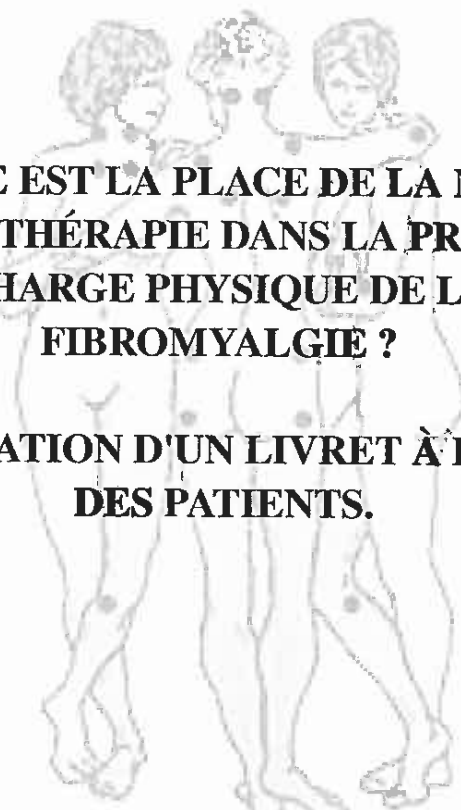


MINISTÈRE DE LA SANTÉ
RÉGION LORRAINE
INSTITUT LORRAIN DE FORMATION EN MASSO-KINÉSITHÉRAPIE DE NANCY



**QUELLE EST LA PLACE DE LA MASSO-
KINÉSITHÉRAPIE DANS LA PRISE EN
CHARGE PHYSIQUE DE LA
FIBROMYALGIE ?**

**ÉLABORATION D'UN LIVRET À L'USAGE
DES PATIENTS.**

Rapport de travail écrit personnel
présenté par Mélanie MANGIN
étudiante en 3ème année de kinésithérapie
en vue de l'obtention du Diplôme d'État
de Masseur-Kinésithérapeute 2007 - 2008.

4.2.1.3. Le massage.....	15
4.2.1.4. La physiothérapie	16
4.2.1.5. La balnéothérapie	17
4.2.1.6. La kinésithérapie active.....	17
4.2.1.7. La relaxation.....	19
4.2.1.8. L'éducation thérapeutique.....	20
4.2.2. Les autres moyens thérapeutiques	21
5. PRÉSENTATION DU LIVRET.....	21
5.1. Objectifs du livret.....	21
5.2. Conditions d'application.....	22
6. DISCUSSION – CONCLUSION.....	23

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

RÉSUMÉ

La fibromyalgie (F.M.), syndrome complexe aux multiples visages, fait beaucoup parler d'elle. Malgré cela, les professionnels de santé se sentent démunis.

Les masseurs-kinésithérapeutes, en adaptant et en dosant certaines de leurs techniques, peuvent, dans certains cas, apporter un soutien réel.

La prise en charge d'un patient F.M. requiert quelques principes liés à la douleur chronique comme l'écoute, la patience et l'attention. Cependant, seul le patient peut guider les thérapeutes à travers son ressenti, au jour le jour.

Le retentissement général, aussi bien sur le plan familial, social que professionnel de la F.M., nécessite une prise en charge pluridisciplinaire mais aussi active et volontaire du patient.

C'est dans le but d'aider les patients à se prendre en charge que nous avons réalisé un livret proposant un ensemble non exhaustif d'exercices et de conseils. Le libre choix leur est alors laissé pour les doser et les adapter en fonction de l'évolution de leur F.M.

Mots clés : fibromyalgie, rééducation, douleur chronique, réentraînement à l'effort.

1. INTRODUCTION (1,5,10,25,27)

« Chaque jour qui passe est une grande douleur cachée avec des moments très pénibles. Il me semble que je ne sortirai jamais de ce long tunnel qui n'est fait que de souffrances » Paroles violentes et réalistes, c'est un morceau de vie du patient F.M. (27).

