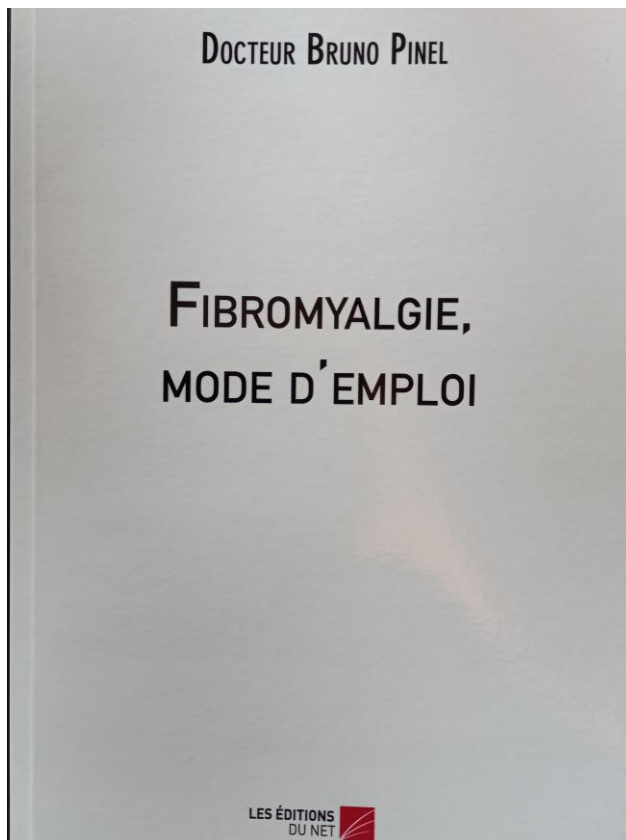


Cet essai a été publié en 2016 par les Éditions du Net, ce dont je les remercie.

Aujourd'hui, j'ai souhaité récupérer mes droits d'auteur afin de mettre cet ouvrage sur mon site internet, en lecture libre et gratuite

ISBN 978-2-312-00326-9



Docteur Bruno PINEL

Le point sur la
FIBROMYALGIE

et les moyens de sa prise en charge

Texte complété en décembre 2022

le Tantra et ses massages
les soins de lithothérapie
la médecine chamanique

Essai

Première parution en 2016

Du même auteur

Livres accessibles en lecture libre et gratuite sur ce site, sauf « Vieillir, du mythe à la réalité »

« **VIEILLIR, du mythe à la réalité** »

(avec la collaboration de Michèle PINEL)

L'Harmattan 2007

« **TOUT SAVOIR POUR MAIGRIR, ces vérités qu'il faut dire** »

Éditions Elzévir. 2012

« **MAIGRIR, mode d'emploi** »

Éditions Persée. 2014

« **GUERIR, mode d'emploi** »

Éditions Bergame. 2014

« **SUICIDES** »

Les Éditions du Net. 2016

« **FIBROMYALGIE, mode d'emploi** »

Les Éditions du Net. 2016

« **DORMIR, mode d'emploi** »

Les Éditions du Net. 2016

« **VADE RETRO, SATANAS** ». Théâtre.

Edilivre. 2017

www.bruno.pinel.fr

Mais également, parus depuis 2020

Livres publiés et distribués par les éditions Sydney Laurent¹ et disponibles dans toutes les librairies et plateformes de vente en ligne (Chapitre, Cultura, Décitre, Fnac, Place des Libraires, Amazon, etc...)

« **La guerre des sexes n'aura pas lieu** »

Un essai plein d'ironie et d'humour sur l'homme et la femme, sur le genre et sur notre « sexitude ». 2 tomes. 2020

« **Khuya, la République des rats** ». 2 tomes : « L'exode » et « Au jardin d'Éden ». 2021

Les premiers volumes d'une saga animalière pour adolescents. Un conte philosophique et écologique.

« **Plaidoyer pour la Vie et pour la Terre. Face à la réalité des faits** ». 2022

Premier tome d'un essai écologique.

Des romans policiers pleins de regards amusés sur notre monde qui marche sur la tête, d'ironie et d'humour, en argot avec lexique en bas de page :

« **Du polonium au dessert** ». 2020

« **Sonate en scie bémol** ». 2020

« **Ice crime à l'italienne** ». 2021

« **L'Ankoù derrière la porte** ». 2021

« **Comme un poison dans l'eau** ». 2021

« **Du rififi chez les viandards** ». 2022

« **Voir Denise et mourir** » janvier 2023

¹ Éditions Sydney Laurent. Courriel: compta@editions-sl.fr, Tél 01 80 97 77 74, www.editions-sydney-laurent.fr

Et, paraîtront en 2023

Le tome 2 du « Plaidoyer pour la Vie et pour l'Homme »

La suite des aventures de Khuya, le rat « Croisade au pays des Hommes »

Deux nouveaux romans policiers en argot

*Aux patients atteints de fibromyalgie,
trop souvent délaissés par la
médecine conventionnelle*

Si vous-même ou l'un de vos proches êtes concernés par cette maladie, vous avez tout intérêt à recommander la lecture de cet ouvrage à vos médecin traitant et à vos thérapeutes

SOMMAIRE

Préambule	8
Introduction	16
Vous avez dit, fibromyalgie ?	20
La fibromyalgie, une longue histoire	22
Comment savoir que je souffre de fibromyalgie ?	
Les signes cliniques de la maladie	33
La démarche du médecin	46
Une maladie sans stigmates biologiques ni radiologiques	48
Les diagnostics à éliminer	52
Que vais-je devenir ?	65
Les causes invoquées de la fibromyalgie	68
Les traitements, ou « j'ai tout essayé... »	92
Les recommandations de l'EULAR	93
Un préalable : l'évaluation	94
Les médicaments	95
Traitements adjuvants	106
L'activité physique et la rééducation	110
La prise en charge psychologique	114
La gestion du stress	117
L'éducation thérapeutique	118
Les autres traitements	121

Les cures thermales	123
Le traitement symptomatique des troubles associés	124
L'hygiène de vie	126
Des thérapeutiques alternatives que la médecine conventionnelle ne veut pas reconnaître	131
Les massages énergétiques (Tantra)	135
La lithothérapie	138
La médecine chamanique	140
Sur le plan administratif	
La fibromyalgie et la Sécurité Sociale	141
La fibromyalgie et le handicap	145
Les associations de fibromyalgiques	149
Conclusion	151
Annexes	154
Bibliographie	191
Présentation de l'auteur et résumé du livre	193

PRÉAMBULE

Il n'est pas de maladie qui fut plus controversée que la fibromyalgie. Et elle l'est encore. Il suffit de constater les nombreux noms qui, depuis plusieurs siècles, ont été attribués à de multiples associations de symptômes non spécifiques. Ces derniers, associés en un « syndrome » qui les réunit de façon particulière, font actuellement le corpus de la maladie.

On peut dire, de toute façon que, si la maladie fibromyalgique n'existe peut-être pas pour certains médecins, il existe cependant bien des malades fibromyalgiques. Ces derniers ne me contrediront pas.

En effet, cette maladie fait polémique et elle est encore la victime d'un scepticisme parfois agressif. Actuellement, 6% des médecins (2% des rhumatologues et 4% des généralistes) refusent toujours de reconnaître l'existence de la fibromyalgie. Et beaucoup en méconnaissent les critères diagnostiques, ce qui les arrange peut-être car ils ne se sentent pas armés pour y faire face. C'est beaucoup, et inadmissible, mais c'est tout de même assez peu si l'on considère la situation d'où l'on vient.

Au début des années 2010, de nombreux rhumatologues (77%) et des médecins généralistes (67%), peu informés des avancées récentes faites dans la connaissance de la fibromyalgie et dans les processus généraux de la douleur, en font toujours un syndrome (c'est-à-dire une association de symptômes disparates) mais ne la reconnaissent toujours pas, malgré les évidences et les recommandations des sociétés savantes, comme étant une maladie authentique.

La difficulté du diagnostic fait qu'elle est, à la fois, diagnostiquée à l'excès et sous diagnostiquée. En outre, les erreurs diagnostiques sont fréquentes. La prise en charge en est d'autant plus retardée.

La difficulté pour lui trouver un traitement efficace fait que la (ou le) malade est souvent orienté(e) à tort vers le psychiatre, le psychologue ou vers un centre antidouleur. Si bien que le malade atteint de fibromyalgie consultait, encore récemment, en moyenne 11 médecins avant que le diagnostic soit enfin établi avec certitude !

La reconnaissance de celle-ci est pourtant indispensable.

Elle donne un statut médical au patient qui en est atteint. Il peut ainsi bénéficier de traitements et de protocoles thérapeutiques.

Elle reconnaît aussi un statut administratif ouvrant des droits (elle est un motif à un éventuel arrêt maladie, à un travail à mi-temps ou sur un poste aménagé, parfois à une prise en charge à 100% et à même une mise en invalidité).

Elle légitime enfin la recherche clinique ou fondamentale concernant la maladie.

Mais cette reconnaissance peut nuire également quand elle met sur le malade l'étiquette d'une maladie ayant encore, pour diverses raisons, une mauvaise réputation, celle d'un « mauvais malade », sans doute « un psychologique », entrant dans aucune des cases du malade vertueux, docile et compliant aux traitements « modernes » ! Elle peut nuire aussi quand elle est, trop souvent, à l'origine d'un licenciement pour inaptitude.

Cette méfiance d'une partie du corps médical à l'égard de cette maladie, qui reste de diagnostic difficile et qui figure parmi les maladies orphelines (car sans traitement véritable),

vient de ce que certains de ses membres ne comprennent pas les signes dits « fonctionnels » observés et qui, pris chacun isolément, leur évoquent une multitude d'autres pathologies. Il est en effet difficile de mettre un nom unique sur des plaintes interrogeant de multiples spécialités. Et chaque spécialiste est tenté de voir souvent « midi à sa porte ». C'est un drame de notre médecine occidentale, médecine tristement cartésienne et mécaniste, qui a découpé le corps humain en la juxtaposition d'organes, faisant ainsi de l'être humain un simple mécano. Triste sort !

Il s'y ajoute aussi une absence apparente d'organicité devant un défaut de stigmates physiques et visibles et une absence d'anomalies objectives aux différents examens paracliniques pratiqués à foison, comme cette débauche d'examen biologiques et radiographiques, lesquels reviennent « désespérément » normaux, comme pour démentir la réalité de la souffrance.

Ainsi, de nombreux médecins, désarmés par leur inefficacité thérapeutique, qualifie encore cette maladie invalidante de pathologie « fonctionnelle » ou d'affection « psychosomatique ». En d'autres termes, de pathologie d'origine psychologique quand ce n'est pas de maladie psychiatrique ou même de nature « hystérique ». Ce n'est en fait, pour ces médecins soumis au magistère de la science médicale moderne, que l'aveu de leur incompréhension, de leur impuissance à soigner, en bref, de leur ignorance.

Le paradoxe de la fibromyalgie est que, mal connue par de nombreux médecins, si elle est souvent insuffisamment diagnostiquée, elle est aussi encore, le plus souvent, diagnostiquée par excès et à mauvais escient.

Et pourtant, mettre un nom sur des symptômes, c'est reconnaître la maladie, avec ce que cela a d'important pour le

malade. En présence d'une fibromyalgie, cela permet en effet d'éviter une multitude d'exams inutiles. Cela permet également d'informer le malade sur ses troubles, d'envisager un pronostic, de proposer un traitement et de préparer l'avenir.

Pourtant, en 2016 un fait est acquis. La fibromyalgie est désormais une entité reconnue officiellement pour elle-même, et elle se situe bien à part des autres pathologies douloureuses.

Des critères bien définis, actés par les associations internationales et les différentes sociétés médicales, existent pour en faire le diagnostic et prouver sa réelle existence.

Des éléments objectifs apportés par la recherche fondamentale laissent penser qu'il s'agit d'une maladie neurologique affectant la neuromodulation de la douleur. Son origine intime reste, cependant, non encore élucidée.

Aucun médecin ne devrait donc plus douter de la réalité de cette maladie. Plus aucun d'entre eux ne devrait mettre en doute les plaintes douloureuses et la fatigue extrême de ces patients. *« Dire à quelqu'un qu'il n'a pas mal, c'est aussi ridicule et injuste que d'affirmer à quelqu'un qu'il ment quand il dit qu'il a faim ».*

Si la clinique suffit souvent à affirmer le diagnostic, peu nombreux sont les examens complémentaires nécessaires qui l'accompagnent. Ce sont en réalité quelques rares examens paracliniques (biologiques et radiologiques) dont l'intérêt est essentiellement d'éliminer, avant tout, d'autres pathologies appelant un traitement spécifique. La course aux investigations répétées et inutiles doit ensuite cesser, et le patient peut enfin bénéficier d'un plan d'action thérapeutique pour soigner sa maladie.

Il s'agit d'une maladie ancienne, dont les descriptions semblent remonter à la nuit des temps. Maladie ancienne mais de reconnaissance récente, elle suscite de nombreuses études concernant les mécanismes physiopathologiques des douleurs ainsi que de la fatigue intense qui les accompagne. Ces mécanismes sont encore mal précisés mais il est vraisemblable qu'ils le seront dans les prochaines années. Cela permettra alors la mise en place de traitements véritablement étiologiques (les traitements étiologiques sont des traitements, non des symptômes mais de la cause elle-même).

Il s'éloigne donc peu à peu, le temps où le malade se voyait mettre d'emblée une étiquette de malade psychosomatique, voire névrotique, et qu'il était abandonné à lui-même ou aux traitements antidépresseurs, voire au suicide.

Pendant des années, j'ai été amené à soigner des patients atteints de syndromes douloureux chroniques, dont la plupart étaient des fibromyalgies. La médecine occidentale ne me donnait, alors, aucune explication sur la physiologie des troubles.

Plus encore, elle ne mettait à ma disposition, pour soigner, que des molécules chimiques à visée antidouleur, parfois puissantes (morphines) et toxiques, des conseils de vie relevant du bon sens mais assez inopérants, ou encore le recours à des médicaments psychotropes et l'envoi au psychiatre !

Le soulagement des patients était bref. Les conséquences psychologiques de la douleur chronique et les effets délétères ou addictifs des médicaments étaient constants.

Désespéré, le malade se jetait alors dans un nomadisme médical et kinésithérapique, errant d'un thérapeute allopathe à un autre, s'essayant aux médecines alternatives, allant d'un acupuncteur à un thérapeute naturopathe, et se confiant parfois

à un charlatan ou à l'alcool, ce qui est tout comme ! A chaque fois, j'ai pu constater combien cette maladie était destructrice sur le plan personnel mais aussi familial et social.

Puis j'ai mûri. Une intuition profonde et mes lectures m'ont conduit à reconsidérer ces médecines anciennes, pour ainsi dire ancestrales, lesquelles avaient, de l'être vivant, une vision holistique, à cent lieues de la conception cartésienne et déshumanisée de la médecine cartésienne occidentale dite moderne.

« Si vous voulez que tête et corps se portent bien, disait Platon, vous devez commencer par soigner l'âme », ce que les médecins de notre époque, hyper-spécialistes (y compris en médecine générale !), ont tendance à oublier et qui se comportent, pour certains, lorsqu'ils donnent leur ordonnance électronique toute faite, comme des « garagistes » ou des « réparateurs d'ordinateurs ou de lave-vaisselle ».

J'ai ainsi découvert que l'homme-médecine, aussi dénommé chamane, soignait efficacement ce type de maladie, ainsi que d'autres que notre médecine moderne, au XXI^e siècle, ne sait plus prendre en charge.

Poussé par mon entourage, je me suis engagé dans cette voie.

C'est ainsi que, quelques années après avoir écrit cet ouvrage, dont l'aspect descriptif de la maladie et de sa prise en charge classique reste toujours valable, je peux le compléter avec cet éclairage nouveau.

Dans les derniers chapitres, j'aborde donc la vision qu'a un homme-médecine de la fibromyalgie et des syndromes douloureux apparents.

J'évoque les soins par les pierres et cristaux, l'apport essentiel de la respiration, du souffle et de l'air, mais aussi la restauration et la mobilisation de l'énergie vitale et cosmique qui court en chacun de nous, les techniques de massage adaptées à cette pathologie, ainsi que l'influence de notre mode de vie et de la spiritualité qui anime chacun des êtres animés que nous sommes.

INTRODUCTION

L'histoire de la fibromyalgie et des concepts qui se sont succédé montre qu'il a fallu bien longtemps pour que soit donnée une définition précise et universellement acceptée de la maladie.

Le terme « fibromyalgie » vient du latin « fibra » (fibre ou tendon), du grec « myo » (muscle) et du latin « algos » (douleur). Elle se manifeste de façon constante par des douleurs (dont des allodynies qui sont des douleurs survenant au toucher). Celles-ci sont situées en particulier au niveau de neuf paires de points symétriques disséminés sur le corps. Ces douleurs sont associées de façon constante à une intense fatigue chronique.

La fibromyalgie est maintenant considérée comme une maladie à part entière, qui atteint essentiellement la femme de plus de 35 ans (8 femmes pour 1 homme). Mais elle demeure encore, pour beaucoup, de clinique, de mécanisme et d'origine inconnus.

On estime que 2 à 6 % de la population adulte des pays industrialisés sont atteints par cette maladie. En France, on estime la prévalence à 3.4% des femmes et 0.5% des hommes, chez lesquels elle semble être plus sévère. La maladie se déclare rarement avant l'âge de 35 ans. Rarement également après l'âge de 60 ans.

Elle concernerait en conséquence entre 1 et 1,5 million de personnes en France ! Ces personnes seraient atteintes de façon plus ou moins importante et expressive. Elle est plus de deux fois plus fréquente que la polyarthrite rhumatoïde et elle vient

en troisième position dans les motifs de consultations en rhumatologie, avec 10 à 20 % des patients suivis. Elle est un des principaux motifs de consultations des Centres antidouleur (un peu plus de 10 % des patients suivis).

Les malades qui en sont atteints doivent souvent attendre plusieurs années et de nombreuses visites médicales (11 en moyenne) avant de connaître leur diagnostic.

Les malades sont parfois mal vécus, voire rejetés, par de nombreux médecins que cette maladie énerve ou désarme.

Le coût social est énorme puisque la plupart des fibromyalgiques multiplient les arrêts de travail, quand ils ne sont pas mis en invalidité. Le retentissement sur la vie sexuelle et familiale est lourd. Le coût direct pour les organismes de Sécurité Sociale est important, allant de 1 000 à 10 000 euros par an et par malade fibromyalgique, en fonction de la sévérité de la maladie.

Drame pour la personne qui en est atteinte, la fibromyalgie représente donc aussi un grave problème de Santé Publique.

Ses premières descriptions véritables datent de 1880, avec Berthet, qui la nomme alors « faiblesse nerveuse ». Elle sera longtemps classée parmi les manifestations hystériques, puis parmi les maladies psychiatriques avant de l'être parmi les maladies rhumatismales et enfin, aujourd'hui, parmi les affections neurologiques. Ce n'est qu'en 1976 qu'elle obtient la reconnaissance de syndrome et acquiert son nom actuel.

Elle a été reconnue officiellement comme une maladie rhumatismale par l'Organisation Mondiale de la Santé en 1992.

Malgré le fait que ses critères de diagnostic aient été élaborés et validés en 1990 par le Collège Américain de Rhumatologie (ACR), son diagnostic reste difficile et, on le voit, quelques médecins en refusent encore l'existence. Pour les

autres, ils en font le diagnostic souvent en excès, en désespoir de cause devant des symptômes disparates et inexplicables. Beaucoup en font même encore une maladie rattachée à une « personnalité psychologique particulière » ! En clair, une « hystérie » !

En France, après des années de silence, la Haute Autorité de Santé (HAS) a rédigé un rapport faisant le point sur ce qu'elle appelle alors un syndrome, lui refusant toujours le statut de maladie véritable, au contraire des autres instances mondiales. Ce rapport décrit la maladie et établit des recommandations de traitement qui reposerait surtout sur les psychotropes, l'abord psychothérapeutique et la médecine physique et rééducatrice. Cependant, et c'est une avancée importante, l'HAS reconnaît l'importance de cette affection, sur le plan du handicap et de son coût social et personnel.

Malgré les recommandations qui leur ont été faites, de nombreux médecins conseils des caisses de la Sécurité Sociale ont encore des difficultés à la reconnaître et à faire la part de ce qui relève de la maladie ou d'autres pathologies comme la dépression et les décompensations névrotiques. La préoccupation principale semblant être de débusquer les simulateurs ! Ce qui est d'ailleurs difficile.

De nouveaux critères diagnostiques ont pourtant été arrêtés en 2001, associant une évaluation de la douleur (échelle WPI), les critères de Yunus et des symptômes associés, une mesure de la sévérité des symptômes associés (échelle SS) et une échelle de retentissement sur la vie sociale.

Dans tous les cas, la fibromyalgie est responsable de douleurs erratiques diffuses des masses musculaires et des insertions tendineuses. Ces douleurs sont plutôt axiales et toujours symétriques. Elles sont aggravées par le stress, le froid et l'humidité. Elles sont responsables d'une impression

d'ankylose et elles nécessitent de ce fait un « dérouillage » matinal. La malade décrit souvent une impression de gonflement, de brûlure, d'étau ou de nœud, comme s'il avait été battu. Ces douleurs sont d'autant moins tolérées que la malade a l'impression de ne pas être écoutée, entendue ni comprise.

Elles s'accompagnent d'une intense fatigue et d'une grande lassitude, chroniques, empêchant fréquemment tout travail professionnel ou domestique. Fatigue et douleur entraînent alors une diminution de l'utilisation de ses muscles par le patient, conduisant ainsi à un véritable déconditionnement à l'effort. Un cercle vicieux se crée, qui va aggraver la fonte musculaire, le manque d'oxygénation du corps et les douleurs.

Ces douleurs sont, bien entendu, rebelles aux antalgiques mineurs ou aux antalgiques plus agressifs, y compris à la morphine.

Les Centres Anti Douleur (CAD) les prennent en charge et tentent de les contenir avec de savants cocktails d'antalgiques souvent majeurs, de perfusions d'anesthésiques, d'antidépresseurs, de massages et de kinésithérapie, de magnétothérapie et de stimulations électriques, de relaxation, de suivis psychologiques ou même d'une prise en charge psychiatrique.

En dernier recours, insuffisamment soulagé, le patient se confie alors parfois aux charlatans de la médecine !

VOUS AVEZ DIT FIBROMYALGIE ?

Désormais, la fibromyalgie dispose d'une définition descriptive assez précise.

Il s'agit d'un syndrome polyalgique chronique (douleurs multiples), d'origine non inflammatoire, associé à des points douloureux à la palpation, sans autres anomalies articulaires objectives.

Sont oubliés les noms qui avaient une connotation étiologique erronée comme le rhumatisme psychogénique, les polyenthésopathies (ce n'est pas une maladie des insertions tendineuses), le rhumatisme de tension, la myofasciite, la fibrosite (ce n'est pas une maladie des tendons), la fibromyosite (ce n'est pas non plus une maladie du muscle), la polyinsertionite, le syndrome polyalgique idiopathique diffus (appellation plus prisée actuellement). Une mention particulière doit être faite pour le syndrome de fatigue chronique, entité peut-être différente mais aussi bien mystérieuse et qui fera l'objet d'un développement au chapitre des diagnostics différentiels.

Anticipant sur les causes présumées de la fibromyalgie, certains distinguent la fibromyalgie primitive et les fibromyalgies secondaires. Ces dernières ne semblent être cependant que des fibromyalgies associées à d'autres maladies.

Ainsi, en France, on ne reconnaît que la fibromyalgie primitive.

La définition de la maladie est donc une définition exclusivement clinique. Les critères de son diagnostic sont cliniques. Ce sont primitivement les critères de Yunus, définis en 1981.

Puis, dès 1987, les critères internationalement admis furent ceux de l'ACR (American College of Rheumatology).

En 1994, Wolfe avait adapté et fait évoluer ces critères. Les critères de l'ACR ont ensuite été réactualisés en 2001.

LA FIBROMYALGIE, UNE LONGUE HISTOIRE

La fibromyalgie accable les hommes et les femmes sans doute depuis la nuit des temps.

Tout commence vraisemblablement avec les premiers hommes et les premières femmes, bien qu'il n'en existe actuellement pas de trace inscrite sur les parois des grottes et des cavernes.

La nature même de la fibromyalgie, et les organes qu'elle atteint, explique que l'on n'en trouvera jamais non plus la trace dans les sépultures.

La physiopathologie de la fibromyalgie permet cependant de penser qu'elle fut présente dès le début de l'Humanité.

Mais si les douleurs chroniques, en général, ont fait l'objet de descriptions médicales depuis toujours, ce n'est que depuis moins d'un demi-siècle que l'on s'y attache vraiment, qu'elle est l'objet de multiples travaux cliniques et que l'on a pressenti qu'il s'agit d'une maladie authentique.

Pour autant, l'Ancien Testament en fait peut-être déjà une allusion dans la description des douleurs dont aurait souffert Job.

Elle est pour la première fois citée par les Égyptiens, il y a environ 4000 ans. La description des symptômes contenus dans les papyrus de Ramesseum et Eberts, sous le nom de « phénomène inout de la chair douloureuse », semblent correspondre à celles de la fibromyalgie actuelle. Ce « phénomène *inout* » est décrit comme constitué de douleurs superficielles et diffuses. Il est alors rattaché à une insuffisance

d'irrigation sanguine au niveau de la partie superficielle du corps. Ces papyrus énumèrent en outre l'ensemble de la panoplie thérapeutique de l'époque, qui va des graisses animales adoucissantes jusqu'au natron en passant par les boues et les pansements et baumes à base de végétaux.

Les médecins ont ainsi, depuis des siècles, tenté d'expliquer les douleurs musculaires chroniques que nous regroupons actuellement dans le cadre de la fibromyalgie. Plusieurs concepts et théories ont ainsi été avancés.

La théorie des humeurs naît il y a environ 2500 ans avec Hippocrate, le père de la médecine. C'est le Rheuma, une théorie des fluides et des humeurs, qui est le sujet de son ouvrage intitulé « Sur les localisations dans le corps humain ». Il y développe le fait que le cerveau peut provoquer des maladies en envoyant des excès de fluides dans les parties du corps. Hippocrate fera la part entre les maladies articulaires, aiguës ou chroniques, et mécaniques ou inflammatoires.

La théorie des humeurs sera reprise par Théophraste, en 380 avant JC. Il décrit un endolorissement général du corps avec des douleurs des muscles, des tendons et des ligaments. La théorie des humeurs restera le fondement de la médecine occidentale durant des siècles.

Les progrès pour la compréhension et le traitement des douleurs chroniques stagneront jusqu'au XVI^e siècle. Guillaume de Baillou sera alors le premier à décrire, à côté des rhumatismes des articulations, un rhumatisme à manifestation musculaire.

La médecine abandonne alors la théorie des humeurs. Vient la théorie inflammatoire. La clinique rhumatologique des pathologies douloureuses s'enrichit peu à peu. En 1815, William Balfour décrit des points douloureux tendino-musculaires, qu'il explique par une possible inflammation du

tissu fibreux. En 1827, il écrit qu'il s'agit d'une « inflammation des éléments fibreux et blancs des muscles, aponévroses, ligaments et membranes synoviales ». C'est la première assimilation de la douleur chronique diffuse à une maladie rhumatismale.

En 1841, c'est Valleix qui, dans son « Traité des névralgies », établit une carte des points douloureux sensibles dont certains portent encore son nom.

En 1843, Robert Froriep parle de rhumatismes limités à des régions musculaires où l'on peut palper des « nodules musculaires ». Cela sera confirmé quelques années plus tard par Una Helleday et par Rudolph Virchow. Ces nodules feront ultérieurement l'objet de dissections et d'une étude histologique par Ralph Stockman, mais ses conclusions ne seront pas confirmées par d'autres équipes. Il est vraisemblable que ces nodules correspondaient à des contractures musculaires localisées.

A partir du moment où apparaît l'anatomie descriptive et les études microscopiques des tissus, au début du XIX^e siècle, l'hypothèse d'un désordre des tissus de jonction et du tissu fibreux a été avancée par Xavier Bichat pour expliquer les douleurs musculaires chroniques. En 1810, dans son « Traité d'anatomie descriptive », il introduit la notion de tissu et, dans son « Traité des membranes », il évoque lui aussi une atteinte musculaire. Le rhumatisme musculaire serait secondaire à un désordre des tissus de jonction et du tissu fibreux.

Cependant, bien plus tard, une étude de Yunus et ses collègues, publiée en 1989, montrera qu'il n'existe pas d'inflammation ni d'anomalies musculaires décelables au microscope.

La fibromyalgie ne semble pas être, en conséquence, ni une maladie rhumatismale ou musculaire, ni une maladie inflammatoire.

En médecine, la recherche des causes des maladies est en général à la base de tout traitement efficace. L'Histoire sera donc jalonnée de tentatives d'explications physiologiques à ce tableau de douleurs chroniques désespérantes.

C'était tout d'abord, au début de l'Histoire, la théorie des humeurs, dont nous avons déjà parlé. Elles sont d'origine cérébrale, hépatique ou cardiaque. Puis ce sera ensuite la théorie de l'inflammation locale, rapidement abandonnée. Vient alors la théorie nerveuse.

Le XIXe siècle est en effet celui de la théorie d'une origine nerveuse à la maladie. Pour la première fois, en 1830, ce sera la thèse retenue par Marshall Hall d'un « réflexe nerveux ».

En 1848, Thomas Inman évoquera, quant à lui, celle d'une douleur irradiée à partir de points gâchettes, correspondant à des spasmes ou à des contractions musculaires.

En 1934, Levis et Kellgreen parleront de douleur « référée ». Cette thèse des points gâchettes sera adoptée par des médecins jusqu'au début de XXe siècle.

Cornélius, en 1902, décrit lui-aussi des points nerveux dont il montre qu'ils sont indépendants de l'anatomie des trajets nerveux connus.

Michaël Good, en 1934, décrit quant à lui des points « myalgiques ».

Les moyens limités dont disposent les médecins pour étayer la théorie nerveuse conduisent à chercher dans tous les domaines d'autres explications pathogéniques. Les troubles psychologiques notés dans les syndromes de douleurs

musculaires chroniques font évoquer un temps une origine psychogène. De nombreux médecins, peu au courant des avancées dans le domaine de la fibromyalgie, considèrent encore cette hypothèse comme vraisemblable. Ce qui les conduit à passer facilement la main au psychologue ou au psychiatre.

C'est George Miller Beard qui, en 1869, invente le concept de neurasthénie. Celle-ci est faite de fatigue physique et mentale associée à des douleurs diffuses, à des troubles sensoriels et à une « tristesse ». Cette fatigue serait liée à une stimulation trop intense du système nerveux. Ce qui sera considérée ultérieurement comme la fibromyalgie entre dans cette description.

Sigmund Freud, en 1894, fait le lien entre les douleurs et l'angoisse. A partir de ce moment, et jusqu'à nos jours, de nombreux médecins associeront cette maladie organique à un trouble de la psyché.

