



D^{re} Evelyne Trahan / Psychologue

La D^{re} Trahan détient un poste de psychologue et de superviseure clinique au Centre antidouleur du CHAU Hôtel-Dieu de Lévis. Elle s'intéresse particulièrement à l'évaluation et au traitement cognitif-comportemental individuel et de groupe de la douleur persistante dans le cadre d'une prise en charge interdisciplinaire.



D^{re} Séverine Hervouet / Psychologue

Spécialisée dans le domaine de la psychologie de la santé, la D^{re} Hervouet travaille actuellement au Centre antidouleur du Centre hospitalier affilié universitaire de l'Hôtel-Dieu de Lévis. Ses intérêts portent principalement sur les interventions cognitives-comportementales préconisées auprès de personnes atteintes de maladie chronique.

La fibromyalgie : au-delà des préjugés

Bien que le syndrome de fibromyalgie soit une condition médicale reconnue par l'Organisation mondiale de la santé depuis 1992 et une maladie à part entière d'après la classification internationale des maladies depuis 2006, il demeure à ce jour mal compris. Ce syndrome a encore souvent mauvaise presse, et ce, tant chez les professionnels de la santé et les tiers payeurs que parmi le public en général. Tantôt qualifiée de faux diagnostic ou de maladie psychiatrique, la fibromyalgie suscite bien des polémiques et du scepticisme. Comme psychologues, nous ne sommes pas exempts de ces préjugés. Nombreuses sont les idées préconçues qui persistent à propos de cette problématique et il n'est pas rare d'entendre véhiculer des sous-entendus tels que : « Ceux qui souffrent de fibromyalgie ont généralement un trouble de personnalité » ou « La fibromyalgie, c'est entre les deux oreilles que ça se passe ». Certes, le tableau est complexe, mais nous espérons à travers ce texte pouvoir présenter une facette plus optimiste de la fibromyalgie, d'une part, en la démystifiant davantage et, d'autre part, en proposant les principales cibles thérapeutiques à préconiser avec cette clientèle.

_DOCTEUR, J'AI MAL PARTOUT!

Les données épidémiologiques indiquent que de 2 à 10 % de la population canadienne souffrent du syndrome de fibromyalgie et que beaucoup plus de femmes en sont atteintes en comparaison aux hommes (Jain *et al.*, 2004). Caractérisée par des douleurs diffuses dans tout le corps, de grande fatigue, de problèmes intestinaux, de difficultés de sommeil, d'affect dépressif et d'altérations cognitives, la fibromyalgie représente un défi diagnostique pour le médecin en raison du chevauchement des symptômes avec d'autres conditions médicales, par exemple syndrome du côlon irritable, syndrome de fatigue chronique (Goldenberg, 2009). L'investigation médicale est généralement longue avant de confirmer un tel diagnostic. Néanmoins, le médecin peut se

baser sur des critères récemment mis à jour par l'American College of Rheumatology (Wolfe *et al.*, 2010). Une fois le diagnostic de fibromyalgie posé, le patient se heurte souvent à une pauvre compréhension des nombreuses causes encore exploratoires ainsi qu'à des explications plutôt floues sur les mécanismes pathophysiologiques sous-jacents. Cette situation le laisse fréquemment dans un état de frustration, de confusion et de découragement. Pour le psychologue, il importe donc dans un premier temps de valider la souffrance décrite par la personne aux prises avec cette condition pour laquelle aucune raison physique n'est objectivée. Cette évaluation de la douleur par le psychologue est importante et doit être remise dans un contexte où le patient a souvent l'impression que sa douleur est perçue comme imaginaire. Cet ajustement est nécessaire tôt dans le processus thérapeutique étant donné la place que peut prendre l'expérience émotionnelle du patient dans le maintien de sa problématique.

Les études reconnaissent la fibromyalgie comme une hypersensibilité du système nerveux. À titre de mécanismes neurophysiologiques, la sensibilisation centrale et le dysfonctionnement de la voie analgésique descendante obtiennent de plus en plus de support empirique (Williams & Clauw, 2009). Les personnes fibromyalgiques sont de fait plus sensibles aux signaux de la douleur (Kosek *et al.*, 1996), ont un seuil de douleur plus faible et réagissent plus fortement à divers stimuli (ex. : bruit, lumière) en comparaison aux gens en santé (McDermid *et al.*, 1996). Ces éléments peuvent mener à une hypervigilance des sensations physiques, à des croyances erronées sur la nature des symptômes et à des interprétations catastrophiques (ex. : douleur = dommage). De plus, il n'est pas rare de constater un déconditionnement physique chez ces patients, pouvant s'expliquer en partie par la présence de kinésiophobie (c.-à-d., l'anticipation à exécuter des mouvements de peur que la douleur augmente). Enfin, l'isolement, la perte d'emploi, l'incompréhension tant chez les proches que les professionnels de la santé sont autant de facteurs psychosociaux qui viennent entraver leur récupération fonctionnelle.

