : 161-168.

32. Dougados M., Perrot S., Fibromyalgie et sensibilisation centrale dans les rhumatismes inflammatoires chroniques. Rev-Rhum 2017 ;84 :363-365.

33. Ostuni P, Botsios C, Sfriso P, Punzi L, Chieco-Bianchi F, Semerano L, et al. Fibromyalgie chez des patients italiens atteint d'un syndrome de Gougerot-Sjögren primitif. Rev Rhum 2002;69:56—63.

34. Poiguet V, Casselyn M, Kiefer B. La fibromyalgie est d'abord un syndrome médical, ensuite une construction sociale. Rev Med Suiss 2007 ;3(116) :1558-61.

35. Kaaster J, Estlander A, Kalso E, et al. Psychiatric morbidity in chronic pain. IASP 2008 [Abstract PT 104].

36. Goutte J, Maindet-Dominic C, Cathébras P. Syndrome fibromyalgiques. EM AKOS (Traité de Médecine). 2016;12(1):1-8 [Article 6-0512].

37. Moore R. Amitriptyline for neuropathic pain in fibromyalgia in adults *Cochrane Database Syst Rev* 2012 ; CD008242.

38. Häuser W., Bernardy K., Uceyler N. Treatment of fibromyalgia syndrome with antidepressants - A meta-analysis*JAMA* 2009 ; 301 : 198-209.

39. Crofford LJ, Rowbotham MC, Mease P, Russell J, Dworkin RH, Corbin AE, et al. Pregabalin for the treatment of fibromyalgia syndrome. Arthritis Rhem. 2005;52(4):1264-1273.

40. Barrett J, Russell J, Pauer L, Whalen E, Leon T, Zeiher B. The effect of pregabalin treatment on changes in pain and sleep quality in fibromyalgia patients. Paris: Eular; 2008. THU 0362.

41. Mhalla A., Baudic S., Ciampi de Andrade D., Gautron M., Perrot S., Jacobson Texeira M., et al. Long-term maintenance of the analgesic effects of transcranial magnetic stimulation in fibromyalgia *Pain* 2011;152 : 1478-1485.

42. Bennett R.M., Bushmakin A.G., Cappelleri J.C., Zlateva G., Sadosky A.B. Minimal clinically important difference in the fibromyalgia impact questionnaire *J Rheumatol* 2009 ; 36 : 1304-1311.

43. Macfarlane GJ, Kronisch C, Dean LE, Atzeni F, Häuser W, Fluβ E et al. Ann Rheum Dis 2016 ; 0 :1-11. Dio :1136/annrheumdis-2016-209724

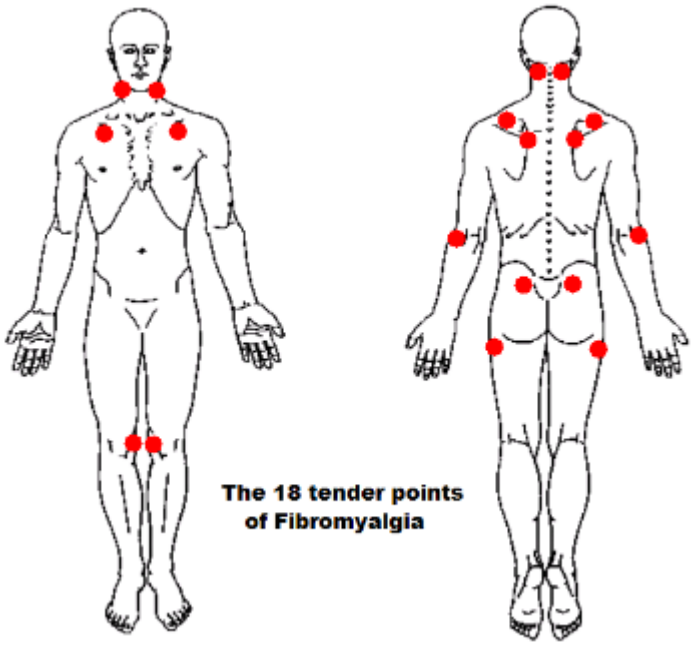


Figure 1 Les 18 points douloureux à la pression

Questionnaire FiRST

Vous souffrez de douleurs articulaires, musculaires ou tendineuses depuis au moins 3 mois. Merci de répondre à ce questionnaire pour aider votre médecin à mieux analyser votre douleur et vos symptômes.

