



**HAL**  
open science

# La prise en charge du patient fibromyalgique à l'officine

Claire Bodin

► **To cite this version:**

Claire Bodin. La prise en charge du patient fibromyalgique à l'officine. Sciences pharmaceutiques. 2020. dumas-03209543

**HAL Id: dumas-03209543**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03209543>**

Submitted on 10 May 2021

**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 ROUEN NORMANDIE**  
**UFR SANTE – Département PHARMACIE**

2020

N°

**THESE**  
**pour le DIPLOME D’ETAT DE DOCTEUR EN**  
**PHARMACIE**

Présentée et soutenue publiquement le 19 Juin 2020

par

BODIN Claire

(née BODIN)

Née le 17/12/1996 à AUBERGENVILLE

**La prise en charge du patient fibromyalgique à l’officine**

Président du jury : Skiba Malika, Maître de Conférences

Membres du jury : Groult Marie-Laure, Maître de Conférences

Wable Thierry, Enseignant en communication

Deleens Rodrigue, Docteur en Médecine

## **Mise en garde**

**« L'Université de Rouen et l'UFR de Médecine et de Pharmacie de Rouen n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans cette thèse. Ces opinions sont propres à leurs auteurs. »**

**ANNEE UNIVERSITAIRE 2019 - 2020**

**U.F.R. SANTÉ DE ROUEN**

-----

DOYEN : **Professeur Benoît VEBER**

ASSESEURS : **Professeur Loïc FAVENNEC**  
**Professeur Agnès LIARD**  
**Professeur Guillaume SAVOYE**

**I - MEDECINE**

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS**

Mr Frédéric <b>ANSELME</b>	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle <b>APTER</b>	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle <b>AUQUIT AUCKBUR</b>	HCN	Chirurgie plastique
Mr Jean-Marc <b>BASTE</b>	HCN	Chirurgie Thoracique
Mr Fabrice <b>BAUER</b>	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya <b>BEKRI</b>	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal <b>BENHAMOU</b>	HCN	Médecine interne
Mr Jacques <b>BENICHOU</b>	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Olivier <b>BOYER</b>	UFR	Immunologie
Mme Sophie <b>CANDON</b>	HCN	Immunologie
Mr François <b>CARON</b>	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe <b>CHASSAGNE</b>	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Vincent <b>COMPERE</b>	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas <b>CORNU</b>	HCN	Urologie
Mr Antoine <b>CUVELIER</b>	HB	Pneumologie
Mr Jean-Nicolas <b>DACHER</b>	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan <b>DARMONI</b>	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre <b>DECHELOTTE</b>	HCN	Nutrition
Mr Stéphane <b>DERREY</b>	HCN	Neurochirurgie
Mr Frédéric <b>DI FIORE</b>	CHB	Cancérologie

Mr Fabien <b>DOGUET</b>	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean <b>DOUCET</b>	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard <b>DUBRAY</b>	CHB	Radiothérapie
Mr Frank <b>DUJARDIN</b>	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice <b>DUPARC</b>	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric <b>DURAND</b>	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand <b>DUREUIL</b>	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène <b>ELTCHANINOFF</b>	HCN	Cardiologie
Mr Manuel <b>ETIENNE</b>	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Thierry <b>FREBOURG</b>	UFR	Génétique
Mr Pierre <b>FREGER</b> ( <i>surnombre</i> )	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François <b>GEHANNO</b>	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel <b>GERARDIN</b>	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille <b>GERARDIN</b>	HCN	Pédopsychiatrie
M. Guillaume <b>GOURCEROL</b>	HCN	Physiologie
Mr Dominique <b>GUERROT</b>	HCN	Néphrologie
Mr Olivier <b>GUILLIN</b>	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Claude <b>HOUDAYER</b>	HCN	Génétique
Mr Fabrice <b>JARDIN</b>	CHB	Hématologie
Mr Luc-Marie <b>JOLY</b>	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal <b>JOLY</b>	HCN	Dermato – Vénérologie
Mme Bouchra <b>LAMIA</b>	Havre	Pneumologie
Mme Annie <b>LAQUERRIERE</b>	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent <b>LAUDENBACH</b>	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Joël <b>LECHEVALLIER</b>	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé <b>LEFEBVRE</b>	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry <b>LEQUERRE</b>	HCN	Rhumatologie
Mme Anne-Marie <b>LEROI</b>	HCN	Physiologie
Mr Hervé <b>LEVESQUE</b>	HCN	Médecine interne
Mme Agnès <b>LIARD-ZMUDA</b>	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves <b>LITZLER</b>	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand <b>MACE</b>	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David <b>MALTETE</b>	HCN	Neurologie
Mr Christophe <b>MARGUET</b>	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle <b>MARIE</b>	HCN	Médecine interne
Mr Jean-Paul <b>MARIE</b>	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc <b>MARPEAU</b>	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane <b>MARRET</b>	HCN <sup>5</sup>	Pédiatrie

Mme Véronique <b>MERLE</b>	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre <b>MICHEL</b>	HCN	Hépatogastro-entérologie
M. Benoit <b>MISSET</b> ( <i>détachement</i> )	HCN	Réanimation Médicale
Mr Marc <b>MURAINÉ</b>	HCN	Ophtalmologie
Mr Christophe <b>PEILLON</b>	HCN	Chirurgie générale
Mr Christian <b>PFISTER</b>	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe <b>PLANTIER</b>	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier <b>PLISSONNIER</b>	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan <b>PREVOST</b>	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe <b>RICHARD</b> ( <i>détachement</i> )	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent <b>RICHARD</b>	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie <b>RIVES</b>	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace <b>ROMAN</b> ( <i>disponibilité</i> )	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe <b>SABOURIN</b>	HCN	Anatomie – Pathologie
Mr Mathieu <b>SALAUN</b>	HCN	Pneumologie
Mr Guillaume <b>SAVOYE</b>	HCN	Hépatogastrologie
Mme Céline <b>SAVOYE-COLLET</b>	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale <b>SCHNEIDER</b>	HCN	Pédiatrie
Mr Lilian <b>SCHWARZ</b>	HCN	Chirurgie Viscérale et Digestive
Mr Michel <b>SCOTTE</b>	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne <b>TAMION</b>	HCN	Thérapeutique
Mr Luc <b>THIBERVILLE</b>	HCN	Pneumologie
Mr Hervé <b>TILLY</b> ( <i>surnombre</i> )	CHB	Hématologie et transfusion
M. Gilles <b>TOURNEL</b>	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier <b>TROST</b>	HCN	Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques <b>TUECH</b>	HCN	Chirurgie digestive
Mr Benoît <b>VEBER</b>	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre <b>VERA</b>	CHB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric <b>VERIN</b>	Les Herbiers	Médecine Physique et de Réadaptation
Mr Eric <b>VERSPYCK</b>	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier <b>VITTECOQ</b>	HC	Rhumatologie
Mme Marie-Laure <b>WELTER</b>	HCN	Physiologie

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Najate <b>ACHAMRAH</b>	HCN	Nutrition
Mme Noëlle <b>BARBIER-FREBOURG</b>	HCN	Bactériologie – Virologie
Mr Emmanuel <b>BESNIER</b>	HCN	Anesthésiologie - Réanimation
Mme Carole <b>BRASSE LAGNEL</b>	HCN	Biochimie
Mme Valérie <b>BRIDOUX HUYBRECHTS</b>	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard <b>BUCHONNET</b>	HCN	Hématologie
Mme Mireille <b>CASTANET</b>	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie <b>CHASTAN</b>	HCN	Neurophysiologie
Mr Moïse <b>COEFFIER</b>	HCN	Nutrition
Mr Serge <b>JACQUOT</b>	UFR	Immunologie
Mr Joël <b>LADNER</b>	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste <b>LATOUCHE</b>	UFR	Biologie cellulaire
M. Florent <b>MARGUET</b>	HCN	Histologie
Mme Chloé <b>MELCHIOR</b>	HCN	Gastroentérologie
Mr Thomas <b>MOUREZ</b> ( <i>détachement</i> )	HCN	Virologie
Mr Gaël <b>NICOLAS</b>	UFR	Génétique
Mme Muriel <b>QUILLARD</b>	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia <b>ROLLIN</b>	HCN	Médecine du Travail
Mme Pascale <b>SAUGIER-VEBER</b>	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire <b>TOBENAS-DUJARDIN</b>	HCN	Anatomie
Mr David <b>WALLON</b>	HCN	Neurologie
Mr Julien <b>WILS</b>	HCN	Pharmacologie

## PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mr Thierry <b>WABLE</b>	UFR	Communication
Mme Mélanie <b>AUVRAY-HAMEL</b>	UFR	Anglais

## II - PHARMACIE

### PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mr Jérémy <b>BELLIEN</b> (PU-PH)	Pharmacologie
Mr Thierry <b>BESSON</b>	Chimie Thérapeutique
Mr Jean <b>COSTENTIN</b> (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle <b>DUBUS</b>	Biochimie
Mr Abdelhakim <b>EL OMRI</b>	Pharmacognosie
Mr François <b>ESTOUR</b>	Chimie Organique
Mr Loïc <b>FAVENNEC</b> (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre <b>GOULLE</b> (Professeur émérite)	Toxicologie
Mr Michel <b>GUERBET</b>	Toxicologie
Mme Christelle <b>MONTEIL</b>	Toxicologie
Mme Martine <b>PESTEL-CARON</b> (PU-PH)	Microbiologie
Mr Rémi <b>VARIN</b> (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie <b>VAUGEOIS</b>	Pharmacologie
Mr Philippe <b>VERITE</b>	Chimie analytique

### MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme Cécile <b>BARBOT</b>	Chimie Générale et Minérale
Mr Frédéric <b>BOUNOURE</b>	Pharmacie Galénique
Mr Thomas <b>CASTANHEIRO-MATIAS</b>	Chimie Organique
Mr Abdeslam <b>CHAGRAOUI</b>	Physiologie
Mme Camille <b>CHARBONNIER (LE CLEZIO)</b>	Statistiques
Mme Elizabeth <b>CHOSSON</b>	Botanique
Mme Marie Catherine <b>CONCE-CHEMTOB</b>	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Cécile <b>CORBIERE</b>	Biochimie
Mme Nathalie <b>DOURMAP</b>	Pharmacologie
Mme Isabelle <b>DUBUC</b>	Pharmacologie
Mme Dominique <b>DUTERTE- BOUCHER</b>	Pharmacologie
Mr Gilles <b>GARGALA</b> (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla EL <b>GHARBI-HAMZA</b>	Chimie analytique
Mme Marie-Laure <b>GROULT</b>	Botanique

Mr Hervé <b>HUE</b>	Biophysique et mathématiques
Mme Hong <b>LU</b>	Biologie
Mme Marine <b>MALLETER</b>	Toxicologie
M. Jérémie <b>MARTINET</b> (MCU-PH)	Immunologie
Mme Tiphaine <b>ROGEZ-FLORENT</b>	Chimie analytique
Mr Mohamed <b>SKIBA</b>	Pharmacie galénique
Mme Malika <b>SKIBA</b>	Pharmacie galénique
Mme Christine <b>THARASSE</b>	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric <b>ZIEGLER</b>	Biochimie

#### **PROFESSEURS ASSOCIES**

Mme Cécile <b>GUERARD-DETUNCQ</b>	Pharmacie officinale
Mme Caroline <b>BERTOUX</b>	Pharmacie

#### **PAU-PH**

M. Mikaël **DAOUPHARS**

#### **PROFESSEUR CERTIFIE**

Mme Mathilde <b>GUERIN</b>	Anglais
----------------------------	---------

#### **ASSISTANTS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES**

Mme Alice <b>MOISAN</b>	Virologie
M. Henri <b>GONDÉ</b>	Pharmacie

#### **ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE**

M. Abdel <b>MOUHAJIR</b>	Parasitologie
M. Maxime <b>GRAND</b>	Bactériologie

#### **ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT**

Mme Ramla <b>SALHI</b>	Pharmacognosie
------------------------	----------------

## LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile <b>BARBOT</b>	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry <b>BESSON</b>	Chimie thérapeutique
Mr Abdeslam <b>CHAGRAOUI</b>	Physiologie
Mme Elisabeth <b>CHOSSON</b>	Botanique
Mme Marie-Catherine <b>CONCE-CHEMTOB</b>	Législation et économie de la santé
Mme Isabelle <b>DUBUS</b>	Biochimie
Mr Abdelhakim <b>EL OMRI</b>	Pharmacognosie
Mr François <b>ESTOUR</b>	Chimie organique
Mr Loïc <b>FAVENNEC</b>	Parasitologie
Mr Michel <b>GUERBET</b>	Toxicologie
Mme Martine <b>PESTEL-CARON</b>	Microbiologie
Mr Mohamed <b>SKIBA</b>	Pharmacie galénique
Mr Rémi <b>VARIN</b>	Pharmacie clinique
M. Jean-Marie <b>VAUGEUIS</b>	Pharmacologie
Mr Philippe <b>VERITE</b>	Chimie analytique

### III – MEDECINE GENERALE

#### PROFESSEUR MEDECINE GENERALE

Mr Jean-Loup **HERMIL** (PU-MG) UFR Médecine générale

#### MAITRE DE CONFERENCE MEDECINE GENERALE

Mr Matthieu **SCHUERS** (MCU-MG) UFR Médecine générale

#### PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTE

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine Générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mr Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN** UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX** UFR Médecine générale

#### MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

Mr Pascal **BOULET** UFR Médecine générale

Mme Laëtitia **BOURDON** UFR Médecine Générale

Mr Emmanuel **HAZARD** UFR Médecine Générale

Mme Lucile **PELLERIN** UFR Médecine générale

## ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

### PROFESSEURS

Mr Paul <b>MULDER</b> (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su <b>RUAN</b> (med)	Génie Informatique

### MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil <b>ADRIOUCH</b> (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle <b>BOUGEARD-DENOYELLE</b> (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine <b>CLEREN</b> (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain <b>FRAINEAU</b> (med)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline <b>GAILDRAT</b> (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas <b>GUEROUT</b> (med)	Chirurgie Expérimentale
Mme Rachel <b>LETELLIER</b> (med)	Physiologie
Mr Antoine <b>OUVRARD-PASCAUD</b> (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric <b>PASQUET</b>	Sciences du langage, orthophonie
Mme Christine <b>RONDANINO</b> (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Youssan Var <b>TAN</b>	Immunologie
Mme Isabelle <b>TOURNIER</b> (med)	Biochimie (UMR 1079)

### **CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE**

*HCN - Hôpital Charles Nicolle*

*HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME*

*CB - Centre Henri Becquerel*

*CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray*

*CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation*

*SJ – Saint Julien Rouen*

## Table des matières

Mise en garde .....	3
Table des matières .....	13
Index des abréviations.....	15
Table des tableaux.....	17
Table des illustrations.....	18
Introduction.....	19
I. La fibromyalgie .....	20
a. Définition .....	20
b. Historique.....	21
c. Epidémiologie.....	23
d. Symptômes.....	24
i. Douleur.....	25
ii. Fatigue .....	28
iii. Troubles du sommeil .....	31
iv. Troubles de l'humeur .....	34
v. Autres symptômes et comorbidités .....	36
vi. Les formes atypiques de fibromyalgie .....	42
e. Diagnostic .....	45
i. Diagnostic positif .....	45
ii. Diagnostics différentiels .....	50
f. Etiologies .....	52
g. Evolution et pronostic .....	58
II. Prise en charge à l'officine .....	61
a. Recommandations françaises et internationales .....	61
i. France et Europe.....	61
ii. Allemagne .....	63
iii. Etats-Unis et Canada .....	63
iv. Autres : Brésil, Grande-Bretagne .....	64
b. Prise en charge multimodale.....	65
i. Activité physique.....	68
ii. Psychothérapies .....	76
iii. Thérapeutiques médicamenteuses .....	81
iv. Règles hygiéno-diététiques.....	94
a. Alimentation .....	94
b. Contrôle du poids.....	96
c. Activité physique .....	97

d. Sommeil .....	98
e. Gestion du stress .....	98
v. Techniques de relaxation .....	99
vi. Ergothérapie .....	101
vii. Médecines complémentaires .....	105
a. Généralités .....	106
b. Symptômes et prise en charge en médecine complémentaire..	108
c. Prise en charge officinale : communication .....	116
i. Communication au comptoir : le patient fibromyalgique .....	116
ii. Les outils de communication.....	126
Conclusion .....	134
Annexes.....	135
Bibliographie.....	155
Sitographie .....	161

## Index des abréviations

5-HIAA	Acide 5-Hydroxy-indole-acétique
ACR	American College of Rheumatology
AINS	Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens
ALD	Affection Longue Durée
AMM	Autorisation de Mise sur le Marché
ANSM	Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé
APS	American Pain Society
AVC	Accident Vasculaire Cérébral
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
CETD	Centre d'Etude et de Traitement de la Douleur
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CIM	Classification Internationale des Maladies
CPK	Creatine Phosphokinase
CPS	Canada Pain Society
CRP	C-Reactive Protein
DGOS	Organisation de la Direction générale de l'Offre de Soins
EEG	Electroencéphalogramme
ELFE	European List for Fibromyalgia Evaluation
EMDR	Eye Movement Desensitization and Reprocessing
EPS	Extraits de Plantes Standardisées
ETP	Education Thérapeutique du Patient
EULAR	European League Against Rheumatism
EVA	Echelle Visuelle Analogique
FIQ	Fibromyalgia Impact Questionnaire
FIQR	Fibromyalgia Impact Questionnaire (Revised)
FIRST	Fibromyalgia Rapid Screening Tool
GABA	Acide gamma amino-butyrique
GH	Growth Hormone
HAS	Haute Autorité de Santé
HE	Huile Essentielle
HV	Huile Végétale
IASP	Association Internationale d'Etude de la Douleur
IDM	Infarctus du myocarde
IGF	Insulin Growth Factor

IMC / BMI	Indice de Masse Corporelle / Body Mass Index
INSERM	Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale
IRM	Imagerie par Résonance Magnétique
LCR	Liquide Céphalo-Rachidien
LFESSQ	London Fibromyalgia Epidemiology Study Screening Questionnaire
LI	Libération Immédiate
LP	Libération Prolongée
NABQI	N-Acetyl-Benzo-Quinone-Imine
NFS	Numération Formule Sanguine
NHS	National Health Service
NMDA	N-méthyl-D-aspartate
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PTH	Parathormone
REM	Rapid Eye Movement
SAP	Secreted Aspartyl-Protéinases
SCC	Syndrome du Canal Carpien
SFMJ	Syndrome de Fibromyalgie Juvénile
SJSR	Syndrome des Jambes Sans Repos
SNA	Système Nerveux Autonome
SNC	Système Nerveux Central
SPID	Syndrome Polyalgique Idiopathique Diffus
SS / SSS	Symptom Severity Scale Score
SSPT	Syndrome de Stress Post-Traumatique
TCC	Thérapies Cognitivo-Comportementales
TENS	Transcutaneous Electric Neurostimulation
TEP	Tomographie par Emission de Positons
UI	Unité Internationale
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
VS	Vitesse de Sédimentation
WPI	Widespread Pain Index

## Table des tableaux

Tableau 1 : La fibromyalgie dans la CIM10.....	20
Tableau 2 : Caractéristiques cliniques de la fibromyalgie en France.....	24
Tableau 3 : Critères de diagnostic de Yunus et coll. de 1981.....	45
Tableau 4 : Critères de diagnostic de la fibromyalgie selon l'ACR.....	49
Tableau 5 : Diagnostics différentiels de la fibromyalgie.....	51
Tableau 6 : Neurotransmetteurs impliqués dans la physiopathologie de la douleur et leurs évolutions par rapport à un sujet sain.....	54
Tableau 7 : Comparaison de la cryothérapie et de la thermothérapie.....	76
Tableau 8 : Thérapeutiques médicamenteuses de la fibromyalgie.....	88
Tableau 9 : Outils d'ergothérapie, leurs objectifs et caractéristiques.....	103
Tableau 10 : Principaux symptômes de la fibromyalgie et leur prise en charge en médecine complémentaire.....	109
Tableau 11 : Les trois composantes de la douleur chronique.....	118

## Table des illustrations

Figure 1 : Florence Nightingale.....	23
Figure 2 : Pyramide des âges d'incidence de la fibromyalgie, par tranche d'âge de 10 ans.....	23
Figure 3 : Douleur, allodynie et hyperalgésie.....	26
Figure 4 : Echelle visuelle analogique de la douleur.....	28
Figure 5 : Schéma corporel.....	28
Figure 6 : Exemple de structure utilisée pour le test de Valpar.....	30
Figure 7 : Les différents types d'onde en EEG.....	32
Figure 8 : Phases du sommeil et ondes cérébrales physiologiques.....	33
Figure 9 : Exemple d'échelle visuelle analogique pour l'évaluation du sommeil ..	34
Figure 10 : Syndrome de Raynaud au niveau d'un doigt.....	39
Figure 11 : Livedo réticulaire.....	40
Figure 12 : Prévalence des principaux symptômes décrits par la population pédiatrique atteinte de SFMJ.....	44
Figure 13 : Localisation des points sensibles de Yunus selon la classification de l'ACR de 1990.....	46
Figure 14 : Physiopathologie de la fibromyalgie.....	58
Figure 15 : Logo de l'Association Fibromyalgie France.....	60
Figure 16 : Recommandations révisées de l'EULAR pour la prise en charge de la fibromyalgie.....	62
Figure 17 : Prise en charge multimodale de la fibromyalgie.....	67
Figure 18 : Exercices de mobilisation et de renforcement adaptés aux patients fibromyalgiques .....	69
Figure 19 : Schéma explicatif du fonctionnement du système TENS sur les douleurs.....	72
Figure 20 : Utilisation d'un système TENS .....	72
Figure 21 : Escalade antalgique.....	93
Figure 22 : Respiration profonde abdominale .....	100
Figure 23 : Outils d'ergothérapie .....	104
Figure 24 : Le cercle vicieux de la douleur.....	120
Figure 25 : Capture d'écran de l'application « Mon coach douleur ».....	130
Figure 26 : Application Activ'Dos créée par l'Assurance Maladie.....	130
Figure 27 : Capture d'écran de l'application Catch my Pain.....	131

## Introduction

Du latin *fibra* (fibre), et du grec *myo* (muscles) et *algos* (douleur), la fibromyalgie est depuis 1992 reconnue par l’OMS comme maladie rhumatismale. Associant douleurs chroniques, fatigue et troubles du sommeil, cette maladie faisant autrefois débat est aujourd’hui reconnue par de plus en plus de professionnels de la santé. Si son origine, encore inconnue, fait l’objet de nombreuses recherches, sa prise en charge thérapeutique, se limitant au plan symptomatique, permet aux patients fibromyalgiques de vivre de mieux en mieux avec leur maladie. Cependant, l’errance médicale parfois longue face à laquelle les patients sont confrontés (2 à 15 ans, avec consultation de nombreux médecins) rend nécessaire le besoin d’identifier clairement un parcours de soin pour ces malades. Le pharmacien d’officine a, par sa proximité avec les patients, une place prépondérante dans la prise en charge du patient fibromyalgique, que ce soit par le soutien moral ou par les aides qu’il peut lui proposer afin de mieux vivre avec sa maladie, de réduire les symptômes et d’améliorer sa qualité de vie.

La première partie de ce travail sera destinée à présenter la maladie, ses symptômes, les différents critères de diagnostic, les hypothèses étiologiques et son pronostic. La seconde partie sera dédiée à la prise en charge des patients à l’officine, où nous tenterons d’apporter un éclairage pharmaceutique et officinal sur cette maladie et ses traitements. Nous intégrerons à cette partie un livret de conseils destiné aux patients fibromyalgiques.

# I. La fibromyalgie

## a. Définition

La fibromyalgie est une pathologie chronique se traduisant principalement par des douleurs chroniques, diffuses, persistantes et d'intensité variable, généralement accompagnées de fatigue et d'un sommeil de mauvaise qualité et non réparateur. Les douleurs touchent l'ensemble du corps, c'est à dire les deux hémicorps (droit et gauche), au-dessus et en-dessous de la taille, ainsi que la zone axiale (colonne thoraco-lombaire, cervicales, thorax antérieur). Selon l'ACR (Wolfe *et al.*, 1990), la douleur est caractérisée comme diffuse si elle touche au moins trois régions du corps.

La triade caractéristique douleur-fatigue-troubles du sommeil s'associe fréquemment à d'autres manifestations, tels que des raideurs, des troubles digestifs, des troubles du système nerveux autonome, des troubles urinaires, des céphalées, un syndrome anxio-dépressif, ou encore des troubles cognitifs. Ce syndrome, classé comme maladie à part entière par l'OMS en 2006 sous le code CIM M79.7 (maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif), entraîne une diminution des capacités fonctionnelles des patients, les handicapant au quotidien, dans leur vie professionnelle et sociale (site n°10).

Tableau 1 : La fibromyalgie dans la CIM10 (d'après le rapport de la HAS, 2010)

Chapitre XIII : Maladies du système musculo-squelettique et du tissu conjonctif (M00-M99)	
M00-M25	Arthropathies
M30-M36	Troubles systémiques du tissu conjonctif
M40-M54	Dorsopathies
<b>M60-M79</b>	Troubles des tissus mous
	M60-M63 Troubles musculaires M65-M68 Troubles tendineux et de la synovie M70-M79 Autres troubles des tissus mous <b>M79</b> Autres troubles des tissus mous, non classés ailleurs M79.0 Rhumatismes non spécifiés (sauf Fibromyalgie) <b>M79.7</b> Fibromyalgie, Fibromyosite, Fibrosite, Myofibrosite

La fibromyalgie peut être isolée : on parle de fibromyalgie primaire, ou alors survenir secondairement à une pathologie préexistante, en général rhumatologique, telle que la polyarthrite rhumatoïde ou la spondylarthrite ankylosante : on parle alors de fibromyalgie secondaire ou concomitante (site n°59).

## b. Historique

Les états de douleurs chroniques sont décrits depuis des centaines d'années. Déjà dans l'antiquité, le médecin et philosophe grec Hippocrate, faisait référence à de tels états. Précurseur de la médecine moderne, il abandonne l'idée que la douleur n'est plus seulement une punition divine, mais qu'elle est le symptôme d'une maladie et qu'il faut la soigner (Lorin, 2005). Le tout premier cas clinique semble être présenté par Saint Job, dans la Bible, qui se plaint de douleurs diffuses, de troubles du sommeil et de l'humeur (Camerlain, 2010).

Ce n'est qu'au XIX<sup>ème</sup> siècle que le médecin et explorateur anglais William Balfour fait un rapprochement entre des points douloureux et un rhumatisme (Constantin *et al.*, 2018). Beard, en 1880, publie un traité sur la « faiblesse nerveuse » dans lequel il liste les symptômes fondamentaux de la fibromyalgie, alors désignée sous le nom de *myasthénie* (Blotman et Branco, 2006).

Au début du XX<sup>ème</sup> siècle, Gowers propose pour la première fois le terme de *fibrosite*, bien qu'aucune anomalie du tissu fibreux ne soit en cause. Le terme de *fibromyalgie* est utilisé pour la première fois en 1976 par Hench, mettant en avant le caractère douloureux musculaire de la pathologie.

Smythe et Moldofsky, en 1977, décrivent la triade symptomatique « douleur chronique généralisée, points douloureux localisés et sommeil non réparateur ». Cela servira de base à l'établissement des premiers critères de diagnostic de la fibromyalgie, notamment par Yunus et collaborateurs en 1981 (Yunus *et al.*, 1981).

Le premier article consacré à la fibromyalgie paraît en septembre 1986 dans *l'American Journal of Medicine*, ce qui marque le point de départ d'un grand nombre de publications, qui débouchent en 1990 sur la publication d'un article de Wolfe et collaborateurs, établissant des critères de diagnostic précis.

En 1988, le français Marcel Francis Kahn propose le nom descriptif de *Syndrome Polyalgique Idiopathique Diffus* (SPID), mettant en évidence l'absence de cause déterminée à la pathologie. Cependant, ce terme est vite abandonné au profit du terme

anglo-saxon de *fibromyalgie*, qui reste encore aujourd'hui le terme de référence, même si les termes de *fibrosite* ou de *fibromyosite* sont parfois utilisés.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) accepte officiellement les critères de diagnostic proposés par Wolfe et collaborateurs en 1992. Ces critères sont alors publiés dans la déclaration de Copenhague d'août 1992. Celle-ci définit la fibromyalgie comme une « condition douloureuse, non articulaire, impliquant surtout les muscles, et la cause la plus commune de douleur musculo-squelettique chronique généralisée. Elle est typiquement associée à une fatigue persistante, à un sommeil peu réparateur et à des raideurs généralisées » (Csillag, 1992).

La même année, l'OMS fait rentrer la fibromyalgie dans sa Classification Internationale des Maladies (CIM), sous le code M79.0. Ce n'est qu'en 2006 que la fibromyalgie entrera comme entité à part entière dans la 10<sup>ème</sup> révision de la CIM10, sous le code M79.7.

Les critères de diagnostic proposés par Wolfe et collaborateurs resteront ceux utilisés en pratique jusqu'en 2010, où l'American College of Rheumatology proposera une révision des critères, et en proposera de nouveaux, intégrant la notion d'échelle de sévérité des symptômes et non plus seulement une palpation des points douloureux, alors retirée dans les nouveaux critères.

En 2016, Wolfe et collaborateurs rédigent une seconde révision des critères, associant des critères physiques évalués par le médecin au questionnaire déjà présent dans les critères de 2010 (Wolfe *et al.*, 2016).

La journée mondiale de la fibromyalgie est le 12 mai, en hommage à Florence Nightingale, infirmière britannique née le 12 mai 1820, ayant contracté une forme grave de fibromyalgie et de syndrome de fatigue chronique à 35 ans. Symbole de la résistance et de lutte contre la maladie, elle est la fondatrice de la première école d'infirmières et de la Fondation de la Croix Rouge Internationale. Menée dans 29 pays, cette journée a pour but la sensibilisation des gouvernements, institutions et médias à cette maladie et d'inciter à la recherche de nouveaux traitements (Blotman et Branco, 2006).



Figure 1 : Florence Nightingale (site n°40)

### c. Epidémiologie

En France, la surveillance épidémiologique est quasi-inexistante. En effet, il n'existe pas d'outil de mesure fiable qui permettrait un diagnostic objectif, c'est à dire capable de repérer tous les patients fibromyalgiques (sensibilité) et uniquement ceux-ci (spécificité). On estime cependant que la fibromyalgie touche environ 2 % de la population mondiale, 2,3 % de la population européenne et 2 à 5 % de la population française, avec une prédominance féminine : 75 à 90 % des patients sont de sexe féminin.

La moyenne d'âge se situe entre 35 et 50 ans (Rapport de l'Assemblée Nationale de 2016), bien que cette maladie puisse toucher toutes les tranches d'âge : les enfants, les jeunes adultes et les personnes âgées ne sont pas exclus. On retrouve un pic d'incidence entre 50 et 59 ans (voir graphique ci-dessous).

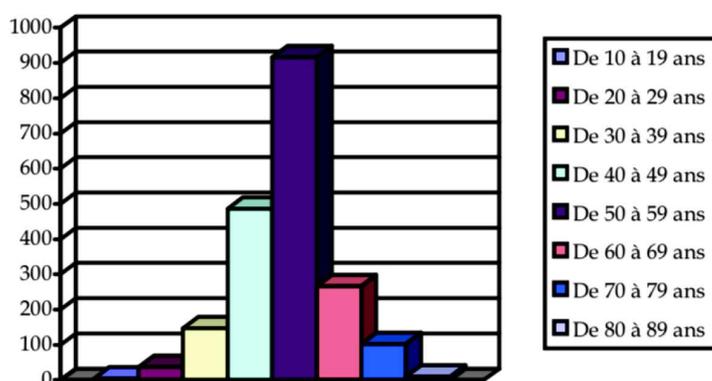


Figure 2 : Pyramide des âges d'incidence de la fibromyalgie, par tranche d'âge de 10 ans (site n°28)

Cette maladie, du fait de sa prévalence, ne peut pas être qualifiée de maladie rare ou orpheline ; en effet, elle ne remplit pas les critères de cette appellation (moins d'une personne sur 2000).

Il semble que les milieux socio-économiquement faibles et les milieux urbains soient plus touchés, mais certaines études démontrent le contraire, comme l'étude EPISER de 2001 qui retrouve une plus grande prévalence en milieu rural (Cabo-Meseguer *et al.*, 2017).

#### d. Symptômes

« Je souffre de partout, depuis toujours. Je suis épuisée dès le matin. Personne ne m'a écoutée ni comprise » (site n°57).

La triade caractéristique douleur - fatigue - troubles du sommeil est présente chez la plupart des patients fibromyalgiques. S'ajoutent à ces symptômes, dans des proportions variables, une multitude de troubles variés, tels que des symptômes digestifs, cutanés, urinaires, une dysautonomie, des céphalées, ou des troubles de l'humeur.

Les patients sont souvent en errance médicale durant des mois voire des années avant que leur maladie ne soit clairement diagnostiquée. Beaucoup d'entre eux décrivent des signes précurseurs, parmi lesquels on retrouve la douleur, s'installant progressivement, mais aussi des courbatures exagérées (84 % des patients), une sensation de fatigue musculaire injustifiée, la station debout rapidement pénible (88 %), ou encore des troubles du sommeil (environ 70 % des patients) (site n°28).

Tableau 2 : Caractéristiques cliniques de la fibromyalgie en France (auteur, d'après Laroche *et al.*, 2018)

<b>Signes cardinaux</b> (plus de 90 % des patients)	Douleurs généralisées Fatigue chronique et générale Troubles du sommeil
<b>Manifestations caractéristiques</b> (plus de 75 % des patients)	Troubles digestifs Troubles urinaires Céphalées Impatiences, engourdissements, dysesthésies
<b>Manifestations communes</b> (plus de 25 % des patients)	Fibrofog <sup>1</sup> et troubles cognitifs Troubles anxio-dépressifs Syndrome du côlon irritable Syndrome des jambes sans repos Acouphènes Sécheresse des muqueuses

<sup>1</sup> Le terme « fibrofog » rassemble des symptômes cognitifs décrits par les patients comme une sensation de brouillard mental, une diminution de la mémoire et des difficultés de concentration.

Nous allons décrire les principaux symptômes et leurs caractéristiques puis revenir brièvement sur quelques symptômes secondaires, sans toutefois être exhaustif, la symptomatologie de la fibromyalgie étant particulièrement riche et diversifiée.

## **i. Douleur**

Définie par l'Association Internationale d'Etude de la Douleur (IASP) comme « une sensation et une expérience émotionnelle désagréable en réponse à une atteinte tissulaire réelle ou potentielle ou décrites en ces termes » (site n°26), la douleur est le symptôme cardinal de la fibromyalgie. Elle est décrite par les patients comme permanente, intense, généralisée à l'ensemble du corps, migratrice, à type de brûlures, de picotements, de piqûres, de décharges électriques, de fourmillements ou d'engourdissements musculaires. Elle est fréquemment associée à des phénomènes de raideurs matinales, s'améliorant au cours de la journée et pouvant réapparaître le soir, ainsi que des paresthésies des extrémités, alors qu'aucune anomalie neurologique n'est retrouvée.

Elle touche l'ensemble du corps, les parties haute et basse, les hémicorps droit et gauche, ainsi que la zone axiale. Selon les formes de fibromyalgie, les douleurs peuvent être diffuses, notamment au niveau des régions proches de la colonne vertébrale : nuque, épaules, omoplates, lombaires, hanches et/ou localisées, en particulier au niveau du rachis (cervicales, dos, coccyx).

Les douleurs touchent aussi les genoux, avec des sensations subjectives de gonflements articulaires (site n°43), qui ne peuvent être objectivées par un médecin, contrairement à d'autres pathologies telles que la polyarthrite rhumatoïde ou l'arthrose.

Ces douleurs sont évolutives, et fluctuent au cours de la journée et de l'année, en fonction de facteurs tels que les changements climatiques (froid, humidité), le stress, la fatigue (auto-entretenu par la maladie), les positions de travail, les tâches ménagères, les activités physiques inadaptées ou au contraire le repos prolongé, et le manque de sommeil (Bouchet, 2017 ; Driouchi, 2017).

Les douleurs liées au syndrome fibromyalgique se classent dans la catégorie des douleurs chroniques, définies par la HAS comme un « syndrome multidimensionnel exprimé par le patient de manière permanente, sur une durée supérieure à trois mois », entraînant des altérations des capacités fonctionnelles et relationnelles du patient,

dans sa vie quotidienne, ses activités au travail comme au domicile (site n°21). Devenue chronique, la douleur perd son rôle primaire de signal d'alarme et devient donc une maladie à part entière. Les douleurs chroniques répondent mal aux traitements antalgiques classiques comme aux anti-inflammatoires non stéroïdiens.

La fibromyalgie appartient à une sous-classe de douleurs chroniques que sont les douleurs dysfonctionnelles (site n°23), qui résultent d'un dysfonctionnement des systèmes de contrôle de la douleur, sans anomalie identifiée : aucune anomalie ni lésion biologique, et aucune anomalie radiologique ne sont à l'origine de ces douleurs. De même, on ne retrouve pas d'inflammation ou d'altération des tissus musculaires ou fibreux, bien que les patients puissent ressentir des sensations de gonflement, notamment au niveau des articulations.

Deux phénomènes sont fréquemment décrits par les patients : une sensation douloureuse pour des stimulus indolores, tels que l'effleurement ou le toucher sans pression (*allodynie*) et une réaction exagérée à un stimulus peu douloureux (*hyperalgésie*) (site n°43).

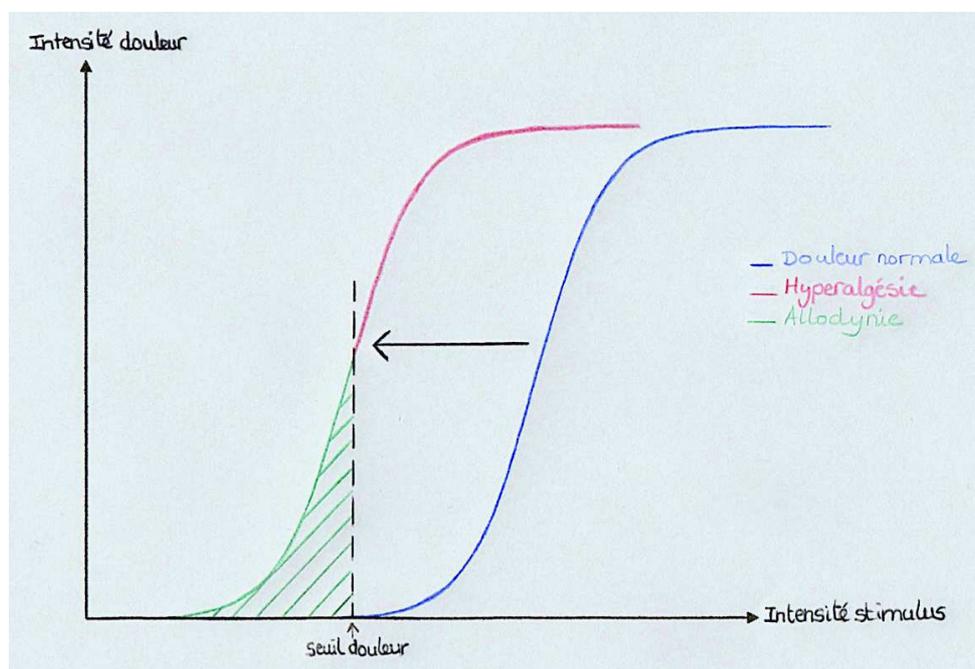


Figure 3 : Douleur, allodynie et hyperalgésie (auteur, d'après Osinski *et al.*, 2017)

Cinésiophobie et catastrophisme sont des facteurs d'entretien de la douleur. Le premier, défini comme une peur excessive, irrationnelle et invalidante du mouvement et de l'activité renforce l'invalidité du patient, déjà liée à la douleur elle-même. Le patient, de peur de souffrir, s'empêche de faire une activité, ce qui renforce son sentiment d'isolement et le renferme sur lui-même et sa maladie.

Le catastrophisme, décrit comme une tendance à se fixer sur la douleur, renforçant l'attention sur elle et entraînant une consommation souvent excessive d'antalgiques, pourtant peu efficaces. Ce sentiment est accentué par l'absence de soutien du corps médical et/ou de l'entourage, comme c'est souvent le cas, dont en découle un découragement du patient (Brotman et Branco, 2006).

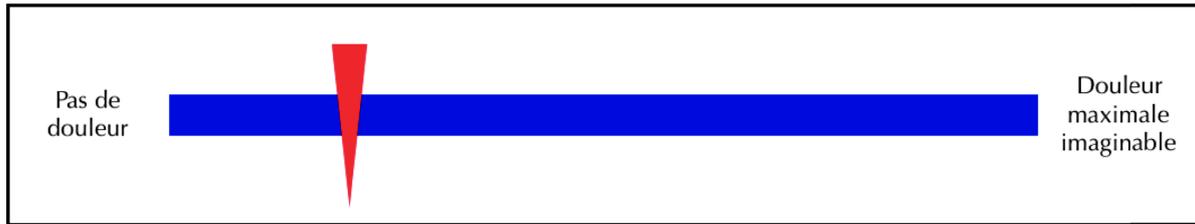
Pour 55 % des patients, le repos allongé dans le calme, d'une durée limitée permet d'améliorer la douleur. Les facteurs d'amélioration également rapportés par les patients sont l'occupation physique, mentale ou professionnelle (44 % des patients), une activité physique modérée (telle que la natation ou la marche), et enfin une activité bénévole ou associative (Jasson, 2017).

L'évaluation de la douleur est utile au diagnostic et l'on peut citer quelques outils disponibles :

- L'échelle visuelle analogique (EVA) et échelle numérique ;
- Le schéma corporel : le patient identifie les zones douloureuses et les éventuelles irradiations ;
- Le questionnaire de Saint-Antoine (version française du McGill Pain Questionnaire) (annexe 2) ;
- Le Health-related Quality of Life Questionnaire, comportant une partie dédiée à l'évaluation de la douleur (annexe 3) ;
- Le questionnaire concis de la douleur (version française du Brief Pain Inventory) (annexe 4) ;
- Le Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQR, version révisée du Fibromyalgia Impact Questionnaire ou FIQ) (annexe 5).

Les différents questionnaires sont présents en annexe.

**Face patient**



**Face évaluateur**

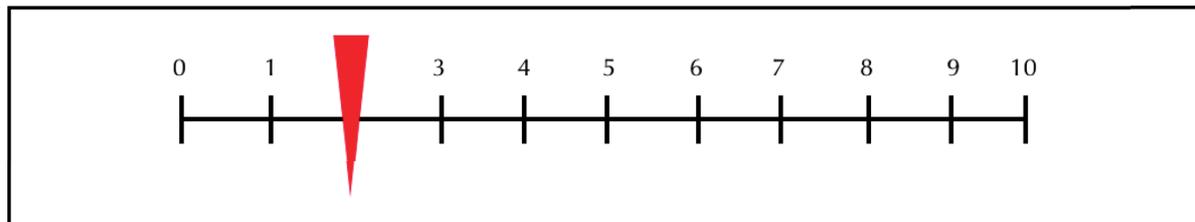


Figure 4 : Echelle visuelle analogique de la douleur (auteur, d'après le site n°56)

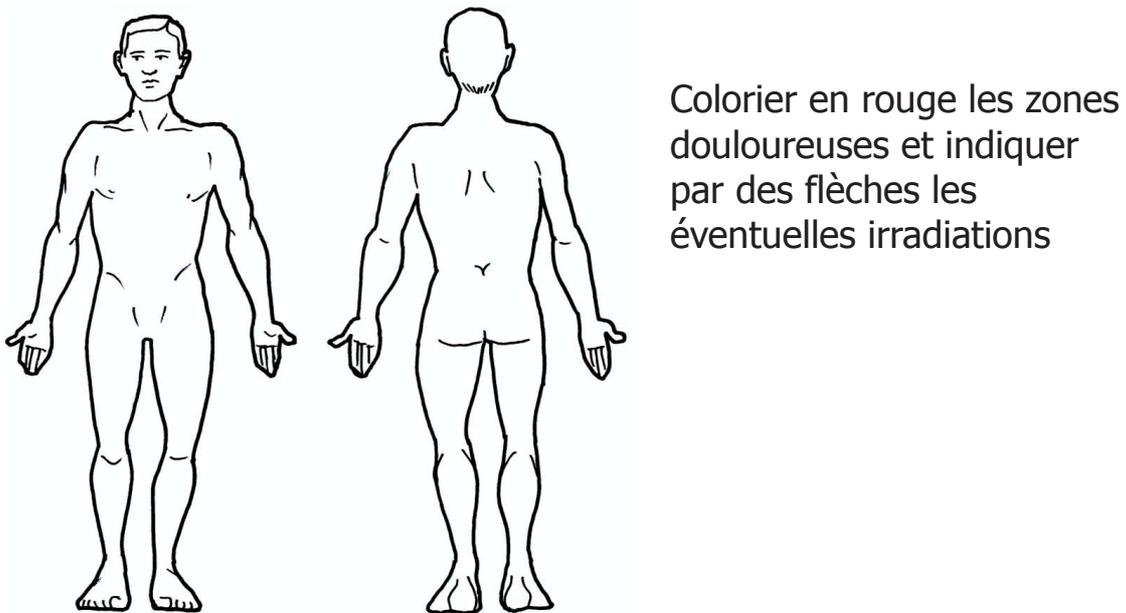


Figure 5 : Schéma corporel (auteur, d'après le site n°56)

## **ii. Fatigue**

Sentiment subjectif difficilement évaluable, la fatigue chronique est rapportée par 70 à 80 % des patients fibromyalgiques, qui la décrivent comme une sensation générale d'épuisement, physique et intellectuel, sans raison apparente, les perturbant dans la réalisation de tâches quotidiennes (s'habiller, faire le ménage, faire les courses), et s'accompagnant d'une diminution de l'attention, d'une sensation de lourdeur, voire de

somnolence (Bouchet, 2017 ; site n°18). Cette fatigue est à l'origine d'un renforcement de l'isolement social et professionnel. Elle est le plus souvent continue, mais peut aussi se manifester sous forme de crises de quelques heures ou quelques jours. Plus importante le matin, elle s'améliore en général au cours de la journée, avant de réapparaître le soir, ou en cas d'activité, même peu intense.

