

# Fibromyalgie :

## Approche psychologique

Journée Mondiale de la Fibromyalgie

Wébinaire du 30/05/26\*



Dr Olivier DUBOIS, Psychiatre et Directeur des Thermes de Saujon, Vice-Président de la Société Française de Médecine Thermale

# Fibromyalgie : Prévalence

- 2 à 2,5 % de la population générale
- 6 à 20 % des consultations de rhumatologie
- 10 à 20 % des consultations douleur
- 90 % sont des femmes
- Âge moyen 43 ans
- Pas de reconnaissance en ALD 30



# Fibromyalgie : définition

Selon les critères de l'American College of Rheumatology (A.C.R.) 1990:

- ▶ Association de :
  - ▶ Douleur diffuse mixte et périphérique intéressant l'hémicorps droit et gauche
  - ▶ Au moins 11 des 18 points douloureux à la pression (zones gâchettes)
  
- ▶ Triade
  - ▶ Douleur spontanée
  - ▶ Douleur provoquée
  - ▶ Symptômes associés

Maladie identifiée par l'OMS depuis 1992 et classée dans la CIM X (M 790)



# Définition pour la HAS

- 3 conditions doivent être réunies:
  - Au moins 4 des 5 régions du corps impactées (haut, bas du corps, gauche, droite et tête)
  - Symptômes associés parmi : fatigue, sommeil non réparateur, céphalées, dépression ...
  - Durée : au moins 3 mois



# Une maladie au carrefour des spécialités

- La Fibromyalgie (F.M.) présente des traits communs avec d'autres affections:
  - Neurologie : céphalées de tension
  - Rhumatologie : SPID
  - Médecine interne : Fatigue chronique
  - Gastro-entérologie : Sd du colon irritable
  - Stomatologie : dysfonctionnement temporo-mandibulaire ; myofascite à macrophages
  - Psychiatrie : neurasthénie de Beard ; trouble dépressif



# Manifestations associées

- Troubles du sommeil
- Fatigue générale/sensation d'épuisement
- Fatigabilité à l'effort
- Troubles de concentration
- Faiblesse musculaire
- Raideur matinale
- Céphalées
- Anxiété
- Troubles du sommeil




# Preuves de sa réalité

- A l'exploration cérébrale, dysfonctionnement des centres de la douleur (seuil algique plus bas)
- A l'IRM fonctionnelle : réduction du flux sanguin dans diverses zones cérébrales (thalamus, noyau caudé)
- Production sanguine élevée de cytokines pro-inflammatoires
- Perturbation de la réponse au stress (axe cortico-surrénalien)



# Preuves de sa réalité (2)

- Modification de la transmission en sérotonine (augmentation de la fréquence des homozygotes pour l'allèle court promoteur du gène transporteur de la 5HT)
- Saturation hippocampique en cortisol
- Sur-activation de l'amygdale cérébrale
- Perturbation de l'hypothalamus antérieur, impliqué dans la régulation du sommeil
- Perturbation du cortex cingulaire antérieur (réponse à l'anxiété)



# Pourquoi porter un diagnostic de fibromyalgie est –il essentiel ?

- Il élimine d'autres hypothèses diagnostiques
- Il définit le cadre pathologique
- Il rassure le patient
- Il établit une relation positive médecin/malade
- Il permet l'éviction d'examens complémentaires inutiles



# FM et Psychiatrie

- Antécédents d'épisode dépressif : 50%
- Prévalence troubles anxieux : 50%
- Rose et al : 63% d'antécédents anxiété/dépression
- Antécédents de traumatisme psychique : 30%
- Troubles du sommeil : 90%



# Fibromyalgie et troubles du sommeil

- ▶ Troubles du sommeil
  - ▶ 90 % ont des troubles du sommeil (seulement 25 % s'en plaignent spontanément)
  - ▶ Sommeil non réparateur, de mauvaise qualité. Diff d'éveil matinal
- ▶ EEG polysomnographique
  - ▶ Diminution du pourcentage de SLP
  - ▶ Diminution de la durée du sommeil paradoxal
  - ▶ Multiples réveils nocturnes
- ▶ Conséquences des troubles du sommeil
  - ▶ Asthénie, troubles de concentration
  - ▶ Tension musculaire
  - ▶ Douleur

## Fibromyalgie et traits de personnalité <sup>(1)</sup>


- Traits spécifiques préalables à la maladie
  - Tempérament fonceur / passionné
  - Combativité
  - Tendance à l'hyperactivité/hyper éveil
  - Tendance à la privation de sommeil
  - Besoin de reconnaissance (courage)
  - Personnalité anxieuse (soucis permanents)
  - Mauvaise tolérance à l'incertitude
  - Profil perfectionniste (10 % des cas)

## Fibromyalgie et traits de personnalité (2)

- Traits rencontrés au cours de la maladie
  - Perte de confiance / évitement
  - Peur d'une maladie incurable
  - Difficultés de concentration
  - Émoussement de la réponse physiologique au stress
  - Le pire va arriver
  - Sentiment d'être sans aide (abandon)

# Fibromyalgie et mécanismes du processus douloureux

- Concept d'amplification (Barsky)
  - Renforcement de l'anxiété
  - Focalisation, hyper investissement sur le symptôme (obsession)
  - Crainte d'une maladie grave (nosophobie)
  - Découragement, perte d'espoir (dépression)




# Fibromyalgie et mécanismes du processus douloureux (2)

- ▶ Tendence au catastrophisme (Keefe) :
  - ▶ Diminution du seuil de la douleur
  - ▶ Augmentation de l'incapacité fonctionnelle
  - ▶ Augmentation de la détresse psychologique
  - ▶ Accentuation du processus dépressif

# Les 3 composantes subjectives de la douleur chronique


16

- ▶ Composante affective (dimension émotionnelle)
- ▶ Composante cognitive
  - ▶ Ensemble des processus mentaux susceptibles d'influencer la perception de la douleur (affectives, attentionnelles, interprétatives, ...)
  - ▶ Anticipation anxieuse
  - ▶ Troubles de la concentration
  - ▶ Découragement
- ▶ Composante comportementale
  - ▶ Ensemble des manifestations verbales ou non : plaintes, postures antalgiques, isolement...