Compléter ce questionnaire en répondant par oui ou par non (1 seule réponse OUI ou NON) à chacune des questions suivantes : mettez une croix dans la case correspondant à votre réponse.

Item	Oui	Non
Mes douleurs sont localisées partout dans tout mon corps		
Mes douleurs s'accompagnent d'une fatigue générale permanente		
Mes douleurs sont comme des brûlures, des décharges électriques ou des crampes		
Mes douleurs s'accompagnent d'autres sensations anormales, comme des fourmillements, des picotements, ou des sensations d'engourdissement, dans tout mon corps		
Mes douleurs s'accompagnent d'autres problèmes de santé comme des problèmes digestifs, des problèmes urinaires, des maux de tête, ou des impatiences dans les jambes		
Mes douleurs ont un retentissement important dans ma vie : en particulier sur mon sommeil, ma capacité à me concentrer avec une impression de fonctionner au ralenti		

Figure 2 questionnaire FIRST outil de dépistage rapide de la fibromyalgie

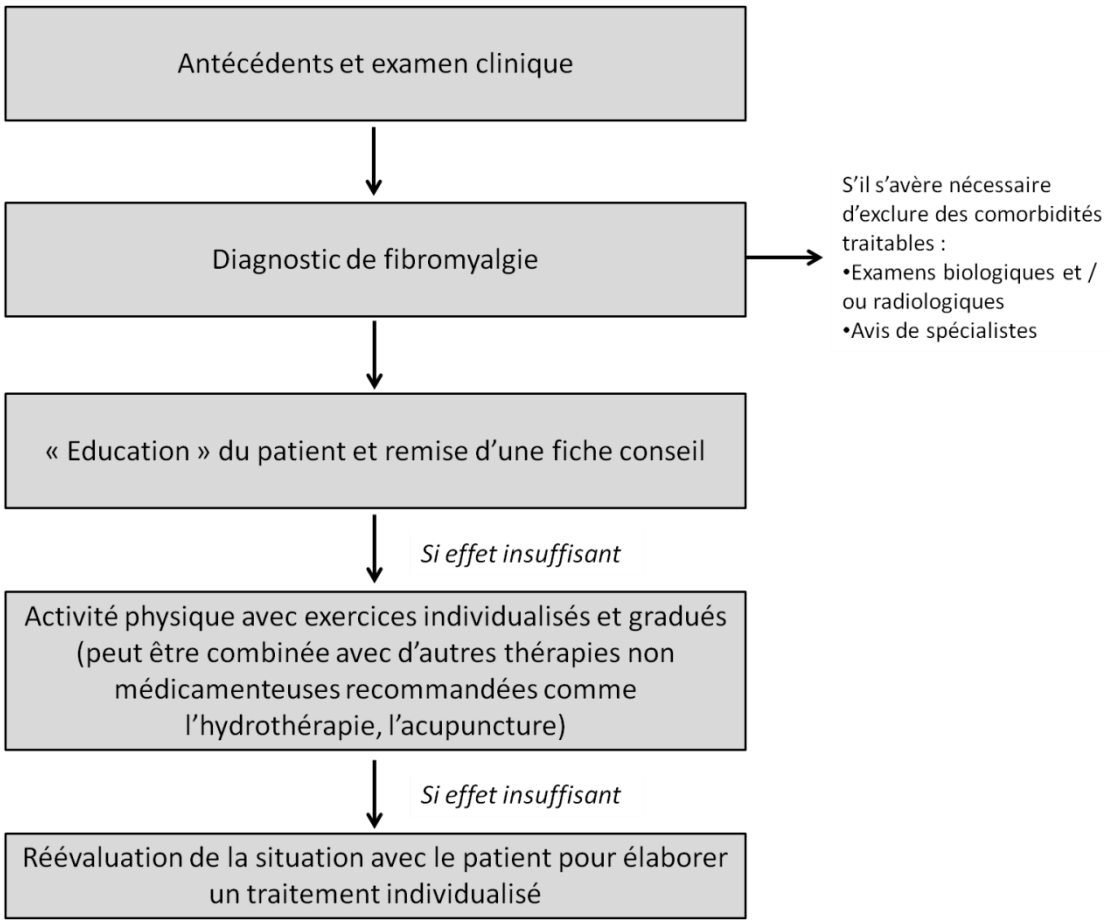


Figure 3 arbre décisionnel des démarches cliniques et thérapeutiques de la fibromyalgie selon les recommandations Eular 2016