Ainsi donc, la conceptualisation la plus appropriée du syndrome de fibromyalgie que nous pouvons présenter à ce jour au patient s'inscrit davantage dans une visée biopsychosociale. En adoptant cette approche, le psychologue soucieux de son plan de traitement considérera les besoins de son patient comme multifactoriels et dynamiques. De plus, cette évaluation multidimensionnelle donne l'occasion à chaque individu d'identifier ses propres facteurs contributifs à la douleur et d'agir directement sur eux.

_MAIS POURQUOI UN PSYCHOLOGUE SI CE N'EST PAS DANS MA TÊTE?

La prise en charge d'une clientèle fibromyalgique se doit d'être plurimodale considérant l'interaction des différents facteurs biopsychosociaux qui perpétuent le dysfonctionnement. Ainsi, le psychologue peut prendre une part active au sein des sphères psychologique, physique et sociale. Pour ce faire, la thérapie cognitive-comportementale est à privilégier et est appuyée par les données probantes (Goldenberg *et al.*, 2004) (voir Tableau 1).

Du point de vue psychologique, la psychoéducation, la résolution de problèmes, la restructuration cognitive et les techniques comportementales constituent des ingrédients actifs du plan d'intervention. Mais avant tout, il est souhaitable de réviser les attentes du patient fibromyalgique, puisque celui-ci peut entretenir des attentes irréalistes face à la réduction de ses symptômes (ex. : ne plus avoir mal). Définir ensemble ce qu'est « une saine gestion de la douleur » est un incontournable, car trop souvent, pour le patient, cela signifie de façon erronée « éliminer la douleur ». La notion de « tolérance à la douleur » peut alors être introduite.

La psychoéducation occupe une place prépondérante dans le plan de traitement. Le patient arrive en consultation avec un bagage de croyances à propos de la fibromyalgie que l'on doit réviser (voir Tableau 2). En outre, les patients fibromyalgiques ne connaissent pas nécessairement bien le patron de leurs symptômes : fluctuations cycliques, facteurs qui exacerbent ou en atténuent l'intensité, etc. Le psychologue aide le patient à devenir expert de sa condition et à adopter une attitude de résolution de problèmes. L'analogie du détective peut les aider à prendre une distance émotionnelle et rechercher des solutions actives lors des « crises de douleur » au lieu de simplement attendre passivement qu'elles s'estompent. Les cognitions catastrophiques associées aux crises touchant l'impuissance, les ruminations et l'amplification des conséquences de la douleur répondent bien à la restructuration cognitive. L'autogestion des symptômes de la fibromyalgie par le biais de la relaxation, l'entraînement à l'imagerie mentale ou à la distraction permettent aussi un meilleur contrôle du stress, un facteur associé à l'exacerbation de la symptomatologie. Enfin, les problèmes fréquents de sommeil peuvent faire l'objet d'interventions spécifiques par le contrôle du stimulus, la restriction du sommeil et l'hygiène du sommeil.

Pour cibler l'amélioration du fonctionnement, l'exposition graduelle est de loin la technique la plus efficace. Elle peut être accompagnée de fixation d'objectifs, d'un journal quotidien, de planification, etc. Les fausses croyances concernant l'exercice peuvent rebuter la personne fibromyalgique de bouger; la peur de voir la douleur s'intensifier est d'ailleurs la norme plus que l'exception. L'adoption d'une nouvelle perception de l'activité est parfois un passage obligé pour amener le patient à entrevoir la réalisation de ses activités non plus en termes de performance, avec comme point de repère un niveau prémorbide élevé, mais plutôt en termes de contrôle de ses symptômes. Ainsi, le thérapeute guide la personne fibromyalgique à envisager ses actions de façon plus adaptée à sa condition (ex. : planifier des pauses, séparer la tâche en parties) afin de maintenir un niveau de symptômes tolérable. Parallèlement, le clinicien se soucie d'expliquer l'impact de l'exercice physique sur le système analgésique endogène, ses bénéfices physiques et psychologiques, de normaliser une légère augmentation de la douleur au début, de veiller à ce que la progression soit lente (ex. : une minute/semaine) et d'encourager le patient à maintenir l'observance.

Sur le plan social, les interventions psychologiques visent à préserver ou à développer chez la personne fibromyalgique de saines relations interpersonnelles. Se sentant à la merci de l'imprévisibilité de ses symptômes, celle-ci décline les sorties et s'isole de plus en plus. L'incompréhension d'autrui et les préjugés face à sa condition peuvent amener le psychologue à travailler avec son client pour améliorer ses habiletés de communication ou l'expression de ses comportements douloureux plus adéquatement. Les proches sont d'ailleurs encouragés à assister aux séances de psychoéducation. Enfin, une implication plus grande dans la communauté, comme le bénévolat, peut permettre à la personne de se valoriser à nouveau.