La fatigue chronique peut également se manifester par une incapacité à rester en position debout trop longtemps. Elle n'est pas ou peu améliorée par le repos (Driouchi, 2017).

Dailey et collaborateurs, dans une étude de 2015 (Dailey *et al.*, 2015), ont cherché à objectiver la fatigue ressentie par les patients. En effet, ceux-ci ont tendance à surestimer leur fatigue perçue lorsqu'on leur demande de l'évaluer grâce à une échelle visuelle analogique (allant de 0 = « Pas de Douleur » à 10 = « Douleur inimaginable »). Leur étude consiste à évaluer la fatigue physique et la fatigue cognitive, à différencier du fibro-brouillard (fibrofog en anglais), détaillé quelques paragraphes plus bas, qui se manifeste par une confusion, des difficultés de mémorisation ou encore des problèmes d'élocution, pouvant résulter d'une fatigue cognitive, mais aussi d'une altération des performances cognitives elles-mêmes.

L'évaluation de la fatigue cognitive perçue utilise le COWAT, test induisant une fatigue cognitive en demandant aux patients de former le plus de mots possibles commençant par une lettre donnée en une minute. Ce test est répété pour chaque patient dix-huit fois avec deux séries identiques de neuf lettres différentes (C-F-L, P-R-W, F-A-S).

Concernant l'évaluation de la fatigue physique, l'étude utilise un test de Valpar, consistant à dévisser des pièces géométriques et à les placer ailleurs sur une structure comprenant des plans horizontaux et verticaux.

Une association de ces deux tests a été réalisée afin d'évaluer la fatigue combinée.

Les patients fibromyalgiques ont montré une fatigue cognitive plus importante, associée à une augmentation des douleurs durant le test ; il en est de même pour la fatigue physique et lors du test combiné.

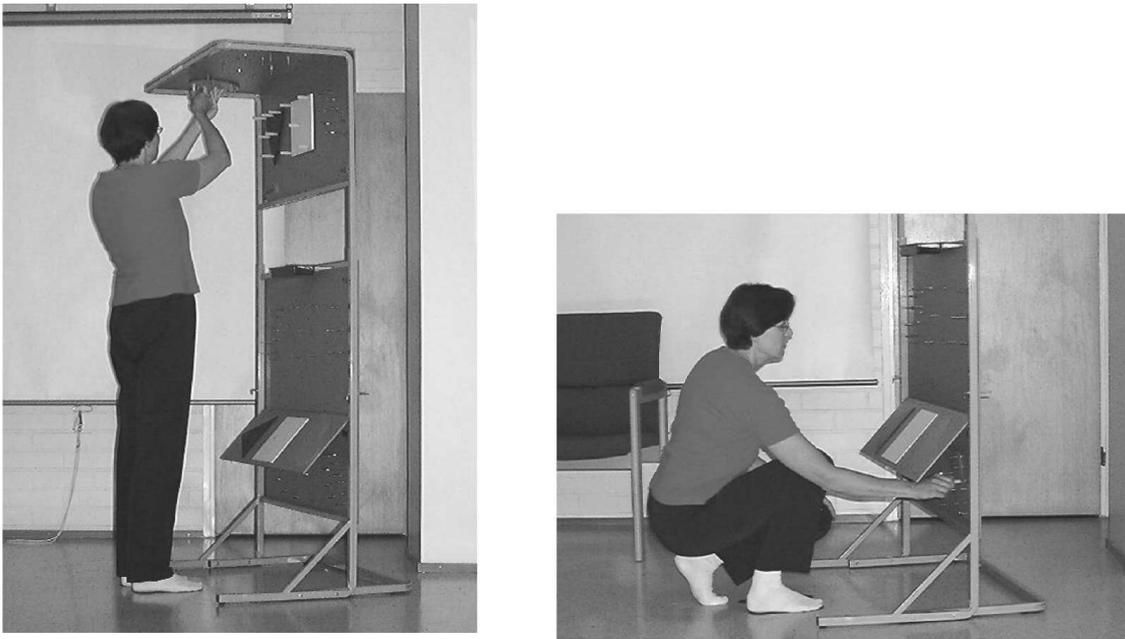


Figure 6 : Exemple de structure utilisée pour le test de Valpar (Häkkinen *et al.*, 2003)

Le sentiment de catastrophisme, retrouvé pour la douleur, impacte fortement la fatigue ressentie, et se retrouve associée chez un grand nombre de patients à de l'anxiété, voire de la dépression (Lukkahatai *et al.*, 2016).

Certains patients présentent conjointement à leur fibromyalgie un syndrome de fatigue chronique, qui se définit comme un état d'épuisement durant plus de six mois, et qui se manifeste par une fatigue prolongée, invalidante, peu ou pas améliorée par le repos, et aggravée par l'activité physique et/ou mentale. Il survient de préférence chez des personnes jeunes, entre 25 et 40 ans, mais peut aussi toucher les enfants et les personnes plus âgées. Comme la fibromyalgie, la prévalence est plus importante dans la population féminine avec un ratio de deux femmes pour un homme. La différenciation entre les deux syndromes, fibromyalgique et de fatigue chronique, est difficile du fait de la similitude des symptômes exprimés par le patient : fatigue intense, douleurs, sommeil non réparateur, céphalées. Cependant, on retrouve fréquemment dans le syndrome de fatigue chronique une fièvre associée à un syndrome pseudo-grippal, que l'on ne retrouve pas dans la fibromyalgie. La difficulté de distinction entre ces deux pathologies et le fait que bon nombre de patients présentent à la fois les deux syndromes, a conduit certains spécialistes à penser que fibromyalgie et syndrome de fatigue chronique pourraient être un seul et même syndrome, exprimé de manière variable (site n°8, site n°17).

### **iii. Troubles du sommeil**

80 % des patients déclarent souffrir de troubles du sommeil, qu'ils soient liés à des difficultés d'endormissement, des réveils nocturnes, un réveil matinal pénible, ou encore un sommeil non réparateur, pouvant entraîner fatigue et somnolence au cours de la journée (Wu *et al.*, 2017). Le sommeil est décrit comme étant de mauvaise qualité, souvent léger, fragmenté et entrecoupé par des réveils nocturnes.

Ces troubles du sommeil sont à l'origine d'une aggravation des symptômes, en particulier la douleur, et sont un facteur d'auto-entretien de la maladie : les troubles du sommeil entraînant la fatigue, qui aggrave la douleur, qui empêche d'avoir un sommeil de bonne qualité... Ainsi les patients se retrouvent dans un cercle vicieux, sans vraiment savoir si la fatigue et les troubles du sommeil sont à l'origine des douleurs ou s'ils en sont un symptôme. Plusieurs études portant sur des patients souffrant de douleurs chroniques ont montré que la douleur et le sommeil de mauvaise qualité s'affectaient l'un l'autre, avec une plus forte suspicion que le sommeil influencerait la douleur plutôt que le contraire (Keskindag *et al.*, 2017).

Rappelons que le sommeil est un phénomène actif, composé d'un sommeil lent (divisé en endormissement, sommeil lent léger et sommeil lent profond) et d'un sommeil paradoxal (ou REM = Rapid Eye Movement) caractérisé par la survenue de mouvements oculaires rapides.

Au cours de la période de sommeil, 4 à 5 cycles de 90 à 100 minutes se succèdent.

Chez le patient fibromyalgique, on retrouve non seulement une altération de la qualité du sommeil, mais aussi une altération en termes de durée (problèmes d'endormissement, réveils matinaux précoces).

En 1975, Moldofsky met en évidence la présence anormale de rythmes alpha dans les phases de sommeil lent (phase IV) à l'EEG. Ce phénomène, appelé sommeil alpha-delta, est accompagné de troubles musculo-squelettiques et de troubles de l'humeur, comparables aux symptômes observés chez les patients fibromyalgiques.

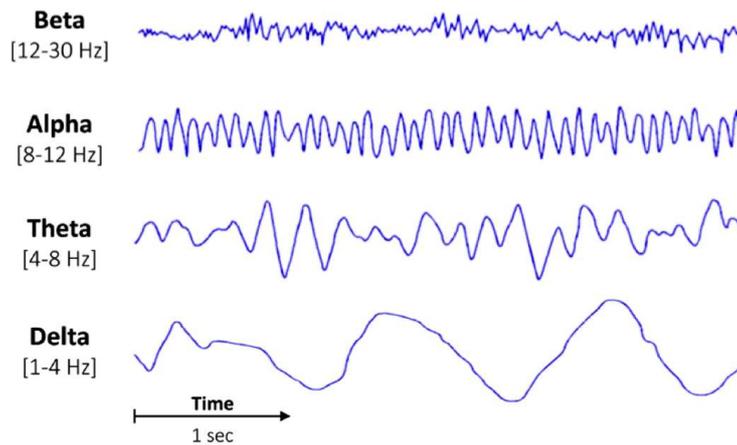


Figure 7 : Les différents types d'onde en EEG (Benerradi, 2019)

Une anomalie du métabolisme de la sérotonine, impliquée dans les cycles veille-sommeil, pourrait servir de base aux troubles du sommeil et aux autres symptômes de la fibromyalgie (Moldofsky *et al.*, 1975). En effet, la mélatonine, hormone régulant les rythmes circadiens, est synthétisée dans l'épiphyse à partir de la sérotonine, avant d'être libérée dans le sang. Une diminution des taux de sérotonine entraînerait une diminution de la synthèse de mélatonine et par conséquent une dysrégulation des cycles veille-sommeil.

De même, la sérotonine joue un rôle de préparation du cortex au sommeil lent, en activant des neurones GABA-ergiques inhibiteurs situés dans le noyau ventro-latéral postérieur, qui vont à leur tour inactiver les neurones impliqués dans l'éveil (notamment neurones à histamine dans l'hypothalamus postérieur, neurones à noradrénaline dans le *locus coeruleus*).

Un dysfonctionnement lors du stade IV de la phase non-REM (sommeil lent profond) est retrouvé chez les patients fibromyalgiques, avec une interférence des ondes alpha. Une comparaison avec des personnes saines, sans fibromyalgie, à qui l'on a engendré des interférences au niveau du stade de sommeil lent profond a été réalisée, et ces personnes ont développé des symptômes similaires à ceux présentés par les patients fibromyalgiques.

Une des hypothèses indique que les troubles du sommeil seraient à l'origine de la fibromyalgie (site n°18).

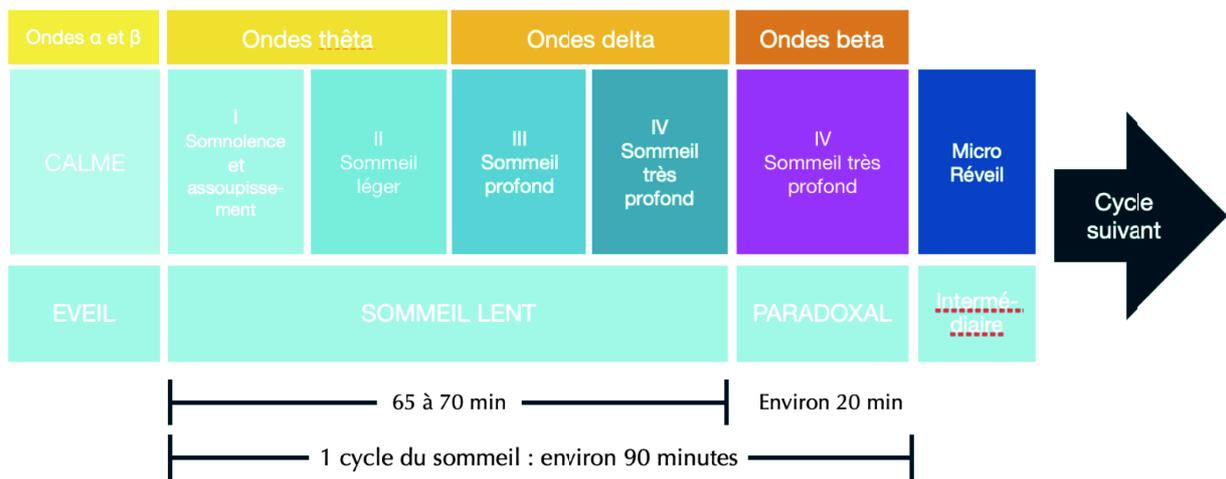


Figure 8 : Phases du sommeil et ondes cérébrales physiologiques (auteur, d'après les sites n°52 et n°27)

Certains patients présentent conjointement à leur fibromyalgie, un syndrome des jambes sans repos ou un syndrome d'apnée du sommeil, qui sont à l'origine d'un renforcement des troubles du sommeil, de fatigue résiduelle et d'une altération de la qualité de vie (Driouchi, 2017).

Des patients privés totalement de sommeil durant une dizaine de jours présenteraient des troubles de l'humeur, des troubles visuels, des troubles somesthésiques et auditifs, avec notamment l'apparition de fourmillements, d'une sensibilité à la douleur, d'une désorganisation de la pensée et de troubles végétatifs tels que des céphalées. Ainsi, les symptômes des patients fibromyalgiques pourraient s'expliquer en partie par l'altération de la qualité et de la quantité de leur sommeil. D'autres facteurs entrent en compte dans cette association douleurs-troubles du sommeil, et notamment les troubles de l'humeur tels que le stress, l'anxiété ou la dépression.

Plusieurs outils sont disponibles pour évaluer la qualité du sommeil (présents en annexe) : le questionnaire d'évaluation du sommeil de Leeds, le questionnaire sur le sommeil du Saint Mary's Hospital, l'Index de qualité du sommeil de Pittsburg (annexe 6), l'Index échelle d'Epworth (annexe 7).

Pour la plupart, ceux-ci sont subjectifs et plus ou moins longs à réaliser. Le praticien pourra y recourir (un seul outil ou en associant plusieurs) en cas de volonté d'approfondir la question du sommeil chez le patient.

En pratique quotidienne, il pourra facilement utiliser, de même que pour la fatigue ou les douleurs, une échelle visuelle analogique d'évaluation, ici du sommeil (André *et al.*, 2008).

**Échelle visuelle analogique  
d'évaluation du sommeil**

Nom ..... âge .....

Prénom .....

Instructions :  
Indiquez d'une barre verticale l'endroit de la ligne correspondant le mieux à votre expérience de la nuit précédente. Les extrémités de la ligne correspondent à une appréciation extrême.

J'ai mis longtemps à m'endormir	_____	Je me suis endormi immédiatement
J'ai dormi très peu de temps	_____	J'ai dormi longtemps
J'ai mal dormi	_____	J'ai bien dormi
Je me sens sommolent	_____	Je me sens frais et dispos

Figure 9 : Exemple d'échelle visuelle analogique pour l'évaluation du sommeil (site n°16)

De manière objective, le patient pourra subir un examen médical, appelé polysomnographie (ou polygraphie du sommeil), qui consiste à recueillir, au cours du sommeil, plusieurs variables telles que le rythme respiratoire, le rythme cardiaque, l'électroencéphalogramme ou encore un électromyogramme des muscles des bras ou des jambes, afin de mettre en évidence des anomalies de la contraction musculaire et des troubles du sommeil (site n°34).

#### **iv. Troubles de l'humeur**

Les états de stress, d'anxiété ou encore de dépression sont couramment retrouvés chez les patients fibromyalgiques. Ainsi, 30 à 60 % des patients fibromyalgiques présenteraient des troubles anxio-dépressifs au moment de leur diagnostic, et la plupart des patients décrivent des états de stress quasi-permanents.

Pendant longtemps, la fibromyalgie n'a été considérée que comme une maladie psychiatrique (ou liée à des troubles psychiatriques), et la prise en charge proposée reposait sur des séances de psychothérapie.

L'absence d'altération de l'état général, d'anomalie clinique, radiologique ou biologique objectivable, associée à des douleurs, une fatigue persistante et des troubles du sommeil peut en effet faire évoquer une « dépression masquée », mais l'absence de dévalorisation, d'auto-accusation, l'absence de tout désir ou de motivation, de propensions suicidaires propres au syndrome dépressif et l'absence de points douloureux à la pression prouvent qu'on ne peut résumer la fibromyalgie à un syndrome de dépression majeure.

Les études scientifiques mettant en jeu des tests de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien montrent que la dépression et la fibromyalgie sont deux entités distinctes. En effet, on retrouve une diminution de la concentration des taux de cortisol libre, de l'excrétion urinaire du cortisol et une freination accrue au test à la dexaméthasone chez les patients fibromyalgiques, ces résultats étant opposés chez les patients souffrant de dépression (De Jaeger, 2011).

De plus, le fait que les antidépresseurs soient efficaces dans le traitement de la fibromyalgie ne justifie pas qu'elle soit une dérive de la dépression ; certains antidépresseurs, tels que l'amitriptyline, sont actifs dans la fibromyalgie à des doses infra-thérapeutiques dans l'indication de la dépression ; ils agiraient principalement sur la composante douloureuse (site n°35).

L'hypothèse d'une dépression réactionnelle à la pathologie, aux douleurs inexplicables, à l'isolement social du patient et à l'errance médicale serait plus acceptable.

On note une prévalence d'états dépressifs plus importante dans les familles de patients fibromyalgiques.

La sur-représentation des états anxio-dépressifs dans la population fibromyalgique peut s'expliquer par une appréhension de l'avenir et des craintes liées aux répercussions de la maladie et du handicap que celle-ci peut entraîner. Certains patients présentent des troubles du contrôle émotionnel, ou catastrophisme, qui se traduisent par un abaissement de l'estime de soi, un pessimisme permanent, une passivité associée à un déni des difficultés.

Des études ont montré que plus de 50 % des patients fibromyalgiques expriment des symptômes semblables à ceux retrouvés dans le syndrome de stress post-traumatique (SSPT) : anxiété, troubles du sommeil, ruminations mentales. Ce syndrome pourrait

survenir chez ces patients à cause d'un terrain prédisposé au stress et aux réactions inadaptées à un environnement stressant, et une insuffisance de leurs capacités adaptatives (Cherin, 2011). La fibromyalgie survient généralement après un traumatisme physique ou psychique, ce qui peut expliquer ce lien entre SSPT et fibromyalgie.

Beaucoup de patients fibromyalgiques décrivent leur personnalité avant que la maladie ne se manifeste comme hyperactive et hyper-investie dans leur travail, facteur pouvant expliquer la frustration de ces patients, ne pouvant plus réaliser autant de choses qu'avant, et qui renforce leur sentiment de mésestime de soi et d'anxio-dépression.

L'anxiété et les troubles dépressifs sont une conséquence directe de la douleur et de la maladie et se traduisent par une appréhension du quotidien, et un renforcement mutuel des troubles de l'humeur et des symptômes directement liés à la fibromyalgie.

## **v. Autres symptômes et comorbidités**

La symptomatologie de la fibromyalgie est riche. Ainsi, on recense un très grand nombre de symptômes associés à la triade caractéristique, et la fibromyalgie s'accompagne fréquemment d'une ou de plusieurs comorbidités que nous citerons dans cette partie.

- Les troubles cognitifs : fibrobrouillard

Donaldson et collaborateurs décrivent en 1998 le fibrobrouillard, ou « fibro-fog », terme anglo-saxon, comme une triade de troubles cognitifs associant une diminution des capacités de concentration, une diminution de la mémoire à court terme et une incapacité à exécuter plusieurs tâches simultanément (Donaldson *et al.*, 1998).

Le fibrobrouillard est une expérience cognitive subjective rapportée par plus de 75 % des patients fibromyalgiques. Ils classent les difficultés de concentration et les oublis, troubles les plus souvent rapportés, à la cinquième place des symptômes les plus importants.

La sensation de brouillard mental, les troubles de l'attention et de la mémoire, le déclin des fonctions cognitives impactent la vie des patients, selon eux parfois de façon plus importante que les douleurs.

Le seul fait que l'étiologie de la fibromyalgie ne soit pas clairement identifiée, la présence de ce fibrofog chez plus de la moitié des patients fibromyalgiques suggère l'implication d'un dysfonctionnement des processus centraux et renforce l'idée selon laquelle la fibromyalgie pourrait résulter d'un trouble cérébral.

Depuis peu, les troubles cognitifs sont intégrés dans les critères de diagnostic de la fibromyalgie. Ils sont 2,5 fois plus présents chez les patients fibromyalgiques que chez les patients avec d'autres troubles rhumatologiques.

Les manifestations du fibrobrouillard sont nombreuses et variées (Kravitz et Katz, 2014) :

- Impression de brouillard, de « voir la vie à travers la brume » ;
- Difficultés cognitives ;
- Oublis, trous de mémoire ;
- Confusion mentale ou flou mental ;
- Distorsions de la sensibilité ;
- Confusion des mots, réduction de la fluidité du langage ;
- Diminution des capacités à penser, à se concentrer, à suivre des conversations.

Enfin, les patients fibromyalgiques présentant un fibrofog (troubles de mémoire, confusion mentale, troubles de l'élocution), rapportent davantage de douleurs, de raideurs, de fatigue et de troubles du sommeil, en comparaison à des patients présentant des problèmes de mémoire seuls (Katz *et al.*, 2004).

Le fibrobrouillard pourrait représenter un facteur de sévérité de la maladie.

- Le syndrome des jambes sans repos

Le syndrome des jambes sans repos (SJSR), aussi appelé « Maladie de Willis et Ekblom », ou simplement « impatiences », est un trouble sensori-moteur chronique caractérisé par un besoin impérieux de bouger les jambes, associé à des sensations désagréables au niveau des membres inférieurs.

Les symptômes sont induits ou exacerbés par le repos, la position assise ou allongée, sont soulagés par l'activité, et s'aggravent le soir et la nuit. Ils sont fréquemment associés à des troubles du sommeil, notamment des problèmes d'endormissement et de maintien d'un sommeil de qualité. Ce syndrome touche plus rarement les bras.

Les impatiences dans les jambes s'accompagnent fréquemment de sensations de picotements, de tiraillements, de fourmillements, d'impression de décharges électriques, ainsi que de douleurs dans les formes accentuées. 80 % des patients avec ce syndrome présentent des secousses musculaires involontaires (flexion des pieds et des orteils, des genoux voire des hanches) pendant leur sommeil, étant à l'origine de troubles de ce dernier.

Les conséquences de ce syndrome sont multiples : difficultés de concentration, somnolence diurne ou hypersomnolence, troubles de l'humeur.

Le syndrome des jambes sans repos touche 2 à 15 % de la population générale et 20 à 65,7 % de la population fibromyalgique, en majorité des femmes.

Les patients décrivent un sommeil de mauvaise qualité et des réveils non rafraîchis de manière plus importante lorsque les deux syndromes sont associés.

L'étiologie exacte du SJSR n'est pas connue. Cependant, la présence d'une anémie ferriprive et/ou d'une carence dopaminergique semblent jouer un rôle prépondérant dans le déclenchement des symptômes. Les scientifiques distinguent trois formes principales de ce syndrome : idiopathique (sans cause identifiée), familiales (facteur génétique), et enfin, les impatiences secondaires (grossesse, diabète, insuffisance rénale chronique, sclérose en plaques...) (site n°4).

L'association fréquente du SJSR et du syndrome fibromyalgique peut faire penser à une étiologie commune : Stehlik et collaborateurs proposent l'hypothèse d'un même dysfonctionnement au niveau cérébral et en particulier au niveau du système dopaminergique du SNC (Stehlik *et al.*, 2009). Le traitement de première intention, efficace dans ce syndrome, repose sur l'utilisation d'agonistes dopaminergiques et de levodopa. Ces traitements font l'objet de recherches et pourraient s'avérer utiles dans la prise en charge de la fibromyalgie.

Une autre hypothèse propose le rôle d'une sensibilisation centrale, permettant de rassembler sous le terme de « syndromes de sensibilisation centrale » plusieurs syndromes tels que la fibromyalgie, le syndrome des jambes sans repos, le syndrome du côlon irritable, les céphalées de tension, les dysfonctionnements temporo-mandibulaires. Tous ces syndromes ont en commun douleurs, fatigue, troubles du sommeil et troubles émotionnels.

Enfin, une dysrégulation des voies sérotoninergiques pourrait conduire à l'apparition de la fibromyalgie et du syndrome des jambes sans repos (Civelek *et al.*, 2014).

- Le syndrome d'apnée du sommeil

Un autre facteur d'altération de la qualité du sommeil du patient fibromyalgique est la présence chez certains d'entre eux d'un syndrome d'apnée du sommeil.

Il se caractérise par une interruption (apnée) ou une réduction (hypopnée) de la respiration durant le sommeil, résultant d'épisodes répétés de 10 à 30 secondes d'obstruction partielle ou complète des conduits respiratoires de l'arrière gorge. L'oxygénation étant réduite, l'organisme induit des micro-réveils de la personne, qui ne s'en rend pas forcément compte (site n°2).

Ce syndrome est associé à des ronflements et entraîne un sommeil perturbé (impossibilité de rentrer en sommeil paradoxal = sommeil réparateur), interrompu de micro-coupures et donc de mauvaise qualité.

Les conséquences pour le patient sont semblables à celles retrouvées pour le syndrome des jambes sans repos, à savoir des troubles de mémoire et de la concentration, des troubles de l'humeur et une somnolence diurne.

- Les troubles vasomoteurs et dysautonomie

Il n'est pas rare de retrouver chez les patients fibromyalgiques des troubles vasomoteurs tels que le syndrome de Raynaud, le syndrome du canal carpien, le syndrome livedo-réticulaire des membres inférieurs, ou encore une instabilité tensionnelle (hypotension orthostatique notamment).

Le syndrome de Raynaud, décrit chez 18,2 à 53,3 % des patients fibromyalgiques, se caractérise par une vasoconstriction périphérique excessive des microvaisseaux digitaux, en réponse à une exposition au froid ou à un stress émotionnel (Scolnik *et al.*, 2016).



Figure 10 : Syndrome de Raynaud au niveau d'un doigt (site n°39)

Concernant le syndrome du canal carpien (SCC), les paresthésies sont retrouvées chez 26 à 84 % des patients fibromyalgiques. Si les symptômes décrits et les antécédents d'opérations chirurgicales du canal carpien sont plus importants chez les patients fibromyalgiques, les réels cas de SCC, démontrés par des études électrophysiologiques sont rares. Inversement, de nombreux cas de SCC ne sont pas diagnostiqués dans la population fibromyalgique, faisant passer les paresthésies, les sensations de fourmillements ou de picotements dans les mains pour un symptôme de la fibromyalgie. Silva et collaborateurs mettent en évidence la nécessité de prudence face au diagnostic de SCC chez un patient fibromyalgique et indiquent « d'être judicieux dans l'utilisation de tests neurodiagnostics chers et/ou invasifs » (Sarmer *et al.*, 2001 ; Silva *et al.*, 2016).

Le syndrome livedo-réticulaire, ou simplement livedo, est un signe clinique caractérisé par un érythème violacé dessinant un réseau de mailles plus ou moins marquées sur la peau. Une stase veineuse, secondaire à une désoxygénation du flux sanguin est à l'origine de ce trouble bénin, en dehors de toute maladie sous-jacente.

Ce phénomène peut être causé par une dysautonomie, une hypoxie locale (idiopathique) ou par la prise de veinodilatateurs. Le livedo peut être isolé ou associé à une maladie sous-jacente (maladie hématologique, rhumatologique, néoplasique, endocrinienne ou encore infectieuse) (Coattrevec *et al.*, 2018).



Figure 11 : Livedo réticulaire (Coattrevec *et al.*, 2018)

On constate une fréquence importante de patients fibromyalgiques présentant une dysfonction des systèmes baroréflexes, pouvant être à l'origine de la station debout pénible et de la prévalence importante de syncopes dans la population fibromyalgique.

- Les céphalées : migraines et céphalées chroniques

La fréquence de céphalées (céphalées de tension, migraines vraies et autres céphalées), est importante dans la population fibromyalgique. Une étude de 2015, sur 1730 patients, a révélé que 55,8 % des patients fibromyalgiques remplissaient les critères de migraine. La prévalence de la comorbidité fibromyalgie et migraine varie de 18 % à 35,6 % (Yilmaz *et al.*, 2019).

Il ne faut pas exclure les céphalées médicamenteuses, maux de tête chroniques dus à une consommation régulière et abusive de médicaments, en particulier d'antalgiques.

- Les colopathies fonctionnelles : syndrome du côlon irritable

Pouvant être présents avant le déclenchement de la fibromyalgie ou secondaires à celle-ci, les colopathies fonctionnelles sont rapportées par plus de 50% des patients fibromyalgiques (Cherin, 2011).

Le syndrome du côlon irritable se présente principalement par des douleurs abdominales à type de crampes ou de spasmes, majorées par la prise alimentaire, le stress, et l'anxiété, une sensibilité intestinale accrue, un inconfort intestinal associé à des ballonnements, des flatulences, et des troubles du transit, traduisant des troubles de la motricité, et se caractérisant par des diarrhées, constipations ou une alternance des deux. Les symptômes peuvent durer plusieurs heures à plusieurs jours et se manifestent sous forme de crises. Ce syndrome sans gravité entraîne une altération de la vie des patients et peut faire suite à une infection intestinale, des situations de stress chronique ou un évènement de vie imprévu (site n°3).

Ce trouble fonctionnel (sans lésion) n'a pas de cause connue. Il pourrait être dû à une altération de la motilité intestinale, une hypersensibilité viscérale, des modifications de la compliance de la paroi intestinale, ou encore une association de plusieurs de ces facteurs.

On observe une augmentation de la fréquence de ce syndrome dans la population fibromyalgique, et l'utilisation de tramadol et/ou d'antidépresseurs semblerait diminuer le risque de développer ce syndrome, dans le cas où il serait secondaire à la fibromyalgie et non présent avant celle-ci (Yang *et al.*, 2015).

- Troubles génito-urinaires

Des douleurs pelviennes, vaginales, en dehors ou pendant les règles, ainsi que des cystalgies à urines claires (absence d'infection urinaire) ou encore des phénomènes d'incontinence liés à un possible syndrome de la vessie irritable peuvent être décrits par les patients fibromyalgiques.

Des cas d'endométriose ont également été rapportés.

- Les sécheresses

La fibromyalgie peut s'accompagner d'une sécheresse de la peau et des muqueuses, et en particulier des yeux et de la bouche, pouvant faire évoquer un syndrome sec (syndrome de Goujerot-Sjögren).

- Les troubles dentaires

Des problèmes de mastication incluant des douleurs des muscles et des articulations de la mâchoire, une déviation de la mâchoire à l'ouverture ou à la fermeture, avec des sensations de crépitement, de déboitement, de décrochage, une impossibilité d'ouvrir entièrement la bouche, un bruxisme (grincement des dents), une sensibilité dentaire plus ou moins associée à un déchaussement des dents, des douleurs dentaires à la mastication, ou encore des difficultés de déglutition peuvent être autant de symptômes rassemblés sous le terme de « troubles temporomandibulaires » et qui sont rapportés par un grand nombre de patients fibromyalgiques (Ayoubi *et al.*, 2019 ; site n°17).

## **vi. Les formes atypiques de fibromyalgie**

75 à 90 % des patients fibromyalgiques sont des femmes, en moyenne âgées d'une cinquantaine d'années. Pourtant, les cas de fibromyalgie masculine et infantile existent bel et bien.

- Fibromyalgie de l'homme

On estime que moins de 0,5 % de la population masculine française est touchée par la fibromyalgie. Des difficultés d'identification des symptômes, un sous-diagnostic et une négation de la maladie par les hommes et le système de santé seraient à l'origine de

cette faible proportion, alors que la prévalence pourrait être la même que dans la population féminine.

Une étude de Muraleetharan et collaborateurs indique que les hommes souffriraient de symptômes plus sévères que les femmes, avec une altération de la santé mentale, induisant une augmentation des limitations physiques et une baisse de la qualité de vie. La faible proportion d'hommes peut s'expliquer par le facteur sociétal « l'homme doit être fort et endurer la douleur » ainsi que la place sociale et professionnelle qu'occupent les hommes avec les responsabilités associées.

Les symptômes fréquemment rapportés par la population masculine sont pour 97,9 % d'entre eux la dépression, puis les douleurs diffuses et les points sensibles pour 77 %, la fatigue et les troubles du sommeil pour 75 %. Ils décrivent, à l'instar de la population féminine, la sensation de fibrobrouillard et 54 % d'entre eux indiquent avoir des relations difficiles avec leur famille et leurs amis. Un grand nombre de patients attend entre un et six mois avant une première consultation avec leur médecin, ce qui entraîne un retard de diagnostic encore plus important que pour les femmes. Cela pourrait s'expliquer d'une part par la peur du regard de la société, et d'autre part par le stress d'avoir une « maladie de femmes » (Muraleetharan *et al.*, 2018).

Buskila et collaborateurs notent une sévérité des symptômes plus importante dans la population masculine, avec cependant moins de points sensibles que les femmes (ce qui s'expliquerait par une sensibilité plus importante des femmes à la douleur). La maladie toucherait une population légèrement plus jeune chez les hommes. Ils décrivent davantage de troubles du sommeil, avec une prévalence de syndromes d'apnée du sommeil plus importante. En revanche, les cas de syndrome du côlon irritable et de fatigue seraient moins fréquents que dans la population féminine (Buskila *et al.*, 2000). Enfin, les études réalisées sur la fibromyalgie impliquent principalement des femmes, ce qui explique le faible nombre de publications concernant les hommes.

- Fibromyalgie de l'enfant

Le syndrome de fibromyalgie juvénile (SFMJ) est un état chronique caractérisé par des douleurs musculo-squelettiques diffuses et de multiples points sensibles douloureux à la palpation. Il s'accompagne fréquemment de fatigue, de troubles du sommeil, de céphalées chroniques, éventuellement d'un syndrome du côlon irritable et de sensations de gonflement des tissus mous.

20 à 35 % de la population pédiatrique, et en particulier adolescente, déclare souffrir de douleurs chroniques. 1 à 6 % serait atteinte de fibromyalgie juvénile, en particulier des patients de sexe féminin. La pathologie touche tous les âges à partir de 2 ans, mais la moyenne d'âge se situe entre 13 et 15 ans.

Les symptômes décrits sont similaires à la forme adulte, avec une hypermobilité articulaire supplémentaire et des comorbidités psychiatriques moins sévères. Les troubles du sommeil sont communs aux deux formes.

Cette pathologie cause dans la population infantile des problèmes d'absentéisme scolaire et a un impact sur le développement fonctionnel et psychosocial des enfants et adolescents. A ce jour, aucun critère de diagnostic n'a été validé par les autorités, bien que Yunus et Masi, en 1985, aient proposé une définition et des critères de diagnostic pour la population pédiatrique (Yunus et Masi, 1985). Le diagnostic se fait donc sur la base des critères utilisés pour la population adulte, avec des ajustements au cas-par-cas. Il s'agit là encore d'un diagnostic d'exclusion, le médecin devant s'assurer d'éliminer toute autre cause médicale pouvant être à l'origine des symptômes observés : carence profonde en vitamine D, polyarthrite juvénile ou autre trouble rhumatismal, dépression infantile, hypothyroïdie, infection virale, voire processus néoplasique.

La prise en charge précoce permet un meilleur pronostic, un gain de qualité de vie pour les patients ainsi qu'une amélioration des capacités fonctionnelles.

Malgré tout, environ 70 % des enfants ayant souffert de syndrome de fibromyalgie juvénile verront leurs symptômes persister à l'âge adulte (de Sanctis *et al.*, 2019).

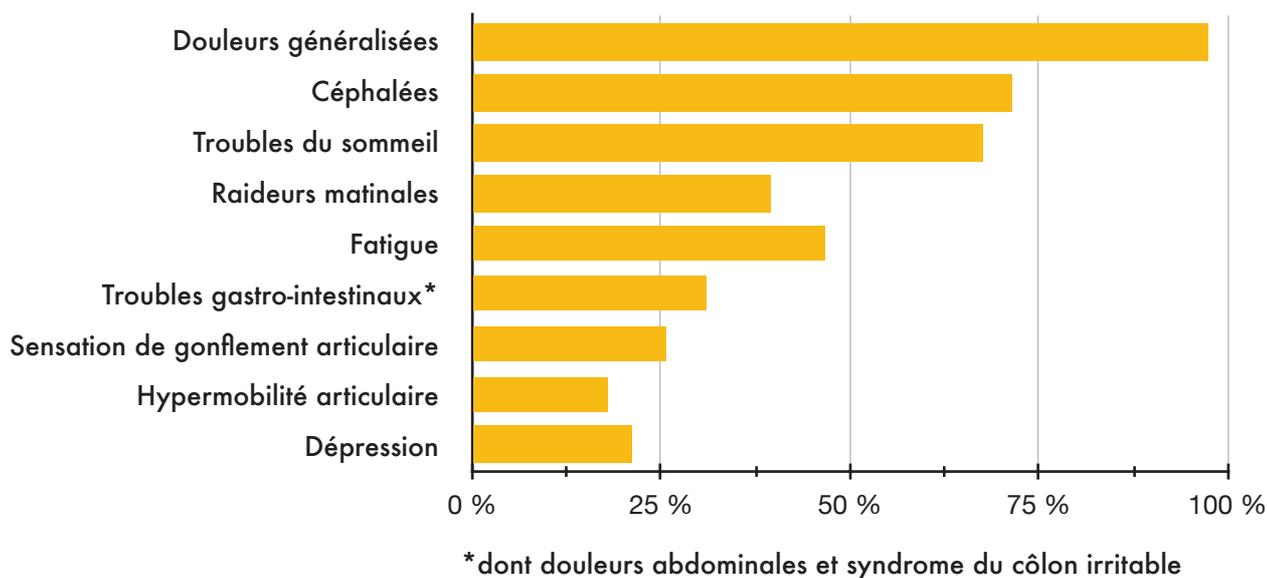


Figure 12 : Prévalence des principaux symptômes décrits par la population pédiatrique atteinte de SFMJ (auteur, d'après de Sanctis *et al.*, 2019)

## e. Diagnostic

### i. Diagnostic positif

En l'absence de signes cliniques pathognomoniques et sans anomalie radiologique ou biologique, l'établissement de critères de diagnostic est une tâche compliquée voire quasi-impossible. Encore aujourd'hui, aucune méthode diagnostique n'est clairement recommandée et il appartient à chaque clinicien d'utiliser ses propres moyens, en se basant sur les publications et les études disponibles.

Les premiers critères de diagnostic ont été proposés en 1977 par Smythe et Moldofsky. Ils reposaient sur l'association de douleurs diffuses, de douleurs provoquées à la palpation au niveau de la région supra-scapulaire, de troubles du sommeil et d'une absence de troubles cliniques et radiologiques (Blotman et Branco, 2006).

Quatre ans plus tard, en 1981, Yunus et collaborateurs émettent des critères qui seront largement acceptés : le diagnostic est positif si les critères obligatoires sont remplis, ainsi que les critères majeurs et au moins 3 des critères mineurs (ou 5 critères mineurs s'il n'y a que 3 ou 4 points douloureux) (Yunus *et al.*, 1981).

Tableau 3 : Critères de diagnostic de Yunus et collaborateurs de 1981 (auteur, d'après Blotman et Branco, 2006)

Critères obligatoires	Douleurs diffuses ou raideur accentuée dans au moins 3 zones anatomiques, pendant au moins 3 mois Absence d'autre cause (lésion traumatique, affection rhumatismale, infectieuse, endocrine ou maligne) Analyses cliniques normales
Critères majeurs	Au moins 5 points douloureux typiques et consistants
Critères mineurs	Modulation des symptômes suivant l'activité physique Modulation des symptômes suivant les facteurs climatiques Aggravation des symptômes en fonction de l'anxiété et/ou du stress Anxiété Sommeil de mauvaise qualité Anomalies de l'endormissement Fatigue diffuse Céphalées chroniques Côlon irritable Œdème subjectif (sensations de gonflements)

Ces critères seront abandonnés au profit de ceux de l'ACR (American College of Rheumatology), publiés par Wolfe et collaborateurs en 1990.

Ils reposent sur la présence de 11 des 18 points sensibles (dits points de Yunus, moyennement ou fortement sensibles), en présence de douleurs diffuses. L'examen de ces points sensibles se fait avec le pouce, en exerçant une pression d'environ 4 kg, ce qui correspond à un blanchissement de l'ongle de l'examineur.

En tout, 24 sites actifs (soit 12 paires) sont examinés. Parmi eux, on retrouve les 18 points principaux : occiput, cervicales basses de C5 à C7, trapèze, supraspineux (au-dessus de l'épine de la scapula), paraspineux, 2<sup>ème</sup> côte, pectoral latéral (au niveau de la 4<sup>ème</sup> côte), épicondyle latéral, épicondyle médian, glutéal, grand trochanter, genoux. Y sont ajoutés 6 points dits de contrôle : avant-bras, ongle du pouce et milieu du pied, au niveau du 3<sup>ème</sup> métatarsien.

Ces points sensibles sont gradués de la manière suivante :

- 0 = Pas de douleur
- 1 = Douleur faible, sans grimace, dérochement ou rétractation
- 2 = Douleur modérée, avec grimace ou dérochement
- 3 = Douleur sévère, avec dérochement ou rétractation marqués
- 4 = Douleur insupportable, le patient est intouchable et se rétracte sans même l'avoir touché

La grimace correspond à une expression faciale, le dérochement à un léger mouvement du corps et le retrait à un déplacement du corps du patient à l'écart de l'examineur.

*Nota bene* : la sensibilité n'est pas considérée comme une douleur.

Les douleurs diffuses sont caractérisées par une douleur au niveau d'au moins trois sites corporels. Elles doivent se situer de part et d'autre du corps (à gauche comme à droite), au niveau de la colonne, au-dessous et au-dessus de la taille.

La présence de trois signes cardinaux que sont les troubles du sommeil, la fatigue et la raideur ne sont pas requis pour poser le diagnostic de fibromyalgie, malgré leur présence chez plus de 75 % des patients.

Ces critères de 1990 ne font pas la différence entre fibromyalgie primaire et secondaire. De plus, la présence d'un autre trouble clinique (en cas d'anomalie radiographique ou biologique) n'exclut pas le diagnostic de fibromyalgie.



Figure 13 : Localisation des points sensibles de Yunus selon la classification de l'ACR de 1990 (Yunus *et al.*, 1981)

En 2010, à la suite de critiques de ses précédents critères de 1990, Wolfe et collaborateurs proposent une révision de ces derniers.

Ils intègrent une notion nouvelle sous la forme de deux index :

- L'index de douleur diffuse (WPI = Widespread Pain Index)
- Le score de sévérité des symptômes (SS = Symptom Severity Scale Score)

Ces nouveaux critères, à la différence des précédents, ne prennent plus en compte la recherche de points douloureux, mais préfèrent faire une quantification des zones douloureuses. De plus, ils prennent en compte les autres symptômes physiques (sommeil non réparateur, troubles cognitifs, fatigue) et non juste la douleur.