Identifiée depuis le début du XX^{ème} siècle sous le terme de fibrosite, il faut attendre 1976 avec Hench pour que le terme de fibromyalgie soit adopté, bien que ne faisant pas l'unanimité. Actuellement, la F.M. est considérée comme une entité clinique à part entière, avec ses critères de diagnostic. Elle est reconnue par l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.) depuis 1992. (10, 25)

Avec pour conséquence majeure une altération significative des possibilités de travail et de revenus des malades, ainsi qu'une augmentation importante des coûts médicaux, elle intéresse les pouvoirs publics français et un nombre croissant de praticiens (5). Il n'est pas rare de découvrir un article sur le sujet dans un magazine grand public. Cette démocratisation se mesure aussi par le nombre de livres, consensus et articles reprenant et enrichissant les données anglophones.

Restent encore quelques points sombres : qui diagnostique la F.M. ? Quelle en est la cause ? Comment la traite-t-on ? Aux deux premières questions nous n'avons pas de réponse

claire à formuler. Pour la dernière, nous pouvons nous appuyer sur des chiffres : 85% des généralistes et 93% des rhumatologues prescrivent de la kinésithérapie (1^{ère} place dans la thérapeutique avant les médicaments) (5).

Suite à ces constatations, nous allons définir les critères cliniques et diagnostiques de la F.M., puis montrer dans quelle mesure le kinésithérapeute peut intervenir. Enfin, nous illustrons l'ensemble par un livret destiné aux patients fibromyalgiques.

2.CLINIQUE ET DIAGNOSTIC

2.1. Définition (14)

Le syndrome fibromyalgique désigne un état algique chronique généralisé observé généralement chez la femme d'âge moyen (40-50 ans). Son évolution est longue et bénigne. L'homme, l'enfant et l'adolescent peuvent également être touchés.

2.2. Épidémiologie (5, 15, 21)

La F.M. est une affection fréquente, avec une prévalence de 2% en moyenne, tous sexes confondus. Cependant, nous notons une nette prédominance féminine (plus de 80%) (5).

Ce tableau n'est pas réservé aux pays industrialisés. En effet, nous constatons une grande fréquence de la F.M. (7,3%) dans la communauté Amish (Amérique du nord) qui n'a aucun bénéfice social (compensations juridiques et/ou financières) à retirer d'une telle pathologie.

2.3. Diagnostic de la fibromyalgie (1, 5, 10, 25)

Ce syndrome, sans lésion anatomique ni signes biologiques ou iconographiques caractéristiques (radiographies, scanner, I.R.M.), se diagnostique grâce à des signes fonctionnels inconstants. Il s'agit d'un diagnostic d'élimination basé sur l'anamnèse et l'examen clinique.

C'est pour remédier à cette difficulté que des critères de diagnostic sont proposés dès la fin des années 1970. L'American College of Rheumatology (A.C.R.) publie en 1990 des critères de classification encore utilisés de nos jours.

2.3.1. Les critères de L'A.C.R. (5)

Les patients doivent obligatoirement, pour être considérés comme atteints de F.M., associer les deux critères suivants :

- Une douleur généralisée, c'est-à-dire la présence de tous les éléments suivants :
 - douleur du côté gauche et droit du corps,
 - douleur au-dessus et en-dessous de la ceinture,
 - douleur du squelette axial (cervicalgie, lombalgie ou dorsalgies).

Ces douleurs doivent être présentes depuis au moins trois mois.

