



Sophrologie et **FIBROMYALGIE**

Le Défi de la pluridisciplinarité!



Sophie Lebreton, psychologue et sophrologue, formatrice au Centre de formation des sophrologues professionnels – École de Normandie – CFSP. (Centre FEPS), auteure de *Mes maux de tête. Des neurosciences à la sophrologie* (à paraître en 2018)

Le syndrome fibromyalgique est longtemps demeuré flou et mal compris. Cette affection, qui atteint environ 2 % de la population générale, est plus fréquemment observée chez la femme. Ce syndrome se caractérise par un état douloureux chronique tantôt localisé sur certaines régions corporelles ciblées, tantôt localisé de

manière plus diffuse et étendue sur le corps dans sa globalité. Il fait partie des syndromes douloureux chroniques dont le diagnostic demeure complexe à visages multiples.

De classification mal aisée, ce syndrome a pu recevoir différentes dénominations comme rhumatisme musculaire chronique (1901), rhumatisme psychogène (1960) ou encore neurasthénie, et d'autres encore. Le terme fibromyalgie proposé à partir des années 70 (HENCH, 1976, SMYTHE et MOLDOFSKY, 1977) est aujourd'hui internationalement reconnu. Le sexe-ratio est de 9 femmes pour 1 homme, avec un âge moyen de début des symptômes vers 30-40 ans. Étymologiquement, il est constitué de fibro du latin *fibra* qui signifie fibre, du grec *myo* pour muscle et algie pour douleur. La triade symptomatique communément décrite associe des douleurs localisées et/ou diffuses au niveau des articulations, des muscles et insertions tendineuses, une

asthénie globale, des troubles du sommeil et parfois d'autres troubles fonctionnels associés, par exemple troubles digestifs, céphalées, rendement cognitif perçu moins efficace, troubles thymiques et hypersensibilité. L'intensité de la douleur est décrite variable, aggravée par l'effort, la fatigue et le stress.

L'accompagnement de ce syndrome appelle des connaissances et compétences spécifiques autour de la douleur chronique rebelle impactant la qualité de vie de la personne. Selon la définition de l'*International Association for the Study of Pain (IASP)* et adopté par l'OMS, la douleur est « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable

liée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite en des termes évoquant une telle lésion ». La prévalence de la douleur chronique varie de 10,1 % à 55,2 % selon les études françaises et internationales (1,2). Le modèle de la douleur proposé par François Boureau (1947-2005; médecin français spécialisé en neurophysiologie et pionnier dans le traitement de la douleur) met en perspectives ces quatre dimensions essentielles intriquées dans l'expérience de la douleur, que sont les dimensions sensori-discriminative, émotionnelle, cognitive et comportementale. La douleur chronique est universelle, elle se pose comme un enjeu de société majeur!

Des études (1) confirment une réponse à la douleur différente chez la personne atteinte de fibromyalgie. La douleur est réelle. Les hypothèses physiopathogéniques la confortent. Des travaux de recherches récents permettent de mieux la comprendre. Les mécanismes de modu-

LA DOULEUR EST RÉELLE

lation de la douleur se déroulent différemment avec la mise en évidence de réponses physiologiques différentes au niveau de la moelle épinière et du système nerveux central, le cerveau, avec en particulier une réponse dysfonctionnelle du système de régulation responsable de l'atténuation de la douleur ressentie. Une diminution des mécanismes inhibiteurs de la douleur est observée chez les personnes souffrant de fibromyalgie (2). Du fait de ce déficit de l'inhibition physiologique de la douleur, le patient éprouve des douleurs diffuses bien réelles avec une sensibilisation centrale. Une concentration significativement supérieure en substance P (substance intervenant dans la transmission de la douleur) a été mesurée dans le liquide

(1) P. Chalaye, P. Goffaux, P. Bourgault, S. Lafrenaye, G. Devoede, A. Watier, S. Marchand, Comparing pain modulation and autonomic responses in fibromyalgia and irritable bowel syndrome patients, *Clinical Journal of Pain*, 28 (6), 519-526, 2012.

(2) J.-B. De Souza, S. Potvin, P. Goffaux, J. Charest, S. Marchand, The deficit of pain inhibition in fibromyalgia is more pronounced in patients with comorbid depressive symptoms. *Clinical Journal of Pain*, 25 (2), 123-127, 2009. N. Julien, P. Goffaux, P. Arsenault, S. Marchand, Widespread pain in fibromyalgia is related to a deficit of endogenous pain inhibition. *Pain*, 114 (2), 295-302, 2005.

