



**HAL**  
open science

# Place de l'éducation thérapeutique du patient dans la gestion des médicaments dans la fibromyalgie

Mélanie Khalaf

► **To cite this version:**

Mélanie Khalaf. Place de l'éducation thérapeutique du patient dans la gestion des médicaments dans la fibromyalgie. Sciences pharmaceutiques. 2022. dumas-04051155

**HAL Id: dumas-04051155**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04051155>**

Submitted on 29 Mar 2023

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

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



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

UNIVERSITE DE MONTPELLIER  
UFR des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques

PLACE DE L'EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT DANS LA  
GESTION DES MEDICAMENTS DANS LA FIBROMYALGIE

## Thèse

Présentée à la Faculté de Pharmacie de Montpellier  
En vue d'obtenir  
Le Diplôme d'Etat de Docteur en Pharmacie

Par

KHALAF Mélanie

Soutenue le 16 septembre 2022

Président : Mr POUCHERET Patrick – Professeur des Universités, Docteur en pharmacie

Directeur de thèse : Mr OLIVE Patrick – Docteur en médecine, Médecin rhumatologue

Assesseurs : Mme CRETAL DUCASSE Marie – Docteur en pharmacie  
Mme SOUVIGNET Eliane – Docteur en pharmacie

# REMERCIEMENTS

A Mr POUCHERET Patrick,

Merci pour la qualité de vos enseignements et de votre disponibilité tout au long de nos études. Vous donnez envie d'apprendre et d'approfondir.  
Merci d'avoir accepté de présider le Jury de cette thèse.

A Mr OLIVE Patrick,

Merci pour votre accompagnement durant ces derniers mois ainsi que pour votre disponibilité et votre aide, et ce depuis le stage que j'ai effectué à l'hôpital il y a quelques années.

A Marie,

Encore un moment important que l'on partage. Merci de faire partie de ce Jury, merci pour ton soutien et tous ces moments passés ensemble.

A Eliane,

Merci de me faire l'honneur de faire partie du Jury. Merci pour ta bonne humeur quotidienne. C'est un bonheur de travailler avec toi tous les jours.

A mes parents et à David,

Merci d'être à mes côtés chaque jour, quoiqu'il arrive.

A Maxime et Millie,

Merci pour tout, je vous aime.

A ma famille, à Sandra, Ammo, May, au Liban, Amal, Nada, Soha... à tous mes cousins, à Matthieu, Raphaël...

Merci à tous d'être là, notre famille compte énormément pour moi.

A mes amis et collègues

A Virginie,

Tu sais déjà tout... merci de faire partie de mon quotidien et d'être à mes côtés. Merci pour ton soutien. Tu es une amie formidable.

A Emma,

Merci d'être là pour moi dans les bons moments et dans les moins bons. A tous ces moments déjà passés ensemble et à tous les futurs. Une amitié qui est loin d'être terminée.

(Merci de m'avoir forcée à écrire ma thèse...)

A Margot,

Merci pour toutes ces années et tous ces moments passés ensemble. Merci pour ta présence et ton soutien.

A tous ceux de la fac, qui m'ont accompagnée pendant ces quelques années. A toutes ces soirées, ces heures passées à la bu, ces voyages... Manon mon acolyte et amie depuis quelques années maintenant, Léa, Léa, Célia.... Et à celles que j'ai découvert un peu plus tard, Julia et Elisa, merci pour tout.

A Maëlen, Marina, Brayan, Marine, le quotidien au travail ne serait pas le même sans vous. A toutes nos soirées. Merci pour votre soutien. Mention spéciale pour Maëlen, merci pour ton aide précieuse durant l'écriture de cette thèse.

# Table des matières

<b>REMERCIEMENTS.....</b>	<b>2</b>
<b>Liste des tableaux :.....</b>	<b>6</b>
<b>Liste des figures :.....</b>	<b>6</b>
<b>Liste des abréviations.....</b>	<b>8</b>
<b>I. Introduction.....</b>	<b>10</b>
<b>II. Rappels.....</b>	<b>10</b>
<b>1. Des débuts à la reconnaissance.....</b>	<b>10</b>
<b>2. Épidémiologie.....</b>	<b>12</b>
<b>3. Physiopathologie.....</b>	<b>12</b>
<b>4. Diagnostic positif.....</b>	<b>15</b>
4.1 Clinique.....	15
4.2 Paraclinique.....	18
4.3 Critères et scores.....	18
<b>5. Traitement.....</b>	<b>24</b>
5.1 Les interventions non médicamenteuses.....	24
5.2 Les traitements médicamenteux.....	46
<b>III. Matériel et méthodes.....</b>	<b>62</b>
<b>1. Matériel.....</b>	<b>63</b>
<b>2. Méthode.....</b>	<b>63</b>
<b>IV. Résultats.....</b>	<b>71</b>
<b>1. Données générales.....</b>	<b>71</b>
<b>2. Données concernant les traitements.....</b>	<b>77</b>

<b><i>V. Discussion.....</i></b>	<b><i>83</i></b>
<b><i>1. Résultats généraux.....</i></b>	<b><i>83</i></b>
<b><i>2. Gestion médicamenteuse .....</i></b>	<b><i>85</i></b>
<b><i>VI. Conclusion .....</i></b>	<b><i>86</i></b>
<b><i>VII. Annexes.....</i></b>	<b><i>88</i></b>
<b><i>VIII. Bibliographie.....</i></b>	<b><i>108</i></b>

## Liste des tableaux :

Tableau 1: Effets indésirables, contre-indications et précautions d'emploi <sup>59, 65, 72, 76, 82</sup> ...	62
Tableau 2: Récapitulatif des données générales concernant les patients .....	72
Tableau 3: Données générales concernant les patients regroupées par tranches d'âge ..	75

## Liste des figures :

Figure 1 : Classification Internationale des Maladies – 10 <sup>ème</sup> révision <sup>3</sup> .....	11
Figure 2: Modèle biopsychosocial de la santé et de la pathologie (Engel, 1982) <sup>1</sup> .....	13
Figure 3 : Model of Chronic Pain Disability (Vlaeyen et al., 1995) <sup>4</sup> .....	17
Figure 4: Nouveaux critères ACR - Première partie <sup>4</sup> .....	20
Figure 5: Nouveaux critères ACR - Deuxième partie <sup>4</sup> .....	21
Figure 6: Révision 2016 des critères diagnostiques de fibromyalgie ACR 2010 (Wolfe et coll., 2016) <sup>1</sup> .....	22
Figure 7 (suite): Révision 2016 des critères diagnostiques de fibromyalgie ACR 2010 (Wolfe et coll., 2016) <sup>1</sup> .....	22
Figure 8: Auto-questionnaire FIRST (Perrot et coll., 2010) <sup>4</sup> .....	23
Figure 9: Neurostimulateur TENS ECO 2 <sup>20</sup> .....	25
Figure 10: Mécanisme d'action du TENS <sup>18</sup> .....	26
Figure 11: Cercle vicieux du déconditionnement physique (Préfaut & Ninot, 2009) <sup>25</sup> ....	34
Figure 12: Intégration de l'ETP à la stratégie thérapeutique <sup>36</sup> .....	38
Figure 13: Classification des antalgiques selon l'OMS <sup>57</sup> .....	48
Figure 14: Mécanisme d'action des différentes classes d'antidépresseurs <sup>65</sup> .....	51
Figure 15: Mécanisme d'action des benzodiazépines <sup>76</sup> .....	54
Figure 16: Résultat d'un test MMPI-2 .....	66
Figure 17: Graphique des moyennes des EVA douleur à t0 et à t1 .....	73
Figure 18: Graphique des moyennes des FIQ à t0 et à t1 .....	73
Figure 19: Graphique des moyennes des tests de marche à t0 et à t1 .....	74
Figure 20: Graphique des techniques médicamenteuses à t0 et à t1 .....	74
Figure 21: Graphique de l'évolution des MMPI à t0 et à t1 .....	76

Figure 22: Graphique de l'évolution des doublets Hs-Hy à t0 et à t1 .....	76
Figure 23: Graphique de l'évolution des valeurs Sc à t0 et à t1 .....	77
Figure 24: Graphique de la consommation médicamenteuse à t0 .....	78
Figure 25: Graphique de la consommation médicamenteuse à t1 .....	78
Figure 26: Graphique de l'évolution des antalgiques de palier I.....	80
Figure 27: Graphique de l'évolution des antalgiques de palier II .....	80
Figure 28: Graphique de l'évolution des AINS.....	80
Figure 29: Graphique de l'évolution des ISRS.....	81
Figure 30: Graphique de l'évolution des IRSNa .....	81
Figure 31: Graphique de l'évolution des ATD imipraminiques.....	81
Figure 32: Graphique de l'évolution des antiépileptiques .....	82
Figure 33: Graphique de l'évolution des anxiolytiques.....	82
Figure 34: Graphique de l'évolution des neuroleptiques .....	82
Figure 35: Graphique de l'évolution des traitements "autres".....	83



# Liste des abréviations

- CHU : Centre Hospitalier Universitaire
- SPID : Syndrome Polyalgique Idiopathique Diffus
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- CIM-10 : Classification Internationale des Maladies – 10<sup>ème</sup> révision
- ADP : Adénosine diphosphate
- ATP : Adénosine triphosphate
- AMP : Adénosine monophosphate
- PpO<sub>2</sub> : Pression partielle en O<sub>2</sub>
- O<sub>2</sub> : Dioxygène
- RMN : Résonance Magnétique Nucléaire
- SRM : Spectrométrie par Résonance Magnétique
- AINS : Anti-inflammatoire non stéroïdien
- SADAM : Syndrome algo-dysfonctionnel de l'appareil mandicateur
- ATIH : Agence Technique de l'Information Hospitalière
- ACR : *American College of Rheumatology*
- WPI : *Widespread Pain Index*
- IED : Index d'étendue de la douleur
- SSS : *Symptom Severity Score*
- FS : *Fibromyalgia Severity*
- FIRST : *Fibromyalgia Rapid Screening Tool*
- TENS : *Transcutaneous Electrical NeuroStimulation*
- Hz : Hertz
- ARS : Agence Régionale de Santé
- ETP : Éducation thérapeutique du patient
- AVC : Arrêt vasculaire cérébral
- IDM : Infarctus du myocarde
- AFRETH : Association Française pour la Recherche Thermale
- FIQ : *Fibromyalgia Impact Questionary*
- APA : Activité physique adaptée
- TMS : *Total Myalgique Score*
- TPC : *Tender Point Count*
- TCC : Thérapie Comportementale et Cognitive
- EVA : Évaluation de la douleur Visuelle Analogique
- EIF : Échelle d'Intensité de Fatigue

- HPST : Hôpital Patient Santé et Territoire
- HAS : Haute Autorité de Santé
- FAR : Fibromyalgie Algologie Rhumatologie
- HAQ : *Health Assessment Questionnaire*
- MMPI : *Minnesota Multiphasic Personality Inventory*
- HAD : *Hospital Anxiety and Depression*
- FABQ : *Fear Avoidance Belief Questionnaire*
- PCS : *Pain Catastrophizing Scale*
- MMSE : *Mini Mental State Examination*
- TSK-CF : *Tampa Scale of Kinesiophobia*
- IEQ-CF : *Injustice Experiences Questionnaires – Version canadienne-française*
- PGIC : *Patients Global Impression of change*
- URICA : *University of Rhode Island Change Assessment Scale*
- AFLAR : Association Française de Lutte Antirhumatismale
- AFF : Association Française des Fibromyalgiques
- MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées
- ISRS : Inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine
- IRSNa : Inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline
- IMAO : Inhibiteur de la monoamine oxydase
- Cox : Cyclo-oxygénase
- EULAR : *European Alliance of Associations for Rheumatology*
- MAO : Monoamine oxydase
- AMM : Autorisation de mise sur le marché
- EMA : *European Medicines Agency*
- HTA : Hypertension artérielle
- NFS : Numération de la formule sanguine
- MMPI-2-RF
- OHSU : *Oregon Health & Science University*
- FIQR : FIQ révisé
- SaO<sub>2</sub> : Saturation en oxygène
- FC : Fréquence cardiaque
- FR : Fréquence respiratoire
- TA : Tension artérielle
- CETD : Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur

# I. Introduction

La fibromyalgie est une pathologie fréquente définie comme un syndrome comportant des douleurs diffuses, une asthénie, des troubles du sommeil et des signes associés souvent non spécifiques.

La fibromyalgie a un impact au niveau économique, qui peut beaucoup varier d'un patient à l'autre en fonction de la prise en charge. <sup>1</sup>

C'est une pathologie controversée, difficile à diagnostiquer, à mi-chemin entre le monde somatique et psychique. De plus, les réponses thérapeutiques sont souvent mises en échec.

Le but de ce travail est d'étudier au sein d'un échantillon de cette population prise en charge dans un programme d'éducation thérapeutique au CHU, la gestion et la consommation médicamenteuse des patients.

## II. Rappels

### 1. Des débuts à la reconnaissance

La fibromyalgie est une pathologie récente. Elle a été décrite en 1977 par deux canadiens : Smythe et Moldofsky, qui ont créé le terme fibromyalgie. Smythe et Moldofsky ont également permis de nombreux travaux sur des symptômes caractéristiques : l'existence de points douloureux à la pression ainsi que la présence de fatigue et de troubles du sommeil.

En 1988, le nom de SPID ou syndrome polyalgique idiopathique diffus a été proposé, mais n'a pas été retenu. <sup>2</sup>

Elle est reconnue au niveau international depuis 2006, quand l'OMS lui a attribué un code spécifique dans la CIM-10 ou classification internationale des maladies - 10<sup>ème</sup> révision.

▼ CIM-10 Version:2008

- ▶ I Certaines maladies infectieuses et parasitaires
- ▶ II Tumeurs
- ▶ III Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire
- ▶ IV Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques
- ▶ V Troubles mentaux et du comportement
- ▶ VI Maladies du système nerveux
- ▶ VII Maladies de l'œil et de ses annexes
- ▶ VIII Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde
- ▶ IX Maladies de l'appareil circulatoire
- ▶ X Maladies de l'appareil respiratoire
- ▶ XI Maladies de l'appareil digestif
- ▶ XII Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané
- ▼ XIII Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif
  - ▶ M00-M25 Arthropathies
  - ▶ M30-M36 Affections disséminées du tissu conjonctif
  - ▶ M40-M54 Dorsopathies
  - ▼ M60-M79 Affections des tissus mous
    - ▶ M60-M63 Myopathies
    - ▶ M65-M68 Atteintes des synoviales et des tendons
    - ▶ M70-M79 Autres affections des tissus mous
  - ▶ M80-M94 Ostéopathies et chondropathies
  - ▶ M95-M99 Autres maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif
- ▶ XIV Maladies de l'appareil génito-urinaire
- ▶ XV Grossesse, accouchement et puerpéralité
- ▶ XVI Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale
- ▶ XVII Malformations congénitales et anomalies

**M79 Autres affections des tissus mous, non classées ailleurs**

[Voir codage de la localisation au début de ce chapitre]

**Excl.:** douleur psychogène des tissus mous (F45.4)

**M79.0 Rhumatisme, sans précision**

**Excl.:** fibromyalgie (M79.7)  
rhumatisme palindromique (M12.3)

**M79.1 Myalgie**

**Excl.:** myosite (M60.-)

**M79.2 Névralgie et névrite, sans précision**

**Excl.:** mononévrites (G56-G58)  
radiculite:
 

- SAI (M54.1)
- brachiale SAI (M54.1)
- lombo-sacrée SAI (M54.1)

 sciatique (M54.3-M54.4)

**M79.3 Panniculite, sans précision**

**Excl.:** panniculite (du):
 

- cou et dos (M54.0)
- lupique (L93.2)
- récidivante [Weber-Christian] (M35.6)

**M79.4 Hypertrophie du coussinet graisseux (rotulien)**

**M79.5 Corps étranger résiduel dans un tissu mou**

**Excl.:** granulome dû à la présence d'un corps étranger du tissu:
 

- cellulaire cutané et sous-cutané (L92.3)
- mou (M60.2)

**M79.6 Douleur au niveau d'un membre**

**M79.7 Fibromyalgie**

Fibromyosite  
Fibrosite  
Myofibrosite

**M79.8 Autres affections précisées des tissus mous**

**M79.9 Affection des tissus mous, sans précision**

Figure 1 : Classification Internationale des Maladies – 10<sup>ème</sup> révision<sup>3</sup>

Auparavant, les troubles pouvaient être classés parmi ceux de l'appareil locomoteur ou parmi ceux de la somatisation alors que le syndrome fibromyalgique est aujourd'hui classé parmi les maladies musculo-squelettiques et du tissu conjonctif.<sup>2</sup>

Dans le rapport de 2007 de l'Académie nationale de médecine, des doutes sur la réalité de la pathologie étaient exprimés malgré sa classification en tant que maladie par l'OMS.

La fibromyalgie est encore aujourd'hui controversée. Pour beaucoup, c'est une pathologie inexistante, inventée. Certains ne la considèrent pas comme une maladie. Ceci est dû à sa physiopathologie qui n'est pas précise : il n'y a pas de signes biologiques ou radiologiques, les symptômes sont multiples et sont subjectifs (douleurs, fatigue, sommeil) et la psychologie prend une part importante dans cette maladie. Il y a donc une hétérogénéité au niveau du tableau clinique et des traitements non fixés qui peuvent varier en fonction des patients.<sup>2</sup>

De nombreuses associations de patients atteints de fibromyalgie existent. Elles sollicitent régulièrement les instances (lorsque c'est nécessaire, pour des questions, la nécessité de formations...) et ont permis, entre autres, la reconnaissance sociale de la maladie.

## 2. Épidémiologie

La fibromyalgie est fréquente, avec une prévalence dans la population générale estimée à 2,2% d'après la littérature Française, et de 1,6% dans la population Française.  
1, 2

La fibromyalgie touche surtout des femmes (75 à 80%) entre l'adolescence et la ménopause (en majorité des femmes entre 30 et 50 ans), mais elle peut aussi toucher des enfants, des hommes et des personnes âgées.

La prévalence de cette pathologie est inférieure à 1% chez les personnes de moins de 25-30 ans, et augmente avec l'âge pour atteindre son maximum chez les personnes âgées de 30 à 50 ans.<sup>1</sup>

L'impact socio-économique est considérable et tend à augmenter. Il varie en fonction des patients, des comorbidités associées qui sont fréquentes dans la fibromyalgie et de la prise en charge de la pathologie.<sup>1</sup>

## 3. Physiopathologie

### Facteurs déclenchants

Des hypothèses ont été émises afin d'expliquer le déclenchement du syndrome fibromyalgique.

Pour les patients, les facteurs déclenchants peuvent être somatiques (64%) (avec une majorité de causes venant de l'extérieur (90%) comme la malchance, l'hérédité... et le reste étant interne comme le surmenage), ou psychologiques (36%) comme le stress, le perfectionnisme ou encore les traumatismes.<sup>4</sup>

En 1982, Engel a proposé un modèle biopsychosocial, qui place la biologie, la psychologie et le social en tant qu'éléments de causalité de la maladie. C'est un modèle dans lequel la fibromyalgie peut s'inscrire et qui permet d'expliquer son hétérogénéité.

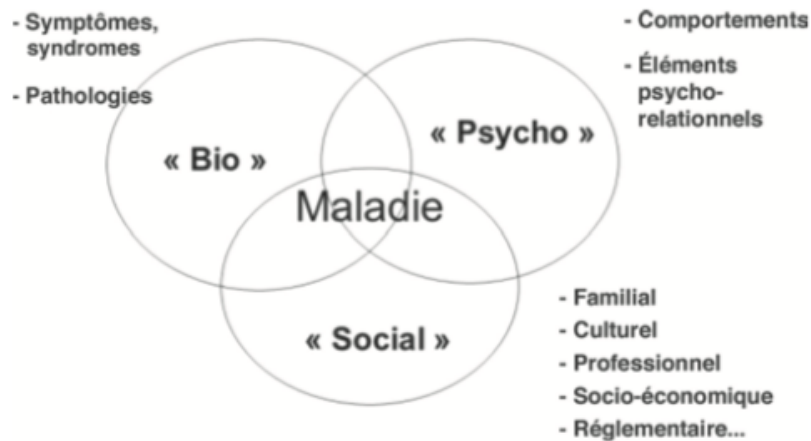


Figure 2: Modèle biopsychosocial de la santé et de la pathologie (Engel, 1982) <sup>1</sup>

### 3.1 Terrain médical

Selon certaines études publiées dans un numéro de 2005 du «*Journal of Rheumatology*», un dérèglement au niveau du système nerveux central de la perception de la douleur a été observé, une forte sensibilité aux stimuli nociceptifs (aussi appelée hyperalgésie) ainsi que des réactions douloureuses (ou allodynie) à des stimulations qui ne sont pas censées en provoquer. <sup>2</sup>

Ces douleurs font l'objet d'une controverse : il pourrait s'agir de cause du syndrome fibromyalgique ou bien d'une résultante de celui-ci.

Il existe d'autres hypothèses au niveau de la physiopathologie.

Les patients fibromyalgiques, comme vu précédemment, sont sujets à des douleurs musculaires et à des contractures.

A l'examen, il y a une absence de lésions inflammatoires, il n'y a pas de fibrose. On peut uniquement constater des lésions infimes que ce soit au microscope optique ou au microscope électronique. Au niveau métabolique, il a été constaté une diminution de l'ADP, de l'ATP et de la phosphorylcréatinine <sup>4</sup>, qui sont nécessaires à la contraction musculaire (le mécanisme moléculaire de la contraction musculaire se produit grâce à l'ATP, qui est formée entre autres grâce à l'ADP couplée à la créatine phosphate ou phosphocréatinine) <sup>5</sup> et une augmentation de l'AMP et de la créatine au niveau des trapèzes, ce qui signifie une contracture importante à ce niveau. Il y a aussi une baisse de la PpO<sub>2</sub> ou pression partielle en O<sub>2</sub>. Des anomalies à la spectroscopie P<sup>31</sup> sont également observées.

Le phosphore-31 est exploré par résonance magnétique nucléaire ou RMN, et sa spectroscopie permet l'appréciation du métabolisme énergétique musculaire in vivo. La

Spectrométrie par Résonance Magnétique ou SRM a aujourd'hui une place dans le bilan diagnostique et pronostique des maladies musculaires. <sup>6</sup>

Le muscle est donc contracturé (c'est-à-dire qu'il subit une contraction involontaire) et en hypoxie (due à la diminution de la PpO<sub>2</sub>). <sup>4</sup>

### 3.2 Terrain génétique

Plusieurs études ont été menées afin d'observer la fréquence d'apparition du syndrome fibromyalgique dans les familles de patients atteints, et suggèrent qu'il y a une part héréditaire dans l'apparition de la pathologie. <sup>7</sup>

En effet, une étude a été menée sur 17 familles de patients fibromyalgiques. Sur cinquante personnes incluses, 26 (soit 52%) avaient des symptômes de fibromyalgie primaire, 11 (soit 22%) n'avaient pas de symptômes mais présentaient une anomalie musculaire à la palpation, sans points sensibles. Deux cas ont montré une anomalie musculaire à la palpation, longtemps avant l'apparition de signes caractéristiques de la pathologie.

Une agrégation familiale a donc été observée, et les études ont révélé qu'il y avait des associations entre les facteurs génétiques et le développement de la maladie. <sup>8</sup>

Le polymorphisme génétique (c'est-à-dire les différentes formes qu'un gène peut prendre <sup>9</sup>) dans le système dopaminergique, sérotoninergique et catécholaminergique serait en lien dans l'étiologie de la pathologie, bien que ce polymorphisme ne soit pas caractéristique du syndrome fibromyalgique. <sup>10</sup>

Les facteurs génétiques et familiaux pourraient jouer un rôle dans son apparition, avec la possibilité d'une part héréditaire dans la fibromyalgie primaire, qui se ferait selon un mode de transmission autosomique dominant (cela signifie que le gène responsable est porté par un autosome et la mutation d'un seul allèle est nécessaire pour que la maladie soit présente <sup>11</sup>), avec un stade latent (de durée variable) avant l'arrivée des signes cliniques. <sup>12</sup>

### 3.3 Terrain psychologique

Encore une fois, les avis diffèrent concernant les facteurs psychologiques, sociaux, culturels et environnementaux. Pour certains, de la même façon que les douleurs perçues, les troubles psychiques qui sont souvent retrouvés chez les personnes atteintes de fibromyalgie peuvent être en cause et pour d'autres, il s'agit de conséquences dues à la pathologie ou encore les deux à la fois.

Une enquête a été effectuée sur un panel de médecins généralistes britanniques. Selon eux, les patients souffrant de symptômes médicalement inexplicables ont tendance à avoir davantage de troubles de la personnalité ou de maladies psychiatriques.

On ne retrouve pas de profil psychologique type, mais chez de nombreux patients atteints, on retrouve la présence de traumatismes psychologiques tels que les deuils, les divorces, les licenciements, les harcèlements au travail, les agressions...<sup>4</sup>

On retrouve dans la fibromyalgie une part de psychosomatisation. Le terme psychosomatique provient du grec ancien avec *psyché* qui signifie l'esprit et le terme *soma* qui signifie le corps. On parle de troubles psychosomatiques lorsque la psychologie est impliquée dans l'apparition de symptômes physiques. Elle peut occasionner ou seulement aggraver ces symptômes.

Ce sont en général des causes émotionnelles, les angoisses, et particulièrement le stress qui vont avoir un impact. La participation au déclenchement de la maladie psychosomatique se fait en plusieurs phases : la phase d'alerte, celle de lutte et celle d'épuisement, où le cortisol sécrété va puiser l'énergie. De plus, le stress peut aggraver des symptômes comme les céphalées, le mal de dos, les insomnies, les maladies de la peau...<sup>13</sup>

Le stress est une composante très présente dans la fibromyalgie. Il peut être un facteur prédisposant (la personnalité, le style de vie, la profession, les traumatismes liés à l'enfance...), un facteur déclenchant (un stress post-traumatique, un stress au niveau professionnel, un évènement de la vie...) ou encore un facteur d'entretien de la pathologie.

<sup>4</sup>

En conclusion, les hypothèses les plus probables aujourd'hui reprennent le concept d'allodynie généralisée sur un mauvais contrôle inhibiteur descendant favorisé sans doute par un mauvais fonctionnement du cerveau émotionnel.

## 4. Diagnostic positif

La fibromyalgie est caractérisée par 3 points : la douleur, la fatigue et des troubles du sommeil, également surnommée « la triade de la fibromyalgie ».<sup>4</sup>

### 4.1 Clinique

#### 4.1.1 La douleur

Les douleurs sont diffuses, chroniques, plus ou moins intenses selon les périodes et peuvent être insensibles aux anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS). Elles peuvent



être rachidiennes : cervicalgies, dorsalgies, lombalgies..., articulaires (apparaissent à la mobilisation, à la pression, avec enraidissement matinal fréquent (75 à 90%), fourmillements des doigts...), ou encore musculaires (contractures).<sup>4</sup>

La douleur peut également apparaître, en plus de la douleur ressentie au quotidien, sous forme de crises de forte intensité qui peuvent augmenter la fatigue déjà présente.

D'autres troubles ont été rapportés tels que la paresthésie, la dysesthésie (fourmillements, brûlures, picotements...) ou l'hypersensibilité (lumière, odeurs).<sup>1</sup>

#### *4.1.2 La fatigue*

La fatigue est elle aussi chronique, prédominant le matin, et ne s'améliorant pas, ou peu, au repos. Elle rend difficile les activités, et même celles du quotidien.<sup>4</sup>

Selon une étude, 75% des patients atteints présentent ce symptôme. C'est un des paramètres subjectifs dans la pathologie et qui peut être influencé par de nombreux facteurs. Cette composante est donc difficile à mesurer et à interpréter.<sup>1</sup>

#### *4.1.3 Les troubles du sommeil*

Les troubles du sommeil sont une composante importante du syndrome fibromyalgique. Ils sont très fréquents et presque constants. Entre 62% et 95% des patients fibromyalgique en présentent. La plupart du temps, le sommeil est léger et non réparateur, peu importe sa durée. Il a été observé que les troubles du sommeil ne sont pas les mêmes selon la pathologie (fibromyalgie, dépression...) Certains patients atteints de fibromyalgie peuvent présenter un syndrome des jambes sans repos ou également un syndrome d'apnée du sommeil. Ceci explique la fatigue intense, une somnolence diurne et ainsi l'impact sur le quotidien et souvent sur la vie sociale. On peut également retrouver des difficultés de concentration et des troubles de l'attention.<sup>2,4</sup>

#### *4.1.4 Signes associés*

Les patients peuvent présenter de nombreux signes associés : céphalées, syndrome des jambes sans repos, engourdissement des doigts, colite chronique (intestin irritable), vessie irritable (cystite chronique à urines claires), troubles temporo-mandibulaires (SADAM), troubles cognitifs (troubles de l'attention et de la mémoire), hypotension artérielle, troubles du rythme cardiaque, sensibilité au froid (syndrome de Raynaud) mais sans anomalies radiologiques ou biologiques.<sup>4</sup>

On retrouve pour une grande majorité des cas des perturbations émotionnelles et même un contexte de dépression ou d'anxiété, ainsi que des troubles cognitifs. On retrouve également le catastrophisme, le pessimisme, la passivité, la dépendance, l'hypersensibilité aux stress, la kinésiophobie, la peur de la douleur...<sup>4</sup>

La pathologie engendre chez de nombreux patients des répercussions sur la qualité de vie, des difficultés de gestion de la vie sociale, de l'entourage, du travail, et peut même amener à un isolement progressif<sup>2</sup> et à une diminution de l'estime de soi.<sup>4</sup>

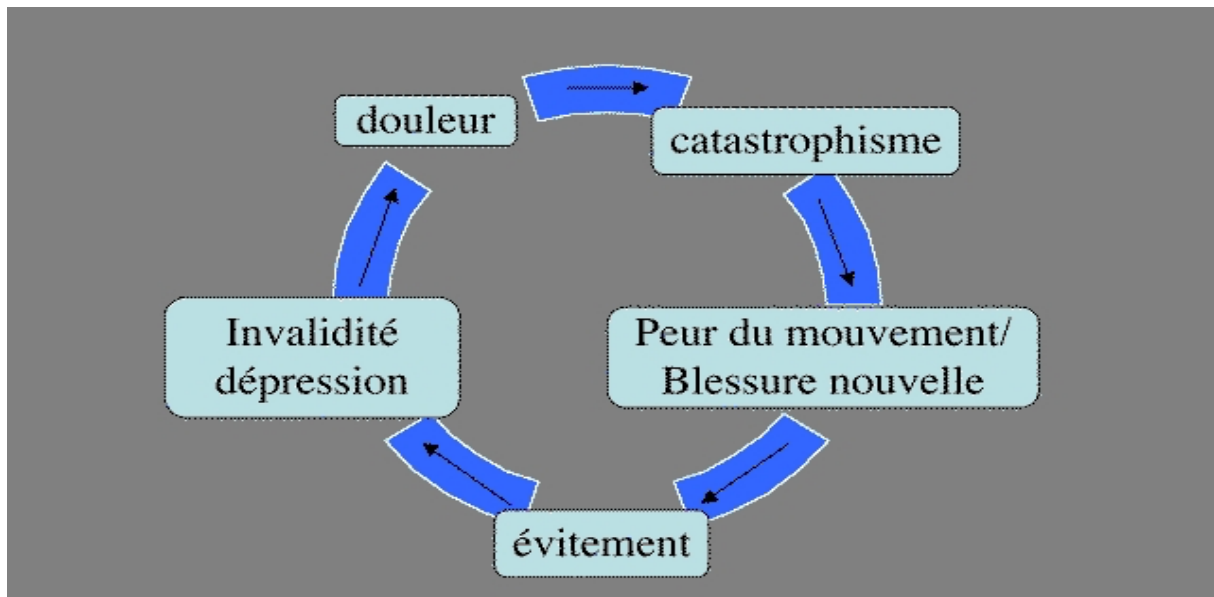


Figure 3 : Model of Chronic Pain Disability (Vlaeyen et al., 1995)<sup>4</sup>

Les patients sont souvent pris dans un engrenage où ils craignent la douleur, ce qui engendre chez eux une peur du mouvement (aussi appelée kinésiophobie). On retrouve ainsi chez de nombreuses personnes fibromyalgiques une diminution de l'activité physique, voir une invalidité, ce qui rend accrue la sensibilité à la douleur.