- Douleur à la palpation digitale de onze points, au minimum, parmi les dix-huit répertoriés (figure 1) (4). Ils sont nommés « tender points »

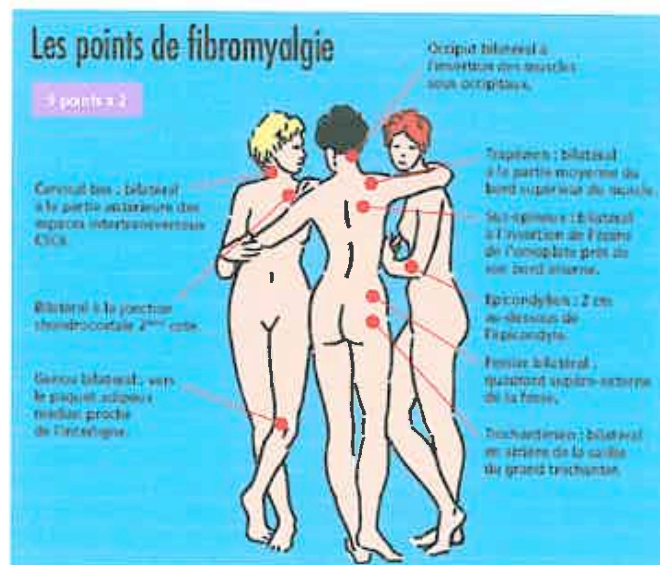


Figure 1: localisation des 18 points douloureux dans la fibromyalgie.

La palpation doit être faite jusqu'au blanchiment de l'ongle de l'examineur (4kg/cm²). Pour qu'un point douloureux soit considéré comme présent, le patient doit signaler spontanément que cette palpation est douloureuse. « Sensible » n'est pas considéré comme douloureux (25). En période de crise, le simple effleurement est hyperalgique. Nous exerçons donc rarement une pression aussi importante.

2.2. Rappels anatomiques : les tender points (2, 5, 25)

Les tender points sont des points douloureux multiples et diffus à la palpation. Nous observons quelquefois une hyperhémie locale au « pincé-roulé » dans certaines de ces régions (trapèzes notamment). La localisation est nécessairement symétrique et se situe en regard d'un os, d'une insertion tendineuse ou d'une jonction musculo-tendineuse.

Il ne faut pas confondre tender points et trigger points. Les trigger points, utilisés pour le diagnostic du syndrome myofascial, sont situés au niveau du corps musculaire et ne sont pas présents sur l'ensemble du corps lors d'un diagnostic positif.

L'utilisation de ces points douloureux comme critère de diagnostic est critiquée puisqu'ils ne sont représentatifs d'aucun trouble pathologique local distinct, mais plutôt d'un état d'hyperalgésie généralisée. De plus, ils varient en fonction de l'âge, du sexe, de l'appartenance ethnique, et sont parfois retrouvés dans d'autres pathologies rhumatismales.

Cependant, avec une sensibilité de 88,4%, une spécificité de 81,1% et une précision de 84,9%, aucun critère de classification n'a encore pu les remplacer. (25)

2.3.2. Les symptômes associés (5, 6, 15, 20, 25)

La symptomatologie est diversifiée et est incluse dans un contexte d'anxiété et de dépression. Elle est dominée par des douleurs musculaires diffuses accompagnées d'une fatigue souvent intense et de troubles du sommeil dans 85 à 90% des cas. Nous retrouvons :

- **La douleur** : elle est permanente, non améliorée par le repos et aggravée par les efforts et parfois par le froid, l'humidité et le manque de sommeil. Les patients ont l'impression d'un gonflement des zones douloureuses et de paresthésies des extrémités. L'ensemble est présent en l'absence de tout signe objectif d'atteinte articulaire ou neurologique.
- **La fatigue** : signalée par plus de 9 patients sur 10, elle est prédominante le matin, peu améliorée par le repos. Cette asthénie matinale s'accompagne d'une fatigabilité musculaire anormale aux efforts répétitifs et/ou au maintien d'une attitude.