Les critères de diagnostic révisés de 2010 sont présents en page 40.

Ces critères, s'ils sont plus complets que les précédents, entraînent néanmoins des surdiagnostics, ce qui a conduit une fois encore Wolfe et collaborateurs à publier en 2016 une révision des critères de 2010. Le tableau présentant les critères de diagnostic de 2016 est présent en annexe 1.

Cette fois-ci, les douleurs diffuses doivent toucher au moins quatre des cinq régions du corps (parties haute et basse, droite et gauche et zone axiale), avec des symptômes persistants depuis plus de trois mois, et **WPI > 7** et **SS ≥ 5** ou **WPI > 4 à 6** et **SS > 9**.

De plus, et pour la première fois, le diagnostic de fibromyalgie cesse d'être un diagnostic d'exclusion et la maladie peut co-exister avec une autre pathologie, rhumatologique ou non.

Ces critères ne prennent pas en compte, à l'instar des précédents critères, l'histoire du patient (médicale et personnelle, survenue d'évènements traumatiques par exemple), le parcours de vie et un examen clinique minutieux. Le praticien doit porter une attention particulière à aborder ces points en plus des critères de diagnostic afin de garantir la meilleure prise en charge par la suite.

Les sociétés savantes recommandent de limiter les examens complémentaires, ces derniers ne devant être réalisés que dans le but d'éliminer un diagnostic différentiel ou de rechercher une pathologie associée. La société américaine pour la douleur (American Pain Society) et les recommandations canadiennes préconisent des analyses biologiques minimales, comportant une NFS, un dosage des plaquettes, une VS, un dosage de CRP et de CPK et un dosage des hormones thyroïdiennes. D'autres dosages biologiques peuvent être réalisés en fonction des hypothèses cliniques (dosage du fer et de la vitamine D, dosage du facteur rhumatoïde en cas de suspicion de polyarthrite rhumatoïde, dosage de la PTH, dosage d'anticorps antinucléaires en cas de suspicion de maladie auto-immune). L'imagerie est sans intérêt et sa réalisation entraîne des coûts inutiles pour la Sécurité Sociale et des désagréments pour le patient.

Certains questionnaires sont disponibles pour faciliter le dépistage clinique et permettre par la suite un diagnostic précis de la maladie.

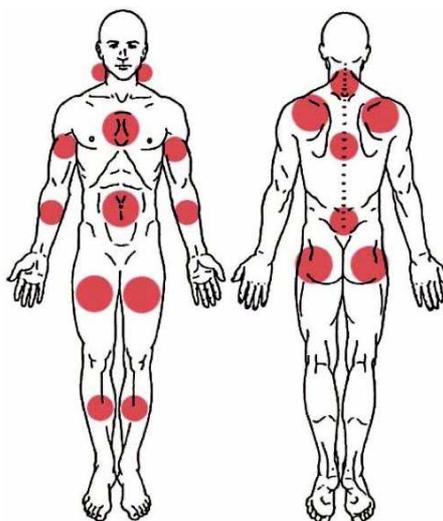
Parmi ces outils on retrouve le Fibromyalgia Impact Questionnaire (1991), et sa version révisée de 2009 (annexe 5), le questionnaire LFESSQ (London Fibromyalgia Epidemiology Study Screening Questionnaire - annexe 8), le FiRST (Fibromyalgia Rapid Screening Tool - 2010 - annexe 9), le Fibrodélect (2014) ou encore l'ELFE (European List for Fibromyalgia Evaluation).

Ils se présentent tous sous la forme de rapides questionnaires, certains avec des échelles analogiques permettant une évaluation de la douleur et des symptômes associés (fatigue, troubles du sommeil...), plus ou moins complets et détaillés.

Tableau 4 : Critères de diagnostic de la fibromyalgie selon l'ACR (Wolfe *et al.*, 2010)

\* *Widespread Pain Index (WPI)* : score de 0 à 19

Noter le nombre de zones où le patient a eu mal la semaine précédente. Dans combien de zones le patient a-t-il ressenti de la douleur ?



\* *Echelle de sévérité des symptômes (SSS)* :  $2A + 2B =$  score de 0 à 12

**A. Intensité des 3 symptômes = 2A (de 0 à 9)**

Pour chacun des trois symptômes FATIGUE - SOMNOLENCE - SYMPTÔMES, indiquer le niveau de sévérité lors de la semaine précédente en utilisant l'échelle suivante :

- 0 = pas de problème
- 1 = problèmes légers ou modérés, généralement modérés ou intermittents
- 2 = problèmes modérés, considérables, souvent présents et/ou à niveau modéré
- 3 = problèmes importants, persistants, continus, handicapants au quotidien

**B. Nombre des symptômes associés = 2B (de 0 à 3)**

Considérant les symptômes somatiques en général indiquez si le patient a ressenti au cours de la semaine passée :

Douleur musculaire	Syndrome de l'intestin irritable	Fatigue
Problème mémoire, concentration	Céphalées	Douleurs/crampes abdominales
Faiblesse musculaire	Engourdissement/picotement	Vertiges
Insomnie	Dépression	Nervosité
Constipation	Douleur abdominale haute	Nausées
Douleur thoracique	Diarrhée	Bouche sèche
Vision floue	Fièvre	Démangeaisons
Sifflement respiratoire	Syndrome de Raynaud	Urticaire
Acouphènes	Vomissements	Brûlure thoracique
Aphtes buccaux	Perte ou modification du goût	Crise épilepsie
Yeux secs	Oppression respiratoire	Perte d'appétit
Eruption cutanée	Hypersensibilité au soleil	Troubles de l'audition
Ecchymoses faciles	Perte de cheveux	Mictions fréquentes
Douleurs à la miction	Spasmes de la vessie	

Calculez le 2B en faisant la somme des cases cochées :

0 = score de 0 ; 1 à 10 = score de 1 ; 11 à 24 = score de 2 ; 25 et plus = score de 3

**Interprétation** : un patient satisfait aux critères de diagnostic pour la fibromyalgie lorsque les trois critères suivants sont réunis :

- 1-  $WPI \geq 7$  et  $SSS \geq 5$  ou  $WPI$  compris entre 3 et 6 et  $SSS \geq 9$
- 2- Les symptômes sont présents à un niveau similaire depuis au moins trois mois
- 3- Le patient ne présente aucun autre problème pouvant expliquer la douleur

L'absence d'uniformisation des pratiques (absence de Gold Standard) en matière de diagnostic a conduit à émettre des recommandations, adaptées à la pratique clinique quotidienne, les critères de l'ACR n'étant pas forcément applicables au cabinet. Les sociétés canadiennes recommandent simplement un examen clinique et neurologique chez toute personne se plaignant de douleurs diffuses pouvant faire évoquer une fibromyalgie.

En 2017, Häuser et collaborateurs recommandent une évaluation de la douleur et de ses caractéristiques (type, intensité, localisation), une évaluation des symptômes associés (fatigue, sommeil non réparateur, syndromes associés tels que le syndrome du côlon irritable ou un syndrome anxio-dépressif), une discussion avec le patient à propos de son histoire personnelle et familiale (médicale et psychosociale), à la recherche d'un terrain génétique prédisposant, d'évènements de vie traumatiques (accident de la circulation, agression physique, décès d'un proche), un examen clinique complet et des analyses biologiques limitées. D'éventuels diagnostics associés ou différentiels, somatiques ou psychologiques doivent être recherchés (Laroche, 2018).

Enfin, ils indiquent que ce diagnostic peut être posé par un médecin généraliste, sans consultation spécialiste obligatoire, et ceci afin de limiter l'errance médicale du patient et la consultation de multiples spécialistes.

## **ii. Diagnostics différentiels**

Les symptômes de la fibromyalgie n'étant pas caractéristiques de la maladie et celle-ci ne pouvant être objectivée par des analyses radiologiques ou biologiques, il est rendu indispensable d'éliminer toutes les autres causes possibles des plaintes émises par le patient.

Parmi les pathologies que le médecin va rechercher, on retrouve des affections rhumatologiques, neurologiques, métaboliques ou encore iatrogènes.

Le tableau suivant résume les diagnostics différentiels, les points communs et différences avec la fibromyalgie ainsi que les tests diagnostics à réaliser afin d'exclure ou de confirmer ce(s) diagnostic(s).

Notons que la fibromyalgie peut co-exister avec une autre pathologie et qu'elle n'est plus un simple diagnostic d'exclusion.

Tableau 5 : Diagnostics différentiels de la fibromyalgie (auteur, à partir de Blotman et Branco, 2006 ; Bouchet, 2017 ; Laroche, 2018)

Pathologie	Point(s) commun(s)	Différence(s)	Test(s) diagnostic(s)
Polyarthrite rhumatoïde, spondylarthrite ankylosante	Raideur matinale Douleurs profondes dans les articulations avec sensations de gonflement	Douleur localisée dans les articulations Dérrouillage matinal long Gonflements objectivés à l'imagerie	Recherche du facteur rhumatoïde, des anticorps anti-CCP VS, CRP positives Imagerie si besoin
Lupus érythémateux systémique	Fatigue intense Douleurs, raideur et gonflement des articulations Etat dépressif et problèmes de mémoire	Plaques rouges sur le visage Ulcérations buccales Douleurs localisées aux articulations Perte/prise de poids Poussées de fièvre et ganglions	Cytopénie, anémie Examens immunologiques Anticorps antinucléaires Examens d'organes spécifiques (rein, cœur)
Arthrose	Douleurs Raideurs Gêne fonctionnelle	Aggravation de l'état avec le temps Douleurs localisées aux articulations Diminution de la mobilité articulaire et tuméfactions Dérrouillage matinal	Radiologie Clinique
Dysthyroïdie <i>Hyperthyroïdie</i>  <i>Hypothyroïdie</i>	Fatigue Troubles digestifs  Fatigue intense et persistante Douleurs articulaires et musculaires Troubles digestifs (constipation) Troubles de la mémoire et de la concentration	Perte de poids Palpitations, tremblements Goître  Prise de poids Bradycardie Myxoedème Atteinte des téguments (peau pâle et sèche, ongles et cheveux fragiles)	Dosage TSH et hormones thyroïdiennes T3/T4 Echographie thyroïdienne
Dysfonction surrénalienne	Fatigue chronique	Troubles liés aux surrénales (syndrome de Cushing, syndrome de Conn, maladie d'Addison)	Dosage cortisol à 8h Catécholamines urinaires Epreuves dynamiques (test de freinage, ACTH...)
Tumeur (myélome multiple)	Douleurs neuropathiques Asthénie Fourmillements des extrémités	Cellules plasmocytaires malignes Lymphopathie maligne	VS augmentée Electrophorèse des protéines (pic dans les $\gamma$ -globulines) Hypercalcémie Protéinurie Myélogramme
Maladie psychiatrique (anxiété, dépression)	Humeur dépressive Anxiété persistante Douleurs Troubles du sommeil Fatigue	Douleurs vagues, variables Tristesse intense Perte d'intérêt pour tout	Examen psychologique Critères DSM-V dépression
Infection <i>Hépatite C</i>  <i>Maladie de Lyme</i>	Douleurs articulaires Fatigue  Douleurs Troubles neurologiques Asthénie	Nausées, vomissements Jaunisse Fièvre  Erythème migrant Encéphalite en phase tertiaire de la maladie	Recherche ARN VHC Test de détection des anticorps anti-VHC  Notion de morsure de tique Sérologie
Iatrogénie <i>Statines</i> <i>Opioides</i>  <i>Chimiothérapies</i> <i>Anti-aromatases</i> <i>Bisphosphonates</i>	Douleurs musculaires Douleurs diffuses, hyperalgésie/allodynie Douleurs neuropathiques Arthralgies, douleurs diffuses Douleurs osseuses	Notion de prise du médicament	Notion de prise du médicament

## **f. Etiologies**

La physiopathologie de la fibromyalgie reste floue et méconnue. Elle repose principalement sur des hypothèses, faisant parfois débat entre les scientifiques. Cependant, ils s'accordent à dire qu'il n'y aurait pas une unique cause mais une agrégation de facteurs, qui une fois réunis, favoriseraient l'apparition de la maladie. Plus précisément, il existerait un fond multifactoriel, qui, sous l'influence d'un ou plusieurs facteurs favorisants, permettrait le déclenchement de la fibromyalgie et de ses symptômes.

Cette partie a pour but de présenter de manière concise les hypothèses étiologiques les plus répandues.

En premier lieu, précisons ce que la fibromyalgie n'est pas.

Ce n'est pas une maladie inflammatoire : en effet, à la biologie, les VS et CRP, marqueurs principaux de l'inflammation sont normaux, et on ne retrouve pas d'inflammation objective des tissus.

La maladie ne résulte pas d'une anomalie des tissus musculaires ou fibreux. Pourtant cette hypothèse, ayant d'ailleurs donné son nom à la maladie, a longtemps été considérée comme à l'origine des symptômes (et en particulier des douleurs) de la fibromyalgie. Les études menées sur les muscles des patients fibromyalgiques n'ont montré aucune altération des tissus musculaires ou fibreux (collagène, élastine, autres composants du tissu conjonctif) et l'électromyogramme est normal. De plus, les enzymes musculaires sont semblables à celles de la population générale. Les résultats de rares études ayant montré des anomalies n'ont pas été retrouvés dans des études ultérieures.

Pourtant considérée comme un trouble psychosomatique jusque dans les années 70, la fibromyalgie n'est pas une maladie psychiatrique (Menkès et Godeau, 2007). La thèse la plus probable serait la co-existence d'un terrain psychologique fragile (prédisposition à la dépression, l'anxiété, les troubles du comportement) et l'apparition d'un syndrome douloureux chronique. Des études reposant sur l'IRM fonctionnelle prouvent que les zones cérébrales de la douleur activées dans les états dépressifs sont différentes de celles activées lors du syndrome fibromyalgique. Ainsi, la physiopathologie de la fibromyalgie ne peut s'expliquer par un simple trouble psychologique (Marc, 2006).

Excluant ces hypothèses, les scientifiques ont recherché d'autres causes possibles.

- Prédisposition génétique

L'existence de quelques cas familiaux de fibromyalgie suppose l'existence de gènes de prédisposition. De nombreuses études portent sur cette hypothèse. Il est possible qu'un polymorphisme des neurotransmetteurs tels que la sérotonine, les catécholamines, la substance P, les endorphines ou de leurs récepteurs joue un rôle dans la physiopathologie de la maladie (Ablin *et al.*, 2008).

- Troubles de la modulation douloureuse

L'hypothèse génétique fait le lien avec celle d'une sensibilisation centrale et périphérique, résultant d'un dysfonctionnement des systèmes de régulation et de transmission de la douleur, rassemblés par la Société Française de Rhumatologie (SFR) sous le terme de « troubles de perception de la douleur ». Cette hypothèse est la plus communément répandue et admise.

Le désordre central de la modulation de la douleur se traduit par un abaissement du seuil de perception douloureuse, appelé allodynie et une hyperalgésie ou hypersensibilité à la douleur. L'origine supposée de ces douleurs n'est pas uniquement périphérique : l'injection d'anesthésiques locaux au niveau de la moelle inhibe les points douloureux localisés mais le caractère généralisé de la douleur suppose, en plus de mécanismes périphériques altérés, une dysrégulation centrale des systèmes de contrôle de la douleur. Des dosages biologiques réalisés sur des patients fibromyalgiques ont révélé des anomalies de certains neurotransmetteurs au niveau cérébral, spinal et nerveux. Les résultats sont rassemblés dans le tableau ci-dessous.

La substance P est un des acteurs principaux de la transmission douloureuse au niveau des axones périphériques.

Les faibles concentrations de monoamines peuvent expliquer bon nombre de manifestations cliniques retrouvées dans le syndrome fibromyalgique puisqu'elles interviennent dans la régulation de l'humeur, du sommeil, du comportement et de la réponse à des situations stressantes. Elles jouent un rôle important dans la régulation de la transmission des messages nerveux, et l'on observe une amélioration de la symptomatologie lors de l'utilisation de traitements spécifiques tels que les

antidépresseurs augmentant les concentrations de monoamines dans les synapses nerveuses.

Tableau 6 : Neurotransmetteurs impliqués dans la physiopathologie de la douleur et leurs évolutions par rapport à un sujet sain (d'après Blotman et Branco, 2006)

Neurotransmetteur	Milieu biologique de prélèvement	Evolution en cas de fibromyalgie
Sérotonine	Sang et LCR	↘
5-HIAA (métabolite de la sérotonine)	LCR	↘
Substance P	LCR	↗
Noradrénaline	LCR	↘

S'ajoutent à ces anomalies, un déficit des systèmes de contrôle descendants inhibiteurs de la douleur (Cherin, 2011).

A l'imagerie (IRM fonctionnelle), certaines zones du cerveau ont été identifiées comme ayant une activation anormalement élevée en cas de stimulus douloureux, tandis que d'autres zones paraissent hypovascularisées (thalamus, noyau caudé). « La neuro-imagerie fonctionnelle cérébrale a permis d'apporter les preuves objectives de l'hyperalgésie à la pression et de la réalité de la douleur diffuse chronique des patients fibromyalgiques » (Marc, 2006). Cependant, ces anomalies cérébrales n'expliquent pas à elles seules l'ensemble des dérèglements nociceptifs de la fibromyalgie. Enfin, l'IRMf n'est pas assez sensible et spécifique pour permettre une utilisation en diagnostic (Marc, 2006).

Des études ont mis en évidence des modifications morphologiques cérébrales, tant de la matière grise que de la matière blanche. L'ensemble de ces anomalies, d'activité (liée aux troubles de vascularisation) et morphologiques, semblent jouer un rôle important dans la physiopathologie de la maladie (Sawaddiruk *et al.*, 2017).

- Anomalies endocriniennes et vitamine D

Sur la base de certains des nombreux symptômes cliniques de la maladie, une des hypothèses proposée est celle d'un, ou plusieurs, déficits hormonaux. Des études ont été menées dans ce sens, avec l'espoir de proposer un traitement spécifique. L'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien semble normal, c'est-à-dire dénué d'irrégularités

franches et caractéristiques, bien qu'il ait fait l'objet de nombreuses études et que les résultats de ces dernières soient contradictoires. Il semble néanmoins exister des troubles de la réponse au stress, pouvant alors être à l'origine de perturbations endocriniennes, adrénérgiques et cytokiniques (Cherin, 2011). Le système adrénérgique et l'axe gonadotrope sont normaux. La fonction thyroïdienne est inaltérée. Seule une baisse de l'hormone de croissance (GH = Growth Hormone) et de l'IGF-1 chez des patients fibromyalgiques a mené à utiliser un traitement substitutif par l'hormone de croissance recombinante. Les taux d'IGF-1 dans le liquide céphalo-rachidien et les urines sont diminués, ce qui pourrait expliquer partiellement les douleurs musculaires des fibromyalgiques. En effet, l'IGF-1 est considéré comme le principal facteur de « régénérescence » musculaire. Ses concentrations sont maximales au cours du sommeil, qui est, rappelons-le, très souvent altéré chez les patients (site n°18). Le lien précis qui pourrait exister entre hormone de croissance, sommeil et fibromyalgie reste à élucider et nécessite des études plus poussées.

Les résultats de ces études sont donc mitigés et disparates et ne permettent pas de désigner l'hypothèse hormonale comme à l'origine de la maladie. De même, ils ne justifient pas l'emploi d'un traitement hormonal dans la prise en charge la maladie (Schlienger *et al.*, 2001).

La vitamine D semble jouer un rôle important dans le développement cérébral, la régulation de l'activité neuronale, la promotion de différents facteurs de croissance et enfin, avoir des effets neuroprotecteurs. Les voies de la douleur associées dans les douleurs chroniques à des modifications corticales, immunologiques, hormonales et neuronales, sont potentiellement influencées par les niveaux de vitamine D. L'hypothèse d'une hypovitaminose D à l'origine de la fibromyalgie a donc été proposée.

Malgré la prévalence d'hypovitaminose D dans la population fibromyalgique et l'amélioration des symptômes cliniques reportés par ceux-ci lors d'une supplémentation en vitamine D, son rôle dans la maladie et la place de sa supplémentation dans la prise en charge restent à prouver par des études solides. Ainsi, en absence de carence réellement objectivée, il n'est pas recommandé de supplémenter les patients fibromyalgiques en vitamine D (Karras *et al.*, 2016).

- Troubles du SNA – terrain psychologique

Si la fibromyalgie n'est pas une maladie psychiatrique, un terrain psychologique favorisant pourrait, en présence d'autres facteurs (dits déclenchants), « activer » la maladie.

Parmi les terrains prédisposants, une personnalité anxio-dépressive ou au contraire hyperactive, ainsi que des états de stress chroniques sont décrits.

On sait qu'une activité anormale du système nerveux sympathique (une des deux composantes du SNA), joue un rôle dans la pathogenèse de certains syndromes douloureux chroniques, appelés « douleurs entretenues par le système nerveux sympathique ». La symptomatologie de la fibromyalgie pourrait s'expliquer par des anomalies de fonctionnement du système nerveux autonome et en particulier du système sympathique (désordres du sommeil, fatigue, paresthésies, céphalées, anxiété, syndrome sec, maladie de Raynaud...). Les résultats des études sur des modèles animaux portant sur ce système sont encourageants et conduisent à mener des recherches plus poussées afin de renforcer l'hypothèse d'une dysfonction du SNA (Martinez-Lavin, 2007).

- Troubles du sommeil

Les troubles du sommeil sont un symptôme de la maladie mais il n'est pas exclu qu'ils puissent également prendre part dans la genèse de la maladie. On sait que les patients qui présentent des troubles du sommeil importants se plaignent de symptômes plus intenses que les patients dont le sommeil est peu ou pas altéré (Wu *et al.*, 2017).

Cependant, la relation entre les douleurs et le sommeil non réparateur ainsi que les mécanismes de ce sommeil altéré restent obscurs.

Sur ce fond prédisposant, un ou plusieurs éléments déclencheurs pourraient alors révéler la maladie. Ces éléments déclencheurs sont nombreux et tous ne font pas l'unanimité auprès des sociétés savantes.

On peut citer certains de ces éléments :

- Infection

Certaines études établissent un lien entre la survenue d'une infection et l'apparition de la fibromyalgie. Parmi les agents infectieux mis en cause, on retrouve notamment les virus de l'hépatite B et C, ainsi que le VIH (Ablin *et al.*, 2007).

La maladie de Lyme et la fibromyalgie ont longtemps été confondues, leur symptomatologie étant semblable et ayant tendance à se superposer : douleurs, arthralgies, troubles cognitifs et de mémoire, fatigue. Il est impossible de savoir à ce jour si la maladie de Lyme joue un rôle dans la survenue de la fibromyalgie mais cette hypothèse n'est pas écartée. Les deux syndromes peuvent co-exister.

- Traumatisme physique ou psychologique, stress intense

La plupart des cas de fibromyalgie sont apparus à la suite d'un évènement traumatisant ou d'un stress intense. Les cas les plus fréquents de traumatismes physiques sont l'accident de voiture (coup du lapin), opération chirurgicale, accouchement, agression. On retrouve parmi les traumatismes psychiques la perte d'un proche, une rupture amoureuse, un licenciement ou encore un viol.

De même, des situations de stress chronique peuvent conduire au développement d'un syndrome fibromyalgique (site n°35).

- Hyperperméabilité intestinale

Une hypothèse récente a vu le jour, en même temps que l'essor des recherches liées à la micronutrition. Dans son ouvrage de 2013, Riché propose l'implication d'une hyperperméabilité intestinale, permettant alors à des protéines et des peptides (dites « parasites » ou « toxines ») de passer la barrière intestinale et d'aller perturber des récepteurs à distance, et parmi eux les nocicepteurs (Riché, 2013). Il met également en lumière un agent infectieux bien connu de tous : *Candida albicans*. Cette levure fait naturellement partie de la flore commensale, elle possède des facteurs de virulence lui permettant d'échapper au système immunitaire et sécrète des enzymes propres à elle. Certaines d'entre elles appartiennent à la famille des Secreted Aspartyl-Protéinases (SAP), enzymes capables de dégrader les mucines composant la muqueuse intestinale, et par là, de contribuer à l'hyperperméabilité intestinale. Ces SAP possèdent également la capacité de dégrader les cellules du système immunitaire. *C. albicans* possède également des adhésines, lui permettant d'adhérer fortement aux cellules épithéliales et endothéliales ainsi qu'à des protéines telles que le collagène ou encore le fibrinogène.

En temps normal, *C. albicans*, est toléré par l'hôte. Mais en cas de déséquilibre (appelé « dysbiose »), le champignon va proliférer et prendre le dessus sur les autres composants de la flore commensale. Il va alors devenir virulent, être capable de

réprimer le système immunitaire afin d'être toléré par l'organisme et contribuera à l'hyperperméabilité intestinale et au passage de messagers indésirables.

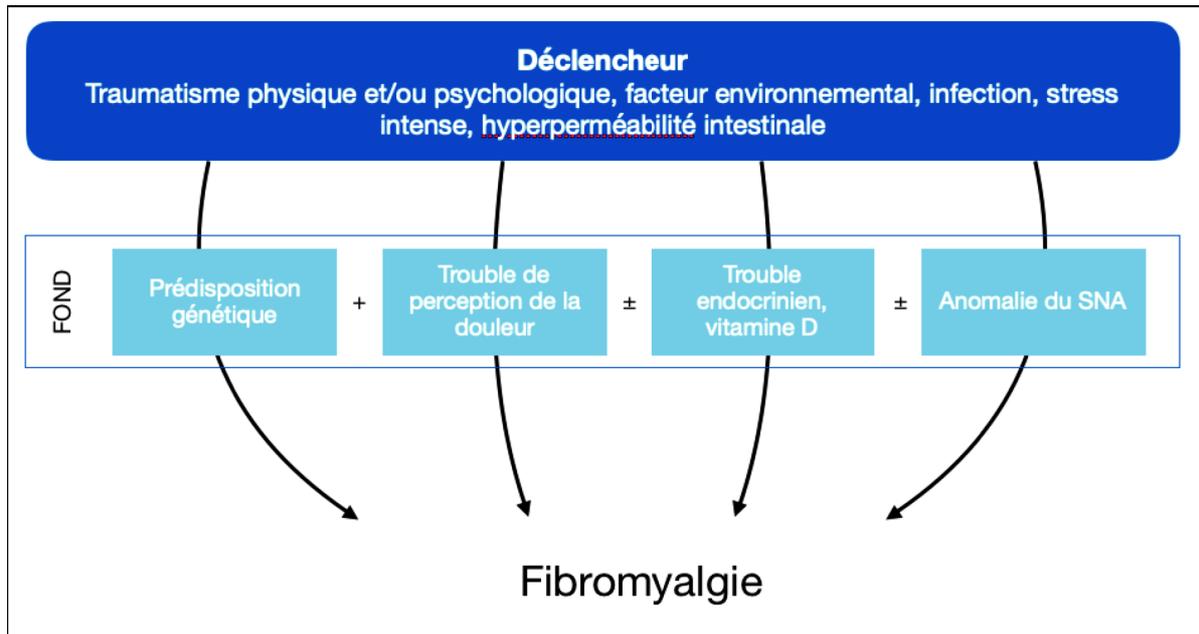


Figure 14 : Physiopathologie de la fibromyalgie (auteur, d'après Bouchet, 2017 ; Cherin, 2011 ; et sites n°18, 43, 59)

En résumé, il n'est pas exclu que des facteurs génétiques puissent être en cause, entraînant une prédisposition de certains individus à déclencher un syndrome fibromyalgique, à la faveur d'un stress important (accident, décès, infection...). Ces personnes présenteraient conjointement des troubles de la modulation douloureuse : allodynie, hyperalgésie, expansion des zones de réception par des stimulus et phénomènes de post-décharges à l'origine de la persistance des douleurs. De plus, des troubles fonctionnels des systèmes régulateurs de la douleur avec des concentrations anormales de substance P, un métabolisme altéré des monoamines et une diminution de leurs concentrations dans le LCR, des anomalies de fonctionnement du SNA (en particulier adrénérique) avec une activation permanente des systèmes de réaction au stress (défaut d'adaptation au stress) sont des pistes intéressantes dans l'explication de la physiopathologie de la fibromyalgie.

### **g. Evolution et pronostic**

La fibromyalgie est une maladie chronique, handicapante, ayant des répercussions sur la vie sociale, personnelle et professionnelle des malades. Elle n'engage cependant pas le

pronostic vital. La détresse ressentie par beaucoup de patients s'exprime sur plusieurs plans (Carvalho, 2016) :

- Vie affective et psychologique : les patients se sentent souvent incompris par leur entourage (famille, amis), de même que par le milieu médical. Rappelons la définition de la santé de l'OMS : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (site n°41). Ainsi, en plus des troubles liés à la maladie, les patients ressentent un sentiment d'injustice et d'incompréhension, qui peut être à l'origine d'une aggravation ou d'une « non amélioration » de leur pathologie.
- Vie professionnelle : le handicap lié à la maladie limite ou empêche souvent la poursuite d'une activité professionnelle normale. Les malades ont souvent recours à des arrêts de travail et cette limitation d'activité est liée à une détérioration de la qualité de vie au travail. Plus de 50 % des patients actifs déclarent que leur maladie a un impact sur leur vie professionnelle et plus de 75 % d'entre eux précisent que les difficultés ressenties dans leur travail est imputable en partie ou en totalité à la fibromyalgie (Carvalho, 2016).
- Vie quotidienne : les activités quotidiennes (ménage, courses, déplacements) sont limitées pour un grand nombre de patients par les troubles dus à la fibromyalgie. Cette incapacité à réaliser des tâches ménagères ou des loisirs est à l'origine d'un renforcement du sentiment d'isolement des malades. Deux tiers des patients déclarent avoir des difficultés à réaliser des tâches ménagères même anodines : passer l'aspirateur, repasser, laver les vitres.
- Plan financier : les consultations de médecine générale et spécialistes sont remboursées par la sécurité sociale mais les médecines alternatives, les cures thermales, cours de sport, thérapeutiques non médicamenteuses ou médicamenteuses non remboursées ne sont pas prises en charge par l'Assurance Maladie et induisent des coûts souvent importants pour le malade. Les patients avec de faibles revenus auront tendance à renoncer aux soins et à avoir une prise en charge limitée aux soins remboursés, mais pas forcément adaptés. Beaucoup de patients désespérés décident alors de renoncer aux soins, ou pire, de s'orienter vers des « charlatans ».

De ces détresses découle un besoin de parcours de soin clairement identifié, avec un panier de soin et des modalités de remboursement, afin de garantir une prise en charge adaptée à tous les patients.

Si le pronostic vital et fonctionnel n'est pas engagé, le retard de diagnostic, induit par l'errance médicale, pouvant aller jusqu'à une dizaine d'années représente une perte de chance pour le patient de voir son état s'améliorer. Aucun traitement ne permet de guérir la maladie, mais nous verrons dans la deuxième partie de ce travail que des méthodes sont mises en place afin d'améliorer les conditions des patients et de les soulager partiellement. Les patients pris en charge tardivement voient leur état se dégrader et leurs symptômes (en particulier douleurs) s'installer profondément, contrairement aux patients pris en charge de manière précoce.

« Nous ne mourons pas, certes, mais nous ne vivons pas non plus ». Mme Carole Robert, présidente de l'association Fibromyalgie France (Carvalho, 2016).



Figure 15 : Logo de l'Association Fibromyalgie France, association nationale loi 1901 créée en 2001 et reconnue d'intérêt général, ayant obtenu l'agrément ministériel au niveau national par le Ministère de la Santé et des Solidarités depuis mars 2007 (site n°24)

## **II. Prise en charge à l'officine**

La fibromyalgie ne dispose à ce jour d'aucun parcours de soin défini. En France, aucun médicament sur le marché utilisé pour la prise en charge de la maladie ne dispose d'AMM dans cette indication.

La ou les causes de cette pathologie ne sont pas connues. Ainsi, le traitement ne peut être spécifique et se résume à un traitement symptomatique, souvent empirique, désordonné et au cas-par-cas selon chaque patient et le(s) médecin(s) les prenant en charge.

### **a. Recommandations françaises et internationales**

Il n'existe pas de recommandation universelle sur la prise en charge de la fibromyalgie. Des sociétés savantes ont mis en place des recommandations sur lesquelles les professionnels de santé peuvent s'appuyer afin de garantir la prise en charge la plus complète et la plus efficace possible, toujours en fonction du patient.

Parmi ces sociétés savantes, on retrouve notamment en France, la HAS (Haute Autorité de Santé), en Europe, l'EULAR (European League Against Rheumatism = Ligue européenne contre le rhumatisme), en Allemagne, l'AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften = Association des sociétés médicales scientifiques), aux Etats-Unis, l'APS (American Pain Society = Société américaine pour la douleur), au Canada, la CPS (Canadian Pain Society = Société canadienne pour la douleur) ainsi que d'autres sociétés telles que la société brésilienne et la NHS (National Health Service) en Grande-Bretagne.

L'ensemble des organismes recommande une prise en charge pluridisciplinaire et multimodale. Elle devra reposer sur deux piliers majeurs : des thérapeutiques non médicamenteuses et des thérapeutiques médicamenteuses. Cette sous-partie a pour but de présenter les différentes recommandations françaises et internationales ; les modalités de traitement seront détaillées dans la sous-partie suivante.

#### **i. France et Europe**

En France, les recommandations disponibles de la HAS et de l'ANSM reposent essentiellement sur celles de l'EULAR, datant de 2011, puis revues en 2016.

Elles peuvent être résumées selon le schéma suivant.

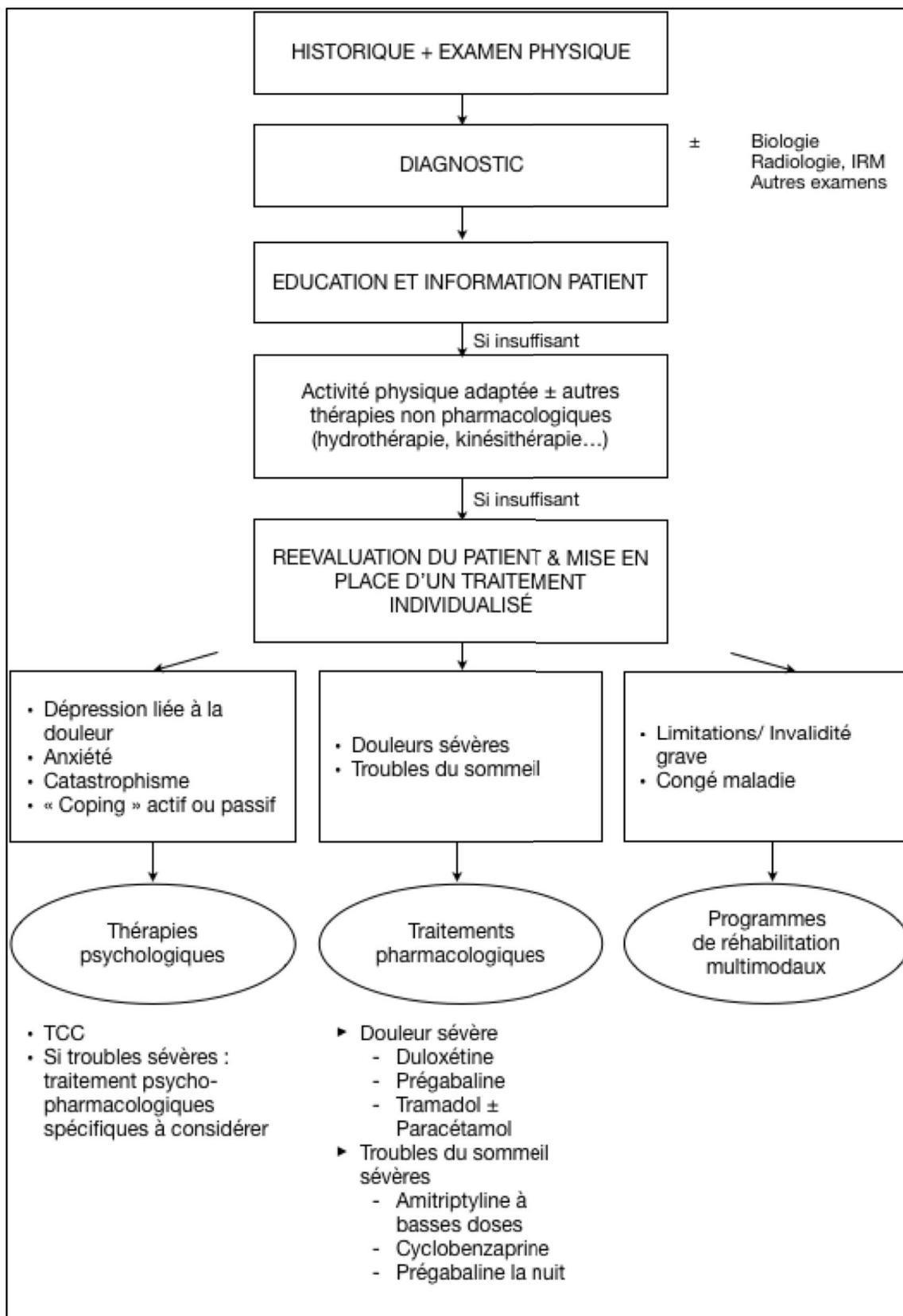


Figure 16 : Recommandations révisées de l'EULAR pour la prise en charge de la fibromyalgie (Macfarlane *et al.*, 2017, traduit par l'auteur)

## **ii. Allemagne**

Les recommandations allemandes ont été mises au point par l'AWMF. Elles reposent sur une prise en charge multimodale, c'est-à-dire combinant au moins un module d'activité physique modérée (endurance, renforcement, flexibilité) et au moins un module psychothérapeutique (formation du patient et/ou thérapie cognitivo-comportementale).

Les thérapies complémentaires telles que le tai-chi, le qi-gong ou encore le yoga peuvent être recommandées.

Les traitements médicamenteux n'interviennent qu'en second plan, avec la possibilité d'utiliser temporairement l'amitriptyline à une dose de 10 à 50 mg/jr, la duloxétine à 60 mg/jr peut être utilisée chez les patients présentant une dépression majeure ou un trouble d'anxiété généralisé de manière concomitante. La prégabaline, de même, peut être utilisée à une dose de 150 à 450 mg/jr, chez les patients présentant un trouble d'anxiété généralisée.

L'AWMF ne recommande pas l'utilisation des opioïdes forts, tout comme les AINS (Häuser *et al.*, 2017).

## **iii. Etats-Unis et Canada**

L'American Pain Society (APS) recommande de commencer la prise en charge par une confirmation du diagnostic et une évaluation complète du patient. L'éducation du patient au cours d'entretiens est essentielle pour une prise en charge optimale. L'APS indique qu'il faut utiliser une combinaison de multiples stratégies de traitement, incluant des stratégies pharmacologiques et non pharmacologiques. Les thérapies pharmacologiques seront prescrites selon la symptomatologie : antidépresseur tricyclique (amitriptyline, cyclobenzaprine) pour les troubles du sommeil, antidépresseur inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine (fluoxétine) seul ou en association avec un tricyclique pour le traitement des douleurs. Les AINS ne sont pas recommandés en première intention. Le paracétamol peut apporter un soulagement ponctuel des douleurs s'il est utilisé en association avec d'autres molécules. Le tramadol peut être utilisé, seul ou avec le paracétamol. Les opioïdes peuvent être prescrits en dernier recours, une fois que toutes les possibilités de traitement ont été testées. Les corticoïdes ne doivent pas être utilisés.

Le médecin doit informer efficacement le patient sur la maladie et les modalités de traitement, et pourvoir à son éducation quant à la douleur et sa prise en charge. Il pourra proposer des séances de thérapies cognitivo-comportementales (TCC), au sein d'un programme de traitement multimodal, incorporant l'exercice physique, les étirements, les thérapies psychologiques et éventuellement les thérapies complémentaires.

La prise en charge multimodale doit permettre de diminuer les douleurs et d'améliorer les capacités fonctionnelles et la qualité de vie du patient (site n°9).

En l'absence de traitement curatif, la Canada Pain Society (CPS) recommande un traitement ayant pour but de diminuer les symptômes et d'améliorer les capacités fonctionnelles, le tout en définissant clairement des objectifs pour le patient. La prise en charge sera basée sur les symptômes, adaptée au patient et selon le principe de la multimodalité. Le patient doit prendre une part active dans sa prise en charge, qui sera centrée sur des stratégies non pharmacologiques. Les traitements pharmacologiques pourront être utilisés chez certains patients, avec la nécessité de réévaluer régulièrement l'efficacité du traitement et son profil d'effets indésirables (balance bénéfice-risque).

#### **iv. Autres : Brésil, Grande-Bretagne**

Les recommandations brésiliennes sont sensiblement les mêmes que les autres recommandations internationales, reposant principalement sur la combinaison de modalités de traitement associant techniques non pharmacologiques et pharmacologiques. Le traitement est mis en place en accord avec l'intensité des douleurs, les capacités fonctionnelles et les caractéristiques du patient. Ils ajoutent l'importance de prendre en considération le contexte bio-psychosocial et culturel de ce dernier (Heymann *et al.*, 2009).

La NHS (Royaume-Uni) indique que le traitement a pour objectif de soulager les symptômes et d'améliorer la qualité de vie. Aucun traitement curatif n'est disponible pour le moment. Elle met l'accent sur le rôle central du médecin généraliste dans la mise en place des traitements et du suivi, mais également sur l'implication de certains spécialistes tels que rhumatologue, neurologue ou encore psychologue. Les traitements doivent être associés, et adaptés au patient. Il est parfois nécessaire de tester plusieurs

options thérapeutiques avant de trouver la bonne combinaison, qui apportera une efficacité suffisante, avec le moins d'effets indésirables possibles. Elle souligne l'importance des groupes de soutien et de l'adoption de règles d'hygiène de vie, nécessaires à des modifications des comportements, cruciales pour la réussite de la prise en charge. Les lignes directrices de cette dernière sont basées sur les traitements médicamenteux (antalgiques, antidépresseurs, antiépileptiques) et les autres options non médicamenteuses (exercice physique, TCC, psychothérapie, techniques de relaxation, thérapies alternatives) (site n°38).

## **b. Prise en charge multimodale**

La prise en charge correcte et efficace d'un patient fibromyalgique repose sur différents éléments. En premier lieu, sur la pose d'un diagnostic solide et d'une évaluation complète du patient. Celle-ci sera physique, mais aussi psychologique et sociale (entourage, capacités de soutien du patient). Le médecin fera une évaluation des principaux symptômes (douleur, fatigue, troubles du sommeil et de l'humeur), en typant leur intensité, leur localisation, les facteurs d'amélioration ou d'aggravation, leur évolution dans le temps, ainsi qu'une évaluation des comorbidités et d'une éventuelle maladie associée (en cas de fibromyalgie concomitante).

Dans un second temps, il lui faudra évaluer la motivation du patient et son envie d'implication dans sa prise en charge : en effet, celle-ci ne sera efficace que si le patient y prend une part active. Cela passe également par la présence d'un entourage familial, amical et personnel solide.

Enfin, le médecin devra s'attacher à prendre en compte les capacités de financement du patient, la plupart des modalités de prise en charge n'étant pas remboursées par la sécurité sociale.

Concernant l'aspect professionnel, il n'existe pas d'indemnité invalidité-incapacité. Le patient devra, en accord avec son employeur, mettre en place des horaires et des conditions de travail adaptés à sa situation.

Le médecin pourra, à l'issue de ses évaluations, utiliser le FIQR afin d'évaluer l'impact de la maladie sur la qualité de vie du patient.

Quels que soient les symptômes et leur intensité, toutes les sociétés savantes s'accordent sur le fait que la prise en charge doit être multidisciplinaire, et reposer en premier sur des techniques non médicamenteuses et dans un second temps seulement sur des traitements médicamenteux. Les techniques non médicamenteuses s'axent principalement sur le reconditionnement à l'effort, la pratique ou la poursuite d'activités physiques adaptées et parallèlement, sur des techniques de relaxation. Selon les besoins du patient, le médecin pourra proposer un accompagnement psychologique. Le recours à des techniques de médecines complémentaires, même si leur efficacité reste à prouver, est possible pour les patients qui le souhaitent, et qui le peuvent (besoins, envies et ressources, en particulier financières).

Enfin, le patient devra suivre des règles hygiéno-diététiques adaptées à sa maladie.