Les troubles anxieux concernent 70% des patients fibromyalgiques. La dépression est fréquente mais n'est pas constante. Elle peut survenir avant la pathologie (50 à 70% des cas) ou se déclarer alors qu'elle est déjà installée.<sup>4</sup>

Ces symptômes, notamment la douleur, la fatigue et les troubles du sommeil, sont le plus souvent retrouvés chez les patients atteints de fibromyalgie mais ils peuvent être différents selon les patients et ne sont pas toujours tous ressentis.<sup>2</sup>

Une étude a été réalisée à partir des données collectées dans la base de données Thalès-Cegedim. D'après les analyses, la présence de troubles dépressifs est le symptôme associé au diagnostic de fibromyalgie qu'on retrouve le plus fréquemment. <sup>2</sup>

De la même façon, les données de l'ATIH ou Agence technique de l'information hospitalière ont été analysées afin de collecter des informations concernant les patients en séjour hospitalier et ayant un syndrome fibromyalgique. Il a également été conclu que les personnes atteintes de fibromyalgie séjournant à l'hôpital sont majoritairement atteintes, en association à la pathologie, de troubles dépressifs. <sup>2</sup>

C'est une pathologie qui va évoluer au cours de la vie, mais sa progression est assez lente.

Il y a deux types de fibromyalgie :

- Fibromyalgie primaire : la fibromyalgie est la seule à expliquer la douleur.
- Fibromyalgie secondaire : La fibromyalgie vient amplifier les douleurs d'une autre pathologie, comme une polyarthrose ou un rhumatisme inflammatoire.

## 4.2 Paraclinique

Elle est normale dans la fibromyalgie mais elle nous permet d'éliminer les diagnostics différentiels.

Elle doit comporter :

- Une biologie complète
- Des examens d'imagerie :
  - Radiographie sur les sites douloureux
  - Scintigraphie osseuse du corps total

## 4.3 Critères et scores

En 1990, l'ACR (*American College of Rheumatology*) a publié des critères de classification permettant de reconnaître un syndrome fibromyalgique :

- Douleurs diffuses pendant au moins 3 mois. Une douleur diffuse est une douleur présente des deux côtés du corps (droite et gauche), au-dessus et en-dessous de la taille (dont une douleur au rachis cervical, lombaire ou thoracique ou à la partie antérieure du thorax)

- Des points douloureux à la pression : au moins 11 points sur 18 points préalablement définis :

- a. Occiput (à l'insertion occipitale des muscles sous-occipitaux)
- b. Cervical bas (partie antérieure des espaces intertransversaires à C5-C7)
- c. Trapèze (partie moyenne du bord supérieur du muscle)
- d. Sus-épineux (à l'insertion au-dessus de l'épine de l'omoplate, près du bord interne)
- e. 2ème côte (proche de la jonction chondrocostale, à la partie supérieure)
- f. Épicondyle (2cm au-dessous des épicondyles)
- g. Fesse (quadrant supéro-externe de la fesse)
- h. Grand trochanter (en arrière de la saillie)
- i. Genou (en regard du coussinet graisseux interne)

Pour chaque site, la douleur est localisée à droite et à gauche. <sup>2</sup>

Selon l'ACR, ces critères auraient respectivement une sensibilité et une spécificité de 88,4 et de 81,1%. Malgré cela, ils ont rapidement montré leurs limites. En effet, ils se basent uniquement sur la douleur et pas sur les autres symptômes et excluent les patients ayant moins de 11 points douloureux. De plus, il existe des variables quant aux examinateurs, qui jugent des points douloureux et qui ne sont pas formés de la même manière mais aussi par rapport aux patients qui n'ont pas la même sensibilité à la douleur et chez qui l'anxiété ou encore le moment de la journée peut interagir sur celle-ci. <sup>2</sup>

Ainsi, en 2010 puis en 2016, l'ACR a décrit lors d'une étude menée aux États-Unis par Wolfe *et al.* les nouveaux critères diagnostics de fibromyalgie. Ces critères ont pour but de compléter la 1<sup>ère</sup> méthode, qui se basait principalement sur les points douloureux et limitait donc le diagnostic aux formes les plus sévères quant à ce critère sans prendre en compte les autres symptômes. <sup>2</sup>

Il n'y a donc plus de localisation exacte de points douloureux par un examen clinique pour évaluer la présence de la douleur.

Dans ces nouveaux critères diagnostics, le patient doit répondre à un questionnaire en plusieurs parties :

La première partie permet de déterminer le *Widespread Pain Index* (WPI) ou Index d'étendue de la douleur (IED).

Le patient doit cocher les régions du corps douloureuse la semaine précédente, à l'exception des douleurs provenant de maladies connues (arthrose, polyarthrite, lupus, ...).

Le WPI ou IED va de 0 à 19. <sup>4</sup>

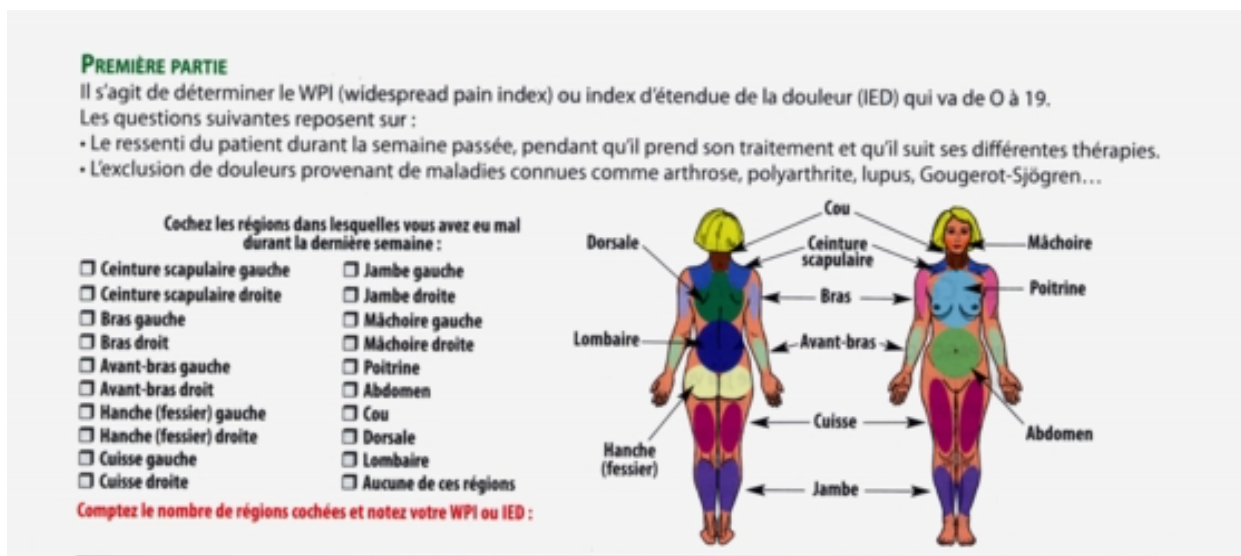


Figure 4: Nouveaux critères ACR - Première partie <sup>4</sup>

La deuxième partie sert à déterminer le score de sévérité des symptômes ou SSS (*Symptom Severity Score*) qui se fait en deux parties :

La première correspond à l'intensité des symptômes au cours de la semaine passée. Les symptômes proposés sont ceux qu'on retrouve le plus souvent chez les patients fibromyalgiques : la fatigue, le réveil non reposé et les symptômes cognitifs. Pour chacun de ces symptômes, le patient doit leur attribuer un chiffre entre 0 et 3 (avec le chiffre 0 correspondant à une absence de symptômes et le chiffre 3 correspondant à un problème sévère, généralisé, continu, perturbant pour la vie quotidienne).

La deuxième partie correspond aux symptômes ressentis au cours de la semaine passée.<sup>4</sup>

**DEUXIÈME PARTIE**  
 Il s'agit de déterminer le score de sévérité des symptômes (SSS) ou Symptom Severity Score (SS score). Le calcul se fait en deux temps  
 Tout d'abord le 2A :

Cochez les cases correspondant à l'intensité des symptômes au cours de la semaine passée en utilisant la grille qui suit :

Fatigue	Réveil non reposé	Symptômes cognitifs
0 = absent	0 = absent	0 = absent
1 = problème léger, minime, intermittent	1 = problème léger, minime, intermittent	1 = problème léger, minime, intermittent
2 = problème modéré, gênant, souvent présent	2 = problème modéré, gênant, souvent présent	2 = problème modéré, gênant, souvent présent
3 = problème sévère, généralisé, continu, perturbant pour la vie quotidienne.	3 = problème sévère, généralisé, continu, perturbant pour la vie quotidienne.	3 = problème sévère, généralisé, continu, perturbant pour la vie quotidienne.

Totalisez le score 2A en additionnant les chiffres correspondant aux cases cochées :

Puis le 2B

Cochez les cases correspondant aux symptômes que vous avez ressentis durant la semaine passée :

<input type="checkbox"/> Douleur musculaire	<input type="checkbox"/> Nervosité	<input type="checkbox"/> Perte ou changement de goût	Faites la somme des cases cochées et déterminez votre score 2B : 0 symptômes donne un score de 0 1 à 10 symptômes : score 1 11 à 24 symptômes : score 2 25 symptômes ou plus : score 3
<input type="checkbox"/> Syndrome de l'intestin irritable	<input type="checkbox"/> Douleur thoracique	<input type="checkbox"/> Crise d'épilepsie	
<input type="checkbox"/> Fatigue	<input type="checkbox"/> Vision floue	<input type="checkbox"/> Yeux secs	
<input type="checkbox"/> Problème de mémoire ou de concentration	<input type="checkbox"/> Fièvre	<input type="checkbox"/> Oppression respiratoire	
<input type="checkbox"/> Faiblesse musculaire	<input type="checkbox"/> Diarrhée	<input type="checkbox"/> Perte d'appétit	
<input type="checkbox"/> Céphalée	<input type="checkbox"/> Bouche sèche	<input type="checkbox"/> Éruption cutanée	
<input type="checkbox"/> Douleurs ou crampes abdominales	<input type="checkbox"/> Démangeaisons	<input type="checkbox"/> Hypersensibilité au soleil	
<input type="checkbox"/> Engourdissement, fourmillement	<input type="checkbox"/> Sifflement respiratoire	<input type="checkbox"/> Troubles de l'audition	
<input type="checkbox"/> Vertige, étourdissement	<input type="checkbox"/> Syndrome de Raynaud	<input type="checkbox"/> Faire facilement des ecchymoses	
<input type="checkbox"/> Insomnie	<input type="checkbox"/> Urticaire	<input type="checkbox"/> Perte de cheveux	
<input type="checkbox"/> Dépression	<input type="checkbox"/> Acouphènes	<input type="checkbox"/> Mictions fréquentes	Notez votre score 2B ici :
<input type="checkbox"/> Constipation	<input type="checkbox"/> Vomissement	<input type="checkbox"/> Douleurs mictionnelles	
<input type="checkbox"/> Douleur dans le haut du ventre	<input type="checkbox"/> Brûlure thoracique	<input type="checkbox"/> Spasmes de la vessie	
<input type="checkbox"/> Nausée	<input type="checkbox"/> Apathes buccaux		

Puis additionnez les scores 2A et 2B, ceci est votre score de sévérité des symptômes SSS, il va de 0 à 12, notez le :

Figure 5: Nouveaux critères ACR - Deuxième partie <sup>4</sup>

Ce nouveau questionnaire est plus adapté au suivi des symptômes dans le temps, mais pour certains, il est tout de même nécessaire de confirmer les performances du diagnostic. Il a aussi ses limites car il est possible qu'il ne permette pas de différencier les patients algiques dans la population générale des patients atteints de fibromyalgie. <sup>2</sup>

Ces nouveaux critères diagnostics ont une sensibilité de 88,1%, c'est-à-dire qu'ils permettent d'identifier, et de manière correcte, 88,1% de patients fibromyalgiques. <sup>2</sup>

En 2016, les critères diagnostics de fibromyalgie de l'ACR ont donc été révisés. Quelques changements ont été effectués dans la deuxième partie (utilisée pour déterminer le score de l'échelle de sévérité des symptômes). Elle correspond désormais à la somme des symptômes ressentis les 6 derniers mois parmi les maux de tête, les douleurs ou crampes abdominales ainsi que la dépression.

Ce score est compris entre 0 et 12 et permet de déterminer la Fibromyalgia Severity ou FS (échelle de sévérité de la fibromyalgie), qui est la somme de l'IED et de la SSS, allant de 0 à 31. <sup>1</sup>

**Critères**  
Un patient satisfait les critères de SFM modifiés 2016 si les 3 conditions suivantes sont remplies :

1. Index de douleurs diffuses (IDD)  $\geq 7$  et échelle de sévérité des symptômes (SS)  $\geq 5$  ou IDD entre 4-6 et échelle SS  $\geq 9$
2. **Douleurs généralisées définies par la présence de douleurs dans au moins 4 des 5 régions. Les douleurs des mâchoires, de la poitrine et de l'abdomen ne sont pas incluses dans la définition de douleur généralisée.**
3. Les symptômes sont présents à ce niveau pendant au moins 3 mois.
4. **Le diagnostic de fibromyalgie est validé indépendamment d'autres diagnostics. Un diagnostic de fibromyalgie n'exclut pas d'autres maladies cliniquement importantes.**

**(1) Index de douleur diffuse** : noter le nombre de zones où le patient a ressenti la douleur au cours de la dernière semaine. Dans combien de zones le patient a eu cette douleur ? Le score sera compris entre 0 et 19.

Région supérieure gauche (Région 1)	Région supérieure droite (Région 2)	Région axiale (Région 5)
Mâchoire gauche*	Mâchoire droite*	Cou
Ceinture scapulaire gauche	Ceinture scapulaire droite	Bas du dos
Bras gauche	Bras droit	Haut du dos
Avant-bras gauche	Avant-bras droit	Poitrine*
		Abdomen*

Région inférieure gauche (Région 3)	Région inférieure droite (Région 4)
Hanche (fesse, trochanter), gauche	Hanche (fesse, trochanter), droit
Cuisse gauche	Cuisse droite
Jambe gauche	Jambe droite

\* : non inclus dans la définition de douleur généralisée

Figure 6: Révision 2016 des critères diagnostiques de fibromyalgie ACR 2010 (Wolfe et coll., 2016)<sup>1</sup>

**(2) Score de l'échelle de sévérité des symptômes**

- Fatigue,
- Se réveiller fatigué (sommeil peu réparateur),
- Troubles cognitifs

Pour chacun des 3 symptômes, indiquer le niveau de gravité au cours de la dernière semaine selon le barème suivant :

- 0 – aucun problème
- 1 – problèmes mineurs ou légers ; habituellement légers ou intermittents
- 2 – modérés ; problèmes importants ; survenant fréquemment et/ou à un niveau modéré
- 3 – sévères ; problèmes continus qui ont un impact important sur la vie

**Le score de l'échelle de sévérité des symptômes** est la somme de chaque score de gravité des 3 symptômes (fatigue, réveillé fatigué, troubles cognitifs) (0-9) additionnée de la somme (0-3) du nombre des symptômes suivants que le patient a ressentis pendant les 6 derniers mois :

- (1) Maux de tête (0-1)
- (2) Douleurs ou crampes abdominales (0-1)
- (3) Dépression (0-1)

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

**L'échelle de sévérité de la fibromyalgie (FS)** est la somme de l'index de douleur diffuse et du score de l'échelle de sévérité des symptômes (0-31).

Figure 7 (suite): Révision 2016 des critères diagnostiques de fibromyalgie ACR 2010 (Wolfe et coll., 2016)<sup>1</sup>

La sensibilité de ces critères révisés est désormais comprise entre 84 et 92%, alors que la spécificité s'étend de 55 à 87%.<sup>1</sup>

Le dépistage de la fibromyalgie se fait également à l'aide du questionnaire FIRST (*Fibromyalgia Rapid Screening Tool*), élaboré par Serge Perrot en 2010. Il permet de détecter parmi les patients douloureux chroniques, ceux atteints de syndrome fibromyalgie. Il est composé de 6 items auxquels le patient doit répondre par oui ou par non. Ce test (avec un score seuil de 5 items positifs sur 6), a une sensibilité de 90,5% et une spécificité de 85,7%.<sup>14</sup>

**Questionnaire FIRST**  
 > Vous souffrez de douleurs articulaires, musculaires ou tendineuses depuis au moins 3 mois. Merci de répondre à ce questionnaire, pour aider votre médecin à mieux analyser votre douleur et vos symptômes.  
 > Complétez ce questionnaire en répondant par oui ou par non (1 seule réponse OUI ou NON) à chacune des questions suivantes : mettez une croix dans la case correspondant à votre réponse.

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

Un score de 5 items sur 6 permet de détecter la fibromyalgie avec une sensibilité de 90,5 % et une spécificité de 85,7 %.

Figure 8: Auto-questionnaire FIRST (Perrot et coll., 2010)<sup>4</sup>

Ces scores, s'ils sont utiles, ne remplacent pas un examen clinique complet et l'interrogatoire biographique complet.



## 5. Traitement

### 5.1 Les interventions non médicamenteuses

#### 5.1.1 Séances de mésothérapie

La mésothérapie est une technique médicale permettant d'atténuer la douleur localement.

Il s'agit d'injections locales et superficielles de produits comme des anesthésiants (comme la lidocaïne), des anti-inflammatoires, des antalgiques, des décontractants musculaires (comme le thiocolchicoside) ... à faibles doses.

Des effets indésirables tels que des douleurs au point d'injection, la formation de bleus ou de réactions allergiques sont possibles. Des risques infectieux sont également présents : des cas d'abcès dus à des bactéries nécessitant des traitements voire des interventions chirurgicales ont été signalés.

La technique d'injection ainsi que les produits injectés diffèrent en fonction du praticien. Il existe différents protocoles, également en fonction des praticiens, avec un rythme de séances et des approches qui varient.

Le but de cette méthode est de prendre en charge autrement les douleurs, avec peu d'effets indésirables, et de diminuer la prise de traitements. <sup>15</sup>

La mésothérapie est différente de l'acupuncture (absence d'injection de produits) ou de l'infiltration (injection de traitements antalgiques ou anti-inflammatoires au niveau des articulations ou de l'insertion d'un tendon).

C'est une technique beaucoup utilisée, cependant elle n'est pas validée scientifiquement et son efficacité n'est pas prouvée par des études. <sup>16</sup>

#### 5.1.2 Appareil de neurostimulation électrique transcutanée ou TENS (*Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation*)

Le TENS est un dispositif médical. Selon l'article L.5211-1 du Code de la Santé Publique, on entend par dispositif médical « *tout instrument, appareil, équipement, matière, produit, à l'exception des produits d'origine humaine, ou autre article utilisé seul ou en association, y compris les accessoires et logiciels nécessaires au bon fonctionnement de celui-ci, destiné par le fabricant à être utilisé chez l'homme à des fins médicales et dont l'action principale voulue n'est pas obtenue par des moyens pharmacologiques ou*

*immunologiques ni par métabolisme, mais dont la fonction peut être assistée par de tels moyens. Constitue également un dispositif médical le logiciel destiné par le fabricant à être utilisé spécifiquement à des fins diagnostiques ou thérapeutiques.*

*Les dispositifs médicaux qui sont conçus pour être implantés en totalité ou en partie dans le corps humain ou placés dans un orifice naturel, et qui dépendent pour leur bon fonctionnement d'une source d'énergie autre que celle qui est générée directement par le corps humain ou la pesanteur, sont dénommés dispositifs implantables actifs. »<sup>17</sup>*

C'est un appareil d'électrostimulation cutanée facile d'usage, utilisé chez les patients souffrant de douleurs chroniques, en général en complément d'un traitement médicamenteux à action antalgique.<sup>18</sup>

L'appareil va permettre de stimuler des endroits spécifiques du corps.

Il n'engendre pas d'effets indésirables et il est utilisable en fonction de la douleur.<sup>19, 18</sup>



Figure 9: Neurostimulateur TENS ECO 2<sup>20</sup>

## Mécanisme d'action

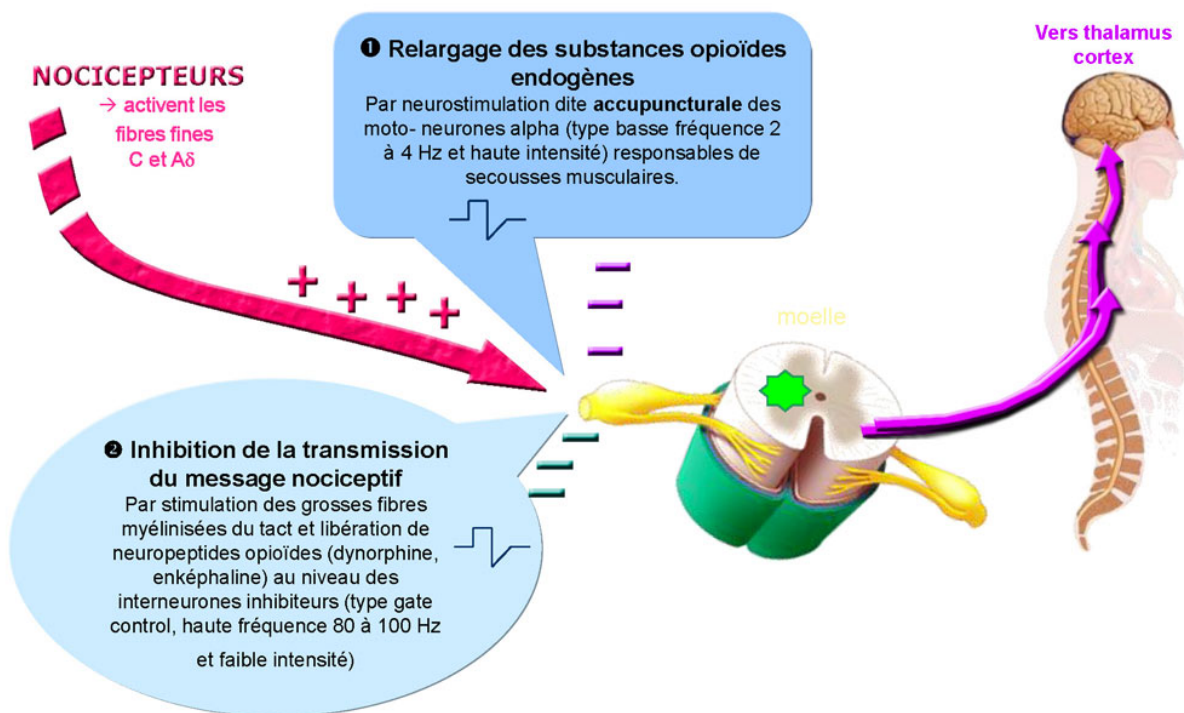


Figure 10: Mécanisme d'action du TENS <sup>18</sup>

(Crédit photo : « la TENS connectée, comment ça marche ? », Dr Jean-Pierre ALIBEU, journée annuelle des référents douleur, Hôpital Foche, 2/2/2017)

Il fonctionne suivant deux mécanismes d'action qui sont le « *gate control* » (appelée théorie de la porte) et la stimulation endorphinique. Le « *gate control* » est basé sur l'inhibition du signal douloureux grâce à une émission d'impulsions électriques activant d'autres fibres que celles utilisées dans le mécanisme d'action de la douleur. Cela permet de masquer la douleur.

La stimulation endorphinique permet d'accroître la production d'endorphines afin d'augmenter l'effet analgésique de celles-ci <sup>18</sup>, la sécrétion de neurotransmetteurs va donc bloquer les récepteurs de la douleur.

La stimulation électrique se fait via des électrodes souples autocollantes qui sont appliquées sur la peau avec un positionnement en fonction de l'endroit douloureux. Elles peuvent être placées de différentes manières :

1. Directement sur l'endroit douloureux.
2. Sur le nerf périphérique innervant le muscle.

3. Sur les points gâchettes (un point gâchette est une zone qui présente une tension musculaire et qui engendre une douleur, aussi appelée « nœud »).<sup>21</sup>
4. En paravertébral.
5. Sur les territoires adjacents au site douloureux.

Il faut ensuite simplement allumer l'appareil, choisir le programme adapté, et régler l'intensité. La sensation doit être confortable mais non-douloureuse.

La méthode antalgique est une méthode efficace, avec un taux de réussite supérieur à 60%, lorsque le patient est correctement formé et que l'indication est respectée. Elle est validée au niveau scientifique, d'après la revue publiée en 2013 par Naka « *European Journal of Translational Myologie* », par différentes études qui ont montré un haut niveau d'évidence (Johnson *et al.* en 2007, Bjordal *et al.* en 2007, Dubinsky *et al.* en 2010, Claydon *et al.* en 2011...)

Il y a également un effet placebo, qui participe à l'effet antalgique. Il est estimé à environ 30% par des études effectuées en double aveugle.

Le TENS vagal est une autre technique permettant de stimuler le nerf vague. A la différence du TENS classique qui consiste à entourer la zone douloureuse (et ne stimule donc qu'une partie du corps) à l'aide d'électrodes, le TENS vagal va avoir une action sur la totalité du corps, ce qui est intéressant dans la fibromyalgie. Il s'agit d'une oreillette qu'il faut placer dans la conque de l'oreille.

Exemple de programme : U3 TENS VNS 25 Hz. Ce programme permet de stimuler le nerf vague à une intensité de 25 Hz.

Il existe différentes intensités pour la stimulation vagale : 25 Hz, 10 Hz, et 1 Hz.

## Indications

La thérapie par TENS est indiquée dans plusieurs cas : les douleurs post-zostériennes, les douleurs post-thoracotomies ou autres lésions nerveuses post-chirurgicales, les douleurs de membres fantômes, les douleurs radiculaires cervico-brachiales, les lombosciatalgies et lombalgies chroniques, l'algodystrophie, le syndrome fibromyalgique et les douleurs myofasciales, la cervicalgie chronique, la lombocruralgie ainsi que les céphalées de tension.

La majorité des pathologies douloureuses chroniques sont des douleurs dites neuropathiques.

## Prise en charge

Conditions de prise en charge au TENS :

1. Une insuffisance des traitements médicamenteux avec un bénéfice attendu avec l'appareil par rapport aux médicaments, un terrain poly-pathologique et une intolérance ou un refus des traitements médicamenteux.
2. Le patient doit répondre à la neurostimulation à la suite d'un essai et il doit y avoir assez de fibres à stimuler.
3. Le patient doit être motivé et observant.<sup>19</sup>

Condition de prescription du TENS :

1. La prescription doit se faire par un médecin faisant partie d'un établissement de traitement de la douleur ou ayant validé un Diplôme Universitaire de prise en charge de la douleur ou une capacité d'évaluation et de traitement de la douleur.
2. Le prescripteur initial doit suivre un avis pluridisciplinaire, avoir testé la technique sur le patient au préalable et doit entamer avec le patient un processus d'éducation thérapeutique. Il doit également s'assurer du suivi, que l'appareil soit en location ou acheté.
3. Le patient doit être formé à l'utilisation de l'appareil au début de la location.
4. Les consommables, c'est-à-dire les électrodes, doivent être prescrits tous les mois de la location. Il existe différents types d'électrodes (souples, hypoallergéniques, en silicone graphite...).
5. Les électrodes peuvent être placés si nécessaire par un infirmier ou un aide-soignant formé.<sup>19</sup>

C'est un appareil pouvant être loué ou acheté par le patient afin de faire des séances régulières. Il est disponible en pharmacie.

Location : L'appareil peut être loué mensuellement, sur ordonnance. Le kit est fourni et chaque mois et le patient a droit à 2 électrodes. La location se fait pour 6 mois afin de mesurer les bénéfices.

Achat : L'appareil peut être acheté directement ou loué (pour une durée minimum de 6 mois) puis acheté. La prise en charge est également possible à l'achat.

## Programmes

Différents programmes antidouleurs sont proposés ainsi que des puissances réglables dans le but de s'adapter aux douleurs des patients. <sup>18</sup>

Le programme type endorphinique a montré un effet notable à la suite de son utilisation : un soulagement des douleurs pendant et après la séance ainsi qu'une possible diminution médicamenteuse. <sup>18</sup>

La durée et le nombre de séance est variable selon le patient, l'indication et le mode de vie. Les patients utilisant le TENS étant en majorité des patients ayant des douleurs chroniques, il est important de simplifier au maximum l'utilisation du TENS et de prendre en compte le mode de vie du patient afin de l'intégrer dans son quotidien.

Le nombre de séance se situe entre 1 et 3 séances par jour en général. <sup>18</sup>

Le programme permet de soulager les muscles et les articulations, et d'améliorer le sommeil. <sup>22</sup>

## Avantages

L'utilisation d'un TENS peut permettre tout d'abord de diminuer la consommation médicamenteuse des patients.

L'appareil est facile d'utilisation mais aussi portable et peut être utilisé n'importe où, en cas de besoin.

Le patient devient acteur dans la prise en charge de la douleur et s'implique davantage. L'appareil a pour objectif de diminuer la douleur. De ce fait, cela permettra de rendre les activités quotidiennes plus facilement réalisables, d'améliorer la vie sociale et donc la qualité de vie des patients.

## Contre-indications

1. Personnes ayant un dispositif électronique comme le pacemaker.
2. Personnes épileptiques.
3. Personnes ayant un trouble psychiatrique sévère.