# Fibromyalgie et gestion de la douleur (1)

- La douleur est une réalité dont seul le malade peut rendre compte.
- La douleur du FM est réelle mais non tissulaire
- L'intensité est variable en fonction du seuil de perception individuel
- Ce seuil peut évoluer au cours du temps chez un même individu
- Le seuil est abaissé chez un FM « en crise »
- Le stress peut aggraver les symptômes douloureux



# Fibromyalgie et gestion de la douleur (2)

- La peur de la douleur augmente la perception douloureuse
- Elle justifie l'intérêt d'un soutien psychologique du FM
- La douleur peut cacher ou faire oublier l'émotion qui l'a déclenchée
- La compréhension du lien de causalité avec le réveil douloureux peut aider à réduire le mécanisme de perception douloureuse



# Éléments d'un bon interrogatoire

- Instauration d'un climat de confiance (attention, empathie, qualité de l'évaluation et de l'information, ...)
- Importance de l'histoire personnelle (traumatisme psychologique, abus sexuel, histoire familiale...)
- Recherche d'un trouble psychiatrique, d'un trouble de la personnalité sous jacent
- Évaluer l'impact des symptômes sur la vie quotidienne
- Exploration des attentes du patient
- Recherche d'une alliance thérapeutique de qualité



# Physiopathologie de la fibromyalgie

- Fibromyalgie / dépression
  - Pour certains c'est un continuum douleur/dépression : prédisposition aux affects négatifs (catastrophisme, évitement du danger- - -)
  - Corrélation entre prise de conscience de la maladie et dépression (indépendante de la douleur)
  - Trouble de l'humeur serait davantage lié à l'incapacité fonctionnelle qu'à l'expérience douloureuse
  - Probable co-agrégation familiale dépression / fibromyalgie



# Mécanismes de la fibromyalgie

- Théorie du « burn out biologique » : agression et stress entraineraient un dysfonctionnement du processus de sécrétion de l'adrénaline responsable d'un épuisement global
- Yunus 2008 : concept de central sensitivity syndrom
- Importance des facteurs de stress et des antécédents de violence et abus sexuels dans la fibromyalgie (PTSD)
- Abandon des théories dites périphériques impliquant les muscles
- Controverse sur la théorie dite psychologique attribuant le trouble à un état dépressif ou à un syndrome somatoforme



# Au final, la FM est:

- Une maladie réelle
- Avec altérations cérébrales, neuro-endocriniennes- - -
- Mais sans examen radiologique ni biologique de confirmation
- Souvent compliquée de manifestations psychologiques et d'un état de souffrance mentale



# Évolution, pronostic

- ▶ Évolution chronique et fluctuante, non aggravative
  - ▶ plutôt favorable
- ▶ Facteurs de bon pronostic
  - ▶ Âge jeune de survenue
  - ▶ Absence de trouble psychologique associé
  - ▶ Bon niveau d'éducation
  - ▶ Maintien d'une activité professionnelle
  - ▶ Absence de facteur déclenchant de type traumatique
  - ▶ Bon support social



# Approches et recommandations cliniques et thérapeutiques (Eular – HAS)



# Généralités – Recommandations EULAR

- Approche globale, biopsychosociale
- L'évaluation doit porter sur la douleur, la fonction, le contexte psychologique et le contexte social
- La prise en charge doit être personnalisée, pluridisciplinaire, non médicamenteuse et médicamenteuse



# A prendre en compte:

- Hypersensibilité physiologique qui amène à réduire les doses médicamenteuses
- Le risque de dépendance médicamenteuse
- La dimension algique non sensible aux AINS
- Le caractère individuel de chaque situation

■ Recommandations de l'Eular : grade B, *European league against rheumatism* :

■ 10 recommandations

- Évaluer douleur/fonction et contexte psychosocial
- Prise en charge thérapeutique multidisciplinaire
- Balnéothérapie (niveau de preuve IIa/B)
- Programme d'exercices physiques individualisés en aérobie
- Exercices de reconditionnement progressif à l'effort
- Thérapies cognitivo-comportementales
- Relaxation – physiothérapie
- Psychothérapie de soutien
- Antalgiques
- Antidépresseurs

■ Parmi ces 10 recommandations de l'Eular, les bains à eau chaude sont efficaces dans la fibromyalgie (niveau de preuve II A- Grade B) à partir de 5 essais de balnéothérapie dont trois essais thermaux.

■ Le niveau IIa et la force B sont les niveaux de preuve les plus élevés parmi les traitements non-médicamenteux analysés. Ils sont supérieurs à des traitements tels que le paracétamol et les opiacés.