Le schéma page suivante, basé sur l'ensemble des recommandations internationales et sur le fascicule sur la fibromyalgie de la Ligue Suisse contre le Rhumatisme, présente les éléments d'une prise en charge multimodale de la fibromyalgie. Les différents items seront approfondis dans les sous-parties suivantes. Les items en rouge désignent les cibles d'action du pharmacien d'officine.

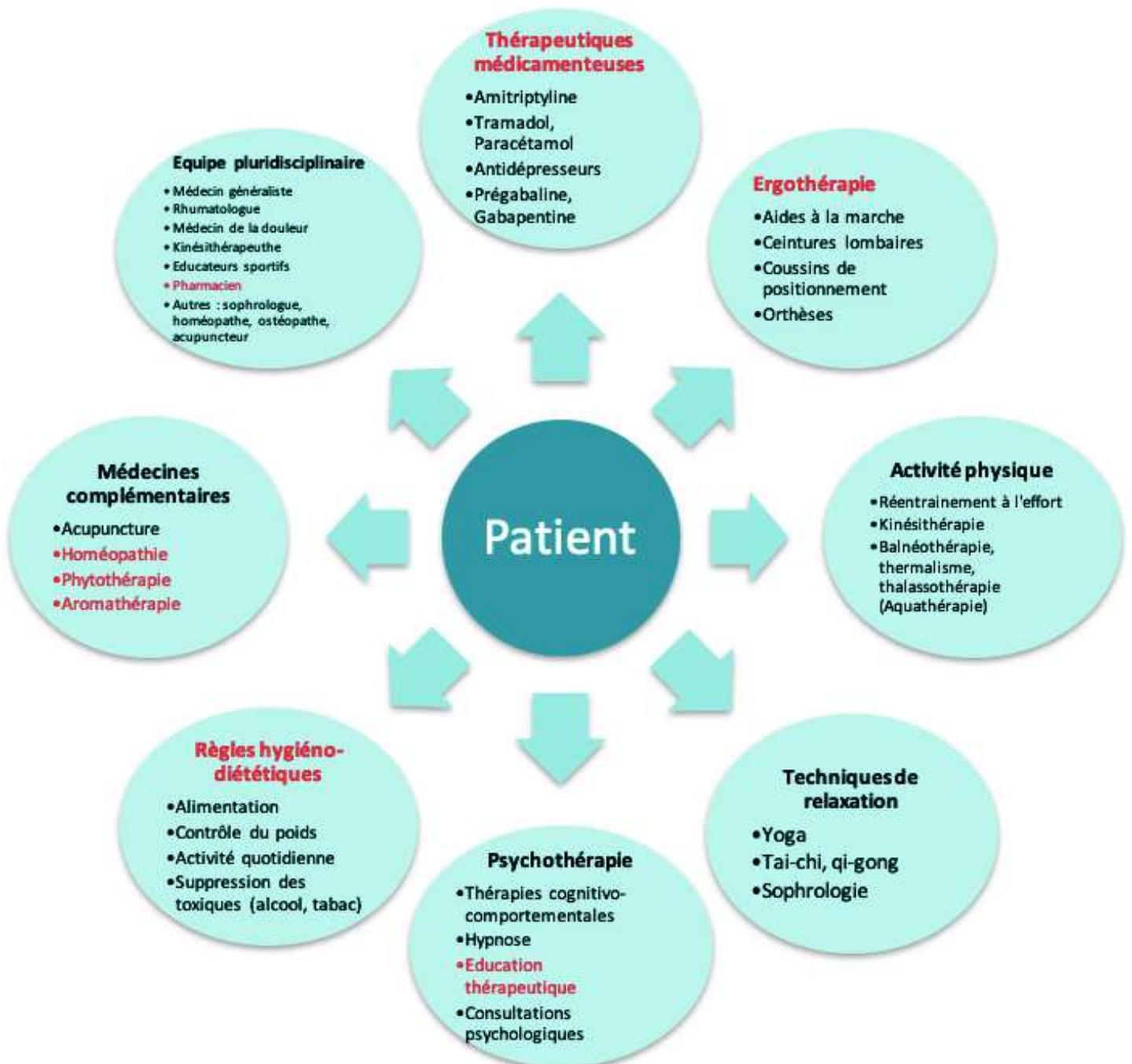


Figure 17 : Prise en charge multimodale de la fibromyalgie (auteur, d'après les recommandations internationales et la Ligue Suisse contre le Rhumatisme)

## **i. Activité physique**

- Le réentraînement à l'effort

Il peut paraître paradoxal de proposer de l'activité physique en première intention à des patients dont les plaintes principales sont les douleurs et la fatigue, mais les nombreuses études portant sur cette option thérapeutique prouvent qu'elle est la plus efficace. La pratique d'une activité physique fait d'ailleurs l'unanimité des sociétés savantes françaises et internationales. Pour l'EULAR, c'est la seule thérapeutique qui bénéficie d'un niveau de preuve élevé et qui soit recommandée (Macfarlane *et al.*, 2017).

Mal pratiqué, l'exercice physique peut représenter un facteur d'aggravation des douleurs, entraînant par-là progressivement un déconditionnement à l'effort et une sédentarisation.

La pratique d'une activité physique (et non activité « sportive », terme désormais déconseillé), se place en priorité dans le plan de prise en charge des fibromyalgiques. Dans un premier temps, il s'agira de proposer au patient un programme de réconditionnement à l'effort, adapté à sa condition physique de départ (symptômes mais aussi forme physique, poids, comorbidités) et qui se voudra le plus progressif possible, tant en intensité qu'en durée et en fréquence, le but étant de démarrer par de courtes séances de cinq minutes, et d'atteindre *in fine* des séances pouvant aller de trente minutes à une heure, si possible quotidiennement et à minima trois fois par semaine.

L'établissement d'objectifs par le patient lui-même ou par un éducateur sportif peut s'avérer utile, en particulier quand la motivation du patient reste fragile. En effet, les bénéfices de l'activité physique ne seront présents sur le long terme que si le patient l'intègre totalement à sa vie quotidienne. Comme dans la population générale, il existe un fort taux « d'abandon » : 50 % à six mois, toutes pathologies confondues (Maquet *et al.*, 2007).

Les activités comprennent des exercices physiques d'intensité faible à modérée, tels que la marche, la marche nordique, le vélo d'appartement, la natation, l'aquagym, des exercices de renforcement musculaire (impliquant par exemple des poids et des élastiques) et de souplesse (étirements). On pourra proposer des exercices d'endurance aérobie. L'activité en aérobie signifie que le patient doit travailler dans une zone de

fréquence cardiaque où son organisme fournit l'énergie nécessaire en utilisant uniquement l'oxygène. L'exercice ne doit pas entraîner de difficultés respiratoires ni de douleurs musculaires. La fréquence cardiaque doit se situer entre 60 et 75 % de la Fc maximale théorique (où Fc maximale théorique = 220-âge) (Maquet *et al.*, 2007). Il a été démontré que des exercices aérobiques légers (< 50 % de la Fc maximale théorique) n'apportent pas les bénéfices escomptés.

L'option la plus bénéfique pour le patient est d'associer plusieurs de ces catégories d'activité.

Il a été montré que la pratique régulière d'une activité physique permettait de réduire les douleurs (amélioration du score de douleur de 2 à 3 points sur 10), la fatigue diurne, le stress et d'améliorer la capacité d'effort, la qualité du sommeil, la tolérance aux symptômes et la sensation de bien-être et de confiance en soi chez un grand nombre de patients (site n°32).

L'entraînement peut se faire seul ou en groupe, ajoutant alors un effet motivant aux séances.



Figure 18 : Exercices de mobilisation et de renforcement adaptés aux patients fibromyalgiques (Livret *Fibromyalgie* de la Ligue Suisse contre le Rhumatisme)

Il est important d'informer le patient de la possible aggravation transitoire des symptômes durant les premières séances, en particulier lorsque le patient est sédentaire depuis un certain temps. Il convient alors de le rassurer et de le conforter dans l'idée que seul un programme de réentraînement progressif à l'effort pourra mettre fin au cercle vicieux impliquant les douleurs, la fatigue, les conduites d'évitement et la kinésiophobie (peur du mouvement), l'inactivité, le déconditionnement, l'incapacité et enfin la détresse psychologique (Maquet *et al.*, 2007).

- La kinésithérapie

Dans le cadre d'un programme d'activité physique adaptée (sur plusieurs semaines), d'une cure thermale ou en cabinet libéral, le kinésithérapeute, lorsqu'il est présent, a une place prépondérante dans la prise en charge du patient fibromyalgique. Avec en moyenne deux à trois séances par semaine, il s'avère être le professionnel de santé le plus à même de constater les évolutions de condition des patients : réduction des symptômes, amélioration de la qualité de vie et des performances physiques. Il instaure rapidement une relation de confiance avec son patient et constitue un lien entre ce dernier et le médecin traitant, qui, le plus souvent, sera le coordinateur de la prise en charge du fibromyalgique.

La première séance de kinésithérapie aura plusieurs objectifs :

- Définition du nombre de séances nécessaires (droit du kinésithérapeute, arrêté du 22 février 2000). S'agissant d'une pathologie chronique, la fibromyalgie nécessitera un grand nombre de séances (Person, 2015).
- Evaluation du patient : symptômes majoritaires, retentissement sur la qualité de vie. Elle permet, dans un second temps, de mieux cibler les objectifs thérapeutiques et d'évaluer l'efficacité de la prise en charge par la suite (Tits, 2011). Le thérapeute pourra s'aider d'échelles visuelles analogiques (EVA), du FIQR, de tests de marche par exemple.
- Définition d'objectifs, en accord avec le patient. Ces objectifs seront principalement axés sur la diminution des douleurs, ainsi que l'amélioration de la qualité de vie et des performances physiques (Loup, 2013). On retrouve par exemple (Person, 2015) :
  - Diminuer les douleurs ;
  - Améliorer la posture en levant les contractures musculaires ;
  - Améliorer l'endurance et diminuer la fatigabilité musculaire ;

- Enseigner et faire pratiquer des techniques d'auto-massage des points douloureux ;
- Participer à un programme d'ETP : aider le patient à mieux vivre et gérer sa maladie au quotidien.

Les séances de kinésithérapie seront rapprochées au début (en moyenne trois séances par semaine) puis s'espaceront afin de favoriser les exercices en autonomie à la maison (entretien).

Le kinésithérapeute a la possibilité d'utiliser et d'établir une fiche de décision kinésithérapique, qui rassemble les principales informations intéressant le patient et sa pathologie : diagnostic, prescription du médecin (par exemple : « séances de kinésithérapie dans le cadre d'une fibromyalgie »), le bilan de l'évaluation kinésithérapique, les objectifs.

Les techniques utilisées sont principalement à visée antalgique. Elles se déclinent sous la forme de massages, au début pratiqués sous le seuil de douleur (afin d'être « non douloureux ») puis de plus en plus profondément, d'exercices de renforcement musculaire, participant au réentraînement à l'effort, d'étirements. La pratique de certains exercices pourra se faire à sec ou dans l'eau (balnéothérapie), l'eau chaude apportant un effet antalgique et décontractant supplémentaire (Loup, 2013).

Quels que soient les exercices pratiqués, ils devront être adaptés au patient, afin de lui correspondre au mieux, et ne pas aggraver les douleurs.

Enfin, le thérapeute pourra avoir recours à la Neurostimulation Electrique Transcutanée, ou système TENS, ayant montré son efficacité dans la douleur et la fatigue, en particulier pendant le mouvement. En plus des effets antalgiques locaux, la TENS semble posséder des effets à distance du point d'application. Elle augmente également les seuils de douleur au niveau du site de stimulation et à distance de ce dernier. Les séances devront durer au minimum trente minutes afin de permettre une efficacité optimale (Dailey *et al.*, 2013). Ces appareils de stimulation sont utilisés en pratique quotidienne dans les centres antidouleur et le kinésithérapeute pourra l'utiliser en cabinet libéral. La location de ces appareils est disponible en pharmacie, sur prescription (primo-prescription obligatoirement établie par un médecin exerçant dans une structure de traitement de la douleur ou par un médecin titulaire d'un diplôme universitaire de

prise en charge de la douleur ou d'une Capacité d'évaluation et de traitement de la douleur) (site n°19).

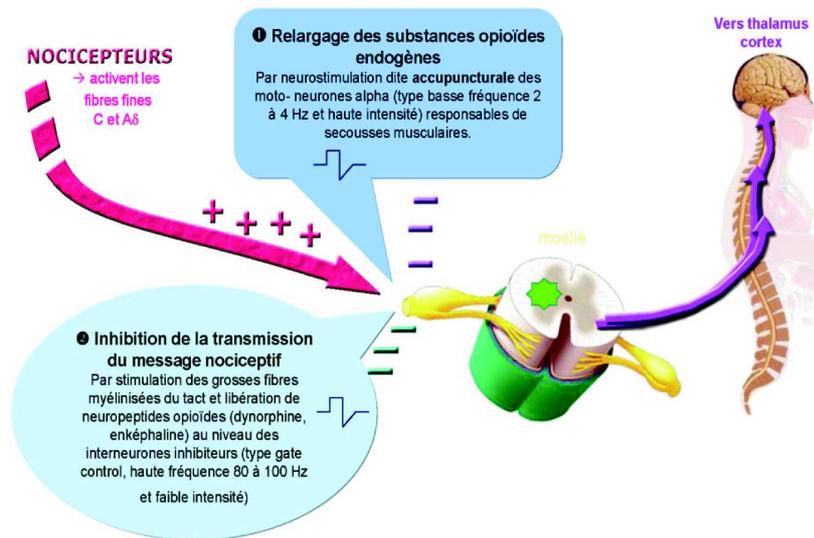


Figure 19 : Schéma explicatif du fonctionnement du système TENS sur les douleurs (Alibeu, 2017)

Figure 20 : Utilisation d'un système TENS (site n°55)

- L'aquathérapie

L'ensemble des activités physiques et kinésithérapiques dans l'eau (balnéothérapie) et les soins à l'eau de mer ou à l'eau thermale sont rassemblés sous le terme d'aquathérapie (ou hydrothérapie).

Ces soins apportent au patient à la fois un soulagement sur le plan physique et une détente psychique, propice à l'amélioration de sa condition.

La pratique d'activité physique et d'exercices de kinésithérapie dans l'eau semble apporter un bénéfice supplémentaire par l'action antalgique et décontractante de l'eau chaude. De plus, l'apesanteur retrouvée dans l'eau est un plus pour les patients souffrant de surpoids, d'obésité, d'arthrose associée ou de toute autre pathologie associée rendant les mouvements à sec difficiles.

Sous le terme d'aquathérapie sont regroupées deux spécialités distinctes : la thalassothérapie, thérapie par l'eau de mer, et le thermalisme, thérapie par l'eau thermale. Les deux se présentent la plupart du temps sous la forme de cures, présentant le bénéfice de détacher le patient de son quotidien répétitif, centré sur sa douleur et ses symptômes. Le plus souvent, les cures durent quelques jours (thalassothérapie le plus souvent), jusqu'à plusieurs semaines (thermalisme). Les patients bénéficient sur place

d'une prise en charge complète et pluridisciplinaire, associant des soins en eau avec des séances de kinésithérapie, de relaxation, éventuellement de consultations psychologiques, d'un programme d'alimentation sain et équilibré, le tout dans une ambiance détendue et relaxante. Ils bénéficient également d'un encadrement médical, comprenant une consultation obligatoire avec un médecin du centre. De telles cures ont pour objectif, d'une part de soulager les patients de leurs symptômes, et d'autre part, de favoriser les modifications de comportement, afin d'obtenir des effets à long terme. Certaines cures proposent des séances d'éducation thérapeutique dans ce but.

\* La thalassothérapie est basée sur des soins utilisant l'eau de mer, les algues, les boues ou argiles, sous la forme de bains hydromassants, d'applications localisées et d'enveloppements.

Le centre de thalassothérapie Alliance Pornic est à ce jour le seul centre en France à proposer une cure spécifique pour la fibromyalgie.

\* Le thermalisme utilise les propriétés et bienfaits des eaux thermales. Ces eaux sont naturellement chauffées et riches en nombreux minéraux (sulfates, bicarbonates, chlorures). Elles sont prélevées directement à leur source souterraine, leur composition variant en fonction de la localisation de celle-ci. Elles trouvent leur intérêt dans de nombreuses affections : respiratoires, rhumatologiques, dermatologiques par exemple.

La prescription d'une cure thermale peut se faire par un médecin généraliste ou spécialiste, et est remboursée par la sécurité sociale si cette prescription est faite dans le cadre de la prise en charge d'une maladie appartenant à l'une des douze orientations thérapeutiques. La fibromyalgie trouve son indication dans la catégorie des affections rhumatologiques (site n°61).

L'utilisation de l'eau thermale se fait sous forme de bains, de douches, de massages, d'activités en piscine thermale, de cataplasmes ou de bains de boues thermales. L'ensemble de ces soins est à visée sédative et rééducative, afin d'améliorer la qualité de vie, par la réduction des douleurs et l'augmentation de la mobilité. Tout cela permet *in fine*, une diminution de la consommation de médicaments et de recours aux soins (site n°12).

Les cures durent en général trois semaines, soit dix-huit jours de soins consécutifs (six jours par semaine, repos le dimanche), avec quatre à huit soins par jour. Ces soins

peuvent être individuels ou collectifs, locaux ou généraux. Certains sont accompagnés de massages par un kinésithérapeute. De nombreux soins complémentaires sont proposés par les centres : musicothérapie, sophrologie, consultation psychologique, ateliers d'éducation thérapeutique.

Les cures thermales donnent chez les patients fibromyalgiques des résultats très intéressants : les douleurs sont diminuées jusqu'à six à neuf mois après la cure, les patients rapportent une diminution des douleurs de 18 % (EVA passant de 6,5 à 5,3/10) et deux tiers des patients déclarent avoir diminué leur consommation de médicaments après une cure thermale (site n°30).

Les cures thermales présentent le bénéfice d'offrir un cadre propice au soulagement des douleurs, à la régulation du stress et de l'anxiété, par l'utilisation de techniques à visée sédatrice et antalgique d'une part (bains, douches, massages à niveau infra-douloureux) et de techniques à visée mobilisatrice d'autre part (rééducation active en piscine). De plus, elles permettent l'éloignement du patient de son cadre de vie habituel, la confrontation et l'échange avec d'autres malades (fibromyalgiques ou non), et une écoute, apportée par les équipes thérapeutiques (kinésithérapeutes, médecins, sophrologues, diététiciens...) (Sichère et Ducamp, 2013). Cette prise en charge complète rentre dans le cadre, pour certaines cures, de l'éducation thérapeutique, que nous aborderons plus loin dans cette partie.

Il a été montré que l'exposition quotidienne pendant trois semaines aux eaux thermales engendrait des effets chronophysiologiques, c'est-à-dire une action sur le système neurovégétatif et une modification des régulations endocriniennes, impliquées notamment dans la résistance au stress (Sichère et Ducamp, 2013).

Peu de situations contre-indiquent la pratique d'une cure thermale, aucune n'est spécifique à la fibromyalgie. On retrouve notamment l'insuffisance cardiaque ou pulmonaire, une infection évolutive, une immunodépression sévère.

Il est recommandé de réaliser une cure en dehors de toute crise ou poussée aiguë douloureuse, de même qu'à distance d'une phlébite ou d'une chirurgie récente (site n°30).

Malgré les nombreux avantages que possèdent les cures thermales, celles-ci présentent deux inconvénients majeurs, qui expliquent la réticence de nombreux patients : la durée des cures impose au patient une disponibilité de celui-ci, et même si la majorité des

cures sont remboursées par la sécurité sociale, l'hébergement et un grand nombre de coûts restent à la charge du malade (plusieurs centaines d'euros).

La station thermale de Cauterets propose par exemple un forfait spécifique « FIBROMYALGIE », au coût de 115 € en complément de la cure rhumatologie (remboursée par la sécurité sociale), et qui comprend :

- Un bilan initial ;
- Un suivi de cure à 3 et 6 mois ;
- Des séances de tai-chi aquatique, de gymnastique douce et de détente en piscine thermale, de sophrologie, de gym, de marche ;
- Un atelier de gestion de la douleur et de la fatigue.

(Thermes de Cauterets, fascicule saison 2019)

- Cryothérapie, Thermo thérapie

La cryothérapie est basée sur le soin par le froid, apportant un effet antalgique par la réduction de la vitesse de conduction des messages douloureux. Elle a aussi une action anti-inflammatoire, même si aucune inflammation ne peut être objectivée chez les fibromyalgiques, bien qu'ils rapportent des sensations de gonflement, en particulier des articulations des genoux.

La thermo thérapie, ou soin par le chaud, possède aussi des effets antalgiques, mais aussi décontractants. Elle peut être utilisée par le patient à domicile, ou par le kinésithérapeute.

Les deux trouvent ainsi leur place en fonction des plaintes des patients, et peuvent même être alternés si le patient y trouve des bénéfices.

Ces deux techniques montrent une efficacité modeste et leur principale limite est la brièveté de leurs effets. Ainsi, les patients doivent réaliser plusieurs séances par jour et par semaine afin d'en ressentir les réels bénéfices. D'après Monsieur Bastian Boucher, co-fondateur du pôle de cryothérapie de Reims : « En moyenne, il faut compter dix séances (deux séances par jour, pendant cinq jours) pour accompagner les personnes souffrant de syndrome inflammatoire/trouble articulaire. Les effets varient de deux à six mois. Les effets sont immédiats mais pour qu'ils s'inscrivent dans la durée, il faut enchaîner plusieurs séances de manière rapprochée, nous parlerons alors de cure » (site n°8).

Tableau 7 : Comparaison de la cryothérapie et de la thermothérapie (auteur, d'après le site n°48)

	Cryothérapie	Thermothérapie
Définition	Traitement par le froid	Traitement par la chaleur
Effets	Antalgique/anesthésiant Anti-inflammatoire	Antalgique (prévient et soulage des douleurs) Décontractant (apaise les tensions musculaires) Active la circulation sanguine afin d'améliorer l'élasticité des tissus et leur régénération
Indications	Sensation d'inflammation, de gonflement des articulations Douleurs à type de crampes, musculaires et articulaires Traumatismes (entorses, blessures, contusions)	Douleurs articulaires et musculaires
Modalités	Corps entier ou localement	Localement, surtout utilisé en kinésithérapie

## ii. Psychothérapies

Si les douleurs et la fatigue sont les principaux symptômes rapportés par les patients, un grand nombre d'entre eux présente conjointement une altération de la qualité de l'humeur, se traduisant par l'apparition de troubles anxieux et/ou dépressifs.

Il est aujourd'hui connu que l'état de santé physique impacte le mental, et réciproquement.

Il apparaît alors indispensable, chez les patients souffrant de troubles de l'humeur (associés, ou symptômes vrais de la maladie), de les traiter afin de mieux soulager les symptômes physiques.

Cette prise en charge complète débute par l'indispensable information que le patient doit recevoir sur son état de santé : le diagnostic, les modalités de sa maladie, les options thérapeutiques et les bénéfices qu'il pourra en tirer.

La prise en charge psychothérapeutique sera conditionnée par l'état du patient et uniquement par celui-ci. Un patient dénué d'anxiété et/ou de dépression n'aura pas forcément besoin de consulter un psychologue (sauf s'il en exprime l'envie).

Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) sont recommandées dans la mesure où elles permettent une amélioration des douleurs, des capacités fonctionnelles, de la fatigue et de l'humeur (Laroche, 2009).

Les TCC peuvent être définies comme des thérapies brèves portant sur les interactions entre les pensées, les émotions et les comportements (site n°49).

Leurs principaux objectifs, en règle générale, sont de comprendre les schémas de pensées négatifs pouvant être à l'origine de comportements inadaptés et par la suite de détresse psychique. D'autre part, il s'agit de remplacer ces comportements inadéquats par des comportements plus adaptés (site n°5). Dans la fibromyalgie, les TCC servent à apprendre à dépasser les symptômes invalidants comme la douleur, la fatigue ou encore les capacités fonctionnelles, tout en renforçant les comportements adaptés.

D'un point de vue pratique, les séances se déroulent en séance individuelle (trente minutes à une heure) ou en groupe (d'une dizaine de personnes, de une heure à deux heures et demie), de manière interactive, pédagogique et collaborative. A chaque séance est attribué un ordre du jour. La fréquence moyenne est de deux séances par semaine, mais les sessions peuvent être aussi hebdomadaires ou encore bimensuelles. L'ensemble des séances se répartit en général sur une durée allant de six semaines à six mois (nombre de séances alors plus important). Les premières séances visent à voir si le patient s'accorde avec cette forme de thérapie et s'il en tire des bénéfices. Le thérapeute dirigeant la séance va poser des questions, en particulier sur la vie passée et actuelle du patient. Enfin, elles auront pour but de mettre en place à court, moyen et long terme, des priorités en accord avec le patient. A chaque début de séance, qu'elle soit individuelle ou collective, une discussion aura lieu avec le thérapeute sur le contenu de la séance.

Il sera recommandé au patient de tenir quotidiennement un journal, dans lequel il notera ses émotions, ses sensations physiques et son ressenti face à ses symptômes, ses comportements et réactions face à ses sensations. Avec le thérapeute, par la suite, le patient pourra analyser ses comportements, identifier les liens entre émotions, comportements, sensations et les impacts sur sa santé mentale et physique.

A chaque séance aura lieu une évaluation des progrès du patient. Les techniques apprises par celui-ci tout au long de sa thérapie seront à poursuivre une fois les sessions terminées, et ce, afin de permettre des effets à long terme. L'ensemble des TCC sont basées sur l'entière volonté du patient : il ne sera jamais forcé de quoi que ce soit et les

situations seront réadaptées en continu en fonction des difficultés auxquelles il pourrait faire face (site n°53).

Les TCC peuvent s'intégrer dans la prise en charge de la fibromyalgie, par exemple en prenant part à un programme d'ETP.

L'éducation thérapeutique est définie par la HAS comme « un processus continu, dont le but est d'aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique {ici la fibromyalgie}. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient » (site n°20).

L'ETP permet de comprendre la maladie, ses traitements, d'acquérir des compétences, d'apprendre à mieux vivre avec sa maladie chronique, mais aussi d'apporter un soutien psychosocial, crucial dans le cadre de maladies chroniques et en particulier douloureuses, de modifier les comportements, et enfin de maintenir et/ou d'améliorer la qualité de vie du patient (Dubourg *et al.*, 2018). Il est important de mettre l'accent sur la notion d'autonomisation et de responsabilisation du patient, qui doit, par son implication dans un programme d'ETP, se rendre acteur de sa maladie et de sa prise en charge. L'encadrement est fait par une équipe pluridisciplinaire, comprenant le plus souvent un médecin formé à l'ETP, une ou plusieurs infirmières, des kinésithérapeutes, pharmaciens, coaches sportifs, diététiciennes... Un programme d'ETP est soumis à autorisation par l'ARS, et doit remplir un calendrier des charges précis. Seront fixés des objectifs thérapeutiques principaux et secondaires, toujours avec le patient.

L'ETP se déroule suivant quatre étapes essentielles :

- Etablissement d'un bilan éducatif partagé ;
- Définition d'un programme personnalisé d'éducation, avec des priorités d'apprentissage ;
- Planification et mise en œuvre des séances d'ETP, de manière collective ou individuelle, ou en alternance ;
- Réalisation d'une évaluation des compétences acquises ainsi que du déroulement du programme.

La fibromyalgie est une maladie chronique, où la prise en charge associe des thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses, et où des modifications comportementales sont nécessaires. Ainsi, cette maladie s'inscrit parfaitement dans le concept d'ETP.

Dans le cadre de la fibromyalgie, plusieurs stations thermales proposent au sein de leurs programmes « spécialisés » sur la fibromyalgie, la possibilité de prendre part à un programme d'ETP. La réalisation de ce dernier en centre thermal apparaît comme optimal puisque la cure thermale, en général sur trois semaines, permet une meilleure organisation des séances (pas d'impératifs personnels, plannings coordonnés), et la prise en charge est globale et pluridisciplinaire. De plus, le patient est détaché de son quotidien, et le dialogue avec des malades présentant le même syndrome lui permet de se sentir écouté et mieux compris. Cependant, un tel détachement peut faire craindre un « effet rebond » au retour à la « vie normale », il est donc impératif que lors des séances d'ETP, le patient acquiert non seulement des compétences, mais aussi qu'il change ses comportements afin de ne pas retourner dans sa routine habituelle et que le cercle vicieux de la fibromyalgie ne reprenne le dessus.

Le programme « Fibr'Eaux » à la station thermale de Grand Dax par exemple, propose des ateliers d'ETP sur différents thèmes : « comprendre sa maladie », « gérer la douleur et le stress », « bien dormir », « une activité physique adaptée ». Le patient sera évalué avant de débiter le programme d'ETP, mais aussi tout au long du programme et trois mois après celui-ci (site n°13).

L'ETP peut être réalisée en centre thermal, en CETD (Centre d'Etude et de Traitement de la Douleur) ou au sein de toute structure présentant les autorisations requises.

Certaines thérapies cognitivo-comportementales utilisent l'hypnose, de même que certains psychothérapeutes.

L'hypnose peut être définie comme un état modifié de la conscience, entre éveil et sommeil. Il permet au thérapeute d'accéder à l'inconscient du patient, et par un état de perméabilité mentale particulière, de le rendre accessible à la suggestion, aux évocations métaphoriques non verbales et sensorielles.

L'hypnose permet d'agir sur deux dimensions :

- D'une part sur un versant somatique et purement fonctionnel : mieux supporter les douleurs, le stress et l'anxiété ;
- D'autre part, sur un versant mental : faire évoluer le projet du patient, faciliter l'acceptation d'états pathologiques, de réductions fonctionnelles, d'optimiser sa participation aux processus de rééducation et de réadaptation (Gedda, 2015).

Concrètement dans la fibromyalgie, l'hypnose permet de modifier la perception de la douleur et de réduire son intensité grâce à la suggestion, qui crée un effet antalgique (Legrand *et al.*, 2018). La douleur peut ainsi être maîtrisée par le patient et l'on décrit pour certains des effets à long terme. Cependant, ces effets bénéfiques n'ont été démontrés que sur la douleur et non sur l'ensemble des symptômes de la fibromyalgie.

L'objectif thérapeutique de l'hypnose dans la fibromyalgie, selon Cercleron dans un article de 2015, est « non pas toujours de rendre le patient efficace à la douleur, mais de l'amener à penser qu'il l'est ». Il ajoute que cette technique, complémentaire aux autres traitements, permet non seulement une baisse du niveau douloureux, mais aussi une diminution de la consommation d'antalgiques, une durée de récupération raccourcie et une réduction des coûts et des durées d'hospitalisation (Cercleron, 2015).

L'état d'hypnose a pu être démontré par l'imagerie médicale et ses effets en particulier par TEP et IRMf.

Il est important de souligner que si toute personne est hypnotisable, l'hypnose ne peut cependant pas fonctionner sans la volonté, la coopération et la motivation du patient : à la fois volonté de s'y soumettre et volonté d'atteindre son objectif (Wehbe et Safar, 2014).

Son recours est intéressant dans la prise en charge de la fibromyalgie, en complément des autres thérapeutiques, et ce, même si elle ne bénéficie d'aucun niveau de preuve.

Enfin, les praticiens hypnotiseurs peuvent apprendre au patient des techniques d'auto-hypnose, utilisables à la maison au quotidien, afin de permettre une pérennisation des effets.

D'autres psychothérapies, telles que l'EMDR ou le mindfulness, sont parfois utilisées dans la prise en charge de pathologies douloureuses chroniques comme la fibromyalgie, mais ne disposent pas de niveau de preuve suffisant à prouver leur efficacité (manque d'études notamment).

### **iii. Thérapeutiques médicamenteuses**

Les traitements médicamenteux ne sont recommandés qu'en seconde intention, lorsque les thérapeutiques non médicamenteuses s'avèrent inefficaces ou insuffisantes. Ils pourront être mis en place dès le début de la prise en charge, de manière à faciliter la réadaptation à l'effort, la reprise d'une activité physique régulière et un suivi kinésithérapique par exemple. L'activité physique ou la kinésithérapie entraînent souvent dans les premières séances une augmentation des douleurs, souvent source d'échec chez les patients qui ne poursuivent pas dans la durée. La double prise en charge « reprise d'activité physique/thérapeutique médicamenteuse » aide à la (re)prise d'une confiance en soi pour le patient, qui sera plus à même de reprendre le mouvement, et concourt à rompre le cercle vicieux de la douleur chronique. Les médicaments n'ont leur place dans la prise en charge de la fibromyalgie que s'ils s'accompagnent de techniques non médicamenteuses. En effet, celles-ci sont les seules reconnues comme étant efficaces dans le traitement de la maladie (Deleens, 2018). Le niveau de preuve pour les traitements médicamenteux est faible (EULAR). Les mécanismes à l'origine de la pathologie n'étant pas encore bien élucidés, les traitements médicamenteux auront pour but de soulager les symptômes : il s'agit d'un traitement dit « symptomatique ».

Les recommandations internationales diffèrent sur les traitements à utiliser. Quels que soient les médicaments, ils doivent s'avérer assez efficaces pour améliorer les symptômes, tout en ayant le meilleur profil de tolérance possible : la balance bénéfice-risque doit être favorable.

Le recours aux médicaments visera principalement à soulager les douleurs, symptôme majeur de la fibromyalgie. Face aux plaintes du patient, le médecin a plusieurs options thérapeutiques :

- Les antalgiques ;
- Les antidépresseurs ;
- Les antiépileptiques ;
- D'autres options.

Le pharmacien, de son côté, doit analyser les prescriptions et doit porter une attention toute particulière aux risques d'interactions médicamenteuses, en particulier lorsque le

patient possède des prescriptions émanant de plusieurs spécialistes. De même, les risques de surdosage et de mésusage des traitements sont élevés, en particulier avec les antalgiques (type tramadol, dérivés opiacés).

Le traitement pourra être abordé selon deux axes : le traitement de crise et le traitement de fond.

- Le traitement de crise

Une crise, aussi désignée comme un pic douloureux, survient de manière épisodique, à la faveur d'un stress, d'une activité physique, d'une émotion forte. Elle peut durer plus ou moins longtemps et s'avérer plus ou moins handicapante pour le patient. Les traitements de la crise se doivent d'être rapides d'action : les formes orales seront privilégiées, la voie injectable n'apportant un gain de temps que de quelques minutes. Les formes à libération immédiate (dites « LI ») seront particulièrement adaptées au traitement de la crise.

Les antalgiques tels que le paracétamol et le tramadol seront principalement utilisés.

- Le traitement de fond

Le traitement de fond a pour objectif de faire baisser le niveau douloureux de fond. Ces traitements reposeront sur des formes à libération immédiate ou à libération prolongée. Cette dernière apportant le bénéfice de réduire le nombre de prises médicamenteuses au cours de la journée. Les traitements de fond doivent être pris de manière régulière, à heure fixe, afin de permettre une couverture antalgique sur la journée, de manière continue. Les traitements de fond sont des antalgiques (paracétamol, tramadol LP, codéine), antidépresseurs et anxiolytiques.

Voyons à présent les différentes classes médicamenteuses utilisées dans la fibromyalgie.

- ▶ Les antalgiques

Parce qu'ils sont simples d'utilisation et parce que la douleur est le principal symptôme rapporté par les patients, les antalgiques seront souvent prescrits en premier lieu par le médecin généraliste.

Cependant, ils s'avèrent bien souvent peu efficaces, même utilisés en association. Les risques de mésusage et de surdosage sont importants, notamment avec les antalgiques apparentés aux opiacés, comme le tramadol (Perrot, 2007).

\* Le paracétamol, antalgique de palier I, utilisé dans le traitement des douleurs d'intensité faible à modérée, n'est pas, ou peu, efficace seul dans de traitement des douleurs chroniques. Il est nécessaire de l'utiliser en association, au tramadol par exemple. Cet antalgique de palier II, utilisé dans le traitement de douleurs d'intensité modérée à intense, présente l'avantage de soulager les patients, mais sur un court terme, obligeant sans cesse le médecin à augmenter les doses, augmentant par la même occasion le risque d'effets indésirables. Son mécanisme d'action n'est pas clairement identifié. Son risque principal d'utilisation est le surdosage : le patient devra respecter les intervalles de prise (de minimum 4 heures, 6 heures en général), avec une posologie maximale de 1 g par prise et 4 g par jour. Un surdosage en paracétamol cause une intoxication hépatique, par accumulation de son métabolite toxique (le NABQI), pouvant mener le patient jusqu'à la greffe de foie, voire la mort.

\* Le tramadol, par son action sur les récepteurs opioïdiques  $\mu$  du système nerveux central, ainsi que sur les voies sérotoninergiques et noradrénergiques, entraîne une action antalgique légèrement supérieure à la codéine, soulageant ponctuellement les patients. Fréquemment associé au paracétamol, son utilisation ne présente pas les inconvénients des molécules morphiniques (dépression respiratoire, accoutumance). Ses effets indésirables se limitent à des troubles digestifs (constipation, nausées, vomissements), et neurologiques (céphalées, vertiges, sédation). Il est conseillé de débiter un traitement par tramadol avec de faibles doses, puis d'augmenter ces dernières de manière progressive (dose maximale adulte = 400 mg par jour). Les nausées et vomissements sont fréquents en début de traitement, tandis que la constipation apparaît plus souvent lorsque le traitement est suivi au long cours. Son métabolisme par les cytochromes (P450 2D6 en particulier) expose les patients à des risques d'interactions médicamenteuses ; de plus, son activité monoaminergique potentialisatrice de la sérotonine expose les patients à un risque de syndrome sérotoninergique, en association avec des molécules augmentant les concentrations de sérotonine dans les synapses (cas des antidépresseurs sérotoninergiques par exemple, utilisés dans le traitement de la fibromyalgie).

Le tramadol présente l'avantage d'exister sous forme à libération immédiate, utile au traitement des crises, et sous forme à libération prolongée (sur 12 ou 24h), assurant un traitement de fond.

\* La codéine, autre antalgique opioïdérique faible pourra être utilisé au même titre que le tramadol, en prenant garde aux risques de somnolence (et donc de chutes), de dépression respiratoire (cas de surdosages), et de mésusage (risque addictif). La présence de paracétamol dans de nombreuses spécialités associées doit faire prendre conscience au patient du risque de surdosage et d'atteinte hépatique le cas échéant : la règle étant de ne pas dépasser 4 g par jour de paracétamol, toutes formes comprises. Le recours aux médicaments contenant de la codéine se fera en cas de pic douloureux, et non en traitement de fond.

Les médicaments à base de poudre d'opium associés à du paracétamol (LAMALINE®) pourront être utilisés au même titre que la codéine et que le tramadol, leur mécanisme d'action étant le même, de même que leur profil d'effets indésirables. Cependant, leur efficacité et leur intérêt dans la maladie n'ont pas été prouvés (Deleens, 2018).

\* La morphine et ses dérivés (Oxycodone, Fentanyl) ne sont pas recommandés par l'EULAR dans le traitement des douleurs liées au syndrome fibromyalgique (Macfarlane *et al.*, 2016).

En effet, leur action centrale au niveau des récepteurs opioïdériques  $\mu$ ,  $\kappa$ ,  $\delta$ , expose à un risque de dépendance, d'accoutumance et de dépression respiratoire, pour un bénéfice limité, entraînant une balance bénéfice-risque défavorable.

\* Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (ibuprofène, kétoprofène, naproxène, diclofénac), agissant par inhibition des cyclo-oxygénases (enzymes permettant la synthèse des prostaglandines à partir de l'acide arachidonique, des leucotriènes et du thromboxane A2) n'ont qu'une place limitée dans le traitement de la fibromyalgie. En effet, si certains patients ont décrit une amélioration de leur condition grâce à la prise d'AINS, leurs effets indésirables, en particulier sur les reins, le système cardiovasculaire et l'estomac (risque ulcéreux), liés à leur prise au moyen ou long cours, en font des médicaments dont l'utilisation est déconseillée. Ils ne doivent être utilisés qu'en cas de pathologie inflammatoire concomitante telle que l'arthrose en phase de crise, ou encore lors de céphalées. Ils ne doivent pas être utilisés en cas de fibromyalgie primaire, dans le seul but de traiter les douleurs. Dans tous les cas, leur utilisation doit être temporaire.

\* Les corticoïdes *per os* ne sont pas indiqués, en effet, leur utilisation au long cours expose à des effets indésirables non négligeables : prise de poids, troubles métaboliques et endocriniens, ostéoporose cortisonique, risque d'insuffisance surrénale à l'arrêt. Ainsi, ils n'ont aucune place dans la prise en charge du patient fibromyalgique.

Les injections locales de corticoïdes peuvent être réalisées ponctuellement, afin de traiter des points précis où la douleur ne serait pas diminuée par les différentes options thérapeutiques antalgiques traditionnelles (Perrot, 2007).

#### \* Les anesthésiques locaux

Utilisés pour essayer de comprendre la physiopathologie de la maladie, les anesthésiques locaux se montrent efficaces dans le traitement des douleurs chez plus de la moitié des patients.

La lidocaïne administrée de manière parentérale au niveau de sites douloureux, tels que les genoux ou les épaules, permet d'améliorer les scores de douleur et d'humeur pendant 30 jours après l'injection.

La kétamine, antagoniste des récepteurs NMDA, administrée localement au niveau des sites douloureux, permet, elle aussi, de réduire les douleurs chez plus de 50 % des patients. Cette efficacité montre qu'une sensibilisation centrale est bien à l'origine des douleurs chez les patients fibromyalgiques (Perrot, 2007).

Ces traitements sont utilisés alors que les preuves cliniques de leur efficacité restent faibles.

S'ils présentent des avantages pour un grand nombre de patients, leur utilisation n'est pas dénuée de risques, en particulier infectieux et de réaction locale au point d'injection.

Enfin, ces anesthésiques n'ont qu'un effet limité dans le temps, et les injections doivent être répétées, fait contraignant pour le patient. Les anesthésiques locaux ne sont pas utilisés en pratique courante.

#### ► Les antidépresseurs

Les antidépresseurs sont utilisés en second plan, après les antalgiques standards. Ils sont prescrits sous l'AMM des états anxiodépressifs associés au syndrome fibromyalgique, mais aussi et souvent hors AMM dans le traitement des douleurs.

\* L'amitriptyline (LAROXYL®) est le seul traitement qui fait l'unanimité dans les publications. Elle inhibe de manière non sélective la recapture des monoamines (noradrénaline et sérotonine), ce qui lui permet d'être efficace sur les douleurs, les troubles du sommeil ainsi que sur les troubles de l'humeur.

Cependant, étant non spécifique, elle présente de nombreux effets indésirables (site n°47) :

- Effet anticholinergique central et périphérique : constipation, troubles visuels, toxicité cardiaque, sécheresse buccale, rétention urinaire, hallucinations, délires ;
- Effet anti-histaminique H1 : sédation ;
- Effet adrénolytique ( $\alpha$ 1) : hypotension orthostatique.

Sa prescription est autorisée dans l'indication du traitement des douleurs neuropathiques périphériques de l'adulte.

Sa prise, sous forme de solution buvable, débutera à faible dose (5 à 15 gouttes le soir au coucher), puis les posologies seront progressivement augmentées jusqu'à atteindre une dose de 25 mg. Cette dose peut être majorée par des prises le matin et le midi (de 5 à 10 mg), toutefois, le patient devra être prévenu des risques de somnolence. La conduite de véhicules sera fortement déconseillée le cas échéant. La prise le soir permettra d'améliorer la qualité du sommeil (Deleens, 2018).

\* Deux autres antidépresseurs, la duloxétine (CYMBALTA®) et le milnacipran (IXEL®), sont faiblement recommandés par l'EULAR. Ils inhibent tous deux la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline, et sont dénués d'effets anticholinergiques, adrénolytiques et histaminergiques, ce qui les rend particulièrement intéressants du point de vue de la tolérance. La duloxétine présente comme effets indésirables les plus fréquents : les troubles digestifs (nausées, vomissements), céphalées, sensations vertigineuses, troubles du sommeil. Ces effets indésirables sont d'intensité faible à modérée et ont tendance à régresser avec le temps (site n°62).

Le milnacipran présente comme principaux effets indésirables les nausées et les céphalées, relevés en particulier au cours des deux premières semaines de traitement.

Ils seront tous deux prescrits hors AMM, la duloxétine à dose unique de 60 mg par jour et le milnacipran à dose de 100 mg par jour, en deux prises (Deleens, 2018).