REGARDS CROISÉS |

céphalo-rachidien. L'imagerie fonctionnelle ⁽³⁾ montre aussi des réponses neuronales modifiées chez la personne atteinte de fibromyalgie dans des régions cibles : les régions frontales dorso-latérales et orbito-frontales, les régions corticales cingulaires antérieures et le gyrus parahippocampique. Un phénomène d'hypersensibilisation centrale à la douleur (activation intense et prolongée du système nociceptif) se trouve ainsi aggravé. Outre des facteurs physiologiques complexes à l'œuvre, d'autres facteurs sont aussi à prendre en compte tels que des facteurs cognitifs, émotionnels, comportementaux, environnementaux, génétiques, facteurs également impliqués dans la modulation de la douleur. La personne faisant l'expérience d'une douleur peut en effet développer des réponses d'anticipation cognitive et de catastrophisme, des réponses de peur plus fortes impactant significativement la perception subjective de sa douleur. Des études soulignent aussi la fréquence d'expériences traumatiques. La dimension psychologique du syndrome fibromyalgique ne met pas en

cause la réalité de la douleur vécue par la personne.

Le syndrome fibromyalgique appelle donc une prise en charge multidisciplinaire tant pharmacologique que non pharmacologique. La chronicité de la douleur de type fibromyalgique impacte le corporel, le physique, le psychologique, le socio-professionnel, le familial, le conjugal et la qualité de vie de la personne. La mise en œuvre adaptée à chacun d'un traitement pharmacologique agissant sur le système nerveux central démontre aujourd'hui toute sa pertinence en lien avec une approche globale de l'expérience singulière vécue par la personne. Les consultations dédiées ainsi que les *Centres d'Évaluation et de Traitement de la Douleur* répartis en France (*CETD*) jouent un rôle central. De nombreuses études confirment les intérêts d'une perspective biopsychosociale dans l'abord de la fibromyalgie. La douleur résulte souvent d'interactions complexes entre des facteurs biologiques, des facteurs psychologiques, des facteurs socioculturels et des expériences de vie

avec stressseurs physiques et/ou psychologiques pouvant favoriser durablement une vulnérabilité chez la personne. Les troubles anxio-dépressifs sont fréquents ⁽⁴⁾. Il existe différentes échelles et questionnaires utiles à la mesure de l'impact du syndrome dans le quotidien de la personne. Citons parmi d'autres la version française du *FIQ*, *Fibromyalgia Impact Questionnaire*. Coichard ⁽⁵⁾ confirme les bénéfices de l'apprentissage de pratiques d'auto-relaxation et pratiques méditatives, des thérapies cognitivo-comportementales autour de l'identification et gestion des émotions, des thérapies d'acceptation et d'engagement en lien avec les comorbidités psychologiques citées. Certains auteurs ⁽⁶⁾ intègrent la fibromyalgie dans un spectre dit des troubles affectifs comprenant la dépression, les différents troubles anxieux et certains syndromes fonctionnels (intestin irritable, céphalées de tension). De nombreuses études montrent en effet combien la détresse émotionnelle est grande chez la personne qui est souvent confrontée aux jugements extérieurs portés, aux représentations erronées et partielles (*«vous n'avez rien, c'est dans la tête...»*).

Juliette, 30 ans, est adressée par son médecin avec un diagnostic de fibromyalgie récemment posé. Son récit montre une longue errance depuis environ cinq ans et un vécu d'abandon par la non-prise en compte de sa douleur réelle. Elle a pu s'entendre dire qu'elle n'avait rien, et même qu'elle inventait : *«Il faut devenir adulte, enfin ! Vous avez mal quand ça vous arrange...»*. La posture observée est figée, distante, des larmes contenues. L'alliance construite lui permet de poursuivre son récit. Ses douleurs se sont progressivement installées avec la sensation d'une lourdeur aggravée au niveau du



(3) M. Burgmer, M. Gaubitz, C. Konrad, M. Wrenger, S. Hilgart, G. Heuft, B. Pfeleiderer, *Decreased gray matter volumes in the cingulo-frontal cortex and the amygdala in patients with fibromyalgia*, *Psychosom. Med.*, 71 (5), 566-73, 2009.

(4) C., Cedraschi, J. Desmeules, C. Luthy, A.-F. Allaz, *Aspects psychologiques de la fibromyalgie*, *Revue du Rhumatisme*, 2003 Apr; 70 (4): 331 - 6, 2003.

(5) C.-G. Coichard, J. Cabane, *Intérêt d'une prise en charge multidisciplinaire du patient fibromyalgique*, *Revue du Rhumatisme*, 70 : 354-357.