# Approches thérapeutiques

(1)

## Non médicamenteuse

- Reprise progressive d'une activité physique adaptée et personnalisée
- Relaxation
- Hypnose, EMDR
- Balnéothérapie
- Psychothérapie, TCC avec 3 objectifs
  - Acceptation
  - Recherche de mécanismes psychopathologiques
  - Gestion douleur / sommeil / rythme de vie

# Approches thérapeutiques

(2)

## Médicamenteuse

- ▶ Antidépresseurs : antalgie, sommeil, dépression } FDA
- ▶ Amitriptyline (tricyclique) à dose modérée
- ▶ Duloxétine (Cymbalta ®)
- ▶ Minalcipran (Ixel ®)
  
- ▶ Anxiolytiques et hypnotiques type benzodiazépine
  - ▶ à limiter, voire éviter (risque de dépendance)
  
- ▶ Anticomitiaux
  - ▶ Prégabaline : active sur le sommeil, les douleurs et la fatigue



# Approches thérapeutiques (3)

- ▶ Anticomitiaux
  - ▶ Prégabaline : active sur le sommeil, les douleurs et la fatigue
- ▶ Antalgiques :
  - ▶ Tramadol, paracétamol, opioïde mineur
- ▶ Médicaments à éviter car inutiles
  - ▶ AINS, corticoïdes, morphiniques



# Approches thérapeutiques

(4)

## Balnéothérapie

- Utilisation de l'eau à visée antalgique
- Décontraction musculaire (lâcher-prise)
- √ contraintes et contractures musculaires
- √ de la perception douloureuse
- √ de l'anxiété (étude STOP-TAG)
- Action naturelle et passive

# Soins thermaux (4')

- Soins individualisés et progressifs (s'adapter à la fatigabilité)
- Bains à 36°C de 10 à 20 mn
- Piscine de 31 à 33°C de 15 à 20 mn
- Douches à faible pression (< 1 bar)
- Cure : durée de 3 semaines



# Approches thérapeutiques: TCC (5)

- Thérapies semi-directives à base d'empathie (modèle de Roger)
- Objectifs de modification des schémas de pensée et développement de stratégies d'adaptation:
  - Gestion des émotions
  - Contrôle de la douleur
  - Modification des mécanismes d'inhibition et de régression psychique
  - Travail sur les distorsions négatives (catastrophisme, pessimisme, ...)
  - Techniques d'assertivité



# Approches TCC modernes (5')

- Exercices de pleine conscience (Mindfulness) :
  - Mieux accepter la maladie
  - Apprendre à développer une meilleure conscience de ses pensées et de ses émotions
  - Mieux gérer stress et anxiété
  
- Thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) :
  - Mieux accepter les expériences internes douloureuses
  - Se détacher des pensées négatives motivées par la peur de la douleur
  - Se réengager dans des activités valorisantes



# Approches thérapeutiques (6)

Évaluer le niveau de soutien émotionnel :

- Place du conjoint
  - Existence d'une communication ?
  - Existence d'une compassion de soutien ?
- Cohésion familiale
- Réseau social (soutien d'estime)
- Se maintenir le plus longtemps possible dans l'emploi

# Approches thérapeutiques (7)

## Les autres approches :

- Massages (kinésithérapie / méthode de Mézières)
- Exercices aérobies (marche, vélo, gym douce, APA...) avec prudence et progressivité
- Hypnose, EMDR : si PTSD
- Techniques de relaxation (Schultz, sophrologie, yoga, ...)
  - Décontraction musculaire
  - ↘ du tonus musculaire
  - ↘ de la perception douloureuse
  - Lâcher prise
- Biofeedback : reconnaissance des processus douloureux et apprentissage du contrôle



# Cure thermale et éducation thérapeutique

- ▶ La cure thermale représente une synthèse de tous les traitements pré-cités.
- ▶ La cure thermale est une médecine intégrative (entre
  - ▶ Éloignement des stressseurs
  - ▶ Suivi médical
  - ▶ Balnéothérapie
  - ▶ Durée de 3 semaines
  - ▶ Relaxation et lâcher-prise thérapeutique
  - ▶ Éducation à la santé, expertise psychique (ETS)
  - ▶ TCC, APA, conseils nutritionnels ...
  - ▶ Hygiène de vie
  - ▶ Amélioration du sommeil

# Etude STOP-TAG :

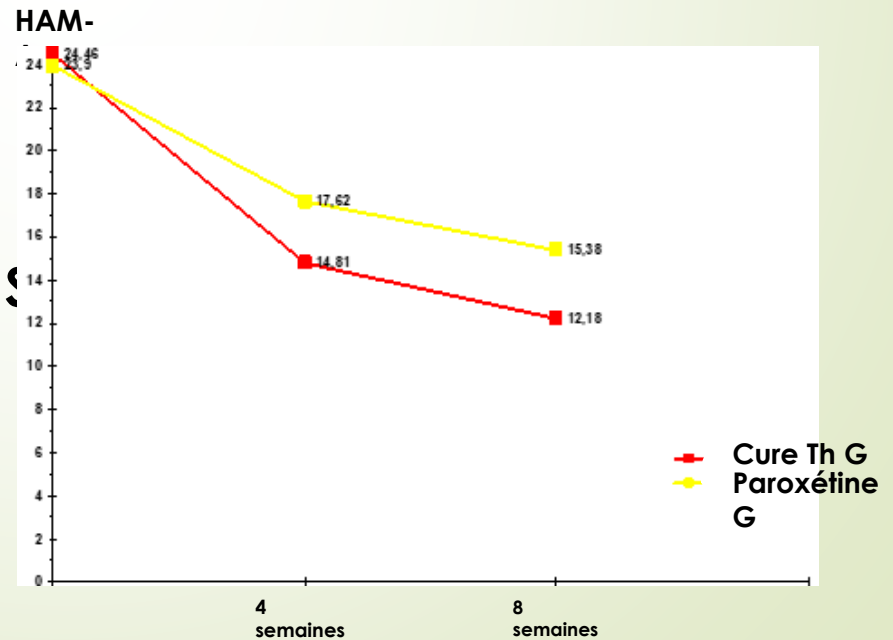
Multicentrique, prospective, comparative, randomisée et sans insu, entre deux cohortes de patients présentant un TAG selon les critères du DSM IV.

- Un groupe traité par Paroxétine (2 mois), l'autre par cure thermale (3 semaines),
- Évaluation principale : HAM-A à S8 (2 mois),
- Suivi observationnel jusqu'à S24 (6 mois).