Le niveau de preuve pour ces deux molécules est faible, même si certains patients décrivent une efficacité à court et moyen terme.

### ► Les antiépileptiques

Les antiépileptiques peuvent s'avérer utiles pour traiter les douleurs à composante neuropathique (fourmillements, sensations de brûlures...).

La gabapentine (NEURONTIN®) et la prégabaline (LYRICA®) sont couramment utilisées hors AMM. Ce sont toutes deux des analogues du GABA agissant au niveau de canaux calciques voltage-dépendant du SNC.

Leur efficacité est contrebalancée par des effets indésirables handicapants tels que la somnolence, les vertiges/étourdissements, et pour la gabapentine, les infections virales, associées à de la fatigue, et de la fièvre.

### ► Les autres options

Les autres traitements ne disposent pas de niveau de preuve suffisant pour être recommandés. Ils seront utilisés selon le bon vouloir des médecins, en fonction des plaintes du patient et de sa tolérance.

En cas de syndrome anxio-dépressif associé, l'utilisation d'anxiolytiques benzodiazépiniques (alprazolam, lorazépam, bromazépam) peut s'avérer utile, tout comme l'utilisation d'un antidépresseur autre que l'amitriptyline, si celui-ci ne suffit pas ou que le patient présente des contre-indications ou des effets indésirables trop importants.

Ponctuellement, en cas de troubles du sommeil importants, un hypnotique (zopiclone ou zolpidem) pourra être prescrit sur une courte durée (4 semaines maximum).

Les myorelaxants n'ont pas de place dans la prise en charge de la fibromyalgie dans la mesure où ils présentent des effets indésirables trop importants en regard de l'efficacité, jugée trop faible.

Aux USA, le cyclobenzaprine est recommandé, mais cette molécule ne dispose pas d'AMM pour sa commercialisation en France.

D'autres pistes paraissent intéressantes mais ne peuvent pas être utilisées de manière systématique et nécessitent des études plus poussées afin de déterminer si elles peuvent être, ou non, des options thérapeutiques envisageables. Parmi ces pistes, on peut citer les agonistes dopaminergiques, les antagonistes NMDA, les antagonistes de la substance P, la mélatonine et ses dérivés, les cannabinoïdes (absence d'AMM en France), l'oxybate de sodium.

Tableau 8 : Thérapeutiques médicamenteuses de la fibromyalgie (auteur, d'après les données du Vidal et du Dorosz)

Molécule (dci)	Classe thérapeutique	Indications	Posologies usuelles (FM)	Principaux effets indésirables	Contre-indications	Précautions d'emploi
<b>Paracétamol</b>	Antalgique de palier I	Douleurs	1-3g/jour (max. 4g/j) 1g max. par prise Intervalle de prise : 4 à 6h	Rares ou très rares Affections hépato-biliaires (surdosage)	Insuffisance hépatocellulaire Hypersensibilité à la molécule	Dose max : 4g/j Attention aux autres sources de paracétamol : Doliprane Codéiné®, Lamaline®, Ixprim®
<b>Tramadol</b>	Antalgique de palier II	Douleurs	50 à 100 mg 2 à 4 fois par jour Max. 400mg/j (formes LI et LP confondues)	Vertiges, céphalées, somnolence Nausées, vomissements, constipation Sécheresse de la bouche, asthénie  Surdosage : myosis, collapsus cardiovasculaire, troubles de la conscience, dépression respiratoire	Hypersensibilité Epilepsie non contrôlée Enfant < 15 ans Insuffisance respiratoire sévère Traitement par IMAO Association avec l'alcool, les psychotropes, les hypnotiques (précautions d'emploi : risque de dépression respiratoire)	Attention à la conduite de véhicules Risque de syndrome sérotoninergique (en association)  CYP 2D6 : polymorphisme  Tolérance et dépendance physique et psychique au long cours
<b>Amitriptyline</b>	Antidépresseur tricyclique	Douleurs Troubles du sommeil Dépression	10 à 75 mg par jour	Sécheresse buccale, troubles de l'accommodation, tachycardie, impuissance, troubles mictionnels Somnolence, sédation, inversion de l'humeur, angoisses paroxystiques Troubles cardiaques	Hypersensibilité Glaucome angle fermé Troubles uréthro-prostatiques Infarctus du myocarde récent Association aux IMAO non sélectifs	Attention en cas de trouble dépressif associé : risque de décompensation et risque suicidaire Surveillance cardiaque (médicaments torsadogènes) Décroissance lente à l'arrêt
<b>Duloxétine</b>	Antidépresseurs IRSNA	Dépression	20 à 120 mg/j	Nausées Vertiges, somnolence Hypersudation HTA	Insuffisance hépatique ou rénale chronique	Surveillance du risque suicidaire en début de traitement
<b>Milnacipran</b>			12,5 à 50 mg 2 fois par jour		Pathologie coronarienne HTA non contrôlée Rétention urinaire Allaitement	
<b>Prégabaline</b>	Antiépileptique	Douleurs neuropathiques	300 à 2 400 mg par jour (max. 3 600mg)	Infections virales, fièvre Anorexie, troubles digestifs Troubles du comportement, fatigue Somnolence Troubles visuels	Hypersensibilité	Risque de DRESS syndrome : surveiller l'apparition de fièvre ou d'éruptions cutanées
<b>Alprazolam</b>	BZD anxiolytiques	Anxiété	0,25 à 0,5 mg par prise Max 4g par jour	Troubles mnésiques Dépendance et tolérance Somnolence, sédation	Insuffisance respiratoire sévère Myasthénie Apnée de sommeil Insuffisance hépatique sévère Association de plusieurs BZD (précaution : risque d'accumulation des effets indésirables et de dépendance)	12 semaines de prescription Risque de dépendance
<b>Bromazépam</b>			Max 18mg par jour			
<b>Diazépam</b>			Max 40mg par jour			
<b>Lorazépam</b>			Max 7,5mg par jour			
<b>Zolpidem</b>	Z-drugs hypnotiques	Troubles du sommeil	5 à 10 mg par jour Max 10mg par jour			4 semaines de prescription Risque de dépendance Zolpidem : assimilé aux stupéfiants
<b>Zopiclone</b>			3,75 à 7,5 mg par jour Max 7,5mg par jour			

## Conseils relatifs aux ordonnances : en pratique

Pour cette sous-partie, nous nous appuyons sur un cas concret : Mme A., 34 ans, avec un diagnostic de fibromyalgie incertain. Elle est suivie par trois médecins différents : médecin généraliste de ville, rhumatologue, médecin de la douleur.

Consultation rhumatologique

ALD ?

Femme de 34 ans

CHU de Rouen

Service de Rhumatologie

Secrétariat ☎ 02.32.88.90.17

Pr O

né(e)

Sexe : F

Date de naissance : 17/02/1986

Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste)  
(AFFECTIION EXONERANTE)

Rouen le, 12/02/2018

Hydrocortancyl 1 amp par infiltration

Salazopyrine 500 mg 1 cp le matin

Augmenter de 500 mg toutes les semaines jusqu'à 2 cp le matin et 2 cp le soir (4g/j)

Acupan 20 mg x6/j max 6/j

Lamaline 2 gel x6/j max 10/j

Qsp 4 mois

Prescriptions SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée (liste ou hors liste)  
(MALADIES INTERCURRENTES)

Traitement chronique

**Hydrocortancyl** : corticoïde anti-inflammatoire, administré par infiltration au niveau des sites douloureux

**Salazopyrine (sulfasalazine)** : anti-inflammatoire intestinal, indiqué dans la RCH\* ainsi que dans la PR\* (symptômes digestifs) Ici, le traitement des symptômes digestifs associés à la FM\*

**Acupan (néfopam)** : antalgique de palier II, couramment administré par voie orale (ampoules IV à prendre sur un sucre)  
Effets anticholinergiques fréquents : sécheresse buccale, tachycardie, rétention urinaire, confusion mentale

**Lamaline (paracétamol + opium + caféine)** : antalgique de palier II, risque de tolérance et de dépendance à l'opium (même si dosage faible), effets indésirables de l'opium = constipation et risque de syndrome occlusif si consommation régulière - paracétamol = atteinte hépatique

\* RCH = rectocolite hémorragique, PR = polyarthrite rhumatoïde, FM = fibromyalgie

Consultation en centre d'évaluation et de traitement de la douleur (CETD)

  
SERVICE  
CENTRE EVALUATION ET  
TRAITEMENT DE LA  
DOULEUR

Docteur Tl

Le Havre,  
Le 05/03/2019

Concerne :  
Né le 17/02/1986

- LOCATION "TENS" POUR SIX MOIS CEFAR PRIMO +  
CHARGEUR PILES

+ 2 JEUX D'ELECTRODES PAR MOIS *carées*

Docteur *Pauline KESTER*  
Consultation Douleur  
N° Adeli 25440692

1/1

Location pour 6 mois maximum, puis achat de l'appareil avec une base de remboursement de 112,50 €

Faire préciser au patient la forme des électrodes (ou les zones du corps où les patchs sont destinés à être posés)  
2 jeux par mois : 1 jeu par tranche de 15 jours, base de remboursement d'environ 5,18 €)

Consultation de  
médecine générale

**CABINET DE MEDECINE GENERALE**

Docteur C

118 avenue du 8 mai 1945  
76610 LE HAVRE  
Tel : 02.35.49.21.11

*(Remplacement)*

Le HAVRE le Lundi 15 Avril 2019

**CYMBALTA 60MG GELULE 28 (Duloxétine)**  
1 gélule par Jour à avaler avec un verre d'eau.

**DIAZEPAM 5MG TEVA CPR 40 (Diazépam)**  
1 comprimé le matin, 1 le midi, et 2 le soir

*Jours*

**ORIGINAL à conserver par le patient**  
Pour les visites appel de préférence avant 10 h sauf urgence.  
Membre d'une A.G.A. le règlement des honoraires par chèque est accepté.

2

Durée de traitement de  
3 mois : chronique

3 Mois  
3 Mois

**Cymbalta (duloxétine) :** antidépresseur inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline  
Indication AMM : épisode dépressif majeur, douleur neuropathique du diabétique, trouble anxieux généralisé

**Diazépam :** benzodiazépine aux propriétés anxiolytiques, hypnotiques, anticonvulsivantes, myorelaxantes et amnésiantes  
Ici la posologie est de 20 mg par jour = posologie élevée  
Vidal : « la posologie habituelle chez l'adulte, dans l'anxiété, est de 5 à 20 mg par jour » et « le traitement doit être aussi bref que possible » et ne pas dépasser 12 semaines de traitement

Consultation de  
médecine générale

CENTRE MÉDICAL CHARLES-ROMME  
CABINET DES DOCTEURS C. D. ET R.  
TOUR 2 K. - 76610 LE HAVRE

Ordonnance sécurisée

DOCTEUR C  
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE ROUEN

REÇOIT SUR RENDEZ-VOUS



Le traite août 2019

- OXYCONTIN LP dix milligrammes  
un de matin et un le soir  
à délivrer le 30/08 cinquante six cp d'Oxycontin LP  
dix mg n° 1640  
OXYNORM ORO cinq milligrammes :

trois par jour  
à délivrer le 30/08 quatre vingt quatre cp d'Oxycontin LP  
pendant huit-huit jours ORO cinq mg.  
à délivrer en une fois n° 1641  
à la pharmacie Belle Étoile

**Oxycontin (oxycodone) :**  
analgésique opioïde fort,  
forme à libération  
prolongée (prise matin et  
soir)  
Régime des stupéfiants  
(prescription sécurisée de  
28 jours maximum, pas de  
chevauchement possible)

**Oxynormoro (oxycodone) :**  
analgésique opioïde fort,  
forme à libération  
immédiate (interdoses à  
prendre en journée), délai  
d'action rapide d'environ 30  
minutes  
Régime des stupéfiants  
(prescription sécurisée de  
28 jours maximum, pas de  
chevauchement possible)

5H022800050100

SAUF URGENCE, LES VISITES A DOMICILE DEVRONT ÊTRE DEMANDÉES AVANT 11 H.  
POUR LES MALADES NE POUVANT SE DÉPLACER.

MEMBRE D'UNE A.G.A. LE RÈGLEMENT PAR CHÈQUE EST ACCEPTÉ.

MÉDECINS DE GARDE : 02 32 73 32 33.

EN CAS D'URGENCE : SAMU 15.

N° AM

2

Chez cette patiente, on peut noter une escalade thérapeutique en termes d'analgésie. En effet, elle a débuté avec du paracétamol (LAMALINE®) et du néfopam (ACUPAN®), puis s'est vue prescrire du diazépam (effets myorelaxants) et de la duloxétine (CYMBALTA®, antidépresseur sérotoninergique à effet antalgique par stimulation des voies descendantes d'inhibition de la douleur - modulées par la sérotonine et la noradrénaline majoritairement -), puis un dérivé de la morphine (OXYCONTIN® = chlorhydrate d'oxycodone).

Le risque pour cette patiente est d'arriver très rapidement à un stade d'impasse thérapeutique, comme bien souvent chez les fibromyalgiques.

D'autre part, il faut faire attention au risque d'automédication, notamment par la prise d'AINS ou de paracétamol (DOLIPRANE®, DAFALGAN®, EFFERALGAN®), disponibles sans ordonnance. Le pharmacien devra s'assurer de l'absence de contre-indications (pour les AINS tels que l'ibuprofène, notamment la présence d'un ulcère gastroduodéal, de la prise d'anticoagulants, d'allergie à l'aspirine ou aux salicylés, ou encore s'il s'agit d'une femme enceinte) et s'inquiéter de la potentielle existence d'un risque de surdosage en paracétamol (Ex. prise de LAMALINE® de manière quotidienne et prise de paracétamol en automédication : les 4 g maximum par jour sont vite atteints !).

On peut résumer sous la forme d'un schéma (simplifié) cette escalade thérapeutique :

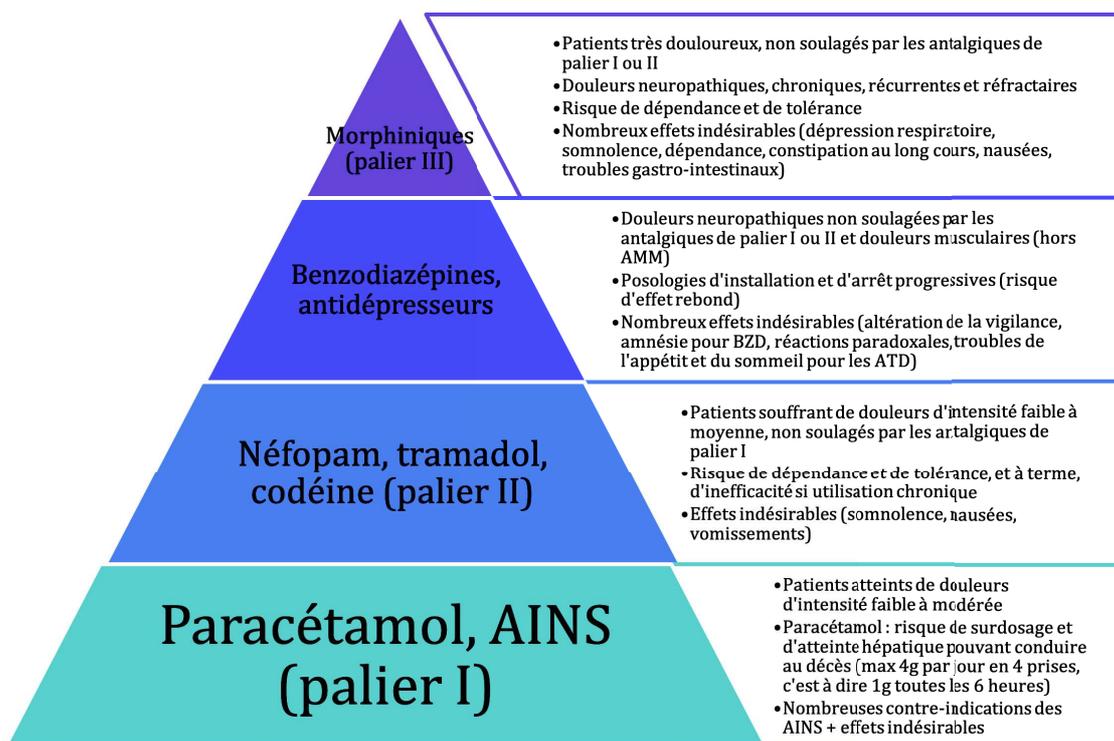


Figure 21 : Escalade antalgique (auteur, d'après le Vidal)

## iv. Règles hygiéno-diététiques

Afin de garantir la pérennité des bénéfices apportés par les différentes thérapeutiques, il est important que les patients adoptent (ou poursuivent) un mode de vie sain, en suivant quelques règles hygiéno-diététiques de base. Celles-ci sont proches de celles de la population générale, avec quelques adaptations liées à la condition des fibromyalgiques. Ces règles hygiéno-diététiques peuvent être classées en cinq catégories : alimentation, contrôle du poids, activité physique, sommeil et gestion du stress.

### a. Alimentation

Il est recommandé aux patients de consommer une alimentation riche en fruits et légumes, contenant des antioxydants. Une des hypothèses étiologiques avancée par Arranz et collaborateurs indique qu'un stress oxydatif pourrait être à l'origine de la maladie. Il ajoute que le régime végétarien présente des bénéfices, du fait de l'apport important en antioxydants (Arranz *et al.*, 2010).

La société brésilienne de rhumatologie recommande de diminuer les apports en sel, sucres, graisses et alcool, et d'augmenter la consommation de fruits, légumes et liquides (eau principalement). Cela permet d'éviter l'apparition d'autres maladies chroniques, telles que les maladies cardiovasculaires ou le diabète, et d'éviter l'apparition ou l'aggravation d'un éventuel surpoids. La combinaison d'antioxydants avec les antalgiques permet de diminuer les doses de ces derniers et d'apporter un effet supplémentaire sur les douleurs. Enfin, l'association de prise d'antioxydants avec une activité physique modérée permet de moduler le stress oxydatif pouvant être, au moins en partie, à l'origine de la symptomatologie des fibromyalgiques (Dias Battista *et al.*, 2016). La supplémentation en vitamines et minéraux est inutile dans le cas où le patient consomme une alimentation équilibrée. En effet, il n'a pas été montré de corrélation entre les concentrations sanguines de vitamines A, C, E et magnésium et le nombre de points sensibles, la sévérité des douleurs, l'état fonctionnel ou l'humeur des patients. Il est cependant connu que :

- Les folates et la vitamine B12 sont essentiels au fonctionnement normal du système nerveux central et qu'une déficience d'une ou plusieurs de ces vitamines entraîne des douleurs neurologiques périphériques ;
- Une déficience en vitamine C peut causer myalgies et douleurs osseuses ;

- Une déficience en vitamine D peut entraîner des douleurs musculo-squelettiques.

Si aucune supplémentation vitaminique n'est nécessaire ni recommandée, il peut dans certains cas, être intéressant d'informer les patients de l'intérêt de certaines vitamines et de certains minéraux dans le fonctionnement normal du muscle et du système nerveux.

Le magnésium est un minéral indispensable à la production d'énergie, en particulier dans le muscle. Il permet de contrôler l'intensité des contractions musculaires et agit sur l'anxiété. Le pharmacien pourra rappeler au patient, lors d'un entretien au comptoir, les aliments riches en magnésium (chocolat noir, légumes et fruits secs, céréales complètes, fruits de mer, légumes verts et eaux minérales riches en magnésium). La vitamine B6 possède des effets antalgiques (Driouchi, 2017). Les aliments riches en  $\omega 3$  (poissons gras des mers froides, huiles végétales) permettent une réduction du stress et des états dépressifs, et l'amélioration des capacités intellectuelles.

L'intérêt d'une supplémentation en vitamine D est une question récurrente dans le cadre de la fibromyalgie. En effet, sa concentration est souvent basse chez les patients en étant atteints. Les symptômes d'un déficit en vitamine D, principalement dus à une insuffisance d'exposition au soleil et à des apports alimentaires insuffisants, sont des douleurs musculaires diffuses, une fragilité osseuse (ostéomalacie chez l'adulte, rachitisme chez l'enfant), de la fatigue, des états dépressifs. En cas de doute sur l'apport en vitamine D, le médecin pourra décider de prescrire une supplémentation, en particulier dans les périodes de faible ensoleillement (d'octobre à mars). Les doses pourront être journalières : 800 à 1 000 UI par jour, ou espacées : 100 000 UI tous les trois mois ou 50 000 à 80 000 UI tous les mois par exemple. Il est bon de noter qu'un apport journalier est plus physiologique qu'un apport mensuel ou trimestriel. De plus, la vitamine D est mieux assimilée et le patient a donc davantage de bénéfices. Le pharmacien pourra, en même temps que la délivrance de vitamine D, conseiller au patient de s'exposer au soleil, au moins 15 à 30 minutes par jour, surtout au niveau du visage et des avant-bras, et de consommer une alimentation riche en vitamine D (poissons gras tels que le hareng, les sardines, le thon, le saumon, chocolat noir, lait, œufs).

En cas de difficultés à modifier ses comportements alimentaires, il est possible pour le patient de consulter un diététicien ou un nutritionniste, qui l'aidera à adopter un régime

alimentaire plus sain, en adéquation avec sa condition physique, ses capacités financières et sa fibromyalgie.

Rappels (site n°15)

Les besoins énergétiques chez la femme et chez l'homme vont dépendre de leur métabolisme de base ainsi que de leur activité physique. Les besoins moyens prennent en compte les NAP (niveaux d'activité physique), ainsi que l'IMC (indice de masse corporelle).

Ex. Pour une personne modérément active, entre 30 et 59 ans, avec un IMC de 22kg/m<sup>2</sup>, les besoins énergétiques seront compris entre 2000 et 2600 kcal/jour.

### ***b. Contrôle du poids***

Certaines études ont montré que les fibromyalgiques auraient un IMC plus important que les personnes non fibromyalgiques (Okifuji *et al.*, 2010). Cela pourrait résulter de l'insuffisance voire de l'inexistence d'activité physique qui entraînerait une diminution de la consommation énergétique corporelle, un stockage des graisses ainsi qu'une perte de masse musculaire. Cela pourrait concourir à l'entretien du cercle vicieux conduisant le patient vers un déconditionnement à l'effort.

D'autre part, le surpoids ou l'obésité représentent des facteurs aggravants de la maladie, en particulier au niveau des douleurs. La pression exercée sur les articulations, en particulier des membres inférieurs se trouve être plus importante chez les personnes avec un IMC élevé, en comparaison aux personnes avec un IMC « normal », conduisant logiquement à une augmentation des douleurs.

La perte de poids, même partielle, présente un bénéfice pour le patient, tant sur le plan des douleurs, sur la santé et le bien-être général que sur la prévention d'apparition d'autres maladies chroniques, en particulier cardiovasculaires et métaboliques (IDM, AVC, diabète de type II).

Rappels

**IMC** : indice de masse corporelle (= BMI en anglais) = [**poids (kg)/taille (m)<sup>2</sup>**], en kg/m<sup>2</sup>.

- IMC < 18,5 : maigreur
- IMC entre 18,5 et 24,9 : normal
- IMC entre 25 et 29,9 : surpoids
- IMC entre 30 et 34,9 : obésité de grade I
- IMC entre 35 et 39,9 : obésité de grade II (obésité sévère)
- IMC > 40 : obésité de grade III (morbide)

**Masse grasse** = masse grasseuse, correspond à la masse de tissu adipeux – doit être normalement comprise entre 25 et 30 % (femmes) et 15 à 20 % (hommes)

**Masse maigre** = correspond à la masse de tissu musculaire (muscles), d'eau et d'os

### *c. Activité physique*

Si l'exercice physique est le premier traitement recommandé lors de la prise en charge d'une fibromyalgie, il est important que le patient, au quotidien, respecte des périodes d'activité et de repos.

On peut distinguer deux types d'activité physique :

- L'activité physique quotidienne : déplacements actifs à pied ou en vélo, montée d'escaliers, activités domestiques comme le ménage, le bricolage, le jardinage et activités professionnelles. Ce type d'activité est à pratiquer tous les jours.
- La pratique sportive ou activité physique modérée : sports de loisirs ou de compétition, entretien physique. Chez le fibromyalgique, ce type d'activité physique doit se faire de manière modérée et graduelle, à raison de deux à trois fois par semaine.

La régularité de la pratique d'activité physique est importante, si possible tous les jours (6 jours sur 7). Il est important que le patient diminue progressivement ses comportements sédentaires et qu'il augmente en parallèle sa pratique d'activité physique, le but étant d'atteindre un équilibre entre les temps d'activité et de repos.

Concrètement, il faudra conseiller au patient de pratiquer une activité physique de manière adaptée, progressive en temps et en intensité et régulière, tout en respectant des temps de repos au cours de la journée.

Le patient devra multiplier les occasions de bouger : faire les courses, marcher au lieu de prendre le bus, préférer les escaliers à l'ascenseur, jardiner, promener son chien...

Les bénéfices de l'activité physique sont multiples et doivent à tout moment être rappelés au patient (site n°1) - Liste non exhaustive :

- Accroissement de la force musculaire ;
- Renforcement des capacités cardiaques et respiratoires ;
- Résistance à la fatigue et diminution de celle-ci ;
- Relaxation et réduction de l'anxiété et de la dépression ;
- Développement de l'équilibre, de la souplesse ;
- Prévention de la prise de poids.

#### ***d. Sommeil***

Il y a quelques règles de base, communes à la population générale, favorisant un sommeil de qualité (site n°31) :

- Limiter la consommation d'excitants après 17 heures : café, thé, sodas, boissons énergisantes, tabac, alcool ;
- Eviter les repas copieux ou riches en graisse le soir ;
- Eviter de pratiquer une activité physique ou stimulante au moins une heure avant le coucher ;
- Préparer un environnement favorable : chambre aérée une fois par jour, température de la chambre entre 19 et 20°C, au calme, isolée, avec un lit confortable (bon matelas, oreiller), aménagement de la chambre évitant les risques de chute, rideaux ou volets aux fenêtres pour éviter les perturbations du dehors, retirer les écrans de la chambre (facteurs stimulants) ;
- Adopter un rituel avant le coucher : lecture, relaxation, boissons calmantes (tisane, lait tiède), gestes du soir (lavage des dents, préparation des affaires pour le lendemain) : favorise le conditionnement au sommeil et raccourcit la durée d'endormissement ;
- Adopter des heures de coucher et de lever réguliers, en respectant une moyenne de huit heures de sommeil (entre sept et neuf heures) ;
- Dormir selon ses besoins, respecter ses cycles de sommeil, repérer son rythme de sommeil, ne pas faire de siestes longues durant la journée (pas plus de 20 minutes) ;
- Se lever dès le réveil, ne pas traîner au lit ;
- Pratiquer une activité physique régulière : au moins trente minutes par jour, trois jours par semaine, en plus des activités quotidiennes (courses, marche, ménage) ;
- Ne pas dormir avec son animal domestique ;
- Eviter de regarder les écrans le soir, qui stimulent l'activité cérébrale et empêchent l'endormissement rapide.

#### ***e. Gestion du stress***

La gestion du stress est un point important de la prise en charge des patients fibromyalgiques chez qui il est courant de retrouver un fond anxieux et de stress chronique.

Les techniques de relaxation (partie suivante) auront pour but d'aider à diminuer ce niveau de stress omniprésent. Il est important pour le patient de comprendre son stress et d'écouter son corps.

## **v. Techniques de relaxation**

La réduction du stress chronique, souvent présent chez les patients fibromyalgiques, et dans nos sociétés contemporaines en général, ne peut que concourir à une amélioration de l'état général et du bien-être du patient. Ces techniques, provenant pour la plupart de pratiques ancestrales asiatiques, présentent l'avantage d'être accessibles à tous et ne présentent pas d'effets indésirables. En revanche, elles bénéficient d'un niveau de preuve d'efficacité faible par l'EULAR, et ne sont - sauf dans le cadre d'une prise en charge spécialisée en centre de la douleur par exemple - pas prises en charge par la sécurité sociale. Ajoutons qu'elles peuvent être pratiquées en autonomie à la maison.

Dans son livre « Mieux vivre avec la fibromyalgie » (Deleens, 2018), le docteur Deleens, médecin au centre de lutte contre la douleur du CHU de Rouen, cite quelques-unes de ces techniques de relaxation.

Le tai-chi, le qi-gong (prononcé « chi gong »), ou encore le yoga, peuvent être rassemblés sous le terme de « méditations actives ». Ces dernières associent à des mouvements lents la maîtrise de l'énergie corporelle vitale. Cela permet de détourner l'attention qu'a le patient envers sa douleur, et de la focaliser ailleurs (respiration, contrôle du mouvement, pensées). De plus, les tensions sont relâchées et les positions favorisant le renforcement musculaire et l'assouplissement prennent part au reconditionnement physique.

Les méditations actives présentent l'avantage principal de ne pas provoquer de pics douloureux, les mouvements étant lents et maîtrisés par le patient, qui ressent lui-même ses limites.

Le qi-gong, signifiant « énergie et travail », associe des mouvements lents, une maîtrise de la respiration et une augmentation de la concentration. Il permet d'améliorer la souplesse et la musculature, par le maintien de certaines positions, et atténue les douleurs, dans la mesure où il est pratiqué régulièrement. Certains bénéfices ont pu être rapportés sur le sommeil et la qualité de vie générale.

Le tai-chi (ou tai-chi-chuan) est un art martial qui par le maintien de postures et la réalisation de gestes lents, permet de diminuer les douleurs, d'augmenter les performances physiques, d'améliorer la qualité du sommeil et d'avoir une meilleure gestion du stress.

Le Hatha-yoga ou autres yogas, techniques de méditation d'origine indienne, reposent sur la recherche d'un équilibre entre le corps et l'esprit. Le patient médite et se relaxe, tout en effectuant des postures qu'il maintient pendant plusieurs minutes.

D'autres techniques de relaxation peuvent être pratiquées et beaucoup de patients y trouvent une aide, et des bénéfices à plus ou moins long terme. Encore une fois, il s'agit, que ce soit pour l'une ou l'autre des techniques de relaxation (ou de méditation active), de les pratiquer régulièrement, et d'intégrer leurs principes aux comportements de la vie quotidienne. Une diminution du stress ne peut avoir lieu sans modifications des habitudes personnelles du patient.

La sophrologie (techniques de respiration) et la méditation diminuent le stress et aident à mieux gérer les douleurs. Une technique simple, que le pharmacien peut rapidement enseigner au comptoir, est la technique de respiration profonde (abdominale).

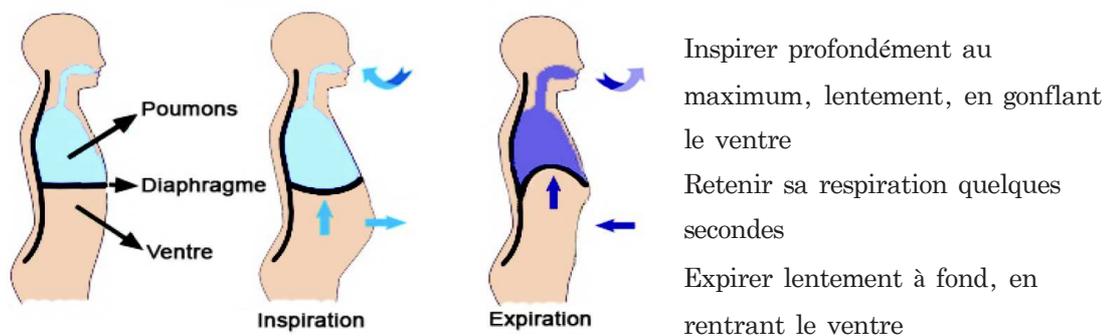


Figure 22 : Respiration profonde abdominale (site n°60)

L'acupuncture est une médecine ancestrale d'origine asiatique qui consiste à insérer de très fines aiguilles au niveau de points spécifiques (sur les méridiens). Elle permet de lever des « blocages » induits par des déséquilibres des énergies, liés à la maladie. Les quelques études portant sur l'acupuncture dans le traitement de la fibromyalgie ont montré une diminution des douleurs et du stress (diminution des douleurs pouvant aller jusqu'à 30 % - (site n°33)), ainsi qu'une amélioration de la qualité de vie.

Enfin, l'art-thérapie, définie comme « une pratique de soin fondée sur l'utilisation thérapeutique du processus de création artistique » permet de focaliser l'attention du patient sur autre chose que ses symptômes et de développer son sens créatif. La musicothérapie, ou thérapie par la musique (pratique et/ou écoute), semble apporter des bénéfices, notamment en termes de relaxation, bien qu'aucun niveau de preuve n'ait été établi pour ces deux techniques.

En règle générale, on pourra conseiller au patient de faire tout ce qui lui fait du bien (à l'exception de toutes conduites addictives bien sûr !), comme une sortie au cinéma, une journée au spa, une promenade en famille, lire... et d'encourager toute pratique de techniques de relaxation, que ce soit en autonomie (yoga, respiration profonde) ou par le biais de séances individuelles ou collectives (sophrologie, tai-chi, qi-gong).

## **vi. Ergothérapie**

L'ergothérapie est une méthode de rééducation et de réadaptation sociale, passant par l'activité physique et le travail manuel, et permettant d'aider les personnes en situation de handicap (mais pas seulement), de conserver et de préserver au maximum leur autonomie.

Son objectif est de « maintenir, restaurer, et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace. Elle prévient, réduit ou supprime les situations de handicap en tenant compte des habitudes de vie des personnes et de leur environnement » (site n°6).

Le professionnel de santé rattaché à l'ergothérapie est l'ergothérapeute. Son rôle est de jouer l'intermédiaire « entre les besoins d'adaptation des patients et les exigences de la vie quotidienne en société ».

L'ergothérapie trouve sa place dans la gestion de la douleur chronique, et l'ergothérapeute procédera en plusieurs étapes :

1. Evaluation de l'impact de la douleur chronique sur la vie quotidienne du patient (peut passer par le FIQR dans le cadre de la fibromyalgie).

2. Définition d'objectifs avec le patient et élaboration d'un programme d'activités thérapeutiques graduées, en prenant en considération ses besoins, ses envies et projets.

3. Mise en place de stratégies de gestion des symptômes, tout en conservant et en améliorant les capacités physiques (mobilité des épaules, force de préhension, tolérance à la position debout) et cognitives (concentration, attention, mémoire).

Exemples de stratégies : techniques de respiration, prise régulière de micro-pauses, alternance des positions de travail, aménagements du poste de travail et du domicile.

#### 4. Réalisation d'ateliers d'ergothérapie

Un des objectifs principaux est de maintenir et de renforcer l'autonomie du patient, en remplaçant ses mouvements habituels par des mouvements plus adaptés en prévention des douleurs (façon de se lever, de se coucher, de travailler, de cuisiner...) et en améliorant ses gestes habituels (prévention d'apparition de douleurs supplémentaires telles que les lombalgies ou les cervicalgies).

Les ateliers d'ergothérapie peuvent prendre part aux programmes d'ETP ou encore de séjours en centre de rééducation fonctionnelle. Les ergothérapeutes exercent rarement en ville et sont majoritairement présents en centre hospitalier ou en centre de rééducation (site n°58). Les séances ne sont pas remboursées.

En pratique, une séance d'ergothérapie s'organise sous la forme d'activités, pendant lesquelles les patients feront des gestes concrets et significatifs, basés sur leurs habitudes de vie : prise d'objets en main, cuisine, toilette, déplacements... L'ergothérapeute proposera des aides techniques spécifiques à chaque patient : déambulateur, pinces de préhension, siège de douche... ainsi que des réaménagements de l'espace de vie et/ou de travail pour faciliter son fonctionnement au quotidien. Il donnera également des conseils relatifs à la posture, afin de conseiller celles à éviter et celles recommandées, afin de prévenir l'apparition de douleurs supplémentaires, en particulier dorsales et cervicales.

L'approche de l'ergothérapeute sera globale, fonctionnelle et personnalisée. Il prendra connaissance des capacités fonctionnelles du patient (lors d'une évaluation en début de prise en charge), des contraintes sociales, familiales et professionnelles, et évaluera ses possibilités et capacités financières (site n°14).

Ci-après, quelques outils d'ergothérapie et aides proposées aux patients atteints de fibromyalgie. Ces outils sont disponibles à la vente auprès de magasins de matériel

médical (prestataires réalisant vente et location), mais aussi et surtout recommandés par le pharmacien. Ce dernier a souvent connaissance de l'environnement du patient, ce qui en fait l'interlocuteur le mieux placé pour conseiller des aides. Nous verrons que la plupart de ces outils sont onéreux et non remboursés. Nous y intégrerons des recours orthopédiques, pouvant être parfois demandés par les patients, ou proposés et recommandés par le médecin ou le pharmacien. Ils ne font pas à proprement parler partie des outils d'ergothérapie mais s'inscrivent dans le même objectif d'aider le patient à conserver son autonomie au quotidien et d'améliorer sa qualité de vie.

Tableau 9 : Outils d'ergothérapie, leurs objectifs et caractéristiques (auteur, d'après les sites n°7, 46 et 42)

Outil	Objectif	Caractéristiques
Table et pupitre inclinés	Facilitent le travail d'écriture Améliorent l'environnement de travail Évitent la prise de mauvaises postures	Inclinaison variable et réglable Base antidérapante
Coussin d'avant-bras	Évitent les douleurs aux poignets et mains liées à des positions de travail prolongées (travail sur ordinateur)	Coussin de positionnement
Coussin de dos	Préviennent les lombalgies liées à la position assise prolongée	S'adapte à la courbure du dos, permet de maintenir une position physiologique Peut se poser sur canapé, siège de bureau, lit..
Coussins de positionnement	Préviennent et soulagent les douleurs liées à des positions prolongées	Formes et tailles diverses : demi-lune, carrée, rectangulaire, traversin...
Pincettes de préhension	Permettent de ramasser des objets sans se baisser en cas de limitations fonctionnelles sévères	Utilisation facile Avec ou sans manche télescopique
Cannes	Facilitent le déplacement, notamment en cas de fatigue Soutiennent la reprise d'une activité physique	Différentes formes, tailles, avec ou sans accroche, avec ou sans dragonne, en plastique ou en bois, raide ou pliable...
Barres de maintien	Soutien lors de difficultés à maintenir la position debout (limitations fonctionnelles importantes)	Se positionnent dans la salle de bains, dans les toilettes, la cuisine
Siège de douche	Conservation de l'autonomie dans l'intimité, en cas de difficultés à maintenir la position debout (personnes âgées, limitations fonctionnelles importantes)	Sièges amovibles ou fixés au mur, avec ou sans barres de maintien
Ceinture lombaire	Prévention et soulagement des douleurs lombaires	Différents modèles selon l'utilisation (au travail, quotidienne) + modèles maternité Rigidités différentes selon le besoin de maintien
Correcteur de posture	Permettent d'avoir une posture adaptée et préviennent/réduisent les douleurs dorsales liées à une mauvaise posture	Taille ajustable Soulagement efficace des douleurs



Figure 23 : Outils d'ergothérapie - de gauche à droite et de haut en bas : coussin d'avant bras (site n°7), table inclinée (site n°46), chaise de douche (site n°46), pince de préhension (site n°46), barre d'appui (site n°46), coussins de positionnement (site n°46), ceinture lombaire (site n°42), cannes (site n°46)

## **vii. Médecines complémentaires**

Dans cette partie, nous aborderons trois médecines dites complémentaires, sous-entendu complémentaires des médecines allopathiques classiques. Nous y retrouverons la phytothérapie et une de ses catégories, l'aromathérapie, ainsi que l'homéopathie. Ces médecines complémentaires seront abordées (par l'équipe médicale, par le patient en automédication mais également sur conseil du pharmacien) en général dans un second temps, en cas de non efficacité, ou d'efficacité insuffisante des mesures de prise en charge recommandées, ou en complément de celles-ci. Elles seront également utiles lorsque le patient présente des contre-indications aux traitements habituels. On pourra y recourir en première intention lorsque le diagnostic de fibromyalgie n'a pas encore été posé. Le pharmacien pourra alors proposer des solutions « naturelles », sur conseil officinal, à chaque symptôme décrit par le patient. Cette médication ne doit pas retarder la pose d'un diagnostic et le patient doit discuter avec son médecin de son état de santé lors d'un rendez-vous ultérieur.

D'après Holdcraft et collaborateurs, environ 91 % des patients atteints de fibromyalgie ont fréquemment recours à des médecines complémentaires et alternatives (ces dernières comprennent l'acupuncture, les massages, les TCC et la phytothérapie et homéopathie), contre seulement 42 % de la population générale (Holdcraft *et al.*, 2003). En termes de résultats, il est difficile d'évaluer l'efficacité de ces médecines complémentaires, d'une part en raison du faible nombre d'études mises en œuvre et d'autre part, par la grande hétérogénéité des spécialités utilisées ainsi que leur mode de prise (tisanes, gélules, huiles essentielles par voie orale ou locale, doses d'homéopathie...). Il appartiendra à chaque patient de juger par lui-même de la place des médecines dites « naturelles » dans le traitement de sa pathologie, en prenant conseil auprès d'un professionnel de santé, médecin ou pharmacien, avant de prendre tout nouveau médicament en automédication. Cela, afin de s'assurer de l'absence de contre-indications et d'interactions (pharmacocinétiques et pharmacodynamiques ainsi qu'avec les autres médicaments prescrits, les fibromyalgiques étant très souvent polymédiqués) et de l'efficacité potentielle. Le pharmacien d'officine trouve ici une fois encore une place prépondérante, en effet, il ne faut pas confondre médecines naturelles (par les plantes notamment) et médecines douces ! Les principes actifs ont beau être

issus de la nature, ils n'en sont pas moins dénués de toxicité. De nombreuses plantes et principes actifs naturels présentent des contre-indications et peuvent s'avérer dangereux lorsqu'ils sont mal utilisés. Enfin, certaines plantes sont naturellement toxiques et donc dangereuses pour l'Homme.

Après une brève première partie de terminologie, nous résumerons sous forme d'un tableau les différents recours phytothérapeutiques et homéopathiques possibles en fonction des symptômes. Ces médecines peuvent être facilement proposées au comptoir par le pharmacien d'officine, étant toutes disponibles sans ordonnance.

### ***a. Généralités***

- Terminologies

**Phytothérapie** = médecine par les plantes (étymologie grecque : *phytos* = la plante et *therapeuo* = soigner). Les formes galéniques seront principalement des formes solides (gélules ou comprimés) de poudres de plantes totales ou d'extraits secs, ou bien de formes liquides (infusions, décoctions, macérations dans l'eau ou l'alcool (teintures, teintures mères) ou encore des mélanges eau/glycérine (extraits de plantes standardisées)).

**Aromathérapie** = branche de la phytothérapie, reposant sur l'utilisation des huiles essentielles (HE), obtenues par entraînement à la vapeur d'eau (les HE sont volatiles) à partir de plantes fraîches ou sèches.

**Homéopathie** = du grec *omoios* = semblable, *pathos* = souffrance, elle est complémentaire à l'allopathie mais est fondée sur des bases différentes que sont les trois principes suivants : la similitude (« toute substance capable d'induire à des doses pondérales chez le sujet sain des symptômes pathologiques, est susceptible, à doses spécialement préparées, de faire disparaître des symptômes semblables chez le malade qui les présente », Hahnemann, 1796), la globalité (prise en charge des symptômes mais aussi des caractéristiques physiques et psychologiques de l'individu), et l'infinitésimalité (préparation des remèdes à partir de souches d'origine végétale, animale ou minérale, par dilutions et dynamisations successives) (site n°36).

L'homéopathie présente l'avantage d'être administrable chez la femme enceinte et allaitante, contrairement à l'aromathérapie, qui est contre-indiquée (de même que chez

les enfants de moins de sept ou douze ans, les asthmatiques, les épileptiques), et à la phytothérapie, parfois déconseillée. Elle ne présente pas de risques d'interactions médicamenteuses, ni d'effets indésirables.

Son efficacité est contestée, mais il peut être intéressant d'y recourir en cas d'échecs des autres thérapeutiques et/ou en cas de demande personnelle du patient.

- Modes de prise

*Phytothérapie*

\* Gélules : selon la spécialité, 1 à 3 gélules par jour, à avaler avec un grand verre d'eau. Certaines plantes sont à prendre pendant ou en dehors des repas.

\* Infusions : la ou les plantes sont laissées en contact avec de l'eau bouillante qu'on laisse refroidir (au moins 10-15 minutes d'infusion).

\* Décoctions : faire bouillir dans l'eau une substance pour en extraire les principes solubles (eau maintenue à ébullition).