La réalité de la fibromyalgie est troublée par les descriptions, en 1942 et 1943, par Edward Boland puis par Paul Beeson, d'un « rhumatisme psychogénique » observé chez des militaires au retour de campagnes guerrières. Ce rhumatisme psychogénique serait différent des douleurs liées à la dépression.

Il faut attendre 1997 pour que Buskila évoque le rôle des traumatismes physiques graves (accident de la voie publique, accident du travail) ou parfois mineurs (traumatisme du rachis cervical). Les traumatismes sont décrits au moins comme des facteurs déclencheurs ou aggravants. Il en est de même pour les traumatismes psychologiques (stress post-traumatique, maltraitance dans l'enfance).

Le rôle du stress est ensuite souligné par Zautra en 1999. Le malade aurait des difficultés à faire face au stress. Cette

thèse est soutenue par le constat, par plusieurs équipes, d'un taux bas de cortisol (« hormone du stress ») chez le patient fibromyalgique. La fibromyalgie pourrait être due à un désordre fonctionnel de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien, qui serait à l'origine d'une mauvaise réaction physiologique au stress.

Est souligné également le rôle des troubles du sommeil dans la survenue de la maladie. Certains en font même actuellement une maladie dont le trouble du sommeil serait à l'origine. A moins que les troubles du sommeil ne soient la conséquence de ces douleurs chroniques !

Les thèses vasculaires font plus récemment l'objet de recherches. En 1989, certaines d'entre elles montrent une possible anomalie de la micro-vascularisation musculaire.

En 2013, des études apportent des arguments en faveur d'un dysfonctionnement du shunt artério-veineux du muscle. Cette communication physiologique, entre les artérioles terminales et les veinules, court-circuite le capillaire et laisse passer directement le sang de l'artériole vers la veinule. Cela entraînerait une oxygénation insuffisante des fibres musculaires, une accumulation de toxines, et la production d'acide lactique qui serait à l'origine des douleurs.

Mais d'autres études semblent montrer que différentes anomalies biochimiques constatées ne seraient que la conséquence d'un déconditionnement des muscles. C'est-à-dire de la perte par le muscle de ses repères d'un fonctionnement normal.

Ces dernières années ont vu l'importance accordée aux neuromédiateurs.

En 1988 est mise en évidence une élévation de la substance P dans le liquide céphalo-rachidien des fibromyalgiques, prélevé par une ponction lombaire. Ce neurotransmetteur est connu pour son rôle dans la régulation de la sensation douloureuse.

En 1992, on note un faible taux de somatoméline C et de l'hormone de croissance chez les fibromyalgiques. Il s'agit, là aussi, d'importants médiateurs, c'est à dire des substances permettant la circulation d'une cellule nerveuse à une autre de l'information de la sensation douloureuse.

Enfin et surtout, Offenbaecher mettra en évidence, en 1993, des anomalies génétiques du promoteur du transporteur d'un autre neurotransmetteur important, la sérotonine. Or, lui aussi joue un rôle dans le fonctionnement des circuits neuronaux de la douleur.

Les thèses d'une cause nerveuse sont en réalité historiquement très nombreuses.

C'est tout d'abord celle d'un phénomène réflexe et de la notion d'un « *nœud nerveux* » qui entraînerait une contraction douloureuse, soit à la palpation, soit spontanément selon le temps climatique et selon les émotions.

C'est ensuite la thèse de Staud qui évoque une hyperexcitabilité de la corne postérieure de la moelle, passage obligé des sensations sensibles vers le cerveau. C'est cette partie postérieure de la moelle qui renferme les filets nerveux de la sensibilité, en particulier douloureuse.

C'est enfin la thèse de Yunus, en 2008. Elle met en cause une hypersensibilité neurologique centrale qui serait commune à tous les symptômes fonctionnels de la maladie. Avec Gracely, l'imagerie cérébrale fonctionnelle a en effet montré que des mécanismes centraux de régulation de la douleur, c'est-à-dire

situés au niveau cérébral, étaient impliqués dans la fibromyalgie.

Actuellement, la fibromyalgie semble en conséquence être une maladie neurologique impliquant les neuromédiateurs agissant dans le contrôle central (au niveau médullaire et cérébral) de la douleur.

La réalité de la fibromyalgie s'est heurté longtemps à une difficulté diagnostique, faute d'éléments objectifs et parce que les symptômes sont ubiquitaires et appartiennent également à beaucoup d'autres maladies.

C'est Mohammed Yunus qui, en 1981, définit les premiers critères cliniques de la fibromyalgie. Ce sont, entre autres, les fameux points douloureux de Yunus, dont la liste et la cartographie figurent en annexe.

La clinique des syndromes de douleurs chroniques va se compléter ensuite de la description de comorbidités particulières. C'est l'association de façon inhabituellement fréquente de symptômes digestifs (colon « irritable » selon Pimentel, en 2004), ou vésicaux (« vessie « irritable », rapportée par Clauw en 1997), d'un syndrome de fatigue chronique, d'un syndrome des jambes sans repos (1996), des troubles du sommeil quasi constants (Moldofsky en 1975).

Ces symptômes associés seront retenus plus tard comme étant des critères mineurs de la maladie.

Dans le même temps, en 1988, la fibromyalgie est reconnue comme une maladie indépendante de la dépression. Même si un syndrome dépressif existe fréquemment dans cette maladie.

Comme on l'a vu plus haut, l'histoire de la fibromyalgie est aussi celle des noms qui lui ont été donnés.

Myosite, puis fibrosite, nom donné en 1904 par William Gowers pour une inflammation supposée du tissu fibreux blanc, et pour des formations musculaires et aponévrotiques, quelque en soit le siège. Fibrosite également, nom retenu par Stockman sur la foi d'études anatomiques mais non confirmées ultérieurement. Myofibrosite par Murray, en 1929.

On entend aussi neurofibrosis, myalgie allergique, tendinomyopathie, myofibrosite interstitielle.

En 1952, Janet Travel décrit un syndrome de douleur musculo-aponévrotique ou « myofascial pain syndrome ». Ces douleurs, qui touchent un ou plusieurs groupes musculaires, pourrait être rattaché à la fibromyalgie.

En fin de compte, le terme de fibromyalgie est avancé par PK Hench, puis définitivement adopté en 1976. Il est bien descriptif et évacue le problème d'une éventuelle inflammation. La fibromyalgie est donc décrite comme un ensemble de douleurs observées au niveau des muscles, des fascias, des tendons et des ligaments.

En 1981, MF Kahn propose le terme de polyenthésopathie pour des douleurs siégeant au niveau des enthèses (insertions tendineuses), et qui pourrait donc être une entité différente. Puis également le terme de SPID ou syndrome polyalgique idiopathique diffus, dont le nom décrit bien ce qu'est la fibromyalgie mais dont les critères qu'il propose semblent avoir une spécificité discutable. On l'appelle aussi SSD, pour « Somatic Symptom Disorder ». Mais ces appellations seront finalement abandonnées au profit du terme « fibromyalgie ». Dans le même temps, est décrit un syndrome de fatigue chronique (SFC), qui s'avère être une entité semble-t-il différente de la fibromyalgie.

La fibromyalgie est reconnue comme une maladie à part entière en 1990, par l'American College of Rheumatology (ACR). Ce dernier définit des critères du diagnostic et le classement des fibromyalgies.

En 1992, elle est également reconnue par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) qui lui donne un statut et qui l'inclut dans la nomenclature internationale des maladies, la CIM 10. La fibromyalgie y figure parmi les maladies non articulaires rhumatismales de cause inconnue, sous le numéro M 79-7.

Puis, en 2006, elle sera déclarée comme étant une maladie à part entière dans la Classification Internationale des Maladies (inscrite à la nomenclature toujours sous le code M 79-7).

Par contre, dans la nomenclature des affections psychiatriques DSM 4, puis dans le DSM 5, la fibromyalgie figure encore parmi les troubles psychiatriques (parmi les troubles somatomorphes). Il faut n'utiliser cette classification qu'en gardant à l'esprit qu'elle a été réalisée à la demande des assureurs d'outre-Atlantique et dans un but purement assurantiel et non scientifique...

Quant à elle, en 2007, l'Académie de Médecine de France a enfin reconnu la fibromyalgie comme étant une maladie devant bénéficier d'une prise en charge pluridisciplinaire... par un rhumatologue, un rééducateur et un psychiatre.

En 2008, le Parlement Européen édite à son tour des recommandations pour une meilleure prise en charge de la fibromyalgie.

Pour finir, l'HAS (Haute Autorité de Santé) publie, en 2010, un état des lieux des données concernant la fibromyalgie et elle propose une stratégie de prise en charge.

La fibromyalgie est désormais une maladie témoignant d'un dysfonctionnement des systèmes nerveux central et autonome ainsi que du contrôle de la stimulation douloureuse. Probablement secondaire ou liée à des déficits en neurotransmetteurs² (sérotonine, dopamine, noradrénaline), elle est considérée maintenant comme appartenant aux maladies neurologiques. Elle survient peut-être sur un terrain génétiquement prédisposé ou au décours d'une exposition environnementale considérée comme étant délétère (comme la plupart des maladies dites de civilisation), et elle est favorisée ou déclenchée par un stress non maîtrisé.

Il est désormais indispensable de reconnaître la réalité de la souffrance et des douleurs. Il est essentiel pour le malade que soit reconnu le caractère organique, et non fonctionnel, de sa souffrance. Cela permet d'éviter une « chronicisation » ou l'aggravation des douleurs. La confiance du patient envers son médecin s'en trouve renforcée. Et cela permet au médecin de rassurer son patient, d'éviter le désespoir chez le malade et d'aborder la maladie sur un plan thérapeutique « positif ».

La fibromyalgie bénéficie désormais d'une reconnaissance de maladie à part entière, se situant plutôt dans le registre des maladies neurologiques.

² Les neurotransmetteurs sont des molécules sécrétées par les tissus neurologiques, permettant la transmission des informations d'une cellule neurologique à une autre

COMMENT SAVOIR QUE JE SOUFFRE D'UNE FIBROMYALGIE ?

LES SIGNES CLINIQUES DE LA MALADIE

La fibromyalgie est une association de signes, au premier rang desquels figurent obligatoirement les deux critères majeurs que sont les douleurs chroniques et une fatigue chronique. Ces critères majeurs sont associés à un cortège d'autres signes multiformes qui peuvent atteindre toutes les parties de votre corps. Ce sont les critères mineurs du diagnostic.

C'est classiquement la palpation douloureuse de 18 zones symétriques du corps, appelés points de Yunus, qui permet d'évoquer le diagnostic de fibromyalgie. L'existence de douleurs au niveau de ces points n'est cependant pas spécifique et il est ainsi nécessaire au préalable d'avoir éliminé d'autres pathologies mieux connues et qui nécessitent parfois un bilan approfondi et des traitements spécifiques.

La fibromyalgie est donc une maladie aux symptômes polymorphes, ce qui en fait une maladie où aucun malade qui en est atteint n'est semblable à un autre. C'est ce qui en fait aussi une maladie difficile à diagnostiquer et à traiter de façon protocolaire et surtout efficace.

Le début en est progressif ou même parfois brutal. Il est souvent décrit comme consécutif à un traumatisme physique ou psychique ou à un épisode viral. Il fait de temps en temps suite à une période d'anxiété voire à un épisode dépressif. Les symptômes durent et la maladie devient rapidement chronique.

LES DOULEURS

Les douleurs constituent le plus souvent le motif de la consultation. De la fibromyalgie, elles sont le signe cardinal et obligatoire. Il n'y a pas de fibromyalgie sans ces douleurs si particulières. Les expériences ont montré qu'il s'agissait de douleurs liées à une hypersensibilisation centrale elle-même secondaire à une inhibition centrale des circuits de maîtrise de la douleur.

Ces douleurs sont diffuses, bilatérales et elles siègent le long de l'axe du corps, concernant le plus souvent à la fois la partie haute et la partie basse du corps. Elles sont permanentes, survenant le jour et la nuit. Elles se situent sur la partie axiale du corps, rachis, dos, entre les omoplates, région lombaire, fesses, sacrum et coccyx. Elles peuvent atteindre aussi la périphérie du corps, c'est-à-dire les épaules, les coudes et les mains, moins les genoux, les chevilles et les pieds.

Il s'agit de douleurs ressenties comme étant musculaires et articulaires, accrues par le toucher, le froid, l'électricité (en particulier l'électrothérapie de surface des kinésithérapeutes), les changements de température, la fatigue et le stress. Elle est favorablement sensible à la chaleur et aux bains chauds.

Pour être retenues pour le diagnostic, ces douleurs doivent être présentes depuis au moins 3 mois. Elles doivent être symétriques et intéresser le haut et le bas du corps ainsi que l'axe de celui-ci (autour de la colonne vertébrale).

Il s'y associe volontiers une raideur globale, en particulier du dos et des mains, surtout le matin au réveil. Dans certains cas, le malade se plaint de gonflement des articulations, de fourmillements (paresthésies) ou de changements de couleur des doigts et des extrémités qui sont alors froides.

Ces douleurs diffuses se déplacent. Elles sont ressenties comme des douleurs musculaires, mais aussi comme des douleurs au niveau des os ou des articulations. Elles sont décrites comme l'impression de courbatures et de muscles durs et noués. Parfois ce sont des picotements, des coups de poignard, des piqûres, des sensations de coups, de brûlures ou de décharge électrique, des démangeaisons, des impressions d'étau ou de passage sous un rouleau compresseur. Le malade a l'impression d'avoir été battu.

Si elles sont permanentes, elles sont aussi d'intensité variable dans la journée, et elles sont le plus souvent rebelles aux anti-inflammatoires comme aux antalgiques usuels. En fait, la malade dit souvent « avoir mal partout » et se plaint d'avoir une fatigue musculaire douloureuse.

Il s'y ajoute quelquefois des douleurs et des impressions douloureuses à type de chaleur au niveau des paumes des mains et des plantes des pieds.

L'évaluation de la douleur peut se faire à l'aide d'une échelle d'intensité douloureuse (échelle visuelle analogique ou EVA) d'autoévaluation douloureuse qui est cotée de 0 à 10. Cette appréciation est subjective et personnelle. Elle ne sert en réalité qu'à permettre un suivi objectif et chiffré par la malade de l'intensité de sa propre douleur. Et d'évaluer ainsi l'efficacité de son traitement.

Deuxième critère cardinal, la fatigue (ou asthénie) est une fatigue « générale ». Il n'y a pratiquement pas de fibromyalgie sans cette fatigue bien particulière.

La fatigue chronique est le deuxième signe obligatoire observé dans la maladie.

Les études tendent à montrer qu'il s'agit, là aussi, d'une fatigue d'origine centrale. Elle est liée à un dysfonctionnement du système nerveux central.

Elle est très présente puisque s'en plaignent spontanément plus de 4 malades sur 5. Présente dès le matin, elle va de la simple lassitude à un véritable épuisement. Il s'agit d'une fatigue décrite comme « musculaire » qui s'accompagne d'un manque d'endurance et de la résistance à l'effort. Mais la force musculaire objective n'est le plus souvent pas diminuée. Cette asthénie peut s'estomper un peu dans la journée mais elle va empêcher bon nombre d'activités parmi les plus banales et justifier la nécessité de siestes. Elle est à l'origine d'une réduction d'activité, y compris pour les actes les plus simples de la vie quotidienne. Là aussi, une évaluation du retentissement de la maladie sur l'activité est possible (cette échelle de retentissement sur les actes de la vie quotidienne ou AVQ est visible en annexe).

D'une manière générale, on note une « clinophilie », qui est une tendance à ne vivre bien que couché dans le lit.

Les douleurs et la fatigue chronique sont constantes et sont les principaux éléments du diagnostic.

Les troubles mineurs sont eux-mêmes hiérarchisés. Certains sont extrêmement fréquents, d'autres le sont moins.

LES TROUBLES DU SOMMEIL

Parmi ces troubles mineurs, les troubles du sommeil sont quasi constants. On les note dans 80 pour cent des cas.

Les patients fibromyalgiques ne sont pas des malades qui vont se plaindre d'emblée de troubles du sommeil (à peine 1 sur 4, à l'inverse des dépressifs) et le trouble du sommeil doit être alors recherché par le médecin. On le retrouvera ainsi chez plus de 3 malades sur 4. Soit qu'il s'agisse de difficultés d'endormissement, soit qu'il s'agisse de réveils nocturnes douloureux soit, enfin, qu'il s'agisse d'un sommeil entrecoupés de réveils, avec un éveil matinal difficile et des somnolences diurnes. Ils accroissent la fatigue notée le matin.

Parfois encore, le sommeil est perturbé par des crampes ou des impatiences des jambes, voire un authentique syndrome des jambes sans repos (SJSR). Le syndrome des jambes sans repos est un trouble du sommeil se caractérisant par des mouvements surtout nocturnes des membres inférieurs, non maîtrisables et qui réveillent le sujet, l'obligeant à se lever et à marcher.

Dans tous les cas, le malade juge son sommeil comme étant non réparateur, ce qui participe à l'accentuation du ressenti des douleurs.

L'étude polysomnographique du sommeil (enregistrement électrique de l'activité cérébrale et musculaire du dormeur) peut être réalisée. Cet examen comprend en particulier l'enregistrement électroencéphalographique de l'activité cérébrale durant le sommeil. Il est réalisé dans les services hospitaliers de neurologie, d'explorations neurophysiologiques ou dans certains services de pneumologie.

Elle mettra en évidence un trouble électrique du sommeil et montrera quelle est la partie du sommeil qui est perturbée parmi les phases classiques du sommeil que sont le sommeil léger, le sommeil profond et le sommeil paradoxal.

Dans la fibromyalgie, on note une fragmentation du sommeil liée à de nombreux réveils nocturnes (micro-éveils). Le temps global de sommeil est diminué et on remarque une

baisse du temps de sommeil lent profond et en particulier du stade 4 (qui est le stade de la relaxation musculaire et du sommeil récupérateur). Cela expliquerait que certains antidépresseurs, parmi ceux qui normalisent le sommeil, sont souvent efficaces dans la fibromyalgie.

L'électroencéphalographie montre des ondes d'éveil alpha qui envahissent le rythme des ondes delta du sommeil lent profond. C'est le sommeil « alpha-delta ». Ces anomalies sont assez caractéristiques de la maladie (observées dans 60% des cas) car on ne les retrouve pas dans d'autres syndromes douloureux chroniques (seulement dans 25% d'entre eux). Mais elles ne sont cependant pas spécifiques et la polysomnographie ne peut être un moyen d'assurer le diagnostic de fibromyalgie. C'est à cause de cette perturbation du sommeil profond que la régulation des phénomènes douloureux serait déficiente, entraînant une hyperesthésie (augmentation de la perception douloureuse) généralisée. C'est sans doute aussi pourquoi améliorer le sommeil permet en général de diminuer l'intensité des douleurs.

On ne sait pas encore si les troubles du sommeil peuvent être à l'origine de la maladie ou s'ils ne font qu'amplifier les douleurs et certains symptômes de la fibromyalgie. Par ailleurs, la clinophilie, qui amène la malade à se coucher et à s'endormir tôt, entraîne un réveil plus précoce et ce qu'on appelle un « syndrome d'avance de phase » responsable d'une insomnie.

Pour certains, le trouble du sommeil est accusé d'être à l'origine des douleurs, plus vives le matin au réveil.

Quoiqu'il en soit, les troubles du sommeil dans la fibromyalgie sont suffisamment présents et évocateurs pour avoir été retenus, en 1990, dans la classification internationale des troubles du sommeil sous le nom de « fibrositis syndrome ».

Les troubles du sommeil sont également quasi constants. Leur étude montre des signes évocateurs de la maladie. Le patient fibromyalgique est un authentique insomniaque qui, cependant, s'endort souvent sans problème.

Il existe d'autres signes, de fréquence variable selon les malades. On les dit également mineurs car ils ne sont pas tous indispensables pour le diagnostic. Tous ne sont pas forcément présents à la fois. Comme ils ne font pas toujours l'objet de plainte spontanée, le patient étant tout entier préoccupé par sa douleur générale et qu'il ne relie pas ces autres troubles à elle, il est nécessaire de les chercher par l'interrogatoire.

LES SIGNES DIGESTIFS, GENITAUX ET URINAIRES

Des douleurs abdominales ou des troubles du transit, regroupés par de nombreux médecins dans l'appellation « colopathie fonctionnelle ou colon irritable » sont présents dans la fibromyalgie, presque 1 fois sur 3. Ce sont des douleurs à type de crampes abdominales, pendant ou entre les selles, associées à des alternances de diarrhée et de constipation, de gaz et de selles non moulées et malodorantes. Les bilans ne retrouvent pas de cause évidente à ces troubles digestifs et les médecins prescrivent alors à l'aveugle des traitements dits symptomatiques (qui atténuent le symptôme) qui ne règlent pas le problème, quand ils n'en déclenchent pas un autre.

De la même façon, s'y associent 1 fois sur 4 des douleurs vésicales avec des brûlures à la miction, les urines restant cependant claires à la différence d'une infection urinaire. Les bilans sont ici également normaux. Il faut se garder de se traiter à l'aveugle avec des antibiotiques.

Des douleurs utérines anormalement intenses peuvent survenir lors des règles, associées ou non à des douleurs vaginales appelées dyspareunies lorsqu'elles surviennent à l'occasion des rapports sexuels. Des douleurs vulvo-vaginales sont possibles en dehors de tout contexte particulier, mycose par exemple, et on observe souvent une baisse de la libido, voire une impuissance chez les hommes qui souffrent de fibromyalgie. Mais il est difficile de dire si cette baisse de la libido est secondaire à l'état douloureux chronique, liée à la dépression, ou encore s'il s'agit d'un symptôme propre à la maladie. En tout état de cause, la fibromyalgie a de grandes répercussions sur la vie du couple et sur la vie sexuelle.

LES SIGNES DE « DYSAUTONOMIE »

Des signes neurologiques et vasculaires sont décrits par certains patients. Il s'agit pour la plupart de signes dits de « dysautonomie », c'est-à-dire liés au dysfonctionnement du système nerveux autonome (les nerfs appelés sympathique et parasympathique sont les nerfs du système nerveux autonome. Ces nerfs ont un fonctionnement automatique et indépendant de toute volonté consciente, pour gérer le métabolisme de base et la marche des viscères). Ces troubles sont ici aussi secondaires à la perturbation neurologique qu'entraîne la baisse de certains neurotransmetteurs comme la sérotonine.

Ces symptômes qui appartiennent également à d'autres maladies sont ici anormalement et souvent présents.

On décrit les paresthésies (sensations anormales comme des fourmillements) que nous avons déjà citées (présentes dans 2 fibromyalgies sur 3) et les jambes sans repos (environ 1 fois sur 3). Ou bien (1 fois sur 6), des changements douloureux de couleur des extrémités (mains, pieds, nez, oreilles) favorisés

par le froid extérieur ou celui du réfrigérateur, et qui s'apparentent à ce que l'on nomme phénomène de Raynaud.

Il s'agit parfois de malaises survenant lors du lever, liés à une baisse brutale de la tension artérielle, appelée encore hypotension orthostatique. Cette hypotension orthostatique se normalise spontanément après quelques minutes d'équilibration de la tension artérielle, et nécessite en conséquence que le sujet se lève doucement et en plusieurs étapes pour qu'elle ne se manifeste pas.

Certains patients se plaignent aussi d'autres troubles neurovégétatifs tels des bouffées de chaleur, des sensations de froid intérieur avec frissons, une sécheresse des muqueuses en particulier de la bouche ou, au contraire, une hyper salivation sur l'oreiller. Un dermographisme est fréquent. Il s'agit d'un marquage de la peau survenant au frottement ou à la pression de celle-ci.

LES TROUBLES NEUROSENSORIELS

Les troubles neurosensoriels sont très fréquents. Il s'agit de phosphènes, qui sont des sensations de vision de mouches volantes ou de scintillement devant les yeux. Parfois d'une photophobie, qui est une intolérance à la lumière.

Il peut s'agir également d'acouphènes, ces bruits bizarres à type de sifflement, d'écoulement d'eau, de battements dans les oreilles, qui sont des perturbations du fonctionnement de l'oreille interne et non des hallucinations auditives. Le malade peut signaler une hyperacousie, perception accrue des sons rendant tout bruit insupportable.

L'odorat et le goût ne sont pas épargnés. C'est plus souvent une hyperosmie, perception accrue rendant la perception des odeurs trop forte jusqu'à en être incommodante.

Parfois, c'est une dysosmie, ou déformation des odeurs, une belle odeur de parfum devenant alors désagréable.

Les sensations vertigineuses ne sont pas rares. Il s'agit de pseudo-vertiges à type de tangage, de sensation d'ébriété, de déséquilibre, à l'inverse du vertige vrai où existe une rotation de la pièce autour du sujet.

Paradoxalement, dans une maladie qui se porte généralement mieux en atmosphère chaude, on peut parfois, mais rarement, noter une intolérance à la chaleur, avec une rougeur excessive de la peau et un œdème à la chaleur, en particulier au niveau du visage.

Le malade peut aussi se plaindre de troubles de la concentration et de l'attention, qui sont parfois aggravés par certains médicaments, en particulier sédatifs. On remarque quelques troubles de la mémoire. Ces troubles de la mémoire ne sont pas des déficits de celle-ci mais relève plutôt d'un ralentissement du traitement de l'information, lié lui-même à la baisse de la sérotonine. Des études récentes ont en effet montré des anomalies dans les taux intracérébraux de la sérotonine et de la substance P. Mais il faut bien reconnaître que les médicaments, la fatigue et les troubles du sommeil peuvent aussi expliquer cette altération mnésique.

Parfois, encore, il s'agit de palpitations, gênantes mais inoffensives car aucune anomalie n'est décelée à l'examen cardiaque et sur l'électrocardiogramme.

LES TROUBLES DE LA MACHOIRE

Le patient peut se plaindre également de douleurs au niveau des articulations de la mâchoire avec le crâne (articulations temporo-mandibulaires). On peut alors découvrir parfois un trouble de l'articulé dentaire, une malposition des

incisives pouvant entrer dans le cadre d'un syndrome de SADAM.

Moins fréquentes mais parfois très gênantes sont les douleurs situées au niveau du collet des dents, et le bruxisme, cette tendance à grincer sans cesse des dents, peut-être liée à la sécheresse de la bouche et des gencives.

Enfin, certains mettent parfois en relation avec la fibromyalgie la perlèche récidivante, cette fissuration douloureuse du coin des lèvres.

AUTRES SIGNES CLINIQUES

On peut noter également des douleurs et des fourmis dans les mains pouvant évoquer un syndrome du canal carpien. Le syndrome du canal carpien, qui provoque des douleurs dans les doigts et une baisse de la force musculaire dans ceux-ci, est lié à la compression d'un nerf de la main, le nerf médian, au niveau d'un canal fibreux qui le contient au passage du poignet. La grande fréquence de ce syndrome dans la population générale milite plutôt en faveur d'une association fortuite.

Assez communes sont les céphalées et les pseudo-migraines, de même que les douleurs au fond des orbites.

Fréquentes aussi sont les douleurs thoraciques non angineuses, douleurs qui peuvent être parfois dyspnéisantes (responsables d'essoufflement) et accompagnées de palpitations. Le bilan médical reste, ici aussi, normal.

Enfin, on a constaté une fréquente augmentation des allergies cutanées, ORL, oculaires ou digestives. L'ensemble de ces signes cliniques et de ces plaintes constituent un tableau multiforme, peut-être et sans doute sans lien véritable avec la fibromyalgie mais qui explique que le diagnostic puisse s'égarer longtemps.

LES TROUBLES DE L'HUMEUR ET LES TROUBLES PSYCHOLOGIQUES

Les troubles anxieux, psychologiques et neuropsychiatriques sont très présents car on les rencontre quasiment une fois sur deux.

Une anxiété peut se présenter sous toutes ses formes, de l'anxiété simple jusqu'à la crise d'angoisse et l'attaque de panique. En passant par une expression plutôt névrotique sous la forme de phobies ou de troubles obsessionnels compulsifs (les fameux TOC).

Un syndrome dépressif est fréquent et mérite une prise en charge sérieuse. L'humeur est changeante et la malade est facilement irritable. Les facteurs déclencheurs de cette irritabilité sont mineurs : bruit, stress, douleur, lumière, contrariété.

Une dépression nerveuse est classique et un fibromyalgique sur deux est dépressif dans le cours de sa maladie. Il s'agit parfois d'un authentique syndrome dépressif, entrant dans les symptômes de la maladie et différent en ce sens des syndromes dépressifs réactionnels à des événements douloureux de la vie. On n'y retrouve en effet pas cette variation du taux de cortisol, abaissé dans ces dépressions réactionnelles.

Mais il faut bien admettre que ces troubles de l'humeur ou du comportement pourraient tout aussi bien être tout simplement secondaires à des douleurs chroniques assez insupportables. Ou être d'origine mixte.

LES SIGNES ANNEXES DE LA FIBROMYALGIE

Douleurs musculaires et tendineuses

Fatigue générale, musculaire et manque d'endurance

Raideur matinale

Troubles du sommeil

Paresthésies (fourmillements des extrémités)

Migraines, céphalées, douleurs des orbites

Syndrome dépressif, anxiété et irritabilité

Acouphènes, phosphènes, hyperosmie et hyperacousie

Sensations vertigineuses

Colopathie dite « fonctionnelle » (douleurs abdominales, troubles du transit)

Dysménorrhées (règles douloureuses), baisse de la libido, douleurs vésicales

Douleurs de la mâchoire

Syndrome sec (œil et bouche)

Phénomène de Raynaud et sensibilité au froid

Palpitations et troubles de la tension artérielle

Douleur thoracique et essoufflement

Il existe ainsi de multiples variétés de fibromyalgies et aucun malade ne peut être comparé à un autre. On peut ainsi

dire qu'il n'y a pas une mais des fibromyalgies. En effet, les associations de symptômes sont variables d'un sujet à un autre, et d'un moment à un autre chez un même malade. L'intensité de ceux-ci est également très variable, comme le sont les facteurs déclencheurs.

La fibromyalgie est une maladie aux signes polymorphes et aucun malade fibromyalgique n'est semblable à un autre.

LA DEMARCHE DU MEDECIN

L'INTERROGATOIRE

L'examen clinique s'attache à rechercher le facteur causal inaugural. Quand il est retrouvé, il s'agit le plus souvent d'un traumatisme physique (accident, maladie grave, acte chirurgical) ou psychologique (deuil, problème familial, viol ou violence conjugale, problème professionnel).

C'est le malade qui va, spontanément ou non, signaler les évènements qui favorisent ou amplifient les crises douloureuses. Les facteurs aggravants sont classiquement le froid et la fatigue, l'humidité, les changements de température, le manque de sommeil, le stress, les chocs émotionnels, le bruit excessif, ou les activités physiques excessives. De même, il va pouvoir signaler ce qui améliore ses douleurs : la chaleur du bain ou la chaleur extérieure, le repos, le temps sec. Le patient apporte en fait et spontanément lui-même tous les éléments nécessaires pour faire le diagnostic.