4. Stimulation de la zone abdominale chez la femme enceinte.
5. Position des électrodes au niveau de l'avant et des côtés du cou (région cervicale antérieure).
6. Position des électrodes sur les sinus carotidiens.
7. Position des électrodes sur un endroit lésé ou insensibilisé.
8. Stimulation de la zone thoracique chez les personnes atteintes d'arythmie cardiaque.
9. Stimulation des membres inférieurs en cas de thrombose veineuse ou d'ischémie.
10. Stimulation de la zone abdominale en cas de hernie abdominale ou inguinale.
11. L'avis d'un professionnel de santé est toujours recommandé en cas de problème de santé. <sup>22</sup>

### 5.1.3 *Eaux thermales*

Les eaux thermales sont des « eaux minérales naturelles utilisées à des fins thérapeutiques dans un établissement thermal. » <sup>16</sup>

Les sources minérales autorisées pour le traitement par les eaux thermales sont listées dans le Code de la Santé Publique.

Les eaux font l'objet de réglementations et de contrôles par l'Agence Régionale de Santé (ARS). <sup>23</sup>

Elles sont classées selon plusieurs paramètres : la température, le pH, la minéralisation et la présence d'anions et de cations, qui vont caractériser les eaux en différents profils.

Selon le type d'eau, l'indication ne sera pas toujours la même : une eau sulfatée aura plutôt une action diurétique grâce à sa faible teneur en sodium alors qu'une eau chlorurée sodique sera plus utilisée en rhumatologie car elle permet une rééducation fonctionnelle grâce à la teneur en sel.

La température va avoir un effet thérapeutique au niveau de la douleur et de la contraction musculaire. La tonicité de l'eau aura aussi un effet sur le corps : une eau hypertonique, plus dense, va exercer une pression et donc favoriser le retour veineux et lymphatique ainsi que le renforcement musculaire.

Les boues et gaz qui sont dérivés de ces eaux sont également autorisés. <sup>23</sup>

## Établissements thermaux

Un établissement thermal est un établissement accueillant des curistes, et qui utilise des eaux thermales non traitées pour le traitement de ceux-ci.

Il existe une centaine d'établissements en France permettant d'accueillir environ 500 000 curistes. <sup>23</sup>

Il y a de nombreuses orientations thérapeutiques : la rhumatologie, les voies respiratoires, l'appareil digestif, la phlébologie, la dermatologie, les affections psychosomatiques, les maladies cardiovasculaires, l'appareil urinaire, la neurologie, la gynécologie, les affections des muqueuses bucco-linguales et les troubles du développement de l'enfant. <sup>23</sup>

La rhumatologie est le domaine largement majoritaire, suivie par les voies respiratoires ainsi que la dermatologie et la phlébologie.

Le lieu de cure thermale est choisi en fonction de l'affection, car les établissements ne proposent pas les mêmes soins.

## La cure thermale

La cure dure environ 3 semaines.

En fonction de l'affection du patient, le type d'eau utilisée (et donc le lieu de réalisation de la cure) et le type de soin réalisé ne sera pas le même (utilisation de la technique de pulvérisation ou « douche baveuse », douches filiformes, bains...).

Les traitements sont donc faits avec des eaux thermales et dérivés : boues, vapeurs thermales, gaz thermaux.

Aujourd'hui, la prise en charge du patient en thermalisme est de plus en plus globale. L'éducation thérapeutique du patient (ETP) devient une partie intégrante des cures où les patients concernés sont pour la majorité atteints de maladies chroniques, et donc de plus en plus réceptifs en termes de prévention de la santé (mettre ou remettre en place une activité physique, un régime équilibré...)

Une enquête de satisfaction est réalisée chaque année auprès des curistes à l'aide d'un questionnaire de satisfaction.

## Contre-indications

Il existe des contre-indications à la cure thermale : thrombose veineuse récente, AVC ou arrêt vasculaire cérébral de moins de 6 mois, IDM ou infarctus du myocarde de



moins de 6 mois, insuffisance respiratoire, pathologie infectieuse en cours d'évolution, tumeur, cancer, maladie dysimmunitaire, certaines affections psychiques ainsi que des phases aiguës dans une pathologie chronique.

Des cures thermales en orientation rhumatologie peuvent donc être réalisées chez les patients atteints de fibromyalgie, pour bénéficier des effets antalgiques, décontracturants et sédatifs dus à la chaleur. L'éducation thérapeutique du patient, très répandue chez les fibromyalgiques, sera également utile à ces patients.

L'étude THERMALGI a été financée par l'Association Française pour la Recherche Thermale ou AFRETH au centre de la Douleur du CHU Grenoble Alpes afin de décrire l'effet du traitement thermal chez des patients fibromyalgiques.

L'étude a inclus 218 patients entre 2014 et 2017, ayant réalisé leur cure thermale orientation rhumatologie durant 3 semaines. La grande majorité d'entre eux sont des femmes et les patients ont tous une fibromyalgie d'un degré modéré à sévère.

Les effets sur la qualité de vie quotidienne ont été évalués à l'aide du FIQ (*Fibromyalgia Impact Questionnaire*), qui est un questionnaire d'impact de la fibromyalgie, et ont permis de déterminer une amélioration de la fatigue ainsi que du syndrome anxio-dépressif, sur la douleur et sur la qualité de vie en général. De plus, une bonne adhésion à l'étude a été remarquée.

Le suivi à long terme a montré que les effets pouvaient durer jusqu'à 1 an après la cure thermale, malgré une diminution de ceux-ci petit à petit.<sup>24</sup>

Ainsi, il peut être pertinent de réitérer la cure pendant quelques temps afin d'obtenir des effets à plus longs termes.

#### 5.1.4 *Activité physique*

L'activité physique peut contribuer à l'amélioration de la qualité de vie. En effet, une diminution ou un arrêt de la pratique peut avoir des conséquences au niveau physique mais également au niveau psychologique.

Les APA ou Activités Physiques Adaptées « regroupent l'ensemble des activités physiques et sportives à des fins de prévention secondaire ou tertiaire, de réhabilitation, de post-réhabilitation, d'éducation ou d'insertion sociale auprès de personnes en situation de handicap et/ou vieillissantes » (Ninot et Partyka, 2007)<sup>25</sup>

Plusieurs études ont montré les bénéfices de l'exercice gradué chez les patients douloureux chroniques ou souffrant de fatigue exacerbée.

Les avantages de la thérapie seraient supérieurs si elle faisait partie d'un programme multidisciplinaire.

De plus, elles suggèrent que le type d'activité, la fréquence, la durée et l'intensité des séances exercent une influence sur la pathologie et sont donc des paramètres pris en compte lors des programmes de remise en forme des patients. Il est apparu qu'une intensité d'activité trop élevée lors des séances pouvait même augmenter la douleur et diminuer le score du FIQ.<sup>26</sup>

Les exercices aérobiques (aussi appelés « exercices d'endurance ») comme la course vont impliquer une augmentation de la consommation d'oxygène, alors que les exercices anaérobiques ne vont pas dépendre de l'oxygène et vont jouer sur les muscles<sup>27,28</sup>. Ces 2 types d'exercices sont recommandés, ils n'apportent pas la même chose. Les exercices de relaxation peuvent aider à réduire l'hypertonie musculaire, qui peut être retrouvée chez des patients atteints de fibromyalgie et qui est définie comme une contraction involontaire et anormale des muscles.<sup>26</sup>

Les exercices peuvent avoir un effet bénéfique sur plusieurs paramètres :

- Diminution de l'anxiété et de la dépression.
- Augmentation du seuil de tolérance à la douleur.
- Augmentation de la tolérance aux symptômes.
- Libération d'endorphines (due à la stimulation du système opioïde quand il y a dépassement du seuil aérobie ou quand les efforts à intensité plus faibles durent).
- Amélioration de l'humeur, de la confiance.
- Augmentation de la qualité du sommeil.<sup>26</sup>

Une étude sur 60 patients a été réalisée afin d'évaluer l'utilité d'un programme incluant des exercices aérobiques, de flexibilité, souplesse et de renforcement musculaire dans le traitement de la fibromyalgie.

Ils ont été placés dans 2 groupes : un groupe pratiquant la relaxation 3 fois par semaine et un groupe pratiquant des exercices supervisés également 3 fois par semaine, pendant la même durée.

Le score total myalgique ou TMS (*Total Myalgique Score*), le nombre de points sensibles ou TPC (*Tender Point Count*), la flexibilité et la force isocinétique<sup>29</sup>, qui correspond à un travail musculaire réalisé à vitesse constante<sup>30</sup>, ont été mesurés pour chacun des patients avant et après l'étude.

Le score total myalgique et le nombre de points sensibles sont des valeurs régulièrement utilisées afin de surveiller le patient.<sup>31</sup>

Les résultats suggèrent que les exercices ont été utiles dans la gestion de la fibromyalgie à courts termes, mais qu'il est nécessaire qu'ils soient poursuivis dans le temps pour une

efficacité à long terme. De plus, les patients peuvent entreprendre des programmes incluant les exercices d'aérobie, la flexibilité et le renforcement musculaire, sans effets indésirables.<sup>29</sup>

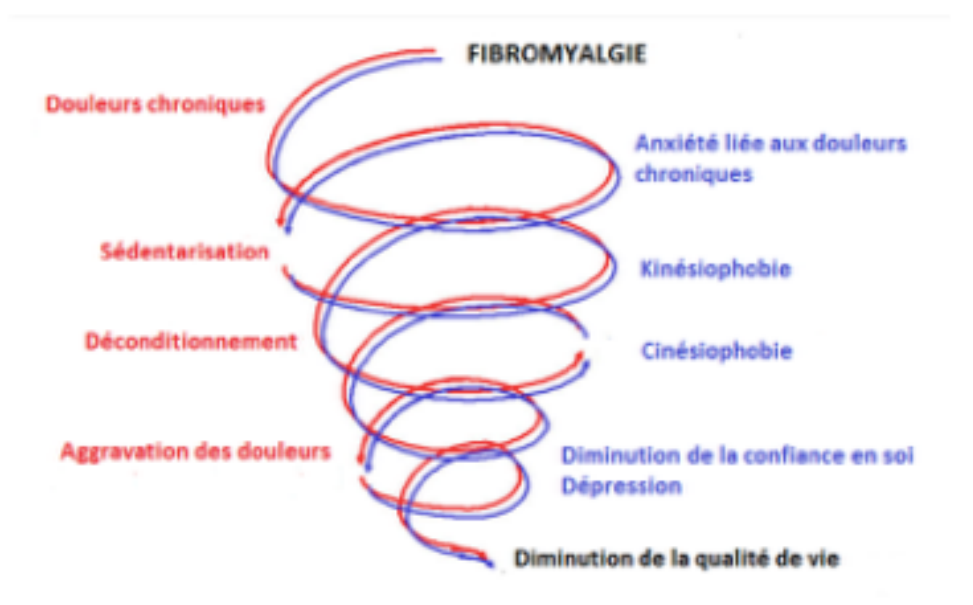


Figure 11: Cercle vicieux du déconditionnement physique (Préfaut & Ninot, 2009)<sup>25</sup>

La spirale du déconditionnement physique montre l'impact que peut avoir la fibromyalgie sur l'activité physique (la kinésiophobie correspondant à la peur d'effectuer certains mouvements ou activités) et de ce fait sur la qualité de vie.<sup>25</sup>

La kinésithérapie est composée de balnéothérapie et d'exercices à sec (la pratique de l'un ou l'autre dépend de la capacité du patient à pratiquer ou non des exercices à sec.) Ils permettent le reconditionnement à l'effort, un renforcement musculaire mais aussi une augmentation de sensation et de l'amplitude du mouvement, une amélioration de la souplesse... Ils auront également un effet positif sur la douleur et sur la contraction musculaire. Les 2 types d'exercices peuvent être proposés en complément et sont réalisés par un kinésithérapeute.

Des mouvements adaptés sont proposés aux patients afin qu'ils puissent les réaliser régulièrement en autonomie, également dans un but de réduction de la douleur, d'amélioration de la souplesse mais aussi pour améliorer la confiance en soi.

Des programmes d'entraînement et de remise en forme existent donc mais il est suggéré qu'ils durent au moins 12 semaines afin de bénéficier des effets. Il est important de maintenir l'activité physique sur le long terme (entraînements supervisés ou non) afin de ne pas perdre petit à petit les profits.<sup>2</sup>

### 5.1.5 *Autres*

Il existe également d'autres techniques comme la psychothérapie, la relaxation, la méditation, l'hypnose, ou encore les thérapies comportementales et cognitives (TCC) comme l'acceptation, la pleine conscience...

Une étude prospective a été menée par Brigitte Mothe, psychologue clinicienne et docteur en psychologie, incluant 59 patients sur une période de deux ans afin de comparer l'efficacité de différentes techniques : la relaxation, l'hypnose avec suggestion de détente ainsi que l'hypnose avec suggestion d'analgésie.

Des questionnaires et des échelles standardisées ont permis la mesure de l'efficacité des techniques : l'Échelle Visuelle Analogique (EVA) a été utilisée pour évaluer l'intensité de la douleur et la fatigue était évaluée par l'Échelle d'Intensité de Fatigue (EIF). Les patients ont dû également répondre à un questionnaire d'ordre qualitatif permettant d'évaluer la satisfaction globale et la prise en charge.

Lors de cette étude, il est apparu qu'il n'y avait pas d'effet significatif de ces techniques sur le score moyen d'intensité de la douleur au niveau quantitatif.

De la même manière, il n'y a pas eu d'effet significatif sur l'intensité de la fatigue.

En revanche, il y a eu un constat de plus de la moitié des patients d'une amélioration qualitative de la douleur, ainsi que des effets positifs au niveau psychologique avec une amélioration de la vie quotidienne, du moral, une diminution du stress...

D'autres études vont dans le même sens que celle-ci. L'effet sur la fibromyalgie est modéré pour la relaxation et l'hypnose mais pas inexistant. Les TCC seraient plus efficaces.

Ces différentes techniques sont souvent utilisées en association à des traitements médicamenteux et à d'autres techniques non médicamenteuses afin de majorer l'impact sur la qualité de vie.<sup>32</sup>

L'amélioration de l'état du patient repose en général sur la pluridisciplinarité de la prise en charge.

Il est cependant important de prendre en compte les recommandations ou non-recommandations des approches : comme vu précédemment, la pratique d'exercice physique est recommandée, mais des méthodes telles que la méditation, l'acupuncture, l'hydrothérapie, les massages, l'hypnose et d'autres encore ne sont que faiblement

recommandées, ne font pas l'objet de recommandations ou encore sont non-recommandées.<sup>15</sup>

Nous retrouvons donc chez de nombreux patients une association entre une prise en charge médicamenteuse ainsi que des techniques non médicamenteuses qui ont elles aussi prouvé leur efficacité.

### 5.1.6 Les programmes d'éducation thérapeutique

#### Définition de l'ETP

Selon l'OMS, l'éducation thérapeutique du patient est définie comme suit « *elle vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leurs vies avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Ceci a pour but de les aider (ainsi que leurs familles) à comprendre leur maladie et leur traitement, collaborer et assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie.* »<sup>33</sup>

#### L'éducation thérapeutique du patient

Il a été observé que les traitements devant être pris sur le long terme ne sont pas suivis correctement par de nombreux patients. De plus, ceux-ci ne sont pas bien informés sur leurs pathologies. Ces facteurs influent donc sur l'observance du traitement et donc sur son efficacité.

L'éducation thérapeutique est importante et permet une meilleure compréhension du traitement par le patient mais également par sa famille, ses proches et permet donc d'améliorer la gestion de la maladie et ainsi la qualité de vie.<sup>34</sup>

L'ETP a pour finalité d'acquérir et de maintenir des compétences d'autosoins et d'adaptation<sup>35</sup>, et contribue aussi à diminuer les coûts des soins.<sup>33</sup>

Elle est centrée sur le patient et prend en considération ses attentes, ses besoins, sa rapidité d'adaptation. Elle est en perpétuelle évolution du fait qu'elle soit adaptée à celle de la maladie.<sup>33</sup>

L'éducation thérapeutique d'un patient va impliquer plusieurs professionnels de santé (médecins, infirmiers, psychologues, psychiatres, pharmaciens, kinésithérapeutes...) et rassembler différentes disciplines.

Il est nécessaire qu'elle soit réalisée par des soignants formés à l'ETP afin d'aider au mieux le patient. <sup>33</sup>

L'éducation thérapeutique est structurée et organisée et peut se faire sous forme de programmes.

Un programme est un partenariat entre le patient et les différents soignants et où les acteurs doivent tout d'abord discuter et se mettre d'accord quant aux objectifs à atteindre par le patient.

Un programme d'éducation thérapeutique est adapté au patient, à sa capacité et à son besoin d'évolution mais également à son mode de vie, ses croyances, son entourage...

Les soignants ont eux aussi un profil de compétence, et les deux parties doivent également définir ce qui est attendu de la part des soignants. <sup>33</sup>

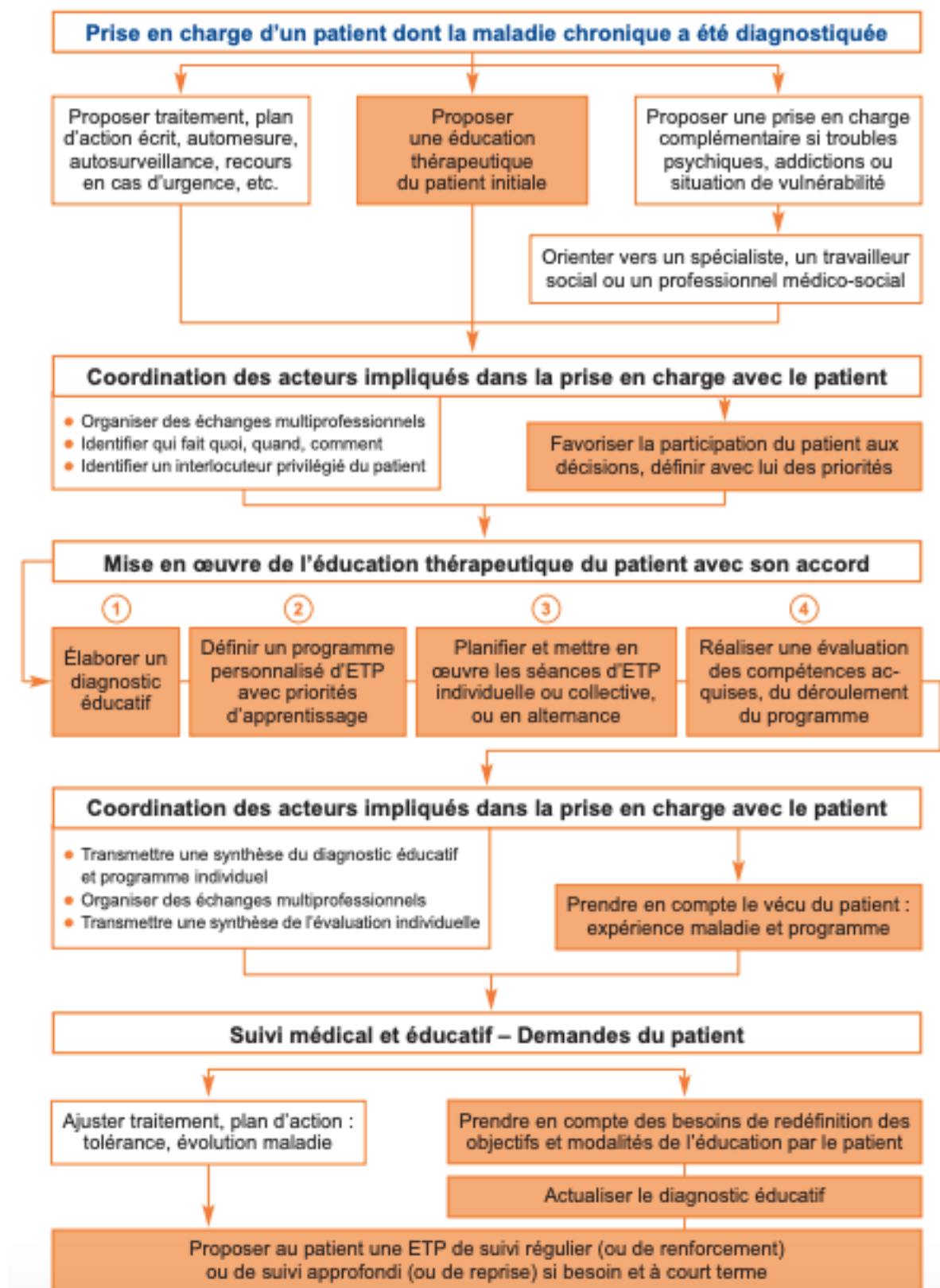


Figure 12: Intégration de l'ETP à la stratégie thérapeutique <sup>36</sup>

L'organigramme ci-dessus présente les différentes étapes de prise en charge d'un patient atteint de maladie chronique, ainsi que les étapes de mise en œuvre d'un programme d'éducation thérapeutique qui sont les suivantes :

- Identification des besoins du patient et prise en compte de ses demandes à l'aide d'un diagnostic éducatif. Le diagnostic éducatif doit être actualisé si besoin. Cette étape permet de statuer sur les connaissances et les acquis du patient sur sa pathologie, sur sa manière de la gérer ainsi que sur ses traitements (connaissances sur l'indication, les moments de prises...). Elle permet aussi de décrire l'environnement du patient, de savoir s'il est entouré, son état d'esprit, sa situation (physique, émotionnelle...) et enfin son implication.

- Définition d'un programme personnalisé d'ETP. C'est lors de cette étape que sont formulés les compétences et objectifs à atteindre, avec des priorités d'apprentissage. Il existe des compétences d'autosoins (en lien direct avec la pathologie et le traitement) et des compétences d'adaptation (relatives au patient lui-même).

- Planifier et mettre en œuvre les séances d'ETP, qui peuvent être individuelles ou collectives. Il faut prévoir au préalable ce qu'il sera proposé. Le patient est sollicité grâce à des techniques participatives d'apprentissage. La durée des séances et leur intérêt est différent selon si elles sont individuelles ou collectives.

- Réaliser une évaluation des compétences acquises et du déroulement du programme. C'est une évaluation individuelle, qui permet de faire le point sur l'évolution générale du patient, sur son ressenti tant au niveau de l'acquisition de ses compétences que sur le contenu et l'organisation des séances, afin d'améliorer le programme. <sup>35, 36</sup>

La loi HPST ou loi « Hôpital Patients Santé et Territoire » du 21 juillet 2009 a donné un cadre législatif à l'éducation thérapeutique du patient <sup>37, 36</sup>

Selon elle, les programmes d'ETP doivent être autorisés par les ARS et doivent être conformes à un cahier des charges. Les programmes sont autoévalués chaque année à l'aide d'un guide proposé par la HAS (Haute Autorité de Santé) afin d'être améliorés en permanence. <sup>38</sup>

## Les différents programmes d'ETP

Chaque unité de traitement de la douleur chronique a développé des programmes d'ETP dans la fibromyalgie. Les modalités (rythme, atelier, évaluation...) diffèrent



légèrement mais tous vont dans le sens d'une démedicalisation, d'une pédagogie de la douleur chronique et d'une adaptation sociale.

Le protocole FAR (Fibromyalgie Algologie Rhumatologie) est un programme d'éducation thérapeutique proposé au patient par des professionnels de santé afin de statuer sur différents points importants dans la pathologie.

Le programme se déroule au CHU St Eloi à Montpellier, dans l'unité Douleur, Maladie fonctionnelle, Psychosomatique dirigée par le Dr GINIES et en collaboration avec le service de Rhumatologie. Il est encadré par le Dr OLIVE ainsi que des infirmières.

Les objectifs du programme sont les suivants :

- Confirmer le diagnostic de syndrome fibromyalgique et recueillir les signes associés.
- Évaluer le retentissement physique, psychique et social de la pathologie.
- Proposer une adaptation des traitements médicamenteux et non médicamenteux et fixer des objectifs à valider sur le plan physique et psychique.

Le programme se fait en général sur 1 an avec 3 hospitalisations de jour qui ont lieu le 1<sup>er</sup> mois, le 6<sup>ème</sup> et enfin le 12<sup>ème</sup> mois.

Le programme propose également 2 consultations intermédiaires au 3<sup>ème</sup> et au 9<sup>ème</sup> mois, réalisées par des infirmières, permettant de contrôler les objectifs et de répondre si nécessaire à des questions ou besoins.

Les patients ont à leur disposition un numéro en cas de questions ou de difficultés ainsi qu'une adresse électronique.

En fin de programme, un suivi est proposé en lien avec le médecin généraliste.

Lors chaque hospitalisation, le patient répond à différentes questions et à plusieurs tests. La consultation est segmentée en 6 parties.

La 1<sup>ère</sup> partie concerne la confirmation du diagnostic. Il faut préciser l'âge du patient, le sexe, l'activité professionnelle, le poids, la taille, l'EVA de la douleur du jour et celle du mois précédent, la durée d'évolution de la douleur, le nombre de points douloureux (sur 18), le site douloureux dominant parmi le rachis, le membre inférieur, le membre supérieur et la tête.

Il faut également indiquer la présence ou non de céphalées, de colopathie fonctionnelle, d'endométriose, si la patiente est ménopausée et s'il y a ou non des troubles du sommeil. Il faut également que le patient évalue son sommeil (EVA ou échelle visuelle analogique du sommeil). Enfin, il faut recueillir les traitements du patient avec leur dosage et leur posologie.

La 2<sup>ème</sup> partie concerne l'évaluation physique. Le patient doit répondre à 2 questionnaires : le FIQ et le HAQ (*Health Assessment Questionnaire*), et doit participer au test de marche de 6 minutes.

La 3<sup>ème</sup> partie concerne l'évaluation psychique. Le patient doit répondre au test de personnalité, le MMPI-2 (*Minnesota Multiphasic Personality Inventory*) adapté par Pierre Gagnon, ainsi qu'à 4 questionnaires : le HAD (*Hospital Anxiety and Depression*), le FABQ (*Fear Avoidance Belief Questionnaire*), le PCS (*Pain Catastrophizing Scale*) et le MMSE (*Mini Mental State Examination*).

En 4<sup>ème</sup> partie a lieu une consultation de synthèse permettant de commenter les résultats, de modifier si besoin les traitements et de fixer des objectifs.

En 5<sup>ème</sup> partie a lieu une session d'éducation thérapeutique d'une durée d'1h sur la douleur chronique et sur le syndrome fibromyalgique.

La 6<sup>ème</sup> partie du programme est une séance de relaxation et de l'éducation à la relaxation.

- Les Échelles Visuelle Analogiques ou EVA : le patient doit numéroter entre 0 et 10 la douleur, la fatigue, le sommeil, la dépression et l'anxiété qu'il ressent. <sup>39</sup>

Exemple : « Sommeil excellent : 0 ; insomnie permanente : 10 »

- L'Échelle PCS : C'est une échelle de pensées catastrophiques liées à la douleur qui comporte 13 items. Pour chacun d'entre eux, le patient doit numéroter entre 0 et 4 son ressenti (0 équivalant à pas la réponse « pas du tout » et 4 à la réponse « tout le temps »). Les réponses sont additionnées avec un total maximal de 52 points <sup>39, 40</sup>

Exemple : « Il n'y a rien que je puisse faire pour réduire l'intensité de la douleur. »

- Évaluation de l'indice de kinésiophobie : Cet indice est calculé à l'aide de l'échelle TAMPA ou TSK-CF (*Tampa Scale of Kinesiophobia*), crée par Kori *et al.* en 1990, afin d'adapter le programme en conséquences et d'évaluer son efficacité. Il y a 17 items, auxquels le patient doit indiquer la mesure dans laquelle il en accord ou en désaccord avec l'intitulé de la question. Il doit attribuer un chiffre entre 1 et 4 (avec 1 équivalant à la réponse « fortement en désaccord » et 4 à la réponse « fortement en accord ») <sup>39</sup>. Le niveau de

kinésiophobie est d'autant plus élevée que le score est important. Un score de 40/68 est considéré comme une kinésiophobie significative. <sup>41</sup>

Exemple : « En étant attentif à ne faire que des gestes adéquats, je peux éviter d'augmenter la douleur. »

- Questionnaire généraliste sur la qualité de vie : Dans ce questionnaire réalisé par J.E. Wade et C.D. Sherbourne en 1992, le patient doit répondre à une série d'items sur sa santé, sa capacité à pratiquer des activités, ses difficultés au quotidien (dans le travail ou encore dans les activités courantes), son anxiété, sa douleur, ses relations sociales, ses émotions... <sup>39</sup>

Exemple : « Vous agenouiller, vous accroupir ou vous pencher très bas. »

- Questionnaire HAD : Ce questionnaire, réalisé en 1983 par Zigmond et Snaith <sup>42</sup> permet au patient d'exprimer son ressenti au niveau émotionnel au cours de la semaine venant de s'écouler mais permet également de diagnostiquer les troubles anxieux et dépressifs. Il comporte 2 parties. La première englobe 7 questions et se réfère à l'anxiété alors que la deuxième, qui englobe les 7 autres, se réfère à la dimension dépressive. Le patient doit donc répondre à ces 14 questions cotées de 0 à 3, en cochant ce qui correspond le mieux à ses émotions. Le score maximal étant de 21 pour chaque partie. <sup>39, 43</sup>

Exemple : « Je me sens tendu(e) ou énervé(e). »

- FABQ : Ce questionnaire a été créé par Waddel en 1993 dans le cadre des lombalgies. Il permet d'évaluer les peurs, les comportements et les pensées et a pour but de dépister les patients à risque de ne pas retourner au travail à 12 semaines. Il est composé de deux parties évaluant l'activité physique (FABQ - PA) et le travail (FABQ - W). Le patient doit encore une fois attribuer un chiffre à chaque item en 0 et 6 (0 correspondant à « absolument pas d'accord avec cette phrase » et 6 correspondant à la réponse « complètement d'accord avec cette phrase » <sup>39, 44</sup>

Exemple : « Ma douleur est provoquée par l'activité physique. »

- FIQ ou QIF : C'est un questionnaire qui a été publié dans les années 90 par les Drs C. Burckhardt, S. Clark et R. Bennett <sup>45</sup>. Il est constitué de 10 questions, la première étant elle-même composée de 10 items concernant la capacité à réaliser, avec difficulté ou non, des activités du quotidien (cuisiner, marcher,

conduire, faire le ménage...). Les autres questions concernent la douleur, la fatigue, l'anxiété, les jours d'absence au travail... et le patient doit répondre en attribuant un chiffre entre 0 et 10 selon son ressenti.<sup>39</sup>

Exemple : « Quel était votre état de tension nerveuse et d'anxiété ? »

Le FIQ est le questionnaire le plus important du le suivi de la maladie.