(6) J.-L. Hudson, L.-M. Arnold, P.-E. Keck Jr, M.-B. Auchenbach, H.-G. Pope Jr, *Family study of fibromyalgia and affective spectrum disorder*, *Biological Psychiatry*, 2004 Dec 1; 56 (11): 884 - 9, 2004.

dos. « J'ai mal partout, c'est comme s'il y avait un poids dans le bas de mon dos, j'ai des douleurs au niveau des genoux, je n'arrive plus à rester assise, à marcher ». Insidieusement, Juliette se met en retrait dans sa vie personnelle et professionnelle comme si elle cherchait à ne pas décevoir, elle limite désormais son activité physique en particulier la marche, les sorties en ville avec ses amis et ses collègues, elle mange souvent seule à sa pause déjeuner. Juliette a toujours beaucoup travaillé en qualité de secrétaire toujours disponible pour les autres. Des arrêts maladies répétés lui sont reprochés par sa hiérarchie et certains de ses collègues. Juliette ne parvient plus à trouver sa place. « Ce n'est pas facile de garder sa place ». La découverte initiée de la Relaxation dynamique du premier degré (RD1)⁽⁷⁾ en lien avec la pratique d'une respiration calmante, permet à Juliette d'amorcer un nouvel ancrage corporel, relayé aussi par une prise en charge conjointe en balnéothérapie avec un kinésithérapeute. La remise en mouvement de son corps peut sans doute améliorer un mieux-être global et marquera une première étape. Proposer un accompagnement individualisé adapté à chaque réponse verbale et/ou corporelle, est essentiel.

La sophrologie peut contribuer avec pertinence au projet de soins à co-construire avec la personne et l'équipe, par sa dynamique psycho-corporelle, le travail autour de la relaxation musculaire ainsi que la dynamisation des ressources personnelles et capacité d'adaptation. Elle accompagne la prise de conscience de l'unité corporelles-émotions-comportements. Elle peut contribuer à l'unité et non au clivage corps-esprit. La pratique de la relaxation dynamique apparaît indiquée dans la mise en place progressive d'une réactivation physique du schéma corporel, dans l'apprentissage de la détente musculaire. Favoriser le mouvement physique peut favoriser le mouvement psychique par un principe d'action positive réciproque. Le comportement de peur inhibe souvent davantage le corps douloureux. Par ailleurs, un travail autour de la mobilisation musculaire et réadaptation à la mobilisation du corps apparaît légitime. Des modifications de la structure musculaire compatible avec une hypoxie musculaire, sont rapportées par de nombreuses études. Les techniques centrées sur la visualisation positive (image ressource, souvenir



© FREDERIC CIRIOU/PHOTOALTO/PHOTONONSTOP

ressource), la décontraction musculaire, la respiration profonde, l'auto-relaxation, peuvent aider la personne à réguler sa perception de la douleur, à modifier son empan de concentration ici et maintenant avec une visée analgésique et relaxante. Il s'agit d'un accompagnement individualisé avec chaque personne pour enfin écouter leurs besoins. La fibromyalgie nous confronte donc à la complexité de la douleur chronique et au dysfonctionnement des systèmes centraux de contrôle de la douleur. « Parce que la douleur chronique est en limite de tous les savoirs, médicaux, infirmiers, psy, et (elle) nous invite tous à nous confronter à d'autres modes de pensées, à travailler ensemble – en synergie – pour la nécessaire prise en charge du sujet. »⁽⁸⁾

La sophrologie peut trouver toute sa place au sein d'une approche multidisciplinaire essentielle. Elle peut contribuer aux nécessaires remaniements dans des espaces de

vie afin de mettre en œuvre un comportement actif favorable de « faire face avec ». Il est des douleurs qui demeureront des voisines de palier parfois bruyantes, parfois plus calmes. La réactivation du corps et celle des ressources personnelles constituent des piliers essentiels à bâtir, à consolider pour et avec chaque personne durant son parcours existentiel. ●

Bibliographie

- (1) C. Harstall, M. Ospina, *How prevalent is chronic pain?* Pain Clinical Updates, 11 (2): 1-4, 2003.
- (2) H. Breivik, *Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life and treatment.* European Journal of pain, 10, 287-333, 2006.

(7) Technique longue de sophrologie qui comprend un ensemble de stimulations corporelles.

(8) Livre Blanc de la Douleur, État des lieux et propositions pour un système de santé éthique, moderne et citoyen, SFETD, 2017.