L'EXAMEN CLINIQUE

Cette maladie est vue en premier lieu par le médecin généraliste. Le malade sera alors fréquemment confié au rhumatologue qui en fera ou confirmera le diagnostic. Parfois

directement au neurologue et même au psychiatre. D'autres seront envoyés rapidement et directement au Centre antidouleur !

Les données de l'examen sont maigres, mais cela est important voire essentiel au diagnostic. En effet, même s'il existe des douleurs assez spécifiques au niveau de certains points du corps, appelés points de Yunus, à l'heure actuelle, la fibromyalgie est encore un diagnostic d'élimination. C'est-à-dire qui nécessite surtout d'avoir éliminé toutes les pathologies qui en ont en commun avec elle des symptômes identiques.

Il ne faut pas passer à côté du diagnostic de la fibromyalgie mais, à l'inverse, il ne faut pas en faire le diagnostic à l'excès tant les implications thérapeutiques et sociales sont grandes.

Les signes négatifs sont donc essentiels. C'est ainsi qu'il n'existe pas de signes inflammatoires cliniques ou biologiques, ni d'altération de l'état général. Ni de signes objectifs d'une atteinte viscérale.

Les articulations sont-elles douloureuses ? Il n'y a aucun gonflement objectif de ces articulations. Il ne s'agit vraisemblablement donc pas d'un rhumatisme inflammatoire.

Les douleurs sont-elles musculaires ? Il n'y a ni œdème local, ni inflammation, ni lésions apparentes de la peau, des muscles et des tendons. Il y a peu de risque qu'il s'agisse d'une dermatomyosite, d'une polymyosite ou d'un autre rhumatisme apparenté.

La fatigue est intense ? Rien ne semble pouvoir l'expliquer. Tout au plus la tension artérielle peut être un peu basse. Des examens complémentaires permettront d'éliminer une hépatite, une autre maladie infectieuse, un diabète décompensé, une autre maladie endocrinienne ou un cancer

En réalité, seule la palpation de la peau sur les zones douloureuses est ressentie comme très désagréable et peut s'accompagner d'une hyperhémie (rougeur) localisée. Tout le corps est douloureux mais c'est la douleur provoquée au niveau des points de Yunus qui sera en fait prise en compte dans les critères de diagnostic de la maladie. C'est également le moyen de faire la différence avec les douleurs du dépressif ou même celles, non rares, du simulateur.

UNE MALADIE SANS STIGMATES BIOLOGIQUES NI RADIOLOGIQUES

Il n'existe aucun examen biologique, radiologique ou électrique qui puisse confirmer actuellement la fibromyalgie.

Certains examens sont cependant, au début, et dans certaines formes, nécessaires pour éliminer une autre pathologie qui exigerait un traitement spécifique.

LES EXAMENS BIOLOGIQUES

La biologie est normale. Les examens biologiques ne mettent en évidence aucune maladie rhumatismale ou endocrinienne comme une hypothyroïdie, ni une maladie de Lyme (qui est une maladie infectieuse transmise par une piqûre de tique), ni encore une hépatite virale.

Le médecin devra néanmoins demander d'emblée quelques examens simples :

- ✚ Une numération globulaire et des plaquettes sanguines ;
- ✚ Une vitesse de sédimentation et le dosage de la CRP (à la recherche d'un syndrome inflammatoire),

- ✚ Les dosages des ions dans le sang (sodium, potassium, chlore, magnésium,...) Mais également les dosages du phosphore et du calcium, de l'albumine, de la glycémie, de la créatinine et un bilan hépatique.
- ✚ Si cela lui semble opportun, il recherchera aussi une maladie virale (hépatite, mononucléose et VIH) ou une atteinte bactérienne ou parasitaire (maladie de Lyme, secondaire à une piqûre de tique).

Sur le plan biologique, il convient également parfois d'éliminer une pathologie rhumatismale inflammatoire et immunologique ou une maladie métabolique ou endocrinienne. Peuvent être alors demandés, on l'a vu, des facteurs rhumatoïdes et des anticorps antinucléaires, des enzymes musculaires, une électrophorèse des protéines, les hormones thyroïdiennes.

Le bilan biologique se limitera donc, le plus souvent, à cela. Et il ne sera pas réitéré s'il est normal, sauf fait nouveau.

Numération globulaire et des plaquettes

Vitesse de sédimentation et CRP (pour l'inflammation)

Dosage de l'albumine (dans le cadre d'une électrophorèse des protéines)

Sodium, potassium, phosphore et calcium

Dosage de la créatinine (pour le fonctionnement des reins)

Transaminases hépatiques (SCOT, SGPT, Gamma-GT)

Enzymes musculaires (CPK) et TSH (pour la thyroïde)

Facteur rhumatoïde et facteurs antinucléaires

Dosage du complément sérique (pour rechercher les maladies immunologiques)

Sérologies de l'hépatite et sérologie de la maladie de Lyme

Quelques autres examens biologiques seront effectués selon les cas :

Typage HLA pour la spondylarthrite ankylosante)

Vitamine D, vitamine B12 et acide folique

Fer sérique et saturation de sa protéine porteuse (pour le syndrome des jambes sans repos et l'hémochromatose)

LES EXAMENS RADIOLOGIQUES

Il est rare que soit nécessaire un bilan radiologique. Sauf lorsqu'une plainte ou un signe clinique nécessite que soit éliminée une autre affection. La normalité de l'imagerie rassure et il sera inutile de renouveler toute une kyrielle de radiographies, coûteuse et angoissante.

Sur le plan radiologique, on peut faire éventuellement une radiographie de bassin lorsque les symptômes peuvent en imposer pour une spondylarthrite ankylosante, par exemple. Exceptionnellement des radiographies des mains pour éliminer une polyarthrite rhumatoïde, et d'une radiographie pulmonaire dans l'hypothèse du rare syndrome paranéoplasique d'un cancer du poumon.

Dans de très rares cas, le médecin peut être amené à demander la réalisation d'un électromyogramme (mesure superficielle de la conduction nerveuse) ou une biopsie musculaire.

Passés ces quelques investigations de base, il est raisonnable de cesser tous les examens paracliniques. A cet effet, un suivi par un seul et même médecin est utile car c'est le moyen d'éviter, par une succession d'examens coûteux et inutiles, l'escalade dans la recherche désespérée d'une maladie grave.

Par une reconnaissance de la douleur du malade et sa prise en charge précoce, on évite le nomadisme médical, coûteux, anxiogène, inutile et très préjudiciable au malade.

Il n'existe pas d'examen biologique ni d'examen radiologique qui confirment la fibromyalgie. Les examens ne servent qu'à éliminer une autre maladie aux symptômes apparentés.

LES AUTRES MALADIES A ÉLIMINER

Il existe en effet des maladies qui partagent des signes ou symptômes avec la fibromyalgie. Il convient de les rechercher et de les éliminer. Cela est le plus souvent assez facile.

Ces signes communs sont essentiellement les douleurs musculaires et articulaires, ou plutôt péri-articulaires. Mais ce sont également le phénomène de Raynaud (changement de couleur parfois douloureux des extrémités) et les fourmillements des mains, la fatigue intense. Et aussi les nombreux signes associés comme les troubles digestifs, urinaires, les troubles du sommeil, les troubles de l'humeur, qu'il s'agisse d'une irritabilité et d'un syndrome dépressif, les troubles neurosensoriels.

A l'inverse, il existe des signes cliniques que l'on ne retrouve ordinairement pas dans la fibromyalgie.

LES SIGNES ABSENTS DANS LA FIBROMYALGIE

Il faut noter l'importance de l'absence de signes cliniques ou biologiques typiques de certaines autres maladies.

Il n'y a pas de signe de rhumatisme inflammatoire (polyarthrite rhumatoïde, lupus, spondylarthrite, dermatomyosite ou encore polymyosite).

Il n'y a pas de signe de maladie endocrinienne en particulier de la thyroïde.

Il n'y a pas de signes de maladie métabolique, comme l'ostéomalacie (une maladie décalcifiante des os) ou un dysfonctionnement des glandes parathyroïdes.

Il n'y a aucun argument, on l'a vu, en faveur d'une hépatite virale ou d'une maladie de Lyme (transmission d'une bactérie par la tique).

L'examen clinique élimine les atteintes inflammatoires, métaboliques (diabète) ou toxiques (alcool, médicaments contre le cholestérol) les atteintes des nerfs périphériques (appelées polyradiculonévrites), une maladie de Parkinson ou une sclérose en plaques.

De la même façon, la malade ne montre pas les signes d'une authentique dépression. Cette dernière ne s'accompagne pas, au contraire, de cette hypersensibilité sensorielle et les antidépresseurs n'ont pas ou peu d'effet sur les signes de la dépression de la fibromyalgie. Mais il faut savoir que la fibromyalgie, par les douleurs chroniques qu'elle entraîne et sa résistance aux traitements, peut être la cause d'une véritable dépression réactionnelle.

Enfin, on ne retrouve pas non plus, ce qui est plus difficile à affirmer, les signes d'une névrose hystérique.

Il n'existe en outre pas d'affection grave comme un cancer et les syndromes paranéoplasiques (manifestations somatiques générales qui accompagnent parfois certains cancers et disparaissent avec la guérison de ceux-ci).

LES SIGNES PROPRES A LA FIBROMYALGIE

Le diagnostic de la fibromyalgie repose tout d'abord et essentiellement sur la palpation des 18 points douloureux de Yunus. Il s'y ajoute les manifestations énumérées plus haut.

Ces points douloureux, que l'on recherche systématiquement, ont des localisations bien précises (voir le dessin en annexe et les critères diagnostiques de l'ACR). Il est nécessaire qu'au moins 11 de ceux-ci soient retrouvés positifs pour évoquer et permettre le diagnostic de fibromyalgie.

Les douleurs aux points de Yunus doivent s'accompagner d'une fatigue intense et chronique (les deux critères majeurs), associée à de ces symptômes autres qui sont dits « mineurs ».

La localisation de ces points symétriques à droite et à gauche est très précise :

- ✚ A la face postérieure du cou, dans la région sous-occipitale ;
- ✚ A la base du cou, au niveau du bord des muscles trapèzes ;
- ✚ Devant le cou, sur les muscles sternocleidomastoïdiens ;
- ✚ A la jonction du sternum et des clavicules, à hauteur de la deuxième côte ;
- ✚ Aux coudes, au niveau de l'insertion des muscles épicondyliens ;
- ✚ Au bord interne des omoplates ;
- ✚ Au niveau des fesses, sur les crêtes iliaques ;
- ✚ En haut des cuisses, latéralement, au niveau des grands trochanter ;
- ✚ Au niveau des genoux, à leur face interne.

Par opposition, d'autres zones ne sont pas douloureuses, tels les avant-bras, les poignets, les chevilles. Et les articulations ne sont pas gonflées comme dans certains rhumatismes inflammatoires, même si la patiente en ait parfois l'impression.

Un DIAGNOSTIC RAPIDE DE DEPISTAGE existe. Il est accessible au médecin généraliste. Il mesure l'intensité et la répartition de la douleur. C'est le questionnaire FIRST (pour « fibromyalgy rapide screening tool ») qui, en six questions, permet d'évoquer le diagnostic possible de la maladie.

Le médecin doit alors pratiquer l'écoute active, et manifester une empathie (c'est l'attention que l'on porte à l'autre et non en se mettant à sa place ou sympathie). Il doit pouvoir consacrer du temps à son patient et gagner sa confiance. En effet, la fibromyalgie est une maladie qui entraîne une grande culpabilisation, une blessure narcissique et une perte de l'estime de soi.

D'autres médecins et professionnels de santé peuvent l'aider au diagnostic :

LE RHUMATOLOGUE

Le rhumatologue doit également témoigner d'une grande écoute. Il confirme ou infirme le diagnostic, prescrit les examens complémentaires qui permettront d'éliminer les diagnostics différentiels. Il doit évaluer le retentissement sur la vie quotidienne et sur la vie sociale, le retentissement familial et professionnel et aider à l'argumentation du dossier pour que le médecin traitant puisse faire les demandes éventuelles de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé et celle de prise en charge au titre d'une affection de longue durée. Il doit

suggérer les éléments du traitement selon les recommandations de l'HAS (Haute Autorité de la Santé) et renvoyer le patient au médecin généraliste qui sera le coordonnateur de la prise en charge globale de la maladie.

LE NEUROLOGUE

Ce peut être aussi le neurologue, fréquemment consulté. Rappelons que cette maladie est d'origine probablement neurologique.

LE PSYCHIATRE OU LE PSYCHOLOGUE

Le psychiatre ou le psychologue, souvent consultés pour un syndrome dépressif, doivent évoquer la fibromyalgie devant des symptômes diffus et un syndrome dépressif rebelle au traitement et qui ne fait pas sa preuve. La nomenclature (DMS 4 et 5) des maladies psychiatriques classe la fibromyalgie dans les troubles psychiatriques somatomorphes, ce quelle n'est cependant pas. L'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) a reconnu la fibromyalgie et l'a classée dans sa CIM sous le numéro M.79-7. La clinique de la fibromyalgie comporte seulement, dans 50% à 75% des cas, des signes d'anxiété ou de la série dépressive secondaires à leur douleur chronique. Il existe parfois des idées suicidaires. Qu'il faut soigner comme telles. Ainsi que des répercussions psychosociales. Qu'il faut prendre en compte et accompagner.

LE MEDECIN CONSEIL

Le médecin conseil doit rester sensibilisé à cette maladie très dommageable au patient, et se rappeler qu'il y a une dizaine années, cela lui était demandé par une circulaire émanant de son Médecin Conseil National.

La fibromyalgie est un diagnostic d'élimination, effectué par une équipe médicale pluridisciplinaire.

Les signes négatifs sont aussi sinon plus importants que les symptômes de la fibromyalgie car ils permettent d'éliminer tout d'abord une autre maladie.

Au total, le diagnostic de la fibromyalgie est tout de même parfois difficile car les symptômes sont ubiquitaires et retrouvés dans de nombreuses autres maladies. L'examen clinique est normal en dehors des points douloureux. C'est l'assemblage de ces différents symptômes qui permet de faire le diagnostic de la maladie. C'est pourquoi il a été défini des critères de diagnostic, critères de Yunus puis critères de l'ACR (American College of Rheumatology) pour aider le médecin.

Le diagnostic associe les points de Yunus à une fatigue particulière et à des symptômes particuliers, dont certains sont rares, d'autres fréquents voire constants.

Chaque spécialiste consulté doit participer à l'établissement du diagnostic et à son traitement, sans se fixer sur les seules pathologies relatives à sa spécialité.

LE DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL DES PRINCIPALES AUTRES MALADIES

Dans le tableau ci-après figure la liste des principaux diagnostics à éliminer avant d'affirmer le diagnostic de fibromyalgie.

Syndrome de fatigue chronique
Douleurs musculaires liées à des médicaments (anticholestérol)
Hypothyroïdie ou hyperthyroïdie
Douleurs liées à d'autres maladies musculaires
Douleurs liées à diverses maladies inflammatoires
Douleurs liées à des rhumatismes inflammatoires (polyarthrite rhumatoïde, lupus, spondylarthrite, polymyosite)
Parasitoses (toxoplasmose, trichinose)
Maladie de Lyme (maladie par piqure de tique)
Maladies virales (hépatite, mononucléose, VIH)
Troubles métaboliques (ostéomalacie, déficit en potassium)
Hyperparathyroïdie
Cancers généralisés et syndromes paranéoplasiques
Maladie de Parkinson
Sclérose en plaque
Hémochromatose (ou surcharge en fer)
Syndrome d'apnée du sommeil
Syndromes paranéoplasiques (signes diffus associés à certains cancers)
Syndrome de déficience posturale
.../...

Intolérance au gluten ou aux produits laitiers (lactose ou protéines du lait de vache)

Syndrome dépressif et les suites polypathologiques d'un accident avec coup du lapin...

Hystérie

Rappelons que la prévalence de la maladie serait fortement augmentée dans une même famille (huit fois plus fréquente si antécédent familial)

On le voit, tous les symptômes de la fibromyalgie, chacun pris isolément, peuvent appartenir à de multiples maladies. C'est l'addition de plusieurs d'entre eux, associés aux deux signes cardinaux que sont la douleur et l'asthénie, qui orientent vers le diagnostic de fibromyalgie.

Syndrome un peu à part, LE SYNDROME DE FATIGUE CHRONIQUE se différencie de la fibromyalgie par le fait que la fatigue y prend le pas sur les douleurs, alors que c'est l'inverse pour la fibromyalgie. Le syndrome de fatigue chronique reste cependant une entité dont l'existence et la spécificité restent controversées par certains. Il surviendrait après une infection virale. Son origine reste inconnue. Il associe un état subfébrile, une faiblesse et des douleurs musculaires chroniques, des céphalées et des douleurs articulaires. Parfois des troubles visuels et des vertiges, des troubles de l'attention et de la concentration, des troubles du sommeil. On le voit, un tableau clinique bien voisin de celui de la fibromyalgie mais il s'y ajoute des signes objectifs telle une pharyngite (inflammation de la gorge) et des ganglions cervicaux. Le docteur Cozon, spécialiste de ce syndrome évoque une origine digestive, ce qui lui permet de conseiller un traitement adapté.

Les MEDICAMENTS CONTRE LE CHOLESTEROL, DE LA CLASSE DES FIBRATES et des statines³, peuvent être responsables de myosites (inflammation parfois nécrosantes des muscles) et être la cause de douleurs musculaires diffuses. Celles-ci peuvent évoquer des douleurs de fibromyalgie mais il n'existe pas les autres symptômes de la maladie. Cette complication de ces médicaments oblige à leur arrêt. Les médicaments de la classe des anti-aromatases pour traiter certains cancers peuvent se compliquer également de douleurs diffuses.

Les RHUMATISMES INFLAMMATOIRES sont la source de douleurs articulaires qui peuvent en imposer pour une fibromyalgie. Mais il existe souvent des gonflements douloureux et des épanchements articulaires, ainsi que les autres signes propres à chacune de ces maladies rhumatismales. Cependant, le diagnostic peut être difficile à leur début et justifie quelques examens biologiques spécifiques ainsi que des radiographies ou IRM des mains. Ces maladies sont la polyarthrite rhumatoïde, le lupus, les spondylarthrites et la polymyosite. Egalement le syndrome sec ou syndrome de Gougerot-Sjögren.

³ Rappelons que les statines ont été et sont encore souvent abusivement prescrites à titre préventif, pour faire baisser le taux de cholestérol, malgré leurs effets secondaires et l'absence de preuve d'efficacité réelle dans la prévention des accidents vasculaires (infarctus du myocarde et AVC) dont on a rendu le cholestérol systématiquement responsable en dehors d'hyperlipémies majeures et d'hypertriglycémies le plus souvent familiales ! Mais le poids de l'industrie pharmaceutique est souvent plus fort que l'intérêt commun et la santé publique...

La MALADIE DE LYME, infection bactérienne transmise par les tiques, peut faire évoquer une fibromyalgie, surtout lorsque s'y ajoute la fatigue et les douleurs musculaires et articulaires. Un examen sérologique sanguin permet alors d'orienter le diagnostic.

De NOMBREUSES MALADIES VIRALES s'accompagnent de douleurs musculaires et articulaires et d'une grande asthénie (fatigue générale). On pense en premier lieu à l'hépatite virale et à certains syndromes post-vaccinaux.

Des MALADIES MUSCULAIRES, myopathies et myosites inflammatoires, sont à éliminer grâce à certains examens biologiques et parfois grâce à une biopsie musculaire.

Certaines MALADIES DE LA THYROÏDE (hypothyroïdie ou hyperthyroïdie) sont responsables de douleurs musculaires et d'une intense fatigue. Les conséquences métaboliques des atteintes des glandes parathyroïdes peuvent être aussi douloureuses.

Les douleurs musculaires et squelettiques liées à un SURMENAGE SPORTIF OU PROFESSIONNEL donnent des crampes ou des douleurs diffuses, en particulier au niveau des tendons.

Le DIABETE PHOSPHATE IDIOPATHIQUE et la maladie d'Ehlers Danlos ou hyperlaxité congénitale sont parfois évoqués.

Le FREQUENT SYNDROME DE DEFICIENCE POSTURALE, très méconnu des médecins, est la source de douleurs diffuses

parfois difficile à étiqueter, d'autant qu'elles s'accompagnent aussi de signes extra-rachidiens.

Le contexte, l'examen clinique et les examens complémentaires permettent assez facilement d'éliminer un cancer ou, plus difficilement, le syndrome paranéoplasique qui l'accompagne.

La rare OSTEOMALACIE, maladie causée par un profond déficit en vitamine D, est la cause de douleurs musculaires importantes.

La MALADIE DE PARKINSON également. Mais les douleurs sont bien différentes et le diagnostic différentiel en est théoriquement facile.

Le tableau clinique peut parfois faire penser à une SCLEROSE EN PLAQUE. La ponction lombaire et l'IRM du cerveau et de la moelle épinière permettent d'éliminer le diagnostic.

Le SYNDROME DEPRESSIF, enfin, est souvent le responsable d'une grande fatigue et de douleurs diffuses.

Sans qu'aucune étude ait pu le démontrer de façon formelle, on a évoqué et on évoque toujours un terrain particulier : il s'agirait ainsi plus souvent d'une femme, entre 40 et 50 ans, qui serait hypersensible à l'environnement, hyperactive, souvent anxieuse et dotée d'une hypersensibilité des sens : une hyperosmie pour l'odorat, une hyperacousie pour l'audition, une hyperalgie pour expliquer un ressenti amplifié de la douleur.

L'existence d'un terrain psychologique « particulier » est très controversée. Un terrain ou un contexte familial existe par contre parfois.

EXISTE-T-IL PLUSIEURS FORMES DE FIBROMYALGIE ?

Certains distinguent plusieurs formes de fibromyalgies.

Les formes à atteintes articulaires périphériques prédominantes, ce qui nous paraît échapper à la définition et à la physiopathologie de la maladie.

Les formes avec atteinte prédominante du squelette axial.

Les formes essentiellement myalgiques. Les formes avec douleurs diffuses.

Les formes où existent des signes neurologiques et vasculaires.

Ces distinctions ne présentent pas grand intérêt car la fibromyalgie est une maladie aux signes par définition polymorphes et dont l'association peut varier chez un même malade au cours de sa maladie.

Enfin, et c'est discutable, on parle de fibromyalgies secondaires lorsque les signes de la fibromyalgie coïncident avec une autre maladie, ou qu'elles mêlent leurs symptômes, ou encore lorsque la fibromyalgie s'améliore ou disparaît avec la guérison de cette maladie associée. Il en est ainsi de certaines polyarthrites (polyarthrite rhumatoïde), du lupus érythémateux

disséminé, de spondylarthrites, de quelques maladies endocriniennes (dysthyroïdies) ou infectieuses.

Il s'agit plus vraisemblablement d'association fortuite entre des maladies partageant des symptômes communs. Ou d'erreurs de diagnostic, les symptômes attribués à une fibromyalgie étant en réalité des signes propres de la maladie rhumatismale qui en est un diagnostic différentiel.

Sans qu'aucune étude ait pu le démontrer de façon formelle, on a évoqué et on évoque toujours un terrain particulier : il s'agirait ainsi plus souvent d'une femme, entre 40 et 50 ans, qui serait hypersensible à l'environnement, hyperactive, souvent anxieuse et dotée d'une hypersensibilité des sens : une hyperosmie pour l'odorat, une hyperacousie pour l'audition, une hyperalgie pour expliquer un ressenti amplifié de la douleur.

QUE VAIS-JE DEVENIR ?

La fibromyalgie est le type même de maladie handicapante mais de bon pronostic à long terme. C'est une maladie dont on ne meurt pas.

La fibromyalgie est une maladie chronique et son évolution se fait par poussées de rythme et de durée variable. Celles-ci sont très influencées par des facteurs déclencheurs qui sont essentiellement l'humidité et le froid, en réalité tout changement climatique, et surtout le manque de sommeil et le stress. Ces facteurs déclencheurs sont souvent très personnels, ce qui permet à chacun de prévenir une poussée en les évitant le mieux possible.

Disons tout de suite que le traitement idéal n'existe pas et qu'à chaque malade correspond un traitement et une prise en charge individualisés.

L'évolution est tout de même parfois favorable. Dans près d'un cas sur deux, avec le temps et le traitement, on observe une rémission durable, voire une guérison. Les signes régressent lentement ou deviennent épisodiques. Les signes du diagnostic (le nombre des points de Yunus ou certaines signes associés) diminuent en intensité ou même disparaissent.

Dans 25% des cas les signes se stabilisent et la maladie devient chronique pour de longues années, avec des accalmies ou des périodes d'exacerbation au rythme des poussées.

Dans 25 à 30% des cas, des poussées surviennent, et le tableau clinique s'enrichit avec l'installation d'autres signes, obligeant à adapter et à modifier régulièrement le traitement.

Les poussées ne signifient pas obligatoirement que la maladie s'aggrave peu à peu. Il s'agit le plus souvent seulement d'une recrudescence des douleurs et des symptômes entre deux périodes de relative accalmie. Jouent ici le rôle essentiel des facteurs favorisants et déclencheurs. Le catastrophisme qui accompagne une maladie parfois désespérante joue un rôle dans la continuité des douleurs, accompagné d'une relative perte d'estime de soi.

Et parfois, la clinique se complète de symptômes nouveaux tandis que certains disparaissent du tableau habituel.

Cette évolution en dents de scie n'est pas forcément grave mais elle influe sur la vie de tous les jours, personnelle et professionnelle, conduisant à de fréquents arrêts de travail et à des changements itératifs de traitements.

De la même façon, l'apparition de symptômes nouveaux peut conduire à faire de nouveaux et nombreux examens complémentaires inutiles. Pour éviter cela, il est nécessaire que le malade se fasse suivre par le même médecin référent, qui le connaît bien et, une fois le diagnostic établi, qu'il évite de passer d'un médecin à un autre.

La chronicité, l'importance et le nombre des médicaments justifient assez souvent que le malade bénéficie du statut

de maladie prise en charge à 100%. Le dossier pour obtenir ce statut doit être solide et étayé.

Parfois, le handicap justifie ou justifierait que le malade bénéficie aussi d'une mise en invalidité. Là, plus encore, cette obtention est difficile.

Mais en règle générale, la mise en invalidité n'est pas un service à rendre au malade, du fait des conséquences psychologique et sociale que cela entraîne dans une maladie qui se porte bien d'une activité physique et sociale la plus normale possible.

L'évolution est celle d'une maladie chronique, avec des phases d'amélioration et des périodes d'aggravation des symptômes. Il est essentiel de ne pas changer sans cesse de médecin.

LES ORIGINES DE LA FIBROMYALGIE

Si on ne reconnaît pas encore officiellement d'étiologie précise à cette maladie, on signale cependant la forte probabilité de facteurs environnementaux : stress, alimentation, intoxications, sédentarité et perturbations métaboliques ou hormonales.

On a évoqué aussi l'existence d'éventuels, mais plus rares, facteurs de prédisposition génétique.

De nombreuses études sont entreprises afin de découvrir les origines de la fibromyalgie, ce qui est l'étape indispensable pour trouver un traitement efficace.

Tous les spécialistes s'accordent aujourd'hui à penser qu'il existe à la base un trouble de la modulation douloureuse :

LA PHYSIOPATHOLOGIE DE LA FIBROMYALGIE

Une baisse du seuil douloureux qui fait ressentir comme douloureux un stimulus qui ne l'est ordinairement pas. Cela explique les allodynies (douleur à la pression et à l'effleurement par exemple) ;

Une amplification inhabituelle de la réponse nerveuse à un stimulus douloureux. Cela explique l'hyperalgésie (douleur anormalement vive) et peut-être l'hyperosmie

(sensibilité particulière aux odeurs) et l'hyperacousie (sensibilité accrue aux sons) ;

Une accentuation de l'étendue de la zone de sensation douloureuse. Cela explique l'augmentation de la sensibilité et son débordement de la zone stimulée ;

Une inefficacité des circuits de maîtrise et de rétrocontrôle de la douleur. Cela explique la prolongation anormale de la durée de la douleur.

LES MECANISMES DE LA DOULEUR

La plupart des constatations symptomatiques font que l'on pense de plus en plus que la maladie serait une maladie d'origine neurologique, celle d'une perturbation de la modulation de la douleur.

Les mécanismes de la douleur sont de mieux en mieux connus. La stimulation de certaines fibres nerveuses sensibles, au niveau de la peau et des organes, engendre un influx nerveux qui passe par la moelle épinière, parvient au cerveau et déclenche alors une perception douloureuse, ou pas. En effet, durant ce cheminement de l'information dans les cellules nerveuses, tout un système en boucles établies depuis la moelle épinière permet le contrôle de la perception douloureuse. La fibromyalgie serait liée à une perturbation du contrôle central de la douleur.

Dans la fibromyalgie, il n'est pas nécessaire qu'existe une lésion du tissu innervé par cette fibre sensitive. La pression, le toucher, l'application de froid ou de chaleur suffisent à déclencher le mécanisme neurologique.

En situation normale, l'influx nerveux est créé ou inhibé par des neuromédiateurs chimiques comme la substance P, la sérotonine ou l'histamine. L'influx naît au niveau de ce qu'on appelle un « nocirécepteur » (récepteur nerveux sensible à un stimulus nocif pour le corps). Il en existe plusieurs types : les mécanorécepteurs qui sont sensibles à l'étirement, les barorécepteurs sensibles à la pression, les chémorécepteurs sensibles à des substances chimiques, d'autres récepteurs sensibles au froid ou à la chaleur...

Parvenue au niveau du cerveau, la sensation est analysée et transformée ou non en sensation douloureuse. Des structures nerveuses, dont certaines sont situées dans le tronc cérébral (zone de jonction entre la moelle épinière et le cerveau proprement dit), vont intervenir soit pour couper l'influx nerveux en cause, soit pour le laisser passer et déclencher alors la sensation douloureuse. Ou encore pour amplifier cet influx en intensité ou en localisation, ou même encore pour le pérenniser ce qui fera durer la douleur. Tout ceci se passe par l'intermédiaire de substances chimiques produites par les cellules nerveuses. Ces substances sont ce que l'on nomme des neurotransmetteurs.

En effet, à tous les étages du système nerveux central (le cerveau et la moelle épinière), mais aussi périphérique (les nerfs), des substances facilitent, diminuent ou bloquent les influx douloureux.

Chacun de nous possède ainsi un seuil douloureux plus ou moins bas ou haut, qui détermine l'intensité douloureuse ressentie. Ce n'est pas de la psychologie mais c'est de la biologie. En réalité, les gens dites « *douillettes* » ont un seuil naturellement bas, et les gens dites « *dures à la douleur* » ont un naturellement seuil haut. **Personne ne doit avoir honte d'être l'un ou se glorifier d'être l'autre. Il n'y a**

donc aucune légitimité, surtout pour un médecin, à porter de jugement de valeur sur la perception de la douleur d'autrui.

Dans la fibromyalgie, bien qu'il ne s'agisse pas de gens douillettes, il semblerait que le seuil douloureux soit anormalement bas et que les mécanismes de contrôle de la douleur soient défaillants. En conclusion, la fibromyalgie serait une maladie neurologique liée à un trouble de la modulation de la douleur, mettant alors le malade dans un état d'allodynie généralisée (douleur survenant à la moindre stimulation, le toucher par exemple).