- IEQ-CF : C'est un questionnaire utilisé pour mesurer le sentiment d'injustice lié à une blessure. Il a été rédigé par M. J. L. Sullivan *et al.* En 2008 afin de quantifier, selon le patient, à quel point sa vie a été affectée. Il fait connaître deux facteurs nommés « sévérité/irritabilité de la perte » et « blâme/iniquité ». Le patient doit répondre à ce questionnaire comportant 12 questions en attribuant un chiffre entre 0 et 4 à chaque item avec 0 correspondant à « pas du tout » et 4 à « extrêmement ». <sup>39, 46</sup>

Exemple : « J'ai le sentiment que ceci va m'affecter de façon permanente. »

- Échelle PGIC (*Patients Global Impression of change*) : L'échelle PGIC permet au patient d'avoir une impression globale sur l'évolution générale de son état. Il doit inscrire dans un tableau les dates des consultations et un chiffre correspondant à son état (le chiffre 1 correspondant à « énormément amélioré » et le chiffre 7 à « énormément aggravé »). <sup>39</sup>
- Test de marche : Le test de marche de 6 minutes est un test permettant de déterminer la capacité à l'exercice d'une personne. Le but de l'exercice est de parcourir la plus grande distance possible en 6 minutes. Les résultats sont inscrits sur une feuille de route. <sup>39</sup>
- Stades de changement URICA (*University of Rhode Island Change Assessment Scale*) : Il s'agit d'une échelle d'évaluation de la motivation au changement, également sous type de questionnaire, élaborée par McConaughy, DiClemente et Prochaska en 1989. Le patient est invité à répondre pour chaque énoncé en fonction de son ressenti sur le moment et non à un sentiment passé. (Le chiffre 1 correspondant à « fortement en désaccord » et le 5 à « fortement en accord »). <sup>39</sup> Le but du questionnaire est d'aider à l'amélioration des services. <sup>47</sup>

Exemple : « J'ai obtenu de bons résultats en travaillant sur mon problème, mais je ne suis pas certain de pouvoir continuer à faire des efforts par moi-même. »

- **HAQ** : Ce questionnaire est une adaptation par Guillemin *et al.* en 1991 <sup>48</sup>. Il permet de mesurer l'indice fonctionnel, c'est-à-dire d'évaluer les capacités d'une personne à effectuer des tâches courantes <sup>49</sup> (ici au cours des 8 derniers jours). Le patient doit répondre à 8 questions concernant des habitudes de la vie quotidienne comme l'hygiène, la préhension, les repas... en indiquant d'une croix la réponse la plus adaptée avec les propositions : « sans aucune difficulté », « avec quelques difficultés », « avec beaucoup de difficultés » et « incapable de le faire ».

Exemple : « Hygiène : êtes-vous capable de : vous laver et vous sécher entièrement ? De prendre un bain ? Vous assoir et vous relever des toilettes ? »

- **Échelle d'alliance aidante** : C'est une échelle mise au point (1979) puis révisée (1996) par Luborsky permettant d'apprécier la relation entre le patient et son thérapeute.

Le questionnaire est composé de 2 parties : Haq-IIp et Haq-IIT.

En 1<sup>ère</sup> partie, le patient doit répondre à chaque item en fonction de son ressenti sur la relation (le chiffre 1 correspondant à « pas du tout d'accord » et le chiffre 6 à « tout à fait d'accord »).

En 2<sup>ème</sup> partie, le thérapeute répond à son tour aux items en fonction de son ressenti sur la relation (de la même manière, le chiffre 1 correspondant à « pas du tout d'accord » et le chiffre 6 à « tout à fait d'accord ») <sup>39</sup>

Exemple : « Je crois que le thérapeute m'aime bien en tant que personne. »

- **MMSE** : Ce questionnaire a été publié par Folstein *et. al* en 1975, initialement comme outil de dépistage de troubles cognitifs, ou pour apprécier les changements cognitifs dans le temps. Il permet aussi de mesurer les capacités d'orientation spatio-temporelles, les capacités d'apprentissage et de mémorisation à court terme, les capacités d'attention et de calcul, de praxies et de langages <sup>50</sup>.

Exemple : « Apprentissage – Je vais vous dire 3 mots ; je voudrai que vous essayiez de les retenir car je vous les redemanderai tout à l'heure. »

Les patients sont poussés à répondre selon leurs impressions et non selon ce que les autres pensent.

### 5.1.7 Associations de patients

#### Cadre législatif

La loi du 4 mars 2002, dite « Loi Kouchner », relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé porte sur les usagers et sur leur participation au bon fonctionnement du système de santé.

Les associations peuvent être agréées, à un niveau régional ou même national, et peuvent être prises en compte au niveau hospitalier ou dans les instances de santé publique.

La loi a été modifiée et complétée plusieurs fois, et le chapitre IV a permis de préciser et compléter les droits, la reconnaissance et la portée des associations de patients.<sup>51</sup> D'après le Code de la Santé Publique, la loi leur accorde une participation plus importante au système de santé.<sup>52</sup>

Il y a également des associations non agréées, ou « associations de bénévoles » qui ont aussi une action dans le domaine de la santé. Elles proposent leur aide aux patients ainsi qu'à leur entourage. Elles sont également reconnues, et leurs actions sont définies par une convention. Elles ne sont pas autorisées à représenter les patients dans les instances mais elles peuvent toutefois intervenir sur demande afin d'apporter leur expérience.<sup>51</sup>

#### Associations de patients fibromyalgiques

##### AFLAR (Association Française de Lutte Antirhumatismale)

L'AFLAR est une association qui est constituée d'associations affiliées (dont l'association FibromyalgieSOS et l'AFF) et d'associations partenaires.

Elle propose des événements, des lignes téléphoniques à l'écoute des patients, et des informations sur les pathologies rhumatismales. Les patients et leur entourage ont accès à de nombreux outils (vidéos, documentation, recettes, exercices physiques...) pour apprendre à vivre et à accepter leur pathologie, mais aussi à des renseignements pratiques (actualités thérapeutiques, lien avec le CHU, professionnels de santé accessibles...).<sup>53</sup>

##### FibromyalgieSOS

L'association a été créée en 2005. Elle a été agréée au niveau national en 2014. Elle a pour objectif d'accompagner les patients et de les entourer. Elle aide à informer les patients, leurs proches et a pour but de faire reconnaître la pathologie. Elle est accessible à tous car une grande majorité du programme est gratuite, et propose des activités, des forums de discussion, des visioconférences, une permanence

téléphonique ainsi qu'une multitude d'informations via les réseaux sociaux, des affiches, la presse... L'association aide également la recherche clinique sur la fibromyalgie. <sup>54</sup>

### Fibromyalgie France

C'est une association créée en 2001 et agréée au niveau national depuis 2007. Elle mène des actions pour défendre la cause des patients atteints et pour améliorer la reconnaissance de la douleur chronique et plus particulièrement de la fibromyalgie. Bien sûr, elle apporte une aide et des informations aux patients dans leur quotidien. <sup>55</sup>

### AFF (Association Française des Fibromyalgiques)

L'association Française des Fibromyalgiques a également pour but de soutenir les patients, leur proches et de sensibiliser davantage sur la pathologie. Elle apporte son aide à la recherche, et elle est aussi en relation avec le corps médical, l'assurance maladie et la MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées). Elle est aussi affiliée à l'AFLAR. <sup>56</sup>

Il existe de nombreuses associations pour les fibromyalgiques qui ont toutes pour objectif premier d'accompagner les patients et leurs proches. Elles ont une portée plus ou moins importante mais essayent toutes de faire reconnaître la pathologie. Les moyens de diffusion des associations ainsi que les actions proposées sont variés. La présence des associations a permis depuis quelques années une amélioration du système de santé et elle est une aide importante pour de nombreux patients.

## 5.2 Les traitements médicamenteux

Différentes classes thérapeutiques sont utilisées dans la prise en charge de la fibromyalgie.

Ces traitements peuvent être proposés pour leur effet propre, mais également pour leur efficacité sur d'autres symptômes. Par exemple, on peut utiliser chez les patients fibromyalgiques des antidépresseurs et apprécier une amélioration de la douleur.

Ils peuvent être associés entre eux ou non, et également être prescrits en complément de traitements non médicamenteux.

Parmi eux, nous retrouvons des antalgiques mais également des co-analgésiques. Les différentes classes thérapeutiques sont les suivantes :

- Antalgiques (Palier I, II et III)

- AINS
- Antidépresseurs (ISRS : inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine, IRSNa : inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline, antidépresseurs tricycliques et IMAO : inhibiteurs de la monoamine oxydase)
- Antiépileptiques
- Anxiolytiques
- Neuroleptiques

### 5.2.1 *Antalgiques*

Les antalgiques les plus utilisés sont le paracétamol, le diclofénac et le tramadol. L'ibuprofène, l'oxycodone, le fentanyl sont des traitements déconseillés du fait de leurs effets indésirables et de leur risque addictif.

Les antalgiques de palier I et II sont les plus conseillés.

#### Classification

Les antalgiques sont classés par palier : palier I, II ou III.

- Le palier I correspond aux antalgiques non opioïdes : le paracétamol, les AINS (ibuprofène, diclofénac...).
- Le palier II regroupe les opioïdes faibles : la codéine, le tramadol, l'opium.
- Le palier III correspond aux opioïdes forts tels que l'oxycodone ou le fentanyl.



## Classification des antalgiques selon l'OMS

<b>Niveau I antalgiques non morphiniques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aspirine</li> <li>- Anti-inflammatoires non stéroïdiens</li> <li>- Diflunisal (Dolobis*)</li> <li>- Floctafénine (Idarac*)</li> <li>- Nefopam (Acupan*)</li> <li>- Noramidopyrine (Viscéralgine Forte*, Optalidon*, Avafortan*..)</li> <li>- Paracétamol</li> </ul>	
<b>Niveau II antalgiques opioïdes faibles</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Codéine ± paracétamol (Codoliprane*)</li> <li>- Dextropropoxyphène ± paracétamol (DiAntalvic*, Xalgix*, Bisedal*...)</li> <li>- Tramadol (Tramal*, Tremadol*...)</li> </ul>	
<b>Niveau III antalgiques opioïdes forts</b>	Agonistes purs	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fentanyl (Durogésic*)</li> <li>- Hydromorphone (Sophidone*)</li> <li>- Morphine (Actiskenan*, Skenan*, Moscontin*)</li> <li>- Pethidine (Dolosal*)</li> </ul>
	Agonistes mixtes	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Buprénorphine (Temgesic*)</li> <li>- Nalbuphine (Nubain*)</li> <li>- Pentazocine (Fortal*)</li> </ul>
<b>Co- analgésiques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Anti-comitiaux (carbamazépine, phénytoïne, valproate de sodium, clonazépam)</li> <li>- Corticoïdes</li> <li>- Neuroleptiques (phénothiazines)</li> <li>- Spasmolytiques</li> <li>- Tricycliques</li> </ul>	

*Figure 13: Classification des antalgiques selon l'OMS* <sup>57</sup>

Cette classification a été créée en 1986 par l'OMS, mais elle est depuis quelques années remise en cause. En effet, elle n'intègre pas tous les traitements utilisés dans la prise en charge de la douleur. Par exemple, on ne retrouve pas les traitements utilisés dans les douleurs neuropathiques, bien qu'ils aient une place très importante aujourd'hui.

De plus, les différents paliers pourraient être assimilés à un niveau de douleur, ce qui n'est pas recevable.

Enfin, l'utilisation des antalgiques, et en particulier celle de palier II a fortement augmenté : le nombre de patients traités par tramadol, codéine et poudre d'opium a doublé voir triplé. Il a été constaté entre 2014 et 2017 une augmentation de 105% de la consommation de tramadol, de 25% de celle de morphine, de 74% de celle de fentanyl et de 1950% de celle d'oxycodone. Or, que l'antalgique soit de palier I, II ou III, il peut y avoir des effets indésirables non négligeables. <sup>58</sup>

### Mécanisme d'action

- Antalgiques non opiacés : le paracétamol agit sur les cyclo-oxygénases centrales (Cox 3) et n'a donc pas d'action anti-inflammatoire. Il va agir sur les prostaglandines, qui sont responsables de la hausse de température corporelle et va donc avoir un effet antipyrétique central ainsi qu'un effet antalgique périphérique grâce à son

action sur les nocicepteurs périphériques, également appelés récepteurs nociceptifs, qui sont les récepteurs sensoriels de la douleur. <sup>59</sup>

- L'aspirine et les AINS sont des inhibiteurs de la Cox (qui intervient dans la transformation de l'acide arachidonique en prostaglandines ou thromboxanes). Leurs effets anti-inflammatoires, antalgiques et antipyrétiques proviennent de l'inhibition de la formation des prostaglandines et l'effet antiagrégant plaquettaire de l'aspirine résulte de celle de la thromboxane A<sub>2</sub>. <sup>59</sup>

- Antalgiques opiacés : les opiacés vont inhiber la transmission nociceptive. La morphine et les opiacés agissent sur les récepteurs Mu ( $\mu$ ), Delta ( $\delta$ ) et Kappa ( $\kappa$ ) dont il existe plusieurs sous-types.

La morphine va permettre une augmentation du seuil de perception de la douleur en mimant les effets des endorphines sur les 3 sous-types de récepteurs. C'est un antalgique central. <sup>60</sup>

## Utilisation dans la fibromyalgie

Les antalgiques représentent la classe la plus prescrite chez les patients douloureux atteints de fibromyalgie par les médecins généralistes et les rhumatologues.

La problématique réside dans l'efficacité et la durée d'utilisation des antalgiques de différents paliers : le paracétamol est en général, et selon les patients, inactif ou peu actif, alors que la morphine, qui peut être plus ou moins efficace selon les patients également, ne peut être une solution sur le long terme.

La Ligue Européenne contre le rhumatisme ou EULAR (*European Alliance of Associations for Rheumatology*) recommande donc en 2007 l'utilisation du tramadol, à la suite d'études dont les résultats sur la diminution de la douleur et sur l'amélioration des capacités fonctionnelles étaient concluants. <sup>2</sup>

### 5.2.2 Antidépresseurs

## Classification

Les antidépresseurs sont regroupés en différentes classes :

- Les Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine ou ISRS, où l'on retrouve la fluoxétine, la paroxétine, la fluvoxamine, la sertraline, la vortioxétine, citalopram, et escitalopram.

Ils vont augmenter la transmission sérotoninergique en inhibant le mécanisme de recapture au niveau présynaptique. Même si l'effet sur la sérotonine est majoritaire, il y a tout de même un effet sur la recapture de la noradrénaline. <sup>61</sup>

- Les Inhibiteurs de la Recapture de la Sérotonine et de la Noradrénaline ou IRSNa, classe qui regroupe la venlafaxine, le milnacipran et la duloxetine. Ils vont augmenter la transmission de la sérotonine et de la noradrénaline en inhibant le mécanisme de recapture. <sup>62</sup>

- Les antidépresseurs tricycliques (aussi appelés imipraminiques) dont la clomipramine, l'imipramine, l'amitriptyline, la tianeptine, ainsi que d'autres molécules. Ils vont également diminuer la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline. Certaines molécules vont diminuer la dégradation des amines, ou encore bloquer le rétrocontrôle inhibiteur. <sup>63</sup>

- Les Inhibiteurs de la Monoamine Oxydase (ou IMAO), parmi lesquels on retrouve la moclobémide et l'iproniazide. Ils vont empêcher la monoamine (ou MAO) de dégrader les amines cérébrales (sérotonine, tyramine, phénylalanine, dopamine, noradrénaline et adrénaline). Ils vont inhiber la MAO-A et/ou la MAO-B. <sup>64</sup>

- Les antagonistes alpha 2-noradrénergiques, classe qui comprend la mirtazapine et la miansérine <sup>65</sup>. Ils vont agir en bloquant les autorécepteurs alpha-2 et ainsi augmenter la transmission noradrénergique, qui va stimuler les récepteurs alpha-1 localisés sur les fibres sérotoninergiques et donc permettre la libération de 5-HT ou sérotonine. <sup>66</sup>

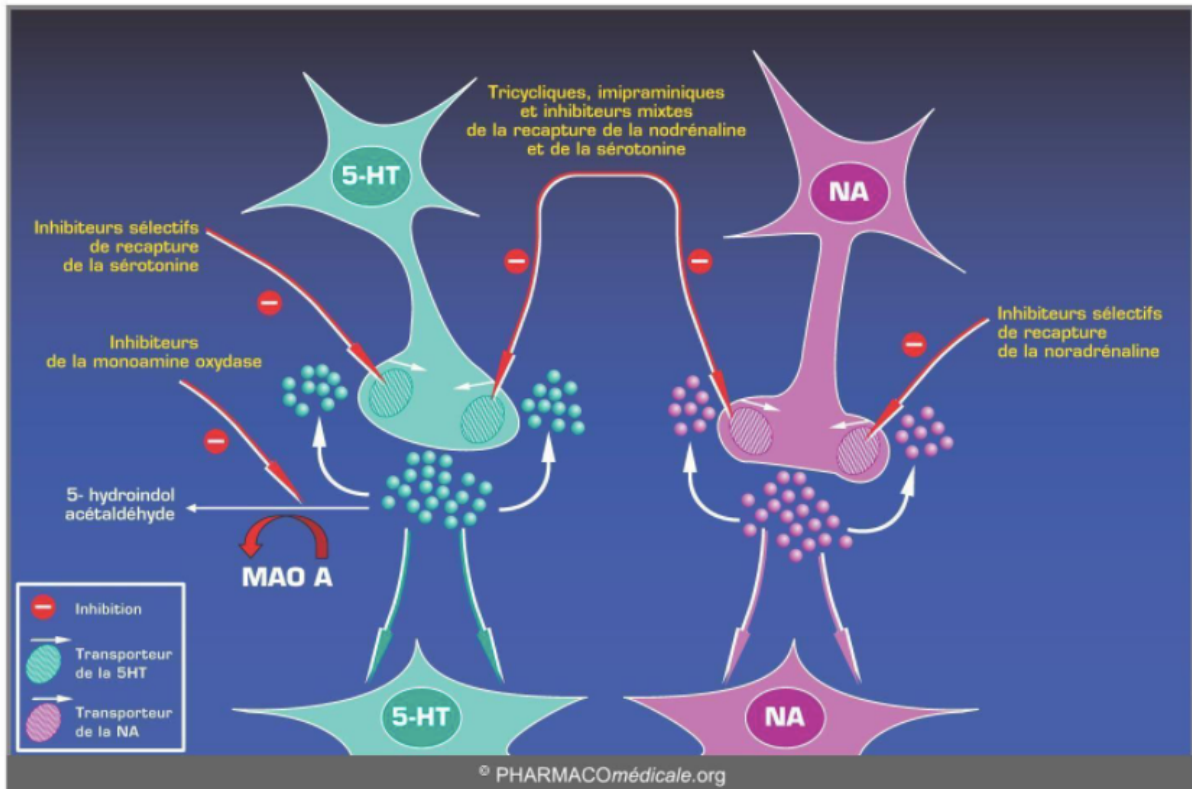


Figure 14: Mécanisme d'action des différentes classes d'antidépresseurs <sup>65</sup>

## Utilisation dans la fibromyalgie

Chez les patients atteints de fibromyalgie, les antidépresseurs peuvent être prescrits dans le cadre de la dépression associée au syndrome fibromyalgique. Dans ce cas, ils seront prescrits de la même manière (posologie, dosage, durée de traitement) que pour un état dépressif. <sup>2</sup>

La plupart du temps, les antidépresseurs sont utilisés chez les fibromyalgiques pour leur action sur la fatigue, la douleur ou le sommeil.

Il y a donc une problématique quant aux posologies et au dosage des antidépresseurs, aux délais d'action et aux effets indésirables <sup>2</sup>. Ils sont utilisés en dehors de leur indication et donc prescrits « hors AMM » (Autorisation de mise sur le marché).

De nombreuses études ont été menées sur les antidépresseurs. En fonction des classes, l'amélioration observée par rapport au placebo n'est pas la même. <sup>67</sup>

Selon une étude visant à examiner l'action des antidépresseurs dans le traitement de la fibromyalgie, ces derniers se sont montrés efficaces sur le sommeil, la fatigue, la douleur et le bien-être général. <sup>68</sup>

Malgré la forte utilisation des antidépresseurs dans le syndrome fibromyalgique, l'Agence Européenne du Médicament ou EMA (*European Medicine Agency*) n'a pas attribué l'AMM pour la fibromyalgie. <sup>2</sup>

En 2007, l'EULAR recommande l'utilisation des antidépresseurs afin de diminuer la douleur et d'augmenter les capacités fonctionnelles. A la suite d'études, les résultats se sont montrés concluants sur la douleur pour l'amitriptyline (qui aura également un effet sur la fatigue et évidemment sur les troubles dépressifs), la fluoxétine, la duloxétine ainsi que le milnacipran et le moclobémide. <sup>2</sup>

La limite des différentes études est l'efficacité sur le long terme, étant donné que les études ne vont pas au-delà de 12 semaines. <sup>2</sup>

### 5.2.3 *Antiépileptiques*

#### Antiépileptiques utilisés

Il existe de nombreux antiépileptiques mais seulement la prégabaline (LYRICA®), et la gabapentine (NEURONTIN®) sont utilisés dans la fibromyalgie. Ce sont toutes les deux des molécules de deuxième génération. Néanmoins, la prégabaline est de moins en moins utilisée à cause de ses effets indésirables et de sa prescription qui est désormais beaucoup plus encadrée. En effet, ce traitement a fait l'objet de nombreux mésusages et d'ordonnances falsifiées et il est depuis le 24 mai 2021 assimilé stupéfiant. Il doit être prescrit sur ordonnance sécurisée et peut être prescrit pour une durée maximale de 6 mois. <sup>69</sup>

#### Indications

Les traitements antiépileptiques sont utilisés pour traiter l'épilepsie. Les différentes molécules de la classe ne traiteront pas le même type de crise (il existe une hétérogénéité dans les formes cliniques de l'épilepsie).

Les antiépileptiques peuvent aussi être prescrits dans le traitement de fond de la migraine, en tant que régulateurs de l'humeur ou encore dans les douleurs. <sup>70</sup>

Les antiépileptiques sont prescrits par des médecins généralistes et par des rhumatologues dans le cadre de la fibromyalgie dans un but antalgique. La prégabaline (LYRICA®) est indiquée dans le traitement des douleurs neuropathiques périphériques et centrales, dans les crises épileptiques et dans les troubles anxieux généralisés. <sup>2</sup>

## Mécanisme d'action

Prégabaline : La prégabaline va agir au niveau de la transmission GABAergique qu'elle va majorer, ce qui va renforcer son action. Le GABA a une action inhibitrice sur l'hyperexcitabilité neuronale impliquée dans l'épilepsie, qui sera donc renforcée par la prégabaline. Elle va également intervenir sur les canaux calciques voltages-dépendants en réduisant l'influx de calcium. Elle activerait aussi les voies noradrénergiques descendantes, qui sont impliquées dans le mécanisme de la douleur.<sup>71, 72</sup>

Gabapentine : La gabapentine va également augmenter l'action inhibitrice du GABA en augmentant sa transmission. Sa structure est analogue au neurotransmetteur GABA. De la même façon que la prégabaline, elle va diminuer l'influx de calcium en agissant au niveau des canaux calciques voltages-dépendants. Elle se fixerait aussi sur une sous-unité des canaux calciques qui activeraient les voies noradrénergiques descendantes et induiraient une diminution de la douleur.<sup>73</sup>

## Utilisation dans la fibromyalgie

En 2007, L'EULAR recommande l'utilisation des antiépileptiques dans la fibromyalgie. A partir de cette date, la prescription de prégabaline a fortement augmenté, d'autant plus que dans la fibromyalgie, un mécanisme neuropathique central est suspecté.<sup>67</sup>

Une méta-analyse a permis de démontrer une amélioration sur le sommeil et sur la qualité de vie, mais pas sur la dépression et sur les troubles de l'humeur. L'AMM n'a pas été accordée à la prégabaline pour l'indication « fibromyalgie »<sup>2</sup>

### 5.2.4 Anxiolytiques

## Classification

Les anxiolytiques sont regroupés ainsi :

- Les anxiolytiques benzodiazépines : alprazolam, bromazépam, clobazam, clorazépate, clotiazépam, loflazépate, lorazepam, oxazepam, prazepam...
- La buspirone
- L'hydroxizine
- L'etifoxine

- Les Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine (ISRS). De nombreuses molécules appartiennent à cette classe mais certaines d'entre elles ont obtenu une autorisation de mise sur le marché pour le traitement de l'anxiété en plus de son indication principale qui est la dépression : il s'agit de l'escitalopram, de la sertraline et de la paroxétine. <sup>61</sup>

- Les bêta-bloquants, classe qui comprend de nombreuses molécules : bisoprolol, acébutolol, nébivolol... ainsi que le propranolol, qui peut être utilisé dans certains cas de manifestations anxieuses.

## Mécanisme d'action

Les benzodiazépines vont agir au niveau du récepteur GABA<sub>A</sub> (complexe composé de plusieurs sous-unités) en facilitant son action.

La fixation du GABA sur son récepteur permet l'ouverture d'un canal perméable aux ions chlorures, qui vont provoquer une hyperpolarisation de la cellule. <sup>74</sup>

Plusieurs récepteurs modulent le récepteur GABA<sub>A</sub> comme la progestérone, les barbituriques ou les benzodiazépines, mais n'ont pas les mêmes effets. Les benzodiazépines auront un effet agoniste et vont provoquer une ouverture du canal, une entrée d'ions chlorures, et des effets anxiolytiques, sédatifs, anticonvulsivants, myorelaxants. <sup>75</sup>

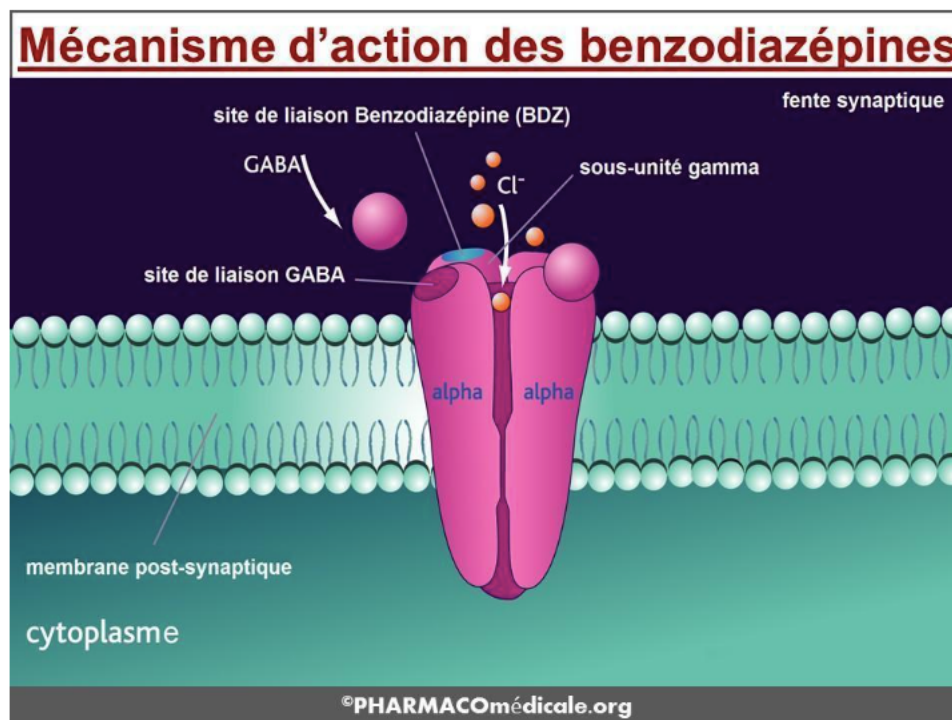


Figure 15: Mécanisme d'action des benzodiazépines <sup>76</sup>

La buspirone est un anxiolytique sérotoninergique. Elle va agir en tant qu'agoniste partiel envers les récepteurs 5HT-1. <sup>77</sup>

L'hydroxyzine est un antihistaminique ayant une action anxiolytique. La molécule va agir en tant qu'antagoniste des récepteurs à l'histamine mais va aussi avoir une activité anticholinergique qui va jouer aussi sur l'effet sédatif. <sup>78</sup>

L'etifoxine appartient à la classe des benzoxazines. Il y aura également une action au niveau des récepteurs GABA<sub>A</sub>, mais sur un site différent de celui des benzodiazépines. La fixation de la molécule au récepteur va permettre une augmentation de la transmission de GABA. <sup>79</sup>

Les ISRS vont agir au niveau de la sérotonine, en inhibant sa recapture, ce qui permet d'augmenter sa transmission.

Les  $\beta$ -bloquants vont agir, en fonction des molécules, au niveau des récepteurs  $\beta$ 1-adrénergiques cardiaques en les inhibant et vont induire un effet inotrope négatif (diminution de la contractilité), chronotrope négatif (diminution de la fréquence cardiaque) et donc une diminution du débit et de la pression artérielle. Il y aura aussi un effet bathmotrope négatif (allongement du temps de conduction) et dromotrope négatif (diminution de l'excitabilité). Au niveau vasculaire, les  $\beta$ -bloquants vont agir sur les récepteurs  $\beta$ 2-adrénergiques et les bloquer et induire une augmentation du tonus vasculaire. <sup>80</sup>

C'est le propranolol qui est utilisé pour son effet anxiolytique, et va agir en tant qu'antagoniste sur les récepteurs  $\beta$ 1 et  $\beta$ 2. <sup>81</sup>

L'utilisation des  $\beta$ -bloquants est pertinente dans certaines situations où une sédation n'est pas voulue (pour un examen par exemple). <sup>80</sup>

## Utilisation dans la fibromyalgie

Les anxiolytiques sont utilisés dans la fibromyalgie, étant donné l'état d'anxiété qui peut être présent et même élevé chez de nombreux patients fibromyalgiques <sup>2</sup>. De plus, selon le rapport de l'Académie de médecine, une action au niveau des symptômes a été montrée, et plus particulièrement pour les benzodiazépines anxiolytiques. En effet, certaines études ont montré une activité sur les tensions musculaires et sur l'insomnie. La problématique quant à l'utilisation de ces traitements résulte dans le fait qu'elle doit être limitée dans le temps en raison des effets indésirables.



## 5.2.5 Neuroleptiques

### Classification

Il existe différentes classifications pour cette classe thérapeutique.

La classification fondée sur les structures des molécules permet d'identifier 9 classes qui sont les suivantes :

Les phénotiazines, les butyrophénones, les benzamides, les thioxanthènes, les dibenzodiazépines, les diazépines, les dibenzo-oxazépines, les diphénylpiperidines, les benzisoxazoles et les autres.

Les neuroleptiques peuvent être également classés selon leur liaison aux différents récepteurs (dopaminergiques ou non dopaminergiques) et selon leur possibilité de différencier les effets pré et post-synaptiques.

Il existe une classification basée sur leurs effets (plus ou moins anti-délirants ou sédatifs).