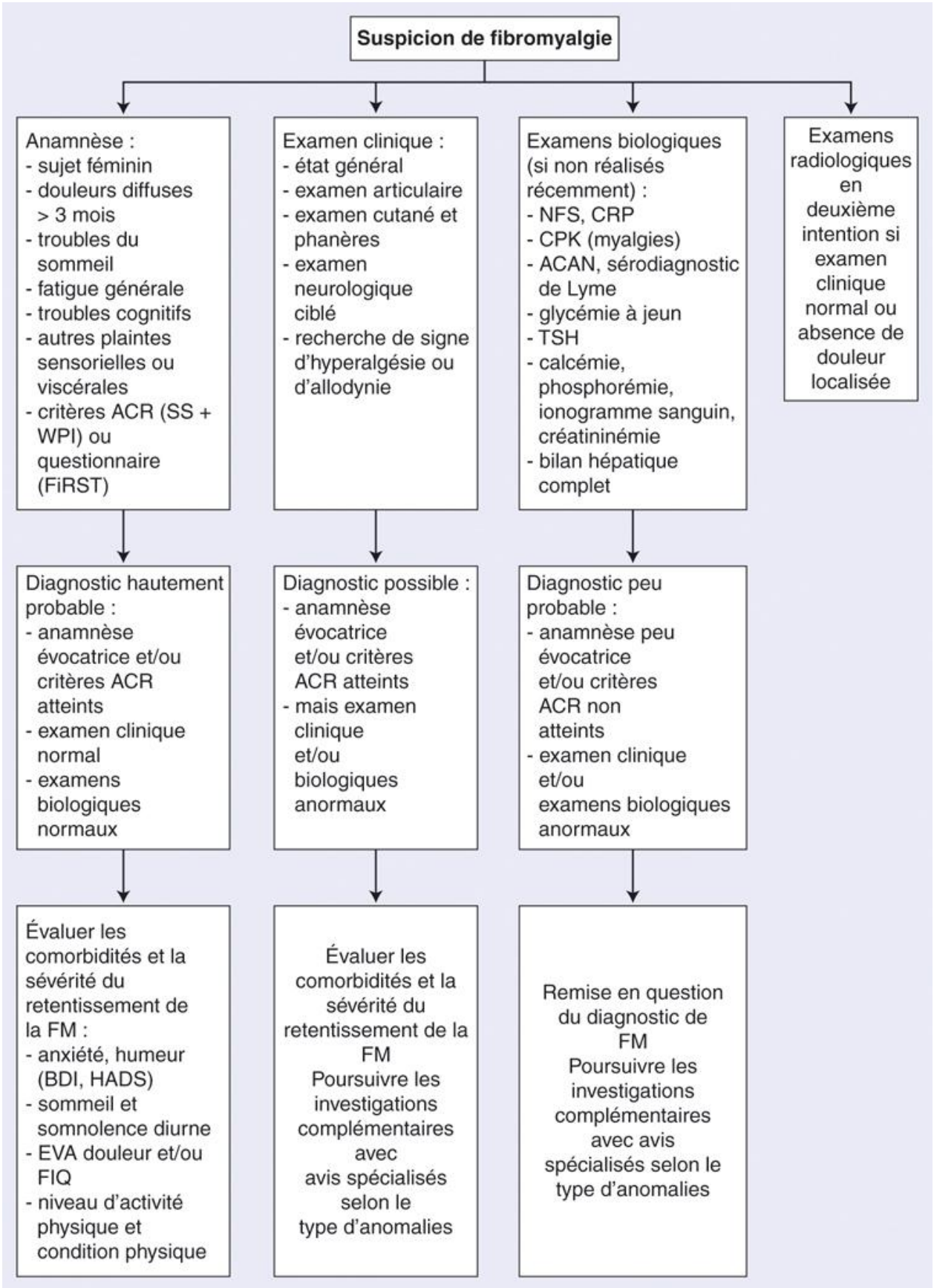


Figure 4 : arbre décisionnel . Orientation de patients suspect de fibromyalgie

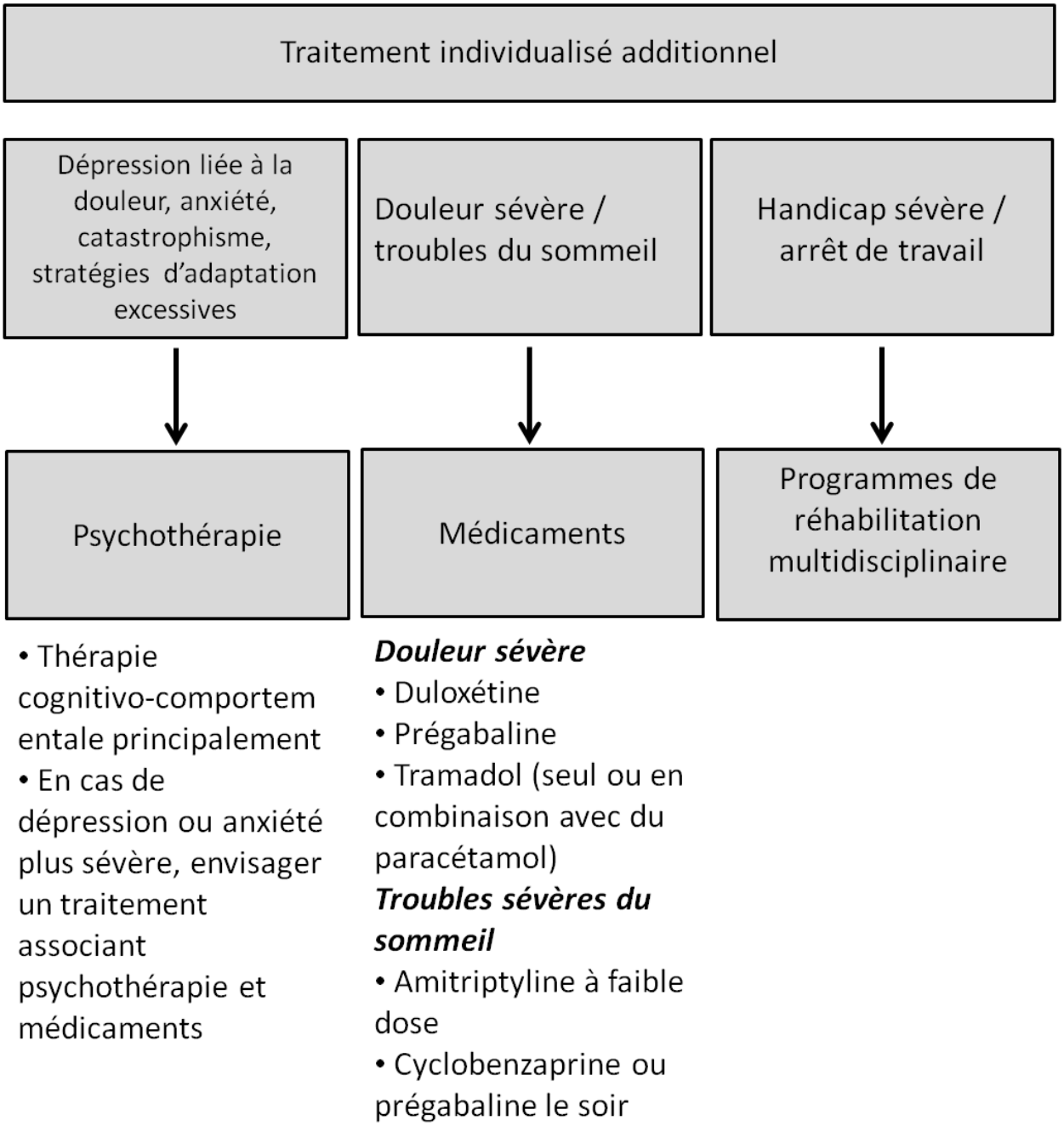


Figure 5 stratégie thérapeutique d'après les recommandations Eular 2016

Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ)

Les questions qui suivent ont pour objectif de mesurer les conséquences de votre fibromyalgie sur votre santé. Les réponses que vous fournirez à ce questionnaire nous permettront de mieux connaître l'impact de cette maladie sur votre vie de tous les jours.

Merci de bien vouloir répondre à toutes les questions :

– soit en mettant une simple croix X dans la case correspondant à la réponse choisie. Si vous ne savez pas très bien comment répondre, choisissez la réponse la plus proche de votre situation ;

– soit en indiquant d'un trait l'endroit où vous vous situez entre deux positions extrêmes, comme dans l'exemple ci-dessous :

Importantes

_____ Aucune douleur

Douleurs très

1/ Êtes-vous capable de :

Mettez une simple croix X dans la case qui correspond à votre choix (une par ligne)

	Toujours 0	**La plupart du temps 1**	**De temps en temps 2**	**Jamais 3**
Faire les courses				