QUELQUES CONSTATATIONS OBJECTIVES

IL N'Y A PAS DE SIGNES D'INFLAMMATION DES TISSUS

Les études biochimiques montrent le rôle de médiateurs locaux comme l'acide lactique, l'ATP (adénosine triphosphate) et les cytokines. On observe une augmentation de substances de l'inflammation comme les interleukines. De la même façon, les taux de substances intervenant dans la réponse inflammatoire comme la sérotonine, l'arginine et la substance P, qui est augmentée mais de façon inconstante dans le liquide céphalo-rachidien des malades (liquide dans lequel baigne le cerveau, la moelle épinière et les méninges). Cette augmentation est contrôlée par le système nerveux sympathique.

La fibromyalgie n'est pas, pour autant, une maladie inflammatoire. Autant cliniquement que biochimiquement. Et cela explique que les médicaments anti-inflammatoires y sont totalement inefficaces.

L'IRM fonctionnelle cérébrale (imagerie par résonance magnétique étudiée sous l'action de certaines substances biochimiques) et le SPECT montrent que le système nerveux central est impliqué dans la fibromyalgie, expliquant ainsi les troubles de l'humeur et du sommeil. C'est pour cela que les antalgiques sont régulièrement et relativement inefficaces, y compris les opioïdes (dérivés de l'opium), et que seuls sont souvent efficaces certains antidépresseurs et, en dehors de toute épilepsie, les anticonvulsivants (antiépileptiques).

ON NE RETROUVE PAS D'ANOMALIES MUSCULAIRES

L'hypothèse d'une maladie musculaire a été abandonnée.

Dans la fibromyalgie, les études électromyographiques restent normales. Et si le microscope électronique a parfois montré des dépôts graisseux et des anomalies structurales dans les parois des cellules musculaires, cela n'est pas constant. Il a été aussi retrouvé des zones de striction et d'étranglement des fibres musculaires, mais cela est encore discuté. Ont encore été notées, mais sans que cela soit également constant, des atrophies musculaires, des déficits en ATP et en ADP (toutes deux molécules énergétiques de la cellule) ou une réduction de la vascularisation musculaire.

Certains médecins et chercheurs évoquent une anomalie de l'oxygénation tissulaire. Les lésions histologiques constatées parfois, bien que non constantes ni spécifiques, iraient volontiers dans le sens de cette hypothèse. Mais toutes ces anomalies constatées au microscope pourraient être secondaires à des microtraumatismes musculaires ou au simple « déconditionnement » (perte des repères de bon fonctionnement de la cellule) secondaire aux douleurs et à l'inactivité. Il n'en demeure pas moins que le

fibromyalgique profite des exercices d'oxygénation de son organisme.

Sur le plan physiologique, il est constaté que les fibromyalgiques ont un peu moins de force musculaire, beaucoup moins d'endurance et une captation d'oxygène maximale moindre que les sujets normaux. C'est ainsi que les différentes études mettent en évidence un muscle qui semble contracturé et hypoxique (manquant d'oxygène). On retrouve une augmentation du taux de lactate dans les muscles du fibromyalgique, pouvant expliquer les douleurs et crampes musculaires (comme chez le sportif) et témoignant en particulier d'un métabolisme en état d'ischémie vraisemblable (souffrance liée à l'insuffisance de vascularisation et d'oxygénation cellulaire).

Sur le plan fonctionnel, la résonance magnétique SPECT montre une altération fonctionnelle du muscle expliquant la faible tolérance à l'exercice mais n'expliquant pas le pourquoi de la maladie.

Et, contre l'hypothèse d'une maladie musculaire, on ne retrouve pas d'anomalie à l'EMG (électromyographie), ni en microscopie électronique, ni lors d'étude histochimiques ou lors de biopsies musculaires.

En définitive, le déconditionnement musculaire observé chez le fibromyalgique peut expliquer à lui seul toutes les anomalies objectives retrouvées.

Malgré les similitudes avec les conséquences cliniques connues de l'acidose métabolique, personne n'a encore osé faire le lien avec celle-ci. Et pourtant, les recommandations des sociétés savantes (APS et AWMF) pour le traitement de la fibromyalgie, fondées sur des études importantes, font état de l'importance de l'exercice physique en aérobie (avec

une oxygénation suffisante du corps). Or, l'exercice en aérobie favorise la lutte contre l'acidose métabolique !

ON RETROUVE DES ANOMALIES AU NIVEAU DES SUBSTANCES MEDIATRICES LOCALES DE LA DOULEUR

Le rôle des neurotransmetteurs est avancé car il existe, dans la fibromyalgie, des anomalies importantes de ceux-ci, en particulier de la substance P et de la sérotonine. Elles pourraient expliquer la quasi-totalité des troubles.

Pour fournir une explication à la perturbation du schéma douloureux, certains chercheurs citent un possible trouble du métabolisme de la substance P. Cela expliquerait ainsi l'abaissement du seuil de la sensibilité à la douleur.

Nous avons vu plus haut que les récepteurs à la douleur étaient sensibles à l'acidité du milieu dans lequel ils baignent. De plus, l'acidité accroît l'action de certaines substances « algogènes » (génératrices de la sensation douloureuse) dont la substance P. Or, cette substance P est un neurotransmetteur intervenant dans la perception de la douleur et il en existe souvent des taux élevés dans le liquide céphalo-rachidien (LCR) du fibromyalgique. Y est également élevé le taux de GNF (ou « nerve growth factor »), substance impliquée dans cette plasticité cérébrale qui est la capacité du cerveau à développer des interconnexions nouvelles entre les neurones et entre le cerveau et la moelle épinière.

L'existence quasi constante des troubles du sommeil a conduit à pratiquer des enregistrements électriques du sommeil, dits polysomnographiques. Ils mettent en évidence un défaut de sommeil lent profond. Un manque de neurotransmetteurs telle la sérotonine pourrait en être l'explication. Il semble en outre qu'il existe un lien entre le

sommeil profond et la fabrication de la substance P. cela peut expliquer l'efficacité du traitement par certains antidépresseurs.

Comme la substance P a besoin de la sérotonine pour exercer son action de façon efficace, d'autres chercheurs évoquent la baisse du taux de sérotonine dans le cerveau. Ce neurotransmetteur est en effet abaissé chez les malades fibromyalgiques. La sérotonine joue un rôle dans la modulation de l'information douloureuse. On la retrouve également abaissée dans la dépression, dans l'anxiété, dans certaines migraines, et dans ces troubles du sommeil qui sont constants dans cette maladie. Cette baisse de la sérotonine pourrait ainsi expliquer la dépression et les troubles de l'humeur des malades atteints de fibromyalgie.

Élaborée dans le tronc cérébral à partir d'un acide aminé nommé tryptophane, la sérotonine intervient donc dans le contrôle et la transmission de la douleur. Cette baisse de la sérotonine serait secondaire au blocage des récepteurs cellulaires à la sérotonine. Comme une étude l'a montré, en 1999, le blocage serait d'origine génétique, entraînant une altération du promoteur du gène du transporteur de la sérotonine. Cela pourrait donc expliquer la fréquence observée des migraines, des troubles dépressifs et des troubles du sommeil constants (avec une altération du sommeil lent profond), ainsi que la fréquence de certains troubles digestifs.

C'est sans aucun doute pour cela que certains antidépresseurs qui augmentent le taux de sérotonine dans le cerveau font partie des quelques rares traitements efficaces dans la fibromyalgie.

Le rôle des neuromédiateurs semble donc important et justifie, pour certains, la supplémentation en magnésium comme en

acides gras de type oméga 3 et 6, lesquels sont des adjuvants dans la synthèse de ces molécules. Et on connaît en outre les dérèglements du métabolisme de la sérotonine dans l'acidose métabolique que peut combattre une bonne oxygénation des tissus.

IL EXISTE DES TROUBLES DU SYSTEME NERVEUX CENTRAL

Toutes ces variations des neuromédiateurs valident l'hypothèse d'un dérèglement nerveux central (au niveau de la moelle épinière et du cerveau) à l'origine de la fibromyalgie.

Les douleurs, les troubles du sommeil, les troubles de l'humeur évoquent une origine neurologique centrale, mais aussi l'augmentation des perceptions du goût et de l'odorat. Cette origine centrale peut aussi expliquer l'hypersensibilité généralisée et douloureuse étendue à l'ensemble du corps (hyperpathie⁴ et allodynies⁵). Elle peut aussi rendre compte de la baisse du seuil douloureux, des perturbations du système nociceptif (responsable de la douleur) et de la sensibilité médullaire aux tests d'activation des systèmes MMDA, de l'efficacité fréquente des antidépresseurs, de l'hyperactivité des fibromyalgiques avant même l'apparition du syndrome douloureux et des autres signes de la maladie.

Des anomalies cérébrales, donc du SNC (système nerveux central), ont été confirmées par l'imagerie fonctionnelle du cerveau, en particulier au niveau de certaines de ses aires anatomiques superficielles. Elles pourraient être responsables des troubles de l'humeur et des douleurs.

⁴ Hyperpathie : perception exagérée d'une stimulation douloureuse

⁵ Allodynie : perception inadéquate car douloureuse d'une stimulation banale

D'autres techniques d'imagerie ont montré des anomalies de vascularisation au niveau des noyaux gris centraux du cerveau profond, lieu de passage des neurones de la douleur et lieu d'intégration des signaux douloureux par le système à sérotonine.

La production de certains neuromédiateurs (sérotonine, dopamine, noradrénaline et GABA), impliqués dans les phénomènes de la douleur, est perturbée.

Quant aux aires cérébrales corticofrontales, elles gèrent la dimension émotionnelle de la douleur.

La région hippocampique, zone d'importance considérable et particulière située à la base du cerveau, a également montré des signes de dysfonctionnement en corrélation avec la gravité de la maladie. Et, parallèlement, des déficits en neuromédiateurs (dopamine, GABA) dans différentes zones cérébrales sont impliqués dans les circuits de reconnaissance de la douleur.

IL EXISTE AUSSI DES TROUBLES DU SYSTEME NERVEUX PERIPHERIQUE DIT AUTONOME (SNA)

L'hypothèse d'un dérèglement nerveux au niveau du système nerveux périphérique (nerf sympathique et nerf parasympathique, qui innervent tous deux l'ensemble des viscères et règlent le métabolisme) a été étayée par de nombreuses études scientifiques.

Il s'agirait d'une baisse du tonus dans le système nerveux sympathique au niveau de la moelle épinière dont on sait qu'elle commande ou non la transmission de l'information douloureuse jusqu'au système nerveux central, c'est-à-dire jusqu'au cerveau.

De nombreux symptômes « mineurs » de la maladie sont en relation avec une hyperactivité du système nerveux

autonome, en particulier le système sympathique, corrélée à une hyporéactivité du système parasympathique.

Le système nerveux autonome (SNA) est constitué de deux nerfs, le nerf vague ou pneumogastrique (système parasympathique) et le nerf sympathique. L'influx nerveux est transmis, là aussi, par des substances neuromédiatrices, l'acétylcholine et la noradrénaline. Ces nerfs sont chargés de la commande nerveuse, automatique et inconsciente, des viscères et des organes, mais aussi des muscles lisses (cœur, larynx, parois musculaires de l'intestin et des vaisseaux sanguins, muscles de la vessie et des conduits urinaires, muscles des poils ...).

La sympathicotonie correspond à un état d'excitation accrue au niveau du nerf sympathique.

La vagotonie correspond à un état d'excitation accrue au niveau du nerf pneumogastrique.

Il existe normalement un équilibre inverse entre les deux systèmes.

Chez la patiente atteinte de fibromyalgie, on observe un dysfonctionnement de ces deux systèmes. Il s'agit d'un déséquilibre entre les deux systèmes, qui aboutit en particulier à une baisse de la tension artérielle lors du passage à la position debout (hypotension orthostatique), à une augmentation du rythme cardiaque la nuit (tachycardie) et à une vasoconstriction des petits vaisseaux au niveau des extrémités (nez, mains et pieds), rendant la peau blanche et froide avec parfois un phénomène de Raynaud (vasoconstriction douloureuse des extrémités survenant au froid ou aux variations de la température extérieure).

Ces perturbations du système nerveux autonome expliqueraient donc les troubles cardiovasculaires, d'autres troubles

dysautonomiques (troubles de la sudation, de la tension artérielle) ainsi que les dysfonctionnements digestifs. On y voit aussi l'intervention possible du rôle du stress.

Pour conforter cette hypothèse, la substance Y, un neuropeptide impliqué dans la fabrication de noradrénaline, est anormalement basse dans le système sympathique chez le patient atteint de fibromyalgie.

ON RETROUVE LE ROLE IMPORTANT DU STRESS

Un stress est fréquemment décrit par les patients comme étant un élément déclencheur de leur maladie. Qu'il s'agisse d'un traumatisme physique (chute ou accident, accident de la voie publique ou du travail), ou d'un traumatisme psychologique (deuil, viol, divorce) ou encore d'un stress plus anodin de la vie courante. De la même façon, un stress chronique ou prolongé apparaît souvent dans l'histoire des patients fibromyalgiques.

On sait en effet qu'un stress induit un dérèglement du système nerveux autonome et qu'il favorise la production de radicaux libres toxiques pour les cellules.

La réaction au stress génère en retour une perturbation de la sécrétion de cortisol par un dérèglement de l'axe dénommé « hypothalamo-hypophyso-surrénalien ». Cette hormone est fabriquée dans les surrénales, ces glandes situées au-dessus des reins. On note fréquemment une baisse de cortisol chez les malades atteints de la fibromyalgie.

Le stress est également en lien avec une augmentation des récepteurs cellulaires aux catécholamines (adrénaline et noradrénaline, qui sont les neuromédiateurs du système sympathique). Il l'est aussi avec une augmentation de l'activité cholinergique (l'acétylcholine est le neuromédiateur du système parasympathique). Ces

anomalies témoignent de la perturbation du système nerveux autonome, sympathique et parasympathique.

Ajouté à la relaxation et à une meilleure hygiène générale de vie, un sommeil de durée suffisante et de bonne qualité permettrait alors une bonne récupération au niveau neuronal et contribuerait à atténuer les symptômes douloureux. C'est ce que l'on observe effectivement.

Dans le même esprit, le stress perturbe la production d'une hormone de croissance (la somathormone ou STH) dont on sait qu'elle intervient, à l'égal du cortisol, dans la modulation des processus douloureux.

CERTAINS EVOQUENT LA PARTICIPATION D'UN TROUBLE HORMONAL

Le rôle des hormones féminines est un autre axe de recherche.

On constate en effet la forte prédominance de la maladie chez les femmes (70%) et la fibromyalgie apparaît assez fréquemment au moment de la ménopause sans pour autant que l'on sache par quel mécanisme.

L'on sait aussi le lien qui existe entre les stéroïdes sexuels et l'axe hypothalamo-hypophysaire dont nous avons déjà parlé. Et le lien qui lie le cortisol à la régulation de la douleur ! En effet, à la base du cerveau, une petite zone, l'hippocampe, est atteinte, témoignant du rôle du stress et d'un trouble de la sécrétion du cortisol. On a vu le rôle du cortisol dans la régulation du stress.

Le rôle de l'hormone de croissance (STH) et de la somatomédine C (dont on constate la baisse dans la fibromyalgie) a été évoqué. Cela pourrait expliquer le lien avec les troubles du sommeil. Cette hormone est fabriquée dans la thyroïde durant les phases 3 et 4 du sommeil. Elle joue un rôle dans la réparation et la récupération

musculaire. Des injections expérimentales d'hormone de croissance améliorent la fibromyalgie.

On note également une élévation du taux de la prolactine (hormone impliquée dans la lactation) dans le sang des malades atteintes par la maladie.

Les endorphines sont des opioïdes naturels fabriqués par notre organisme. Elles modulent les sensations douloureuses et sont en lien avec la substance P qui est vraisemblablement le neuromédiateur par l'intermédiaire duquel elles agissent. Cependant, contre l'hypothèse de leur rôle, leur taux n'est pas modifié dans la fibromyalgie. Et les antalgiques de la famille des opiacés ne sont que peu efficaces dans le traitement de ces douleurs.

IL Y A VRAISEMBLABLEMENT UNE PREDISPOSITION GENETIQUE

Les facteurs génétiques et environnementaux sont avancés par certains. On reconnaît une prévalence importante dans certaines familles (plus de huit fois plus fréquentes s'il existe des cas dans la famille). Mais il est difficile de faire la part entre l'intervention de la prédisposition génétique et le rôle d'un environnement familial délétère commun (avec un environnement traumatique ou toxique ou de mauvaises habitudes alimentaires familiales par exemple).

L'influence de gènes comme l'antigène DR4, ceux intervenant dans les métabolismes de la sérotonine, de la dopamine, des catécholamines (médiateur du système neurologique sympathique), de la substance P ou de la monoamine oxydase (MAO), a été aussi évoquée.

On a mis en évidence, dans quelques cas, des gènes de susceptibilité à la maladie, comme l'un d'eux qui code le

transporteur de sodium dans les ganglions de système sympathique. Mais ce ne sont que des facteurs d'une éventuelle fragilité à la maladie.

Le nombre de gènes atteints pourraient peut-être déterminer l'importance des symptômes et la gravité de la maladie.

Au total, seule la perturbation du métabolisme ou de l'utilisation de la sérotonine, neurotransmetteur essentiel, est patente, mais nous ne savons pas s'il s'agit d'une cause de la maladie, d'un phénomène accompagnateur, ou plutôt d'une de ses conséquences.

ON MET EN AVANT LA RESPONSABILITE DE TROUBLES DE LA MICROCIRCULATION

L'hypothèse vasculaire est évoquée dans une récente recherche américaine qui met en évidence, au niveau des muscles, un dysfonctionnement du shunt artério-veineux (zone de passage du sang entre artériole et veinule) qui permet à l'organisme de maintenir un bon équilibre thermique. L'anomalie de cette soupape entre artériole (oxygénation et nutrition des cellules) et veinule (élimination des toxiques) entraîne une accumulation d'acide lactique dans les muscles et les tissus profonds. Cela expliquerait les douleurs et les crampes, comme ce qui se passe chez le sportif lors d'efforts prolongés ou violents. Le désordre engendré par cette insuffisante oxygénation tissulaire enverrait des messages erronés au cerveau (SNC) et aux nerfs de la douleur. Ces désordres vasculaires seraient également présents dans certaines régions du cerveau chargées de la perception douloureuse ou de la réponse émotionnelle à la douleur.

CERTAINS EVOQUENT AUSSI LA THESE D'UN TROUBLE POSTURAL

Les fréquents troubles de l'articulé dentaire observés dans la fibromyalgie (difficulté à réaliser l'occlusion de dents liée à un mauvais alignement des dents) conduisent à faire le rapprochement avec les perturbations de certains neurotransmetteurs impliqués dans la croissance dysharmonieuse de la mâchoire (la substance P d'origine dentaire). A moins que ce trouble de l'articulé dentaire soit une association fortuite ou n'agisse que par le trouble postural qu'il entraîne. Un syndrome postural est souvent à l'origine, également, de douleurs dans l'ensemble du corps (rachis dorsolombaire, tête et système de l'équilibre, épaules et bassin, membres inférieurs dont les pieds), autour de l'axe central que constitue le rachis, en particulier lombaire, qui est perturbé dans ce déficit postural.

L'EXPLICATION DES NATUROPATHES

Il existe d'autres hypothèses pathogéniques, dont aucune n'a bénéficié, jusqu'alors, d'études ni de preuves scientifiques établies.

Certains naturopathes mettent en cause une éventuelle intoxication par les métaux lourds (dérivés mercuriels), les dioxines, les pesticides, l'aluminium, mais sans qu'aucune preuve scientifique n'ait pu en être apportée.

De la même façon, ils évoquent la possibilité d'un trouble de la détoxification par le foie des peroxydes qui altèrent nos protéines et perturbent toutes les chaînes biologiques de notre corps. C'est pour cette raison qu'ils proposent l'essai de traitements par les antioxydants. Ces thèses sont

purement spéculatives mais méritent tout de même d'être vérifiées ou gardées en réserve.

Quelques chercheurs ont constaté la fréquence, chez les patients, de taux anormalement élevés dans les urines de métabolites bactériens et surtout fongiques (champignons). Cela témoignerait d'une colonisation anormale de l'intestin par ces micro-organismes.

Parmi ces métabolites, il s'agirait essentiellement de l'acide tartrique, sécrété par les germes. L'acide tartrique serait un produit toxique pour les muscles car il entrerait en compétition avec l'acide malique, lui-même élément important de la production de l'énergie des cellules musculaire par le cycle biochimique appelé cycle de Krebs. Cela fournirait une explication aux douleurs musculaires, à la fatigue, à l'hypoglycémie et aux autres hypofonctionnements divers constatés dans la fibromyalgie. Ces hypothèses ne sont cependant nullement constantes ni vérifiées.

IL POURRAIT Y AVOIR UN ROLE DES INFECTIONS BACTERIENNES ET VIRALES

Par contre, il existe une association fréquente, entre 10 et 40% des fibromyalgiques, avec une maladie de Lyme ancienne, infection liée à un micro-organisme, la borrelia, transmis par les tiques. Sans doute les douleurs diffuses entrent-elles alors, dans ce cas, dans le cadre d'une maladie de Lyme passée à la chronicité ?

De même, l'association avec une infection ancienne par le parvovirus, responsable de la 5^e maladie de l'enfant. Mais la grande fréquence de celle-ci milite en faveur d'une association fortuite. La survenue d'une fatigue chronique avec ou après la maladie d'Epstein-Barr (la mononucléose

infectieuse) n'a aucune signification, les symptômes n'ayant rien de commun avec la fibromyalgie.

Le rôle des infections à mycoplasmes est plus discutable.

Par contre, la fibromyalgie est la première cause de douleurs musculo-squelettiques chroniques observées dans l'infection par le VIH (40%). Mais s'agit-il alors encore vraiment d'une fibromyalgie ?

La survenue après une vaccination interpelle, mais il s'agit plus vraisemblablement d'un concours de circonstance et la relation reste à explorer.

On évoque aussi la possibilité d'un lien entre fibromyalgie et certaines bactéries intestinales. Notre intestin est colonisé par de très nombreuses bactéries commensales, c'est-à-dire vivant en harmonie avec notre corps. Elles participent à la digestion dont elles sont un acteur indispensable. Elles fabriquent des vitamines et protègent notre milieu intérieur contre les agressions de bactéries plus agressives se trouvant dans nos aliments. Elles fabriquent aussi une substance d'origine lipidique intervenant dans le fonctionnement de notre immunité et dans le développement des allergies digestives et cutanées. Un déséquilibre de cette flore intestinale appelée microbiote, peut avoir des conséquences sur le fonctionnement général du corps. Une de ces conséquences serait un dérèglement des mécanismes de la douleur.

Si l'on accepte cette thèse, cela justifie l'entretien d'un microbiote de qualité par les prébiotiques.

Signalons que l'acidose métabolique chronique agit sur le milieu intérieur intestinal en perturbant le fragile équilibre bactérien.

LE ROLE DE L'IMMUNITE ET L'ASSOCIATION AVEC DES MALADIES AUTO-IMMUNES

Il est toujours débattu de l'origine auto-immune de la fibromyalgie. En effet, il existe des faits troublants, en particulier la prédominance de la maladie chez la femme, dont on sait qu'elle est le terrain de prédilection des désordres immunitaires.

Mais on signale également la présence éventuelle, dans la maladie, de facteurs antinucléaires et antipolymères, cependant à dose faible et fluctuante. On note également l'association possible à des facteurs antithyroïdiens ou à d'autres anticorps. Enfin, on remarque parfois la baisse de certaines fractions du complément sérique, elle aussi inconstante et variable dans le temps.

Des recherches se font plutôt dans la direction d'une association particulière avec d'autres maladies où les anomalies auto-immunes sont fréquentes : lupus, maladies thyroïdiennes, spondylarthrites ankylosantes, affections intestinales inflammatoires, polyarthrite rhumatoïde, syndrome de Sjögren ou syndrome sec, hépatite chronique et cirrhose biliaire primitive. Et l'on s'interroge aussi sur le rôle éventuellement déclencheur de certaines vaccinations ou d'infections virales ou microbiennes.

Ce serait les cytokines, impliquées dans de nombreuses maladies dysimmunitaires (troubles du fonctionnement de l'immunité), qui joueraient un rôle, en influant vraisemblablement sur la fabrication de la substance P. Mais rien n'est encore prouvé. Il peut s'agir de la coexistence fortuite entre deux maladies somme toute assez fréquentes ou dont les symptômes sont proches. Mais on peut s'interroger tout de même quand les symptômes douloureux chroniques cèdent après un

traitement efficace de la maladie rhumatismale. Rappelons tout de même que les symptômes de la fibromyalgie ne sont pas spécifiques de celle-ci et se rencontrent dans de nombreuses autres maladies.

L'OBESITE POURRAIT PEUT-ETRE JOUER UN ROLE

Malgré la fréquente maigreur des fibromyalgiques, l'influence néfaste de l'obésité explique que les recommandations thérapeutiques concernent également la maîtrise du surpoids. Mais il est possible, ce que personnellement je pense, que le surpoids soit secondaire ou facilité par les mêmes désordres biologiques que ceux qui sont responsables du déclenchement de la fibromyalgie. C'est-à-dire par l'acidose métabolique chronique de bas niveau. Il s'agirait donc d'une association de deux maladies dont les origines physiopathologiques sont voisines. Cependant, on sait aussi qu'une obésité favorise et entretient une acidose chronique, et peut donc déclencher des symptômes ressemblant à ceux de la fibromyalgie.

LA THESE D'UN TROUBLE DE L'EQUILIBRE ACIDO-BASIQUE RESTE A EVOQUER

Enfin, une dernière hypothèse que je considère comme intéressante mais n'est cependant non encore vérifiée, serait le lien avec un éventuel trouble de l'équilibre acido-basique de l'organisme.

On a mis en évidence chez les fibromyalgiques une baisse de la calcémie, que personne jusqu'ici n'a pu expliquer. Peut-être est-ce en lien avec une très fréquente baisse ou une carence en vitamine D. Une acidose chronique de bas niveau, biologiquement indétectable, en est également responsable.

Quant à nous, nous émettons l'hypothèse que la fibromyalgie ou certaines formes de la fibromyalgie, pourrait être favorisée, aggravée ou entretenue par un trouble de l'équilibre acido-basique. Et cela ne vient en aucune façon contrarier l'hypothèse du rôle des neurotransmetteurs évoquée plus haut. Au contraire.

Cela repose sur la fréquente constatation d'un pH urinaire bas, donc acide, chez de nombreux malades atteints de fibromyalgie observant une hygiène de vie et une hygiène alimentaire compatibles avec la survenue d'un tel trouble métabolique.

L'asthénie et les douleurs musculaires diffuses s'apparentent à celles que l'on observe dans les cas d'acidose lactique, quand le muscle est contraint de fonctionner en anaérobiose, c'est-à-dire en déficit d'oxygène. Ce déficit en oxygène est d'ailleurs rencontré dans les acidoses métaboliques aiguës ou chroniques, y compris torpides. Il est également rencontré dans l'acidose métabolique chronique de bas niveau.

L'état de sympathicotonie rencontré dans l'acidose chronique peut tout à fait expliquer les troubles digestifs et les troubles dysautonomiques de la fibromyalgie (perturbations du système nerveux viscéral).

Comme on le sait désormais, les symptômes douloureux pourraient s'expliquer par le trouble de la modulation de la douleur secondaire à un dysfonctionnement de la sérotonine et de la substance P, comme par l'action algogène (action provoquant des douleurs) directe du potassium et, surtout, des ions hydrogène que l'on retrouve de façon excessive dans l'acidose chronique de bas niveau.

On note enfin une fréquente amélioration des symptômes, et au premier chef des douleurs musculaires, de la fatigue, des

troubles du sommeil, et digestifs, après quelques mois de correction de l'acidose tissulaire chronique et de la normalisation du pH urinaire contrôlée par des mesures simples (voir mon livre « Guérir, mode d'emploi », un ouvrage qui traite le sujet de l'acidose métabolique chronique de bas niveau et des nombreuses pathologies que ce trouble occasionne.).

AINSI, CE QUE LA FIBROMYALGIE N'EST PAS

UNE MALADIE INFLAMMATOIRE

De toute façon, on l'a vu, ce qui apparaît désormais comme étant certain, c'est que la maladie fibromyalgique n'est pas une maladie inflammatoire. Tous les marqueurs biologiques de l'inflammation, même les plus complexes et les plus fins, sont normaux.

Les anti-inflammatoires et les corticoïdes sont en conséquence totalement inutiles, voire néfastes.

Les antalgiques classiques sont également le plus souvent insuffisants ou inefficaces, quand ils n'accroissent pas certains symptômes, peut-être par l'acidité propre qu'ils induisent. Leur mode d'action sur la douleur n'est, dans tous les cas, pas adapté à ce type de maladie. Sauf, peut-être, en ce qui concerne le tramadol et à un moindre degré et très inconstamment le paracétamol.

UNE MALADIE AUTO-IMMUNE

Il ne s'agit vraisemblablement pas non plus d'une maladie auto-immune, au sens propre du terme, comme la polyarthrite rhumatoïde ou le lupus. Les marqueurs de l'immunité cellulaire sont normaux. Les marqueurs de

l'immunité tissulaire sont également le plus souvent normaux. Quand certains d'entre eux sont élevés (10 à 30% des cas), ils sont inconstants et variables dans le temps, et ils évoluent rarement vers une maladie auto-immune classique. Soulignons tout de même que l'acidose induit aussi parfois des anomalies biologiques immunologiques transitoires trompeuses. En tout cas, si des traitements immunosuppresseurs sont par erreur tentés, on n'en observe que les effets indésirables mais aucune action thérapeutique véritable.

UNE MALADIE PSYCHOLOGIQUE OU PSYCHIATRIQUE

Enfin, et de nombreuses études l'ont démontré, il ne s'agit pas non plus d'une maladie psychologique ou psychiatrique. L'explication d'un trouble anxieux ou dépressif est trop simpliste. Un syndrome dépressif ne donne pas les douleurs musculaires de la fibromyalgie. Par contre, si les antidépresseurs ont parfois un effet favorable sur les douleurs de la fibromyalgie, c'est par leur action antalgique propre ou par leur action sur les neurotransmetteurs de la douleur.

Les troubles psychologiques que l'on y rencontre sont plutôt la conséquence de douleurs chroniques difficiles à vivre. Et si une dépression est notée, elle serait la conséquence d'un trouble de la sérotonine. Par ailleurs, le lien avec une quelconque névrose hystérique est aujourd'hui complètement rejeté.

La fibromyalgie n'est donc pas une maladie psychiatrique : ni une somatisation, une hypocondrie, ou une hystérie. Ni une maladie psychosomatique ni une dysmorphie corporelle. Ni une maladie mentale.

Il s'agit donc d'une maladie organique véritable, que l'on peut parfaitement décrire et authentifier, mais dont on ne

connaît pas encore les mécanismes intimes ni les causes précises.