Une des classifications existantes sépare les antipsychotiques en fonction de la fréquence des effets indésirables extrapyramidaux :

- Les antipsychotiques typiques (ou de première génération) dont la chlorpromazine, la cyamémazine, halopéridol, sulpiride.
- Les antipsychotiques atypiques (ou de deuxième génération) dont la clozapine, l'olanzapine, la risperidone, l'aripiprazole, l'amisulpiride..., qui ont été commercialisés plus récemment et qui sont susceptibles d'engendrer moins d'effets indésirables de type extrapyramidaux.

Cette classification est importante mais discutée car différents mécanismes d'actions sont mis en jeu, que ce soit parmi les antipsychotiques typiques ou atypiques.<sup>82</sup>

### Mécanisme d'action

Tous les neuroleptiques vont agir sur les récepteurs dopaminergiques.

Il existe 4 voies dopaminergiques : la voie mésolimbique (une hyperactivité de cette voie engendrera des symptômes positifs (délires, hallucinations) et agressifs), la voie mésocorticale (une hypoactivité de cette voie pourrait induire des effets négatifs comme un retrait social, une indifférence, une apathie et des effets cognitifs), la voie nigrostriée et la voie tubéro-infundibulaire. Ils auront une action antagoniste de type D2.

La classification neuroleptiques typiques/atypiques s'explique du fait d'une affinité différente vis-à-vis de ce récepteur.

Les neuroleptiques typiques ne présentent pas de sélectivité pour les récepteurs D2 de la voie mésolimbique, ce qui va engendrer un blocage des autres voies de manière accentuée. Un blocage prolongé de la voie nigrostriée peut provoquer, tardivement, une hypersensibilisation des récepteurs D2 de cette voie et favoriser l'apparition d'effets extrapyramidaux (symptômes moteurs : symptômes parkinsoniens, dystonies, dyskinésies tardives...)

Les neuroleptiques atypiques vont en montrer une. Cette sélectivité va ainsi diminuer les effets extrapyramidaux.

Pour les neuroleptiques atypiques, la présence de récepteurs à la sérotonine appelés 5HT2A favorise la transmission de la dopamine. Il y aura donc simultanément des effets D2 et 5HT2A. La résultante de ces deux effets varie selon la voie dopaminergique mais un effet sérotoninergique plus puissant permettra une diminution de ces effets secondaires.

Les mécanismes de certains antipsychotiques atypiques sont multiples et complexes, et malgré une diminution des effets extrapyramidaux, d'autres effets indésirables nécessitant une surveillance existent.

Les neuroleptiques vont également stimuler les récepteurs muscariniques (M1), à l'histamine (H1), adrénérgiques ( $\alpha$ 1) et sérotoninergiques (5HT1) et donc provoquer d'autres effets indésirables (triade atropinique, hypotension, somnolence, prise de poids...) qui varient en fonction des molécules.<sup>82, 83</sup>

## Utilisation dans la fibromyalgie

Dans la fibromyalgie, ils peuvent être utilisés pour leur effets sédatifs. Ils ont également un effet anxiolytique.

Deux études ont été réalisées (sur 2 molécules : l'olanzapine et la ziprasidone) et ont en effet montré quelques résultats au niveau des symptômes anxieux et dépressifs.<sup>84, 85</sup>

Ils peuvent aujourd'hui être utilisés dans la prise en charge de la douleur. En effet, cette classe peut être prescrite chez les patients dans le cadre de douleurs chroniques comme la fibromyalgie, mais cette utilisation est controversée.

Plusieurs études ont été menées afin de statuer sur le rapport bénéfice/risque de l'utilisation de cette classe dans la prise en charge. Une étude publiée en 2013 dans une revue de la collection *Cochrane Library* intitulée « *Antipsychotics for acute and chronic pain in adults* » effectuée sur 770 patients conclut qu'une utilisation est possible dans la prise

en charge des symptômes douloureux en prenant en compte les effets secondaires de ces traitements. Néanmoins, d'autres études ont eu lieu et sont en cours. <sup>86</sup>

Leur utilisation est tout de même limitée du fait du nombre importants d'effets indésirables.

### 5.2.6 *Levocarnil*

Le levocarnil est une solution injectable ou buvable de L-carnitine (appelée aussi carnitine ou lévocarnitine), qui est un dérivé d'acide aminé permettant la production d'énergie, présentée sous forme d'ampoules <sup>87</sup>. Le levocarnil est indiqué entre autres pour les déficits primaires systématiques ou musculaire en carnitine. <sup>88</sup>

Selon une étude de M. Rossini en 2007 (essai randomisé multicentrique en double aveugle) comparant la L-carnitine à un placebo sur un panel de 102 patients fibromyalgiques (patients répondant aux critères ACR), une amélioration significative a été remarquée concernant l'EVA de la douleur ainsi que la dépression <sup>89</sup>.

### 5.2.7 *Effets indésirables - Précaution d'emploi - Contre-indications*

Classes thérapeutiques	Effets indésirables	Précautions d'emploi	Contre-indications
Antalgiques	<p><b>Paracétamol :</b> Hépatite, rash, éruption cutanée.</p> <p><b>AINS :</b> Nausées, vomissements, diarrhées, ulcérations gastroduodénales, gastralgies, prurit, éruptions cutanées, urticaire...</p> <p><b>Aspirine :</b> Nausées, vomissements, ulcère gastrique, allongement du temps</p>	<p><b>Paracétamol :</b> Respecter les doses maximales afin d'éviter les surdosages.</p> <p><b>AINS :</b> Association à un antiagrégant plaquettaire, un anticoagulant, prudence en cas d'HTA, d'antécédent d'ulcère,</p>	<p><b>Paracétamol :</b> Hypersensibilité, Insuffisance hépatocellulaire sévère.</p> <p><b>AINS et Aspirine :</b> Hypersensibilité, Ulcère gastroduodéal, Insuffisances hépatiques ou rénales sévères, Grossesse (1<sup>er</sup> et 3<sup>ème</sup> trimestre), Allaitement.</p> <p><b>Aspirine :</b> Grossesse (3<sup>ème</sup> trimestre), Insuffisance cardiaque</p>

	<p>de saignement, modification uricémie.</p> <p><b>Opiacés :</b> Dépression respiratoire, constipation, nausées, vomissements, troubles de la vigilance, tolérance, dépendance. (Les effets sont moins intenses avec les opiacés faibles)</p>	<p>d'hémorragie digestive.</p> <p><b>Aspirine :</b> Asthme, antécédents d'ulcères, infection virale, intervention chirurgicale, insuffisances rénales et hépatiques.</p> <p><b>Opiacés :</b> Arrêt progressif du traitement afin d'éviter le syndrome de sevrage.</p>	<p>sévère non contrôlée, syndrome hémorragique.</p> <p><b>Opiacés :</b> (Pas de contre-indication mais utilisation déconseillée) Insuffisance respiratoire, insuffisance rénale, insuffisance hépatique (déconseillé).</p>
Antidépresseurs	<p><b>ISRS :</b> Effets digestifs, troubles sexuels, insomnies, céphalées.</p> <p><b>IRSNa :</b> Nausées, troubles sexuels, hypertension artérielle, somnolence, tremblements.</p> <p><b>IMAO :</b> Hypotension orthostatique, virages maniaques.</p> <p><b>Imipraminiques :</b> Effets atropiniques (sécheresse buccale, constipation, rétention urinaire,</p>	<p>Arrêt progressif du traitement (risque d'effet rebond)</p> <p>IMAO : alimentation à base de tyramine Surveillance clinique si patient épileptique (abaissement seuil épileptogène).</p>	<p><b>Imipraminique :</b> Glaucome par fermeture d'angle, Hypertrophie bénigne de la prostate, Insuffisance cardiaque, Antécédent cardiovasculaire.</p>

	<p>tachycardie...), sommolence.</p> <p><b>Antagonistes alpha-2 adrénergiques :</b> Sommolence, hypotension, tremblements.</p>		
Antiépileptiques	<p>Sommolence, étourdissements, asthénie, vertiges, rash, nausées, vomissements, troubles du comportement... (dépendent de la molécule utilisée).</p> <p><b>Prégabaline :</b> Sommolence, vertiges, étourdissement, augmentation de l'appétit, prise de poids, toxicité centrale, cardiaque et musculaire (moins fréquents).</p>	<p>Instauration progressive du traitement</p> <p><b>Prégabaline :</b> Surveillance glycémique due aux risques de prise de poids.</p>	<p>Hypersensibilité Selon le type d'épilepsie, certains antiépileptiques peuvent être contre- indiqués.</p>
Anxiolytiques	<p>Sédation, somnolence, amnésie, pharmacodépendance, troubles de la coordination, vertiges, effets anticholinergiques (ou atropiniques : constipation, troubles de l'accommodation, rétention urinaire).</p>	<p>Le traitement doit être généralement compris entre 8 et 12 semaines. Arrêt progressif du traitement (risque d'effet rebond).</p>	<p><b>Benzodiazépines :</b> Insuffisance respiratoire sévère, myasthénie.</p>

	<p><b>Benzodiazépines :</b> myasthénie, insuffisance respiratoire.</p>		
Neuroleptiques	<p><b>Effets neurologiques centraux :</b> Effets extrapyramidaux (syndrome parkinsonien, akathisie, dyskinésies et dystonies tardives, syndrome malin des neuroleptiques, sédation), diminution du seuil épileptogène.</p> <p><b>Effets neurologiques périphériques :</b> effets atropiniques, hypotension, tachycardie.</p> <p><b>Effets cardiovasculaires :</b> Torsades de pointes.</p> <p><b>Effets dermatologiques :</b> Photosensibilisation, pigmentations anormales.</p> <p><b>Effets hématologiques :</b> Neutropénie, agranulocytose (Clozapine)</p>	<p><b>Clozapine :</b> NFS (Numération de la formule sanguine) Démarche diagnostique d'un possible syndrome malin des neuroleptiques en cas de fièvre, Surveillance clinique si patient épileptique (abaissement seuil épileptogène).</p>	<p>Hypersensibilité, Glaucome par fermeture d'angle, rétention urinaire, médicaments inducteurs de perturbation de la fonction cardiaque.</p>

	<p><b>Effets ophtalmiques :</b>  Dépôts cornées,  cristallins, réiniens.</p> <p><b>Effets métaboliques :</b>  Diabète,  hyperglycémie, prise  de poids.</p>		
--	---	--	--

Tableau 1: Effets indésirables, contre-indications et précautions d'emploi <sup>59, 65, 72, 76, 82</sup>

### III. Matériel et méthodes

Comme vu précédemment, l'éducation thérapeutique prend une part importante dans la vie des patients atteints de fibromyalgie. Les patients atteints de pathologies chroniques, comme la fibromyalgie, ont plus de difficultés à maintenir une observance au traitement. L'éducation thérapeutique est aujourd'hui un outil utilisé afin d'améliorer cette observance et placer le patient au centre de la prise en charge de sa pathologie. Il devient acteur. L'ETP va permettre d'agir sur cette prise en charge, et notamment sur les traitements utilisés.

Nous pouvons nous demander quelle est la place de l'éducation thérapeutique du patient dans la gestion des médicaments dans la fibromyalgie.

Afin de répondre à la problématique, nous avons réalisé une étude sur plusieurs patients ayant participé au protocole FAR, vu précédemment, qui est un programme d'éducation thérapeutique du patient réalisé au CHU St Eloi à Montpellier.

L'objectif de l'étude est de déterminer dans quelles mesures l'éducation thérapeutique va influencer sur la gestion des traitements des patients reçus au CHU de Montpellier.

Dans un premier temps, nous allons mesurer l'évolution des traitements. Nous allons voir s'il y a eu une variation médicamenteuse, que ce soit une augmentation ou bien une épargne médicamenteuse entre l'entrée et la sortie du programme.

Dans un deuxième temps, dans le cas de variations de traitements, nous allons essayer d'identifier des sous populations.

# 1. Matériel

- 45 patients
- Données à t=0 et t=1 an
- Tableur Excel

# 2. Méthode

Nous avons procédé à une étude rétrospective, sur dossiers, qui a inclus 45 patients atteints de fibromyalgie et âgés de 22 à 65 ans, ayant utilisé le protocole FAR.

Ces patients ont été tiré au sort parmi 300 patients ayant participé au programme entre 2015 et 2021.

Les patients ont participé au protocole FAR au Centre d'évaluation et de traitement de la douleur du Centre Hospitalier Universitaire de Montpellier. Le protocole est suivi par le Dr OLIVE, rhumatologue, ainsi que par des infirmières.

## **Recueil des données :**

Le programme FAR est composé de 3 hospitalisations de jour qui ont lieu au 1<sup>er</sup> jour (t=0), au 6<sup>ème</sup> mois (t=6 mois) et au 12<sup>ème</sup> mois (t=1 an) et pour chacune d'entre elles, les informations sont recueillies dans un dossier.

Nous avons analysé les données recueillies et individualisé chaque paramètre nécessaire à l'étude, puis nous avons créé un tableur Excel répertoriant pour chacun des 45 patients, à t=0 et t= 1an :

- Age lors de l'entrée dans le protocole
- Douleur EVA
- 13 échelles du MMPI-2
- FIQ
- Test de marche
- Techniques non médicamenteuses
- Consommation médicamenteuse



Notre panel de base comportait 50 patients. Parmi eux, 5 patients n'ont pas pu être inclus dans l'étude, afin d'éviter les biais.

En effet, parmi les dossiers de patients ayant participé au programme, certains n'ont pas répondu à toutes les questions des tests ou encore ont arrêté le protocole en cours de participation.

Douleur EVA (Annexe 1) : La douleur EVA ou Échelle Visuelle Analogique est une des échelles d'autoévaluation. Il existe donc plusieurs échelles visuelles analogiques. Elles concernent la douleur, la fatigue, le sommeil, la dépression et l'anxiété. Pour chacun de ces paramètres, le patient doit numéroter l'intensité des symptômes sur les échelles allant de 0 à 10. On utilisera ici seulement l'échelle de la douleur. <sup>39</sup>

MMPI : Le *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* ou MMPI est un test de personnalité basé sur un questionnaire. Il a été publié pour la 1<sup>ère</sup> fois en 1942 par Hathaway et Mc Kinley afin de diagnostiquer les troubles psychiatriques selon une méthode psychométrique basée sur la sélection empirique et statistique d'items, indépendant de leur contenu. Ils ont ainsi rédigé des centaines d'items.

Ce test est destiné aux adultes (à partir de 18 ans) et il est rédigé de façon à être accessible pour tout patient. <sup>90, 91</sup>

Les questions concernent le quotidien du patient (son entourage, son travail, son alimentation, ses relations...) et permettent aux psychiatres et psychologues d'utiliser un test fiable et validé au niveau scientifique.

Il est considéré comme un instrument psychologique protégé, c'est-à-dire qu'il ne peut être donné et interprété que par un psychologue formé au préalable. Il n'est pas possible de trouver le test en ligne. Le test est aujourd'hui réalisé informatiquement la plupart du temps mais il est normalement précédé d'une consultation par le psychologue. <sup>91</sup>

Le test permet de mesurer le niveau individuel d'adaptation émotionnelle et de connaître l'attitude du sujet face aux différentes questions. Il permet donc une approche étroite de la personnalité en dévoilant son organisation, son évolution... il a ainsi une visée descriptive mais également diagnostique (le test en lui-même ne permet pas de poser le diagnostic mais sera un facteur impliqué dans celui-ci) et thérapeutique en orientant sur la dynamique psychologique (troubles psychologiques, psychiatriques...) et en permettant la préparation d'une prise en charge. <sup>92, 93</sup>

Le MMPI-2, comportant 567 questions auxquelles il faut répondre par vrai/faux, a été développé et publié en 1989, ainsi que, plus récemment, le MMPI-2-RF (Inventaire Multiphasique de Personnalité du Minnesota-2 forme restructurée), qui est plus court (entre 40 et 50 minutes) car il ne contient que 338 items auxquels il faut également répondre par vrai ou faux.

Il existe également le MMPI-Adolescent, qui est utilisé pour les adolescents de 14 à 18 ans, le MMPI-A-RF qui est une version courte de la version pour adolescents, et le MMPI-3, qui est la version la plus récente (2020) où les items et les échelles ont été mis à jour.

C'est un test qui est en constante amélioration et révision afin d'être le plus utile possible au diagnostic.

Actuellement, c'est le MMPI-2 qui est le plus couramment administré.<sup>91</sup>

Le MMPI-2 comporte 10 échelles cliniques, évaluant 10 catégories de comportements humains anormaux ainsi que 3 échelles de validité, qui évaluent l'exactitude des réponses. Les échelles de validité vont aider à montrer des possibles incohérences dans les résultats (intentionnelles ou non).

Une échelle est un groupe de questions qui mesurent la tendance d'une personne à un état mental, qui peut être caractérisé ou non comme un trouble. Les échelles vont donc permettre de décrire les processus psychologiques chez les patients, leurs réactions aux situations...<sup>91</sup>

Les résultats sont sous la forme d'un graphique avec les échelles en abscisse et les scores (de 30 à 120) en ordonnée. La « courbe » obtenue est comparée à la normalité qui est située entre deux scores (50 : normalité haute et 65 : normalité basse)

Ils sont annoncés au patient afin qu'il ait un point de vue objectif sur son fonctionnement psychologique et pour permettre la mise en place du traitement.

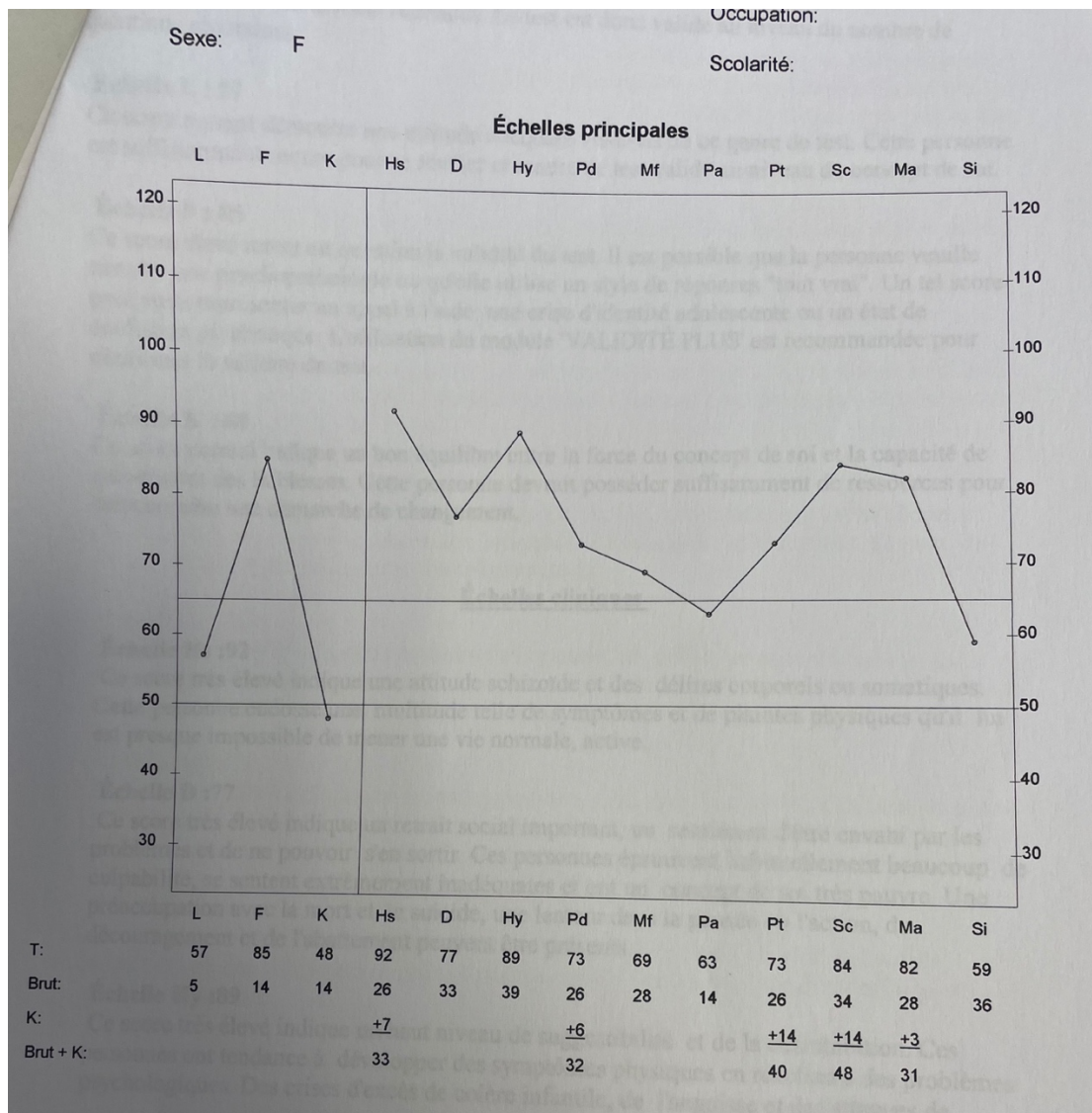


Figure 16: Résultat d'un test MMPI-2

### Échelles de validité :

- L = *Uncommon virtues (Lie)* : Il s'agit de « l'échelle du mensonge ». L'échelle contient 15 items.
- F = *Infrequent responses (Faking Bad)* : Il s'agit de réponses peu probables, qui se contredisent. L'échelle contient 60 items.
- K = *Correction, adjustment validity* : L'échelle contient 30 items. Permet d'identifier les réponses pouvant être adaptées. Les patients tentent de répondre aux questions par ce qui est « attendu » plutôt que par ce qu'ils pensent réellement.

## Échelles cliniques :

- Hs= *Hypochondriasis* (Hypochondrie) : Cette échelle identifie la préoccupation excessive du corps et des symptômes physiques, malgré le fait qu'il n'y ait pas de reconnaissance au niveau médical. L'échelle contient 32 articles (ou items).
- D= *Depression* (Dépression) : Cette échelle identifie la tristesse, l'inconfort et l'insatisfaction de la vie. La dépression se caractérise par une baisse de moral, un manque d'espoir. L'échelle contient 57 articles.
- Hy= *Hysteria* (Hystérie) : Cette échelle suit 5 composantes : mauvaise santé physique, timidité, cynisme, maux de tête et névrose, et contient 60 articles. Un score élevé sur cette échelle pourrait indiquer la présence de troubles mentaux comme l'anxiété, la paranoïa ou encore les troubles dissociatifs. L'hystérie se caractérise, entre autres, par une impression de dépassement par le stress
- Pd = *Psychopathic Deviance* (Déviance psychopathe) : L'échelle identifie la rébellion, la difficulté à adhérer aux standards de la société, à la famille, aux figures d'autorités.
- Mf= *Masculinity Femininity* (Masculinité/Féminité) : Manque d'intérêt masculin stéréotypé (chez les hommes, car les scores élevés sont rares chez les femmes)
- Pa= *Paranoia* (Paranoïa) : Sensibilité excessive, hostilité, méfiance (un très haut score indique un comportement psychotique).
- Pt= *Psychasthenia* (Psychasthénie) : Anxiété, tension, inquiétude. Les personnes ayant des troubles obsessionnels compulsifs ont tendance à avoir un score élevé.
- Sc= *Schizophrenia* (Schizophrénie) : Confusion, désorganisation, processus de pensées inhabituels. Les questions portent sur les relations familiales, le contrôle des impulsions, l'estime de soi et les difficultés sexuelles.
- Ma= *Hypomania* (Hypomanie) : Cette échelle identifie une haute énergie et agitation, de l'hyperactivité, une auto-évaluation irréaliste, de l'égoïsme.
- Si= *Social Introversion* (Introversion sociale) : Cette échelle mesure l'introversion sociale, c'est-à-dire la timidité, l'insécurité, et la tendance à éviter la sociabilité, à se mettre à l'écart. Cela montre également une préférence pour les petits groupes ou même la solitude. <sup>91, 94, 95</sup>

La version du MMPI utilisée dans l'étude est la version MMPI-2, qui a été adaptée et informatisée par l'hôpital de la Colombière à Montpellier, qui assure le suivi psychiatrique des patients, et qui a été rattachée au CHU de Montpellier.

FIQ ou QIF (Annexe 1) : Le Fibromyalgia Impact Questionnaire ou FIQ est un questionnaire qui a été développé à la fin des années 80 et publié en 1991 par des cliniciens de l'OHSU (*Oregon Health & Science University*) les Drs C. Burckhardt, S. Clark et R. Bennett, afin de saisir l'ensemble des problèmes liés à la fibromyalgie et les réponses à la thérapie. <sup>45</sup>

Il est constitué de 10 questions, la première étant elle-même composée de 10 items concernant la capacité à réaliser, avec difficulté ou non, des activités du quotidien (cuisiner, marcher, conduire, faire le ménage...). Les autres questions concernent la douleur, la fatigue, l'anxiété, les jours d'absence au travail... et le patient doit répondre en attribuant un chiffre entre 0 et 10 selon son ressenti. <sup>39</sup>

Il est utilisé aujourd'hui comme indice de l'activité de la maladie et de l'efficacité thérapeutique. Il permet donc de mesurer l'impact de la fibromyalgie, de définir le degré de gravité et d'orienter la prise en charge.

C'est un questionnaire destiné aux adultes. Il est constitué d'items compréhensibles par tous, en lien avec les activités du quotidien, la douleur, la fatigue, l'anxiété...

Il existe une version modifiée du FIQ : le FIQR (FIQ révisé), qui prend en compte les facteurs environnementaux (sensibilité aux bruits, à la lumière, aux odeurs...) et les problèmes de cognition.

Le score est calculé ainsi :

Question 1 : Le patient répond aux items en cochant ce qui est le plus approprié. Il obtient par addition un score (appelé  $x$ ) pouvant aller de 0 à 30.

$$\text{Calcul : } \frac{x}{10} \times 3,3$$

Question 2 : Le patient répond à la question en notant son ressenti. Il obtient un score (appelé  $x$ ) pouvant aller de 0 à 7.

$$\text{Calcul : } (7 - x) \times 1,43$$

Question 3 : Le patient répond à la question. Il obtient un score (appelé  $x$ ) pouvant aller de 0 à 7.

$$\text{Calcul : } x \times 1,43$$

Questions 4 à 10 : Le patient répond à ces 6 questions. Pour chacune, il obtient un score pouvant aller de 0 à 10.

Le score total est calculé en additionnant celui de toutes les questions.

Le score moyen chez les patients atteints de fibromyalgie est d'environ 50. Il augmente conjointement à l'impact de la pathologie sur le patient, le score maximal étant de 100.<sup>96, 2</sup>

Test de marche (Annexe 1) : Le test de marche permet de déterminer la distance maximale effectuée par une personne pendant un temps prédéfini. Ici, on notera le nombre de mètres effectués pendant un temps de 6 minutes.

Il est utilisé ici pour mesurer l'impact du programme car on va comparer les résultats du test au temps 0 et 1 an plus tard.

Sur la feuille de route, il faut préciser au préalable si le patient a une diminution de sa capacité physique pouvant interférer sur le test, si un supplément d'O<sub>2</sub> est nécessaire...<sup>39</sup>

La SaO<sub>2</sub>, la FC, la FR et la TA sont mesurées à chaque minute du test. La distance réalisée est inscrite, ainsi que le nombre d'arrêts ainsi que les raisons de ces arrêts, la dyspnée, la fatigue des jambes, l'effort...<sup>39</sup>

Techniques non médicamenteuses : Mésothérapie, TENS, cures thermales, activités physiques ou encore relaxation, méditation, hypnose, TCC...

Pour rappel :

- La mésothérapie permet d'atténuer la douleur localement à l'aide d'injections d'anesthésiants, d'antalgiques, d'anti-inflammatoires... à faible dose.
- Le TENS est un appareil d'électrostimulation cutanée utilisé chez les patients douloureux chroniques.
- Les cures thermales, qui sont indiquées dans plusieurs domaines (rhumatologie, oncologie, dermatologie, phlébologie...) et sont également conseillées chez des patients atteints de fibromyalgie. Elles ont un effet positif sur la qualité de vie, sur la fatigue et sur la douleur.
- L'activité physique contribue également à une meilleure qualité de vie, tant au niveau physique que mental.

- Les autres méthodes comme la relaxation, la méditation, l'hypnose ou encore les techniques comportementales et cognitives ont quant à elles un effet qualitatif, et non quantitatif, sur la douleur ainsi qu'un effet positif sur le stress et sur la vie quotidienne.

Consommation médicamenteuse : Les traitements utilisés dans la fibromyalgie sont nombreux et peuvent être différents selon les patients.

Nous avons utilisé les scores et les réponses des 45 patients aux différentes échelles et questionnaires :

L'intensité de la douleur a été évaluée grâce à L'Échelle Visuelle Analogique (EVA).

Le *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2* (MMPI-2).

Le FIQ a permis d'évaluer l'impact de la fibromyalgie ainsi que l'efficacité thérapeutique.

Le test de marche a été utilisé pour mesurer l'impact du programme, il est un indicateur de la capacité à l'exercice des patientes et de la fatigabilité.

Afin de comparer la consommation médicamenteuse à t=0 et à t=1 an, les traitements ont été classés ainsi :

- Antalgiques de palier I
- Antalgiques de palier II
- Antalgique de palier III
- Anti-inflammatoires non stéroïdiens
- Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine
- Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline
- Antidépresseurs imipraminiques (ou tricycliques)
- Antiépileptiques
- Anxiolytiques
- Neuroleptiques
- Autres

La classe « Autres » correspond à l'acupan. L'acupan fait partie des antalgiques de palier I mais la patiente en question était au préalable sous doliprane. A t1, l'acupan a été rajouté au traitement. Le cas ne s'est présenté qu'une fois lors de notre étude.

Les données ont donc été comparées au début de l'étude (t=0) et à la fin de l'étude soit un an plus tard (t=1an).

L'analyse des variables quantitatives (le sexe, l'âge, la douleur EVA, les 13 échelles du MMPI, le FIQ et le test de marche) sera effectuée via les moyennes et les écarts-types.

Les variables qualitatives (l'utilisation de techniques non médicamenteuses, et les traitements) seront analysées à l'aide de pourcentages.

L'analyse des traitements se fera ainsi :

- 1- Augmentation de la dose/ Initiation de traitement
- 2- Maintien de la dose
- 3- Diminution de la dose de 30%/ Diminution de la dose de 60%/ Arrêt du traitement

Dans la douleur, une diminution de moins de 30% de la dose de départ est considérée comme un maintien de la dose.

Une diminution d'au moins 30% est considérée comme une amélioration.

Celle-ci est considérée comme significative au-delà de 60%.

## IV. Résultats

### 1. Données générales

- Après analyse des données, nous avons pu déterminer les moyennes et écarts-types de celles-ci, qui sont résumées dans le tableau ci-dessous.