# Effet thérapeutique retardé et prolongé

	Cure Th G % amélioration	Paroxétine G % amélioration	Différence % de supériorité	Risques d'erreur
S <sub>0</sub>	24,46	23,9		
S <sub>4</sub> (217)	-9,65 +2,63 entre S4 et S8 27 % de + à S8	-6,28	+3,37	P<0,0001
S <sub>8</sub> (207)	-12,28 50,20 %	-8,52 35,64 %	+3,76 44 %	P<0,0001

Courbe des résultats à 4 et 8 semaines

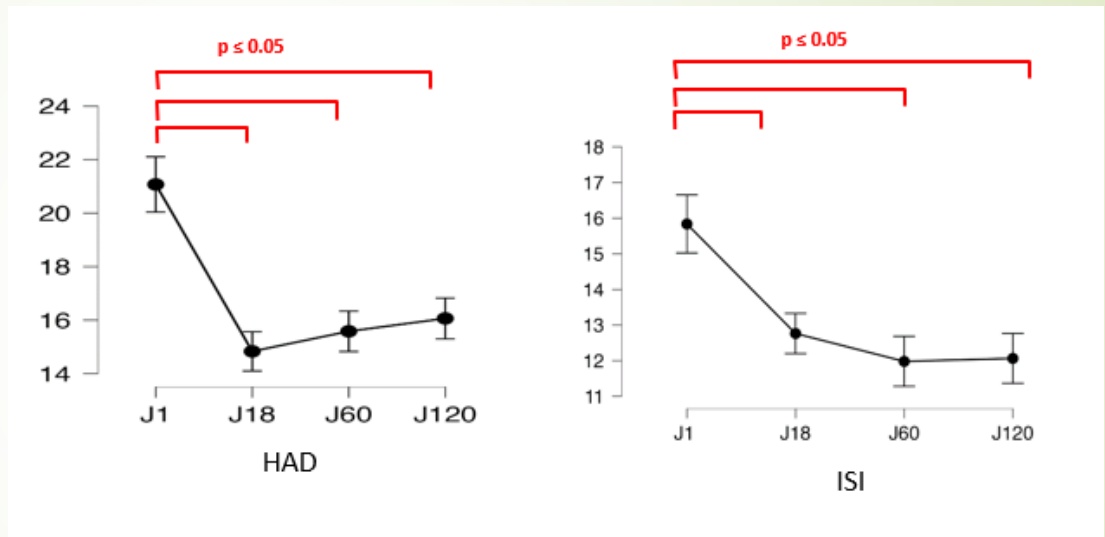


# Mini-Echelle de Saujon

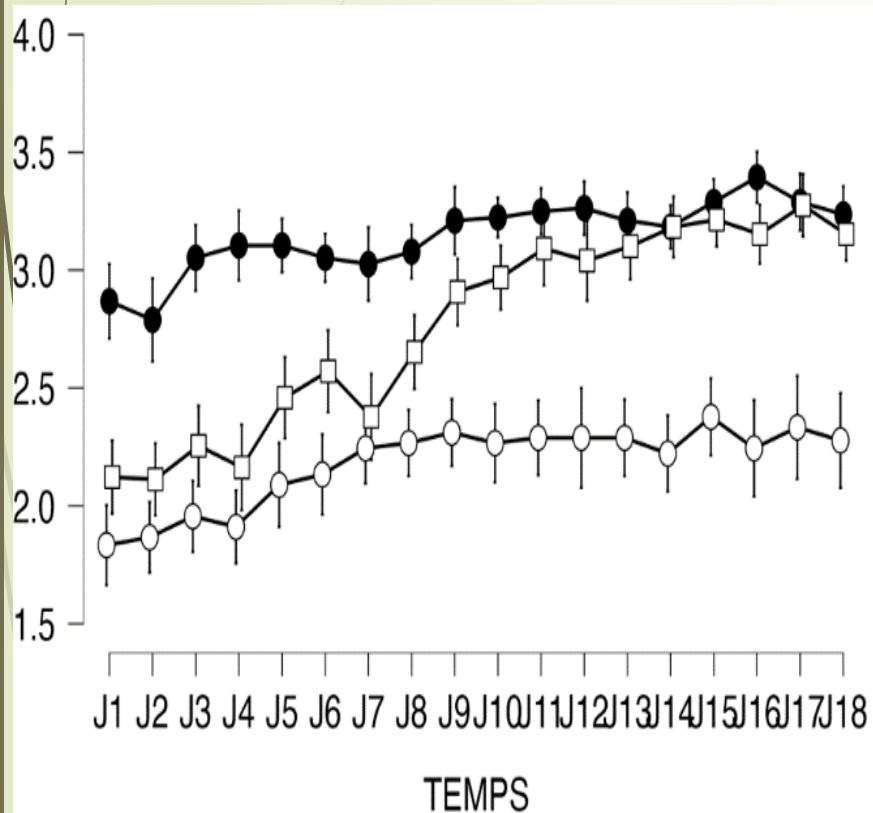
<b>1</b>	Je n'ai pas du tout ressenti de détente
<b>2</b>	J'ai ressenti une certaine détente mais je suis resté(e) tendu(e) et préoccupé(e) par mes pensées tout au long du soin
<b>3</b>	Je me suis senti(e) très détendu(e) mais pas au point de m'endormir au cours des soins
<b>4</b>	J'ai ressenti une détente globale au point de pouvoir m'endormir au cours des soins

# Résultat 1

- Diminution durable de l'anxiodépression (HAD),
- Amélioration durable du sommeil (ISI).



# Résultat 3



L'évaluation quotidienne du mini-questionnaire de Saujon, permet de mettre en évidence 3 groupes de patients, selon leur niveau de lâcher-Prise Thérapeutique :

○ 0 → Curistes n'accédant pas à ce niveau régulier de relaxation dans ces 2 phases = pas de Lâcher-Prise Thérapeutique = LPT 0 (33,5 %).