- Des troubles du sommeil : dans plus de 90% des cas le sommeil est perçu comme léger et non réparateur, quelle que soit sa durée. Il est rare que les patients passent une bonne nuit avec, au réveil, moins de douleurs et de fatigue. A ces difficultés peuvent s'ajouter un syndrome des «jambes sans repos» et des périodes d'apnée. L'enregistrement polysomnographique confirme l'anomalie du sommeil.
- La dépression : certains symptômes décrits par les patients (fatigue, troubles du sommeil, céphalées) évoquent un syndrome dépressif. Cependant, tous les critères ne sont pas présents. Les antidépresseurs sont prescrits à des doses inférieures, leur donnant ainsi une action antalgique. Présente dans 25% des cas, il s'agit plutôt d'une dépression réactionnelle, conséquence de la douleur et de l'invalidité. Ce contexte douloureux est pourvoyeur de stress aux niveaux social, familial et professionnel.
- D'autres symptômes peuvent compléter ces signes : désordres intestinaux, céphalées, douleurs pelviennes, cystites, dystonie de l'articulation temporo-mandibulaire, hypotension orthostatique, syndrome de Raynaud, troubles de la mémoire et de la concentration, décompensations cardio-respiratoire à l'effort, troubles du rythme cardiaque, frilosité, vertiges sans illusion rotatoire sous forme de trouble de l'équilibre.

2.3.3. Examens complémentaires (5, 10)

L'examen physique, contrastant avec cette riche symptomatologie fonctionnelle, est pauvre et ne met en évidence aucune anomalie articulaire, musculaire ni neurologique hormis une éventuelle pathologie associée.

Aucune anomalie biologique ou radiologique d'intérêt diagnostique n'accompagne ces signes fonctionnels (aucun signe inflammatoire ni immunologique).

Ces examens complémentaires permettent de réaliser le diagnostic différentiel dans lequel on retrouve le plus souvent : l'arthrite rhumatoïde, le lupus érythémateux, l'arthrose vertébrale, l'hypothyroïdie, les douleurs myofasciales...

3.COMPRENDRE LA MALADIE

3.1. Les différentes hypothèses sur l'origine de la F.M. (5, 10, 19, 20, 25)

De nombreux travaux tentent de trouver l'origine de ce syndrome, sans réponse définitive ou complète. Les premiers travaux cherchent à démontrer une origine musculaire. Actuellement, les scientifiques se tournent vers l'hypothèse d'un désordre central au niveau de la modulation de la sensation douloureuse (activation plus importante du cortex et du système

lymbique lors d'un stimulus douloureux chez les sujets pathologiques).

L'hyperalgésie et l'allodynie¹ concernent tous types de stimuli (mécanique, thermique et électrique). Elles sont confirmées par l'observation sur I.R.M. de l'activité neuronale des patients : le traitement des signaux douloureux active plus de régions du cerveau que chez les sujets non atteints et persiste dans le temps (schéma 1) :

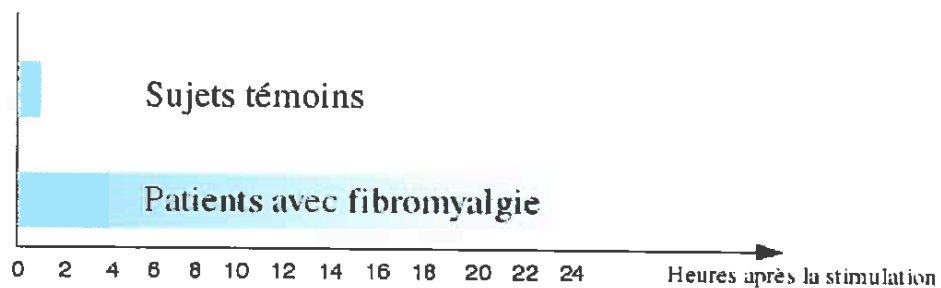


Schéma 1 : persistance de la douleur après stimulation au froid.