<b>Données</b>	<b>Moyenne (Écart-type)</b>
▪ Sexe	45/45 (100%)
▪ Age	44,75 (8,8)
▪ Douleur EVA à t0	5,64 (2,24)
▪ Douleur EVA à t1	5,41 (2,48)
▪ FIQ à t0	59,87 (14,58)
▪ FIQ à t1	53,93 (20,77)
▪ Test de marche à t0	405,22 (130,66)
▪ Test de marche à t1	429,91 (110,44)



- Techniques non médicamenteuses à t0 29/45 (64,4%)
- Techniques non médicamenteuses à t1 39/45 (86,7%)

#### MMPI

▪ L à t0	64 (12,89)
▪ L à t1	62,4 (14,3)
▪ F à t0	77,2 (17,7)
▪ F à t1	64 (13,5)
▪ K à t0	48,1 (10,2)
▪ K à t1	51,5 (9,3)
▪ Hs à t0	84,2 (9,1)
▪ Hs à t1	75,6 (12,9)
▪ D à t0	82 (13)
▪ D à t1	70,5 (15,6)
▪ Hy à t0	80,1 (11,5)
▪ Hy à t1	73,7 (13,8)
▪ Pd à t0	65 (12)
▪ Pd à t1	58,8 (15,1)
▪ Mf à t0	59 (10)
▪ Mf à t1	54,3 (11,8)
▪ Pa à t0	62 (15)
▪ Pa à t1	59,6 (13,8)
▪ Pt à t0	69 (12)
▪ Pt à t1	62,3 (12,8)
▪ Sc à t0	72,3 (10,8)
▪ Sc à t1	67 (13,8)
▪ Ma à t0	55,8 (12)
▪ Ma à t1	54,4 (11,2)
▪ Si à t0	56,6 (10,7)
▪ Si à t1	49,1 (12,2)

*Tableau 2: Récapitulatif des données générales concernant les patients*

Les 4 graphiques ci-dessous représentent pour l'échelle de douleur EVA, le FIQ, le test de marche et les techniques non médicamenteuses, l'évolution entre t0 et t1, en moyenne, pour les 45 patientes de notre étude.

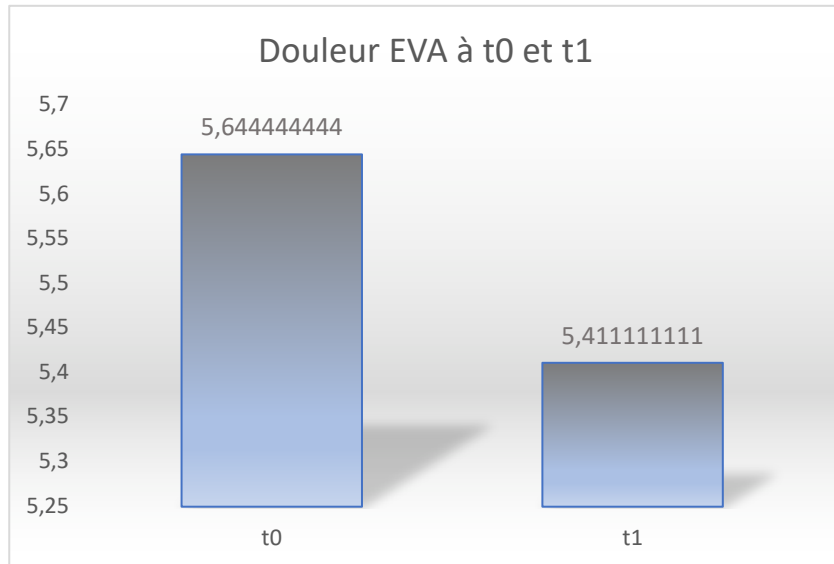


Figure 17: Graphique des moyennes des EVA douleur à t0 et à t1

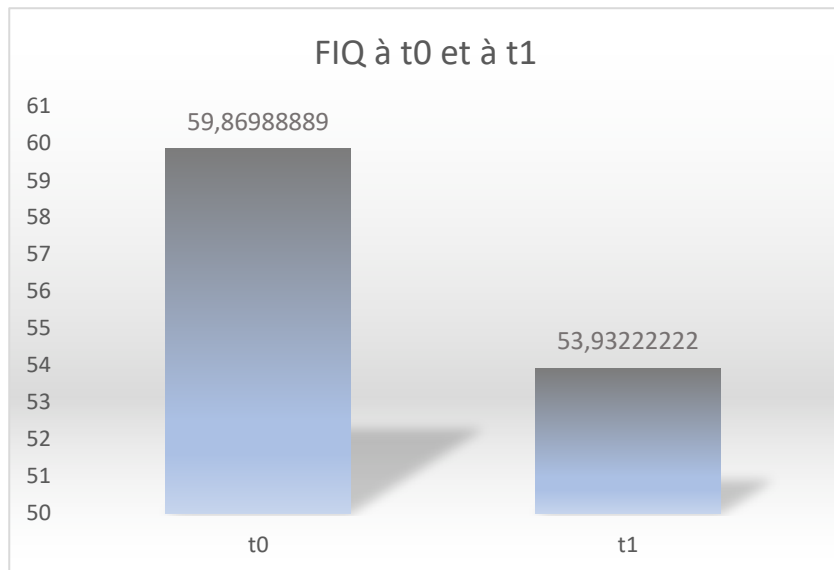


Figure 18: Graphique des moyennes des FIQ à t0 et à t1

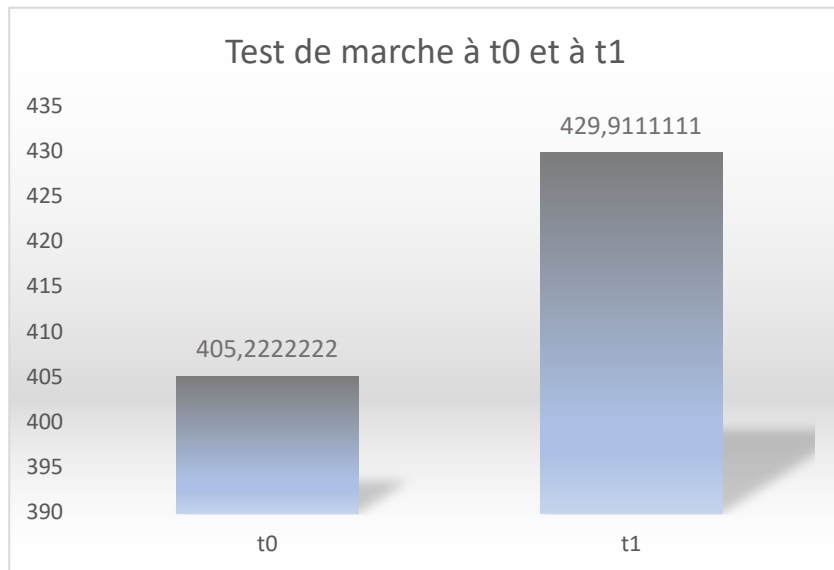


Figure 19: Graphique des moyennes des tests de marche à t0 et à t1

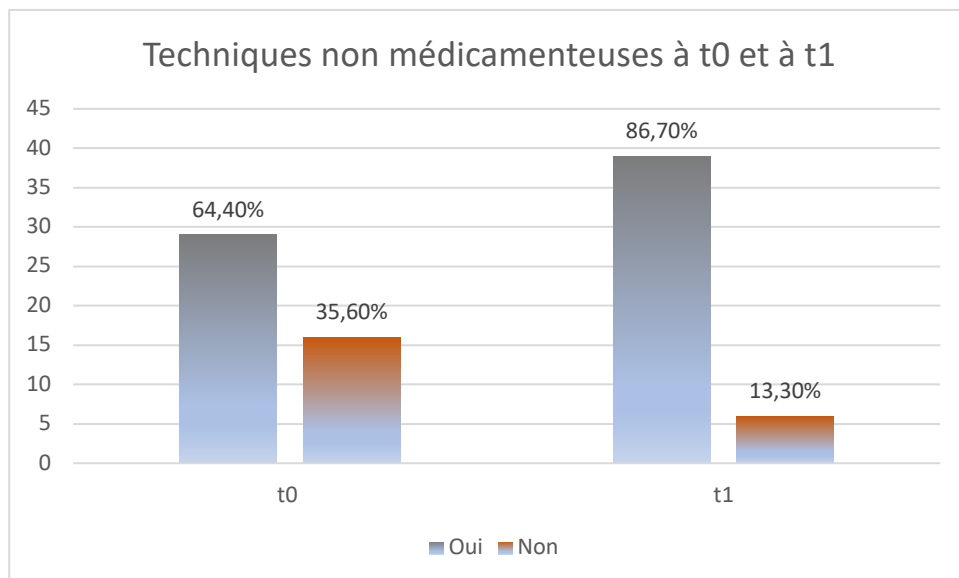


Figure 20: Graphique des techniques médicamenteuses à t0 et à t1

Notre population est constituée de 100% de femmes.

Nous pouvons observer une légère diminution de la douleur EVA, soit une diminution de la douleur de 4,07%,

Concernant le score moyen du FIQ, nous constatons une diminution assez représentative, de 9,92%. De plus, entre t0 et t1, 26 patientes sur 45 ont vu leur score du FIQ diminuer, soit 57,8% des patientes, alors que 19 patientes ont obtenu un score supérieur au score précédent, soit 42,2% de nos patientes.

Nous pouvons voir une augmentation du nombre de mètres effectués lors du test de marche de 405,2m à 429,9m, soit une amélioration de 6,12%.

Concernant les techniques non médicamenteuses, nous observons une évolution de leur utilisation de à t1 : le nombre de patientes utilisant les techniques non médicamenteuses a augmenté.

- Nous avons regroupé les moyennes de douleur EVA et du FIQ à t0 et à t1 par tranches d'âge, afin de voir si des sous-populations étaient discernables en fonction de l'âge du patient.

Age à t0	Nombre de Patients	Moyenne de Douleur EVA à t0	Moyenne de Douleur EVA à t1	Moyenne des FIQ à t0	Moyenne des FIQ à t1
20-24	1,00	6,00	3,00	30,86	23,62
25-29	1,00	4,00	7,00	50,48	50,37
30-34	4,00	4,00	4,38	66,47	51,39
35-39	5,00	5,20	4,40	53,14	50,30
40-44	10,00	6,10	4,40	59,98	48,80
45-49	13,00	5,92	6,31	63,31	63,59
50-54	4,00	5,75	7,50	68,79	65,64
55-59	5,00	5,60	5,80	51,59	40,98
60-65	2,00	6,50	4,50	62,69	56,90
<b>Total général</b>	<b>45,00</b>	<b>5,64</b>	<b>6,61</b>	<b>59,87</b>	<b>53,93</b>

*Tableau 3: Données générales concernant les patientes regroupées par tranches d'âge*

Nous pouvons observer que 23 patientes, soit plus de la moitié des patientes de notre étude, se trouve dans la tranche d'âge 40-49 ans.

Il y a une augmentation de la douleur EVA et du FIQ entre t0 et t1 pour les 45-49 ans.

Pour les patientes qui sont âgées de 50 à 54 ans, la moyenne de douleurs EVA augmente alors que celle des FIQ diminue, ce qui signifie que même si la douleur augmente, l'impact sur la vie quotidienne diminue.

- Nous avons comparé à t0 et à t1 l'évolution du taux de MMPI pathologiques, des doublets Hs-Hy (correspondant aux traits de personnalité Hypochondrie-Hystérie) et des valeurs Sc (trait de personnalité Schizophrénie) évalués dans le MMPI.

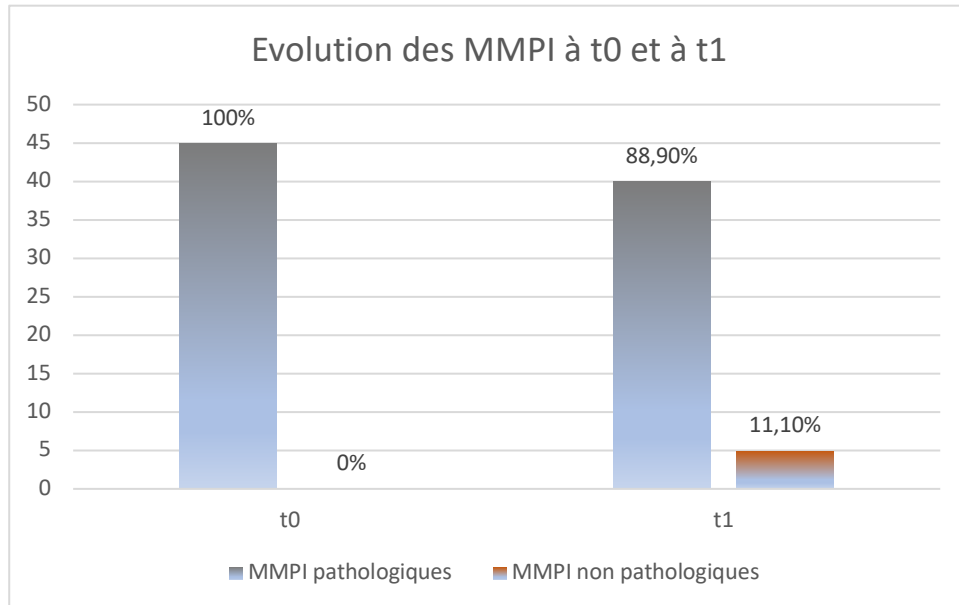


Figure 21: Graphique de l'évolution des MMPI à t0 et à t1

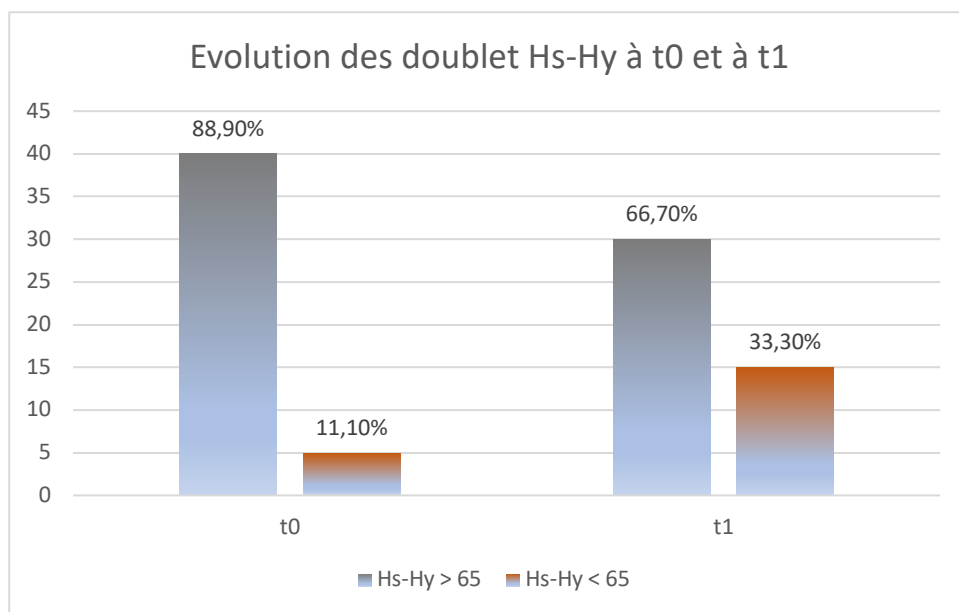


Figure 22: Graphique de l'évolution des doublets Hs-Hy à t0 et à t1

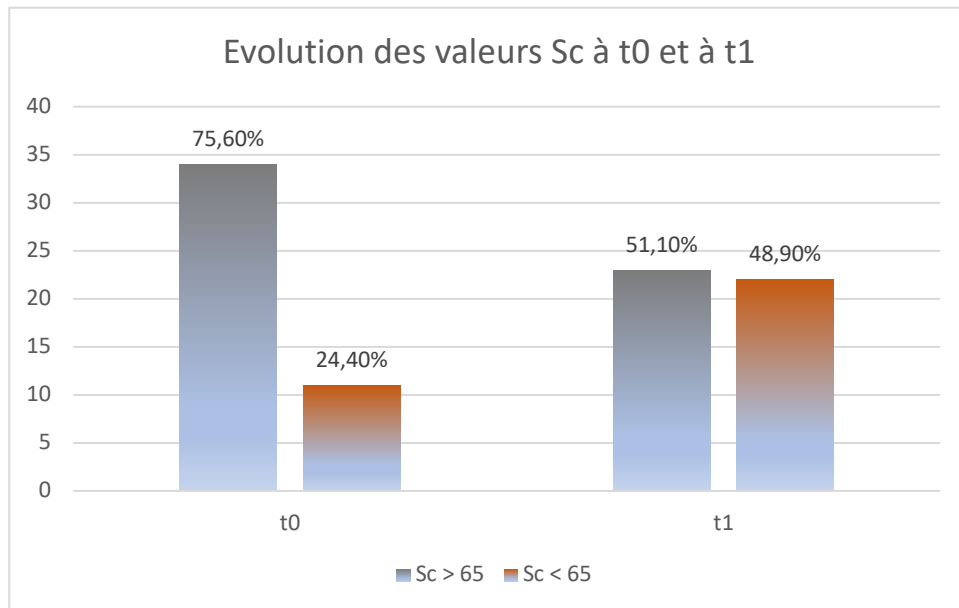


Figure 23: Graphique de l'évolution des valeurs Sc à t0 et à t1

Nous pouvons observer une légère diminution du taux de MMPI pathologiques. Le pourcentage de doublets Hs-Hy > 65 (trait de personnalité Hs > 65 et trait de personnalité Hy > 65) diminue de 22,2% entre t0 et t1 et de la même façon, le trait de personnalité Sc de 24,5%.

## 2. Données concernant les traitements

Nous avons ensuite analysé les données concernant les traitements.

- Les graphiques ci-dessous montrent la répartition de la consommation des traitements par classes médicamenteuses, à t0 et à t1.

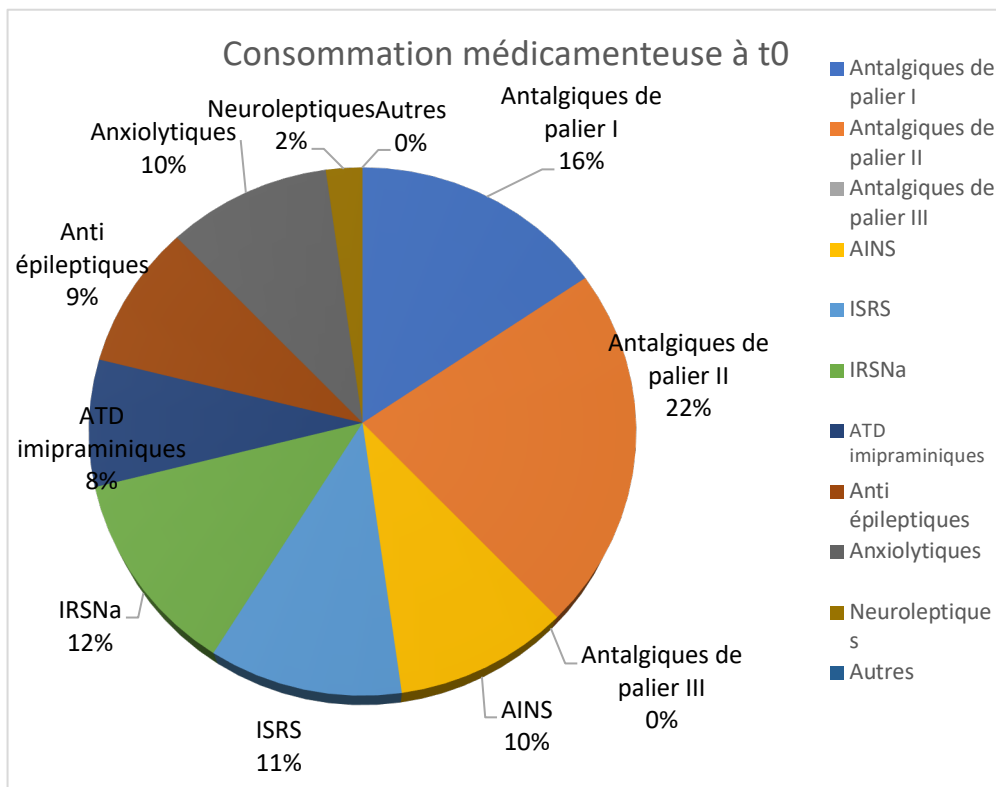


Figure 24: Graphique de la consommation médicamenteuse à t0

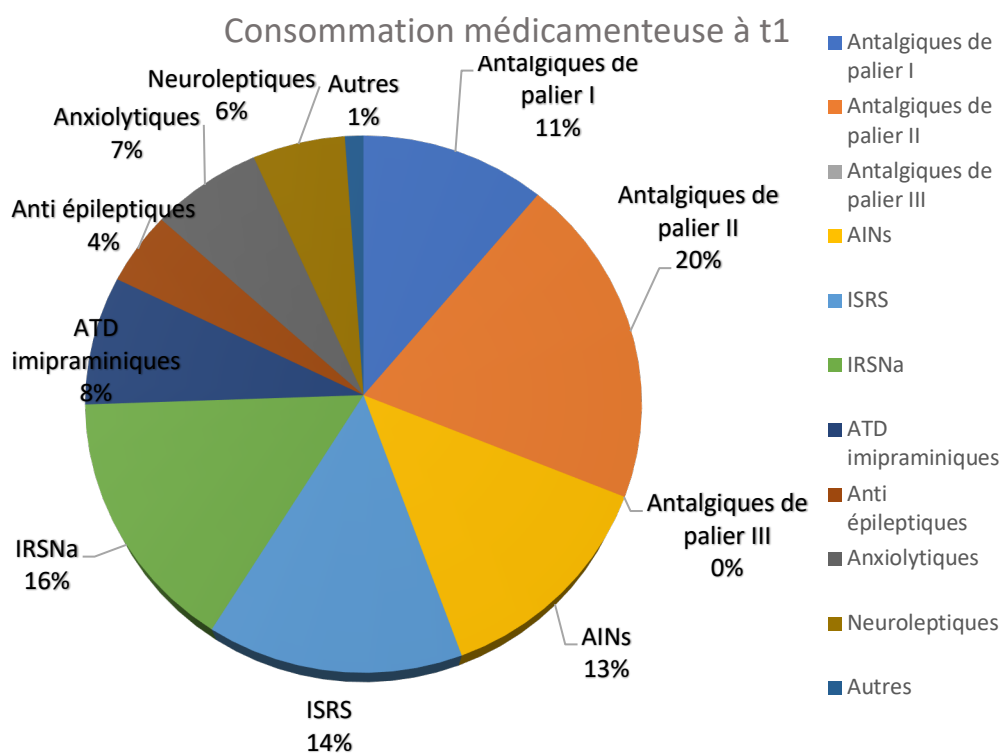


Figure 25: Graphique de la consommation médicamenteuse à t1

Nous pouvons observer une diminution de la consommation d'analgiques de palier I et II, d'antiépileptiques et d'anxiolytiques :

<b>Classe médicamenteuse</b>	<b>Consommation à t0 (en %)</b>	<b>Consommation à t1 (en %)</b>
<b>Antalgiques de palier I</b>	16 %	11 %
<b>Antalgiques de palier II</b>	22 %	20 %
<b>Antiépileptiques</b>	9 %	4 %
<b>Anxiolytiques</b>	10 %	7 %

La consommation d'AINS, d'ISRS, d'IRSNa, de neuroleptiques et de la classe « autres » a quant à elle augmenté :

<b>Classe médicamenteuse</b>	<b>Consommation à t0 (en %)</b>	<b>Consommation à t1 (en %)</b>
<b>AINS</b>	10 %	13%
<b>ISRS</b>	11 %	14 %
<b>IRSNa</b>	12 %	16 %
<b>Neuroleptiques</b>	2 %	6 %
<b>Autres</b>	0	1 %

La consommation d'antidépresseurs imipraminiques est restée équivalente entre le début et la fin de l'étude.

- Nous avons ensuite étudié, pour chaque classe, la variation médicamenteuse entre t0 et t1.

Le panel correspond au nombre de patients, sur le total des 45 patients, qui consommait une molécule appartenant à la classe médicamenteuse à t0.

Nous avons donc pu déterminer combien de patients, à t1, ont augmenté ou débuté la prise d'un traitement, ont maintenu, ont diminué d'au moins 30%, ont diminué d'au moins 60% ou encore ont arrêté la prise de ce traitement, et ce pour chacune des classes qui nous intéressent.