C'est sans doute pourquoi aucun traitement ne semble avoir actuellement d'effet curateur. Quelques uns apportent un peu de soulagement à tel ou tel symptôme : atténuation temporaire des douleurs, lutte contre la dépression, sédation de l'anxiété, amélioration du transit ou du sommeil.

Les traitements proposés par la médecine conventionnelle font appel aux antalgiques, y compris majeurs, aux sédatifs et aux antidépresseurs (en particulier les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine), à l'hypnose et au biofeedback⁶, à la kinésithérapie, à la relaxation, aux vitamines, aux compléments alimentaires (les oligo-éléments, les acides oméga 3 et oméga 6, le 5-hydroxytryptophane, l'acide malique et le magnésium), aux antioxydants, aux cures thermales et aux thérapeutiques psychologiques cognitives et comportementales.

Malheureusement, la maladie est sujette au nomadisme médical, chaque thérapeute, désespéré, renvoyant le patient d'un médecin spécialiste à un autre !

Des publications mettent désormais en garde contre certains traitements comme la kétamine (qui est neurotoxique et à risque de sensibilisation, donc contre-indiquée dans les maladies chroniques), contre les morphiniques (dont on rappelle que l'association avec le paracétamol, substance cannabimimétique c'est-à-dire imitant les effets du cannabis, peut être dangereuse pour le foie). La mise en garde peut être étendue aux autres anesthésiques, contre

⁶ Biofeedback : réaction en retour à une action biologique

les myorelaxants et contre les psychotropes (sédatifs comme les neuroleptiques).

J'AI ESSAYÉ TOUS LES TRAITEMENTS

La fibromyalgie est donc une maladie connue. Elle est en général de bon pronostic même si elle est une maladie souvent chronique et si ses symptômes sont à l'origine d'un véritable handicap.

Malgré cela, il n'y a cependant pas de traitement standardisé de la fibromyalgie. Ni totalement efficace. De très nombreux traitements pharmacologiques et non médicamenteux existent : ils doivent être essayés et associés, éventuellement de façon personnalisée et adaptée à chaque patient.

L'association rhumatologique internationale EULAR a ainsi édité 9 recommandations pour le traitement de la fibromyalgie.

Certains de ces traitements, en particulier médicamenteux, ne font pas encore l'objet d'un consensus mondial mais, dans le contexte d'une affection en mal de trouver un traitement efficace, beaucoup méritent d'être tentés. Même quand le médicament est utilisé hors AMM (autorisation de mise sur le marché). Cela se fait alors aux risques et périls du patient et de son médecin prescripteur.

LES 9 RECOMMANDATIONS DE L'EULAR. 2006

1. La compréhension complète de la fibromyalgie nécessite une évaluation approfondie de la douleur, de la fonction et du contexte psychosocial. La fibromyalgie doit être considérée comme un état complexe et hétérogène où un processus douloureux anormal s'associe à d'autres atteintes cliniques.
2. Le traitement optimal nécessite une approche multidisciplinaire associant des traitements médicamenteux et non médicamenteux adaptés à l'intensité de la douleur, à la fonction et à d'autres atteintes telles la dépression, la fatigue et les troubles du sommeil, en collaboration avec le patient.
3. Le traitement en milieu aquatique chauffé, avec ou sans exercices, est efficace dans la fibromyalgie.
4. Des programmes d'exercices individualisés incluant des exercices aérobies et de renforcement peuvent être bénéfiques pour certains patients souffrant de fibromyalgie.
5. Les thérapies cognitives et comportementales peuvent avoir un rendu positif pour certains patients atteints de fibromyalgie.
6. D'autres thérapies telles la relaxation, la rééducation, la physiothérapie et le soutien psychologique peuvent être proposées, adaptées aux besoins individuels des patients.

7. Le tramadol est recommandé dans la prise en charge de la douleur de la fibromyalgie. Les antalgiques tel le paracétamol et les opioïdes faibles peuvent aussi être utilisés dans le traitement de la fibromyalgie. Les corticostéroïdes et les opioïde forts ne sont pas recommandés.

8. Les antidépresseurs amitriptyline, fluoxétine, duloxétine, milnacipran, méclobémine, pirlindole diminuent la douleur et améliorent la fonction. Ils sont recommandés dans le traitement de la fibromyalgie.

9. Les sétrons comme le tropisétron (Navoban^o), le pramipexole (Sifrol^o) et la prégabaline (Lyrica^o) réduisent la douleur et peuvent traiter en cela la fibromyalgie.

UN PREALABLE AU TRAITEMENT L'EVALUATION

Il existe un préalable à l'établissement du programme thérapeutique. C'est l'évaluation de l'intensité douloureuse, des signes associés et du retentissement sur la vie de tous les jours, sur la vie professionnelle et sur la vie sociale.

L'évaluation des douleurs est tout d'abord réalisé par le calcul du nombre de points de Yunus et par le score de la douleur sur l'échelle d'autoévaluation analogique EVA. Il existe des échelles plus élaborées de la douleur (voir en annexe).

La fatigue est également évaluée sur une échelle qui permettra d'en suivre l'évolution et l'efficacité des traitements.

Il existe des échelles d'évaluation de l'anxiété et de la dépression et nous en avons retenu trois, figurant en annexe.

Enfin, le retentissement sur la qualité de vie peut également être quantifié par une échelle qui figure aussi en annexe.

LES MEDICAMENTS

La fibromyalgie fait partie des maladies orphelines, en ce sens que, bien que fréquente, il ne lui a pas encore été trouvé de traitement médicamenteux durablement efficace ni de traitement curatif.

Qui plus est, les malades atteints de fibromyalgie ont cette particularité d'être excessivement sensibles aux traitements symptomatiques qu'on leur propose, en particulier à leurs effets secondaires. Ils sont en outre diversement réactifs à ces traitements : un traitement efficace chez l'un ne le sera pas forcément chez un autre.

Les malades disent souvent qu'ils ont déjà tout essayé. Et en vain !

L'inefficacité des divers traitements qu'on leur propose les amène en effet à tout essayer jusqu'à, en dernier recours, se livrer aux charlatans de la médecine.

Les traitements de la fibromyalgie ne sont actuellement que symptomatiques. Ils comprennent les médicaments, des prises en charge physiques et une hygiène de vie, ainsi que de nombreuses thérapies complémentaires non pharmacologiques ou alternatives.

Il est souvent nécessaire de les associer, simultanément ou de façon séquencée dans le temps. Mais toujours selon un plan thérapeutique préétabli, décidé de façon pluridisciplinaire et en accord avec le patient. Cela évitera

les erreurs stratégiques, de passer à côté d'un traitement qui aurait pu être efficace, de faire des associations malheureuses, de brûler les étapes ou de précipiter et accumuler les effets indésirables. En moyenne, 40% des malades font appel simultanément à 3 médicaments ou plus.

Le schéma général du traitement associera donc des médicaments et, selon une hiérarchie savante, la rééducation, l'hygiène de vie et des techniques paramédicales. Et aussi cette indispensable éducation thérapeutique du patient, trop souvent oubliée, et qui permet au patient de prendre en charge lui-même une bonne part de sa maladie.

Peu de médicaments sont réputés vraiment efficaces. Il y a ceux qui ne le sont pas du tout, et que l'on peut écarter d'emblée pour en éviter les effets indésirables et nocifs. Il y a ceux qui ne sont pas recommandés en raison d'un bénéfice/risque défavorable. Il y a ceux qui ont une efficacité reconnue, mais parfois seulement dans d'autres pays et encore reconnus en France ou en Europe. Il y a enfin ceux qu'il faut essayer en raison d'une efficacité notée chez certains patients, malgré l'absence de preuve ou d'autorisation de mise sur le marché (AMM).

IL Y A D'ABORD TOUS CEUX QUI SONT PEU OU QUI NE SONT PAS EFFICACES.

Il s'agit en premier lieu du paracétamol, antalgique de palier 1, médicament désormais en vente libre, qui n'est pas ou peu, ou inconstamment, efficace. Il s'agit pourtant du premier médicament à essayer tout de même. Nous reparlerons plus loin.

Il s'agit en second lieu des anti-inflammatoires non stéroïdiens. Ils n'ont aucune efficacité sur les douleurs. La fibromyalgie n'est pas une maladie inflammatoire. Ils sont, en outre, non dépourvus d'effets indésirables et dangereux : toxicité rénale, ulcère gastrique ou duodéal, œsophagite, irritation colique, toxicité cutanée éventuelle. Leur utilisation est tout à fait illogique, même si certains ont une petite efficacité par leur effet antalgique. Dans ce cas, leur administration doit être courte, quelques jours tout au plus. C'est dire si ce n'est pas un traitement adapté à une maladie chronique.

Les corticoïdes, non plus, ne sont pas efficaces. Pour les mêmes raisons. Ils ont également de nombreux effets secondaires, au niveau gastrique tout d'abord, mais ils se compliquent aussi d'atrophie cutanée, d'acné, de prise de poids, tous effets indésirables auxquels on peut ajouter des effets sur l'os (ostéoporose, ostéonécrose des extrémités articulaires osseuses), sur les yeux (cataracte), des effets sur l'humeur et le caractère, une accoutumance et des effets endocriniens sérieux.

Même si les douleurs sont souvent musculaires, les myorelaxants (relaxant musculaire) n'ont aucune utilité. Qui plus est, ces myorelaxants sont souvent des benzodiazépines (de la classe des tranquillisants), lesquelles sont non recommandés dans la fibromyalgie. En effet, leurs effets secondaires sont nombreux : myorelaxation à l'origine de chutes, addiction, amnésie et troubles cognitifs à terme, accoutumance et addiction, perturbation du sommeil normal. Le patient fibromyalgique, amené à les utiliser longtemps, est

particulièrement exposé à ces effets indésirables et à ces complications graves, dont le naufrage dans l'addiction.

En outre, substances hypnotiques, les benzodiazépines accroissent la fatigue et ont en outre un effet perturbateur sur le sommeil du fibromyalgique.

La colchicine, médicament utilisé ordinairement pour le traitement de la goutte est parfois donnée comme anti-inflammatoire dans certains autres rhumatismes articulaires. Hormis dans la rare maladie de Behçet, s'ils n'y ont aucune justification, cela est également vrai pour la fibromyalgie qui n'est ni une maladie inflammatoire ni une maladie articulaire. En outre, ce médicament a une toxicité importante sur la moelle osseuse et sur le sang qui justifie des contrôles réguliers de la numération globulaire..

Des médicaments antiparkinsoniens, tels le ronipirole (Adartrel, Requip) ou le pramipexole (Sifrol), sont des médicaments dopaminergiques c'est-à-dire qu'ils sont censés remplacer la dopamine manquante au niveau du cerveau. Ils sont réputés efficaces dans le syndrome des jambes sans repos. Cependant, malgré leur séduisant mécanisme d'action, ils n'ont pas d'efficacité formelle dans la fibromyalgie. Le patient fibromyalgique n'en retiendra que les nombreux d'autres effets secondaires, comme des hallucinations, des troubles psychiatriques, des mouvements anormaux, des complications cardiaques, parfois une somnolence, l'hypotension et l'addiction avec aussi la compulsion au sexe et au jeu.

Le néfopam, enfin, (Acupan^o) n'est adapté que pour les douleurs aiguës. Antalgique dit de palier 2, intermédiaire

entre les antalgiques de base (palier1) et les morphiniques (palier 3), il n'est pas indiqué dans les douleurs chroniques.

De la même façon, le fentanyl en patch peut être essayé dans les poussées douloureuses mais ne doit pas être administré à long terme.

Anti-inflammatoires, corticoïdes, myorelaxants et médicaments dopaminergiques sont inefficaces.

IL Y A ENSUITE CERTAINS MEDICAMENTS ANTALGIQUES ET SEDATIFS QUI NE SONT PAS RECOMMANDÉS.

Parmi les antalgiques de palier 3, c'est-à-dire les antalgiques majeurs, auxquels appartiennent les opiacés, la morphine et ses dérivés ne sont pas recommandés. Leur mécanisme n'est pas adapté à cette maladie et ils peuvent être très mal supportés : sédation, constipation, nausées, troubles visuels, troubles urinaires, malaises, accoutumance et dépendance lorsqu'ils sont administrés au long cours. S'ils sont utilisés dans le cas de poussées douloureuses importantes, ils ne peuvent pas être un traitement de fond et leur durée d'administration doit rester courte et se faire à la posologie minimale efficace. La prévention de la constipation est impérative.

Il en est de même de la codéine, mieux tolérée, aux effets indésirables peu importants et qui reste assez efficace.

Parmi les sédatifs, dont on aurait pu penser qu'ils calmeraient un peu les douleurs et les contractures, les benzodiazépines sont, on l'a vu plus haut, inefficaces et même dangereuses car la plupart du temps utilisées sur le long terme. En plus

de leur action décontracturante, elles sont dangereuses car en effet également sédatives, entraînent de ce fait un risque de chute, perturbent la sécurité dans la conduite automobile, sont amnésiantes (troubles de la mémoire) et anti convulsivantes (ce qui peut créer des problèmes lors d'un arrêt brutal). Elles entraînent une accoutumance avec la nécessité d'augmenter régulièrement les doses pour garder leur effet, et une véritable dépendance. Elles dénaturent le sommeil normal et feraient également courir à terme un risque accru de démence de type Alzheimer.

Les benzodiazépines n'ont aucune efficacité réelle dans la fibromyalgie et les éventuels effets de ces produits s'épuisent avec le temps, conduisant à augmenter les doses. Ce sont par exemple le Valium°, le Temesta°, le Lexomil°, le Lysanxia°, le Xanax°, le Séresta° et quelques autres. Comme la plupart sont vendues désormais sous leur forme générique, cela accroît la confusion et leur consommation à l'insu des patients, voir la prise simultanée de plusieurs d'entre eux. On peut cependant les reconnaître car la plupart de ces génériques ont un nom qui se termine par -zéпам). Les benzodiazépines n'ont donc aucune indication dans la fibromyalgie en dehors du traitement ponctuel des épisodes d'anxiété, parfois du sommeil. Elles n'ont pas non plus la moindre efficacité sur les symptômes authentiquement dépressifs. Ces derniers relèvent en effet d'un authentique traitement antidépresseurs. Elles aggravent en outre, on l'a vu, à terme, les troubles du sommeil.

Quoiqu'il en soit, si cela est toutefois indispensable, **les benzodiazépines peuvent être utilisées mais ne doivent être données que pour des périodes courtes, c'est-à-dire pour quelques semaines (à cause de la fréquence de l'addiction,**

de l'accoutumance et de la dépendance), ce qui n'est malheureusement que rarement le cas. Il faut privilégier les molécules de durée de vie courte, ce que beaucoup de médecins oublient malheureusement, ou sont trompés par les dénominations génériques. Rappelons que la réglementation rappelle qu'ils ne doivent être prescrits que pour une durée de 6 semaines maximum. Ce qui, sous la pression des patients (on voit là l'effet fortement addictogène) n'est pratiquement jamais respecté !

IL RESTE ALORS LES MEDICAMENTS QUI PEUVENT ETRE ESSAYES

Leur efficacité est irrégulière, un peu chez l'un, pas du tout chez un autre. Leur efficacité n'est en tout cas et malheureusement que partielle et souvent temporaire.

Parmi les antalgiques à prendre en première intention figurent dans tous les cas les antalgiques de palier 1 (qui est le premier niveau à essayer tout de même). Ils sont le traitement de base (*mais non sans danger pour le foie et les reins s'ils sont pris à forte dose ou de façon prolongée*) et peuvent être associés à des antalgiques plus forts, ce qui accroît leur efficacité. C'est le cas du paracétamol, peu efficace s'il est essayé seul, un peu plus s'il est associé à la codéine. On rencontre dans cette classe, pour exemple, le Doliprane°, le Dafalgan° et l'Effergal°, la Lamaline°, et leurs variantes associées à la poudre d'opium et à la codéine. Les effets indésirables peuvent être très graves, en particulier rénaux et surtout hépatiques, s'ils sont utilisés de façon trop prolongées et à doses trop fortes (maximum 4 grammes par jour pour un adulte sans atteinte du foie). C'est un danger réel depuis qu'ils sont en vente libre ou cachés dans des médicaments qui associent d'autres

molécules. C'est pour cela qu'il est nécessaire de prendre les conseils de son pharmacien.

Les antalgiques de palier 2 ont une action intermédiaire entre celle du palier 1 et les morphiniques (palier 3). Leur efficacité est incontestable mais ils sont parfois mal supportés, occasionnant des nausées et des vomissements, des sensations vertigineuses. Leur association avec certains antidépresseurs peut être dangereuse, avec le risque de survenue du grave syndrome sérotoninergique. Le nombre de ces médicaments est peu important. Citons le tramadol (molécule princeps) et ses innombrables déclinaisons par les laboratoires pharmaceutiques.

Il existe plusieurs classes d'antidépresseurs. Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (ISRS) et les inhibiteurs de la noradrénaline (IRSNA), l'amitriptyline, et les inhibiteurs de la monoamine oxydase). Ils diminuent tous les douleurs chez 30 à 45% des malades fibromyalgiques. Avec une mention particulière pour l'amitriptyline, qui est très antalgique mais assez sédative ce qui fait qu'elle doit être prise le soir. Les antidépresseurs peuvent, dans la fibromyalgie, être administrés en dehors de tout véritable syndrome dépressif. Leur tolérance est assez bonne.

Par leur mécanisme d'action, les ISRS (inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine) ont donné de grands espoirs pour le traitement de la fibromyalgie. Cependant, si la prescription des antidépresseurs est reconnue et fait partie des recommandations dans certains pays (les USA par exemple), l'Europe ne les recommande pas (ou pas encore) dans le traitement de la fibromyalgie car elle estime le rapport bénéfice/risque défavorable ! On peut cependant les tenter, et toujours lorsque coexiste un syndrome

dépressif ou anxio-dépressif. Ils auront alors une action sur la douleur. Parfois mal supportés par les malades fibromyalgiques, qui refusent souvent de reconnaître une dimension ou une répercussion dépressive de leur maladie, ils doivent dans tous les cas être administrés à dose raisonnée et sur une durée limitée mais d'au moins plusieurs mois.

On distingue en premier lieu les ISRS (la fluoxétine ou Prozac°, le minalcipran ou Cymbalta°, le citalopram ou Séropram°, la fluvoxamine ou Floxifral°, la duloxétine ou Ixel° (qui fait aussi partie de la classe des IRSNA), la mirtazipine ou Norset°, le Deroxat°, le Prozac°... et bien d'autres. Ils doivent être administrés à dose normale. Dépasser les doses ou en associer plusieurs ne fait qu'augmenter les risques iatrogènes et non l'efficacité.

En second lieu, on trouve les IMAO ou inhibiteurs de la monoamine oxydase (Moclamine° par exemple). L'accident principal est le syndrome sérotoninergique à l'arrêt s'il est brutal ou en cas d'association avec du tramadol ou du millepertuis (médicament pourtant phytothérapeutique).

L'amitriptyline (Laroxyl°) a la réputation d'être efficace sur les douleurs de la fibromyalgie. Il s'agit d'un antidépresseur tricyclique souvent employé pour son action antalgique. Il diminue en effet le nombre de points douloureux et, sédatif, il augmente le temps et (pratiquement le seul à le faire) la qualité du sommeil. Il réduit l'asthénie (la fatigue). Mais il a des effets dits anticholinergiques, dont fait partie la bouche sèche et la sécheresse de l'ensemble des muqueuses situées dans les bronches et le vagin. Il est administré le soir à cause de la sédation qu'il entraîne.

Comme tout psychotrope, il peut perturber la conduite automobile...

Les médicaments de la classe des sétrons (odansétron Zophren^o et tropisétron Navoban^o) sont des antirécepteurs 5HT₃ et ils agissent dans la fabrication de la sérotonine. Ils sont ainsi des antagonistes puissants des récepteurs de la sérotonine. Ils représentent pour cette raison un espoir dans le traitement de la fibromyalgie mais ne sont pas encore reconnus officiellement dans cette indication. Leur seule indication actuelle autorisée est la nausée induite par les chimiothérapies anticancéreuses. Leur prescription se fait donc hors AMM. Ils répondent à des règles très précises de prescription. Ils sont en outre très onéreux.

Les antiépileptiques

L'IRM montrant, chez le malade atteint de fibromyalgie, l'hyperactivité de certaines zones cérébrales, certains antiépileptiques doivent être essayés. Ils sont dits antineuropathiques car ils ont en particulier une action spécifique sur les douleurs d'origine neurologique. Ce sont essentiellement la gabapentine (Neurontin^o) et la prégabaline (Lyrica^o). Leur mode d'action rend cohérent leur essai dans certains types de douleurs rencontrées dans la fibromyalgie. Mais leur tolérance est irrégulière, avec au premier plan les vertiges, la somnolence et les troubles digestifs à type de nausées. Ils agissent également de façon favorable sur la fatigue et la douleur. Leur rapport bénéfice/risque n'est pas toujours favorable et ils doivent être utilisés à dose faible et pas à long terme. Leur arrêt, s'il est nécessaire, doit être progressif. Ils peuvent également perturber la conduite d'engins et de l'automobile.

Parmi les autres antiépileptiques, le clonazépam (Rivotril^o), qui est une benzodiazépine, n'est pas indiqué car il est inefficace. Son indication s'est en outre récemment restreinte à quelques rares indications et la fibromyalgie n'en fait pas partie. La phénitoïne (Dihydan^o) et le lacosamide (Vimpat^o), comme les autres antiépileptiques n'ont également pas d'efficacité reconnue.

D'autres molécules

La mémantine (Ebixa^o) est un médicament donné dans la maladie d'Alzheimer car elle réduit le taux de glutamate. Son efficacité dans la fibromyalgie est à l'étude.

Les anticholinestérasiques, qui sont également un traitement de la maladie d'Alzheimer, auraient peut-être un effet sur la fibromyalgie. Des études sont en cours pour le vérifier.

Un traitement des poussées douloureuses est actuellement très utilisé bien que son efficacité ne soit pas démontrée et que ses effets indésirables soient, chez certains, nombreux et importants. C'est un anesthésiant, **la kétamine**, qui est administrée en perfusion sous-cutanée dans les Centres Anti Douleur et parfois même à domicile. Pourtant, son mode d'action sur la douleur ne l'indique pas à priori dans les douleurs de type fibromyalgique. Elle est en effet plutôt efficace dans les douleurs neuropathiques. Elle n'est pas sans effet indésirable.

Enfin, il est désormais possible de demander à bénéficier des CANNABINOÏDES. La THC a des effets antalgiques très puissants sur ce type de douleurs. D'ailleurs, certains se sont rendus compte de l'efficacité d'un « joint » sur leurs

douleurs. Comme il n'est pas question de risquer de verser dans la toxicomanie, il est possible, aujourd'hui, de se voir prescrire du THC à visée médicale, ou même de s'en procurer en vente libre.

Les médicaments du sommeil

Un bon sommeil est nécessaire dans cette maladie où les troubles du sommeil sont quasi constants et majorent les douleurs. On a mis en évidence, chez le fibromyalgique, des anomalies du sommeil lent profond. Sous réserve de ne pas en abuser, l'utilisation épisodique d'inducteurs du sommeil (zolpidem ou Stilnox^o et zopiclone ou Imovane^o) peut se justifier afin de « récupérer » grâce à quelques nuits de bon sommeil. Leur administration doit toujours être de courte durée (3 à 6 semaines) sinon à risquer une accoutumance avec nécessité d'augmenter régulièrement les doses pour rester efficace, et de désorganiser un sommeil déjà fragile.

LES TRAITEMENTS ADJUVANTS

En raison du faible nombre de traitements efficaces mis à la disposition du malade, de nombreux traitements adjuvants peuvent être essayés.

La vitamine D, outre son action importante sur le métabolisme osseux (mais qui ne doit surtout pas occulter toutes les autres, non moins essentielles), a des nombreux sites d'action et d'effets sur l'ensemble de l'organisme. Sur le système immunitaire, sur les douleurs, sur la trophicité⁷

⁷ Trophicité : état physique et nutritionnel des tissus corporels

des tissus et des muscles lisses comme striés, sur le fonctionnement intestinal et sur la dépression. Sa carence est fréquente chez le malade fibromyalgique (comme chez la plupart d'entre nous d'entre d'ailleurs), pour des raisons multiples dont, vraisemblablement, l'enfermement à l'intérieur de sa maison, les évictions alimentaires et sans doute aussi une acidose métabolique chronique de bas niveau. Une surveillance biologique épisodique et une supplémentation régulière est indispensable. Curieusement, malgré son rôle à presque tous les niveaux de l'organisme et son intérêt manifeste pour une vie moderne en bonne santé⁸, il faut souvent insister auprès de son médecin traitant pour en bénéficier, comme si cela allait plomber les comptes de la sécurité sociale (le coût en est ridicule) ou que votre médecin devait le payer de sa poche ! Dans ce cas, vous pouvez acheter la vitamine D (cholécalférol) d'origine naturelle et souvent végétale en vente libre en pharmacie (mais c'est alors moins dosé et 5 à 10 fois plus cher).

Les autres vitamines intéressantes, en particulier du groupe B, sont les vitamines neurotropes c'est-à-dire intervenant sur la qualité des cellules nerveuses et sur le fonctionnement du système nerveux. Elles peuvent être associées au magnésium, dont la carence est fréquente, même en dehors de toute tétanie hypomagnésémique. Ce magnésium doit être pris à dose modérée en raison de sa fréquente mauvaise tolérance digestive (douleurs intestinales et diarrhée).

⁸ Les études montrent que le citadin et la vie occidentale en générale nous met en état d'insuffisance ou de carence en hormone D. L'ensoleillement est insuffisant et l'alimentation moderne s'avère insuffisante pour nous apporter les 400 à 1000 unités quotidiennes nécessaires...

Les acides gras omégas trois et six participent eux aussi à la trophicité des membranes des cellules nerveuses et à la synthèse de plusieurs neurotransmetteurs. Les omégas 6 se trouvent en quantité suffisantes dans n'importe laquelle des alimentations normales. Il n'est donc pas nécessaire de s'en supplémenter ou d'acheter plus cher des aliments qui en seraient soi-disant enrichis. Par contre, les omégas 3 ne se trouvent que dans certains aliments et dans certaines huiles (le colza, l'huile de noix, de courge, de cameline et l'huile de lin...). L'huile de colza (et non l'huile de tournesol qui en est pratiquement dépourvue) est le moyen le plus économique pour s'en procurer des doses quotidiennes suffisantes. L'huile de lin est l'une des plus dosée parmi les huiles faciles à trouver. Elle doit se conserver dans le réfrigérateur et à l'abri de la lumière. Il n'est donc pas nécessaire d'acheter en pharmacie ou en grandes surfaces des gélules d'omégas 3, qui sont d'une part peu dosées et d'autre part très onéreuses.

Les probiotiques sont très utiles, en particulier dans le cas de symptômes digestifs car, en entretenant un bon équilibre bactérien dans l'intestin, ils participent entre autres actions au bon fonctionnement de ce dernier. Leur action déborde aussi la seule digestion de nos aliments. Ils ont une action favorable sur l'immunité et les allergies, la cancérogénèse⁹, les troubles de l'humeur, la régulation du poids, l'inflammation et le fonctionnement neurologique. On appelle d'ailleurs l'intestin et sa flore le « deuxième cerveau ». Les probiotiques sont les ferments et levures apportés par les laits fermentés et yaourts, et par des

⁹ Cancérogénèse : formation des cancers

compléments alimentaires à base de levures vivantes. Il est cependant indispensable de nourrir ces dernières par des prébiotiques, que sont les végétaux et en particulier les légumes frais, les salades et les fruits à fibres digestibles comme la banane. Refaire une bonne flore digestive régulièrement est nécessaire car elle est maltraitée par l'alimentation moderne où l'on retrouve parfois des antibiotiques. Il en va de même après un traitement antibiotique.

Cependant, même s'ils sont indispensables et font partie d'une bonne hygiène de vie, il ne faut pas attendre la guérison définitive de la fibromyalgie de la part de tous ces traitements adjuvants.

Il a été constaté que les **opioïdes endogènes** (morphine naturelle fabriquée par notre organisme) permettent de lutter naturellement contre la douleur et la souffrance psychique. Une nouvelle génération de médicaments antalgiques est donc à l'étude. Leur mode d'action est inédit. Ils agissent sur les récepteurs endocannabinoïdes de la douleur et leur mécanisme d'action semblent tout à fait adapté au traitement de celle des fibromyalgiques. Ils n'existent cependant pas sur le marché dans ces indications.

Les études pharmacologiques actuelles concernent également la recherche et l'action sur d'autres neuromédiateurs de la douleur, comme la substance P ou la sérotonine. Peut-être est-ce là une voie de recherche pour de nouveaux traitements de la fibromyalgie ?

L'ENTRETIEN PHYSIQUE ET LA REEDUCATION

Parce qu'il n'y a pas de solution médicamenteuse idéale au traitement de la fibromyalgie, et parce que cela correspond bien aux processus physiopathologique de cette maladie, les traitements physiques sont une solution de choix et un élément absolument indispensable dans la prise en charge.

La prise en charge par le kinésithérapeute repose essentiellement sur les massages doux et décontractants, sur la balnéothérapie en atmosphère chaude et sur les exercices d'endurance et de renforcement musculaire.

Les douleurs chroniques, et l'immobilisation antalgique qui en découle, entraînent un véritable déconditionnement des muscles et de l'organisme en général. C'est-à-dire que les muscles ont perdu leur capacité de fonctionner entre eux de façon coordonnée et cohérente. Il en résulte des douleurs et des crampes, une faiblesse musculaire et une fonte musculaire progressive, qui enferment alors le malade dans un cercle vicieux d'entretien de sa douleur.

Les patients fibromyalgiques ont en effet, en général, une déperdition anormale et progressive de leur masse musculaire (une sarcopénie). Elle aggrave les contractures et les raideurs ce qui entraîne également un déconditionnement articulaire.

Par ailleurs, le mauvais fonctionnement musculaire (le cœur est un muscle) a un retentissement négatif sur le fonctionnement cardiaque, à l'origine d'un essoufflement à l'effort et d'une mauvaise oxygénation des tissus. Cette

dernière aggrave encore le phénomène des douleurs et des crampes musculaires.

L'entretien physique régulier va pouvoir combattre le déconditionnement du corps et la sous-oxygénation tissulaire.

Le principe de cette gymnastique repose sur des mouvements doux, non douloureux et surtout répétés. C'est donc un travail d'endurance et non un travail en force ou recherchant la performance. Elle se fera idéalement en atmosphère chaude, si possible après un bain chaud décontractant. Afin d'oxygéner correctement le corps, des mouvements respiratoires profonds, y compris et surtout diaphragmatiques, y seront associés.

Tous les mouvements effectués selon ces principes sont bons, quelques ils soient. On saura profiter des périodes de douleurs modérées, c'est-à-dire en dehors des poussées douloureuses de la maladie, pour effectuer au mieux cette gymnastique. Des associations de fibromyalgiques proposent des programmes d'entraînement et organisent même, parfois, dans certaines communes ou centres de rééducation fonctionnelle, des groupes de réentraînement à l'effort.