D'autres constatations ont démontrées des perturbations génétiques portants sur plusieurs gènes codant la sérotonine et les catécholamines. Ces neuromédiateurs interviennent en inhibant la sensation douloureuse, en régulant le système végétatif et les émotions. Ils ne sont pas utilisées de manière convenables, soit par défaut de fabrication soit par anomalie des structures neurologiques, car il a été mis en évidence une diminution du nombre de voies inhibitrices de la douleur chez les F.M.

D'autres hypothèses s'appuient sur des anomalies neuro-endocriniennes avec une perturbation de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien, ce qui aurait pour conséquence une inadaptation au stress.

¹ allodynie : douleur ressentie à la suite d'une stimulation non nociceptive (13)

Enfin, la littérature recense dans plusieurs cas l'existence d'un facteur déclenchant tels qu'un traumatisme physique (au niveau du rachis cervical ou une intervention chirurgicale), un traumatisme psychique (violences, abus sexuels), une exposition prolongée à un stress, ou encore une infection virale ou bactérienne.

Selon le 7^{ème} congrès annuel de rhumatologie (2000), « la F.M. serait le résultat de l'action de certains facteurs génétiques et de facteurs environnementaux susceptibles de favoriser son développement ».

3.3. Pronostic (2, 5, 7, 15, 25, 32)

La F.M. est une maladie chronique ne mettant pas en jeu le pronostic vital. Les patients doivent savoir que c'est une maladie qui, à l'heure actuelle, ne se guérit pas. Son évolution suit une courbe sinusoïdale. Une amélioration est constatée chez les patients ayant entrepris un programme de réentraînement musculaire progressif et ayant appris à gérer eux-mêmes leurs douleurs. Les symptômes s'atténuent quelquefois au 3^{ème} âge, mais cela est peut-être lié à l'absence de recherches approfondies en gériatrie (la symptomatologie associée est alors riche : arthrose, démence, fatigabilité...).

L'activité professionnelle peut être un élément bénéfique, si elle peut être maintenue. les travailleurs rapportent un niveau de douleur de 30% inférieur et une fonction articulaire de 45% supérieur aux patients sans emploi (15).

Le « Fibromyalgia Impact Questionnaire » (F.I.Q.) est un outil utilisé pour évaluer les gênes liées à la douleur, les troubles psychologiques, le désavantage professionnel et la fatigue. Il est traduit en français sous le nom de « Questionnaire de mesure d'Impact de la Fibromyalgie » (Q.I.F.) (annexe II).

4. PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE

4.1. Les traitements médicamenteux (1, 5, 10, 30)

Les médicaments (annexe III) apportent une aide relative aux patients mais ne permettent pas, actuellement, de traiter la F.M. La plupart des patients fibromyalgiques, après une longue période sous traitement, les abandonnent (inefficacité, effets secondaires...).

4.2. Les traitements non médicamenteux

4.2.1. La kinésithérapie

Le kinésithérapeute va permettre au patient d'apprendre à gérer lui-même ses douleurs et à limiter le déconditionnement cardio-respiratoire et musculaire global. Il n'apporte en aucun cas des « solutions miracles » mais plutôt un accompagnement physique et psychologique important.

4.2.1.1. Le bilan kinésithérapique

Anamnèse - le relaté

L'interrogatoire recueille les renseignements sur le patient tels que ses difficultés dans ses activités quotidiennes, dans ses relations familiales, professionnelles et sociales. Nous y retrouvons aussi ses antécédents médicaux, chirurgicaux et familiaux, son traitement ainsi que l'histoire de sa maladie avant et après les diagnostic médical. Il nous apparaît également important de savoir s'il a déjà eu des séances de kinésithérapie et quels sont ses objectifs.