● 1 →

Curistes étant au moins 7 jours, entre J1-J9, au niveau 3 ou 4 à la Mini-Echelle de Saujon = Lâcher-Prise Thérapeutique Précoce : LPT 1 (32,5 %).

◻ 2 →

Curistes étant au moins 7 jours, entre J10 et J18, au niveau 3 ou 4 à la Mini-Echelle de Saujon = Lâcher-Prise Thérapeutique Tardif : LPT 2 (35 %).

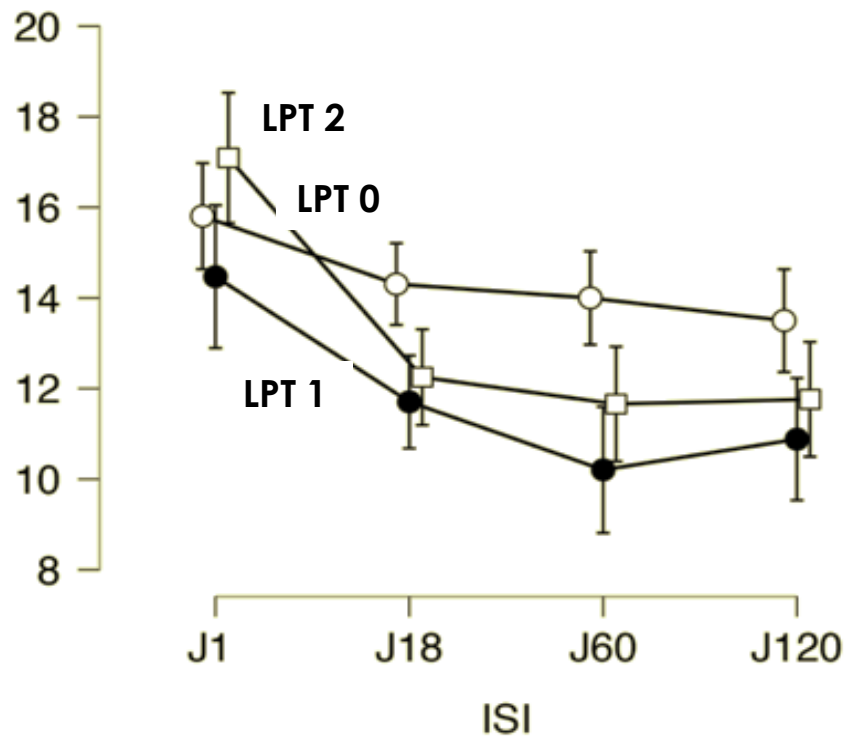
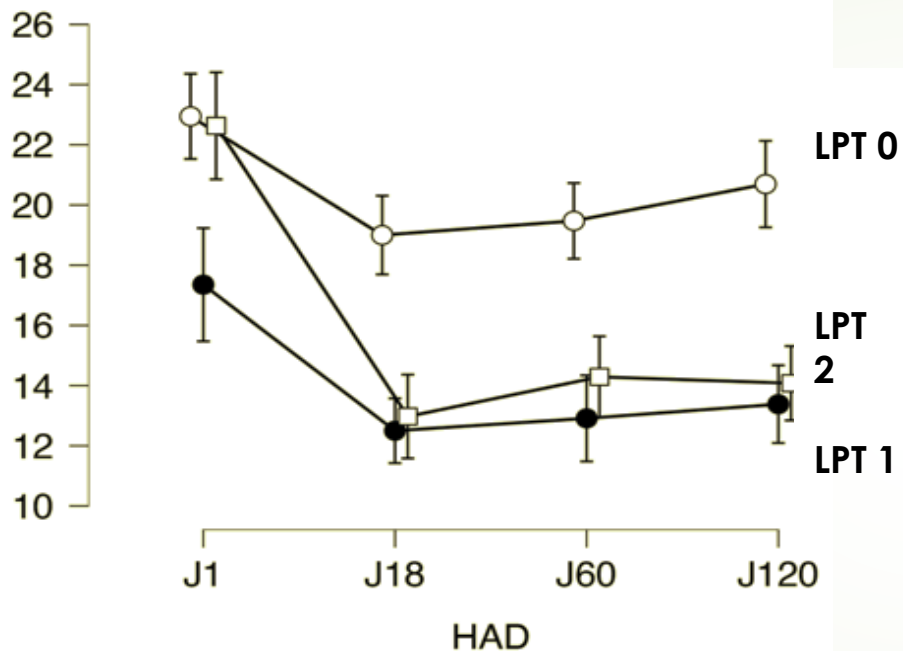
# Résultat 4