\* Macérations : laisser en contact les drogues avec de l'eau froide pour en extraire les composés solubles.

\* Teintures mères (ou alcoolature) : solution hydroalcoolique (eau/alcool) fabriquée à partir de plantes fraîches ayant macéré dans de l'alcool pendant plusieurs jours ou semaines. Les teintures mères sont utilisées pour la fabrication des médicaments homéopathiques (dilutions de la teinture mère) mais peuvent aussi être prises pures (ou diluées) par voie orale (site n°24).

\* EPS : à prendre pur (goût fort), ou dilué dans de l'eau, ou un jus de fruit. L'avantage des EPS est la forte concentration en principe actif permise par la conservation de la plante fraîche dans la glycérine.

*Aromathérapie*

Deux modes de prises seront ici intéressants : par voie orale et par voie locale.

\* Voie orale : 1 à 2 gouttes d'HE sur un comprimé neutre, un sucre ou dans une cuillère de miel.

\* Voie locale (application cutanée permettant un passage transcutané) : 1 à 5 gouttes d'HE diluées dans une huile végétale telle que l'HV de macadamia, l'HV d'argan, l'HV d'amande douce ou encore l'HV d'arnica. L'huile de macadamia présente l'avantage d'être l'huile la plus pénétrante, mais elle ne sera pas conseillée pour les massages, car

elle est très rapidement absorbée. L'huile d'arnica est particulièrement adaptée pour les massages à visée décontractante et antalgique.

L'inhalation ou la diffusion pourront être utilisées pour la prise en charge du stress ou de l'anxiété, ou encore des troubles du sommeil. Dans ce cas, déposer quelques gouttes d'HE sur un mouchoir ou une mèche neutre et respirer quelques instants (inhalation) ou diffuser à l'aide d'un diffuseur ou par dépôt de quelques gouttes sur une pierre prévue à cet effet, en général durant 20 à 30 minutes. Penser à retirer le diffuseur avant de se coucher dans le cas d'une diffusion dans la chambre. Attention, toutes les HE ne peuvent pas être inhalées ou diffusées ! De même, il ne faudra pas utiliser la diffusion en cas de présence d'animaux, d'enfants ou de personnes allergiques ou asthmatiques dans la même habitation.

### *Homéopathie*

La prise se fera sous forme de granules, en général à la posologie de 3 à 5 granules 3 fois par jour, au dosage de 5 à 9CH (basses dilutions pour le traitement des symptômes locaux – moyennes dilutions pour des symptômes plus généraux), à distance des repas et du brossage des dents (l'alimentation et la présence de menthol dans les dentifrices réduisent l'absorption par induction d'une vasoconstriction des microvaisseaux sous la langue).

#### ***b. Symptômes et prise en charge en médecine complémentaire***

Le tableau suivant rassemble les principaux symptômes de la fibromyalgie et présente les possibilités de prise en charge en phytothérapie, aromathérapie et homéopathie. Il a été établi à partir de différents ouvrages (*Manuel pratique de phytothérapie ; Plantes médicinales, traditions et thérapeutiques ; Le conseil en phytothérapie ; Guide de l'homéopathie ; Schémas et protocoles : Thérapeutique homéopathique*) et ne prétend pas être exhaustif.

Tableau 10 : Principaux symptômes de la fibromyalgie et leur prise en charge en médecine complémentaire (auteur, d'après Boghossian *et al.*, 2004 ; Fleurentin *et al.*, 2007 ; Ollier, 2011 ; Horvilleur et Boyer, 2016 ; Baudoux, 2017 ; Boulet et Demonceaux, 2017)

Symptôme	Phytothérapie	Aromathérapie	Homéopathie
Troubles du sommeil	<p><b>Passiflore</b> (<i>Passiflora incarnata</i>, Passifloraceae, parties aériennes)</p> <p><b>Eschscholtzia</b> (<i>Eschscholtzia californica</i>, Papaveraceae, parties aériennes)</p> <p><b>Valériane</b> (<i>Valeriana officinalis</i>, Caprifoliaceae, racines)</p> <p><b>Aubépine</b> (<i>Crataegus oxyacantha</i>, Rosaceae, sommités fleuries)</p> <p><b>Houblon</b> (<i>Humulus lupulus</i>, Cannabaceae, cônes femelles)</p>	<p>HE <b>mandarine</b> (<i>Citrus reticulata</i>, Rutaceae)</p> <p>HE <b>petit grain bigarade</b> ou bigaradier (<i>Citrus aurantium</i>, Rutaceae)</p>	<p><i>Kalium phosphoricum</i> 15CH (fatigue nerveuse)</p> <p><i>Ignatia amara</i> 15CH (émotion, hypersensibilité)</p>
Fatigue/asthénie	<p><b>Ginseng</b> (<i>Panax ginseng</i>, Araliaceae, racines)</p> <p><b>Argousier</b> (<i>Hyppophae rhamnoides</i>, Elaeagnaceae, baies) (contient vit C)</p> <p><b>Camu-camu</b> (<i>Myrciaria dubia</i>, Myrtaceae, fruits, contient vitamine C et antioxydants + effet anti-inflammatoire)</p> <p><b>Cacaoyer</b> (<i>Theobroma cacao</i>, Malvaceae, fèves)</p> <p><b>Eleuthérocoque</b> (<i>Eleutherococcus senticosus</i>, Araliaceae, racines)</p> <p><b>Kola</b> (<i>Cola nitida</i> et <i>Cola acuminata</i>, Malvaceae, amandes)</p> <p><b>Maté</b> (<i>Ilex paraguariensis</i>, Aquifoliaceae, feuilles)</p> <p><b>Guarana</b> (<i>Paullinia cupana</i>, Sapindaceae, graines)</p> <p><b>Café</b> (<i>Coffea</i> sp., Rubiaceae, graines)</p> <p><b>Thé vert</b> (<i>Camellia sinensis</i>, Theaceae, feuilles)</p> <p><b>Cannelle</b> (<i>Cinnamomum verum</i>, Lauraceae, écorce des tiges)</p> <p><b>Eglantier</b> (<i>Rosa canina</i>, Rosaceae, fruits)</p>	<p>HE <b>épinette noire</b> (<i>Picea mariana</i>, Pinaceae, aiguilles et rameaux)</p> <p>HE <b>pin sylvestre</b> (<i>Pinus sylvestris</i>, Pinaceae, aiguilles et fruits = pomme de pin)</p> <p>HE <b>menthe poivrée</b> (<i>Mentha piperita</i>, Lamiaceae, part. aér.)</p>	<p><i>Silicea</i> (patient faible, las, découragé)</p> <p><i>Arnica</i> (patient surmené, épuisé, solitaire)</p> <p><i>Calcarea carbonica</i> (asthénie et vulnérabilité aggravées par l'effort mental ou physique)</p>
Douleurs	<p><b>Curcuma</b> (<i>Curcuma longa</i>, Zingiberaceae, rhizome)</p> <p><b>Harpagophyton</b> (<i>Harpagophytum procumbens</i>, Pedaliaceae, racines)</p> <p><b>Cassis</b> (<i>Ribes nigrum</i>, Grossulariaceae, feuilles)</p> <p><b>Reines des prés</b> (<i>Filipendula ulmaria</i>, Rosaceae, sommités fleuries – contient de l'acide salicylique)</p> <p><b>Saule</b> (<i>Salix</i> sp. Salicaceae, écorce des tiges, feuilles)</p> <p><b>Scrofulaire noueuse</b> (<i>Scrofularia nodosa</i>, Scrofulariaceae, racines, sommités fleuries)</p> <p><b>Frêne</b> (<i>Fraxinus</i> sp. Oleaceae, feuilles)</p> <p><b>Mélisse</b> (<i>Melissa officinalis</i>, Lamiaceae, feuilles, sommités fleuries)</p>	<p>HE <b>gaulthérie couchée</b></p> <p>HE <b>Eucalyptus citronné</b></p> <p>HE <b>romarin à camphre</b> (antalgique et décontractant)</p> <p>HE <b>thym saturéoïde</b> (antalgique, immuno-modulateur) ou <b>thym à thymol</b></p> <p>Diluer dans HV <b>arnica montana</b></p>	<p><i>Bryonia</i> 9CH</p> <p><i>Lachnantes tinctoria</i> 9CH</p> <p><i>Rhus toxicodendron</i> 9CH (douleurs surtout aggravées par la fatigue)</p> <p><i>Ruta graveolens</i> 5CH</p> <p><i>Arnica</i> (douleurs accentuées par les émotions violentes)</p>

Insomnie, anxiété, nervosité	<p><b>Lavande vraie</b> (<i>Lavandula angustifolia</i>, Lamiaceae, fleurs)</p> <p><b>Laitue vireuse</b> (<i>Lactuca virosa</i>, Asteraceae, feuilles et tiges)</p> <p><b>Tilleul</b> (<i>Tilia cordata</i>, Tiliaceae, fleurs)</p> <p><b>Oranger</b> (<i>Citrus sinensis</i>, Rutaceae, feuilles, boutons floraux)</p>	<p>HE <b>Petit grain bigarade</b></p> <p>HE <b>Camomille allemande</b></p> <p>HE <b>Marjolaine à coquilles</b></p>	<p><i>Ignatia amara</i> 15CH (stress qui rend hypersensible)</p> <p><i>Gelsemium</i> 15CH (stress qui inhibe)</p> <p><i>Arsenicum album</i> (épuisement, dépression, anxiété)</p> <p><i>Argentum nitricum</i> (trac, phobies, anticipation)</p> <p><i>Psorinum</i> (patient désespéré qui se sent incurable)</p>
Ballonnements (SCI)	<p><b>Fenouil</b> (<i>Foeniculum vulgare</i>, Apiaceae, graines)</p> <p><b>Angélique</b> (<i>Angelica archangelica</i>, Apiaceae, racines)</p> <p><b>Verveine odorante</b> (<i>Lippia citriodora</i>, Verbenaceae, feuilles)</p>		
Concentration	<p><b>Ginseng</b> (<i>Panax ginseng</i>, Araliaceae, racines)</p> <p><b>Eleuthérocoque</b> (<i>Eleutherococcus senticosus</i>, Araliaceae, racines)</p>		<i>Gelsemium</i> 9CH (stress accompagné de troubles de la concentration)
Syndrome du côlon irritable	<p>Antispasmodiques : <b>Camomille allemande, Fenouil, Carvi, Menthe poivrée, Angélique, Badiane, Coriandre</b></p> <p>Douleurs abdominales : <b>Achillée millefeuille, Matricaire, Mélisse, Menthe poivrée</b></p> <p>Inflammation intestinale : <b>Curcuma, Réglisse</b></p>	<p>HE <b>camomille noble</b></p> <p>HE <b>menthe poivrée</b></p>	
Etat dépressif	<p><b>Millepertuis</b> (attention aux interactions médicamenteuses)</p> <p><b>Griffonia</b> (5HT)</p> <p><b>Safran</b></p>	<p>HE <b>Ravintsara</b> (massage)</p> <p>HE <b>Verveine citronnée</b> (<i>per os</i>)</p> <p>HE <b>Ylang-ylang</b> (massage)</p>	

Ci-après, quelques fiches conseils en médecine complémentaire en fonction des différents symptômes.

Exemples de conseils pouvant être proposés (1 exemple par plainte) - non exhaustif (d'après Weiss et Fintelmann, 2004).

## FATIGUE

*« Je suis fatiguée, je n'arrive plus à faire quoi que ce soit, j'ai l'impression d'être vidée de toute mon énergie. Je n'arrive même plus à faire une liste de courses... »*

### **Conseils :**

Plantes à vitamine C : 2 cuillères à café de Camu-Camu en poudre tous les matins (dans un verre d'eau ou dans un yaourt) pendant 30 jours.

Plantes psychostimulantes (xanthines) : Tisane à base de Guarana et de Maté, 1 cuillère à café de chaque pour 100 mL d'eau à faire infuser 15 minutes. Boire 1 tasse 3 fois par jour. Ne pas consommer après 16h (risque d'insomnies).

Plantes adaptogènes : Ginseng, 100 mg d'extrait sec le matin et 50 mg à midi pendant 2 à 3 semaines + Rhodiola, 100 à 300 mg d'extrait sec matin et midi à 30 minutes de prise alimentaire, pendant 10 à 20 jours suivis de 2 semaines d'arrêt (Ollier, 2011).

Aromathérapie : 1 à 2 gouttes d'HE d'épinette noire mélangée à 1 à 2 gouttes d'HE de pin sylvestre dans une cuillère à soupe d'huile végétale (abricot, macadamia ou argan) à appliquer sur la zone lombaire en massage doux, jusqu'à pénétration complète.

**Règles hygiéno-diététiques** : savoir alterner les moments de repos et d'activité, pratiquer une activité physique quotidienne faible à modérée (marche, vélo) afin d'entraîner une fatigue physiologique en fin de journée, pratiquer des exercices de relaxation, adopter un mode de vie sain : consommer des fruits et légumes, riches en vitamines et minéraux nécessaires au bon fonctionnement de l'organisme et en particulier du système nerveux, limiter la consommation d'excitants (café, boissons énergisantes), qui n'entraînent qu'un regain d'énergie ponctuel et de courte durée et modifient l'équilibre corporel. Se fixer des objectifs à court terme dans un premier temps et faciles à réaliser puis allonger les échéances et augmenter les exigences. Dormir suffisamment mais pas trop, ne pas faire de siestes de plus de 20 minutes, 1 fois par jour (cercle vicieux de la fatigue).

Faire des cures de vitamine C à l'approche des changements de saison (automne, printemps) : 1g tous les matins pendant 1 mois, en une prise ou deux soit 500 mg matin et midi.

## DOULEURS

*« J'ai surtout mal au niveau du cou, des genoux et des cuisses : ça me fait comme des crampes. C'est difficilement supportable »*

### **Conseils :**

Tisane « anti-douleurs » : Mélanger 10g de feuilles de cassis, 10g de fleurs de reine des prés, 10g de racines d'harpagophytum, 10g d'écorce de saule et 10g de feuilles de frêne. Faire infuser 1 à 2 cuillères à café du mélange pour 200 mL d'eau, pendant 10 minutes. Boire cette infusion matin et soir.

Curcuma gélules : 500 mg 3 fois par jour (aux principaux repas)

Massages à l'HE de Gaulthérie couchée, eucalyptus citronné et romarin à camphre et huile d'Arnica : Dans 100 mL d'huile végétale d'Arnica, mélanger 1 mL d'huile essentielle de Gaulthérie couchée, 1 mL d'HE d'eucalyptus citronné ou 1 mL d'HE de thym saturéoïde et 1 mL de romarin à camphre (Baudoux, 2017).

Utiliser le mélange pour masser, d'abord légèrement puis plus en profondeur, les zones douloureuses.

Appliquer ensuite une poche de chaud sur les zones douloureuses et laisser poser 10 à 15 minutes.

L'application de ce mélange peut se faire 2 à 3 fois par jour. Bien se rincer les mains après application.

**Règles hygiéno-diététiques** : utiliser de manière raisonnable les antalgiques, ne pas en surconsommer, et respecter les intervalles de prise (4h minimum entre deux prises pour le paracétamol).

Pratiquer une activité physique régulière et adaptée aux capacités.

Pratiquer la relaxation et le coping : apprendre à faire face à ses douleurs et à vivre avec.

## INSOMNIES

*« Je n'arrive pas à dormir, je suis tellement stressée que cela m'empêche de me reposer. Je pense sans cesse aux douleurs qui reviendront le lendemain »*

### **Conseils :**

Plantes anxiolytiques et sédatives (en gélules ou tisanes) : Valériane (*Valeriana officinalis*), Houblon (*Humulus lupulus*), Mélisse (*Melissa officinalis*), Passiflore (*Passiflora incarnata*), Lavande vraie (*Lavandula angustifolia*), Eschscholtzia (*Eschscholtzia californica*)

Tisane n°1: 25 g de fleurs de lavande, 25 g de parties aériennes de Passiflore, 25 g de fleurs d'Eschscholtzia et 25 g de feuilles de Mélisse. 1 cuillère à soupe (càs) pour 200 mL d'eau. Boire 1 tasse de ce mélange au coucher.

Tisane n°2 : Passiflore 30 g, Valériane 30 g, Mélisse 30 g, Houblon 10 g. 1 càs pour 200 mL d'eau bouillante, infusion 10 à 15 min. Boire une tasse 30 minutes avant le coucher.

*Nb. La composition des tisanes varie en fonction des goûts du patient. Les quantités peuvent également être modifiées.*

Aromathérapie : HE bigaradier (*Citrus aurantium* var. *amara*)

Mettre 1 à 2 gouttes d'HE de bigaradier sur un mouchoir et inhaler dès que le stress se fait sentir. Respirer calmement et inhaler 2 à 3 fois dès que le besoin se fait ressentir.

Masser les épaules, le plexus solaire, la plante des pieds et la paume des mains avant le coucher avec 10 gouttes d'HE de bigaradier dans 3 càs d'HV d'amande douce.

Homéopathie : ZENALIA® 1 cp matin et soir dès que des symptômes de stress se font sentir. Ne pas dépasser 15 jours de traitement.

**Règles hygiéno-diététiques** : Au repas du soir, privilégier une alimentation légère et facile à digérer (proscrire les sucres rapides, les produits gras, salés, les épices...), avoir une literie de bonne qualité, une chambre calme, avec des volets, isolée de tout bruit, non surchauffée (19°C-20°C idéalement), n'utiliser le lit que pour dormir, ne pas y rester trop longtemps lorsque l'on est réveillé. Pratiquer une activité physique suffisante au cours de la journée et pratiquer la relaxation avant d'aller se coucher (yoga, sophrologie, respiration profonde).

## SYNDROME DU COLON IRRITABLE

*« J'ai mal au ventre, j'ai des ballonnements et je n'arrête pas d'alterner diarrhées et constipation. Je n'en peux plus ! »*

### **Conseils :**

Tisane à base de fenouil (*Foeniculum vulgare*), carvi (*Carum carvi*) et camomille allemande (*Matricaria recutica*) : mélanger 10 g de carvi avec 10 g de fenouil, 50 g de camomille allemande et 30 g de feuilles de menthe poivrée (amélioration du goût) : faire infuser 1 cuillère à café du mélange dans 150 mL d'eau pendant 15 minutes puis boire l'infusion à raison de 3 à 4 fois par jour. Réaliser des cures de plusieurs semaines à renouveler plusieurs fois dans l'année pour de meilleurs résultats.

En cas d'inflammation intestinale (Ollier, 2011) : EPS (extrait de plante standardisé) Curcuma + EPS Mélisse (à parts égales) à raison d'une cuillère à café pure ou dans un verre d'eau 5 jours sur 7 pendant 6 semaines.

Massages à l'huile essentielle de menthe poivrée : Mélanger 2 gouttes de menthe poivrée dans une cuillère à café d'huile de macadamia (excellent véhicule) ou d'huile d'amande douce puis masser lentement l'abdomen matin et soir.

**Règles hygiéno-diététiques** : Eviter la consommation de légumes crus, de céréales complètes, de café, de thé, d'épices, de fruits acides tels que la tomate ou les agrumes.

En période de crise : éviter les sucres, les aliments irritants ou gras, les plats en sauce, les fruits et légumes crus, les aliments difficiles à digérer, le pain frais et les boissons gazeuses. Privilégier la consommation d'aliments complets et légers (avoine, seigle, orge, riz, quinoa, pomme, banane, fruits rouges, légumes cuits, pomme de terre, volailles, poisson blanc, oeufs) et préférer les cuissons douces, boire de l'eau tout au long de la journée.

Associer aux mesures complémentaires la prise de probiotiques et de glutamine (agent favorisant la reperméabilisation intestinale).

Cures d'argile, 10 jours par mois : dans un verre d'eau, laisser reposer 1 cuillère à café d'argile verte pendant 12 heures puis boire la moitié du surnageant = eau argileuse, le matin à jeun et l'autre moitié le soir à distance des repas. Il est aussi possible de remettre en suspension l'argile avant de boire.

## ETAT DEPRESSIF LEGER

*« Je me sens désespérée, j'ai peur que mes douleurs ne me quittent plus jamais. Je ne sais plus quoi faire »*

### **Conseils :**

Plantes adaptogènes : ginseng, éléuthérocoque sous forme de tisanes (1 à 2 tasses par jour de 2 à 4 grammes infusés dans 200 mL d'eau) ou de gélules (0,5 à 4g d'éléuthérocoque par jour et 0,5 à 2 g de ginseng par jour, en plusieurs prises ou en prise unique, plutôt le matin).

Plante antidépressive : millepertuis sous forme de gélules d'extrait normalisé solide (contient hyperforine ou hypericine) de 300 mg 3 fois par jour. Les effets ne se manifesteront que 3 à 4 semaines après le début du traitement par millepertuis. L'utilisation de cette plante est déconseillée : en effet la dépression est une maladie qui doit être prise en charge par le milieu médical et par une psychothérapie ; ainsi, l'utilisation de millepertuis se limitera aux manifestations dépressives légères et transitoires et non aux dépressions vraies. De plus, le millepertuis présente l'inconvénient d'être un puissant inducteur enzymatique et le rend source de nombreuses interactions médicamenteuses. Le pharmacien trouve ici toute sa place, tant en prévention du risque d'interactions que de la détection de celles-ci.

**Règles hygiéno-diététiques** : Discuter avec un professionnel (psychologue par exemple) de ses émotions, sentiments, de sa maladie, pratiquer une activité physique régulière, favorable pour le moral. S'entourer et en parler avec ses proches.

## **c. Prise en charge officinale : communication**

### **i. Communication au comptoir : le patient fibromyalgique**

Rappelons quelques caractéristiques des patients fibromyalgiques et de la maladie :

- La fibromyalgie touche 2 à 4 % de la population française, avec une moyenne de 2,5 % des femmes et 0,5 % des hommes ;
- La moyenne d'âge se situe entre 25 et 50 ans (adultes « jeunes ») ;
- La prise en charge est globale et se fait principalement par le médecin généraliste, de manière moins fréquente par des médecins rhumatologues, médecins de la douleur... mais aussi kinésithérapeutes, coaches sportifs, diététiciennes, sans oublier le pharmacien d'officine ;
- Le diagnostic est posé plus ou moins rapidement, il existe souvent une errance médicale, pouvant aller de 1-5 ans (très souvent) à 10-15 ans (plus rarement) ;
- Il n'existe pas de traitement curatif, la prise en charge sera symptomatique et pluridisciplinaire, avec pour schéma de base :

« Activité physique – Psychothérapies – Médicaments »

Lorsqu'il se présente au comptoir, le patient fibromyalgique peut se trouver dans différents états d'esprit. Il appartiendra au pharmacien d'être attentif à ceux-ci et d'adapter son comportement en conséquence. La relation patient/pharmacien est aussi riche que compliquée à entretenir. Il est important que le pharmacien soit doté d'empathie, c'est-à-dire qu'il soit en mesure de repérer une émotion particulière chez un patient (par exemple la douleur, la tristesse), qu'il puisse la ressentir et déceler son origine, sans que cette émotion ne le submerge, puis qu'il la prenne en charge en retour pour aider le patient. Ce professionnel doit s'attacher à comprendre le patient et ses difficultés, en étant attentif à ses paroles, autant qu'à ce qu'il ne dit pas mais laisse entendre et avoir une capacité d'écoute active. Celle-ci consiste à laisser le patient s'exprimer, l'encourager à le faire en se montrant disponible et attentif, et poser quelques questions pour faire préciser au malade telle ou telle chose. Il s'agit également de décrypter les non-dits, les attitudes et d'être investi à cent pourcent dans l'échange avec lui, le tout dans un climat de confiance et de confidentialité. La reformulation est utile au pharmacien : elle encourage le patient à continuer de parler, oriente les propos

et permet une meilleure compréhension de la situation et des besoins du patient (Wable, 2018).

Ses modes de communication (verbale ou non verbale) seront adaptés à chaque patient qu'il prend en charge, et ce, afin d'agir au mieux dans l'intérêt du patient. Il est crucial d'éviter tout comportement de transfert ou d'effet « miroir », qui est un risque bien connu des soignants dans le cadre de la prise en charge des patients douloureux (*cf* entretien avec le Dr Deleens en annexe 12).

Le pharmacien d'officine est, pour tout patient, un professionnel de santé de premier recours, facilement accessible par tous et à tout moment (maillage officinal et service de garde et d'urgence pour les situations qui s'y rapportent). Ils peuvent le « consulter » sans rendez-vous et trouver alors non seulement des réponses à leurs interrogations, mais aussi une oreille attentive, un relais en cas de sortie d'hôpital, ou de toute consultation médicale, un coordinateur de santé entre les différents médecins, généraliste et spécialiste(s) mais aussi kinésithérapeute et infirmière, ainsi qu'une source de soutien supplémentaire. Le pharmacien pourra également proposer des aides complémentaires (aides matérielles pour la vie quotidienne, conseils hygiéno-diététiques) et gérer avec le patient les phases de crise ou pics pouvant survenir au cours de la maladie.

Au comptoir, la communication fait intervenir plusieurs protagonistes :

- En premier lieu le patient, qui se présente avec sa maladie (ou ses maladies en cas de comorbidités), ses ordonnances, ses questionnements, sa personnalité, ses émotions ;
- Le pharmacien, plus ou moins au fait de la pathologie (bien que fréquente, elle est bien souvent méconnue des professionnels de santé, toutes catégories confondues) ;
- La présence ou non d'aidant/entourage/famille du patient ;
- Un environnement spécifique : la pharmacie (au comptoir ou dans une salle d'entretien à l'écart).

Il est à noter que nous ne traiterons dans cette partie que la composante douloureuse de la fibromyalgie d'un point de vue de la communication : comment aborder les interactions avec un patient douloureux chronique ? Quelles sont ses spécificités ? Comment se comporter ? Quelle attitude avoir ?

Chaque patient est unique ; pourtant, il nous est possible de regrouper dans certaines catégories, des « types » de patient. Les réactions face à la douleur, et en particulier aux douleurs chroniques, impactant le quotidien, la vie personnelle, familiale et professionnelle des patients, sont différentes. Tandis que certains auront tendance à se sur-investir (hyperactivité, sport à outrance...), d'autres l'ignoreront totalement, et d'autres encore les mettront au centre de leur vie.

Dans son livre « Mieux vivre avec la fibromyalgie », Deleens en 2018 met l'accent sur l'importance de l'acceptation de la maladie. En effet, celle-ci est indispensable à un processus de prise en charge pour « aller mieux ». La douleur, omniprésente et de surcroît, sans cause réellement identifiée, est bien souvent difficile à accepter, génératrice d'angoisses, de contraintes dans la vie quotidienne, et enfin, modifie l'image de soi et ses rapports aux autres.

Le processus d'acceptation passe en partie par une phase de deuil : de même qu'un amputé doit apprendre à vivre avec un membre en moins, le fibromyalgique doit faire le deuil d'un état de santé complet. Il doit accepter que désormais, les douleurs font partie intégrante de sa vie. Cela ne signifie pas qu'il doive renoncer à être ce qu'il est, pas plus qu'à vivre ou aller mieux. Cette étape est cruciale, en partie pour rendre le patient actif de sa prise en charge : la motivation du patient, de même qu'un entourage présent et un soutien des équipes médicales seront autant de facteurs favorisant une prise en charge efficace et une amélioration de l'état de santé du malade.

Le patient doit accepter le fait d'apprendre à vivre avec la douleur, afin de mieux la maîtriser et la gérer au quotidien.

Les douleurs chroniques ont 3 composantes qui seront différentes chez chaque patient.

Tableau 11 : Les trois composantes de la douleur chronique (Deleens, 2018)

Composante émotionnelle	Composante cognitive	Composante comportementale
Agressivité Angoisse / anxiété Dépression / idées suicidaires Tristesse Peur Colère Fatigue / épuisement / lassitude Irritabilité / nervosité / impatience	Echec Incompréhension de soi-même, de l'entourage, au travail et dans le monde médical Avenir noir / peur de finir handicapé, en fauteuil roulant Culpabilité et dévalorisation de soi / perte de confiance en soi Injustice Acceptation Déni Aggravation / peur du mouvement / peur de la douleur Se sentir diminué ou anéanti Incapacité / invalidité / sentiment d'être diminué	Isolement Combat Ne plus rien faire Résister Bouger Rejet Recherche de ressources Lenteur Arrêt du mouvement / ne plus bouger Bouger trop Troubles du sommeil / insomnies

Il n'y a pas une façon de bien faire, ni un seul savoir-être pour le pharmacien : il lui appartient d'adapter son comportement et son discours à chaque patient.

La communication passe par les mots (phrasé, discours, vocabulaire), mais aussi par le non verbal (attitude, gestuelle, mimiques du visage). À tout moment, ce non verbal devra être en adéquation avec le discours tenu par le professionnel de santé.

Ainsi, l'énoncé « *Ce n'est rien !* » dit sur le ton de l'ironie, avec un sourire moqueur n'aura pas la même valeur que la même phrase, dite sur le ton de l'empathie, pour rassurer le patient en réponse à une inquiétude. Cette courte phrase, utilisée seule, reste cependant ambiguë. En effet, ce n'est jamais rien pour le patient ! Il faut alors préciser et expliquer ce que l'on entend par cet énoncé, au risque, en ne le faisant pas, de nier les douleurs pourtant bien réelles pour le patient. Ce dernier pourrait entendre « *Ce n'est rien... qui mérite mon attention !* ».

De même, certaines phrases sont à éviter car trop radicales, ou parce qu'on ne peut pas savoir comment évoluera la maladie, nous pouvons en citer quelques-unes (liste non exhaustive) :

- « Vos douleurs ne disparaîtront jamais » ;
- « Vous irez mieux en faisant cela, c'est certain » ;
- « Vous ne devez absolument plus faire cela » ;
- « Tout est dans la tête, arrêtez d'y penser et ça ira mieux » ;
- « Vous devez... » ou « Vous ne devez pas... », « Il faut... », « Il ne faut pas... ».

Le fait d'exclure totalement les douleurs de la conversation n'est pas une bonne stratégie. Il n'est pas bon de forcer un patient à en parler s'il ne le souhaite pas, mais détourner le sujet parce que le soignant est anxieux de l'aborder n'est pas la solution. Cette anxiété peut provenir d'une part de l'attitude du patient (patient désespéré, triste, en colère) et/ou du sentiment d'inutilité du pharmacien face aux douleurs chroniques : peu de solutions existent en effet, mais des conseils simples sont toujours bons à donner !

Les sentiments jouent pour beaucoup dans la douleur : la douleur entraîne souvent de l'anxiété, voire de la dépression, ou de la colère (sentiments négatifs), qui eux-mêmes influent sur la sensation physique douloureuse (Deleens, 2018). Une fois l'engrenage mis en route, c'est un cercle vicieux qui démarre. Le rôle du pharmacien est d'aider le

patient à transformer ces énergies et sentiments négatifs en pensées et actes positifs afin de remplacer ce cercle vicieux par un cercle vertueux de la gestion de la douleur, qui aidera à diminuer le niveau de stress, à adopter un mode de gestion optimale de la douleur et en général à accroître le sentiment de bien-être général.

Ce n'est qu'à partir du moment où le patient a passé l'étape d'acceptation, puis celle de l'adoption d'un cercle vertueux, qu'il sera réceptif aux techniques de gestion de la douleur : analyser les sensations douloureuses puis les gérer, tout comme les émotions. La prise en charge sera par la suite comme nous l'avons décrite plus tôt : activité physique « plaisir », adaptée et raisonnée, relaxation, techniques cognitivo-comportementales, éducation thérapeutique, plus ou moins accompagnées de thérapeutiques médicamenteuses.

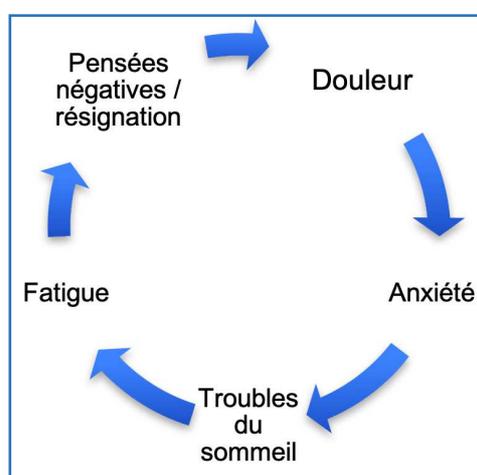


Figure 24 : Le cercle vicieux de la douleur (d'après Deleens, 2018)

Il faut souligner l'importance de la parole dans le contexte de la fibromyalgie.

La parole est le premier moyen de communication qui nous vient à l'esprit lorsque l'on se pose la question : « *Comment communiquer ?* ».

Pourtant, cela n'est pas toujours aussi simple lorsqu'il s'agit d'aborder les douleurs chroniques.

Beaucoup de patients fibromyalgiques se plaignent du manque d'écoute quant à leur maladie, ainsi que du problème de sa reconnaissance par les systèmes de santé. Découlant de cela, ils auront tendance à ne plus parler de leurs douleurs à leur entourage, voire à leur médecin, et à se renfermer sur eux-mêmes. D'autres patients tairont leurs souffrances par peur du jugement, d'autant plus que lors des explorations physiques, biologiques voire radiologiques, les résultats ressortent souvent normaux. Cela renforce l'anxiété et le repli sur soi.

Pour un patient en demande d'attention et d'écoute : le pharmacien ne doit pas tomber dans le piège de devenir le « psychologue » du patient. Même s'il est essentiel d'écouter le patient, ce qui est primordial tant pour le bien-être du patient que dans l'installation de la relation de confiance devant exister entre le malade et ses professionnels de santé, le pharmacien ne doit pas aller plus loin que ses prérogatives et devenir l'épaule sur laquelle le patient va s'appuyer. Une prise en charge au comptoir peut vite s'étendre dans le temps, d'autant plus si le patient est de type « bavard ». Il aura tendance à dériver vers des faits personnels, sa vie et le pharmacien perd alors les rênes de l'entretien. Il est important que celui-ci recadre régulièrement le patient, toujours en douceur, afin de lui faire comprendre qu'il n'est pas de son ressort de jouer le rôle de psychothérapeute. Il pourra alors renvoyer le patient, s'il le désire, vers un professionnel qualifié (psychologue ou psychiatre).

Le but est de trouver un équilibre entre l'écoute nécessaire afin de garantir une prise en charge globale du patient (plaintes physiques mais aussi état d'esprit) et les limites du cadre pharmaceutique. La limite entre ces deux notions est parfois floue et difficile à déterminer pour le pharmacien.

Rares sont les patients qui n'ont pas du tout besoin de parler de leurs souffrances, mais même rares, ils existent. Il revient au pharmacien d'accepter leur choix et de ne surtout pas les forcer à exprimer des sentiments dont ils ne veulent pas parler !

La HAS, dans son rapport de 2010 sur la fibromyalgie, relève quatre « stratégies » des patients face à leur maladie. Ces réactions (plus que des stratégies à proprement parler) ne sont pas propres à la fibromyalgie et peuvent tout à fait être rapportées à d'autres pathologies, en particulier lorsqu'elles provoquent des douleurs chroniques.

La première est la combativité : le patient lutte au quotidien contre la douleur et la fatigue, il met le travail au premier plan et se sur-investit. Il fait taire ses douleurs en écartant les loisirs et en reléguant sa vie de famille au second plan. Son souci principal est la préservation de l'image de soi et le contrôle de sa vie. En résumé, le patient fonctionne en mode « automatique » comme le ferait un robot, en négligeant totalement ses émotions et ressentis, et par conséquent ses douleurs.

Plus qu'une simple réaction face à la maladie, la combativité se présente comme un réel processus de défense, et comme tout processus de défense, elle protège le patient. Ce

dernier a besoin de temps et d'aide pour cheminer : il faut donc qu'il puisse parler, se confier et que le masque tombe progressivement.

Face à ce type de patient, il conviendra au pharmacien d'y aller en douceur, de ne pas le brusquer, en introduisant progressivement les notions de bien-être, de santé globale, et en (ré)intégrant les loisirs et la famille dans la vie du malade. Il faudra anticiper les peurs éventuelles du patient d'une décompensation brutale s'il « lâche prise ». En effet, en utilisant comme image une cocotte-minute qui serait sous pression depuis longtemps, il apparaît facile à comprendre qu'il ne faut pas l'ouvrir d'un coup, mais d'abord de faire redescendre la température afin de faire baisser la pression avant de soulever le couvercle. Pour le patient fibromyalgique, cela consistera à garder son train de vie actuel, tout en s'octroyant d'abord occasionnellement, puis de plus en plus souvent, des moments de repos, de loisirs en famille et de temps pour soi. L'utilisation de la métaphore s'avère souvent utile, en particulier lorsque l'on touche à la douleur.

Ainsi, les patients décrivent bien souvent leurs douleurs de manière subjective, comme des « coups de poignard », « brûlures d'estomac », ou de « cisaillements » (Cosnier, 2003).

#### Attitude du pharmacien face au patient combattif :

- **Se montrer ouvert à la discussion** : « Votre travail est très prenant, mais que pensez-vous d'organiser des activités le week-end avec vos enfants ? Cela vous ferait sortir et vous changerait les idées » ;
- **Savoir reconnaître les situations à risque de décompensation** : « Le nouveau poste que vous venez d'accepter semble très prenant. Il ne faudrait pas que cela vous submerge ».

La seconde réaction est l'adaptation, par laquelle le patient va modifier ses activités quotidiennes habituelles (en termes de qualité et de quantité), en fonction de ses nouvelles capacités et de son handicap fonctionnel. Cette stratégie est la plus facile à aborder pour le pharmacien puisqu'elle s'inscrit dans la ligne de conduite que l'on cherche à faire adopter par le patient. Il ne restera plus aux professionnels de santé qu'à recadrer légèrement le patient et donner quelques conseils relatifs à son nouvel état de santé. En général, ce « type » de patient pose des questions, est volontaire et ouvert aux nouvelles propositions.

### Communiquer avec un patient en phase d'adaptation :

- **Etre force de proposition** : « Je peux vous conseiller cette tisane qui vous aidera à retrouver un sommeil de meilleure qualité, et surtout si vous l'utilisez en complément des méthodes de relaxation dont nous avons parlé la dernière fois » ;
- **Personnaliser son conseil, prendre en compte les caractéristiques du patient et son cadre de vie** : « L'activité physique comme la marche est importante également : cela vous aidera à vous sentir mieux, et vous pourrez passer du temps avec votre chien ! » ;
- **Ne pas hésiter à admettre ses limites face à une question à laquelle on ne sait pas répondre** : « Est-ce que cela pourrait vous aider ? Je dois admettre que je ne connais pas ce médicament. Je vais me renseigner et je vous apporterai une réponse la prochaine fois que vous viendrez. Nous en reparlerons alors plus en détail ».

Le désespoir est avec la dernière réaction, l'une des plus compliquées à aborder. Le patient a perdu son estime de soi, a une vision dégradée de son image et n'entrevoit pas de solutions à son état de santé. Il se focalise sur les douleurs, le manque de sommeil et le handicap fonctionnel, le menant à cogiter en permanence. Il n'y a pour lui pas de solution claire et il a l'impression de se trouver dans une impasse. Il appartient au pharmacien de redonner espoir au patient sans le bercer d'illusions. Il n'existe pas à l'heure actuelle de traitement curatif de la maladie. En revanche, par des mesures simples telles que l'activité physique et la relaxation, ainsi que des habitudes de vie à considérer en adéquation avec son état de santé, il apparaît qu'une amélioration de l'état du patient est quasi-certaine. Afin de garantir des effets durables, le patient doit comprendre que ces nouvelles mesures doivent être conduites sur le long terme.

Le patient désespéré et découragé peut être triste à tendance dépressive. Il faudra jouer sur la fixation d'objectifs à court terme, au moins au début.

### Attitude du pharmacien :

- **Etre rassurant, sans en faire trop** : « Je comprends que cela soit difficile, mais il y a plusieurs choses que vous pouvez essayer : par exemple, il y a un groupe de méditation active qui se réunit tous les jeudis soir, vous pourriez y aller, cela pourrait vous faire du bien. Vous m'avez dit que vous adoriez la peinture, pourquoi ne pas essayer vous-même ? Vous pourriez peindre ce que vous ressentez, et comment vous aimeriez vous sentir » ;

- **Recadrer**, lorsque le patient se sent perdu : « Je peux, si vous le voulez, vous ré-expliquer vos traitements, et vous faire un plan de prise. Avez-vous vu récemment votre médecin traitant ? Cela pourrait être une bonne chose de refaire le point avec lui, afin de revoir l'utilité des médicaments et de parler avec lui de vos difficultés » ;
- **Rediriger vers un professionnel adapté lorsque cela est jugé nécessaire** : « Si votre famille ne vous comprend pas, c'est parce que vous vivez quelque chose que vous-même vous ne comprenez sans doute pas. Vous aimeriez peut-être en discuter avec quelqu'un ? Parfois, parler avec une personne extérieure peut aider à comprendre certaines choses, et débloquer une situation qui vous paraît inextricable ».

Le patient capitulatif a abandonné le combat. Il est terrassé par l'accumulation des problèmes et des changements qui s'opèrent dans sa vie. Tout semble insurmontable, il a perdu tout espoir de guérison ou d'amélioration de son état. Il est renfermé sur lui-même, a très souvent une dépression associée ou au moins une humeur à tendance dépressive, il a totalement ou presque perdu le contrôle de sa vie, de sa santé et de son image. Le patient est entièrement passif et se retrouve très souvent dans un état d'isolement familial et social. Ce type de patient est certainement le plus compliqué à aborder pour le pharmacien. Il convient en premier lieu de procéder étape par étape et de faire renaître chez le patient un espoir, un « mieux » à venir. La dépression devra être traitée, si elle est diagnostiquée, de manière adéquate et il faudra faire attention au risque de rechute par la suite, en particulier parce qu'au début de la prise en charge de la fibromyalgie par l'activité sportive, les symptômes ont tendance à s'aggraver.

Attitude du pharmacien :

- **Engager la discussion pour faire comprendre au patient qu'il n'est pas seul** : « Comment allez-vous ? Vous deviez revoir votre rhumatologue, comment s'est passé le rendez-vous ? » ;
- **Proposer son aide** : « Je suis là pour vous aider si vous avez des questions à propos de votre maladie ou de vos traitements. Nous pouvons aussi organiser un rendez-vous afin de prendre le temps et de voir ce que nous pourrions faire pour améliorer votre qualité de vie ».

La prise en charge au comptoir a pour maître-mot **l'adaptation**. Le conseil devra en effet correspondre à chaque patient en fonction de ses demandes personnelles, de ses prescriptions et de son état d'esprit (ou « type »). L'attitude optimale du pharmacien est celle d'écoute active, d'empathie et de coordinateur (des prescriptions mais aussi du parcours en général, en concertation avec le médecin général). Il favorisera la prise de parole et la verbalisation des douleurs, qui bien souvent soulage au moins en partie les patients. La frontière entre psychologue ou médecin et pharmacien est parfois mince et ce dernier peut facilement se trouver dépassé par les événements. Cela montre l'importance de recadrer de temps à autres la relation pharmacien/patient et d'orienter vers le professionnel adapté lorsque la situation l'exige.

Il ne faut pas non plus hésiter à reconnaître ses limites, surtout lorsqu'il s'agit d'une maladie qui, comme la fibromyalgie, est particulièrement récente. Même si des cas sont décrits depuis des centaines d'années, on ne parle de fibromyalgie que depuis quelques années. Les connaissances sont encore floues et disparates et la reconnaissance de cette pathologie fait aujourd'hui encore débat. Le pharmacien n'a pas besoin d'être convaincu que la maladie existe pour prendre en charge les douleurs du patient. Il pourra proposer de fixer un rendez-vous pour un entretien avec le patient afin de répondre au mieux à ses interrogations éventuelles ou pour faire le point. Cela laisse une marge de temps au professionnel pour se renseigner sur la maladie et pour prendre en charge le patient au mieux, sans la contrainte du temps souvent présente au comptoir (en plus de l'environnement : confidentialité pas toujours bien respectée, bruit aux alentours, téléphone...).

Une bonne communication passera par une clarté et une structure du discours, l'utilisation d'un vocabulaire simple et compréhensible par tous, une posture assurée et rassurante et la pratique d'une écoute active. Avec le temps, le pharmacien pourra instaurer un climat de confiance entre lui et le patient, afin de favoriser la parole et de proposer au mieux des solutions pour le malade, adaptés à sa condition. Bien sûr, ces règles générales de communication s'adaptent parfaitement à toute situation au comptoir, mais prennent d'autant plus leur importance dans le cadre de pathologies chroniques telles que la fibromyalgie.