Bilan de la douleur

Quatre questions sont posées au patient sur sa douleur :

- **« Où avez-vous mal ? »** Généralement la douleur sera diffuse, difficile à localiser et très variable dans le temps. Le patient nous répondra, dans la majorité des cas : « J'ai mal partout, tout le temps, depuis toujours ».
- **« Quand avez-vous mal ? »** Le patient décrit des gestes de la vie courante qui lui sont pénibles tels que rester debout sans bouger (cuisiner, discuter avec quelqu'un, repasser...), avoir les bras en l'air (se coiffer, étendre le linge...), tenir des objets (lire un livre, conduire...) ou faire des gestes précis (laver, écrire, couper...). Le patient peut également évoquer des douleurs nocturnes perturbant le repos, l'obligeant à se relever pour faire quelques pas ou à changer régulièrement de position, en vain.
- **« Combien ? »** Nous évaluons et quantifions la douleur à l'aide de l'échelle visuelle analogique (E.V.A), dans différentes situations de la vie quotidienne, ou encore à l'aide du questionnaire sur la douleur de Saint-Antoine (Annexe IV), non spécifique de la F.M.
- **« Comment la douleur a-t-elle commencé ? » ou « Depuis combien de temps ? »** Nous sommes dans le cas d'une douleur chronique, donc supérieure à 3 mois.

Bilan trophique et cutané

Il est classique, sans remarque spécifique, si ce n'est l'observation des conséquences de la sédentarité et de la douleur.

Bilan articulaire et neurologique

Les limitations articulaires sont des conséquences des rétractions musculaires éventuelles et donc de la sédentarité et de la douleur.

Bilan musculaire

Nous observons un déconditionnement musculaire généralisé, une fatigabilité musculaire accrue notamment au niveau de la ceinture scapulaire, voire même une intolérance à l'exercice. Tout mouvement est susceptible de provoquer des douleurs. C'est pour cette raison que les tests classiques ne sont pas réalisables.

Bilan neurologique et sensitif

Le patient peut parfois nous faire part de sensations de paresthésies aux extrémités des membres, de gonflements, ou de crampes dans les membres inférieurs. Tous ces symptômes font partie des signes associés de la F.M. décrits précédemment ou du diagnostic différentiel.

Bilan fonctionnel

Nous utilisons le questionnaire Q.I.F. et/ou des questions concernant les activités de la vie quotidienne.

4.2.1.2. Le bilan diagnostic kinésithérapique

- **Déficiences** : douleurs, diminution de force et d'endurance musculaire, fatigabilité, rétractions musculaires, problèmes cutanés...
- **Incapacités** : limitations dans les activités journalières, déconditionnement à l'effort, sédentarité.
- **Désavantages** : social (peut restreindre le cercle d'amis par isolement ou les loisirs), familial (rôle maternel, tâches ménagères...) et professionnel (congés maladie, efforts physiques trop importants, horaires exigeants...).

4.2.1.3. Le massage (5, 16)

Il est utilisé à visée antalgique et décontracturante, avant une kinésithérapie active (étirements, marche, vélo) ou pour soulager transitoirement un état douloureux exacerbé. Les techniques sont centripètes et adaptées en fonction du seuil douloureux du patient. Les techniques trop appuyées et tout ce qui provoque des douleurs de manière générale sont contre-indiqués. Il est bénéfique pour le sommeil, les douleurs et diminue la fatigabilité matinale.

Certains fabricants proposent l'utilisation d'appareils mécaniques de massage type L.P.G.[®] dans le traitement de la F.M. Leur efficacité reste à démontrer car ils semblent traumatisants (15).

Enfin, une étude randomisée suisse étudie en 1999 les effets du massage du tissu conjonctif sur 48 individus (23 sujets traités et 25 sujets témoins). Des effets bénéfiques sont observés pour 37% d'entre eux sur la dépression, la qualité de vie et l'usage de médicaments après une série de 15 massages. Après 3 mois sans massage, une diminution de 30% des douleurs continue à être observée et après 6 mois la douleur est revenue à 90% de sa valeur initiale. Le massage du tissu conjonctif se présente donc comme une solution thérapeutique qui peut être efficace mais sur le court terme.