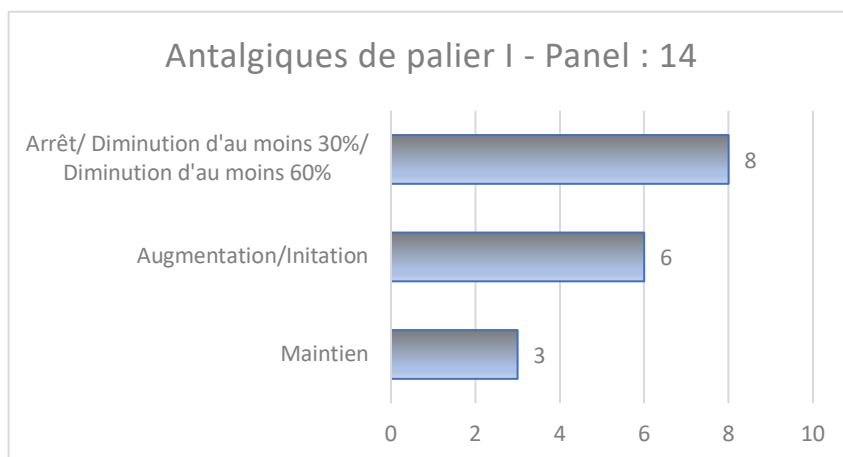


Figure 26: Graphique de l'évolution des antalgiques de palier I

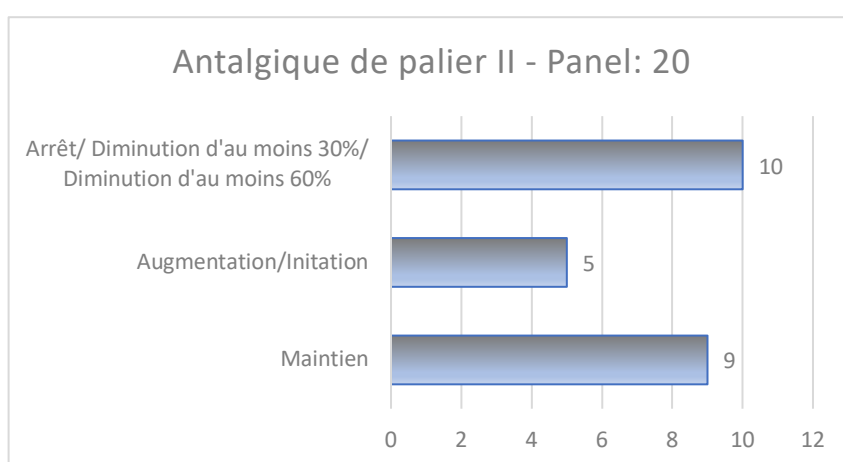


Figure 27: Graphique de l'évolution des antalgiques de palier II

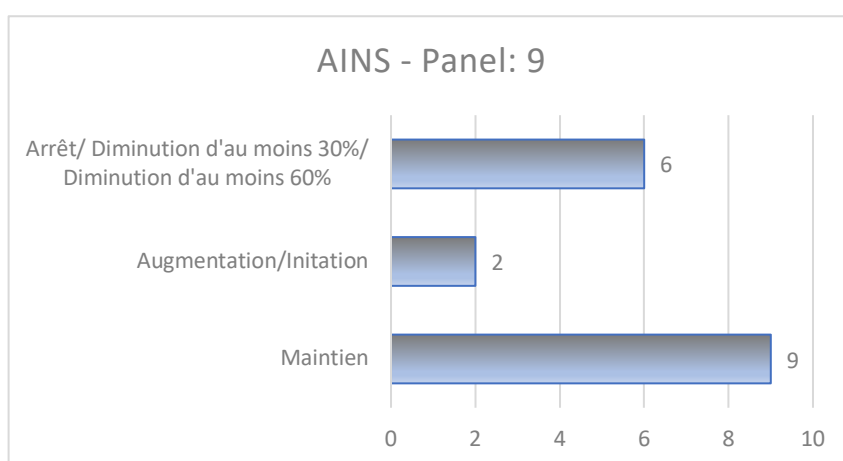


Figure 28: Graphique de l'évolution des AINS

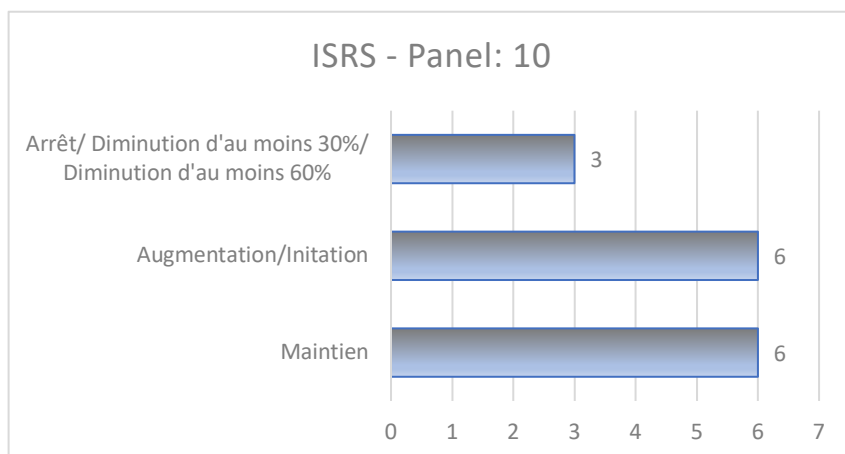


Figure 29: Graphique de l'évolution des ISRS

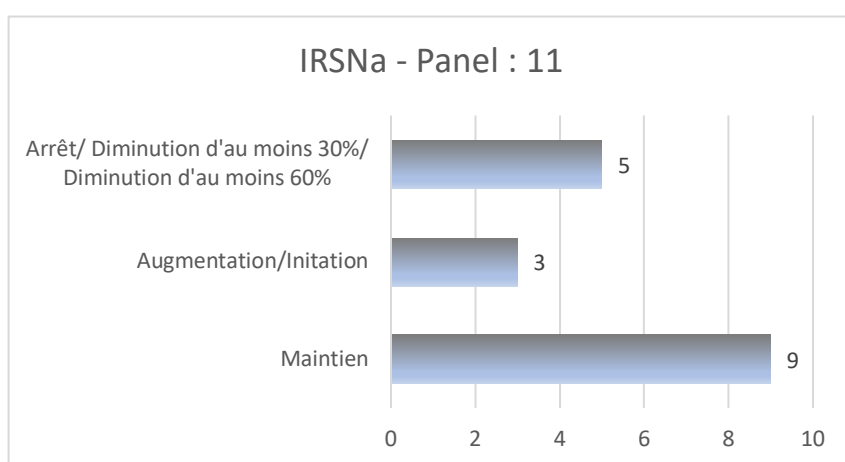


Figure 30: Graphique de l'évolution des IRSNa

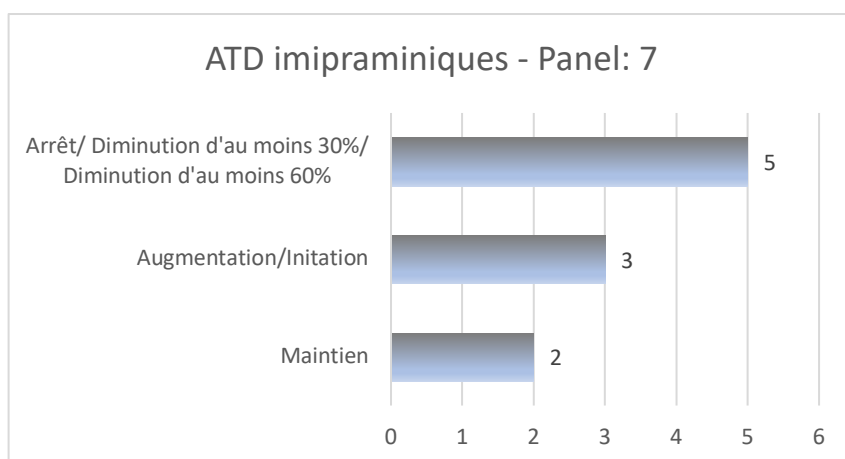


Figure 31: Graphique de l'évolution des ATD imipraminiques

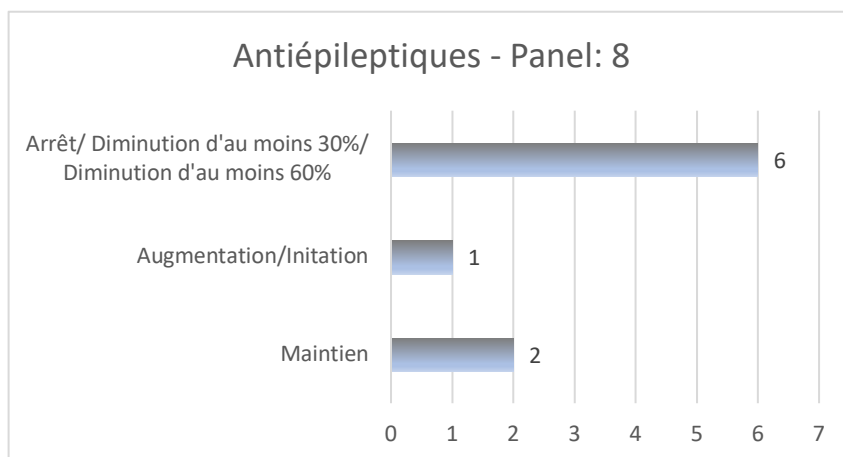


Figure 32: Graphique de l'évolution des antiépileptiques

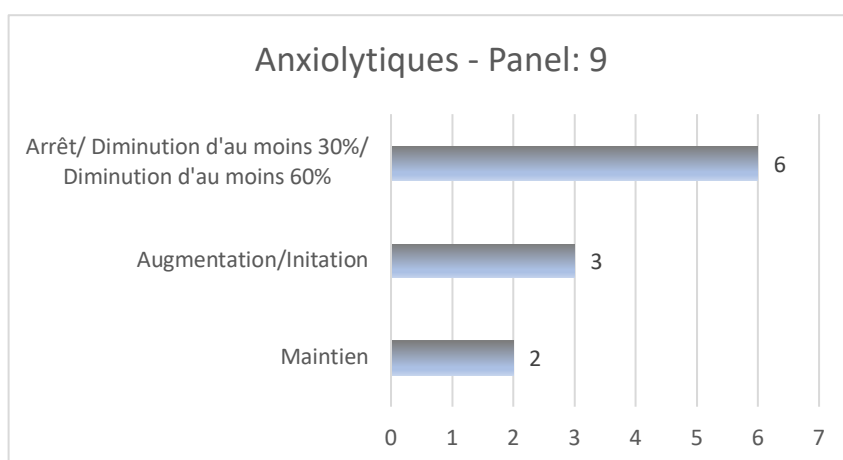


Figure 33: Graphique de l'évolution des anxiolytiques

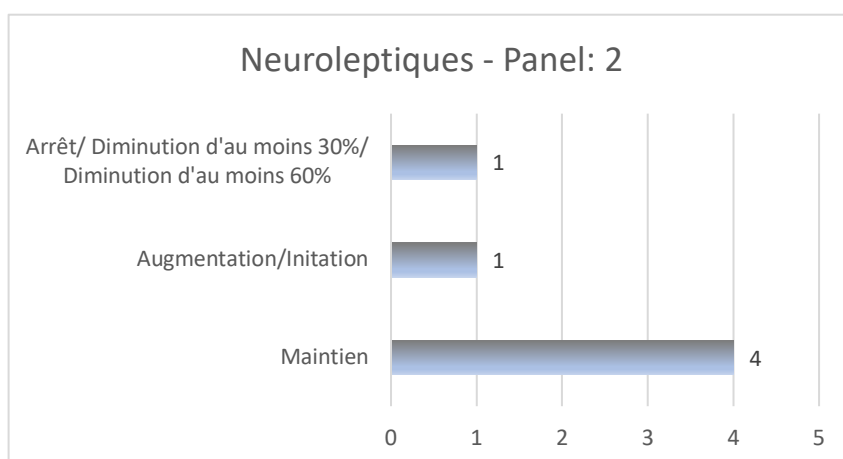


Figure 34: Graphique de l'évolution des neuroleptiques

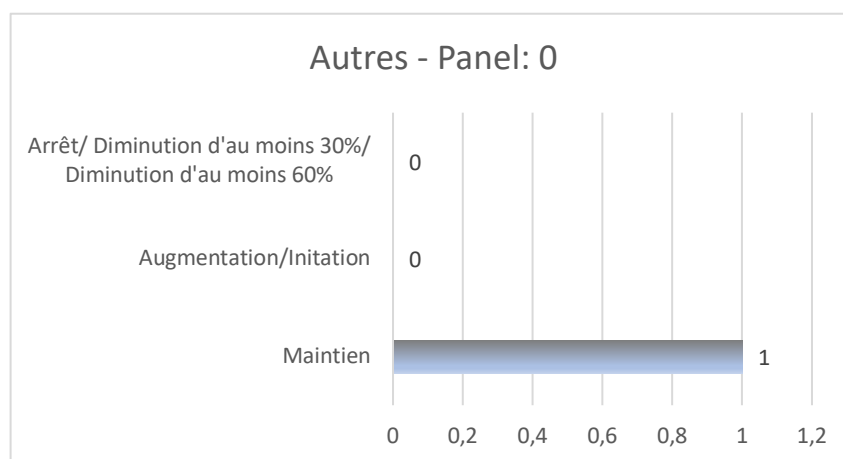


Figure 35: Graphique de l'évolution des traitements "autres"

Nous pouvons observer que pour les antalgiques de palier I, les antiépileptiques et les anxiolytiques, davantage de molécule ont été arrêtées.

Pour les antalgiques de palier II et les anti-inflammatoires non stéroïdiens, la répartition est plus mitigée : nous voyons qu'il y a beaucoup d'augmentations/initiations de traitements et de maintien mais également quelques molécules arrêtées ou diminuées.

Pour les antidépresseurs et les neuroleptiques, on constate qu'en général il y a plus de traitements augmentés ou maintenus.

## V. Discussion

### 1. Résultats généraux

Nous retrouvons des valeurs représentatives des populations fibromyalgiques. En effet, notre étude est composée de 100% de femmes, et même si la fibromyalgie masculine existe, elle est beaucoup plus rare dans la population générale (8 femmes pour 2 hommes).

L'analyse des moyennes nous montre une légère diminution entre t0 et t1 des scores de douleur EVA chez les patientes.

L'EVA moyenne est de 5,64 à t0. La douleur EVA est un bon indicateur de douleur mais c'est un élément de suivi qui n'est pas suffisant et pas assez représentatif.

Les patientes ont des résultats aux tests de marche assez bas (en moyenne 405 mètres à t0 et 430 mètres à t1) par rapport à la population générale (700 mètres en moyenne).

Le FIQ moyen est de 59,87 à t0, ce qui situe l'intensité des fibromyalgies de moyennes à sévères.

L'augmentation des scores obtenus au test de marche ainsi que la diminution entre t0 et t1 des scores obtenus au FIQ, sont assez significatives et sont corrélées à l'augmentation de la proportion des patientes utilisant des techniques non médicamenteuses.

L'amélioration n'est significative que si on observe une diminution du FIQ chez une patiente d'au moins 30%. Ici, la diminution du score du FIQ concerne 26 patientes sur 45, soit 57,8% d'entre elles, mais l'amélioration concerne 14 patientes sur 45, soit 31,1% d'entre elles.

En regroupant les moyennes des douleurs et des FIQ par tranches d'âge à t0 et à t1, nous observons que la douleur ne diminue pas pour toutes les classes. En effet, on constate que la moyenne des douleurs des patientes âgées de 45 à 49 ans et de 50 à 54 ans augmente légèrement. De la même façon, la moyenne des FIQ augmente très légèrement chez les patientes âgées de 45 à 49 ans et ne diminue que peu chez les patientes âgées de 50 à 54 ans. Pour ces dernières, la douleur et le FIQ évoluent en sens inverse. L'augmentation de la douleur et la diminution des scores du FIQ montrent que la gestion de la douleur n'est pas la même selon les patients.

Le MMPI est composé d'échelles et parmi elles, nous allons étudier 4 échelles : Hs, D, Hy et Sc correspondant respectivement à l'hypocondrie, la dépression, l'hystérie et la schizophrénie.

La moyenne des scores entre t0 et t1 passe de 84,2 à 75,6 pour l'hypocondrie (Hs), de 82 à 70,5 pour la dépression (D), de 80,1 à 73,1 pour l'hystérie (Hy) et de 72,3 à 67 pour la schizophrénie (Sc).

Nous constatons une diminution de ces 4 traits de personnalité, qui ne sont pas fixes comme on pourrait le penser. En effet, ils suivent également la tendance des autres données et l'utilisation de techniques non médicamenteuses a joué dessus.

Après analyse du doublet Hs-Hy et du trait de personnalité Sc, nous constatons une diminution du taux pathologique (supérieur à 65%).

Un MMPI est considéré comme normal lorsque toutes les échelles du test sont normales, c'est-à-dire que le score attribué à chaque trait de personnalité doit être compris entre 50 et 65.

Pour mémoire, ce test est pathologique pour 10% de la population générale, c'est-à-dire qu'au moins un trait de personnalité du test est anormal.

D'après les résultats, à t0, les tests de la totalité des patientes évaluées dans notre étude étaient pathologiques.

A t1, la proportion de patiente avec un résultat non pathologique est de 5/45, soit un dixième de notre panel. Nous pouvons constater une légère amélioration et cela confirme que ces données ne sont pas irréversibles.

Nous retrouvons donc une évolution favorable moyenne de tous les paramètres. Cette évolution est cependant modérée, ce qui témoigne de la difficulté de prise en charge. Nous retrouvons une amélioration de l'EVA de la douleur, du FIQ ainsi qu'une amélioration de la capacité de marche. Les traits de personnalité du MMPI sont modulés sous l'effet de la prise en charge.

Enfin, nous notons une augmentation des interventions non médicamenteuses, déjà présentes à t0 mais qui augmentent à t1, sans compter le programme en lui-même qui est un programme d'ETP.

## 2. Gestion médicamenteuse

Lorsque l'on compare la consommation des traitements à t0 et à t1, nous observons une diminution de la proportion d'antalgiques de palier I, d'antalgiques de palier II, d'antiépileptiques et d'anxiolytiques. La consommation d'AINS, d'ISRS, d'IRSNa et de neuroleptiques a augmenté.

Nous remarquons également qu'aucune patiente de l'étude n'est traitée par antalgique de palier III, que ce soit à t0 et à t1.

Il s'agit d'un biais de sélection car les patientes nécessitant un sevrage sont en général hospitalisées et non orientées vers un groupe d'ETP.

Durant les années de notre étude, le CETD (Centre d'Évaluation et du Traitement de la Douleur) du CHU réalise par an 10 sevrages aux opiacés forts pour des syndromes fibromyalgiques.

Nous pouvons relier cette analyse à l'utilisation de techniques non médicamenteuses en association au traitement.

Il y a donc un mouvement global de transfert de la prise en charge par antalgiques vers les psychotropes, en particulier les ISRS et les IRSNa, qui par leur action sérotoninergique peuvent répondre aux symptômes fatigue et douleur, et les neuroleptiques, en utilisant leur effet anxiolytique ainsi que leur corrélation au MMPI (indice Sc élevé) pour favoriser la mise en relation avec les soignants et les prises en charge, ainsi que vers les techniques non médicamenteuses qui en dehors de leur efficacité propre sont de formidables relais avec le soignant mais également des supports d'autonomisation.

Les antalgiques, surtout ceux de palier II et III, sont responsables d'effets indésirables, notamment sur une prise continue, à la différence des ISRS ainsi que des IRSNa qui en auront moins sur le long terme. Ces derniers nécessitent tout de même une surveillance et des précautions d'emploi à cause de certains effets indésirables.

De plus, ce changement de classe médicamenteuse permettra une rééducation du système opioïde, qui est plus longue et difficile avec l'utilisation d'antalgiques. Les techniques non médicamenteuses associées n'entravent pas le système de gestion de la douleur mais favorisent au contraire un aspect du mode de vie sur lequel il est important de jouer afin d'obtenir un rééquilibrage, tant au niveau psychologique qu'au niveau de la prise en charge.

La finalité de ce transfert est donc un arrêt des traitements médicamenteux, même s'il doit s'étaler sur une période plus ou moins longue. Notre étude s'arrête à 1 an, mais le suivi devrait être de 3 à 5 ans afin d'apprécier le chemin que suivra la prise en charge.

L'augmentation de l'utilisation des AINS est expliquée par le fait que les patients fibromyalgiques ont fréquemment des problèmes tendineux associés, et cette classe médicamenteuse est souvent une réponse thérapeutique.

De plus, l'absence d'utilisation d'antalgiques de palier III conforte le message de lutte contre les opiacés qu'on tente de faire passer. En effet, cette classe comporte un nombre important d'effets indésirables et de risques addictifs. L'hyperalgie morphinique est également un risque important de majoration des douleurs dans la fibromyalgie.

Les limites de notre étude sont la faiblesse de l'échantillon et la diversité des traitements. En effet, une pathologie associée à la fibromyalgie sans lien avec celle-ci peut influencer sur la prise de traitements. Il s'agit de biais d'échantillonnage et d'interprétation. La photographie que nous faisons sur un an nous permet néanmoins de définir quelques orientations.

## VI. Conclusion

La fibromyalgie est un syndrome fréquent en augmentation de diagnostic et de traitement difficile, qui a non seulement un impact économique qui tend à augmenter, mais également un impact sur la vie quotidienne et l'environnement social des patients atteints.

La reconnaissance de cette pathologie, due à une augmentation du nombre de cas mais aussi à l'union des patients, a permis un intérêt croissant du corps médical ainsi que des recherches et études plus poussées, afin de tenter de répondre aux différents symptômes et attentes des malades.

Ce travail rétrospectif, observationnel mais imparfait sur le plan méthodologique permet cependant de donner un aperçu de cette population au sein d'une prise en charge dédiée pour diminuer les douleurs, mais aussi les antalgiques au prix d'une introduction de psychotropes, d'éducation thérapeutique et de techniques non médicamenteuses.

Le rôle du pharmacien, du fait de sa connaissance du médicament, de l'éducation thérapeutique et des techniques non médicamenteuses, va s'avérer déterminant dans la prise en charge des patients fibromyalgiques.



## VII. Annexes

### Annexe 1 : Protocole FAR (21)

#### LES ECHELLES VISUELLES ANALOGIQUES

**Vous allez cocher sur l'échelle de 0 à 10 d'un petit trait pour les différents paramètres** (exemples : pas de fatigue du tout 0, fatigue très intense 10 ; sommeil excellent 0, insomnie permanente 10 ; je me sens très anxieux 10 pas du tout anxieux 0)

DOULEUR	0-----10
FATIGUE	0-----10
SOMMEIL	0-----10
DEPRESSION	0-----10
ANXIETE	0-----10

## PCS

	0 pas du tout	1 quelque peu	2 de façon modérée	3 beaucoup	4 tout le temps
J'ai peur qu'il n'y ai pas de fin à la douleur					
Je sens que je ne peux pas continuer					
C'est terrible je pense que cela ne s'améliorera jamais					
C'est affreux c'est plus fort que moi					
Je sens que je ne peux plus supporter la douleur					
J'ai peur que la douleur empire					
Je ne fais que penser à d'autre expérience douloureuse					
Avec inquiétude je souhaite que la douleur disparaisse					
Je ne peux m'empêcher d'y penser					
Je ne fais que penser à quel point cela fait mal					
Je ne fais que penser à quel point je veux que la douleur disparaisse					

---

Il n'y a rien que je puisse faire pour réduire l'intensité de la douleur					
Je me demande si quelque chose de grave va se produire					
TOTAL (max 52)					

## Evaluation de l'indice de kinésiophobie

### ÉCHELLE TAMPA (TSK-CF)

(Kori et al., 1990, traduite par GRISART & MASQUELIER, Cliniques Universitaires Saint-Luc, 1200 Bruxelles)

Même à cette époque de haute technologie, il ne faut pas négliger une des plus importantes sources d'information à votre sujet : il s'agit de vos sentiments ou de vos intuitions à propos de ce qui arrive à votre corps.

Répondez aux questions suivantes en utilisant l'échelle de droite. Répondez vraiment en fonction de votre impression et pas en fonction de ce que les autres pensent que vous devriez croire. Il ne s'agit pas d'un test de connaissance médicale. Nous voulons savoir comment vous voyez les choses.

Consignes : Veuillez lire attentivement chaque question et encrer le numéro qui correspond le mieux à ce que vous ressentez.		Fortement en désaccord	Légerement en désaccord	Légerement en accord	Fortement en accord
1.	J'ai peur qu'en faisant de l'exercice, cela ne me blesse.	1	2	3	4
2.	Si je vais au-delà de mes limites pour dépasser la douleur, elle pourrait augmenter.	1	2	3	4
3.	Mon corps me dit que quelque chose ne va pas et que cela constitue un danger pour lui.	1	2	3	4
4.	Ma douleur serait probablement diminuée si je faisais de l'exercice. *	1	2	3	4
5.	Les gens ne prennent pas mon état de santé suffisamment au sérieux.	1	2	3	4
6.	Mon accident a fragilisé mon corps pour le reste de ma vie.	1	2	3	4
7.	La douleur signifie qu'il y a toujours une lésion.	1	2	3	4
8.	Ce n'est parce que quelque chose aggrave ma douleur que cela signifie que c'est dangereux. *	1	2	3	4
9.	J'ai peur de me faire mal ou de me blesser par mégarde.	1	2	3	4
10.	En étant attentif à ne faire que des gestes adéquats, je peux éviter d'augmenter la douleur.	1	2	3	4
11.	Le maintien d'une telle douleur signifie que j'ai probablement quelque chose de grave.	1	2	3	4
12.	Malgré ma douleur, je serais mieux si j'avais plus d'activités physiques. *	1	2	3	4
13.	La douleur me fait savoir quand je dois arrêter mes exercices afin de ne pas entraîner des dommages corporels.	1	2	3	4
14.	Ce n'est pas vraiment très bon pour une personne dans un état comme le mien d'être physiquement active.	1	2	3	4
15.	Je ne peux pas tout faire comme les autres, sinon cela pourrait causer des lésions dans mon organisme.	1	2	3	4
16.	Même si certaines choses entraînent une douleur, je ne pense pas qu'elles soient réellement dangereuses. *	1	2	3	4
17.	Personne ne devrait faire de l'exercice lorsqu'il(elle) a mal.	1	2	3	4

QUESTIONNAIRE GENERALISTE SF36 (QUALITE DE VIE)

1.- En général, diriez-vous que votre santé est : (cocher ce que vous ressentez)

Excellente \_\_\_ Très bonne \_\_\_ Bonne \_\_\_ Satisfaisante \_\_\_ Mauvaise \_\_\_

2.- Par comparaison avec il y a un an, que diriez-vous sur votre santé aujourd'hui ?

Bien meilleure qu'il y a un an \_\_\_ Un peu meilleure qu'il y a un an \_\_\_

A peu près comme il y a un an \_\_\_ Un peu moins bonne qu'il y a un an \_\_\_

Pire qu'il y a un an \_\_\_

3.- vous pourriez vous livrer aux activités suivantes le même jour. Est-ce que votre état de santé vous impose des limites dans ces activités ? Si oui, dans quelle mesure ? (entourez la flèche).

a. Activités intenses : courir, soulever des objets lourds, faire du sport.

↓ ↓ ↓  
Oui, très limité      oui, plutôt limité      pas limité du tout

b. Activités modérées : déplacer une table, passer l'aspirateur.

↓ ↓ ↓  
Oui, très limité      oui, plutôt limité      pas limité du tout

c. Soulever et transporter les achats d'alimentation.

↓ ↓ ↓  
Oui, très limité      oui, plutôt limité      pas limité du tout

d. Monter plusieurs étages à la suite.

↓ ↓ ↓  
Oui, très limité      oui, plutôt limité      pas limité du tout

e. Monter un seul étage.

↓ ↓ ↓  
Oui, très limité      oui, plutôt limité      pas limité du tout

f. Vous agenouiller, vous accroupir ou vous pencher très bas.

↓ ↓ ↓  
Oui, très limité      oui, plutôt limité      pas limité du tout

g. Marcher plus d'un kilomètre et demi.

↓ ↓ ↓  
Oui, très limité      oui, plutôt limité      pas limité du tout

h. Marcher plus de 500 mètres

↓ ↓ ↓  
Oui, très limité      oui, plutôt limité      pas limité du tout

i. Marcher seulement 100 mètres.

↓ ↓ ↓  
Oui, très limité      oui, plutôt limité      pas limité du tout

QUESTIONNAIRE GENERALISTE SF36 (QUALITE DE VIE)

*d. mon état de santé est excellent.*

↓ ↓ ↓ ↓ ↓  
\_\_\_\_\_  
Tout à fait vrai    assez vrai    ne sais pas    plutôt faux    faux

Wade JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). Medical Care 1992;30:473-483.

## Questionnaire HAD

Ce questionnaire a été conçu de façon à vous permettre d'exprimer ce que vous ressentez sur le plan émotionnel. Lisez chaque question et cochez la réponse qui exprime le mieux ce que vous avez éprouvé au cours de la semaine qui vient de s'écouler (une seule réponse par question).  
Donnez une réponse rapide : votre réaction immédiate est celle qui correspond le mieux à votre état actuel.

<p><b>1</b> Je me sens tendu(e) ou énervé(e) :</p> <p><input type="checkbox"/> La plupart du temps</p> <p><input type="checkbox"/> Souvent</p> <p><input type="checkbox"/> De temps en temps</p> <p><input type="checkbox"/> Jamais</p>	<p><b>2</b> Je prends du plaisir aux mêmes choses qu'autrefois :</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, tout autant</p> <p><input type="checkbox"/> Pas autant</p> <p><input type="checkbox"/> Un peu seulement</p> <p><input type="checkbox"/> Presque plus</p>
<p><b>3</b> J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver :</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, très nettement</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, mais ce n'est pas trop grave</p> <p><input type="checkbox"/> Un peu, mais cela ne m'inquiète pas</p> <p><input type="checkbox"/> Pas du tout</p>	<p><b>4</b> Je ris facilement et vois le bon côté des choses :</p> <p><input type="checkbox"/> Autant que par le passé</p> <p><input type="checkbox"/> Plutôt moins</p> <p><input type="checkbox"/> Vraiment moins qu'avant</p> <p><input type="checkbox"/> Plus du tout</p>
<p><b>5</b> Je me fais du souci :</p> <p><input type="checkbox"/> Très souvent</p> <p><input type="checkbox"/> Assez souvent</p> <p><input type="checkbox"/> Occasionnellement</p> <p><input type="checkbox"/> Très occasionnellement</p>	<p><b>6</b> Je suis de bonne humeur :</p> <p><input type="checkbox"/> Jamais</p> <p><input type="checkbox"/> Rarement</p> <p><input type="checkbox"/> Assez souvent</p> <p><input type="checkbox"/> La plupart du temps</p>
<p><b>7</b> Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e) :</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, quoiqu'il arrive</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, en général</p> <p><input type="checkbox"/> Rarement</p> <p><input type="checkbox"/> Jamais</p>	<p><b>8</b> J'ai l'impression de fonctionner au ralenti :</p> <p><input type="checkbox"/> Presque toujours</p> <p><input type="checkbox"/> Très souvent</p> <p><input type="checkbox"/> Parfois</p> <p><input type="checkbox"/> Jamais</p>
<p><b>9</b> J'éprouve des sensations d'angoisse et j'ai l'estomac noué ou une boule dans la gorge :</p> <p><input type="checkbox"/> Jamais</p> <p><input type="checkbox"/> Parfois</p> <p><input type="checkbox"/> Assez souvent</p> <p><input type="checkbox"/> Très souvent</p>	<p><b>10</b> J'ai perdu l'intérêt pour mon apparence :</p> <p><input type="checkbox"/> Totalement</p> <p><input type="checkbox"/> Je n'y fais plus attention</p> <p><input type="checkbox"/> Je n'y fais plus assez attention</p> <p><input type="checkbox"/> J'y fais attention comme d'habitude</p>
<p><b>11</b> J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place :</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, c'est tout à fait le cas</p> <p><input type="checkbox"/> Un peu</p> <p><input type="checkbox"/> Pas tellement</p> <p><input type="checkbox"/> Pas du tout</p>	<p><b>12</b> J'envisage l'avenir avec optimisme :</p> <p><input type="checkbox"/> Comme d'habitude</p> <p><input type="checkbox"/> Plutôt moins qu'avant</p> <p><input type="checkbox"/> Beaucoup moins qu'avant</p> <p><input type="checkbox"/> Pas du tout</p>
<p><b>13</b> J'éprouve des sensations soudaines de panique :</p> <p><input type="checkbox"/> Vraiment très souvent</p> <p><input type="checkbox"/> Assez souvent</p> <p><input type="checkbox"/> Pas très souvent</p> <p><input type="checkbox"/> Jamais</p>	<p><b>14</b> Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio ou de télévision :</p> <p><input type="checkbox"/> Souvent</p> <p><input type="checkbox"/> Assez souvent</p> <p><input type="checkbox"/> Rarement</p> <p><input type="checkbox"/> Très rarement</p>

Merci de vérifier que vous avez répondu à chaque question.

# FABQ

(Fear Avoidance Belief Questionnaire)

## FABQ physique

	Absolument pas d'accord avec cette phrase	Partiellement d'accord avec cette phrase	Complètement d'accord avec cette phrase
1-ma douleur est provoquée par l'activité physique	0	1 2 3 4 5	6
2-l'activité physique aggrave ma douleur	0	1 2 3 4 5	6
3-l'activité physique pourrait abîmer mon dos	0	1 2 3 4 5	6
4- je ne voudrais pas faire d'activités physiques qui peuvent ou qui pourraient aggraver ma douleur	0	1 2 3 4 5	6
5 je ne devrais pas avoir d'activités physiques qui peuvent ou qui pourraient aggraver la douleur.	0	1 2 3 4 5	6

Total: /30



**QIF**  
(Quality of life in women with fibromyalgia)

**1- 10 questions**

Durant la dernière semaine pouviez vous	0-oui	1-avec quelques difficultés	2-avec grande difficultés	3- non
1-Faire le marché				
2-faire la lessive				
3-faire la cuisine				
4-faire la vaisselle				
5-Passer l'aspirateur				
6- Faire les lits				
7- marcher plus de 1 km				
8-visiter des amis				
9- faire du jardinage				
10- conduire une voiture				

2-Sur les 7 derniers jours, combien de jours étiez vous bien?-----

3-Combien de jours sur les 7 derniers vous êtes vous absenté du travail ?-----

4-Quand vous travailler combien la douleur vous gêne t-elle dans votre travail ?

Pas de problème 0-----10 grande difficulté

5-Quel était votre degré de douleur ?

Pas de douleur 0-----10 très sévère

6-Quel était votre degré de fatigue ?

Pas de fatigue 0-----10 très fatigué

7-comment vous sentiez vous au lever le matin ?

Bien reposé 0-----10 très fatigué

8-Quel était votre degré de raideur ?

Pas de raideur 0-----10 très raide

9-Quel était votre état de tension nerveuse et d'anxiété ?

Pas de tension 0-----10 très tendu

10- quel était votre degré de dépression ?

Pas de dépression 0-----10 très déprimé



Copyright © 2002  
Michael J. Sullivan

## **IEQ-CF**

Nom: \_\_\_\_\_ Âge: \_\_\_\_\_ Sexe: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Lorsqu'une blessure survient, notre vie peut être affectée de façon importante. Ce questionnaire a été construit pour évaluer à quel point votre vie a été affectée.

Voici 12 affirmations décrivant des pensées et des sentiments que vous pouvez avoir lorsque vous pensez à votre blessure. Veuillez compléter le questionnaire suivant en indiquant à quel point ces énoncés vous représentent lorsque vous pensez à votre blessure.

**0** – pas du tout    **1** – légèrement    **2** – modérément    **3** – de façon importante    **4** – Extrêmement

- 1  La plupart des gens ne comprennent pas à quel point mon état est grave.
- 2  Ma vie ne sera plus jamais la même.
- 3  Je souffre à cause de la négligence de quelqu'un d'autre.
- 4  Personne ne devrait avoir à vivre ce que je vis présentement.
- 5  Je veux simplement retrouver ma vie d'avant.
- 6  J'ai le sentiment que ceci va m'affecter de façon permanente.
- 7  Tout ça me semble si injuste.
- 8  Je crains que mon état ne soit pas pris assez au sérieux.
- 9  Rien ne pourra compenser tout ce que j'ai enduré.
- 10  C'est comme si on m'avait volé quelque chose de très précieux.
- 11  J'ai peur de ne jamais pouvoir réaliser mes rêves.
- 12  Je ne peux pas croire ça m'arrive à moi.