Afin de maximiser la réponse thérapeutique, des contacts réguliers avec les autres intervenants (médecin de famille, spécialiste, physiothérapeute, ergothérapeute, infirmière, etc.) s'avèrent essentiels pour partager la conceptualisation, adopter un langage et des objectifs communs et échanger sur les obstacles rencontrés. Les impasses thérapeutiques peuvent se présenter lorsque nous avons affaire à des clientèles complexes. Plusieurs caractéristiques du patient peuvent freiner l'amélioration clinique : la non-reconnaissance du système médical et parfois les années d'incertitude et d'attente avant d'obtenir un diagnostic éclairant, le scepticisme face à un intervenant en « santé mentale » plutôt qu'en « santé physique », les attentes élevées d'une éventuelle « guérison », les croyances erronées et rigides difficilement ébranlables, l'adoption d'une position passive face aux difficultés le rendant peu enclin au changement ou à l'autoprise en charge, certains traits de personnalité nuisant à l'engagement envers le processus thérapeutique et à l'observance des exercices prescrits, sans oublier les demandes de statut d'invalidité ou la présence de litige avec un tiers payeur qui font office d'agents de renforcement

TABLEAU 1. TRAITEMENTS DE LA FIBROMYALGIE FONDÉS SUR LES DONNÉES PROBANTES	
Niveau de preuves	Interventions non pharmacologiques
Élevé	Exercice cardiovasculaire Thérapie cognitive-comportementale Éducation Traitement multidisciplinaire
Modéré	Entraînement musculaire Acupuncture Hypnothérapie Biofeedback Balnéothérapie
Faible	Chiropractie Thérapie manuelle Massothérapie Électrothérapie Ultrasons
Aucune	Injection aux points sensibles Exercices de flexibilité

négatif. Or des caractéristiques appartenant au psychologue peuvent également faire obstacle à l'atteinte de résultats : nos propres préjugés ou notre cadre théorique dualistique, nos expériences négatives avec cette clientèle, nos attentes trop élevées en tant que thérapeute ou notre habitude à travailler en silo. Devant toute impasse, il est conseillé d'identifier les facteurs patient/thérapeute susceptibles d'entraver le processus de récupération, d'en discuter en équipe, d'aller chercher conseil auprès d'autres psychologues, de vérifier la conceptualisation de cas dans une visée plus globale, d'appliquer les techniques reconnues de l'approche motivationnelle ou encore de réviser nos attentes en tant que professionnel si elles demeurent trop optimistes envers ce patient.

Le syndrome de fibromyalgie est l'exemple même d'une condition médicale qui nous éloigne du simple modèle traditionnel biomédical, encore trop souvent présent dans nos milieux de soins de santé. Celui-ci nous donne l'occasion d'intervenir auprès de chaque individu dans sa globalité et ses spécificités. Bien que les préjugés abondent et les défis paraissent nombreux, il demeure que le psychologue détient la formation, les connaissances et les outils thérapeutiques appropriés pour véritablement aider la personne fibromyalgique à comprendre, reprendre le contrôle sur sa douleur (et sur sa vie) et redevenir plus active au quotidien.

TABLEAU 2. MESSAGES-CLÉS DE PSYCHOÉDUCATION

La douleur est bien réelle, vous la ressentez dans votre corps, vous ne l'inventez pas, ce n'est pas entre vos deux oreilles. Je vous crois quand vous me dites que vous avez mal.

Une augmentation des douleurs ne signifie pas nécessairement un dommage aux structures du corps (D ≠ D).

La fibromyalgie n'est pas un processus dégénératif.

Vous avez le pouvoir de ne pas laisser la douleur ou la fatigue vous empêcher de fonctionner.

Bibliographie

- Goldenberg DL. (2009). *Clinical Management of Fibromyalgia*, first Edition. Professional Communication Inc. OK. 148 pages.
- Goldenberg DL, Burckhardt C, & Crofford L. (2004). Management of Fibromyalgia Syndrome. *Journal of the American Medical Association*, 292, 2388-2395.
- Jain AK, Carruthers BM, coéditeurs. van de Sande MI, Barron SR, Donaldson CCS, Dunne JV, Gingrich E, Heffez DS, Leung FY-K, Malone DG, Romano TJ, Russell II, Saul D, Seibel DG. (2004). *The Fibromyalgia Syndrome: A Clinical Case Definition for Practitioners*. Éditeur : Russell II. The Haworth Medical Press.
- Kosek E, Ekholm J, & Hansson P. (1996). Sensory dysfunction in fibromyalgia patients with implications for pathogenic mechanisms. *Pain*, 68, 375-383.
- McDermid AJ, Rollman GB, & McCain GA. (1996). Generalized hypervigilance in fibromyalgia : Evidence of perceptual amplification. *Pain*, 66, 133-144.
- Williams DA & Clauw DJ. (2009). Understanding Fibromyalgia: Lessons from the Broader Pain Research Community. *The Journal of Pain*, 10, 777-791.
- Wolfe F et al., (2010). The American College of Rheumatology Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia and Measurement of Symptom Severity. *Arthritis, Care & Research*, 5, 600-610.