Faire la lessive en machine				
Faire à manger				
Faire la vaisselle à la main				
Passer l'aspirateur				

Faire les lits				
Marcher plusieurs centaines de mètres				
Aller voir des amis ou de la famille				
Faire du jardinage				
Conduire une voiture				

2/ Au cours des 7 derniers jours – Combien de jours vous êtes-vous senti(e) bien ?

Mettez une simple croix X *dans la case qui correspond à votre choix*

1

01234567

_ _ _ _ _ _ _ _ |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_|

Si vous n'avez pas d'activité professionnelle, passez à la question 5

– Combien de journées de travail avez-vous manquées à cause de votre fibromyalgie ? *Mettez une simple croix* X *dans la case qui correspond à votre choix*

01234567

– Les jours où vous avez travaillé, les douleurs ou d'autres problèmes liés à votre fibromyalgie vous ont-ils gêné(e) dans votre travail ?

Indiquez d'un trait l'endroit où vous vous situez entre les deux positions extrêmes

_____ Aucune gêne

Gêne très importante

– Avez-vous eu des douleurs ? *Indiquez d'un trait l'endroit ou vous vous situez entre les deux positions extrêmes*

_____ Aucune

douleur Douleurs très fortes

– Avez-vous été fatigué(e) ? *Indiquez d'un trait l'endroit où vous vous situez entre les deux positions extrêmes*

_____ Pas du tout

fatigué(e) Extrêmement fatigué(e)

– Comment vous êtes-vous senti(e) le matin au réveil ?

Indiquez d'un trait l'endroit où vous vous situez entre les deux positions extrêmes

_____

Tout à fait reposé(e) au réveil

Extrêmement fatigué(e)

au réveil

– Vous êtes-vous senti(e) raide ? *Indiquez d'un trait l'endroit où vous vous situez entre les deux positions extrêmes*

_____ Pas du tout

raide Extrêmement raide

– Vous êtes-vous senti(e) tendu(e) ou inquiet(e) ? *Indiquez d'un trait l'endroit où vous vous situez entre les deux positions extrêmes*

_____ Pas du tout

tendu(e) Extrêmement tendu(e)

– Vous êtes-vous senti(e) déprimé(e) ?

Indiquez d'un trait l'endroit où vous vous situez entre les deux positions extrêmes

_____

Pas du tout déprimé(e)

Extrêmement déprimé(e)

Figure 6:Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ)

QUESTIONNAIRE

PRISE EN CHARGE DE LA FIBROMYALGIE PAR LES MEDECINS GENERALISTES

Chers confrères, chers consœurs,

Je réalise ma thèse de médecine générale dirigée par le docteur CHASTEL Véronique et j'ai besoin de votre collaboration.