## ii. Les outils de communication

- La parole avant tout : réponses d'un pharmacien aux plaintes de patients (exemples)

*« Je suis fatiguée, je n'arrive plus à faire quoi que ce soit, j'ai l'impression d'être vidée de toute mon énergie. Je n'arrive même plus à faire une liste de courses... »*

 *« D'après ce que vous me dites, je crois comprendre que vous souffrez de fatigue physique, mais aussi mentale/psychique. Nous pourrions faire le point ensemble sur une journée type, et voir les facteurs qui peuvent influencer votre état. Je peux vous proposer en complément, de la vitamine C et des plantes stimulantes comme le ginseng, qui vous aideront à retrouver un peu de vitalité. L'exercice physique léger, comme la marche peut également vous faire du bien, un petit peu tous les jours. Vous serez fatiguée en fin de journée, mais cela sera une bonne fatigue ».*

Continuer en posant des questions et en élargissant le champ : « Comment est votre sommeil ? », « Décrivez-moi un repas type » car bien souvent, une plainte peut en cacher une autre et il faut souvent creuser avant d'avoir toutes les données entre les mains !

*« J'ai surtout mal au niveau du cou, des genoux et des cuisses : ça me fait comme des crampes. C'est difficilement supportable. »*

 *« Les douleurs que vous me décrivez sont fréquentes chez les fibromyalgiques. Il existe des solutions pour vous soulager : je peux vous conseiller de faire des massages avec une préparation à base d'huiles essentielles. La gaulthérie a une action anti-inflammatoire, et le romarin à camphre est anti-douleur et décontractant. Les sportifs l'utilisent en préparation d'une séance ou d'une épreuve, et après, comme préparation de récupération. Vous pouvez diluer ces huiles dans de l'huile végétale d'Arnica. Après le massage, l'application de chaud avec une poche à glace pendant une dizaine de minutes renforcera l'effet décontractant.*

*Cela aura une action sur les douleurs déjà présentes, il est important que vous pratiquiez une activité physique quotidienne, même faible au début. Vous pouvez faire de la marche, de la natation et même des séances d'étirement. Beaucoup de patients disent que cela leur fait du bien, même si cela peut être dur au début. »*

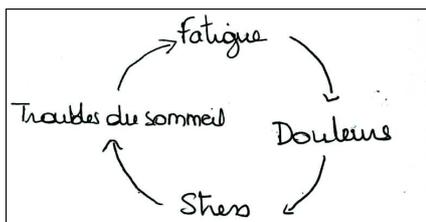
Ne pas cacher les difficultés auxquelles le patient pourrait faire face, et donner les bénéfices auxquels le patient peut prétendre (diminution des douleurs, amélioration des capacités physiques...).

*« Je n'arrive pas à dormir, je suis tellement stressée que cela m'empêche de me reposer. Je pense sans cesse aux douleurs qui reviendront le lendemain... »*



*« Il existe des médicaments pour vous aider à vous relaxer et à dormir, mais il serait bon d'associer des méthodes de relaxation à la prise de médicaments. Les plantes comme la valériane et la passiflore sont très utilisées dans le domaine du sommeil ; elles possèdent également une activité sur la réduction du stress ».*

Ne pas hésiter à faire un schéma du cercle vicieux de la douleur et de la fatigue pour que le patient comprenne bien :



*« En traitant votre stress et en améliorant votre sommeil, ainsi qu'en associant une activité physique régulière et une bonne hygiène de vie, vous pourrez voir votre état s'améliorer et vos douleurs diminuer. Les bénéfices seront visibles si vous faites cela sur le long terme. Vous pouvez également tenir un journal sur vos douleurs en notant chaque jour votre niveau de douleurs, les endroits douloureux, et les choses qui vous soulagent. Vous pouvez faire la même chose à propos de votre stress, de vos émotions et en parler à un psychologue qui vous aidera à aller mieux. »*

*« J'ai mal au ventre, j'ai des ballonnements et je n'arrête pas d'alterner diarrhée et constipation. Je n'en peux plus... »*



*« Vous souffrez de troubles du transit qui peuvent être contraignants au quotidien. En avez-vous parlé à votre médecin ? » « Qu'avez-vous essayé jusqu'à présent ? Qu'est-ce qui vous a soulagé ? »*

Il est important de rassembler le plus d'informations possibles sur le patient, sur ses symptômes et ses demandes.

*« Pour vos douleurs intestinales, vous pouvez appliquer en massage plusieurs fois par jour un mélange à base d'huiles essentielles (camomille, menthe poivrée) diluées dans une huile végétale (arnica, amande douce). Certaines plantes possèdent des propriétés antispasmodiques, comme le fenouil, le carvi, ou encore la mélisse. Vous pouvez les consommer sous forme d'infusion, à raison de 2 à 3 fois par jour. Pour traiter vos troubles du transit, diarrhée et constipation, je vous conseille de prendre des probiotiques qui vont réensemencer et rééquilibrer votre flore intestinale et favoriser un*

retour à la normale. Le mieux est de faire une cure de quelques semaines par mois, plusieurs fois par an, afin de limiter les rechutes ».

*« Je me sens désespérée, j'ai peur que mes douleurs ne me quittent plus jamais. Je ne sais plus quoi faire. »*



*« L'amélioration de votre moral passera par l'amélioration de vos douleurs. Il n'y a pas de solution miracle, et elles ne disparaîtront sûrement pas toutes seules, mais vous pouvez apprendre à vivre avec. Cela passe principalement par l'activité physique. C'est le seul traitement qui a montré son efficacité dans les études portant sur la fibromyalgie. Je vous conseille de pratiquer une activité physique légère tous les jours, par exemple, vous pouvez aller acheter votre pain ou promener votre chien, utiliser les escaliers au lieu de l'ascenseur et descendre un arrêt de bus avant votre arrêt prévu afin de marcher un peu. Une à deux fois par semaine au début, puis en augmentant le nombre de séances, pratiquez une activité légère à modérée. Des groupes de sport existent, ils pratiquent de la natation, de la marche nordique ou encore des cours de stretching. Beaucoup de patients en disent du bien et voient leurs douleurs diminuer ! Pour les premières séances, il est possible que vous ressentiez une aggravation de vos douleurs mais cela ne doit pas vous décourager.*

*Vous pouvez vous fixer des objectifs à court terme comme faire vos courses vous-même ou partir sur un week-end en dehors de chez vous.*

*Pour améliorer votre moral, il existe des gélules à base de plantes dites adaptogènes, comme le ginseng et l'éleuthérocoque, et si vous en ressentez le besoin, votre médecin pourra vous prescrire des antidépresseurs. Ceux-ci mettront du temps à agir et vous ne verrez une amélioration de votre humeur qu'au bout de quelques semaines de traitement, c'est pourquoi il est important de ne pas compter uniquement sur les traitements, mais aussi de mettre en place à côté la pratique d'une activité physique, mais aussi des phases de repos et de relaxation et que vous appreniez à composer avec vos douleurs. Je peux vous donner les numéros et adresses de plusieurs associations de fibromyalgiques, cela pourrait vous faire du bien de parler de votre maladie avec des gens qui vivent la même chose que vous. »*

- Les supports de communication

Le carnet de suivi des douleurs

Dans un carnet ou à partir de fiches pré-remplies (annexe 10), le patient peut renseigner chaque jour :

- Le niveau de douleur au lever, au cours de la journée et le soir au coucher ;
- Les pics douloureux éventuels ;
- Les situations aggravantes (activité physique/repos, prise de médicaments, alimentation, émotion forte...) ;
- Les situations apaisantes/diminuant les douleurs (activité physique/repos, émotion positive, alimentation...) ;
- Prise des médicaments : traitement de fond et antalgiques ;
- Remarques ou questionnements à voir avec le médecin au prochain rendez-vous.

L'utilisation d'un tel outil doit se faire sur une période restreinte (quelques semaines à un mois), afin de ne pas focaliser sur les douleurs. Il servira de support au médecin lors d'une consultation future, notamment afin d'évaluer les douleurs et ainsi de réévaluer la pertinence du traitement et de procéder à d'éventuels ajustements thérapeutiques ou posologiques.

A ce carnet de suivi pourra être intégré un plan de prise des médicaments, fait par le patient ou fourni à la pharmacie, après proposition du pharmacien. Ce plan de prise permet de simplifier la compréhension des différentes ordonnances, de vérifier une nouvelle fois (pour le pharmacien), qu'il n'y a pas de contre-indications ou d'interactions médicamenteuses et enfin, de favoriser l'observance du patient et d'éviter le mésusage, en particulier des antalgiques. Un exemple de plan de prise est présent en annexe 11.

Tenir ce type de livret, sur quelques semaines voire quelques mois, permet au médecin d'avoir une vue d'ensemble de la douleur du patient sur plusieurs semaines, d'identifier les situations aggravantes ou au contraire qui améliorent la douleur, mais aussi de vérifier l'observance dans le traitement de fond et la prise d'antalgiques.

## Les applications mobiles

Des applications pour mobiles et tablettes existent aujourd'hui et fonctionnent sur le même principe que le carnet papier de suivi de la douleur.

Parmi elles, on peut citer l'application « Mon coach douleur » élaborée par le laboratoire TADEKA®, qui est destinée aux patients atteints de douleurs chroniques liées au cancer. Malgré tout, cette application peut, sur le fond, tout à fait convenir aux patients fibromyalgiques.

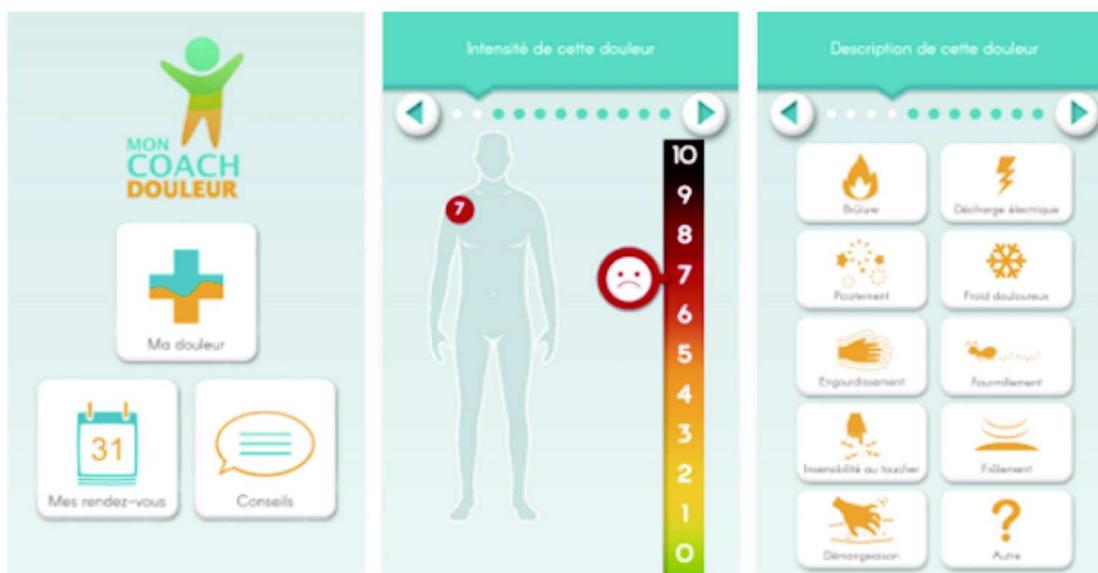


Figure 25 : Capture d'écran de l'application « Mon coach douleur » (site n°54)

## Autres applications :

- Activ'Dos : application de l'Assurance Maladie ;
- Catch my pain : application de la Start Up suisse Sanovation AG

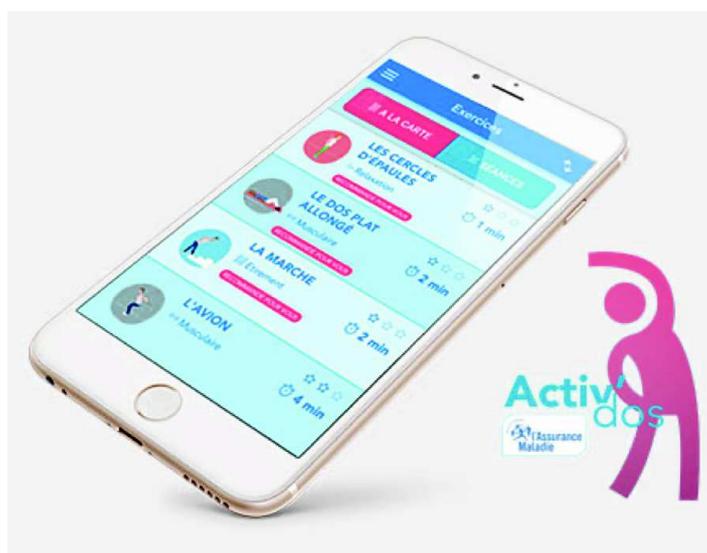


Figure 26 : Application Activ'Dos créée par l'Assurance Maladie (site n°29)

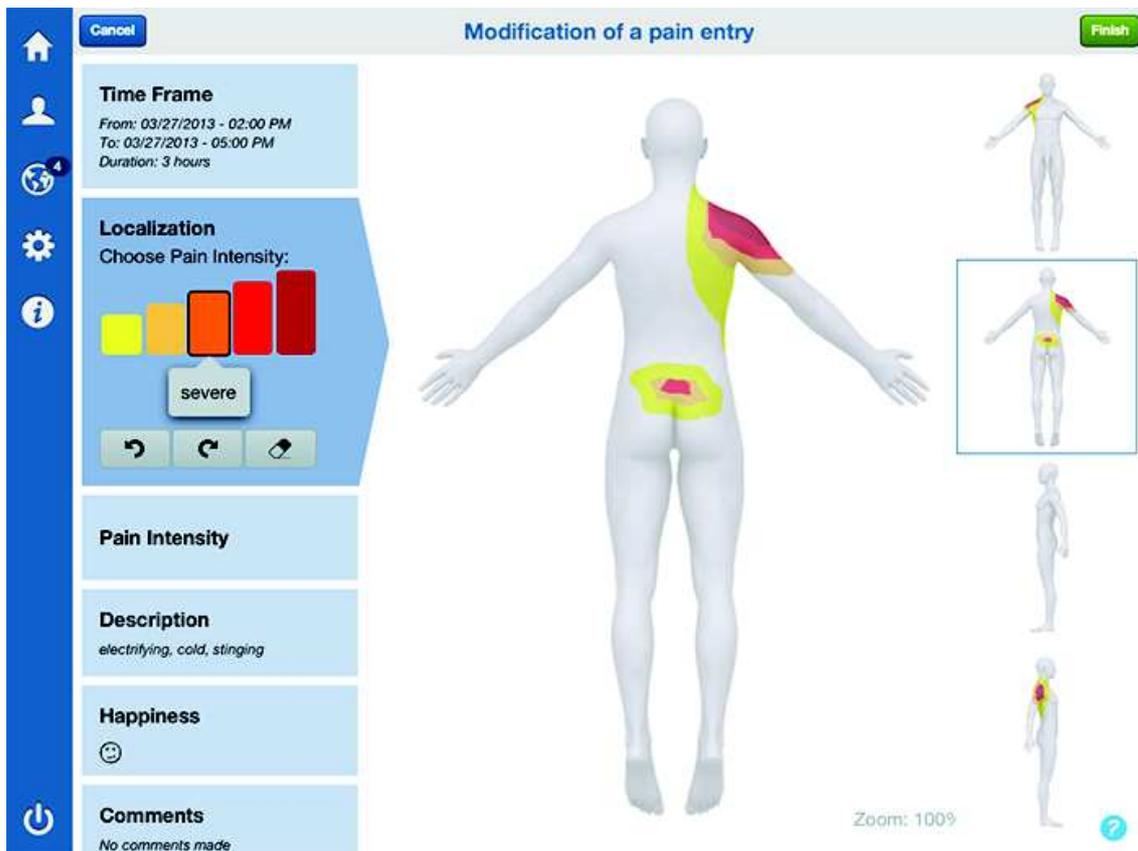


Figure 27 : Capture d'écran de l'application Catch my pain (site n°11)

### Le livret patient

Ce livret peut être remis au patient lors d'une dispensation au comptoir ou sur simple passage à la pharmacie, ou encore lors d'un entretien personnalisé. Il se compose de plusieurs parties :

- Un recto en trois parties :
  - Une première partie introduit la maladie ;
  - Une deuxième donne des conseils hygiéno-diététiques : activité physique, alimentation, sommeil, utilisation raisonnée des antalgiques ;
  - La troisième concerne la communication autour de la maladie (en parler, liens et numéros utiles).
- Un verso en deux parties :
  - Une partie sur les conduites à tenir pour atteindre un état de bien-être ;
  - Enfin une section sur les trois axes de traitement principaux de la maladie.

Attention ! Ce livret ne doit pas entraîner le patient à se focaliser sur la maladie mais plutôt à en faire une composante de la vie quotidienne qu'il faut accepter et intégrer (stratégie de coping). Ainsi, il pourra être un support d'aide à la communication, aussi

bien au cabinet du médecin, que lors des séances de kinésithérapie ou de sport, ou encore lors d'un entretien avec le pharmacien, que ce soit au comptoir ou lors d'un entretien personnalisé.

Il s'agit là d'abord d'un support de communication qui doit faire suite ou précéder un entretien avec le patient (que ce soit au comptoir, lors d'un entretien personnalisé ou avec tout professionnel de santé ou protagoniste de la prise en charge du patient).

Le livret, situé en page suivante, est destiné aux patients. Il peut être remis à tout malade atteint de fibromyalgie ou se plaignant de symptômes faisant évoquer la maladie. Ce livret est une synthèse de ce travail de thèse et a été entièrement réalisé par l'auteur.

## J'EN PARLE



Trop de malades se retrouvent isolés, parce qu'ils ne trouvent pas d'oreille attentive et pourtant, en discuter avec d'autres fibromyalgiques, recevoir du soutien de sa famille et être entouré participe grandement au mieux-être des malades !

Associations de malades, entourage, famille, médecin ou encore pharmacien : je m'entoure de personnes qui sauront m'écouter et me soutenir dans ma prise en charge.

### LIENS ET NUMÉROS UTILES

- **Association Fibromyalgie France**  
Site internet et tél. 01.43.31.47.02
- **Fibromyalgie SOS**  
Site internet  
Service d'écoute : 0.820.220.200
- **Fibromyalgie Association Normandie**  
Site internet et tél. 07.83.08.81.48
- **Assurance Maladie** : [ameli.fr](http://ameli.fr)



## JE SUIS ACTEUR DE MA PRISE EN CHARGE

Je pratique une activité physique adaptée, progressive et plaisir ! Marche, natation, vélo, aérobic, gymnastique... au moins trois fois par semaine et je bouge tous les jours.

J'alterne phases de repos et d'activité.

J'apprends à me relaxer, gérer mon stress et lâcher prise : yoga, sophrologie, hypnose... Je prends du temps pour moi.

Je retrouve un sommeil de qualité : horaires de coucher et de lever réguliers, siestes de durée limitée en journée, je limite les écrans le soir, je pratique la respiration profonde avant de dormir, j'adopte des rituels de lever et de coucher.

Je mange équilibré, des aliments riches en vitamines, minéraux et anti-oxydants (fruits, légumes, céréales complètes), je réduis les graisses animales et les sucres simples, l'alcool et les boissons sucrées. Je bois 1 à 2 litres d'eau par jour, tout au long de la journée et surtout entre les repas.

J'utilise les antalgiques de façon raisonnée et en cas de doute, je demande conseil à un professionnel de santé.

## FIBROMYALGIE J'AGIS !



Douleurs chroniques diffuses, fatigue persistante, troubles du sommeil et de l'humeur : la fibromyalgie touche près de 2 % de la population française, en majorité féminine.

Si aucun traitement curatif n'est aujourd'hui disponible, de nombreuses options thérapeutiques non médicamenteuses permettent de diminuer efficacement les douleurs et d'améliorer sa qualité de vie.



- J'identifie les événements qui favorisent les douleurs et je tente de les réduire ou de les contourner
- Je tiens un carnet de bord de la douleur : j'y note jour par jour mon niveau de douleur, leur(s) localisation(s), les facteurs qui les augmentent ou les diminuent
- Je me fixe des objectifs à court, moyen et long terme
- J'établis un programme d'activités quotidiennes
- Je liste les situations agréables vécues et à venir
- Je prends soin de moi : j'adopte une hygiène de vie saine (alimentation équilibrée, sommeil de qualité, activité physique régulière, diminution des toxiques tels que le tabac et l'alcool) et je ne néglige pas ma vie affective et sentimentale
- J'apprends à me relaxer et à gérer mon anxiété au quotidien : je prends confiance en moi

## VIVRE AVEC SES DOULEURS



### RELAXATION ET REPRISE D'ACTIVITÉ PHYSIQUE

Reprendre une activité physique de manière progressive : commencer par des séances courtes et de faible intensité, mais à fréquence régulière, puis allonger les séances.

Varié les exercices (cardio, fitness, stretching, endurance) et alterner les phases d'exercice et de relaxation (yoga, qi gong, sophrologie...).



### COPING ET THÉRAPIES COMPORTEMENTALES

Apprendre à faire face aux douleurs et à vivre avec : par séances individuelles ou en groupe, apprenez à maîtriser vos douleurs et les émotions qui les accompagnent.

De manière individuelle, apprenez à intégrer les douleurs dans votre quotidien et à adapter vos gestes et attitudes face à elles, afin de mieux les appréhender et de les diminuer.



### ANTALGIQUES

Soutien à la reprise d'une activité physique, ils ne doivent pas être utilisés seuls dans la prise en charge.

Revoyez régulièrement votre médecin pour discuter de vos douleurs, de la place des antalgiques et de la possible diminution de ces derniers.

Aidez-vous de méthodes non médicamenteuses telles que l'hydrothérapie (thérapie par l'eau), la thermothérapie (thérapie par le chaud) ainsi que les massages locaux.



## Conclusion

La fibromyalgie est une maladie complexe qui recèle encore de nombreux mystères. Malgré le pourcentage de personnes atteintes, elle peine encore à être reconnue, que ce soit par les systèmes de santé ou par les professionnels. La question n'est pas de savoir si la maladie existe ou non : quelle qu'en soit leur(s) origine(s), les symptômes sont présents, la douleur est là.

La prise en charge se doit d'être multimodale et pluriprofessionnelle : l'activité physique est le fondement de cette prise en charge. L'ensemble des sociétés savantes (françaises et internationales) s'accordent sur ce point : la pratique d'une activité physique modérée, adaptée et surtout plaisir, de manière régulière et graduelle, est la thérapeutique qui apporte le plus de bénéfices. Autour de cela s'agraferont, selon les patients, des thérapeutiques médicamenteuses (antalgiques surtout, mais aussi antidépresseurs et anticonvulsivants aux propriétés antalgiques), une ou plusieurs psychothérapies et l'utilisation de médecines complémentaires.

Le pharmacien trouve toute sa place dans la prise en charge des patients fibromyalgiques, en tant que professionnel de santé et surtout du médicament. Que ce soit pour l'analyse des prescriptions, le rôle centralisateur ou encore la délivrance de conseils hygiéno-diététiques et de bien-être, il est un support essentiel aux patients.

Une bonne communication est primordiale pour offrir une bonne prise en charge : c'est là le point clé de la relation pharmacien-patient, cruciale lorsqu'il s'agit de traiter de douleurs chroniques.

Le pharmacien sera capable d'adapter son discours, ses propositions et sa prise en charge en fonction de chaque patient : il apportera des conseils relatifs à la prise des thérapeutiques (médicamenteuses ou non) prescrites, aux règles d'hygiène de vie et pourra proposer des aides supplémentaires afin de faciliter le quotidien des patients et d'améliorer la qualité de vie de ces derniers.

Dans un cadre plus large, le pharmacien d'officine a un rôle important de dépistage mais aussi d'éducation auprès des malades.

La reconnaissance croissante de cette maladie et l'augmentation du nombre de recherches sur celle-ci représentent un espoir pour les nombreux patients qui en souffrent.

## Annexes

### Annexe I Critères de diagnostic de fibromyalgie selon l'ACR, 2016 (Wolfe *et al.*, 2016)

#### Critères

Un patient remplit les critères de diagnostic de fibromyalgie de 2016 si les 3 conditions suivantes sont remplies :

- (1) WPI  $\geq 7$  ET SSS score  $\geq 5$  OU WPI entre 4 et 6 ET SSS score  $\geq 9$
- (2) Douleurs généralisées, définies comme des douleurs sur au moins 4 ou 5 régions du corps. Les douleurs de la mâchoire, de la poitrine et les douleurs abdominales ne sont pas comprises dans la définition de douleur généralisée
- (3) Les symptômes doivent être présents depuis au moins 3 mois
- (4) Le diagnostic de fibromyalgie est valide, indépendamment des autres diagnostics, et n'exclut pas la présence d'autres maladies d'importance clinique

#### Constatation

(1) **WPI** : noter le nombre de zones pour lesquelles le patient a ressenti des douleurs durant la semaine passée. Combien de zones lui étaient douloureuses ? Noter le nombre de zones entre 0 et 19.

#### Région supérieure gauche (région 1)

Mâchoire gauche  
Epaule gauche  
Bras gauche  
Avant-bras gauche

#### Région supérieure droite (région 2)

Mâchoire gauche  
Epaule gauche  
Bras gauche  
Avant-bras gauche

#### Région inférieure gauche (région 3)

Hanche (fesses, trochanter) gauche  
Jambe supérieure (au-dessus du genou) gauche  
Jambe inférieure (en-dessous du genou) gauche

#### Région inférieure droite (région 4)

Hanche (fesses, trochanter) droite  
Jambe supérieure (au-dessus du genou) droite  
Jambe inférieure (en-dessous du genou) droite

#### Région axiale (région 5)

Cou  
Dos supérieur (vertèbres cervico-thoraciques)  
Dos inférieur (vertèbres lombo-sacrées)  
Poitrine  
Abdomen

#### (2) Echelle de sévérité des symptômes (SSS)

- Fatigue
- Réveil non rafraîchi
- Symptômes cognitifs

Pour chacun des 3 symptômes ci-dessus, indiquer le niveau de sévérité durant la semaine passée, en utilisant l'échelle suivante :

- 0 = Pas de problème
- 1 = Problèmes légers, généralement légers ou intermittents
- 2 = Problèmes modérés, souvent présents
- 3 = Problèmes sévères, persistants, continus, perturbant la vie

Le SSS est la somme des scores de sévérité des 3 symptômes (fatigue, réveil non rafraîchi et symptômes cognitifs) (0 à 9) ajouté à la somme du nombre des symptômes suivants (0-3) que le patient a ressenti durant les 6 derniers mois

- Céphalées
- Douleurs ou crampes abdominales
- Dépression

Le score de sévérité des symptômes final se trouve entre 0 et 12.

Le score de sévérité de la fibromyalgie (FS) est la somme des WPI et SSS.

## Annexe II Questionnaire de la douleur de Saint Antoine (site n°25)

### Questionnaire de la Douleur de Saint-Antoine

NOM :

Date :

Décrivez la douleur telle que vous la ressentez en général.

Sélectionnez les qualificatifs qui correspondent à ce que vous ressentez. Dans chaque groupe de mots, choisir le mot le plus exact. Précisez la réponse en donnant au qualificatif que vous avez choisi une honte de 0 à 4 selon le code suivant :

- 0 Absent / Pas du tout
- 1 Faible / Un peu
- 2 Modéré / Moyennement
- 3 Fort / Beaucoup
- 4 Extrêmement fort / Extrêmement

- A  Battements  
 Pulsations  
 Elancements  
 En éclairs  
 Décharges électriques  
 Coups de marteau

- B  Rayonnante  
 Irradiation

- C  Piqûre  
 Coupure  
 Pénétrante  
 Transperçante  
 Coup de poignard

- D  Pincement  
 Serrement  
 Compression  
 Ecrasement  
 En étau  
 Broiement

- E  Tiraillement  
 Etirement  
 Distention  
 Déchirure  
 Torsion  
 Arrachement

- F  Chaleur  
 Brûlure

- G  Froid  
 Glace

- H  Picotement  
 Fourmillements  
 Démangeaisons  
 Engourdissement  
 Lourdeur  
 Sourde

- J  Fatigante  
 Epuisante  
 Ereintante

- K  Nauséuse  
 Suffocante  
 Syncopale  
 Oppressante  
 Angoissante

- M  Harcelante  
 Obsédante  
 Cruelle  
 Torturante  
 Suppliciante

- N  Gênante  
 Désagréable  
 Pénible  
 Insupportable

- O  Enervante  
 Exaspérante  
 Horripilante

- P  Déprimante  
 Suicidaire

TOTAL -----

Annexe III Health-related Quality of Life Questionnaire (d'après le site n°63)

**Health-related Quality of Life Questionnaire**

Domain	Items incorporated within the domains
1. Physical health	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Energy and fatigue</li> <li>• <b>Pain</b> and discomfort</li> <li>• Sleep and rest</li> </ul>
2. Psychological health	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Body image dans appearance</li> <li>• Negative feelings</li> <li>• Positive feelings</li> <li>• Self-esteem</li> <li>• Thinking, learning, memory and concentration</li> </ul>
3. Level of independence	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mobility</li> <li>• Activities of daily living</li> <li>• Dependence on medicines and medical aids</li> <li>• Work capacity</li> </ul>
4. Social relationships	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personal relationships</li> <li>• Social support</li> <li>• Sexual activity</li> </ul>
5. Environment	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Financial resources</li> <li>• Freedom, physical safety and security</li> <li>• Health and social care : accessibility and quality</li> <li>• Home environment</li> <li>• Opportunities for acquiring new information and skills</li> <li>• Participation in and opportunities for recreation and leisure</li> <li>• Physical environment (pollution, noise, traffic, climate)</li> <li>• Transport</li> </ul>
6. Personal values and beliefs	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Religion</li> <li>• Spirituality</li> <li>• Personal beliefs</li> </ul>

**Annexe IV Questionnaire concis sur les douleurs - extrait (Guillaume, 2006)**

...Entourez le chiffre qui décrit le mieux comment, la semaine dernière, la douleur a gêné votre :

**A) Activité générale**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ne gêne pas						Gêne complètement				

**B) Humeur**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ne gêne pas						Gêne complètement				

**C) Capacité à marcher**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ne gêne pas						Gêne complètement				

**D) Travail habituel (y compris à l'extérieur de la maison et les travaux domestiques)**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ne gêne pas						Gêne complètement				

**E) Relations avec les autres**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ne gêne pas						Gêne complètement				

**F) Sommeil**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ne gêne pas						Gêne complètement				

**G) Goût de vivre**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ne gêne pas						Gêne complètement				



Annexe VI Index de Qualité du Sommeil de Pittsburgh (extrait) (site n°50)

Index de Qualité du Sommeil de Pittsburgh  
(PSQI)

**Test effectué le :** ...../...../..... (Jour/mois/année)

*Les questions suivantes ont trait à vos habitudes de sommeil pendant le dernier mois seulement. Vos réponses doivent indiquer ce qui correspond aux expériences que vous avez eues pendant la majorité des jours et des nuits au cours du dernier mois. Répondez à toutes les questions.*

**1/ Au cours du mois dernier, quand êtes-vous habituellement allé vous coucher le soir ?**

➤ Heure habituelle du coucher : .....

**2/ Au cours du mois dernier, combien vous a-t-il habituellement fallu de temps (en minutes) pour vous endormir chaque soir ?**

➤ Nombre de minutes : .....

**3/ Au cours du mois dernier, quand vous êtes-vous habituellement levé le matin ?**

➤ Heure habituelle du lever : .....

**4/ Au cours du mois dernier, combien d'heures de sommeil effectif avez-vous eu chaque nuit ?**

(Ce nombre peut être différent du nombre d'heures que vous avez passé au lit)

➤ Heures de sommeil par nuit : .....

*Pour chacune des questions suivantes, indiquez la meilleure réponse. Répondez à toutes les questions.*

**5/ Au cours du mois dernier, avec quelle fréquence avez-vous eu des troubles du sommeil car ...**

	Pas au cours du dernier mois	Moins d'une fois par semaine	Une ou deux fois par semaine	Trois ou quatre fois par semaine
a) vous n'avez pas pu vous endormir en moins de 30 mn				
b) vous vous êtes réveillé au milieu de la nuit ou précocement le matin				
c) vous avez dû vous lever pour aller aux toilettes				
d) vous n'avez pas pu respirer correctement				
e) vous avez toussé ou ronflé bruyamment				
f) vous avez eu trop froid				
g) vous avez eu trop chaud				
h) vous avez eu de mauvais rêves				
i) vous avez eu des douleurs				
j) pour d'autre(s) raison(s). Donnez une description :				
<b>Indiquez la fréquence des troubles du sommeil pour ces raisons</b>	Pas au cours du dernier mois	Moins d'une fois par semaine	Une ou deux fois par semaine	Trois ou quatre fois par semaine

## Annexe VII Echelle de somnolence d'Epworth (d'après le site n°51)

### ECHELLE DE SOMNOLENCE D'EPWORTH

Utilisez l'échelle suivant en entourant le chiffre le plus approprié pour chaque situation :

0 = aucune chance de somnoler ou de s'endormir

1 = faible chance de s'endormir

2 = chance moyenne de s'endormir

3 = forte chance de s'endormir

Situation	Probabilité de s'endormir			
Assis(e) en train de lire	0	1	2	3
En train de regarder la télévision	0	1	2	3
Assis(e), inactif(e) dans un lieu public (théâtre, cinéma, réunion...)	0	1	2	3
Comme passager(e) d'une voiture (ou transport en commun) roulant sans arrêt pendant une heure	0	1	2	3
Allongé(e) l'après-midi pour vous reposer, lorsque les circonstances le permettent	0	1	2	3
Etant assis(e) en train de parler avec quelqu'un	0	1	2	3
Assis(e) au calme après un repas sans alcool	0	1	2	3
Dans une voiture immobilisée depuis quelques minutes	0	1	2	3

TOTAL =

**Critères de douleur**

- Avez-vous eu des douleurs dans les muscles, les os ou les articulations, ayant duré au moins une semaine ?
- Avez-vous eu des douleurs dans les épaules, les bras et les mains ? De quel côté ? A droite, à gauche ou des deux côtés ?
- Avez-vous eu des douleurs dans les jambes ou les pieds ? De quel côté ? A droite, à gauche ou des deux côtés ?
- Avez-vous eu des douleurs dans le cou, le thorax ou le dos ?

**Critères de fatigue**

- Au cours des trois derniers mois, avez-vous été souvent las ou fatigué ?
- La fatigue ou la lassitude limitent-elles significativement vos activités ?

## Version française du Questionnaire FiRST

	<b>Depuis au moins 3 mois</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>
<b>1</b>	<b>Mes douleurs sont localisées partout dans tout mon corps</b>		
<b>2</b>	<b>Mes douleurs s'accompagnent d'une fatigue générale permanente</b>		
<b>3</b>	<b>Mes douleurs sont comme des brûlures, des décharges électriques ou des crampes</b>		
<b>4</b>	<b>Mes douleurs s'accompagnent d'autres sensations anormales, comme des fourmillements, des picotements, ou des sensations d'engourdissement, dans tout mon corps</b>		
<b>5</b>	<b>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</b>		
<b>6</b>	<b>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</b>		

**Annexe X Exemple de fiche de suivi des douleurs (d'après le site n°45)**

DATE :

NOM :

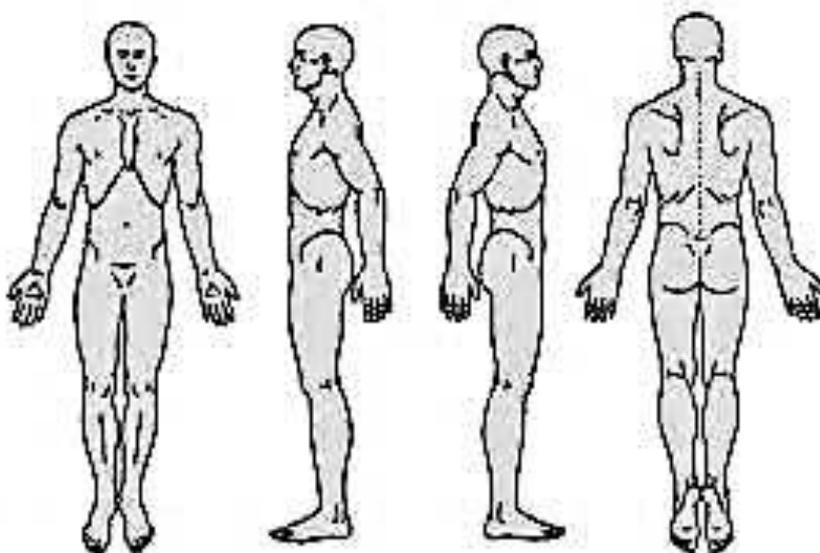
Au lever, je me sens : .....

.....

Mon niveau de douleur ce matin (entourer) :

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 - 10+

Localisation des douleurs (colorier les zones douloureuses et les éventuelles irradiations)



Pics douloureux au cours de la journée ? .....

Prise de médicaments : OUI (lesquels ?/NON).....

Ce qui m'a soulagé : .....

Ce qui a aggravé : .....

Ce soir je me sens : .....

Mon niveau de douleur cet après-midi / ce soir (entourer) :

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 - 10+

Notes : .....

.....

## Annexe XI Exemple de plan de prise (auteur)



### Mon plan de prise

	Matin	Midi	16h	Soir	Coucher	Remarques
Médicament A						
Médicament B						
Médicament C						
Médicament D						
Médicament E						

**Annexe XII Entretien avec le docteur Rodrigue Deleens, médecin spécialiste de la douleur, praticien hospitalier au Centre d'évaluation et de traitement de la douleur (CETD) du CHU de Rouen et médecin attaché au CETD de l'hôpital Cochin (propos rapportés par l'auteur)**

Le 7 octobre 2019

**Claire Bodin : Depuis quand travaillez-vous dans le secteur de la douleur ?**

Dr Rodrigue Deleens : Depuis 15 ans. Je suis médecin généraliste à la base et puis j'ai fait la CAPA (Capacité d'Evaluation et Traitement de la Douleur) douleur il y a 15 ans et j'ai tout de suite exercé dans la douleur.

**CB : Êtes-vous spécialiste de la fibromyalgie ?**

RD : On ne peut pas dire spécialisé, mais on en voit tellement qu'il faut obligatoirement apprendre à mieux connaître, à mieux gérer, à voir les dernières réactualisations de données internationales. Donc spécialisé, pas spécialement parce que ça n'existe pas spécialiste de la fibromyalgie, mais au courant, oui.

**CB : Combien de patients voyez-vous ? A quelle fréquence ?**

RD : On en voit tous les jours, sur 6 demi-journées, au moins 1 à 2 par demi-journée donc ça fait une dizaine par semaine sur 50 patients.

Ce n'est pas selon leur envie car sinon ils seraient là tous les mois ! Je dirais qu'en moyenne ça tourne autour de tous les 4 mois. Quand ils vont bien c'est tous les ans, quand ils vont un peu moins bien, c'est tous les 4-6 mois. Après ça dépend de notre disponibilité parce que les délais sont très longs. On essaie au moins de les voir une fois par an, ne serait-ce que pour avoir un repère, pour anticiper des situations qui redeviennent plus difficiles.

**CB : A quel stade de la maladie vous situez-vous ? Posez-vous le diagnostic ?**

RD : Dans 80 % des cas, le diagnostic a déjà été soit posé, soit évoqué par le médecin généraliste ou spécialiste et dans 20 % des cas, ils ne l'ont pas vraiment évoqué, on pense qu'ils l'ont imaginé mais on pose le diagnostic ou on le confirme.

Notre rôle est plutôt de confirmer ce doute auquel le médecin est confronté et proposer des thérapeutiques, des approches, et accompagner le patient.

**CB : Quels sont les symptômes qui reviennent le plus ?**

RD : La douleur en premier, la fatigue en deuxième. Ce sont les principaux symptômes physiques.

Ensuite on a les symptômes associés, qui ne sont peut-être pas spécifiques, avec le syndrome anxio-dépressif, les problématiques de qualité de vie avec les troubles du sommeil, le travail, la diminution des capacités physiques donc les loisirs et le travail. C'est un cercle vicieux typique de la douleur chronique, de façon générale. Ce n'est pas spécifique de la fibromyalgie.

**CB : Pour le diagnostic, utilisez-vous les critères des recommandations ou les adaptez-vous ?**

RD : On a soit les outils de dépistage simple avec l'outil FIRST, qui est peut-être plus adapté pour la médecine de ville : c'est vite fait, c'est simple. Nous on est en deuxième recours, donc on utilise les données de l'examen clinique, l'interrogatoire, et après il y a les deux questionnaires plus spécifiques de la fibromyalgie mais en pratique, on a tellement l'habitude que ce n'est pas un bon exemple parce qu'on les utilise peu ou alors pour la recherche, pour le suivi.

Il y a le WPI et les index de sévérité, qui associés, nous servent à poser le diagnostic. En pratique, les patients viennent, il y a 40 minutes à une heure de consultation et c'est la première fois où on leur donne du temps pour exprimer ce qu'ils ont, leur parcours, leurs symptômes et c'est vrai que finalement ça va très vite parce qu'ils disent beaucoup de choses, donc si en plus on s'arrête pour juste remplir des questionnaires, c'est pas possible. Par contre on envoie des questionnaires en amont, sur la douleur, ou on a des choses plus générales. Il y a des données très globales sur l'apparition des douleurs, depuis quand ils ont mal, est-ce qu'ils sont en arrêt, est-ce qu'ils sont mariés, est-ce qu'ils ont des enfants, et l'impact sur la qualité de vie, donc c'est plus un questionnaire de qualité de vie.

On n'a pas obligatoirement toujours en pratique des questionnaires, qui sont lourds. Ils sont utilisés dans les études mais pas dans la pratique quotidienne. Moi je dirais que pour utiliser un outil, il faudrait qu'il soit court et simple, et dans une utilisation de ville, en médecine générale. On peut aussi adapter en pharmacie cette approche du pharmacien avec le patient, du coup c'est plutôt le FIRST.

**CB : Utilisez-vous les questionnaires FIRST, FIQR ?**

RD : Oui

**CB : Au niveau de la physiopathologie, quel est votre point de vue ?**

RD : La physiopathologie est très discutée, parce qu'aujourd'hui on n'a pas tous les arguments pour pouvoir conclure et être sûr de ce qu'on va dire. Les pistes d'aujourd'hui sont celles d'une hypersensibilité à la douleur, on a l'impression que dans les mécanismes de contrôle de la douleur qui existent, on en a plusieurs types dans l'organisme, et notamment ceux qui sont issus des voies descendantes sembleraient moins efficaces, et donc les patients ont spontanément des douleurs de fond plus fortes et des douleurs provoquées par des mobilisations, des mouvements non douloureux qui sont douloureux et des situations douloureuses qui deviennent très douloureuses. On a l'impression qu'on a baissé d'un niveau la tolérance à la douleur et donc on a une hypersensibilisation. C'est l'hypothèse la plus probable aujourd'hui, ce qui expliquerait aussi l'efficacité de certains médicaments, parce que ces voies de contrôle de la douleur font intervenir des voies sérotoninergiques et noradrénergiques et les antidépresseurs sont efficaces, et pas obligatoirement parce qu'ils sont déprimés. Ce sont les bases physiologiques.

**CB : Et les autres hypothèses ? (Traumatisme, infection...)**

RD : A partir de quoi ou pourquoi tout d'un coup ça dysfonctionne, on a toujours ce constat qu'il y a un traumatisme : physique, psychologique, une infection, un deuil, un cancer, juste une petite grippe, un petit choc comme un accident de voiture sans grande conséquence...

C'est vrai qu'il y a toujours un avant et un après.

Après il y a aussi le terrain, ce sont des gens qui sont hyperactifs, hyper exigeants avec eux-mêmes, hypersensibles, un peu débordants d'énergie, puis il y a ce choc qui déstabilise tout. Alors est-ce que ce choc déstabilise aussi les voies et les contrôles de la douleur, ce qui fait qu'ils deviennent hypersensibles, douloureux, donc moins actifs, voire inactifs, et déprimés et puis là on a vraiment le cercle vicieux. Ou alors des gens qui essaient de toujours être hyperactifs, donc ils se mettent en difficulté, donc ils réactivent la douleur, qui l'entretiennent, qui l'augmentent... et là on a aussi cet aspect difficile à vivre.