LA REEDUCATION FONCTIONNELLE est nécessaire à certaines étapes de la maladie.

Elle peut être réalisée chez le kinésithérapeute de ville, pour peu que celui-ci connaisse bien la maladie et qu'il dispose d'assez de temps à vous consacrer individuellement. La fibromyalgie exige en effet une prise en charge individuelle qui prend du temps, et non l'abandon à vous-même dans un local de physiothérapie ou d'électrothérapie, cette dernière étant d'ailleurs tout à fait inutile car inefficace, voire douloureuse.

Disons d'emblée que les massages et la thérapie par la chaleur n'ont qu'une efficacité immédiate et n'ont que peu d'effet au long cours. Elles sont pourtant nécessaires pour permettre ensuite la réalisation indolore des exercices de mobilisation du corps. L'électrothérapie de stimulation est souvent très mal supportée et n'a, de toute façon, aucun intérêt dans la fibromyalgie comme dans de nombreuses autres affections ou maladies orthopédiques d'ailleurs. L'électrothérapie à visée antalgique, si elle est supportée, peut être un appoint à essayer. Mais en général, elle ne sert pas à grand chose, hormis à impressionner les dupes.

Votre kinésithérapeute vous massera donc dans un but antalgique immédiat et pour décontracter les muscles. Cela vous permettra alors de pratiquer avec plus d'aisance et moins de douleurs les exercices physiques nécessaires.

Puis il exercera son rôle de coaching. Il vous enseignera les principaux mouvements à réaliser quotidiennement et qui assoupliront vos muscles et vos articulations. Il vous apprendra les étirements et les quelques mouvements respiratoires (amélioration de la course diaphragmatique) capables d'améliorer l'oxygénation de votre corps. S'il en dispose, la balnéothérapie chaude vous fera le plus grand bien.

DANS LES CENTRES DE TRAITEMENT DE LA DOULEUR, la neurostimulation électrique transcutanée peut être essayée. Elle agit par un effet « gate control » qui coupe certains circuits de la douleur qui conduisent au cerveau, la rendant alors tolérable ou même non perceptible. Il ne s'agit pas de l'électrothérapie effectuée par les électrodes de surface posées en kinésithérapie standard mais par une électrothérapie qui maîtrise les centres antidouleur. En efficacité, on vous proposera quelquefois cette stimulation

par voie implantable. Mais elle n'est adaptée qu'à des douleurs localisées, aux membres inférieurs, et la fibromyalgie n'en est pas la meilleure indication.

La magnétothérapie et la stimulation électrique trans-crânienne sont également des techniques utilisées dans certains de ces centres. Cette magnétothérapie n'a rien à voir avec le port fantaisiste de bracelets ou de médailles que vous proposeront peut-être certains sites internet de vente par correspondance.

La rééducation fonctionnelle peut se faire aussi au cours de stages organisés dans certains Centres de Rééducation Fonctionnelle spécialisés dans la prise en charge de votre maladie. Au cours de ces stages, on insistera sur entraînement musculaire en aérobie (c'est-à-dire avec une bonne oxygénation du corps), sur la rééducation en balnéothérapie chaude et sur la réadaptation à l'effort.

Enfin, cette rééducation fonctionnelle fait partie des programmes de prise en charge dans certains centres de thalassothérapie et certaines villes de cures thermales qui se sont spécialisés dans les soins accordés aux patients atteints de fibromyalgie (consulter la liste jointe en annexe).

Contre les douleurs, certains malades trouvent un intérêt à des moments quotidiens de relaxation sur un « tapis de fleurs », tapis garnis de plots sur lequel ils s'étendent et qui réalise un automassage doux de leur dos. Ce tapis se trouve en vente sur internet.

LA PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE ET LE ROLE DU PSYCHIATRE

La fibromyalgie n'est ni un trouble psychologique ni une maladie psychiatrique. Quoiqu'il en soit, la prise en charge psychologique de la fibromyalgie, affection difficile à supporter à cause de son caractère chronique, ainsi que celle de ses répercussions sociales est souvent nécessaire, à tous les stades ou étapes de l'évolution de la maladie.

Malheureusement (et scandaleusement), celle-là n'est pas prise en charge par la Sécurité Sociale, ou pour quelques séances seulement par certaines mutuelles.

Le patient est alors le plus souvent contraint de s'adresser aux Centres d'Étude et de prise en charge de la Douleur (Centre Anti Douleur), qui incluent dans leur protocole de soins la mise en relation avec un psychologue, ou bien aux Centres Médicaux Psychologiques (CMP) dont les listes d'attente pour accéder aux soins sont longues car ils sont débordés par la demande.

Bien entendu, cette prise en charge psychologique ne signifie pas que la maladie soit de nature psychiatrique. Elle se donne pour but d'aider le fibromyalgique à supporter et gérer la douleur, son retentissement sur la vie quotidienne, et sa pénibilité liée à son caractère chronique.

On constate souvent, chez le patient fibromyalgique, un survoltage intérieur et une tension, non exprimés ni soulagés par le manque d'activité, qu'entraînent la douleur et l'asthénie. On observe également des ruminations anxieuses, un perfectionnisme qui épuise le sujet, un sentiment d'insécurité et une grande culpabilité vis-à-vis de sa famille que la maladie perturbe, comme de la société

toute entière (par le retentissement professionnel par exemple). Le travail psychologique s'attaquera à tout cela.

LA PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE POURSUIT AINSI PLUSIEURS BUTS.

Tout d'abord, il s'agit de l'acceptation de cette maladie dont la chronicité est souvent mal vécue. D'aider au bon déroulement du deuil indispensable de sa bonne santé antérieure et du deuil des activités qui ne seront peut-être plus possibles. Cela est essentiel pour éviter le syndrome dépressif. Cette acceptation de la situation permet d'éviter l'isolement et le renfermement sur soi. Il permet de lutter contre l'envahissement de la psyché par la douleur. De lutter aussi contre la structuration du temps par les crises douloureuses. De travailler sur l'émotion et sur la gestion par soi-même de la douleur.

Ensuite, il s'agit de l'apprentissage de techniques de relaxation, dont l'effet sur les douleurs est avéré.

Est indispensable un travail sur la culpabilité liée à la mauvaise reconnaissance de la maladie et à ses répercussions sur la vie familiale. Et sur la suspicion de la recherche de bénéfices secondaires (ne plus travailler ou l'impossibilité de faire le travail domestique par exemple) qu'une telle maladie peut faire naître, y compris dans le corps médical et en premier lieu chez le médecin de la Sécurité Sociale. Et chez l'employeur.

Mais encore, la prise en charge psychologique permet la recherche des facteurs de stress et l'étude de leur gestion. Là aussi, un effet sur la douleur est attendu. Connaître les stress déclencheurs de poussée de la maladie permet ainsi de les éviter.

Le traitement psychologique et non médicamenteux de l'anxiété, de la dépression et d'éventuels troubles de l'humeur est toujours indispensable.

Les techniques employées sont au minimum l'écoute active ou une écoute plus directive. Mais cela est tout à fait insuffisant. Adressez vous à un thérapeute connaissant bien la maladie et qui ne dispose d'aucun préjugé la concernant. Il est peu vraisemblable que vous ayez besoin d'une approche psychanalytique. Votre maladie est organique et non la conséquence d'un conflit intérieur. Une prise en charge par un thérapeute qui maîtrise les thérapies comportementales et cognitives est idéale.

Les techniques de relaxation sont nombreuses, de même que celle de la gestion du stress. On utilisera, selon ses goûts ou ses opportunités, la méditation, la sophrologie, le yoga, le training autogène, l'hypnose. La relaxation utilise la technique de « biofeed-back » qui permet de prendre conscience de sa douleur et de la gérer en retour. La pratique du Tai Chi ou du Qi Gong est à encourager.

Quant au psychiatre, il fait partie de l'équipe pluridisciplinaire et il peut être sollicité pour aider à la prise en charge de l'anxiété et des troubles de l'humeur, en particulier de la dépression.

Elle est loin l'époque où il était sollicité pour porter le diagnostic d'hystérie sur des symptômes mystérieux et déroutants pour le médecin généraliste.

Les troubles du sommeil doivent également être décryptés car le fibromyalgique est un authentique insomniaque et sa prise en charge médicamenteuse doit en tenir compte¹⁰.

Quant à l'anxiété et à l'angoisse, elles ne peuvent se contenter du seul traitement anxiolytique par des benzodiazépines données à titre systématique. Ces troubles anxieux peuvent aller de la simple anxiété à l'angoisse ou au trouble panique, parfois s'exprimer par des phobies ou un trouble obsessionnel compulsif. Un stress post-traumatique doit être recherché bien qu'il ne soit pas prouvé qu'il puisse être un facteur de risque de fibromyalgie ni un facteur déclencheur. Une prise en charge psychologique spécifique est alors souvent nécessaire.

LA GESTION DU STRESS

Toutes les méthodes permettant la relaxation et la détente sont bénéfiques. Elles ont une efficacité reconnue sur le stress et sur le sommeil.

On peut utiliser, on l'a vu, la sophrologie ou la relaxation simple, en passant par l'hypnose, la musicothérapie et l'art-thérapie, le Qi Gong et le Tai Chi, le yoga ou même la relaxation par la technique de la « cohérence cardiaque ». La sophrologie apprend à se détendre et à mieux gérer ses douleurs, à prendre conscience de son corps, à améliorer sa respiration. Les automassages sont souvent efficaces.

Quant à elle, l'EDMR est une technique de reprogrammation cérébrale fondée sur les mouvements oculaires.

¹⁰ Lire, à ce propos, mon ouvrage « Dormir, mode d'emploi ». Également en lecture libre sur ce site.

Mais, en matière de prise en charge psychologique proprement dite, seules les techniques de thérapie comportementale et cognitive (TCC) sont particulièrement efficaces sur le sommeil et sur les douleurs. Elles permettent en outre une prise en charge brève. Malheureusement, les psychologues ou psychiatres comportementalistes sont assez rares. Vous trouverez sur internet des annuaires vous permettant de trouver ces professionnels dans votre région.

L'ACT ou « acceptance an commitmen therapy » n'est qu'une technique particulière de TCC. Elle peut être utile.

Enfin, une méthode particulière, qui associe la relaxation, la détente et la reprogrammation musculaire est la technique de Feldenkrais. Elle se pratique en individuel ou en atelier collectif, sous la conduite et la direction d'un kinésithérapeute ou d'un ergothérapeute spécialement formés à cette technique. Elle peut être particulièrement recommandée. Elle n'est malheureusement pas prise en charge par la Sécurité Sociale. Parfois, pour un petit nombre de séances, par certaines mutuelles.

L'EDUCATION THERAPEUTIQUE

Elle est indispensable et la lecture de ce livre peut en constituer le premier élément.

CE QUE C'EST

L'éducation thérapeutique a pour but de donner au patient tous les éléments nécessaires pour bien prendre soin de lui et pour prendre en charge, de façon autonome, la gestion de

son traitement. Le fibromyalgique peut ainsi devenir le sujet et non l'objet de sa maladie.

L'éducation thérapeutique est fondée sur une démarche bien stéréotypée qui comprend un bilan éducatif initial partagé, auquel participent le malade et les différents intervenants de la prise en charge de celui-ci.

Vient ensuite la définition des objectifs personnalisés du patient.

Puis le plan d'action qui en découle.

Ensuite une évaluation en cours de prise en charge avec un réajustement si nécessaire.

Et enfin une réévaluation finale.

Des « piqûres de rappel » éventuelles sont souvent utiles durant les mois ou années qui suivent.

L'éducation thérapeutique du patient permet de transmettre à ce dernier des connaissances lui permettant de mieux connaître sa maladie, de mieux se prendre en charge, de gérer sa maladie et ses conséquences.

ELLE COMPREND DE NOMBREUX VOLETS.

En premier lieu, l'information sur la maladie, ses causes, son diagnostic, son évolution, son pronostic, ses traitements et leurs effets indésirables comme leurs limites. La communication avec le médecin traitant s'en trouve améliorée.

Ensuite, la reconnaissance des facteurs déclencheurs des poussées évolutives ainsi que les moyens de les gérer et de les éviter.

Elle apporte les bases nécessaires pour permettre une bonne gestion des traitements médicaux. Le malade sera souvent

le mieux placé pour discerner ceux qui lui font le plus de bien.

Elle procure les informations sur l'hygiène de vie nécessaire pour limiter les poussées évolutives.

Cette éducation thérapeutique permet l'apprentissage de techniques de relaxation comme de techniques d'entraînement musculaire et respiratoires. L'hypnose, les techniques d'oxygénation du corps, l'expression de ses problèmes de santé et de leur ressenti par le « métaplan » ou le « photolangage » par exemple. Elle travaille aussi, grâce aux thérapies comportementales et cognitives (TCC) sur le sentiment d'auto-efficacité.

Des ateliers sont réalisés pour permettre les échanges d'expériences.

La rencontre des associations et le partage avec d'autres malades et leurs aidants naturels sont des atouts essentiels pour des meilleurs vécu et ressenti de la maladie.

Divers professionnels sont sollicités : médecin, infirmière, kinésithérapeute, professeur d'éducation physique adaptée au handicap, psychologue, sophrologue, travailleur social, chargé d'insertion (pour la reconversion professionnelle éventuelle).

Avec le psychologue et le sophrologue, l'attention sera attirée sur le vécu douloureux de la maladie, sur les idées reçues (appréhension du mouvement, connotation psychologique de la maladie, sinistrose...), sur le stress et les moyens de lutter contre lui par les techniques de relaxation.

Avec le médecin et l'infirmière seront expliqués la maladie, ses causes, les différents traitements disponibles, et le véritable cercle vicieux de la douleur dans lequel est entraîné le patient.

Avec le kinésithérapeute et le professeur de sport seront appris les exercices de reconditionnement à l'effort, les auto-exercices physiques et ceux d'oxygénation de l'organisme. Seront conseillés les sports à pratiquer ou à reprendre.

Enfin, un travailleur social peut aider à résoudre, en individuel surtout, les problèmes sociaux et conflits professionnels ou familiaux que pourraient engendrer ou entretenir la maladie.

Les associations de malades ont pour rôle, également, de fournir d'intéressantes informations sur la maladie.

Les aidants naturels et la famille seront invités à participer à certaines séances. Cela pourra améliorer la compréhension de la maladie et l'acceptation du handicap de leur parent.

Ces différentes interventions seront individuelles ou en groupe. Mono ou pluridisciplinaires.

Le médecin traitant sera associé à cette éducation thérapeutique par un compte-rendu final et une information sur son contenu.

AUTRES THERAPIES PHYSIQUES ADJUVANTES COURAMMENT PROPOSEES

Ces thérapies adjuvantes sont en réalité essentiellement des thérapies physiques.

La fascia thérapie est une technique rééducatrice manuelle et douce qui a pour but de détendre les fascias c'est-à-dire les enveloppes qui entourent les muscles, ici douloureux et contractés.

D'autres thérapies sont utilisées parfois. Ostéopathie et acupuncture n'ont fait l'objet d'aucune étude scientifique

et elles semblent apparemment totalement inefficaces voire contre-indiquée (ostéopathie). Sauf peut-être l'acupuncture lorsqu'elle vise à la détente et à la lutte contre l'anxiété.

Les nappages par mésothérapie sont utilisés selon les cas pour traiter des douleurs plus localisées. Leur efficacité est très contestable.

Les bains ou douches chaudes (température de 34 à 35°) sont bénéfiques sur les douleurs musculaires et la souplesse articulaire. Ils sont réalisés à la maison dans la baignoire, dans un spa, les thermes près de chez vous ou en cures thermales spécialisées. Les bains froids, assez illogiques, ont été essayés mais ils sont souvent très mal supportés et la cryothérapie n'est en conséquence pas recommandée.

La pratique de l'aquagym est également recommandée. La marche en bains de mer (dès lors que l'eau n'est pas trop froide) peut apporter beaucoup de bienfaits, qui en outre seront durables.

Des douleurs plus localisées et rebelles aux traitements que nous avons répertorié plus haut peuvent bénéficier d'électrostimulations. Leur tolérance est très inégale.

La stimulation par TENS est réalisée grâce à un boîtier impulsant des décharges chargées de couper les circuits de la douleur dans une zone précise. Elle est déclenchée à la demande par le sujet lui-même qui autogère ainsi son boîtier durant quelques heures par jour. Elle paraît assez illogique étant donné le caractère diffus des douleurs à l'ensemble du corps. Cependant, en cas d'efficacité de cette méthode et de douleurs très importantes, la stimulation électrique peut être réalisée par des électrodes implantables au contact de la moelle épinière. Mais cela ne règle que le problème de douleurs très localisées et exige

une implantation chirurgicale. Cette méthode représente un dernier recours devant des douleurs insupportables.

La magnétothérapie à forte dose peut être effectuée par voie externe au niveau crânien. Son but est de moduler les douleurs afin de les rendre plus supportables. C'est une neurostimulation du cortex cérébral par voie externe. Indolore, cette technique est réalisée dans les Centres Anti Douleur. Son efficacité dure plusieurs mois après quelques séances durant 10 jours. Mais elle demeure cependant reste relative. Elle n'a rien à voir avec le port d'aimants ou de bracelets, qui relèvent à du charlatanisme.

LES CURES THERMALES

Une mention particulière doit être faite pour l'hydrothérapie dans un centre de cure thermale.

L'hydrothérapie réalisée lors de cures thermales est un excellent traitement de la fibromyalgie. La prise en charge y est pluridisciplinaire. Son efficacité sur les douleurs et la qualité de vie se prolonge de longs mois après la fin de la cure.

Pour peu que le centre de cure se soit spécialisé dans la prise en charge de cette pathologie, le fibromyalgique y trouvera de nombreux moyens adaptés à sa maladie. Il aura à sa disposition pratiquement toutes les techniques énoncées plus haut dans ce livre. En particulier une participation à des ateliers d'éducation thérapeutique, une prise en charge ou un soutien psychothérapeutique, l'apprentissage à la pratique d'une gymnastique adaptée.

En annexe figure une liste de lieux de cure spécialisés ou adaptés au traitement de la fibromyalgie. La prise en charge financière des soins est assurée par la Sécurité

Sociale. Sous certaines réserves, les frais de transport. L'hébergement, quant à lui, n'est remboursé qu'exceptionnellement. La demande d'entente préalable se fait par le médecin traitant, au moyen d'une feuille recto d'une grande simplicité. Vous pouvez vous la procurer dans votre centre de Sécurité Sociale.

LE TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE DES SIGNES ASSOCIES

LA FATIGUE CHRONIQUE peut être combattue par un sommeil régulier la nuit et par des siestes éventuelles dans la journée. Au niveau du travail, il peut être nécessaire de demander à travailler à temps partiel ou à mi-temps thérapeutique. Encore faut-il qu'une productivité accrue ou exigée au cours d'un tel travail à mi-temps thérapeutique n'épuise pas le patient. La pratique de siestes durant la journée est souvent nécessaire. Encore faut-il qu'elles soient brèves (30 minutes maximum par exemple) afin de ne pas gêner l'endormissement du soir, et qu'elles soient bien vécues par l'entourage familial.

LES TROUBLES DU SOMMEIL peuvent nécessiter une augmentation du traitement antalgique, s'ils sont dus à la douleur, et la prise de médicaments inducteurs du sommeil si c'est l'endormissement qui pose problème. Ces derniers ne sont à prendre qu'à l'occasion des poussées douloureuses et pour des périodes brèves afin d'éviter l'accoutumance et la dépendance à ceux-ci. En règle générale, un bon sommeil est facilité par une bonne hygiène de celui-ci, jouant sur l'environnement, sur l'alimentation du soir, sur le respect d'un rythme régulier

du sommeil, l'éviction des excitants (consulter mon livre « Dormir, mode d'emploi »). Il peut être intéressant d'essayer la mélatonine¹¹ (agomélatine), qui est un régulateur du sommeil, sans effet secondaire comme la sédation ou la dépendance, et qui a en outre un effet antidépresseur.

Enfin, la luminothérapie¹² avec des longueurs d'onde de 4 à 10 000 lux mérite d'être essayée à titre complémentaire pour résoudre certains cas de troubles du sommeil et de troubles de l'humeur secondaires aux douleurs liées à la maladie.

LES TROUBLES DIGESTIFS nécessitent parfois l'ajustement du régime alimentaire et des traitements symptomatiques. La constipation est souvent secondaire aux traitements : un traitement préventif doux est conseillé, constitué d'une alimentation enrichie en fibres (son d'avoine, poireaux, artichauts, pruneaux ou rhubarbe par exemple) et plus rarement de mucilages. Les épisodes de diarrhée doivent être combattus par des pansements digestifs en cure courte et surtout une alimentation adaptée avec l'éviction temporaire de certains aliments tels les épinards, les choux, les végétaux trop riches en fibres. La consommation d'aliments « constipant » tels le riz, la carotte et la banane

¹¹ La mélatonine se trouve à l'état naturel dans certains aliments. Par exemple la noix commune. 3 à 4 noix apportent 50 % de la dose quotidienne recommandée chez l'être humain. On la trouve également en pharmacie sous le nom de Valdoxan° dosé à 25 mg

¹² Des appareils de luminothérapie répondant à cet usage sont disponibles dans le commerce. A condition de respecter les longueurs d'onde préconisées, une certaine qualité de l'appareil, les temps d'exposition et la protection oculaire

sont alors à privilégier. Les probiotiques sont un appoint très intéressant, surtout s'ils sont naturels plutôt qu'en gélules industrielles. Il faut de toute façon éviter l'habitude des pansements digestifs, les antibiotiques et désinfectants intestinaux, les médicaments et les antispasmodiques intestinaux, tous médicaments qui perturbent la physiologie intestinale et créent un cercle vicieux dont il sera difficile de sortir.

LE TRAITEMENT D'UN PHENOMENE DE RAYNAUD est préventif, en évitant les expositions au froid (froid extérieur, congélateur et réfrigérateur, eau froide) et en portant des gants l'hiver.

L'HYGIENE GENERALE DE VIE

Nous avons gardé pour la fin cet indispensable respect d'une certaine hygiène de vie, qui reste au cœur du traitement de la fibromyalgie.

L'hygiène générale de vie est donc essentielle. Aucun malade atteint de fibromyalgie ne peut se dispenser d'en adopter une qui lui convienne.

Le premier impératif est d'éviter, autant que possible, les facteurs déclencheurs de poussées douloureuses. Ces facteurs sont souvent personnels à chacun.

Exemples de facteurs déclencheurs

Insuffisance de sommeil

Mauvaise hygiène de sommeil

Surmenage et fatigue

Absence ou insuffisance d'activité physique

Stress physique

Stress psychologique

Conditions environnementales : froid, chaleur, humidité, pollution...

Maladies intercurrentes

Troubles digestifs

Régimes alimentaires déséquilibrés

Le malade est donc le mieux placé pour repérer ces facteurs déclencheurs qui lui sont propres. Le rôle de l'entourage est déterminant pour aider à les écarter et participer ainsi à la prévention des crises douloureuses. Cela suppose de cet entourage une bonne connaissance de la maladie et une certaine dose de compréhension et d'empathie. Sa participation aux ateliers d'éducation thérapeutique est, dans ce sens, souhaitable.

Le second impératif est de veiller à avoir le meilleur sommeil possible. On l'a vu, il s'agit d'éviter tout ce qui peut le perturber : alcool, thé ou café dans l'après-midi ou le soir, d'autres excitants, irrégularité du rythme de sommeil sur les 24 heures, mauvais environnement... Une activité physique régulière peut faciliter le sommeil. De même un bain chaud ou la luminothérapie (qui peut normaliser les troubles de phase du sommeil), parfois un inducteur de sommeil (à ne prendre que de façon très épisodique et surtout avec modération). L'aménagement de

l'environnement est essentiel et vous en trouverez les règles dans mon livre « Dormir, mode d'emploi ».

Le stress physique comme un effort trop brusque ou violent (un sport, un déménagement, une activité fatigante) doit être évité, surtout en fin de journée. Là aussi le rôle compréhensif de l'entourage familial et professionnel est primordial.

De la même façon, le stress psychologique comme une contrariété importante, une dispute, un conflit conjugal ou professionnel, un deuil, doivent être pris en compte et un soutien psychologique est parfois nécessaire. De la même façon, une brève aide médicamenteuse est de temps en temps utile. L'explication de la maladie à la famille, lors de l'éducation thérapeutique par exemple, ou par le médecin traitant, est ici encore indispensable.

Certaines conditions climatiques sont défavorables tels l'humidité, le froid, des variations trop brusques de température. Malheureusement, ces facteurs déclencheurs sont difficiles à maîtriser dans leur totalité.

Enfin, on évoque parfois une exposition particulière à un environnement dont on suppose qu'il peut être défavorable. On cite l'exposition aux ondes électromagnétiques par exemple (antennes de téléphonie, lignes à haute tension). Mais aussi pollution atmosphérique, bruit, lumière trop vive. Dans ces domaines, rien n'est cependant prouvé. Vous pouvez alors appliquer le principe de précaution.

Le manque de sommeil est un facteur déclencheur extrêmement fréquent et vous devrez respecter une hygiène de sommeil faite d'horaires de coucher et de lever réguliers. Comme éviter les réveils trop fréquents ou intempestifs provoqués par du bruit, de la lumière, une chaleur excessive, ou un couchage inadapté....Des siestes diurnes brèves sont recommandées. De durée limitée (15 à 20 minutes à la fois) elles ne perturbent alors pas le sommeil nocturne. Le dépistage et le traitement d'un syndrome d'apnée du sommeil est impératif.

Le régime alimentaire est également d'une importance capitale. Il est surtout nécessaire qu'il reste équilibré. Il devra être plus « basique qu'acide » (en gros, plus riche en végétaux qu'en viandes animales¹³, et en s'efforçant d'éviter la plupart des préparations industrielles), et riche en probiotiques et en « omégas 3 »¹⁴. En réalité, dans cette maladie chronique où les douleurs minent le quotidien, il doit aussi être une alimentation « plaisir ». On n'oubliera pas d'y adjoindre des aliments antioxydants et d'éviter les

¹³ Il est important de restreindre la consommation de protéines d'origine animale, sans forcément les exclure totalement ni se conformer à un végétarisme strict. Consommer de la viande ou du poisson 2 à 3 fois par semaine et en quantité modérée (100 grammes à chaque fois) est raisonnable et suffisant, si l'on y ajoute les œufs et un peu de laitages, pour couvrir les besoins en acides aminés essentiels d'un être humain. Voir mon ouvrage : « **Guérir, mode d'emploi** ». En lecture libre sur ce site.

¹⁴ Les omégas 3 sont essentiels à l'organisme. On les trouve dans certains aliments (voir mes autres ouvrages gratuits sur ce site). Une complémentation est possible, en évitant celle, misérabiliste et onéreuse des gélules industrielles. Préférer les huiles type noix, colza et surtout huile de cameline, qui en contient 40 % (en magasin bio : une demie cuillerée à café par jour suffit)

excitants (alcool, café, thé), en particulier le soir. Le régime alimentaire doit éviter la prise de poids, la surcharge pondérale, et à plus forte raison l'obésité, pouvant aggraver le niveau douloureux et diminuer la bonne oxygénation du corps. Les régimes restrictifs sont à fuir, en particulier les régimes dangereux comme le régime sans gluten ou le régime hyper protéiné. Aucun régime particulier n'a montré une quelconque efficacité dans la fibromyalgie. S'il est nécessaire de perdre du poids, cela doit se faire de façon progressive et avec le conseil avisé d'une diététicienne ou d'un nutritionniste, informés de votre maladie. Même certains « nutritionnistes » peuvent s'avérer dangereux (voir mon livre « Maigrir, mode d'emploi ». Éditions Persée).

Dans l'hypothèse où une cause digestive pourrait être à l'origine de la maladie, ou de ses poussées évolutives, il est conseillé d'entretenir son microbiote intestinal par un réensemencement régulier de celui-ci par des probiotiques et une alimentation riche en prébiotiques. Et d'éviter les laitages non fermentés dans le cas où vous seriez victime d'une véritable intolérance au lactose ou d'une allergie au lait de vache.

Dans l'hypothèse où un déséquilibre acido-basique pourrait expliquer au moins en partie la maladie, une alimentation plutôt « basifiante », c'est-à-dire qui lutte contre l'acidité interne du corps, est préférable (voir mon précédent livre « **Guérir, mode d'emploi** ». déjà cité et gratuit sur mon site).

Rappelons-le encore, le régime sans gluten, prôné actuellement par certains, est fortement déconseillé. Il ne repose sur rien

de scientifiquement prouvé. L'intolérance au gluten est exceptionnelle. Elle est volontiers confondue avec d'autres intolérances digestives à certains aliments, quelques soient d'origine allergique ou non. Fréquemment, il ne s'agit que d'intolérances acquises et momentanées, parfois même liée à de simples désordres conjoncturels de la flore microbienne intestinale ! Difficile à réaliser, le régime sans gluten est le plus souvent, extrêmement carencé ; il doit donc être réservé exclusivement aux intolérances prouvées au gluten. Outre qu'il est très frustrant car il impose d'éviter une grande quantité d'aliments agréables, c'est un régime dangereux pour qui n'est pas atteint de la maladie cœliaque par intolérance au gluten. Il est en effet à l'origine de nombreuses carences alimentaires. Par chance, pour ce qui nous concerne ici, il est très contraignant, très coûteux et très difficile à réaliser de façon stricte.

LES MEDECINES TRADITIONNELLES

La fibromyalgie fait donc partie de ces malades bien mystérieuses qui mettent en échec les médecins « modernes ».

Tout d'abord en échec pour en faire le diagnostic. Cette maladie a des symptômes ubiquitaires et aucun d'eux n'est spécifique de cette maladie. Le médecin est donc contraint d'attendre qu'un faisceau de ces signes physiques soit réuni afin d'évoquer le diagnostic et, surtout, après avoir épuisé un grand nombre d'examen complémentaires radiologiques et biologiques, ainsi que de multiples traitements qui se sont tous révélés plus ou moins

inefficaces... Et, pendant ce temps là, vous avez continué à souffrir.

Mais aussi, comme je viens de le dire, en échec thérapeutique.

Également, enfin, en échec en ce qui concerne la compréhension de cette maladie, en particulier de sa (ou ses) cause(s) et de son (ou ses) mécanisme(s).

C'est peut-être pour cette raison que, à l'instar d'un grand nombre de maladies graves et dites orphelines^{15*} (autant pour ce qui concerne leur compréhension que leur traitement) le recours aux médecines traditionnelles, ou ancestrales, peut s'avérer intéressant.

La médecine moderne, cartésienne, a opté pour un classement étiologique des maladies (selon leur cause), en reconnaissant les origines infectieuses, traumatiques, endocriniennes et hormonales, immunitaires, toxiques, métaboliques (comme le diabète), tumorales (les cancers), génétiques, etc... Lorsqu'elle ne trouve pas de cause évidente entrant dans ces cadres, elle cède à la facilité des étiquettes de maladie psychologique ou psychosomatique. Parfois, elle parle de maladie fonctionnelle, c'est-à-dire maladie de la fonction d'un organe, lapalissade qui ne signifie rien d'autre qu'il s'agit du dysfonctionnement d'un organe, sans en rien dire de son explication. Ailleurs, vous entendrez parler de « maladie essentielle » (comme c'est le cas de la plupart des hypertensions artérielles) terme signifiant que la maladie appartiendrait à l'essence même de l'individu ! Cela fait peut-être « savant » mais

¹⁵ telles le lupus ou certaines affections neurologiques dégénératives

c'est tout de même un peu court ! Pour ne pas dire particulièrement stupide.