## GROUPES

Absence de détente : LPT 0

Détente précoce: LPT 1

Détente tardive : LPT 2



HAD	J1 vs 18	J18 vs J120
DP		
DT		
AD		

Effet précoce et pérenne

ISI	J1 vs 18	J18 vs J120
DP		
DT		
AD		

Effet précoce et pérenne

Entre dates

Entre dates

# Etude INSULA-TOP

*Journée Nationale Santé mentale et médecine thermale*

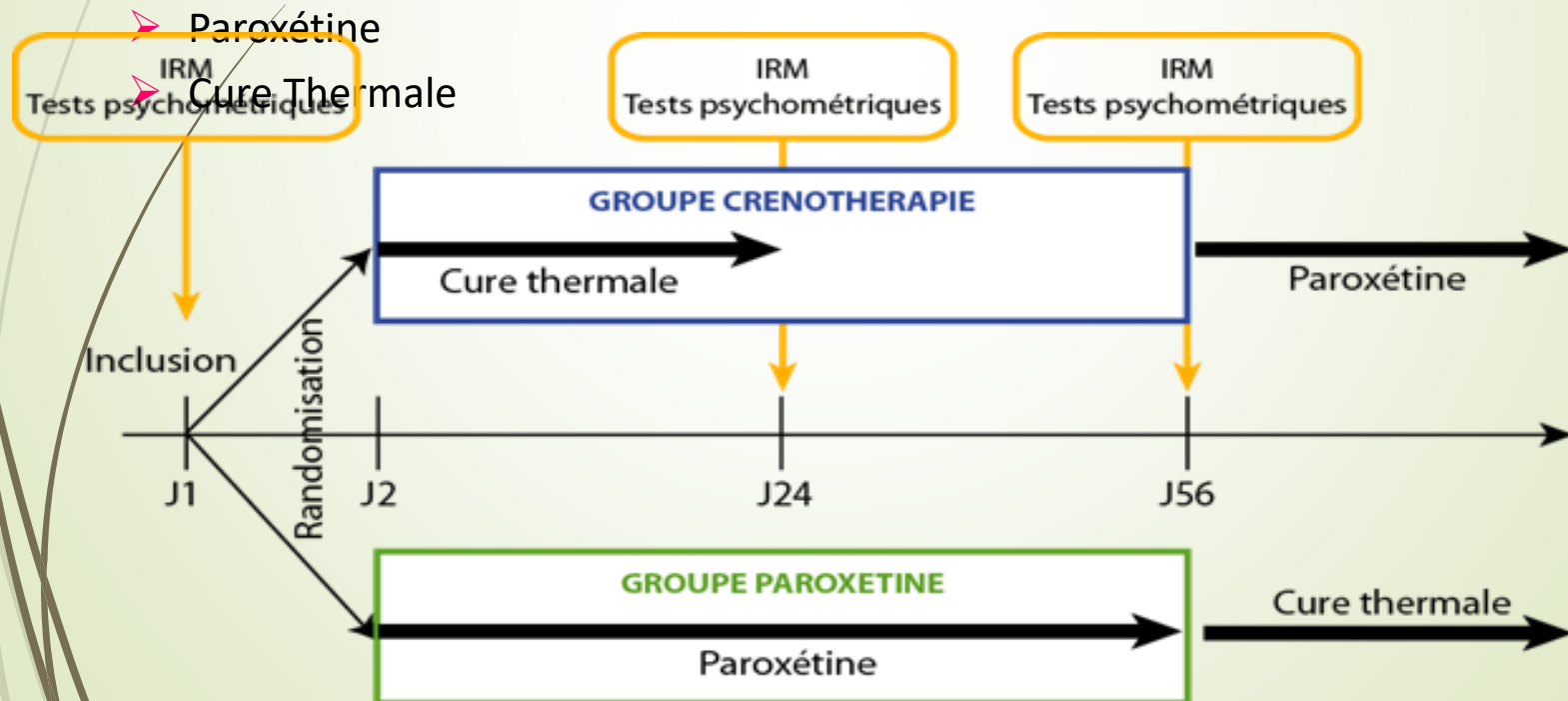
*B Millet pour N Jaafari et N Lanbour*

## **SUBSTRATS PSYCHOBIOLOGIQUES DU BÉNÉFICE THÉRAPEUTIQUE DU THERMALISME SUR LES TROUBLES ANXIEUX GÉNÉRALISÉS**

**FINANCEMENT:** Association française pour la recherche thermale (AFRETH)

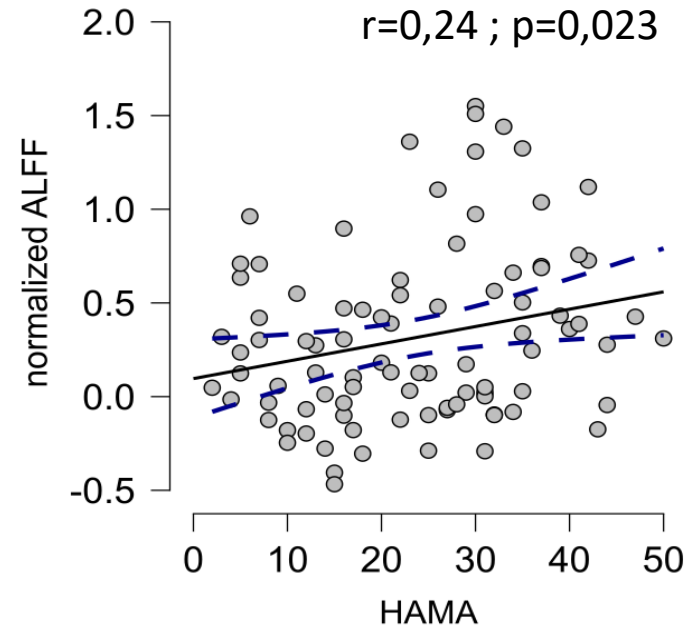
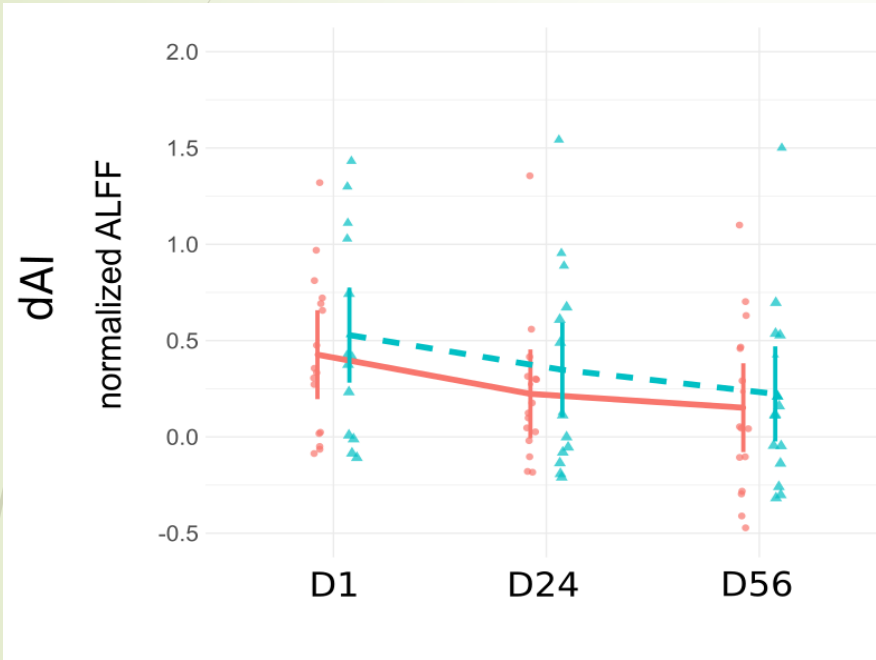
# Méthode