Le traumatisme serait plutôt un facteur déclenchant qui expliquerait la première hypothèse de la base physiopathologique.

**CB : Est-ce qu'il pourrait y avoir selon vous une prédisposition génétique ?**

RD : A mon avis ? Je ne sais pas ! D'après la littérature, il y a des critères qui ressortent, on a vu des liens avec des anomalies de certains gènes qui codent justement pour des molécules sérotoninergiques. En tous cas on a dans ces familles avec jumeaux monozygotes à patrimoine génétique identique, quand ils sont fibromyalgiques, on a observé la même mutation. Mais le nombre de cas étudié est très faible, car c'est très compliqué de faire ça. Donc ça peut être une piste, ça expliquerait logiquement qu'on puisse avoir une modification génétique qui dans un contexte multifactoriel, peut s'exprimer après. Mais c'est très hypothétique et on a encore beaucoup de chemin à faire.

**CB : Quelles thérapeutiques proposez-vous ?**

RD : En premier, l'activité physique : reprise ou maintien d'une activité physique adaptée, raisonnable, et plaisir. Plaisir parce que si on ne prend pas de plaisir, on ne continue pas dans la durée. Adaptée parce qu'on peut avoir quelqu'un qui ne peut pas marcher, ou qui n'aime pas l'eau... donc on va chercher ce qui va leur plaire et ce qui sera adapté. Enfin raisonnable, parce que le but n'est peut-être pas de faire un jogging d'une heure, mais plutôt de faire dix minutes de marche à pied, une fois par semaine le premier mois ou le premier trimestre, puis deux fois puis augmenter à quinze minutes, c'est pareil pour le vélo d'appartement ou la piscine. Le but est de reprendre tout doucement, mais d'y aller progressivement et de ne pas vouloir toujours dépasser ses limites et être dans la compétition.

En deuxième thérapeutique, des choses autour de la méditation, voire méditation active (yoga, tai-chi, qi-gong), et puis après les techniques de relaxation-méditation (hypnose, sophrologie, mindfulness) avec des niveaux de preuve qui ne sont pas très satisfaisants, parce que les études sont difficiles à mettre en place je pense, mais ça ne veut pas dire que c'est inutile et pas intéressant.

Les niveaux de preuve des recommandations internationales sont élevés pour l'activité physique, les méditations actives (alors qu'on les utilise assez peu), les autres méditations ont un niveau de preuve plus faible mais sont intéressantes et ensuite on a

des médicaments qui peuvent accompagner le patient pour aider à la remise en place de tout ça. Les médicaments bien sûr, on exclut les opioïdes forts, on y va très précautionneusement avec les opioïdes faibles, on essaye de les éviter au maximum. Et ensuite il y a les antidépresseurs ou les antiépileptiques qui peuvent être des modulateurs de la douleur d'hypersensibilisation, un peu comme une douleur neuropathique.

Et bien sûr, dans les techniques non médicamenteuses, on peut utiliser le TENS, la neurostimulation. C'est vrai que ça peut être utile. Alors c'est vrai que les patients ont mal partout, on ne peut pas mettre le TENS partout. On va leur conseiller de le mettre sur une zone où ils ont plus mal, pour essayer d'avoir une zone un peu soulagée pour pouvoir reprendre le mouvement.

De toute façon l'objectif du médicament ou de la technique antalgique c'est de les faire rebouger, car c'est ça qui va être efficace à moyen et long terme.

**CB : L'électrostimulation a des effets sur le long terme ?**

RD : Elle a plutôt des effets sur court terme, c'est à dire pendant la séance, et quelques fois des post-effets qui peuvent durer quelques heures. On va faire 3 séances par jour qui durent une heure en moyenne. C'est sûr que ce n'est pas ça qui va faire disparaître les douleurs de la fibromyalgie, même de la lombalgie ou des douleurs neuropathiques. Ce sont des traitements qu'on est obligés de continuer à moyen et long cours.

**CB : Quels résultats constatez-vous avec les traitements ?**

RD : Ils sont souvent modestes. On y va progressivement. Il faut aussi être modestes dans ses objectifs et l'expliquer au patient, ça c'est la démarche d'éducation thérapeutique. Parce que si le patient croie que en 3 mois la douleur aura disparu ou au moins diminué de moitié, c'est parfois un peu optimiste. Il faut se fixer des objectifs raisonnables et réalistes avec le patient. Même nous, il faut qu'on ait ces mêmes objectifs, avec 20 à 30 % d'amélioration mais de manière très progressive et sur le long cours (plusieurs mois voire plus parfois). Il y a des patients qui fluctuent au cours des périodes, avec des exacerbations, eux ils parlent de crises, et on va leur apprendre à gérer ces périodes de crises plus douloureuses.

**CB : Faites-vous de l'éducation thérapeutique ?**

RD : Oui, en groupe, on a deux groupes distincts, avec des ateliers différents : comprendre la fibromyalgie, gérer les traitements, gérer les activités, l'aspect social, l'aspect psychologique, même la diététique. Tout cela est abordé en groupe d'ETP.

**CB : Au niveau de la diététique, il y a des recommandations spécifiques, ou bien ce sont celles de la population générale ?**

RD : Non, ce sont celles de la population générale. On a rien retrouvé en régime qui puisse faire diminuer les douleurs.

Après c'est du bon sens, s'il y a des gens qui ont des douleurs abdominales, qui digèrent moins bien, elles peuvent avoir un régime sans gluten, sans lactose.

Après il y a des gens qui vont dire « depuis que j'ai arrêté le gluten et le lactose je vais beaucoup mieux, je n'ai plus de douleurs. On n'a pas de niveau de preuve pour dire que c'est le régime. Après pour ce patient là si ça marche tant mieux, on ne va pas lui dire « c'est faux, reprenez le gluten ! ».

Que ce soit un effet placebo ou un vrai effet, aujourd'hui on n'a pas assez de puissance pour prouver que le régime sans gluten fasse disparaître les douleurs de fibromyalgie.

**CB : Les patients sont-ils en surpoids ?**

RD : On a un peu les deux. En fait les patients bougent moins donc ils ont tendance à prendre plus facilement du poids. A priori, on ne peut pas dire que le surpoids soit une des causes de la maladie, mais après c'est un facteur associé, une comorbidité, un facteur de risque pour les douleurs. Surpoids dit douleurs plus fortes dans les membres inférieurs, les genoux, les chevilles, même les muscles, le bassin, un peu le dos. Et puis les médicaments qui des fois font grossir : le Lyrica\*, le Neurontin\*, le Laroxyl\*, les antidépresseurs de façon plus générale. Mais on a aussi des fibromyalgiques avec des troubles du comportement alimentaire, qui peut aussi être un facteur de risque.

**CB : Quel(s) profil(s) de patient(s) se dégage(nt) ?**

RD : C'est difficile à dire, on n'a pas de profil type, surtout que nous en centre de la douleur on a un milieu de recrutement. Il y a pleins de fibromyalgiques qui ne viennent pas en centre de la douleur, et heureusement, ils arrivent à composer différemment, avec

d'autres moyens, d'autres approches, leur médecin généraliste ou le rhumato. Ici, on a certains patients mais il n'y a pas un type particulier, mis à part que ce soit des femmes. Bien sûr, comme en douleur chronique, il y a souvent des milieux socio-professionnels un peu plus vulnérables, mais ce n'est pas à cause de la fibromyalgie. Il y a des fibromyalgiques chef d'entreprise, des chanteuses pop internationale. Lady Gaga, elle n'est pas au RSA. Après ce sont les moyens qu'on a de vivre avec et de mieux gérer et comprendre, qui rend vulnérable ou pas vulnérable. Quand on a pas de revenus, et qu'à cause de la douleur on ne peut pas travailler, tout de suite tout est catastrophique. Quand on est très riche et qu'on est fibromyalgique, probablement on peut vivre différemment. Je ne dis pas qu'ils souffrent moins, mais ils ont les moyens de faire en sorte d'avoir quand même des modes de vie plus acceptables.

**CB : Il y a beaucoup de thérapeutiques non remboursées en plus...**

RD : Oui, c'est vrai qu'au niveau des thérapeutiques, il y a beaucoup de choses qu'il va falloir payer. On peut mettre des choses en place en centre de la douleur, l'hypnose par exemple, mais on a des délais très longs, les psychologues ne sont pas payants. Mais le tai-chi, le qi-gong, l'acupuncture.

On a pas parlé de psychothérapies, parce que c'est un peu le point commun de toutes les pathologies douloureuses chroniques, ce n'est pas le propre de la fibromyalgie.

**CB : Quelles sont les difficultés que vous pouvez rencontrer dans la prise en charge ?**

RD : Déjà en premier, c'est l'incompréhension du patient par rapport à cette maladie, se dire qu'on est passé à côté d'autre chose, c'est ça le premier point difficile : comprendre et faire comprendre au patient qu'il faut qu'il accepte.

Ensuite c'est l'acceptation, et ça peut demander du temps, parce qu'ils n'ont pas compris ils n'accepteront pas et s'ils n'acceptent pas, ils ne mettront pas en place les propositions thérapeutiques parce qu'ils ont envie d'un médicament, d'une molécule sans effets secondaires, qui guérit tout tout de suite.

Donc je dirais que c'est cette démarche qui est la plus longue et la plus difficile.

C'est une démarche d'éducation thérapeutique, donc c'est vrai que si on peut avoir des relais, des soutiens en officine, ça pourrait peut-être aider.

**CB : Pensez-vous qu'il serait bien d'avoir un plan de soins défini, des recommandations plus claires ?**

RD : Les recommandations sont issues des recommandations internationales, au final, parce qu'on les connaît par cœur, je les trouve assez claires, mais il y a des choses qui vont être faites. On a été missionnés par la DGOS pour faire des campagnes de communication auprès des patients, des soignants du centre.

Au congrès national, il y a une expertise collective de l'INSERM « recommandations concernant les aspects psychologiques et cognitifs, les aspects thérapeutiques de la fibromyalgie ».

Il y a des choses qui vont arriver.

Nous on croit que c'est assez clair parce qu'on est dedans, si les autres professionnels de santé ne trouvent pas cela assez clair, j'espère que les éléments qui vont arriver vont éclaircir le parcours patient, les recommandations, les niveaux de preuve etc... Donner des moyens de bien conseiller les patients de façon simple.

**CB : Intérêt d'une ALD ?**

RD : Non. De toute façon, ce n'est pas dans l'air du temps. Il n'y a pas d'ALD dans la fibromyalgie. Il y a de façon ponctuelle des médecins conseils qui acceptent de leur donner une ALD, ça n'engendre pas des coûts extraordinaires : sortir, bouger, ce n'est pas très cher. Même les séances de kiné et la balnéo, ce n'est pas excessivement cher. Donc ça ne semble pas nécessiter une ALD.

Les patients disent toujours « on a besoin d'une reconnaissance », mais la reconnaissance, elle existe puisque l'OMS l'a reconnu comme maladie, elle est dans la CIM-10, elle est dans la CIM-11 qui va sortir, elle est reconnue par la sécurité sociale, avec tout un tas de discussions en 2017 au Sénat pour la reconnaître, donc on ne peut pas faire beaucoup plus et beaucoup mieux.

**CB : Quelle est la place du pharmacien d'officine ? A-t-il sa place dans la prise en charge du patient ?**

RD : Oui, il a une place importante comme pour beaucoup de maladies. De façon générale, le pharmacien donne ses conseils au comptoir pour les médicaments prescrits et non prescrits, mais c'est aussi de la prévention.

Comme dans toute maladie, il y a la prévention, qui passe aussi par la détection. Par exemple si vous voyez toutes les semaines un patient qui vient pour autre chose et qui vous dit « j'ai encore mal et puis j'ai mal partout », on peut faire un FIRST, dans l'espace de confidentialité, et puis vous pouvez vous dire « ça ressemble à une fibromyalgie, je peux peut-être en parler au médecin traitant, qui verra ensuite quel parcours le patient pourra intégrer ».

Ça ne veut pas dire qu'il faut tout de suite voir un médecin de la douleur.

Donc oui, le pharmacien d'officine, dans une démarche d'éducation thérapeutique, de dépistage, il a une place à jouer.

Les pharmaciens peuvent aussi faire partie de l'équipe d'éducation thérapeutique.

Dans la douleur chronique, il faut tous les professionnels, elle est multiprofessionnelle : infirmière, médecin, psychologue, pharmacien, kiné, aides-soignants de ville, médecins de ville...

Il est intéressant de replacer peut-être un peu plus spécifiquement le pharmacien de ville.

## Bibliographie

- Ablin J., Neumann L., Buskila D. (2007). Pathogenesis of fibromyalgia: A review. *Joint Bone Spine*, 75(3), 273-279.
- Ablin J., Neumann L., Buskila D. (2008). Actualités sur la fibromyalgie. *Revue du rhumatisme*, 75(5), 398-404.
- André E., Auvinet B., Vitton O., Kaeuffer D., Mansat C. (2008). La Fibromyalgie (V) : Le projet RECTA. *L'observatoire du mouvement*, 25, 1-8.
- Arranz L-I., Canela M-A., Rafecas M. (2010). Fibromyalgia and nutrition, what do we know? *Rheumatol. Int.*, 30(11), 1417-1427.
- Ayouni I., Chebbi R., Hela Z., Dhidah M. (2019). Comorbidity between fibromyalgia and temporomandibular disorders: a systematic review. *Oral Medicine*, 128(1), 33-42.
- Baudoux D. *Aromathérapie*. Dunod, 2017.
- Belgrand L., So A. (2011). Critères de diagnostic de la fibromyalgie. *Rev Med Suisse*, 7, 604-608.
- Bennett R-M. (2014). Guidelines for the successful management of fibromyalgia patients. *Indian J Rheumatol*, 9(6), 13-21.
- Bennett R-M., Friend R., Jones K-D., Ward R., Han B-K., Ross R-L. (2009). The revised Fibromyalgia impact questionnaire (FIQR): validation and psychometric properties. *Arthritis Res Ther*, 11(5), 415.
- Blotman F., Branco J. La fibromyalgie : la douleur au quotidien. Privat, 2007.
- Boghossian M., Fintelmann V., Weiss R-F. *Manuel pratique de phytothérapie*. Vigot, 2004.
- Bouchet I. La Fibromyalgie. Th D Pharm, Montpellier, 2017.
- Boulet J., Demonceaux A. Schémas et protocoles : Thérapeutique homéopathique. CEDH, 2017.
- Buskila D., Neumann L., Alhoashle A., Abu-Shakra M. (2000). Fibromyalgia Syndrome in Men. *Semin Arthritis Rheum*, 30(1), 47-51.
- Cabo-Meseguer A., Cerdà-Olmedo G., Trillo-Mata J.L. (2017). Fibromyalgia: Prevalence, epidemiologic profiles and economic costs. *Med Clin (Barc)*, 149(10), 441-448.

- Camerlain M. (2010). La fibromyalgie : nouvelle approche, nouveaux espoirs. *Le clinicien*, 25(6), 50-53.
- Cercleron F. (2015). Hypnose, douleurs et kinésithérapie : données de la littérature et réflexions. *Kinésithérapie, la revue*, 15(162), 50-56.
- Cherin P. (2011). Actualités dans la fibromyalgie. *Médecine & Longévité*, 3(1), 3-14.
- Civelek G.M., Ciftkaya P.O., Karatas M. (2014). Evaluation of restless legs syndrome in fibromyalgia syndrome: An analysis of quality of sleep and life. *J Back Musculoskelet*, 27, 537-544.
- Coattrevec Y., Terrani I., Spoerl D. (2018). Le livedo : physiopathologie et diagnostic. *Revue Médicale Suisse*, 14(601), 746-750.
- Collectif. Vidal, le dictionnaire. Vidal, 2019.
- Constantin A., Cantagrel A., Mazières B., Laroche M. *Rhumatologie pour le praticien*. Elsevier, 2018.
- Cosnier J. (2003). Douleur, émotion et communication. *Douleur et Analg.*, 16, 23-28.
- Csillag C. (1992). Fibromyalgia: The Copenhagen Declaration. *The Lancet*, 340, 663.
- Dailey D-L., Rakel B-A., Vance C-G., Liebano R-E., Amrit A-S., Bush H-M., *et al.* (2013). Transcutaneous electrical nerve stimulation reduces pain, fatigue and hyperalgesia while restoring central inhibition in primary fibromyalgia. *Pain*, 154(11), 2554-2562.
- Dailey D.L., Keffala V.J., Sluka K.A. (2015). Cognitive and Physical Fatigue Tasks Enhance Pain, Cognitive Fatigue and Physical Fatigue in People with Fibromyalgia. *Arthritis Care Res.*, 67(2), 288-296.
- De Jaeger C. (2011). Anomalies endocriniennes au cours de la fibromyalgie et du syndrome de fatigue chronique. *Médecine & Longévité*, 3(1), 15-25.
- de Sanctis V., Abbasciano V., Soliman A., Soliman N., Di Maio S., Fiscina B. *et al.* (2019). The juvenile fibromyalgia syndrome (JFMS): a poorly defined disorder. *Acta Biomedica*, 90(1), 134-148.
- Deleens R. Mieux vivre avec la fibromyalgie. Leduc, 2018.
- Dias Battista E., Andretta A., Costa de Miranda R., Nehring J., dos Santos Paiva E., Madalozzo Schieferdecker M-E. (2016). Food intake assessment and quality of life in women with fibromyalgia. *Rev Bras Reumatol*, 56(2), 105-110.

- Donaldson C.C.S., Sella G.E., Mueller H.H. (1998). Fibromyalgia: A Retrospective Study of 252 Consecutive Referrals. *Canadian Journal of Clinical Medicine*, 5(6), 1-11.
- Driouchi H. La Fibromyalgie. Th D Pharm, Marseille, 2017.
- Fleurentin J. Plantes médicinales : Traditions et thérapeutique. Ouest France, 2007.
- Gedda M. (2015). Hypnose : agir sur l'inconscient pour une rééducation intégrale. *Kinésithérapie, la revue*, 15(162), 11-13.
- Guillaume C. Utilisation d'un outil pratique d'aide à la prise en charge de la douleur chronique chez l'adulte. Th D Méd, Nancy, 2006.
- Häkkinen A., Sokka T., Lietsalmi A-M., Kautiainen H., Hannonen P. (2003). Effects of Dynamic Strength Training on Physical Function, Valpar 9 Work Sample Test, and Working Capacity in Patients With Recent-Onset Rheumatoid Arthritis. *Arthritis & Rheumatism*, 49(1), 71-77.
- Häuser W., Bär J., Bernardy K., Eich W., Draheim N., Köllner V. *et al.* (2017). Definition, Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie des Fibromyalgiesyndroms. *AWMF*, 145(4), 1-8.
- Häuser W., Perrot S., Sommer C., Shir Y., Fitzcharles M-A. (2017). Diagnosis cofounders of chronic widespread pain: not always fibromyalgia. *Pain reports*, 2(3), 598.
- Heymann R.E., dos Santos Paiva E., Helfenstein Junior M., Feldman Pollak D., Martinez J.E., Provenza J.R. *et al.* (2010). Brazilian recommendations, Brazilian consensus on the treatment of fibromyalgia. *The Brazilian Journal of Rheumatology*, 50(1), 56-66.
- Holdcraft L-C., Assefi N., Buchwald D. (2003). Complementary and alternative medicine in fibromyalgia and related syndromes. *Best Pract Res Clin Rheumatol*, 17(4), 667-683.
- Horvilleur A., Boyer R. *Guide de l'Homéopathie*. Hachette, 2016.
- Karras S., Rapti E., Matsoukas S., Kotsa K. (2016). Vitamine D in Fibromyalgia: A Causative or Confounding Biological Interplay? *Nutrients*, 8(6), 343.
- Katz R.S., Heard A.R., Mills M., Leavitt F. (2004). The prevalence and clinical impact of reported cognitive difficulties (fibrofog) in patients with rheumatic disease with and without fibromyalgia. *J Clin Rheumatol*, 10(2), 53-58.

- Keskindag B., Karaaziz M. (2017). The association between pain and sleep in fibromyalgia. *Saudi Med J*, 38(5), 465-475.
- Kravitz H.M., Katz R.S. (2015). Fibrofog and fibromyalgia: a narrative review and implications for clinical practice. *Rheumatol. Int.*, 35, 1115-1125.
- Laroche F. (2009). Actualités de la fibromyalgie. *Revue du rhumatisme*, 76(6), 529-536.
- Laroche F. (2018). La fibromyalgie : diagnostic positif, diagnostics différentiels et diagnostics associés. *Revue du rhumatisme, monographies*, 85(4), 287-294.
- Legrand M., Brennstuhl M-J., Machado J., Peter L., Vismara L., Tarquinio C. (2019). Prise en charge psychothérapeutique de la fibromyalgie : une revue systématique. *Douleurs*, 20(3), 89-108.
- Ligue Suisse contre le Rhumatisme (Rheumaliga Schweiz). *La Fibromyalgie*, Ligue Suisse contre le Rhumatisme, 2012.
- Lorin F. (2005). La douleur dans la Grèce antique. *Douleur et Analg*, 18(1), 9-11.
- Loup B. (2013). Les personnes présentant un syndrome fibromyalgique : mieux comprendre pour mieux prendre en charge en kinésithérapie. Diplôme d'Etat de Masseur-Kinésithérapeute, Limoges, 2013.
- Lukkahatai N., Walitt B., Espina A., Gelio A., Saligan L.N. (2016). Understanding the Association of Fatigue with Other Symptoms of Fibromyalgia: Development of a Cluster Model. *Arthritis Care Res*, 68(1), 99-107.
- Macfarlane G-J., Kronisch C., Dean L-E., Atzeni F., Häuser W., Fluss E. *et al.* (2017). EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia, *Ann Rheum Dis*, 76, 318–328.
- Maquet D., Demoulin C., Croisier J-L., Crielaard J-M. (2007). Intérêts du réentraînement à l'effort dans la fibromyalgie et autres syndromes apparentés. *Annales de réadaptation et de médecine physique*, 50(6), 356-362.
- Martinez-Lavin M. (2007). Dysfonctions du système nerveux sympathique dans la fibromyalgie. *Douleur et Analgésie*, 20, 219-226.
- Moldofsky H., Scarisbrick P., England R., Smythe H. (1975). Musculoskeletal symptoms and non-REM sleep disturbance in patients with "fibrositis syndrome" and healthy subjects. *Psychosom Med*, 37(4), 341-351.

- Muraleetharan D., Fadich A., Stephenson C., Garney W. (2018). Understanding the Impact of Fibromyalgia on Men: Findings From a Nationwide Survey. *Am J Mens Health*, 12(4), 952-960.
- Okifuji A., Donaldson G-W., Barck L., Fine P-G. (2010). Relationship between fibromyalgia and obesity in pain, function, mood and sleep. *J Pain*, 11(12), 1329-1337.
- Ollier C. Le conseil en phytothérapie. Pro Officina, 2011.
- Osinski T., Lallemand A., Russo T. (2017). Modulations et dérèglements neurophysiologiques des voies de la douleur. *Kinésithérapie, la Revue*, 17(186), 16-32.
- Perrot S., Bouhassira D. (2010). Development and validation of the Fibromyalgia Rapid Screening Tool (FiRST). *Pain*, 150(2), 250-256.
- Perrot S. (2007). Des médicaments pour traiter la fibromyalgie ? *Rev Med Suisse*, 3, 323-384.
- Person M. (2015). Décision kinésithérapique : Laurence, Fibromyalgie. *Kinésithérapie, la revue*, 15(164-165), 14-19.
- Riché D. Ne nourrissez plus votre douleur : Micronutrition et fibromyalgie. De Boeck Université, 2013.
- Sarmer S., Yavuzer G., Küçükdeveci A., Ergin S. (2002). Prevalence of carpal tunnel syndrome in patients with fibromyalgia. *Rheumatol Int*, 22, 68-70.
- Sawaddiruk P., Paiboonworachat S., Chattipakorn N., Chattipakorn S-C. (2017). Alterations of brain activity in fibromyalgia patients. *J Clin Neurosci*, 38, 13-22.
- Schlienger J-L., Perrin A-E., Grunenberger F., Goichot B. (2001). Anomalies endocriniennes et fibromyalgie. *Annales d'Endocrinologie*, 62(6), 542-548.
- Scolnik M., Vasta B., Hart D.J., Shipley J.A., McHugh N.J., Pauling J.D. (2016). Symptoms of Raynaud's phenomenon (RP) in fibromyalgia syndrome are similar to those reported in primary RP despite differences in objective assessment of digital microvascular function and morphology. *Rheumatol Int*, 36(10), 1371-1377.
- Sichère P., Ducamp P. (2013). Education thérapeutique, fibromyalgie et thermalisme. *Douleurs*, 14(1), 22-29.
- Silva F.J., Kanegusuku V., Bortoncello R., Skare T. (2016). Carpal tunnel syndrome and fibromyalgia. *Acta Reumatológica Portuguesa*, 41, 275-276.

- Stehlik R., Arvidsson L., Ulfberg J. (2009). Restless Legs Syndrome Is Common among Female Patients with Fibromyalgia. *Eur Neurol*, 61, 107-111.
- Thermes de Cauterets, fascicule thermes 2019.
- Tits M. (2011). Place de la kinésithérapie dans la Fibromyalgie. *Revue Médicale de Bruxelles*, 32, 393-397.
- Vital-Durand D., Le Jeune C. Dorosz Guide pratique des médicaments 2015. Maloine, 2014.
- Wable T. La communication à l'officine. Pro Officina, 2018.
- Wehbe J., Safar Y. (2014). Hypnose et kinésithérapie. *Kinésithérapie, la revue*, 15(162), 20-30.
- Wolfe F., Clauw D.J., Fitzcharles M-A., Goldenberg D.L., Häuser W., Katz R.L. *et al.* (2016). 2016 Revisions to the 2010/2011 fibromyalgia diagnostic criteria. *Semin Arthritis Rheum*, 46, 319-329.
- Wolfe F., Clauw D.J., Fitzcharles M-A., Goldenberg D.L., Katz R.S., Mease P., *et al.* (2010). The American College of Rheumatology Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia and Measurement of Symptom Severity. *Arthritis Care Res*, 62(5), 600-610.
- Wolfe F., Smythe H.A., Yunus M.B., Bennett R.M., Bombardier C., Goldenberg D.L., *et al.* (1990). The American college of rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. *Arthritis and rheumatism*, 33(2), 160-172.
- Wu Y-L., Chang L-Y., Lee H-C., Fang S-C., Tsai P-S. (2017). Sleep disturbances in fibromyalgia: A meta-analysis of case-control studies. *J Psychosom Res*, 96, 89-97.
- Yang T-Y., Chen C-S., Lin C-L., Lin W-M., Kuo C-N., Kao C-H. (2017). Risk for Irritable Bowel Syndrome in Fibromyalgia Patients. *Medicine*, 96(14), 1-6.
- Yilmaz V., Aras B., Erturk F.A., Cakci F.C., Umay E. (2019). Migraine in patients with fibromyalgia and outcomes of greater occipital nerve blockage. *Clin Neurol Neurosurg*, 181, 54-57.
- Yunus M-B., Masi A-T. (1985). Juvenile Primary Fibromyalgia Syndrome. A Clinical Study of Thirty-Three Patients and Matched Normal Controls. *Arthritis rheumatology*, 28(2), 138-145.
- Yunus M., Masi A-T., Calabro J-J., Miller K-A., Feigenbaum S-L. (1981). Primary fibromyalgia (fibrositis): Clinical study of 50 patients with matched normal controls. *Semin Arthritis Rheumatol*, 11(1), 151-171.

## Sitographie

1. Ameli. Activité physique et santé. <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/activite-physique-sante>, consulté le 11 novembre 2019.
2. Ameli. Comprendre l'apnée du sommeil. <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/apnee-sommeil/comprendre-apnee-sommeil>, consulté le 11 juin 2019.
3. Ameli. Reconnaître le syndrome de l'intestin irritable. <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/syndrome-intestin-irritable/reconnaitre-syndrome-intestin-irritable>, consulté le 10 juin 2019.
4. Ameli. Syndrome des jambes sans repos : diagnostic et traitement. <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/syndrome-jambes-sans-repos-impatiences/definition-causes>, consulté le 11 juin 2019.
5. Association Française de Thérapie Comportementale et Cognitive. Thérapies comportementales et cognitives, <https://www.aftcc.org/les-therapies-comportementales-et-cognitives>, consulté le 3 novembre 2019.
6. Association Nationale Française des Ergothérapeutes. Définition <https://www.anfe.fr>, consulté le 13 novembre 2019.
7. Basergo. Outils spécifiques, <http://www.equipement-ergotherapie.com/selection-outils/outils-specifiques/>, consulté le 18 mai 2020.
8. Ben Khedher Balbolia S., Barry C., Hassler C., Falissard B. Evaluation de l'efficacité et de la sécurité de la cryothérapie du corps entier à visée thérapeutique – rapport d'expertise. Centre de Recherche en Epidémiologie et Santé des populations (CESP), Unité INSERM 1178 Santé publique et santé mentale. [https://www.insERM.fr/sites/default/files/2019-09/Inserm\\_RapportThematique\\_CryotherapieCorpsEntiere\\_2019.pdf](https://www.insERM.fr/sites/default/files/2019-09/Inserm_RapportThematique_CryotherapieCorpsEntiere_2019.pdf), consulté le 1er mars 2020.
9. Buckhardt C-S., Goldenberg D., Crofford L., Gerwin R., Gowens S., Jackson K. *et al.* Guideline for the management of fibromyalgia syndrome pain in adults and children. *American Pain Society*. <http://teamworkstherapy.com/pdf/APS%20guideline-%20Fibromyalgia.pdf>, consulté le 3 mars 2020.
10. Carvalho P. Rapport fait au nom de la commission d'enquête sur la fibromyalgie. Assemblée Nationale. <http://www.assemblee-nationale.fr/14/pdf/rap-enq/r4110.pdf>, consulté le 2 février 2020.

11. Catch my pain. Pain diary & Community, <https://www.catchmypain.com>, consulté le 18/05/20.
12. Chaîne thermale du soleil. Cure spécifique : Cure spécifique Fibromyalgie, <https://www.chainethermale.fr/cure-specifique-fibromyalgie>, consulté le 7 mars 2020.
13. Dubourg K., Blanc M. Education Thérapeutique du Patient : l'exemple thermal. Programmes Fibr'Eaux et Educ'Arthrose. Univ Bordeaux. <https://www.aquae-officiel.fr/wp-content/uploads/2017/11/JMGD-2018-K-DUBOURG.pdf>, consulté le 3 mars 2020.
14. E-santé. L'ergothérapie : une discipline au service de l'autonomie. <https://www.e-sante.fr/ergotherapie-discipline-service-autonomie/actualite/335>, consulté le 12 novembre 2019.
15. European Food Safety Authority. L'EFSA établit les besoins moyens en apports énergétiques, <https://www.efsa.europa.eu/fr/press/news/130110>, consulté le 11 novembre 2019.
16. Fibromyalgie France. Site officiel, <https://www.fibromyalgie-france.org>, consulté le 18 mai 2020.
17. Fibromyalgiesos. Rapport au nom d'un groupe de travail : La fibromyalgie, <https://fibromyalgiesos.fr/rdv2/wp-content/uploads/2012/03/RAPPORT-ACADEMIE-MEDEDECINE-JANV-07.pdf>, consulté le 7 mars 2019.
18. Genta M.S., Gabay C. La fibromyalgie. Revue Médicale Suisse, <https://www.revmed.ch/RMS/2004/RMS-2473/23656>, consulté le 13 juin 2019.
19. Haute Autorité de Santé. Commission d'évaluation des produits et prestations. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-03/cepp-1899\\_tens.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-03/cepp-1899_tens.pdf), consulté le 18 mai 2020.
20. Haute Autorité de Santé. Education thérapeutique du patient (ETP). [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1241714/fr/education-therapeutique-du-patient-etp](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1241714/fr/education-therapeutique-du-patient-etp), consulté le 3 novembre 2019.
21. Haute Autorité de Santé. La douleur chronique. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-01/douleur\\_chronique\\_synthese.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-01/douleur_chronique_synthese.pdf), consulté le 5 février 2020.
22. Haute Autorité de Santé. Note de cadrage : Place et conditions d'utilisation de la polysomnographie et de la polygraphie respiratoire dans les troubles du sommeil. HAS.fr. <https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-06/>

- place\_et\_conditions\_de\_realisation\_de\_la\_polysomnographie\_et\_de\_la\_polygraphi\_e\_respiratoire\_dans\_les\_troubles\_du\_sommeil\_-\_note\_de\_cadrage.pdf, consulté le 7 mars 2019.
23. Haute Autorité de Santé. Rapport d'orientation : Syndrome fibromyalgique de l'adulte. Has-sante.fr. [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_993899/fr/syndrome-fibromyalgique-de-l-adulte](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_993899/fr/syndrome-fibromyalgique-de-l-adulte), consulté le 7 mars 2019.
  24. Homeo Expert. Qu'est ce qu'une teinture mère ?, <https://www.pharmacie-homeopathie.com/blog/quest-ce-quune-teinture-mere/>, consulté le 18 mai 2020.
  25. Hôpitaux de Toulouse. Questionnaire douleur de Saint-Antoine (QDSA), [https://www.chu-toulouse.fr/IMG/pdf/Quest\\_Douleur\\_Saint\\_Antoine.pdf](https://www.chu-toulouse.fr/IMG/pdf/Quest_Douleur_Saint_Antoine.pdf), consulté le 18 mai 2020.
  26. Inserm. Douleur. <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/douleur>, consulté le 7 mars 2020.
  27. Inserm. Sommeil. <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/sommeil>, consulté le 17 mai 2020.
  28. Jasson M-C. Mieux connaître et diagnostiquer la fibromyalgie par l'étude de la symptomatologie clinique. Fondation pour la Recherche Médicale. [https://www.frm.org/upload/pdf/fibromyal\\_mcj.pdf](https://www.frm.org/upload/pdf/fibromyal_mcj.pdf), consulté le 30 mai 2019.
  29. L'Assurance Maladie. Activ'Dos, l'appli pour prévenir votre mal de dos, <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/lombalgie-aigue/application-activ-dos>, consulté le 18 mai 2020.
  30. La médecine thermale. Qu'est-ce que la médecine thermale ? <https://www.medecinethermale.fr/curistes/la-medecine-thermale-aujourd'hui/cest-quoi-la-medecine-thermale.html>, consulté le 17 mai 2020.
  31. Legrain S., Royant-Parola S. J'apprends à bien dormir. Ameli. [https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/4892/document/apprendre-dormir-conseils\\_assurance-maladie.pdf](https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/4892/document/apprendre-dormir-conseils_assurance-maladie.pdf), consulté le 11 novembre 2019.
  32. Ligue Suisse contre le Rhumatisme. La fibromyalgie, <https://www.ligues-rhumatisme.ch/rhumatismes-de-a-a-z/fibromyalgie?q=fibromyalgie>, consulté le 09 février 2020.
  33. Ligue Suisse contre le Rhumatisme. Recommandations de l'EULAR pour la prise en charge de la fibromyalgie, <https://www.ligues-rhumatisme.ch/blog/2018/>

- [recommandations-eular-concernant-la-fibromyalgie?q=acupuncture](#), consulté le 18 mai 2020.
34. Marc J-F. Apport de la Neuro-Imagerie Fonctionnelle Cérébrale (NIFC) à la compréhension de la Fibromyalgie, <https://fibromyalgiesos.fr/rdv2/wp-content/uploads/2012/03/NEURO-IMAGERIE-FONCTIONNELLE-CEREBRALE-FIBROMYALGIE.pdf>, consulté le 7 mai 2019.
  35. Menkès C-J., Godeau P. Rapport sur la Fibromyalgie, Académie Nationale de médecine. <http://www.academie-medecine.fr/07-02-la-fibromyalgie/>, consulté le 2 septembre 2019.
  36. Ministère des Solidarités et de la Santé. Les médicaments homéopathiques, <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/medicaments/le-circuit-du-medicament/article/les-medicaments-homeopathiques>, consulté le 4 février 2020.
  37. National Health Service. Fibromyalgia: Causes, <https://www.nhs.uk/conditions/fibromyalgia/causes/>, consulté le 1er mars 2020.
  38. National Health Service. Fibromyalgia: Treatment, <https://www.nhs.uk/conditions/fibromyalgia/treatment/>, consulté le 28 août 2019.
  39. National Health Service. Raynaud's, <https://www.nhs.uk/conditions/raynauds/>, consulté le 17 mai 2020.
  40. OpenLearn. Florence Nightingale on what makes a good nurse, <https://www.open.edu/openlearn/health-sports-psychology/health/health-studies/florence-nightingale-on-what-makes-good-nurse>, consulté le 18 mai 2020.
  41. Organisation mondiale de la santé. Comment l'OMS définit-elle la santé ? <https://www.who.int/fr/about/who-we-are/frequently-asked-questions>, consulté le 28 mai 2019.
  42. Orliman. Rachis lombaire, <https://www.orliman.fr/catalogue/rachis-lombaire>, consulté le 18 mai 2020.
  43. Orphanet. La fibromyalgie, <https://www.orpha.net/data/patho/Pub/fr/Fribromyalgie-FRfrPub10465v01.pdf>, consulté le 13 juin 2019.
  44. Orphanet. Le syndrome de fatigue chronique, <https://www.orpha.net/data/patho/Pub/fr/FatigueChronique-FRfrPub790.pdf>, consulté le 7 juin 2019.
  45. Osmose. Douleur en ville, [http://www.reseau-osmose.fr/assets/livret\\_douleur-version\\_online.pdf](http://www.reseau-osmose.fr/assets/livret_douleur-version_online.pdf), consulté le 18 mai 2020.

46. Oxypharm. Bien-être, <https://www.pcmad.fr/-/grand-public/catalogue-GP/domaine-4>, consulté le 18 mai 2020.
47. Pharmacomédicale.org. Imipraminiques, <https://pharmacomedicale.org/medicaments/par-specialites/item/imipraminiques>, consulté le 06 novembre 2019.
48. PLA medical. Différences entre cryothérapie et thermothérapie, <https://materielmedicalpla.wordpress.com/2012/02/17/cryotherapie-thermotherapie/>, consulté le 17 mai 2020.
49. Psychom. Thérapie comportementale et cognitive (TCC), <http://www.psychom.org/Soins-accompagnements-et-entraide/Therapies-Education-therapeutique-ETP/Therapie-comportementale-et-cognitive-TCC>, consulté le 3 novembre 2019.
50. Réhabilitation psychosociale et remédiation cognitive. Prise en charge des troubles du sommeil chez le patient dépendant, [https://centre-ressource-rehabilitation.org/IMG/pdf/guide\\_pratique\\_du\\_clinicien.pdf](https://centre-ressource-rehabilitation.org/IMG/pdf/guide_pratique_du_clinicien.pdf), consulté le 18 mai 2020.
51. Réseau Morphée. Echelle de somnolence d'Epworth, [https://reseau-morphee.fr/wp-content/uploads/dlm\\_uploads/2016/11/Epworth.pdf](https://reseau-morphee.fr/wp-content/uploads/dlm_uploads/2016/11/Epworth.pdf), consulté le 18 mai 2020.
52. Réseau Morphée. Les cycles du sommeil, <https://reseau-morphee.fr/le-sommeil-et-ses-troubles-informations/lorganisation-du-sommeil/les-cycles-du-sommeil>, consulté le 17 mai 2020.
53. Royal college of Psychiatrists. Qu'est-ce que la thérapie cognitivo-comportementale ? <https://tccmontreal.files.wordpress.com/2014/02/manuel-dinformation-quest-ce-que-la-tcc.pdf>, consulté le 3 novembre 2019.
54. Santé-digitale.fr. Mon coach douleur, <https://www.sante-digitale.fr/mon-coach-douleur-une-application-pour-mieux-gerer-la-douleur-cancereuse/>, consulté le 18 mai 2020.
55. Schwa medico. Neurostimulateur transcutané *Tens eco 2*, <https://www.homestim.fr/files/0528568001573641724.pdf>, consulté le 18 mai 2020.
56. Société française d'accompagnement et de soins palliatifs. Les échelles de la douleur, <https://www.open.edu/openlearn/health-sports-psychology/health/health-studies/florence-nightingale-on-what-makes-good-nurse>, consulté le 18 mai 2020.
57. Société Française de Rhumatologie. Comment diagnostiquer la fibromyalgie, <https://public.larhumatologie.fr/grandes-maladies/fibromyalgie/comment-diagnostiquer-la-fibromyalgie>, consulté en mai 2019.

58. Société française de rhumatologie. Qu'appelle-t-on ergothérapie ? <https://public.larhumatologie.fr/quappelle-t-ergotherapie>, consulté le 16 mai 2020.
59. Société Française de Rhumatologie. Quelles sont les causes de la fibromyalgie ? <https://public.larhumatologie.fr/grandes-maladies/fibromyalgie/quelles-sont-les-causes-de-la-fibromyalgie>, consulté le 02 septembre 2019.
60. Tout en soi. Respirer par le ventre, <http://toutensoi.be/les-bienfaits-de-la-respiration-abdominale/>, consulté le 18 mai 2020.
61. Vidal Eurekasanté. Thermalisme et orientations thérapeutiques, [https://eurekasante.vidal.fr/medecine-thermale/thermalisme-therapeutique.html?permalink=thermalisme-therapeutique&cid=Eml\\_000585](https://eurekasante.vidal.fr/medecine-thermale/thermalisme-therapeutique.html?permalink=thermalisme-therapeutique&cid=Eml_000585), consulté le 7 novembre 2019.
62. Vidal. Effets indésirables, <https://www.vidal.fr/Medicament/cymbalta-69436.htm>, consulté le 18 mai 2020.
63. World Health Organization. WHOQOL: Measuring Quality of Life, <https://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/index4.html>, consulté le 18 mai 2020.

## SERMENT DE GALIEN

Je jure d'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.

D'exercer dans l'intérêt de la Santé publique ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur mais aussi les règles de l'Honneur, de la Probité et du Désintéressement.

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine.

De ne dévoiler à personne les secrets qui m'auraient été confiés ou dont j'aurais eu connaissance dans l'exercice de ma Profession.

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser les actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois méprisé de mes Confrères si je manque à mes engagements.



**BODIN Claire**

## **La prise en charge du patient fibromyalgique à l'officine**

Th. D. Pharm., Rouen, Juin 2020, 145 p.

---

### **RESUME**

La fibromyalgie est une affection chronique douloureuse. Si elle a pu être l'objet de nombreux débats, elle est aujourd'hui officiellement reconnue comme maladie à part entière.

Elle se caractérise par des douleurs chroniques diffuses, associées à des troubles du sommeil, une fatigue chronique, des troubles de l'humeur, ainsi que d'autres symptômes moins courants.

La difficulté pour une telle maladie, dont on ignore les causes exactes, est de répondre aux questions et aux maux des patients. Il n'existe à ce jour aucun traitement curatif.

La prise en charge consiste à soulager le patient, en particulier de ses douleurs, de manière symptomatique. Le seul « traitement » ayant prouvé son efficacité est l'activité physique. Les autres mesures seront utilisées au cas par cas : psychothérapies (thérapies cognitivo-comportementales), kinésithérapie, relaxation, thérapeutiques dites naturelles et complémentaires et enfin, traitements médicamenteux.

Cette prise en charge est multidisciplinaire et adaptée à chaque patient.

Du fait de la complexité de cette maladie, handicapante de par son impact sur la vie des patients (professionnelle, familiale, quotidienne, sociale), le pharmacien d'officine trouve particulièrement sa place dans la prise en charge du patient, par ses capacités d'écoute, de conseil, de soutien et d'éducation.

La délivrance de médicaments et de conseils met en jeu ses capacités de communication et le pharmacien doit essayer de répondre au mieux aux demandes (explicites ou non) et plaintes de son patient.

Les recherches scientifiques actuelles, peu nombreuses, sont axées sur l'étiologie de cette maladie, pouvant faire espérer par la suite, la découverte d'un traitement curatif.

Au vu des connaissances sur la fibromyalgie, il s'agit pour le patient d'apprendre à vivre avec, à défaut de pouvoir la soigner définitivement.

---

**MOTS CLES** : Prise en charge - Fibromyalgie - Officine - Communication - Patient - Douleur

---

### **JURY**

Président : Mme Malika Skiba, Maître de Conférences

Membres : Mme Marie-Laure Groult, Maître de Conférences

M. Rodrigue Deleens, Docteur en Médecine

M. Thierry Wable, Enseignant en communication

---

**DATE DE SOUTENANCE** : 19 juin 2020