A aucun moment, la médecine occidentale ne s'est officiellement interrogée sur le sens profond que pourrait avoir la maladie, comme le font les médecins orientaux et comme le faisaient les hommes-médecins des temps anciens. Cette question, un peu métaphysique, en tout cas à cent lieues de la rationalité cartésienne d'un Occident triomphant, n'est pas abordée dans les amphithéâtres des écoles de médecine. C'est dommage. Autrefois, la médecine faisait partie des sciences humaines et on pouvait « faire médecine » avec un bac littéraire. Aujourd'hui, il faut être « fort en maths », comme pour réussir en informatique ou, pourquoi pas, devenir garagiste !

Et pourtant ! C'est sur ce questionnement que les sorciers et les médecins d'autrefois posèrent les fondements de leurs thérapeutiques, en plus des constats empiriques des bienfaits de certaines pierres (lithothérapie) et de certaines plantes (phytothérapie). Et en reconnaissant l'importance du mode de vie (la santé est tout d'abord un fait social). Et c'est grâce à cela que nos ancêtres survécurent et que nous sommes présents aujourd'hui.

C'est aussi grâce à ce questionnement que les asiatiques et les amérindiens ont pu élaborer les bases de la médecine énergétique, des massages soignants et de l'acupuncture.

Comme je l'ai écrit à la fin de l'introduction de ce livre, j'avais pressenti un manque dans le cursus de mes études médicales et, dès le début de mon internat, des études de médecine chinoise et d'acupuncture. Cependant, pris dans le tourbillon de mon exercice de spécialiste hospitalier, je

me suis consacré ensuite, durant près de 40 ans, à une médecine occidentale certes intéressante mais horriblement limitée à une fausse et désastreuse conception cartésienne du corps humain. Ce qui expliquait sans aucun doute ses limites lorsque j'étais confronté à certaines maladies désespérément rebelles à mes traitements allopathiques (pharmacologiques). Ma frustration devint très grande.

Il m'a donc fallu attendre l'âge de la préretraite, et des rencontres inoubliables, pour comprendre que, à côté des maladies de cause évidente comme les traumatismes et les maladies infectieuses (quoique ces dernières ne sont pas dues à un seul agent microbien mais ne surviennent pas sans raison, un mode de vie délétère, par exemple), la plupart des nombreuses affections émaillant le parcours de la vie de l'être humain sont secondaires, amplifiées ou permises par des dérèglements de son énergie vitale.

La fibromyalgie fait partie de ces maladies globales, illustrant cette phrase de Platon « *si vous voulez guérir le corps et l'esprit, il vous faudra tout d'abord vous occuper de l'âme* ». Le grand philosophe disait ainsi que l'homme est un Tout et que l'on ne peut dissocier le corps de l'âme. Une conception bien éloignée du mécanisme de René Descartes et de son ignoble concept « d'homme-machine », un lego d'organes en quelque sorte, cette approche misérabiliste de l'être humain (et de l'être vivant en général) que n'avait jamais osé avoir aucune civilisation avant la nôtre !

Mon expérience professionnelle m'a donc conduit à prendre conscience de la réticence, voire du refus de la plupart des médecins de considérer la fibromyalgie comme une maladie authentique. Et souvent de refuser de prendre eux-mêmes en charge les malades, les confiant rapidement au

psychiatre ! Fréquemment, ce déni allait même jusqu'à refuser la prescription d'une cure thermale, comme si l'argent pour les payer sortait de leur proche poche ! Également lorsqu'il était question de la reconduction fréquente de la kinésithérapie...Il est vrai que les masseurs-kinésithérapeutes se sentent bien souvent aussi démunis que les médecins, et que nombre d'entre eux oublient aussi que le massage constitue le fondement de leur art, plus que l'application de chauffferettes ou de leur douces « gégènes » !

Le passage à la retraite fut bienvenu, la médecine conventionnelle ne répondant plus à ma vision d'une prise en charge holistique (vue globale de la santé et de la personne) et dégagée de l'étroitesse d'esprit dans lesquelles la Faculté, les conventions, les financements et l'industrie pharmaceutique parviennent trop souvent à confiner les médecins actuels.

C'est ainsi que j'ai pu m'intéresser aux médecines naturelles et ancestrales, m'initier à certaines d'entre elles et vérifier qu'il s'agissait d'un champ gigantesque dans lequel il était possible de trouver des thérapeutiques capables d'améliorer le sort des malades atteints de ces maladies dites orphelines.

Il en est ainsi des massages d'inspiration tantrique (inscrits dans la philosophie du Tantra, lequel ne se limite pas qu'aux massages), de la lithothérapie et de la médecine chamanique.

Le Tantra

Il s'agit d'une philosophie qui naquit il y a plus de 4000 ans au Cachemire (Tibet). C'est une philosophie hédoniste et

dualiste, qui considère l'être humain dans sa globalité et l'inclue dans un ensemble plus vaste dont il est dépendant. Ainsi, l'homme et la femme représentent la dualité énergie/matière, néant/tout, bien/mal, obscurité/lumière etc... Lorsqu'ils sont associés, ils réalisent le grand Tout originel, d'avant le Big Bang, un équivalent de la fusion dans la divinité pour ceux à qui cette métaphore évoque quelque chose...

Nous sommes donc des condensés d'énergie et la physique quantique peut s'appliquer parfaitement au fonctionnement du corps humain et à ses émotions, comme au dérèglement éventuel de son fonctionnement. Un peu comme le faisait Aristote, le Tantra considère le corps comme étant sacré, le temple de l'esprit et de l'âme. Ces deux derniers ne peuvent se sentir bien qu'à l'intérieur d'un corps sain et maintenu en bon état de marche. Il s'agit de l'ensemble du corps, pas plus un organe qu'un autre ; aucun n'est sale ni honteux et tous les orifices corporels sont sacrés.

Le Tantra a des parentés avec le TAO chinois, et l'un et l'autre se sont d'ailleurs influencés mutuellement. Dans le Tantra, le concept d'énergie vitale (le Prana) est essentiel, accompagné de celui d'énergie sexuelle ou Kundalini (à ne pas assimiler à une énergie purement génitale) laquelle est une composante importante de cette énergie vitale. L'énergie vitale est à différencier de cette énergie « calorigène » apportée par les aliments et la respiration, qui permet le fonctionnement quotidien de notre « mécanique » tissulaire. Il s'agit au contraire d'une énergie « harmonisante », jouant le rôle de maestro de l'orchestre constitué par l'ensemble de nos tissus, organes et glandes... Qu'un problème survienne dans notre organisme - traumatisme, agression infectieuse, maladie cancéreuse ou immune, ou même problématique

psychologique -, et cette énergie vitale ordonne à l'ensemble des cellules et tissus compétents de se mobiliser et s'unir pour résoudre en priorité et en urgence ce problème. On le voit, la médecine tantrique est une médecine énergétique, bien éloignée de cette médecine d'organes héritée de la conception de l'homme-machine, conception cartésienne qui a vérolé les idées des Lumières et qui, depuis trois siècles, a conduit nos sociétés vers la catastrophe, tant sur les plans économique que moral, spirituel et écologique. L'énergie vitale circule dans le corps suivant un schéma qui s'apparente à celui de l'énergie du Tao, illustré par les méridiens et les points de l'acupuncture. Elle parcourt le corps en passant dans des chakras qui sont des lieux que l'on pourrait comparer à des entonnoirs ou à des roues à aube, dont le rôle est de réguler sa circulation. Un épuisement de cette énergie, une perturbation de sa circulation, en particulier au niveau de certains chakras, sont délétères pour la santé physique, morale et psychique. Ah oui ! Je dois ajouter que même les animaux non humains obéissent à ce fonctionnement tantrique. Cela est valable et vérifiable au moins pour ceux qui nous sont les plus proches, en particulier les mammifères et les oiseaux. Ce qui doit tempérer notre arrogance d'être vivant situé au sommet de l'évolution naturelle !

Le Tantra est une philosophie de la joie, du bonheur, du plaisir, de l'empathie, de la liberté, de l'amour aussi (amour de Soi et de son corps, amour des autres, amour de la Nature). Tout ce qui peut réveiller, entretenir, faire circuler notre énergie vitale est recommandé. On compte, parmi ces moyens, les massages tantriques (les recevoir comme les donner), les techniques de respiration, certaines pratiques comme le yoga (en particulier kundalini-yoga) ou le Tai

Chi, mais encore la méditation et une certaine hygiène de vie. Et aussi les mudras, dont je ne parlerai pas ici. La bienveillance envers les autres, et la Vie en général, est également un bon activateur de cette énergie vitale

Les massages tantriques ont, en Occident, une réputation sulfureuse. Cela parce qu'ils sont globaux et n'excluent aucune partie du corps, en particulier les zones génitales. On comprend donc que, dans ce puritanisme ambiant et hypocrite qui pervertit la Planète, de tels massages soient considérées comme érotiques voire pornographiques. Et en effet, de nombreux cabinets occidentaux de massage tantriques ne sont que des officines servant des massages sexuels¹⁶. Et pourtant, ce « massage des dieux », outre qu'il peut être un merveilleux prélude à l'amour à l'intérieur d'un couple, est avant tout un puissant activateur de l'énergie vitale harmonisante.

C'est également dans cette dernière perspective que je pratique chez moi, en Bretagne, ce type de massage énergétique. Je propose, plus que des massages individuels à visée thérapeutique immédiate, et des massages de démonstration comme je le fis au festival naturiste de Baugé en 2022, des mini-stages d'apprentissage afin que les malades, ou les couples, puissent ensuite se masser mutuellement à la maison, aussi souvent que souhaité ou nécessaire.

La lithothérapie

¹⁶ Et en Asie du sud-est, ils se sont développés afin de satisfaire aux exigences du tourisme sexuel occidental

J'ai également étudié la lithothérapie, cet art d'utiliser les propriétés vibratoires de certaines pierres dites semi-précieuses et de certains cristaux pour traiter les maladies.

Ces propriétés semblent liées aux taux vibratoires de ces pierres, eux-mêmes dépendant de la composition physico-chimique des gemmes. On peut évoquer un possible lien avec la physique quantique.

Dans la fibromyalgie, l'intérêt de ces pierres est d'agir sur quelques uns des symptômes les plus handicapants de la maladie, en particulier la douleur et la fatigue intense, mais aussi les troubles du sommeil (indépendamment de ce qui sont induits par les réveils douloureux). Il peut être intéressant de les employer en complément des massages tantriques et en traitement de fond, puisque certaines d'entre elles ont la capacité de restaurer, fortifier, ouvrir ou de protéger les chakras et améliorer la circulation de l'énergie vitale.

Ces pierres et cristaux ne peuvent être utilisées que sous le contrôle d'un thérapeute. En effet, leurs effets doivent être dirigés et certaines de ces pierres ont des contre-indications ou peuvent être responsables d'effets indésirables.

Je peux citer

Pour lutter contre l'asthénie :

Shungite

Zincite

Bois pétrifié

Chhrysotile

Baryte

Apatite jaune

Amétrine, Citrine

Adamite

Tourmaline violet pourpre

Pour lutter contre les douleurs diffuses ou localisées :

Malachite	Obsidienne noire ou bleue
Calcite bleue	Obsidienne acajou
Dioptase	Sugilite
Fluorites	Tourmaline noire
Larimar	Turquoise
Magnétite	Quartz cathédrale
Silex	

Pour lutter contre l'acidité corporelle infra-biologique :

Gabbro	Chiastolite
Brucite	Turquoise
Chromodiopside	Bornite
Variscite	Brochantite
Malachite	Zoïsite
Jaspe sanguin	Uvavorite

Pour agir sur l'énergie vitale :

Ouvrir et purifier les chakras

Ambre	Agate dendritique
Malachite	

Protéger les chakras

Tourmaline	Grenat
------------	--------

Activer les chakras

Dioptase	Tourmaline
Lépidolite	Apatite

Moldavite

Sugilite

Fluorite verte

Boji

Cyanite bleue

La médecine chamanique

J'ai eu la chance de rencontrer ou d'accueillir des chamanes authentiques, issus de plusieurs régions du Monde, et d'être un peu initié par certains d'entre eux. J'ai pu ainsi prendre conscience du pouvoir que peut avoir la médecine chamanique dans le traitement de certains états pathologiques (purement organiques et non seulement « psychologiques » ou « hystériques », n'en déplaise à certains cartésiens). La fibromyalgie en fait partie. Encore faut-il avoir la possibilité de rencontrer un de ces thérapeutes ! Car, dans ce domaine, les charlatans sont légion et n'est pas toujours un vrai chamane qui veut ni, surtout, celui qui prétend l'être !

ET SUR LE PLAN ADMINISTRATIF

LA FIBROMYALGIE ET LA SECURITE SOCIALE

LES CAISSES D'ASSURANCE MALADIE ET LA PRISE EN CHARGE A 100%.

La prise en charge à 100% pour le remboursement des traitements et des examens complémentaires est théoriquement possible. Des instructions ont été données aux médecins conseils en ce sens.

Les caisses d'assurance maladie ne reconnaissent pas la fibromyalgie comme faisant partie des 30 maladies donnant droit à une prise en charge à 100%.

Par contre, il est possible que, dans certaines conditions, la fibromyalgie soit prise en charge à 100% au titre des maladies hors liste des ALD (affections de longue durée), c'est-à-dire au titre des maladies longues, poly pathologiques ou coûteuses.

Malheureusement, cette prise en charge est très « médecin dépendante », liée à la connaissance de cette maladie par le médecin conseil, et surtout liée à la reconnaissance par celui-ci de la réalité de la fibromyalgie, de sa pénibilité et des souffrances qu'elle entraîne.

Les organismes de Sécurité Sociale et les médecins conseils ont cependant reçu, il y a quelques années, un code de procédure leur permettant d'accorder l'exonération du ticket modérateur pour les traitements de la fibromyalgie lorsque celle-ci est reconnue grave et invalidante. Par ailleurs est proposée, après avis d'expert et pour les cas les plus sévères, la prise en charge au titre de maladie invalidante.

Dans votre dossier, des arguments cliniques, qui restent malheureusement subjectifs, sont à mettre en avant. C'est le rôle de votre médecin traitant.

En premier lieu, des douleurs chroniques retentissant de façon continue sur la vie quotidienne. Elles nécessitent des traitements longs et coûteux, et des essais successifs de nombreux d'entre eux. Elles conduisent parfois à la

consultation et à la prise en charge dans des Centres Anti Douleurs.

En second lieu, une asthénie intense qui vous confine au lit pendant plusieurs heures dans la journée et sont un handicap pour la vie quotidienne comme pour la vie professionnelle.

Également les troubles du sommeil qui sont en général constants, liés aux douleurs ou faisant partie intégrante du tableau général de la maladie.

On peut également mettre en avant le cortège de signes adjacents comme le syndrome dépressif, les douleurs et symptômes digestifs qui amènent à des traitements symptomatiques itératifs ou continus.

Enfin, le dossier peut contenir les ordonnances des nombreux médicaments nécessaires et les certificats médicaux des divers spécialistes consultés.

Essentiel est le courrier du médecin traitant, qui est le seul à pouvoir demander la prise en charge à 100%. Il doit préciser les critères indubitables du diagnostic. Il doit être suffisamment descriptif et persuasif car il pèsera dans la décision du médecin conseil. Il faut éviter tous les termes qui laissent penser que la maladie ne relève que d'une affabulation ou n'est que la manifestation d'un « mal être », d'un syndrome dépressif chronique ou même d'une pathologie de conversion (hystérie). Ce sont les mots « psychosomatique, « essentiel » et surtout « fonctionnel » qui doivent être proscrits car ils laissent le doute sur le caractère réel et organique de la maladie et ne correspondent pas à la réalité d'une authentique fibromyalgie.

Afin de mieux appuyer votre demande, vous pouvez demander à votre médecin traitant de vous accompagner lors de la

convocation auprès du médecin conseil de la Sécurité Sociale.

Exercer encore une activité professionnelle, même à temps partiel est un signe qui témoigne de l'absence de recherche de bénéfices secondaires. Cela est en outre excellent pour garder une vie sociale et une activité physique qui vous sorte d'une inaction favorisée par le confinement à domicile. Si cela vous est possible, cela est recommandé car rechercher un bénéfice secondaire est un motif évident et légitime à un refus de prise en charge au titre d'une affection de longue durée

La fibromyalgie peut, sous certaines conditions, être reconnue comme une affection de longue durée (ALD hors liste). La qualité de votre dossier, pour le faire, est essentielle.

LA RECONNAISSANCE EN INVALIDITE DE LA SECURITE SOCIALE.

La fibromyalgie peut être, dans certaines conditions, l'indication à une mise en invalidité. Cela donne alors droit à une pension d'invalidité de la Sécurité Sociale, c'est-à-dire à une rente d'invalidité permanente calculée sur la base de vos salaires antérieurs.

C'est le cas, comme dans de nombreuses fibromyalgies, lorsqu'il existe une incapacité à effectuer bon nombre d'activités de la vie quotidienne et à exercer une activité professionnelle. La mise en invalidité est possible lorsque la maladie réduit d'au moins les 2/3 la capacité de travail.

Dans le cas de la fibromyalgie, c'est l'asthénie (fatigue) intense qui est le motif le plus souvent avancé. Les douleurs chroniques et ne laissant pas de répit viennent au second plan. Les troubles du sommeil interviennent aussi. On comprend bien que la nécessité de faire de longues siestes

quotidiennes ou pluriquotidiennes rendent impossible une vie normale, qu'elle soit familiale, sociale et surtout professionnelle.

Un dossier est à constituer accompagné de la demande du médecin traitant. Vous serez, selon les cas, classé(e) en invalidité de catégorie 1, 2 ou heureusement très exceptionnellement 3. Ce classement est décidé par le médecin conseil de votre caisse de sécurité sociale.

La catégorie 1 correspond à une incapacité permettant cependant d'exercer une activité rémunérée.

La catégorie 2 correspond à une incapacité vous rendant absolument incapable d'exercer toute activité professionnelle.

La catégorie 3 correspond à la catégorie 2 avec en outre la nécessité d'un recours à l'assistance d'une tierce personne rémunérée.

Le montant de la pension est calculé sur la base des revenus de vos 10 meilleures années. Payée mensuellement, la pension d'invalidité catégorie 1 représente à peu près 30% de la moyenne de votre salaire mensuel sur ces 10 meilleures années. Pour la catégorie 2, elle représente 50% et, pour la catégorie 3, il s'ajoute à ces 50% les 40% versés au titre de la rémunération de la tierce personne.

<p>La fibromyalgie peut être, dans certaines conditions, l'indication à une mise en invalidité. Cela donne alors droit à une pension d'invalidité CRAM, c'est-à-dire à une rente d'invalidité permanente.</p>

LA PRISE EN CHARGE DU HANDICAP

Des lois et décrets régissent la reconnaissance du handicap et sa prise en charge. C'est, d'une part la loi du handicap n°2005-102 du 11 février 2005 « pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées » et, d'autre part, le décret n° 2007-1574 du 6 novembre 2007 modifiant l'annexe 2-4 du code de l'action sociale et des familles « établissant le guide du barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées ».

La loi du 11.2.2005 a donné aux MDPH (Maisons Départementales Pour le Handicap) mission d'organiser le fonctionnement de l'équipe pluridisciplinaire qui instruira votre dossier, évaluera votre handicap et définira les besoins de compensation à partir du projet de vie que vous aurez présenté.

Les maisons départementales pour le handicap (MDPH) ont ainsi remplacé l'ancienne COTOREP. Elles sont chargées d'étudier les dossiers en vue de l'octroi du statut de personne handicapée.

On appelle travailleur handicapé toute personne dont les possibilités d'obtenir ou conserver un emploi sont effectivement réduites par suite d'une altération d'une ou plusieurs fonctions physique, sensorielle, mentale ou psychique.

Cette reconnaissance peut prendre plusieurs formes.

LE STATUT DE TRAVAILLEUR HANDICAPE.

La reconnaissance en qualité de travailleur handicapé (RQTH) est importante. Elle ouvre des droits et elle a de nombreux avantages. Ce statut est accordé pour une période de 1 à 5 ans.

Elle permet de bénéficier des dispositifs de maintien dans l'emploi et de la possibilité d'aménagement d'horaires, ainsi que de bénéficier de règles particulières en cas de rupture du contrat de travail.

Elle donne accès à des stages de réadaptation, de rééducation et de formation professionnelle ainsi qu'au soutien des acteurs du service public (Pôle Emploi, Cap Emploi, AFPA). Une prime de reclassement peut être donnée au travailleur handicapé ayant accompli un stage de rééducation ou de formation professionnelle.

Elle donne droit à des aides de l'AGEFIPH (Association pour la Gestion des Fonds d'Indemnisation des Personnes Handicapées), comme des primes à l'insertion et des aides à la création d'entreprise. De la même façon, elle ouvre accès aux aides du FIPHFP (Fonds d'Indemnisation des Personnes Handicapées de la Fonction publique).

Elle est utile pour avoir accès à des postes de travail réservés, dans le secteur public comme dans le secteur privé. Les employeurs ont en effet obligation d'embaucher un certain nombre de personnes atteintes d'un handicap. Ils reçoivent alors des aides financières. Dans le cas contraire, ils sont contraints de verser des fonds destinés à financer des créations de postes de ce type dans d'autres secteurs.

Enfin, la reconnaissance de travailleur handicapé permet le départ anticipé à la retraite en cas d'incapacité supérieure ou égale à 80%.

L'INVALIDITE.

Par la MDPH (maison départementale pour le handicap), il est possible d'obtenir une carte d'invalidité ou une carte de priorité pour personne handicapée.

La carte d'invalidité est accordée pour des incapacités supérieures à 80% ou lorsque la personne est en 3^e catégorie de la Sécurité Sociale. Dans ce dernier cas, le dossier est extrêmement simple. Cette carte est donnée pour des périodes de 1 à 5 ans. Elle donne droit à une pension d'invalidité, ou allocation pour adulte handicapé (AAH), qui remplace la rente de l'invalidité sécurité sociale mais ne s'y ajoute pas.

Une fibromyalgie peut, dans certaines conditions, donner droit à la RQTH et à une AAH.

Les aides techniques.

La qualité de travailleur handicapé permet également et éventuellement d'obtenir des aides techniques et humaines pour effectuer les actes de la vie de tous les jours.

Les aides techniques sont de deux ordres. Les aides techniques « mobiles » qui comprennent les appareillages telles les cannes et déambulateurs, les fauteuils roulants, les matériels d'assistance à la vie quotidienne. Cannes et fauteuils roulants sont pris en réalité en charge par l'Assurance Maladie et prescrits sur ordonnance. Seuls les aides techniques coûteuses, tels les fauteuils roulants électriques, et les gros aménagements du lieu de vie font l'objet d'un financement partiel par la MDPH. Il est heureusement exceptionnel que la fibromyalgie justifie l'utilisation de telles mesures.

De la même façon, les aides à l'aménagement de l'environnement, comme les travaux d'aménagement de la

maison ou des sanitaires, sont également rarement nécessaires dans la fibromyalgie.

Le handicap créé par la maladie fibromyalgique ne justifie pas, la plupart du temps, de telles aides techniques lourdes ni l'aménagement de l'environnement.

Les autres cartes liées au handicap

Toute personne handicapée peut demander une carte de priorité au titre de personne handicapée, même avec un handicap inférieur à un taux de 80%. Elle est accordée quand la position debout est estimée pénible (en tenant compte des aides techniques) et elle permet d'obtenir une place assise dans les transports publics et la priorité dans les files d'attente en particulier aux caisses « prioritaires » des grandes surfaces commerciales. Elle est donnée pour des périodes allant de 1 à 10 ans. Ces avantages doivent faire l'objet de demandes sur des documents homologués et accompagnées d'un certificat médical de moins de 3 mois.

L'octroi d'une carte de stationnement prioritaire est décidé sur le constat d'une difficulté à marcher sur un périmètre de marche permettant les déplacements de la vie quotidienne. Ce périmètre est en règle de 200 mètres. Cette carte est personnelle et ne doit pas ni ne peut être utilisée par un tiers, fut-ce un membre la famille. Le contrevenant s'expose à une amende.

La personne fibromyalgique peut se voir attribuée, dans certains cas, une carte de stationnement prioritaire ou de station debout pénible.

La réduction d'impôt

Enfin, le statut de personne handicapé peut donner lieu, dans certains cas, à une demi-part supplémentaire pour la déclaration de l'impôt sur le revenu. Et il donne une priorité pour l'accès aux logements sociaux.

LES ASSOCIATIONS DE PATIENTS

De nombreuses associations de patients existent et sont réparties sur l'ensemble du Territoire Français.

Leur rôle est de permettre la rencontre des patients fibromyalgiques, d'ouvrir des espaces de parole, de fournir des documents concernant la maladie et de conseiller les personnes atteintes dans leurs démarches. Elles forment en outre un groupe de pression auprès des autorités sanitaires et des pouvoirs publics.

Une liste non exhaustive de ces associations, départementales ou régionales, est donnée en annexe.

LA JOURNÉE MONDIALE DE LA FIBROMYALGIE

Une journée mondiale de la fibromyalgie est organisée chaque année, afin de faire connaître cette maladie et de sensibiliser à celle-ci. Elle a lieu le 12 mai.

EN CONCLUSION

La fibromyalgie est une maladie véritable, extrêmement fréquente et qui souffre encore d'une reconnaissance insuffisante par le corps médical autant que par les pouvoirs publics et la population toute entière. Malheureusement autant par de nombreux médecins généralistes ou spécialistes que par les médecins du travail et ceux de la Sécurité Sociale.

Elle est aussi encore mal reconnue par les aidants naturels et par l'entourage social et familial, ce qui nuit à la prise en compte du handicap et conduit à un certain rejet des malades en raison de leurs plaintes continuelles au sein de leur famille.

En raison de son absence de stigmates physiques, elle est ignorée par le corps social dans son ensemble, employeurs, instances administratives, ce qui occasionne parfois l'exclusion et le rejet du malade fibromyalgique par son entourage y compris professionnel.

Il s'agit d'une maladie orpheline dans le sens où il n'existe pas de traitement reconnu, codifié ou qui soit suffisamment efficace.

Cela crée une situation qui peut devenir alors culpabilisante chez les patients eux-mêmes et qui nuit à une bonne prise en charge.

En conclusion, cette maladie authentique mérite une meilleure connaissance et une meilleure reconnaissance par tous.

Si des progrès ont été faits dans le diagnostic clinique de cette maladie, celui-ci reste cependant difficile, souvent approximatif et aléatoire, fortement dépendant de la qualité du médecin et de son degré d'empathie.

L'incertitude du diagnostic entraîne un grand retard dans l'affirmation médicale de la maladie et dans la recherche d'un traitement satisfaisant.

L'inefficacité fréquente de ce dernier conduit au fait que le malade erre d'un médecin à un autre. De nombreux examens sont ainsi demandés en pure perte. Et, en désespoir de cause, le malade se tourne vers des traitements alternatifs autant inutiles que parfois dangereux.

En matière de souffrance, le coût humain est important. Il est également important pour la Sécurité Sociale, pour les entreprises et pour la société toute entière.

Une meilleure connaissance de la maladie suppose que la recherche parvienne à trouver et à définir le substratum anatomique et peut-être des critères biologiques objectifs qui en permettent un diagnostic indubitable.

C'est l'étape préalable pour que, grâce à la recherche fondamentale, soit réalisées des avancées thérapeutiques

permettant de soigner de façon efficace le ou les millions de Français et de Françaises qui sont atteints par une maladie actuellement en recherche de reconnaissance et d'un véritable traitement efficace de leurs douleurs.

ANNEXES

Les critères de Yunus	163
Les critères de l'ACR	166
Critères simplifiés de Wolfe	168
Échelle visuelle analogique de l'évaluation du sommeil	169
Questionnaire du sommeil de Leeds	170
Questionnaire de la douleur de Saint-Antoine	172
Questionnaire d'impact de la fibromyalgie	176
Questionnaire de la qualité de vie SF 36	179
L'échelle de dépression de Beck	185
L'échelle de dépression de Hamilton	189
L'échelle d'anxiété de Hamilton	195
Liste des principaux lieux de cures thermales	199
Liste des principales associations de malades	202

LES CRITERES DE YUNUS 1981

Il existe des critères obligatoires

Présence d'un endolorissement, de douleur ou de raideur importantes dans trois localisations anatomiques au moins et cela pendant plus de trois mois.

En l'absence de cause telles que :

Traumatiques, en liaison avec des microtraumatismes répétés ou plus directs

Autres rhumatismes y compris dégénératifs

Autres affections endocriniennes, cancéreuses ou infectieuses

Positivité des examens de laboratoire suivants (VS¹⁷, Facteur Rhumatoïde, AAN¹⁸, Enzymes musculaires)

Anomalies des examens radiologiques

Il existe un critère majeur

La présence d'au moins 5 points douloureux typiques et constants (les points sont décrits dans le texte)

Il existe des critères mineurs

Fatigue générale ou lassitude

Sommeil de mauvaise qualité

Difficultés d'endormissement

Modulation des symptômes par l'exercice physique

¹⁷ Vitesse de Sédimentation

¹⁸ Anticorps Antinucléaires

Modulation par les changements climatiques

Aggravation des signes par l'anxiété ou le stress

Anxiété

... / ...

Céphalées chroniques

Colopathie dite fonctionnelle

Sensation d'engourdissement ou de gonflement

Autres symptômes : Raynaud, signes vésicaux...

Pour affirmer le diagnostic, il faut les critères obligatoires, le critère majeur typique et constant c'est-à-dire la présence d'au moins 5 points douloureux, et trois points mineurs.

CRITERES DE L'AMERICAN COLLEGE OF RHEUMATOLOGY 1987, REACTUALISES EN 2001

Le diagnostic de fibromyalgie est retenu si les critères 1 et 2 sont présents et si les douleurs durent depuis au moins 3 mois.

1. **Douleurs bilatérales et étendues** c'est-à-dire douleurs du côté droit et du côté gauche du corps, au-dessus et au-dessous de la taille, associées à des douleurs du squelette axial (colonne cervicale, dorsale, lombaire et douleurs de la paroi thoracique antérieure).

2 **Douleurs à la palpation digitale de 11 des 18 points de Yunus** sensibles suivants :

Occiput : douleurs bilatérales, à l'insertion des muscles sous-occipitaux

Rachis cervical inférieur : bilatérales, sur les versants antérieurs des espaces intertransversaires C5-C7

Trapèze : douleurs bilatérales, au milieu du bord antérieur

Sus-épineux, douleurs bilatérales, à l'origine de l'épine de l'omoplate, près de la limite interne

2e côte : douleurs bilatérales, à la deuxième articulation costochondrale, à côté de la face supérieure de l'articulation

Epicondyle : douleurs bilatérales, à 2 cm en aval de l'épicondyle

Fessières : douleurs bilatérales, dans le cadran supéro-externe de la fesse

Grand trochanter : douleurs bilatérales, au bord postérieur du grand trochanter

Genou : douleurs bilatérales, près de l'interligne interne.