- Etude multicentrique, prospective, comparative, randomisée et sans insu.
- Suivi sur 8 semaines + 7 semaines de suivi observationnel
- 2 bras de traitement



# Resting State activity for dorsal Anterior Insula (dAI)

46

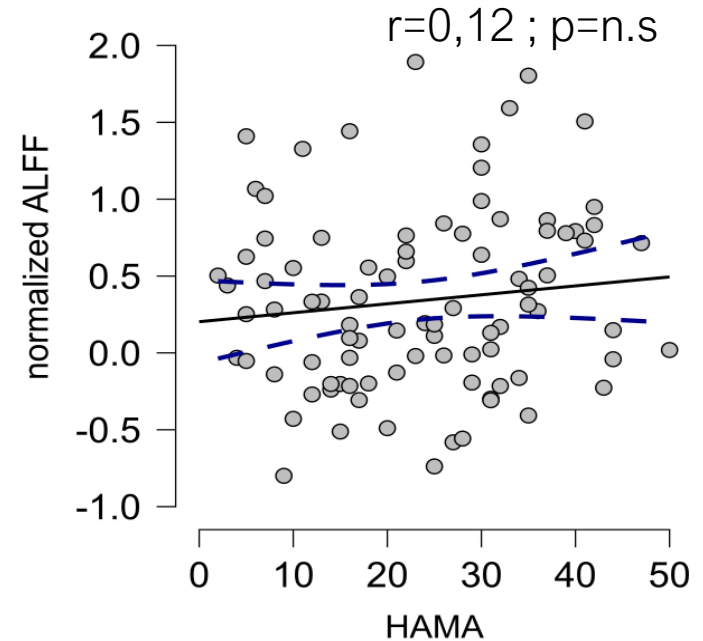
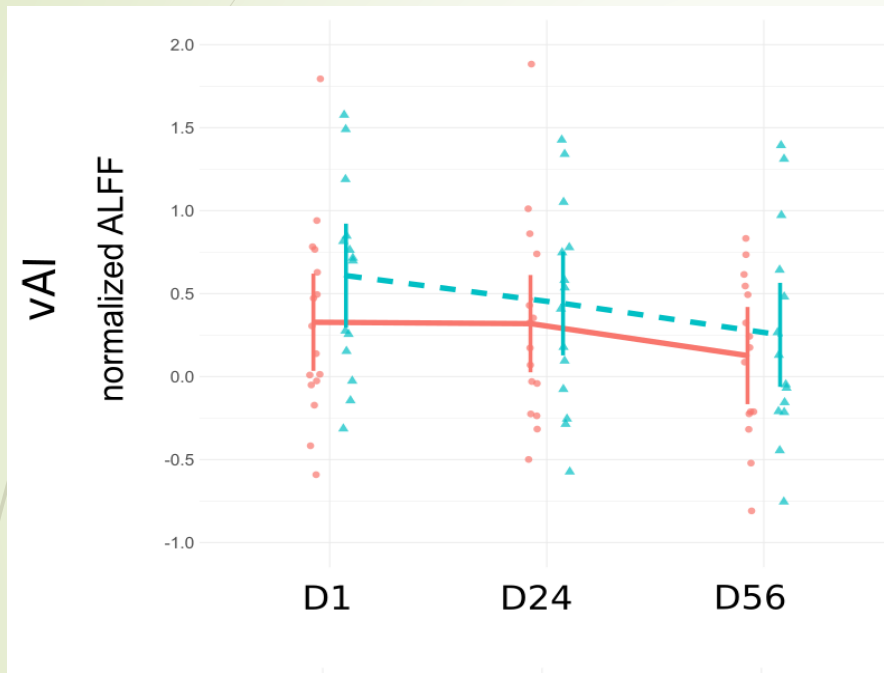


	F	Num df	Den df	p
Group	0.5527	1	28.0	0.463
<b>VISIT</b>	<b>5.4584</b>	<b>2</b>	<b>56.0</b>	<b>0.007</b>
Group * VISIT	0.0442	2	56.0	0.957

	Diff.	SE	t	df	$p_{\text{bonferroni}}$
D1 - D24	0.1919	0.0893	2.15	56.0	0.108
<b>D1 - D56</b>	<b>0.2902</b>	<b>0.0893</b>	<b>3.25</b>	<b>56.0</b>	<b>0.006</b>
D24 - D56	0.0983	0.0893	1.10	56.0	0.827

# Resting State activity for ventral Anterior Insula

47



	F	Num df	Den df	p
Group	1.025	1	28.0	0.320
<b>VISIT</b>	<b>3.458</b>	<b>2</b>	<b>56.0</b>	<b>0.038</b>
Group * VISIT	0.352	2	56.0	0.705

	Diff.	SE	t	df	$p_{\text{bonferro ni}}$
D1 - D24	0.0879	0.108	0.811	56.0	1.000
<b>D1 - D56</b>	<b>0.2787</b>	<b>0.108</b>	<b>2.572</b>	<b>56.0</b>	<b>0.038</b>
D24 - D56	0.1908	0.108	1.761	56.0	0.251

# Arrêt total des BZD (3 et 6 mois)

## Arrêt des BZD

Un patient est classé en arrêt dès lors qu'il n'a plus pris de BZD à la visite du 3<sup>ème</sup> et 6<sup>ème</sup> mois

Arrêt des benzodiazépines	%	Nb
Oui	41,42	29
Non	58,58	41

- 41 % ont arrêté leur consommation de BZD de manière stable à compter du 3<sup>ème</sup> mois.