\_\_\_\_\_  
*...Total*



**FEUILLE DE ROUTE - TEST DE MARCHÉ 6 MINUTES**

Centre [ ] [ ] [ ] [ ]    Projet [ ] [ ] [ ] [ ]    Sujet [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]    Visite [ ]

Évaluation pré-réadaptation (visite 1)       Évaluation post-réadaptation < 1 mois (visite 2)   
 Évaluation post-réadaptation :    1 an (visite 3)       2 ans (visite 4)       3 ans (visite 5)

Si la personne a une incapacité physique ou toute condition de santé, autre que pulmonaire, pouvant empêcher ou limiter sa performance durant le test de marche, inscrivez la nature de la condition :  
 \_\_\_\_\_

Le sujet vit-il ou a-t-il vécu une exacerbation au cours des 4 dernières semaines?     Non     Oui

Médication supplémentaire à celle quotidienne avant le test? Si oui précisez \_\_\_\_\_

Le test est-il effectué avec un supplément d'O<sub>2</sub> ?     Non     Oui    Débit d'O<sub>2</sub> [ ] [ ] L/min

Date du test [ ] [ ] [ ] [ ] aaaa-mm-jj    début [ ] : [ ] fin [ ] : [ ] sur 24:00

Marche #	SaO <sub>2</sub>	F.C.	F.R.	T.A.
<i>Au repos</i>				
<i>À l'effort</i>			<b>Observations</b>	
1 min				
2 min				
3 min				
4 min				
5 min				
6 min				
<i>Distance (m) :</i>	<i>BORG (dyspnée) :</i>	<i>BORG (fatigue des jambes) :</i>	<i>BORG (effort) :</i>	<i>Nb d'arrêts :</i>
<i>Récupération</i>	<i>SaO<sub>2</sub></i>	<i>F.C.</i>	<i>F.R.</i>	<i>T.A.</i>
5 min				
15 min				

Raisons d'arrêt : \_\_\_\_\_

Nom du professionnel \_\_\_\_\_

Signature du professionnel \_\_\_\_\_

### Stades de changement (URICA)

Ce questionnaire est pour nous aider à améliorer nos services. Vous trouverez ci-dessous une liste d'énoncés décrivant ce qu'une personne peut ressentir quand elle commence une thérapie ou quand elle aborde un problème. Veuillez indiquer jusqu'à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec chaque énoncé. Faites votre choix en vous référant à comment vous vous sentez **maintenant**, et non à comment vous vous êtes senti(e) par le passé ou comment vous aimeriez vous sentir. Notez bien que « **PROBLÈME** » réfère au problème pour lequel vous consultez. « **ICI** » réfère au Service de consultation de l'École de psychologie ou au traitement.

Il y a CINQ (5) réponses possibles pour chaque énoncé :

1	2	3	4	5
Fortement en désaccord	En désaccord	Indécis	En accord	Fortement en accord

Inscrivez  
votre  
réponse ici.

- \_\_\_\_\_ 1. À mon avis, je n'ai aucun problème qui nécessite un changement.
- \_\_\_\_\_ 2. Je me pense peut-être prêt(e) à apporter des améliorations personnelles.
- \_\_\_\_\_ 3. Je fais actuellement quelque chose pour travailler sur les problèmes qui me dérangent.
- \_\_\_\_\_ 4. Il peut valoir la peine de travailler sur mon problème.
- \_\_\_\_\_ 5. Ce n'est pas moi qui a un problème. Ça n'a pas vraiment de sens pour moi d'être ici.
- \_\_\_\_\_ 6. Je suis inquiet(e) qu'un problème que j'ai déjà réglé revienne. Je suis donc ici pour chercher de l'aide.
- \_\_\_\_\_ 7. Je travaille enfin sur mon problème.
- \_\_\_\_\_ 8. Ces temps-ci, il m'arrive de penser que je voudrais changer quelque chose en moi.
- \_\_\_\_\_ 9. J'ai obtenu de bons résultats en travaillant sur mon problème, mais je ne suis pas certain(e) de pouvoir continuer à faire des efforts par moi-même.
- \_\_\_\_\_ 10. Parfois, mon problème est difficile, mais je travaille là-dessus.

1	2	3	4	5
Fortement en désaccord	En désaccord	Indécis	En accord	Fortement en accord

Inscrivez votre réponse ici.

- \_\_\_\_\_ 11. Être ici est une perte de temps pour moi, car le problème ne vient pas de moi.
- \_\_\_\_\_ 12. J'espère que cette démarche va m'aider à mieux me comprendre
- \_\_\_\_\_ 13. J'imagine que j'ai mes torts, mais il n'y a rien que j'ai vraiment besoin de changer.
- \_\_\_\_\_ 14. Je travaille très fort pour changer.
- \_\_\_\_\_ 15. J'ai un problème et je pense vraiment que je devrais travailler là-dessus.
- \_\_\_\_\_ 16. J'ai déjà changé, mais je n'arrive pas à maintenir le changement aussi bien que j'aurais souhaité; je suis ici pour prévenir une rechute.
- \_\_\_\_\_ 17. Même si je ne réussis pas toujours à changer, au moins je travaille sur mon problème.
- \_\_\_\_\_ 18. Je pensais qu'une fois mon problème résolu, j'en serais libéré(e); cependant, je suis parfois encore aux prises avec ce problème.
- \_\_\_\_\_ 19. J'aimerais avoir davantage d'idées pour résoudre mon problème.
- \_\_\_\_\_ 20. J'ai déjà commencé à travailler sur mon problème, mais j'aimerais avoir de l'aide.
- \_\_\_\_\_ 21. Peut-être que ce service pourra m'apporter de l'aide.
- \_\_\_\_\_ 22. J'aurais peut-être besoin d'un petit coup de pouce en ce moment pour maintenir les changements que j'ai déjà réalisés.
- \_\_\_\_\_ 23. Il est possible que je fasse partie du problème, mais je ne le crois pas vraiment.
- \_\_\_\_\_ 24. J'espère que quelqu'un ici pourra me donner quelques bons conseils.
- \_\_\_\_\_ 25. Tout le monde peut bien parler de changement; moi, je suis vraiment en train d'agir.
- \_\_\_\_\_ 26. Toutes ces discussions de psychologie sont ennuyeuses. Pourquoi les gens ne peuvent-ils pas simplement oublier leurs problèmes ?

---

1	2	3	4	5
Fortement en désaccord	En désaccord	Indécis	En accord	Fortement en accord

Inscrivez votre  
réponse ici.

- \_\_\_\_\_ 27. Je suis ici pour m'empêcher de faire une rechute.
- \_\_\_\_\_ 28. C'est frustrant, mais j'ai l'impression que le problème que je croyais résolu est peut-être en train de revenir.
- \_\_\_\_\_ 29. J'ai des inquiétudes comme tout le monde. Pourquoi perdre du temps à y penser ?
- \_\_\_\_\_ 30. Je travaille activement sur mon problème.
- \_\_\_\_\_ 31. J'aimerais mieux vivre avec mes défauts qu'essayer de les changer.
- \_\_\_\_\_ 32. Après tout ce que j'ai fait pour essayer de changer, mon problème revient toujours me hanter.

## ÉCHELLE D'ALLIANCE AIDANTE

Version révisée  
(Haq-II p)

### Instructions

Il s'agit de différentes manières de se sentir et de se comporter par rapport à une autre personne - son thérapeute. Pensez attentivement à votre relation avec votre thérapeute, et notez ensuite chaque énoncé en fonction de votre degré d'accord ou de désaccord. *Merci de répondre à tous les énoncés.*

	1 = pas du tout d'accord 2 = pas d'accord 3 = plutôt pas d'accord  4 = plutôt d'accord 5 = d'accord 6 = tout à fait d'accord					
1. Je sens que je peux compter sur le thérapeute.	1	2	3	4	5	6
2. Je sens que le thérapeute me comprend.	1	2	3	4	5	6
3. Je sens que le thérapeute veut que j'atteigne mes objectifs.	1	2	3	4	5	6
4. Par moments, je n'ai pas confiance dans le point de vue du thérapeute.	1	2	3	4	5	6
5. Je sens que je travaille avec le thérapeute dans un effort commun.	1	2	3	4	5	6
6. Je crois que nous avons des idées semblables sur la nature de mes problèmes.	1	2	3	4	5	6
7. En général, je respecte l'avis du thérapeute à mon sujet.	1	2	3	4	5	6
8. Les méthodes thérapeutiques utilisées ne conviennent pas bien à mes besoins.	1	2	3	4	5	6



	1 = pas du tout d'accord 2 = pas d'accord 3 = plutôt pas d'accord  plutôt d'accord = 4 d'accord = 5 tout à fait d'accord = 6					
9. J'aime bien mon thérapeute en tant que personne.	1	2	3	4	5	6
10. Dans la plupart des séances, nous trouvons une manière de travailler ensemble sur mes problèmes.	1	2	3	4	5	6
11. Le thérapeute établit un type de relation avec moi qui freine l'avancement de la thérapie.	1	2	3	4	5	6
12. Une bonne relation s'est formée avec mon thérapeute.	1	2	3	4	5	6
13. Le thérapeute me semble être expérimenté pour aider les gens.	1	2	3	4	5	6
14. J'aimerais vraiment arriver à résoudre mes problèmes.	1	2	3	4	5	6
15. Nous avons des échanges constructifs.	1	2	3	4	5	6
16. Nous avons parfois des échanges <i>peu</i> fructueux.	1	2	3	4	5	6
17. De temps en temps, nous évoquons simultanément les mêmes événements importants de mon passé.	1	2	3	4	5	6
18. Je crois que le thérapeute m'aime bien en tant que personne.	1	2	3	4	5	6
19. Par moments, le thérapeute paraît distant.	1	2	3	4	5	6

© L. Luborsky, J. P. Barber, University of Pennsylvania Medical School, 1996.  
 Traduction française: Y. de Roten & M. Stigler, Institut Universitaire de Psychothérapie, Université de Lausanne, 2001.

## ÉCHELLE D'ALLIANCE AIDANTE

### Version révisée HAq-II T

#### INSTRUCTIONS

Il s'agit de différentes manières du patient de se sentir et de se comporter par rapport à une autre personne - son thérapeute. Pensez attentivement à la relation de votre patient avec vous, et notez ensuite chaque énoncé en fonction de votre degré d'accord ou de désaccord. *Merci de répondre à tous les énoncés.*

	1 = pas du tout d'accord 2 = pas d'accord 3 = plutôt pas d'accord  plutôt d'accord = 4 d'accord = 5 tout à fait d'accord = 6					
1. Le patient sent qu'il peut compter sur moi.	1	2	3	4	5	6
2. Le patient sent que je le comprends.	1	2	3	4	5	6
3. Le patient sent que je veux qu'il atteigne ses objectifs.	1	2	3	4	5	6
4. Par moments, le patient n'a pas confiance dans mon point de vue.	1	2	3	4	5	6
5. Le patient sent qu'il travaille avec moi dans un effort commun.	1	2	3	4	5	6
6. Je crois que nous avons des idées semblables sur la nature de ses problèmes.	1	2	3	4	5	6
7. Le patient respecte généralement mon avis à son sujet.	1	2	3	4	5	6
8. Le patient croit que les méthodes thérapeutiques utilisées ne conviennent pas bien à ses besoins.	1	2	3	4	5	6

	1 = pas du tout d'accord 2 = pas d'accord 3 = plutôt pas d'accord  plutôt d'accord = 4 d'accord = 5 tout à fait d'accord = 6					
9. Le patient m'aime bien en tant que personne.	1	2	3	4	5	6
10. Dans la plupart des séances, nous trouvons une manière de travailler ensemble sur ses problèmes.	1	2	3	4	5	6
11. Le patient pense que j'établis un type de relation avec lui qui freine l'avancement de la thérapie.	1	2	3	4	5	6
12. Le patient pense qu'une bonne relation s'est formée entre nous.	1	2	3	4	5	6
13. Le patient pense que je suis expérimenté pour aider les gens.	1	2	3	4	5	6
14. J'aimerais vraiment pour le patient qu'il résolve ses problèmes.	1	2	3	4	5	6
15. Le patient et moi avons des échanges constructifs.	1	2	3	4	5	6
16. Le patient et moi avons parfois des échanges peu fructueux.	1	2	3	4	5	6
17. De temps en temps, nous évoquons simultanément les mêmes événements importants de son passé.	1	2	3	4	5	6
18. Le patient croit que je l'aime bien en tant que personne.	1	2	3	4	5	6
19. Par moments, le patient me voit comme distant.	1	2	3	4	5	6

© L. Luborsky, J. P. Barber, University of Pennsylvania Medical School, 1996  
 Traduction française: Yves de Roten & Michael Stigler, Institut Universitaire de Psychothérapie, Université de Lausanne, 2001



## VIII. Bibliographie

- (1) Inserm\_EC\_2020\_Fibromyalgie\_Synthèse (1).Pdf.
- (2) Syndrome\_fibromyalgique\_de\_ladulte\_-\_rapport\_dorientation.Pdf.
- (3) *ICD-10 Version:2008*. <https://icd.who.int/browse10/2008/fr> (accessed 2022-06-28).
- (4) Fibromyalgie.Ppt.
- (5) *mécanismes énergétiques de la contraction musculaire*. <http://neurobranches.chez-alice.fr/systnerv/muscle/muscle3.html> (accessed 2022-03-09).
- (6) Masson, E. *Spectrométrie de résonance magnétique du phosphore-31 et maladies musculaires. Avantages, limites et perspectives en clinique*. EM-Consulte. <https://www.em-consulte.com/article/208623> (accessed 2022-03-09).
- (7) Buskila, D.; Sarzi-Puttini, P. Biology and Therapy of Fibromyalgia. Genetic Aspects of Fibromyalgia Syndrome. *Arthritis Res. Ther.* **2006**, *8* (5), 218. <https://doi.org/10.1186/ar2005>.
- (8) *Exploring Genetic Susceptibility to Fibromyalgia - PubMed*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26306300/> (accessed 2022-03-09).
- (9) *Définition polymorphisme génétique*. <https://www.e-cancer.fr/Dictionnaire/P/polymorphisme-genetique> (accessed 2022-07-07).
- (10) Buskila, D.; Sarzi-Puttini, P.; Ablin, J. N. The Genetics of Fibromyalgia Syndrome. *Pharmacogenomics* **2007**, *8* (1), 67–74. <https://doi.org/10.2217/14622416.8.1.67>.
- (11) Transmission.Pdf.
- (12) *Familial occurrence of primary fibromyalgia - PubMed*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2916922/> (accessed 2022-03-10).
- (13) *Troubles psychosomatiques*. Clinique psychiatrique des Portes de l’Eure. [https://www.clinique-portes-eure.com/troubles-psychosomatiques-\\_r\\_59.html](https://www.clinique-portes-eure.com/troubles-psychosomatiques-_r_59.html) (accessed 2022-03-10).
- (14) Perrot, S.; Bouhassira, D.; Fermanian, J.; CEDR (Cercle d’Etude de la Douleur en Rhumatologie). Development and Validation of the Fibromyalgia Rapid Screening Tool (FiRST). *Pain* **2010**, *150* (2), 250–256. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2010.03.034>.
- (15) Fibromyalgie-Meso2017.Pdf.
- (16) Depliant\_mesotherapie.Pdf.
- (17) *Les dispositifs médicaux (implants, prothèses...)* - Ministère des Solidarités et de la Santé. <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/autres-produits-de-sante/article/les-dispositifs-medicaux-implants-protheses> (accessed 2022-03-10).
- (18) Les bénéfices de la neurostimulation électrique transcutanée - TENS. *Subli-med.fr*.
- (19) Neurostimulation\_electrique\_transcutanee\_dm\_eval\_225.Pdf.
- (20) *Schwa-Medico TENS Eco 2 - Electrostimulateur TENS Anti-Douleur*. <https://www.schwa-medico.fr/tens-anti-douleur/electrostimulateur-tens-eco-2-neurostimulateur-antalgique.html> (accessed 2022-06-28).
- (21) Safviya. Qu’est-ce que le Trigger point ou point gâchette ? *Assas Formation Continue*, 2021.
- (22) *Programme et Electrostimulateurs TENS Antidouleur Fibromyalgie par*

- Électrostimulation - Electrostimulateur.CH.* <https://www.electrostimulateur.ch/279-electrostimulateurs-tens-antidouleur-fibromyalgie> (accessed 2022-03-15).
- (23) *Eaux thermales - Ministère des Solidarités et de la Santé.* <https://solidarites-sante.gouv.fr/sante-et-environnement/eaux/article/eaux-thermales> (accessed 2022-03-15).
- (24) THERMALGI-Communication-Resultats-Patients-v2-MAI-2021.Pdf.
- (25) *Fibromyalgie et activité physique adaptée.* IRBMS. <https://www.irbms.com/fibromyalgie-et-activite-physique-adaptee/> (accessed 2022-03-15).
- (26) Maquet, D.; Demoulin, C.; Croisier, J.-L.; Crielaard, J.-M. Benefits of Physical Training in Fibromyalgia and Related Syndromes. *Ann. Réadapt. Médecine Phys.* **2007**, *50* (6), 363–368. <https://doi.org/10.1016/j.annrmp.2007.03.021>.
- (27) *La différence entre l'exercice d'aérobic et d'anaérobic.* <https://www.eufic.org/fr/une-vie-saine/article/la-difference-entre-lexercice-daerobie-et-danaerobie> (accessed 2022-08-23).
- (28) Malik, A. *5 différences entre les exercices aérobiques et anaérobiques et l'importance des deux.* Canadian Chiropractic Association (CCA) - Association chiropratique canadienne. <https://chiropractic.ca/fr/blogue/5-differences-entre-les-exercices-aerobiques-et-anaerobiques-et-limportance-des-deux/> (accessed 2022-08-23).
- (29) Martin, L.; Nutting, A.; MacIntosh, B. R.; Edworthy, S. M.; Butterwick, D.; Cook, J. An Exercise Program in the Treatment of Fibromyalgia. *J. Rheumatol.* **1996**, *23* (6), 1050–1053.
- (30) Qu'est-ce-que le travail isocinétique ? *La médecine du sport.*
- (31) McVeigh, J. G.; Finch, M. B.; Hurley, D. A.; Basford, J. R.; Sim, J.; Baxter, G. D. Tender Point Count and Total Myalgic Score in Fibromyalgia: Changes over a 28-Day Period. *Rheumatol. Int.* **2007**, *27* (11), 1011–1018. <https://doi.org/10.1007/s00296-007-0404-8>.
- (32) Mothe, B.; Montreuil, M.; Perruquaud, S.; Amilhaud, M.; Bertin, P.; Bonnabau, H.; Salle, P. V. Summary. *Psychotherapies* **2011**, *31* (3), 195–201.
- (33) E93849.Pdf.
- (34) *Éducation thérapeutique du patient (ETP).* Haute Autorité de Santé. [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) (accessed 2022-06-13).
- (35) Etp\_-\_guide\_version\_finale\_2\_pdf (2).Pdf.
- (36) Éducation thérapeutique du patient Définition, finalités et organisation: Juin 2007. *Obésité* **2009**, *4* (1), 39–43. <https://doi.org/10.1007/s11690-009-0174-4>.
- (37) *L'éducation thérapeutique du patient en pratique.* <https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/leducation-therapeutique-du-patient-en-pratique> (accessed 2022-06-13).
- (38) *Programmes d'éducation thérapeutique du patient : la HAS publie un guide pour l'auto-évaluation annuelle.* Haute Autorité de Santé. [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1239136/fr/programmes-d-education-therapeutique-du-patient-la-has-publie-un-guide-pour-l-auto-evaluation-annuelle](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1239136/fr/programmes-d-education-therapeutique-du-patient-la-has-publie-un-guide-pour-l-auto-evaluation-annuelle) (accessed 2022-06-13).
- (39) FAR 2 Livret de Test.Pdf.
- (40) Clip.Pdf.
- (41) 002 Outils Ikq Questionnaire Tampa.Pdf.
- (42) *HAD - Echelle d'évaluation de l'anxiété et de la dépression — SFDRMG.* [https://www.sfdrmg.org/wiki/index.php/HAD\\_-](https://www.sfdrmg.org/wiki/index.php/HAD_-)

Echelle\_d%C3%A9valuation\_de\_l'anxi%C3%A9t%C3%A9\_et\_de\_la\_d%C3%A9pression  
(accessed 2022-06-14).

(43) Outil\_\_echelle\_had.Pdf.

(44) DUFOUR, P. X. FABQ | Institut de Thérapie Manuelle et de Physiothérapie, 2021.

(45) FIQ Bennet.Pdf.

(46) Sullivan, M. J. L. Dépression et douleurs musculosquelettiques —Évaluation préliminaire d'une approche de réadaptation axée sur la promotion du retour au travail. 67.

(47) crisostome. URICA: Échelle d'évaluation de la motivation au changement | Psychocriminologie.

(48) INDICE FONCTIONNEL : HAQ. 2.

(49) *Indice fonctionnel* | *Lexique* | *Fondation contre le Cancer*.

<https://www.cancer.be/lexique/i/indice-fonctionnel> (accessed 2022-06-14).

(50) Mini-Mental State Examination (MMSE) – Strokengine.

(51) *L'agrément des associations de malades et d'usagers du système de santé - Ministère des Solidarités et de la Santé*. <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-de-sante-vos-droits/les-usagers-et-leurs-representants/article/l-agrement-des-associations-de-malades-et-d-usagers-du-systeme-de-sante> (accessed 2022-06-16).

(52) *LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1) - Légifrance*.

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFSCTA000000889844> (accessed 2022-06-16).

(53) *Accueil*. AFLAR - Association Française de Lutte Antirhumatismale.

<https://www.aflar.org/> (accessed 2022-06-18).

(54) *Accueil* | Association FibromyalgieSOS.

(55) *Fibromyalgie France, maladie type de la douleur chronique*.

<https://www.fibromyalgie-france.org/> (accessed 2022-06-18).

(56) AFF – Association Française Des Fibromyalgiques. *Commune de Ourville en Caux*.

(57) Classification Des Antalgiques Selon l'OMS. 1.

(58) *Une nouvelle classification des antalgiques*. Le Quotidien du Pharmacien.

<https://www.lequotidiendupharmacien.fr/une-nouvelle-classification-des-antalgiques>  
(accessed 2022-03-15).

(59) *\*Antalgiques non opiacés : Les points essentiels*.

<https://pharmacomedicale.org/medicaments/par-specialites/item/antalgiques-non-opiaces-les-points-essentiels> (accessed 2022-03-15).

(60) *\*Opiacées : Les points essentiels*. <https://pharmacomedicale.org/medicaments/par-specialites/item/opiaces-les-points-essentiels> (accessed 2022-03-15).

(61) *Inhibiteurs de recapture sérotonine (IRS)*.

<https://pharmacomedicale.org/medicaments/par-specialites/item/inhibiteurs-de-recapture-serotonine-irs> (accessed 2022-03-21).

(62) *Inhibiteurs mixtes de recapture de la sérotonine et de la noradrénaline IRSNA*.

<https://pharmacomedicale.org/medicaments/par-specialites/item/inhibiteurs-mixtes-de-recapture-de-la-serotonine-et-de-la-noradrenaline-irsna> (accessed 2022-04-07).

(63) *Imipraminiques*. <https://pharmacomedicale.org/medicaments/par->

- specialites/item/imipraminiques (accessed 2022-04-07).
- (64) *IMAO comme antidépresseurs*. <https://pharmacomedicale.org/medicaments/par-specialites/item/imao-comme-antidepresseurs> (accessed 2022-03-21).
- (65) \**Antidépresseurs : Les points essentiels*.  
<https://pharmacomedicale.org/medicaments/par-specialites/item/antidepresseurs-les-points-essentiels> (accessed 2022-03-15).
- (66) *Antagonistes alpha2-adrénergiques en tant qu'antidépresseurs Mirtazapine/miansérine*. <https://pharmacomedicale.org/medicaments/par-specialites/item/antagonistes-alpha2-adrenergiques-en-tant-qu-antidepresseurs-mirtazapine-mianserine> (accessed 2022-03-21).
- (67) *Des médicaments pour traiter la fibromyalgie?*. *Revue Medicale Suisse*.  
<https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2007/revue-medicale-suisse-116/des-medicaments-pour-traiter-la-fibromyalgie> (accessed 2022-07-10).
- (68) O'Malley, P. G.; Balden, E.; Tomkins, G.; Santoro, J.; Kroenke, K.; Jackson, J. L. Treatment of Fibromyalgia with Antidepressants. *J. Gen. Intern. Med.* **2000**, *15* (9), 659–666.  
<https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2000.06279.x>.
- (69) *Information de sécurité - Nouvelles conditions de prescription - ANSM*.  
<https://ansm.sante.fr/informations-de-securite/nouvelles-conditions-de-prescription-et-de-delivrance-des-specialites-a-base-de-pregabaline-lyrica-et-ses-generiques> (accessed 2022-06-27).
- (70) \**Anti-Épileptiques : Les Points Essentiels*.
- (71) *Pregabaline*. <https://pharmacomedicale.org/medicaments/par-specialites/item/pregabaline> (accessed 2022-04-07).
- (72) \**Anti-épileptiques : Les Points essentiels*.  
<https://pharmacomedicale.org/medicaments/par-specialites/item/anti-epileptiques-les-points-essentiels> (accessed 2022-04-07).
- (73) *Gabapentine*. <https://pharmacomedicale.org/medicaments/par-specialites/item/gabapentine> (accessed 2022-04-07).
- (74) *Benzodiazépines*. <https://pharmacomedicale.org/medicaments/par-specialites/item/benzodiazepines> (accessed 2022-06-20).
- (75) Acide gamma amino butyrique ou GABA, inhibiteur. *Pharmacorama*, 2016.
- (76) \**Anxiolytiques : Les points essentiels*. <https://pharmacomedicale.org/medicaments/par-specialites/item/anxiolytiques-les-points-essentiels> (accessed 2022-06-12).
- (77) *Buspirone*. <https://pharmacomedicale.org/medicaments/par-specialites/item/buspirone> (accessed 2022-06-18).
- (78) *Antihistaminiques H1*. <https://pharmacomedicale.org/medicaments/par-specialites/item/antihistaminiques-h1> (accessed 2022-06-18).
- (79) *Résumé des caractéristiques du produit - STRESAM, gélule - Base de données publique des médicaments*. <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=63136857&typedoc=R> (accessed 2022-06-21).
- (80) *Béta-bloquants*. <https://pharmacomedicale.org/medicaments/par-specialites/item/beta->



bloquants (accessed 2022-06-21).

(81) *Résumé des caractéristiques du produit - PROPRANOLOL ARROW 40 mg, comprimé pelliculé sécable - Base de données publique des médicaments.* <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=63003440&typedoc=R> (accessed 2022-06-21).

(82) *\*Antipsychotiques : Les points essentiels.*

<https://pharmacomedicale.org/medicaments/par-specialites/item/antipsychotiques-les-points-essentiels> (accessed 2022-06-12).

(83) Neuroleptiques.Pdf.

(84) Freedenfeld, R. N.; Murray, M.; Fuchs, P. N.; Kiser, R. S. Decreased Pain and Improved Quality of Life in Fibromyalgia Patients Treated with Olanzapine, an Atypical Neuroleptic. *Pain Pract. Off. J. World Inst. Pain* **2006**, *6* (2), 112–118.

<https://doi.org/10.1111/j.1533-2500.2006.00072.x>.

(85) Calandre, E. P.; Hidalgo, J.; Rico-Villademoros, F. Use of Ziprasidone in Patients with Fibromyalgia: A Case Series. *Rheumatol. Int.* **2007**, *27* (5), 473–476.

<https://doi.org/10.1007/s00296-006-0243-z>.

(86) Seidel, S.; Aigner, M.; Ossege, M.; Pernicka, E.; Wildner, B.; Sycha, T.

Antipsychotics for Acute and Chronic Pain in Adults. *Cochrane Database Syst. Rev.* **2013**, No. 8. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004844.pub3>.

(87) *Carnitine - Complément alimentaire.* VIDAL.

<https://www.vidal.fr/parapharmacie/complements-alimentaires/l-carnitine-levocarnitine.html> (accessed 2022-08-23).

(88) *LEVOCARNIL 100 mg/ml sol buv.* VIDAL.

<https://www.vidal.fr/medicaments/levocarnil-100-mg-ml-sol-buv-10073.html> (accessed 2022-08-23).

(89) Rossini, M.; Di Munno, O.; Valentini, G.; Bianchi, G.; Biasi, G.; Cacace, E.; Malesci, D.; La Montagna, G.; Viapiana, O.; Adami, S. Double-Blind, Multicenter Trial Comparing Acetyl L-Carnitine with Placebo in the Treatment of Fibromyalgia Patients. *Clin. Exp. Rheumatol.* **2007**, *25* (2), 182–188.

(90) Castro, D. Chapitre 4. Le MMPI-2. In *Pratique de l'examen psychologique en clinique adulte*; Les outils du psychologue; Dunod: Paris, 2016; Vol. 3e éd., pp 343–423.

(91) *What Is the Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI)?*. Psych Central. <https://psychcentral.com/lib/minnesota-multiphasic-personality-inventory-mmpi> (accessed 2022-06-14).

(92) Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) in Popular Psychology - IResearchNet. *Psychology*, 2017.

(93) Ben-Porath, Y. S. INVENTAIRE MULTIPHASIQUE DE PERSONNALITÉ DU MINNESOTA-2 FORME RESTRUCTURÉE. 4.

(94) *MMPI-2 Scales.* University of Minnesota Press. <https://www.upress.umn.edu/test-division/mmpi-2/mmpi-2-scales> (accessed 2022-06-15).

(95) Interpretation-of-Mmpi-2-Validity-Scales.Pdf.

(96) Diagnostic de la fibromyalgie | Association FibromyalgieSOS, 2011.

## Titre de la thèse en français :

Place de l'éducation thérapeutique du patient dans la gestion des médicaments dans la fibromyalgie

## Résumé de la thèse en français :

La fibromyalgie est une pathologie difficile à diagnostiquer, faisant l'objet de controverses dues à la subjectivité des symptômes, et dont l'incidence tend à augmenter. Elle est définie comme un syndrome caractérisé par des douleurs, de la fatigue, des troubles du sommeil et souvent, des signes associés.

L'éducation thérapeutique du patient est au centre de la prise en charge. Nous allons donc étudier sa place dans la gestion des médicaments. Pour répondre à cette problématique, nous avons réalisé une étude sur plusieurs patients ayant participé au FAR, programme d'éducation thérapeutique réalisé au CHU de Montpellier.

Cette étude rétrospective sur 45 patients fibromyalgiques suivis pendant 1 an permet de déterminer que la consommation médicamenteuse stagne ou diminue pour les antalgiques de palier I, II, les antiépileptiques et les anxiolytiques. La consommation d'AINS, d'ISRS, d'IRSNa et de neuroleptiques a augmenté, ainsi que l'utilisation des techniques non médicamenteuses.

Le rôle du pharmacien, du fait de sa connaissance du médicament, de l'éducation thérapeutique et des techniques non médicamenteuses va s'avérer déterminant dans la prise en charge des patients fibromyalgiques.

## Titre de la thèse en anglais :

Place of therapeutic patient education in medication management in fibromyalgia

## Mots clés :

Fibromyalgie – éducation – thérapeutique – patient – étude – traitements