(La douleur doit être provoquée par une pression de 39 newtons
soit 4 kg)

CRITERES SIMPLIFIES DE WOLFE

1989 MODIFIES 1994

Les signes cardinaux

1. Existence de douleurs diffuses
2. Douleur provoquée sur 11 des 18 points de Yunus
3. Absence de pathologie pouvant expliquer les douleurs (rhumatisme inflammatoire, cancer, dépression, etc...)

Les signes caractéristiques

4. Fatigue
5. Sommeil non réparateur
6. Troubles du sommeil
7. Raideur

Manifestations communes

8. Colon « irritable »
9. Phénomène de Raynaud
10. Céphalée
11. Gonflement subjectif
12. Paresthésies
13. Insuffisance fonctionnelle
14. Troubles psychologiques
15. Sensibilité symptomatique (froid, stress...)

ECHELLE VISUELLE ANALOGIQUE DE L'ÉVALUATION DU SOMMEIL

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

Nom :

Age :

Prénom :

Date :

J'ai mis longtemps
à m'endormir

Je me suis endormi
immédiatement

I-----I

J'ai dormi très
peu de temps

J'ai dormi
longtemps

I-----I

J'ai mal dormi

J'ai bien dormi

I-----I

Je me sens
sommolent

Je me sens frais
et dispos

I-----I

QUESTIONNAIRE D'EVALUATION DU SOMMEIL DE LEEDS

Vous êtes invité à répondre à chaque question en plaçant une marque sur la ligne. A gauche si le changement de votre sommeil est limité et à droite s'il est important. Une croix dans le rond central signifie que vous n'avez pas noté de changement.

Comment compareriez-vous la façon dont vous vous endormez avec le médicament à la façon dont vous vous endormez sans le médicament ?

o Plus difficilement que d'habitude

-----O-----

o Plus lentement que d'habitude

-----O-----

o En vous sentant moins somnolent de d'habitude

-----O-----

Comment compareriez-vous la qualité de votre sommeil avec le médicament à sa qualité sans le médicament ?

-----O-----

Comment votre réveil avec médicament se comparait-il à votre sommeil habituel ?

o Plus difficile que d'habitude

-----O-----

o A pris plus de temps que d'habitude

-----O-----

Comment vous êtes-vous senti au réveil ?

o Plus fatigué que d'habitude

-----O-----

Quel était la qualité de votre équilibre et de votre coordination au lever ?

o Plus maladroit que d'habitude

-----O-----

Score total

O

Le score total est la somme des distances du trait au centre des lignes, positive à droite, négative à gauche (en centimètres).

QUESTIONNAIRE DE LA DOULEUR DE SAINT-ANTOINE

Afin de préciser la douleur que vous ressentez depuis les 48 dernières heures, répondez au questionnaire ci-après. Vous répondrez à toutes les questions, en cochant, pour une même question, une seule réponse, la plus adaptée, et en la signalant par un chiffre de 0 à 4 (0 correspondant à un niveau nul, 1 pour un niveau faible, 2 niveau modéré, 3 niveau fort et 4 un niveau insupportable).

Cette échelle permet de caractériser la douleur et d'en suivre l'évolution.

Nom :

Prénom :

Date :

Battements	0	1	2	3	4
Pulsations	0	1	2	3	4
Élancements	0	1	2	3	4
En éclairs	0	1	2	3	4
Décharges	0	1	2	3	4
Coups de marteau	0	1	2	3	4

Rayonnante	0	1	2	3	4
Irradiante	0	1	2	3	4

Piqûre	0	1	2	3	4
Coupure	0	1	2	3	4
Pénétrante	0	1	2	3	4
Transperçante	0	1	2	3	4
Coup de poignard	0	1	2	3	4

Pincement	0	1	2	3	4
Serrement	0	1	2	3	4
Compression	0	1	2	3	4
Écrasement	0	1	2	3	4
En étau	0	1	2	3	4
Broiement	0	1	2	3	4

Tiraillement	0	1	2	3	4
Étirement	0	1	2	3	4
Distension	0	1	2	3	4
Déchirure	0	1	2	3	4
Torsion	0	1	2	3	4
Arrachement	0	1	2	3	4

Chaleur	0	1	2	3	4
Brûlure	0	1	2	3	4
Froid	0	1	2	3	4
Glace	0	1	2	3	4
Picotements	0	1	2	3	4
Fourmillements	0	1	2	3	4
Démangeaisons	0	1	2	3	4
Engourdissement	0	1	2	3	4
Lourdeur	0	1	2	3	4
Sourde	0	1	2	3	4

Fatigante	0	1	2	3	4
Épuisante	0	1	2	3	4

Éreintante	0	1	2	3	4
Nauséuse	0	1	2	3	4
Suffocante	0	1	2	3	4
Syncopale	0	1	2	3	4

Inquiétante	0	1	2	3	4
Oppressante	0	1	2	3	4
Angoissante	0	1	2	3	4
Harcelante	0	1	2	3	4
Obsédante	0	1	2	3	4
Cruelle	0	1	2	3	4
Torturante	0	1	2	3	4
Supplicante	0	1	2	3	4

Gênante	0	1	2	3	4
Désagréable	0	1	2	3	4
Pénible	0	1	2	3	4
Insupportable	0	1	2	3	4

Énervante	0	1	2	3	4
Exaspérante	0	1	2	3	4
Horripilante	0	1	2	3	4

Déprimante	0	1	2	3	4
Suicidaire	0	1	2	3	4

QUESTIONNAIRE D'IMPACT DE LA FIBROMYALGIE

Pour les 11 questions du tableau ci-dessous, entourez le chiffre qui correspond le mieux à ce que vous avez ressenti durant les 7 derniers jours. Si vous n'effectuez pas habituellement l'activité mentionnée, remplissez la case 9 (question non applicable, ou non concerné).

Êtes-vous capable de faire des courses	0	1	2	3	9
Etes-vous capable de faire la lessive en machine	0	1	2	3	9
Etes-vous capable de faire à manger	0	1	2	3	9
Etes-vous capable de faire la vaisselle à la main	0	1	2	3	9
Etes-vous capable de passer l'aspirateur	0	1	2	3	9
Etes-vous capable de faire les lits	0	1	2	3	9
Etes-vous capable de marcher plusieurs centaines de mètres	0	1	2	3	9
Etes-vous capable d'aller voir des amis ou de la famille	0	1	2	3	9
Etes-vous capable de faire du jardinage	0	1	2	3	9
Etes-vous capable de conduire une voiture	0	1	2	3	9
Êtes-vous capable de monter les escaliers	0	1	2	3	9

Au cours des sept derniers jours, combien de jours vous êtes-vous senti(e) bien ?

O

Combien de journées de travail, y compris domestique, avez-vous manqué durant les 7 derniers jours ?

O

Les jours où vous avez travaillé, les douleurs ou d'autres problèmes liés à votre fibromyalgie vous ont-ils gêné dans votre travail, y compris domestique ? Mentionnez-le sur l'échelle, de zéro à gauche jusqu'à 10 à droite.

Aucune gêne

Gêne très importante

I.....I.....I

Avez-vous eu des douleurs ?

Aucune douleur

Douleur très forte

I.....I.....I

Avez-vous été fatigué ?

Pas du tout fatigué

Extrêmement fatigué

I.....I.....I

Comment vous êtes-vous senti le matin au réveil ?

Tout à fait reposé

Pas du tout reposé

I.....I.....I

ECHELLE DE QUALITE DE VIE SF 36

(Wade JE, Sherbourne CD)

1. En général, diriez-vous que votre santé est :

Excellente Très bonne Bonne
Satisfaisante Mauvaise

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

Bien meilleure Un peu meilleur
Pareille Un peu moins bonne Pire

3. Pourriez-vous vous livrer aux activités suivantes dans le même jour. Votre état de santé vous limite-t-il dans ces activités ?

Courir, soulever des objets lourds, faire du sport :

Très limité Plutôt limité Pas limité du tout

Déplacer une table, passer l'aspirateur :

Très limité Plutôt limité Pas limité du tout

Soulever et transporter les achats d'alimentation :

Très limité Plutôt limité Pas limité du tout

Monter plusieurs étages à la suite :

Très limité Plutôt limité Pas limité du tout

Monter un seul étage :

Très limité Plutôt limité Pas limité du tout

Vous agenouiller, vous accroupir, vous pencher très bas :

Très limité Plutôt limité Pas limité du tout

Marcher plus d'un kilomètre et demi :

Très limité Plutôt limité Pas limité du tout

Marcher plus de 500 mètres :

Très limité Plutôt limité Pas limité du tout

Marcher seulement 100 mètres :

Très limité Plutôt limité Pas limité du tout

Prendre un bain, une douche ou vous habiller :

Très limité Plutôt limité Pas limité du tout

4. Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous eu l'une ou l'autre de ces difficultés du fait de votre santé ?

Limiter temps passé au travail ou à d'autres activités :

oui non

Faire moins de choses que vous ne l'espérez :

oui non

Trouver des limites au travail ou à d'autres activités possibles :

oui non

Arriver à tout faire, mais au prix d'un effort :

oui non

5. Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous eu des difficultés suivantes au travail ou dans les activités courantes du fait que vous étiez déprimé ou anxieux ?

Limiter temps passé au travail ou à d'autres activités :

oui non

Faire moins de choses que vous ne l'espérez :

oui non

Ces activités n'ont pas été accomplies aussi soigneusement :

oui non

6. Au cours des 4 dernières semaines, dans quelle mesure votre état mental ou physique a-t-il perturbé vos relations avec famille, amis, voisins ou autres groupes ?

Pas du tout	Très peu
Assez fortement	Énormément

7. Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous enduré des souffrances physiques ?

Pas du tout	Très peu
Assez fortement	Énormément

8. Au cours des 4 dernières semaines, la douleur a-t-elle gêné votre travail ou vos activités usuelles ?

Pas du tout	Un peu	
Modérément	Assez fortement	Énormément

9. Neuf questions concernent ce qui s'est passé au cours des 4 dernières semaines :

Vous sentiez-vous très enthousiaste ?

Tout le temps	Très souvent	Parfois
Peu souvent	Jamais	

Étiez-vous très nerveux (e) ?

	Tout le temps	Très souvent	
	Parfois	Peu souvent	Jamais
Étiez-vous si triste que rien ne pouvait vous égayer ?	Tout le temps	Très souvent	Parfois
	Peu souvent	Jamais	
Vous sentiez-vous en calme, en paix ?	Tout le temps	Très souvent	Parfois
	Peu souvent	Jamais	
Aviez-vous beaucoup d'énergie ?	Tout le temps	Très souvent	Parfois
	Peu souvent	Jamais	
Étiez-vous triste et maussade ?	Tout le temps	Très souvent	Parfois
	Peu souvent	Jamais	
Aviez-vous l'impression d'être épuisé (e) ?	Tout le temps	Très souvent	Parfois
	Peu souvent	Jamais	
Étiez-vous quelqu'un d'heureux (e) ?	Tout le temps	Très souvent	Parfois
	Peu souvent	Jamais	
Vous êtes-vous senti fatigué (e) ?	Tout le temps	Très souvent	Parfois
	Peu souvent	Jamais	

10. Au cours des 4 dernières semaines, votre état physique ou mental a-t-il gêné vos activités sociales comme des visites aux amis, à la famille, etc... ?

Tout le temps Très souvent Parfois
 Peu souvent Jamais

11. Ces affirmations sont-elles vraies ou fausses dans votre cas ?

Il me semble que je tombe malade plus facilement que d'autres :

Tout à fait vrai Assez vrai
Ne sait pas Plutôt faux Faux

Ma santé est aussi bonne que celle de gens que je connais :

Tout à fait vrai Assez vrai
Ne sait pas Plutôt faux Faux

Je m'attends à ce que mon état de santé s'aggrave :

Tout à fait vrai Assez vrai
Ne sait pas Plutôt faux Faux

Mon état de santé est excellent :

Tout à fait vrai Assez vrai
Ne sait pas Plutôt faux Faux

BECK DEPRESSION INVENTORY

A

- 0 Je ne me sens pas triste
- 1 Je me sens cafardeux
- 2 Je me sens tout le temps cafardeux ou triste et je n'arrive pas à m'en sortir
- 3 Je suis si triste et si malheureux que je ne peux pas le supporter

B

- 0 Je ne suis pas particulièrement découragé ni pessimiste au sujet de l'avenir
- 1 J'ai le sentiment de découragement au sujet de l'avenir
- 2 Pour mon avenir, je n'ai aucun motif d'espérer
- 3 Je sens qu'il n'y a aucun espoir pour mon avenir et que la situation ne peut s'améliorer

C

- 0 Je n'ai aucun sentiment d'échec de ma vie
- 1 J'ai l'impression que j'ai échoué dans ma vie plus que la plupart des gens
- 2 Quand je regarde ma vie passée, tout ce que j'y découvre n'est qu'échecs
- 3 J'ai un sentiment d'échec complet dans toute ma vie personnelle

D

- 0 Je ne me sens pas particulièrement insatisfait
- 1 Je ne sais pas profiter agréablement des circonstances
- 2 Je ne tire plus aucune satisfaction de n'importe quoi
- 3 Je suis mécontent de tout

E

- Je ne me sens pas coupable
- 1 Je me sens mauvais ou indigne une bonne partie du temps
 - 2 Je me sens coupable
 - 3 Je me juge très mauvais et j'ai l'impression que je ne vauds rien

F

- 0 Je ne suis pas déçu par moi-même
- 1 Je suis déçu par moi-même
- 2 Je me dégoûte moi-même
- 3 Je me hais

G

- 0 Je ne pense pas à me faire du mal
- 1 Je pense que la mort me libérerait
- 2 J'ai des plans précis pour me suicider
- 3 Si je le pouvais, je me tuerais

H

- 0 Je n'ai pas perdu l'intérêt pour les autres gens
- 1 Maintenant, je m'intéresse moins aux autres gens qu'autrefois

2 J'ai perdu tout l'intérêt que je portais aux gens et j'ai peu de sentiments pour eux

3 J'ai perdu tout intérêt pour les autres et ils m'indiffèrent totalement

I

0 Je suis capable de me décider aussi facilement que de coutume

1 J'essaie de ne pas avoir de décision

2 J'ai de grandes difficultés à prendre des décisions

3 Je ne suis plus capable de prendre la moindre décision

J

0 Je n'ai pas le sentiment d'être plus laid qu'avant

1 J'ai peur de paraître vieux ou disgracieux

2 J'ai l'impression qu'il y a un changement permanent dans mon apparence qui me fait paraître disgracieux

3 J'ai l'impression d'être laid et repoussant

K

0 Je travaille aussi facilement qu'avant

1 Il me faut faire un effort supplémentaire pour commencer à faire quelque chose

2 Il faut que je fasse un très grand effort pour faire quoique ce soit

3 Je suis incapable de faire le moindre travail

L

0 Je ne suis pas plus fatigué que d'habitude

- 1 Je suis fatigué plus facilement que d'habitude
- 2 Faire quoique ce soit me fatigue
- 3 Je suis incapable de faire le moindre travail

M

- 0 Mon appétit est toujours aussi bon
- 1 Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude
- 2 Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant
- 3 Je n'ai plus du tout d'appétit

Résultats : le score varie de 0 à 39

0 à 3 : pas de dépression

4 à 7 : dépression légère

8 à 15 : dépression d'intensité moyenne à modérée

16 et plus : dépression sévère

ÉCHELLE HDRS (ECHELLE DE DEPRESSION DE HAMILTON)

Cette échelle n'est pas une échelle diagnostique mais est elle est intéressante pour analyser les composantes de la dépression et pour en suivre l'évolution.

Un score significatif est un score > 15.

A - Humeur dépressive (tristesse, sentiment d'être sans espoir, impuissant, autodépréciation)

0. Absent

1. Ces états affectifs ne sont signalés que si l'on interroge le patient
2. Ces états affectifs sont signalés verbalement spontanément
3. Le sujet communique ces états affectifs non verbalement (expression faciale, voix, pleurs, attitude)
4. Le sujet ne communique pratiquement que ses états affectifs dans ses communications verbales et non verbales

B – Sentiment de culpabilité

0. Absent

1. S'adresse des reproches à lui-même, a l'impression qu'il a causé préjudice à quelqu'un
2. Idées de culpabilité ou ruminations sur des erreurs passées ou des actions condamnables
3. La maladie actuelle est une punition. Idées délirantes de culpabilité
4. Entend des voix qui l'accusent ou le dénoncent, a des hallucinations visuelles menaçantes

C – Suicide

0. Absent

1. A l'impression que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue
2. Souhaite être mort ou équivalent : toute pensée de mort dirigée contre lui-même
3. Idées ou gestes de suicide
4. Tentatives de suicide

D – Insomnie au début de la nuit

0. Absent

1. Se plaint de difficulté éventuelle à s'endormir
2. Se plaint d'avoir chaque soir des difficultés à s'endormir

E – Insomnie de milieu de nuit

0. Pas de difficulté

1. Le malade se plaint d'être agité ou troublé dans la nuit
2. Se réveille pendant la nuit

F – Insomnie du matin

0. Pas de difficulté

1. Se réveille de très bonne heure mais se rendort
2. Incapable de se rendormir s'il se lève

G – Travail et activités

0. Pas de difficulté

1. Pensées et sentiments d'incapacité, fatigue ou faiblesse se rapportant à des activités professionnelles ou de détente
2. Perte d'intérêt pour les activités professionnelles ou de détente, ou décrite directement par le malade ou

indirectement par son apathie, son indécision et ses hésitations

3. Diminution du temps d'activité ou diminution de la productivité
4. A arrêté son travail en raison de sa maladie actuelle

H – Ralentissement (lenteur de la pensée et du langage, baisse de la faculté de concentration, baisse de l'activité motrice)

0. Langage et pensées normaux
1. Léger ralentissement à l'entretien
2. Ralentissement manifeste à l'entretien
3. Entretien difficile
4. Stupeur

I – Agitation

0. Aucune
1. Crispations, secousses musculaires
2. Joue avec ses mains, ses cheveux
3. Bouge, ne peut rester assis tranquille
4. Se tord les mains, ronge ses ongles, arrache ses cheveux, se mord les lèvres

J – Anxiété psychique

0. Aucun trouble
1. Tension subjective et irritabilité
2. Se fait du souci à propos de ses problèmes mineurs
3. Attitude inquiète, apparente dans l'expression faciale et le langage
4. peurs exprimées sans que l'on pose de questions

K – Anxiété somatique (bouche sèche, troubles digestifs, palpitations, céphalées, pollakiurie, hyperventilation, transpiration, soupirs)

0. Absente
1. Discrète
2. Moyenne
3. Grave
4. Frappant le sujet d'incapacité fonctionnelle

L – Symptômes somatiques gastro-intestinaux

0. Aucun
1. Perte d'appétit mais mange sans y être poussé. Sentiment de lourdeur abdominale
2. A des difficultés à manger en l'absence d'incitations. Demande ou besoin de laxatifs, de médicaments intestinaux

M – Symptômes somatiques généraux

0. Aucun
1. Lourdeur dans les membres, dans le dos, dans la tête. Douleurs dans le dos, céphalées, douleurs musculaires, perte d'énergie et fatigabilité
2. Si n'importe quel symptôme est net

N – Symptômes génitaux (perte de libido, troubles menstruels)

0. Absents
1. légers
2. Graves

O – Hypochondrie

- 0. Absente
- 1. Attention concentrée sur son propre corps
- 2. Préoccupations sur sa santé
- 3. Plaintes fréquentes, demande d'aide
- 4. Idées délirantes hypocondriaques

P – Perte de poids selon les dires du malade

- 0. Pas de perte de poids
- 1. Perte de poids probable liée à la maladie actuelle
- 2. Perte de poids certaine

Q – Perte de poids appréciée par pesée

- 0. Moins de 500 grammes par semaine
- 1. De 500 à 1000 grammes par semaine
- 2. Plus de 1 kilo par semaine

R – Prise de conscience

- 0. Reconnaît qu'il est déprimé et malade
- 1. Reconnaît qu'il est malade mais l'attribue à la nourriture, au climat, à un virus, au surmenage, au besoin de repos...
- 2. Nie qu'il est malade.

ECHELLE D'ANXIETE DE HAMILTON

Cette échelle permet d'estimer l'existence d'une anxiété (score total) et son versant psychique (items 1 à 6 et 14), ou versant somatique (items de 7 à 13).

Dans les 7 jours précédents.

Pour chaque item, choisissez la note de 0 à 4 qui correspond le mieux à votre ressenti (0 : absent, 1 : léger, 2 : moyen, 3 : fort, 4 : maximal et invalidant)

Humeur anxieuse

Inquiétude-Attente du pire-Appréhension-Anticipation avec peur-irritabilité ○

Tension

Sensation de tension-Fatigabilité-Impossibilité de se détendre-Réaction de sursaut-Pleurs faciles-Tremblements-Incapacité de rester en place ○

Peurs

Du noir-Des gens inconnues- D'être abandonné seul-Des gros animaux-De la circulation- De la foule ○

Insomnie

Difficultés d'endormissement-Sommeil interrompu-Fatigue au réveil-Rêves pénibles-Cauchemars-Terreurs nocturnes ○

Fonctions intellectuelles

Difficultés de concentration-Mauvaise mémoire ○

Humeur dépressive

*Perte des intérêts-Absence de plaisir à ses passe-temps-
Dépression-Insomnie du matin-Variations de l'humeur
dans la journée* ○

Symptômes somatiques musculaires

*Douleurs musculaires et courbatures-raideurs musculaires-
Sursauts musculaires-Secousses cloniques-Grincements
des dents-Voix mal assurée* ○

Symptômes neurosensoriels

*Tintements d'oreille-Vision brouillée-Bouffées de chaleur ou de
froid-Sensation de faiblesse-Picotements* ○

Symptômes cardiovasculaires

*Tachycardie-Palpitations-Douleurs dans la poitrine-Battement
des vaisseaux-Sensations syncopales- Extrasystoles* ○

Symptômes gastro-intestinaux

*Difficultés pour avaler-Vents-Dyspepsie : douleurs ou brûlures
après les repas, ballonnements, coliques-Borborygmes-
Diarrhée et constipation* ○

Symptômes respiratoires

*Poids ou sensation de constriction dans la poitrine-Sensation
d'étouffement-Soupirs-Dyspnée* ○

Symptômes génito-urinaires

*Aménorrhée-Ménorragies-Frigidité-Mictions fréquentes-
Mictions urgentes- Éjaculation précoce-Impuissance-
Absence d'érection* ○

Symptômes du système nerveux autonome

*Bouche sèche-Accès de rougeur-Pâleur-Sudation-Vertiges-
Céphalée de tension-Horripilation* ○

Comportement général lors de l'entretien

*Tendu-Non à son aise-Agitation des mains-tripote ses doigts-
Serre les poings- Tics- Serre son mouchoir-Va-et-vient-
Tremblements des mains-Front plissé-Faciès tendu-
Respiration haletante-Pâleur* ○

Comportement physiologique lors de l'entretien

*Déglutit- Éructations -Tachycardie au repos-Augmentation du
rythme respiratoire-Réflexes tendineux vifs-Tremblements-
Dilatation pupillaire-Exophtalmie-Sudation-Battements
des paupières* ○

Score global d'anxiété

○

De 0 à 5 : absence d'anxiété

De 6 à 14 : anxiété mineure

Au-dessus de 15 : anxiété majeure

LISTE DES LIEUX DE CURES THERMALES

Des lieux de cure thermale se sont spécialisés dans la prise en charge de la fibromyalgie. En voici une liste non exhaustive. Leurs descriptions et coordonnées sont très facilement accessibles sur internet.

1. **Aix-Les-Bains.** Savoie. 73
2. **Amélie-Les-Bains** Pyrénées-Orientales. 66
3. **Bagnères-de-Bigorre.** Hautes-Pyrénées. 65
4. **Bagnoles de L'Orne.** Orne. 61
5. **Bains-Les-Bains.** Vosges. 88
6. **Balaruc-Les-Bains.** Hérault. 34
7. **Barbotan-les Thermes.** Gers. 32
8. **Bourbon-Lancy.** Saône-et-Loire. 71
9. **Cauterets.** Hautes-Pyrénées. 65
10. **Châtel-Guyon.** Puy-de-Dôme. 63
11. **Chaudes-Aigues.** Cantal. 15
12. **Dax.** Landes. 40
13. **Digne-Les-Bains.** Alpes-de-Haute-Provence. 04
14. **Les Eaux-Chaudes.** Pyrénées-Atlantiques. 64
15. **Eugénie-Les-Bains.** Landes. 40
16. **Lamalou-Les-Bains.** Hérault. 34
17. **Luchon.** Haute-Garonne. 31
18. **Le Mont-Dore.** Puy-de-Dôme. 63
19. **Morsbronn-Les-Bains.** Bas-Rhin. 67
20. **Néris-Les-Bains.** Allier. 03
21. **Plombières-Les-Bains.** Vosges. 88
22. **La Preste-Les-Bains.** Pyrénées-Orientales. 66
23. **Rochefort.** Charente-Maritime. 17

24. **Royat-Chamalières.** Puy-de-Dôme. 63
25. **Saint-Laurent-Les-Bains.** Ardèche. 07
26. **Salins-Les-Bains.** Jura. 39
27. **Uriage-Les-Bains.** Isère. 38
28. **Ussat-Les-Bains.** Ariège.09
29. **Vernet-Les-Bains.** Pyrénées-Orientales. 66

ADRESSES UTILES

CeNAF, centre national des associations de fibromyalgiques

1, impasse de Brillat

39270 Orgelet

T/F 03 84 35 54 42

www.info@cenaf.org

Fibromyalgiesos

0 820 220 200

110, rue Charles le Bon

59650 Villeneuve d'Ascq

www.fibromyalgiesos.fr

AFA Alsace

8, rue du Château

68470 Nambenheim

afalsace@tiscali.fr

AFAU Auvergne

19, place de la Résistance

63800 Cournon

fibromyalgiques.auvergne@wanadoo.fr

AFB Bretagne

5, rue Raoul Ponchon

22000 Saint Briec

asso-fibro-bretagne@worldonline.fr

AFBC Bourgogne Franche comté

1, impasse de Brillat

39270 Orgelet

afbc.cenaf@wanadoo.fr

AFC Centre

94, rue Charlet

18000 Bourges

ass.fibromyalgiques.centre@wanadoo.fr

AFMPLR Midi Pyrénées Languedoc Roussillon

2, rue Malbec

31000 Toulouse

AFO Picardie

13, rue des Tilleuls

60420 Le-Frestoy-Vaux

brigitte.boch@wanadoo.fr

AFSA Sud Aquitaine

CS La Pépinière. 6-8, avenue Robert Schuman

64000 PAU

afsa.pau@wanadoo.fr

UFG Gironde

55, rue de Mirail

33000 Bordeaux

u-f-g@wanadoo.fr

UFLA Lorraine Ardennes

MJC St Epvre. 14, rue du Cheval Blanc 54000 Nancy

fibro.lorraine@club-internet.fr

VAFSEC Nord Pas-de-Calais

122-124, rue de Savoie

59210 Coudekerque-Branche

vivreavecfibro@aol.com

AFVD

Association Francophone pour Vaincre les Douleurs

La Tillolle

79200 Pompaire (France)

05 49 94 62 02 / 06 15 57 83 83

association-afvd@neuf.fr

BIBLIOGRAPHIE

BERTHET JP. Rôle du psychiatre dans la fibromyalgie. Réalités en rhumatologie. Septembre 2012

BLOMAN F. et coll. La fibromyalgie, la douleur au quotidien. Editions Privat. 2006

CADENNE M. La fibromyalgie. Quels sont les résultats des dernières études ? Rhumatos. Novembre 2012

CARDON T. Diagnostic des myalgies diffuses. Reflex Rhumatol 2001 ; 42: 26-29

COHEN Ch. La fibromyalgie, un état douloureux enfin reconnu et pris au sérieux. Editions J. Lyon. 2012

COLLEGE FRANÇAIS DES ENSEIGNANTS EN RHUMATOLOGIE. Précis de rhumatologie. Masson. 2002

DECRET n° 2007-1574 du 6 novembre 2007 modifiant l'annexe 2-4 du code de l'action sociale et des familles établissant le guide barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées

HALIOUA B. et coll. La fibromyalgie, une si longue route. Editions In Press. 2010

HAS. Juillet/octobre 2010

HOUVENAGEL E. Fibromyalgie. Encyclopédie médicochirurgicale. 2003

KHALIFA P. Le point sur la fibromyalgie en 2012. Réflexions rhumatologiques. Mars 2013

LASSALE D. La fibromyalgie, autopsie d'une maladie au zénith. Editions le Mercure dauphinois. 2013

LOI DU HANDICAP n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

LE GOFF P. La fibromyalgie est-elle une maladie auto-immune ? Réalités en rhumatologie. Janvier 2009

PARLEMENT EUROPEEN. décembre 2008 (69.2008)

PINEL B. La fibromyalgie, in Guérir, mode d'emploi. Editions Bergame. 2014. Et en lecture sur ce site

YUNUS M.B. A controlled study of primary fibromyalgia syndrome: clinical features and association with other functional syndromes. J Rheumatol 1989; 16: 62-71



Bruno PINEL fut praticien hospitalier, spécialisé en Rhumatologie et gériatrie, diplômé d'Education Thérapeutique et de psychiatrie. Il a aussi exercé en rééducation fonctionnelle. Il a rencontré de nombreux patients atteints de fibromyalgie que, ni la médecine conventionnelle ni les centres antidouleur, ne soulageaient vraiment. Désormais à la retraite, il s'intéresse à la Nature, à l'écologie, enseigne le tantra et ses massages et écrit essais et romans engagé.

Résumé

Dans notre pays vivent près d'un million de patients fibromyalgiques.

Pourtant, cette maladie est peu reconnue. Avant que le diagnostic de leur mal soit confirmé, les patient(e)s errent ainsi d'un médecin à un autre et leurs symptômes sont rapportés à une maladie dite « fonctionnelle » ou même « psychosomatique » ! Peu de ces malades bénéficient alors d'une reconnaissance et d'un traitement capable de les soulager de leurs douleurs. Malgré les recommandations des sociétés savantes, l'existence de cette maladie reste contestée. A l'inverse, est parfois porté en excès un diagnostic qui reste de toute façon difficile.

La fibromyalgie est pourtant une authentique maladie, source d'un handicap parfois majeur. La recherche fondamentale commence à cerner les causes de ce mal, ce qui est de bon augure. Mais la médecine cartésienne occidentale reste impuissante à guérir les malades, qui ne sont pas ces « mécanos » d'organes juxtaposés que l'on voudrait qu'ils soient.

Les médecines ancestrales, celles des sages, des hommes-médecine et des chamanes, soignaient avec compassion et succès ces douleurs. A la fin de ma carrière, je les ai découvertes et m'y suis engagé avec bonheur.