Ce questionnaire anonyme, a pour objectif d'établir un état des lieux de la prise en charge de la fibromyalgie par les médecins généralistes installés dans la région de seine et marne et bas de somme en 2017.

Je vous remercie par avance du temps que vous voudrez bien m'accorder.

Et si vous souhaitez nous vous adresserons les conclusions de cette enquête.

1) **Vous êtes ?**

○ Homme

○ Femme

2)**Quel est votre âge ?**

……

3)Quel est votre lieu d'exercice ?

○ Rural

○ Semi rural

○ Urbain

4)Depuis combien d'années exercez-vous la médecine générale ?

……

5)Avez-vous suivi des formations spécifiques pour la prise en charge de la douleur ?

○ Oui

○ Non

Si oui la ou lesquels ?.....

6)Comment évaluez-vous vos connaissances concernant la fibromyalgie ?

○ Très bonnes

○ Bonnes

○ Moyennes

○ Insuffisantes

7)L'approche du diagnostic de fibromyalgie vous pose-t-elle un problème ?

○ Oui

○ Non

○ Ne sait pas

8) Quels notions d'interrogatoire vous orientent vers une fibromyalgie ?

☐ Antécédent(s) : ☐ Traumatisme psychique

☐ Traumatisme physique

☐ Autres : ……..

☐ Sexe : ☐Homme

☐Femme

☐Age du patient : ☐ 20 -30

☐ 30-40

☐ 40-50

☐ 50-60

☐ >60

☐Profession :si oui laquelle ? ……..

☐Autres : …….

9)**Quel(s) type(s) de signe(s) vous oriente vers la fibromyalgie ?**

☐ Douleur

☐ Anxiété

☐ Trouble de l'humeur

☐ Insomnies

☐ Limitation fonctionnelle

☐ Altération de l'état général

☐ Autres

10)Quel(s) examen(s) prescrivez vous ?

○ Bilan radiologique

Si oui le(s)quel(s)……

○ Bilan biologique

si oui le(s)quel(s) : ☐NFS,CRP

☐Electrophorèse

☐ Bilan Phosphocalcique

☐Recherches virales

☐Enzymes musculaires

☐TSH

○ Electromyogramme

11)Evoquez-vous le diagnostic avec le patient ?

○ Oui

○ Non

12)Rencontrez-vous des difficultés à

l'annonce du diagnostic ?

- ○ Oui
- ○ Non

13)Cette annonce vous semble t'elle ?

- ○ Délétère
- ○ Bénéfique
- ○ Sans retentissement

14)Devant ce diagnostic, adressez-vous le patient à un confrère ?

- ○ Oui
- ○ Non

Si oui, vous l'adressez à un confrère :

- ☐ Rhumatologue
- ☐ Neurologue
- ☐ Orthopédiste
- ☐ Médecin de la douleur
- ☐ Psychiatre

☐ Médecin de rééducation

☐ Médecin de travail

☐ Autres spécialité

15)Prescrivez-vous des ?

a) traitements médicamenteux :

☐ antalgiques : ☐palier 1

☐Palier 2

☐Palier3

☐ AINS

☐ Myorelaxants

☐ Antidépresseurs

☐ Anxiolytiques

☐ Autres : …….

b) Prise en charge paramédicales :

☐ Kinésithérapies

☐ Ostéopathie

c) Thérapies alternatives :

☐ Acupuncture

☐ Hypnose

☐ Auriculothérapie

☐ Autres

d) Autres : ……

16)Comment évaluez-vous l'évolution de la maladie ?

☐Échelle de la douleur

☐Consommation médicamenteuse

☐Retentissement familial

☐Diminution de la fréquence des

Consultations

☐Nombres de jours d'arrêt de travail

☐ Autres

17)Vous sentez- vous parfois impuissant devant ce syndrome ?

☐Oui parfois

☐Oui constamment

☐Non