# Bilan de huit années ETS

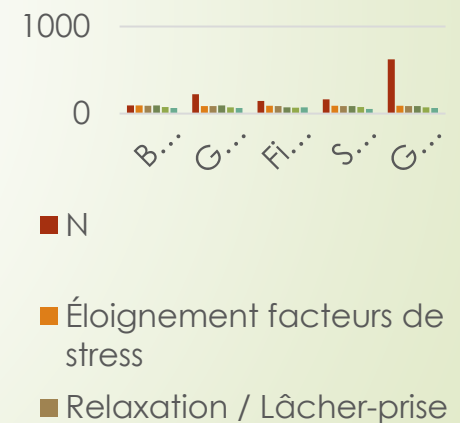


L'ÉCOLE THERMALE DU STRESS DE SAUMON

# Comment les curistes définissent-ils la cure ?

- Pour les 624 curistes de l'École Thermale du Stress les 3 caractéristiques qui définissent le mieux la cure thermale en santé mentale sont :
  - Un éloignement des facteurs de stress : 90 %
  - Une prise en charge **relaxante** avec accès au **lâcher-prise** : 87 %
  - Une prise en compte du corps : 86 %

Distribution des indicateurs de santé par intervention



# Sur quels symptômes les curistes sont-ils améliorés ?

	GESTION DU STRESS	FIBROMYALGIE	BURN-OUT	SEVRAGE BZD	GLOBAL
N	224	145	92	163	624
Diminution Anxiété	78,4 %	54 %	79 %	82 %	73 %
Diminution Douleurs	65 %	40 %	71 %	62,5 %	60 %
Réduction consommation médicamenteuse	36,2 %	42 %	51,50 %	76 %*	51,4 %
Amélioration sommeil	50 %	50 %	57 %	48 %	51 %
Diminution fatigue	56,4 %	32 %	58 %	63 %	52 %

- Au total :
- **73 %** des 624 curistes de l'École Thermale du Stress ont vu leur niveau **d'anxiété** se réduire,
- **60 %** ont perçu une réduction significative de leurs **douleurs**,
- **Plus de 50 %** ont obtenu :
  - Une diminution de leur **consommation médicamenteuse**,
  - Une amélioration de leur **sommeil**,
  - Et/ou une réduction de leur **fatigue**.

# ECOLE THERMALE DU STRESS

Mieux vivre votre fibromyalgie

Présenté par :

Équipe de la clinique de Poitiers

Centre d'investigation clinique de Poitiers

---

ANALYSE STATISTIQUE DES ÉVALUATIONS

ANALYSE STATISTIQUE DE LA SATISFACTION



# résultats

- Suivi de 145 curistes sur 4 ans à l'Ecole Thermale du Stress sur 3 mois post cure (J0 –J3 semaines – J 3 mois)

## Caractéristiques sociodémographiques:

- Femme: **94%**
- Entre 50-710 ans : **69%**
- Retraités : **31%**
- Surpoids : **65%**
- Issus de 49 départements français

# Autoévaluation

	J 0		J 3 semaines		J 3 mois	
	N	moyenne	N	moyenne	N	moyenne
HAD anxiété	141	13,36	138	10,81 P< 0,001	86	10,92 P< 0,001
HAD dépression	137	10,41	139	8,22 P< 0,001	86	8,22 P< 0,001
Questionnaire de Beck	120	12,44	128	10,36 P< 0,001	83	10,39 P= 0,073

- Les baisses des scores entre J0 et J3semaines sont toutes significatives
- Les baisses des scores entre J0 et J3mois sont toutes significatives sauf le questionnaire de Beck

# Analyse descriptive de la satisfaction

## ► Evolution globale de l'état de santé

Évolution	J 3 semaines	J 3 mois
Favorable ou très favorable	53%	46,6%
Nulle/ négative	21%	24%

# Symptômes les plus améliorés à 3 mois

	N	Totalement ou en partie	Pas du tout
Diminution de l'anxiété	85	54%	16,5%
Reprise d'activité	80	54%	22%
Amélioration du sommeil	84	50%	23%
Réduction de la consommation médicamenteuse	83	42%	34%
Réduction de la douleur	84	40%	26%
Réduction de la fatigue	86	32%	22%

# Retours des curistes

Avis	N	Oui	Non
Cure l'an prochain	116	81%	19%
Recommandation avec conviction	126	59%	4%

# Efficacité comparative cure/médicament

	Cure thermale (N=38)
Plus efficace	42%
Aussi efficace	49%
Moins efficace	9%

} 91%



# Au Final (1)

- La FM est une maladie
- Qui concerne 2% de la population
- Qui a des répercussions organiques et souvent des interactions psychologiques
- Qui doit être connue et reconnue
- Qui nécessite une prise en charge médicamenteuse et non médicamenteuse



## Au final (2)

- Il n'existe pas de médicament spécifique de la fibromyalgie
- Certains anti-dépresseurs ont une bonne activité antalgique
- La cure thermale (balnéothérapie) a démontré une efficacité sur la FM (douleur, fatigue, dépression)
- Nombreuses approches thérapeutiques peuvent aider (T.C.C., relaxation, exercices physiques)
- Essayer de conserver les liens : travail, famille, relations sociales, hygiène de vie, limitation des écrans...