4.2.1.4. La physiothérapie (25,10)

La physiothérapie a les mêmes indications et bénéfices que le massage. Nous pouvons utiliser toutes les techniques dont nous disposons : ultra-sons, boues, électrothérapie (courants antalgiques, surtout pour des douleurs localisées). Il est bénéfique d'appliquer ces techniques au niveau des tenders points.

La chaleur soulage les contractures musculaires et la cryothérapie est généralement mal tolérée. Il faut savoir écouter ses patients pour adapter sa prise en charge au jour le jour et en fonction de chacun.

4.2.1.5. La balnéothérapie (8, 11, 12)

L'eau chaude apporte des effets décontracturants, antalgiques et diminue les contraintes articulaires. Selon une étude datant de juin 2002 et étudiant les effets de la balnéothérapie sur 42 patients, elle apporte une diminution significative des douleurs et de l'anxiété. D'une manière générale, la balnéothérapie apporte de bons résultats sur le court et moyen terme mais l'effet des compléments (huiles, minéraux...) reste encore à démontrer. Elle est très utile pour démarrer une kinésithérapie active en particulier pour les exercices aérobies. Les séances doivent être toniques mais adaptées, si possible en eaux chaudes. Les jets trop puissants sont contre-indiqués.

4.2.1.6. La kinésithérapie active (9, 10, 13, 20, 22, 24, 28,29)

Elle vise à enrayer le cercle vicieux associant douleurs, conduites d'évitement et de sédentarité, voire de kinésiophobie; déconditionnement, incapacités et détresse psychologique.

Actuellement, la littérature préconise un programme de ré-entraînement à l'effort de type aérobie (8, annexe V). Le programme mis en place a pour objectif d'améliorer : les capacités aérobies, les capacités fonctionnelles, la force musculaire, la souplesse et l'endurance, la qualité de vie et la symptomatologie (fatigue, douleurs, sommeil, ...).

La capacité d'endurance des patients est généralement déterminée par la mesure de la V_{O_2max} . L'intensité de l'effort est déterminée grâce à la fréquence cardiaque ou à la perception de l'effort : ne pas dépasser un score de 3 ou 4 sur l'échelle de Börg (22, annexe VI). La « fréquence cardiaque cible » peut être calculée à partir de la fréquence cardiaque maximale théorique ($Fc_{max} = 220 - \text{âge du patient}$). Pour ces patients, on recherchera une fréquence cardiaque maximale de 60 à 70% de la Fc_{max} lors de l'effort.

Les exercices de haute intensité sont en général mal tolérés car ils améliorent certes les capacités aérobies mais ils majorent les phénomènes douloureux. La fréquence des séances dépend de nombreux facteurs : intensité, âge, condition physique, objectifs poursuivis, etc. Elle est de l'ordre de 2 à 3 fois par semaine avec des durées courtes au départ (5 à 15 minutes) et augmentées progressivement (30 à 60 minutes). Il est nécessaire d'établir un programme avec le patient sur le long terme, tout en lui expliquant les bénéfices, en s'adaptant à ses capacités et en restant doux. Certaines équipes médicales mettent en place un programme pluridisciplinaire sur 12 semaines (C.H.U. de Grenoble) (10) mais les F.M. doivent fournir dans tous les cas un travail régulier chez eux.

Une grande variété d'exercices aérobies ont montré une efficacité équivalente (marche, vélo d'appartement, piscine, cycloergomètre à bras) mais seuls les exercices aquatiques semblent améliorer l'anxiété et la dépression (étude brésilienne, 2006) (34).

Des étirements doux réalisés régulièrement améliorent nettement les contractures musculaires. Ils sont réalisés par le kinésithérapeute puis par le patient lui-même.

Les exercices de renforcement musculaire quant à eux s'avèrent inutiles. Certains auteurs les trouvent même aggravants. Si toutefois ils sont mis en place, il faut respecter certains principes : éviter les exercices excentriques, respecter les temps de pause, travailler successivement membres inférieurs et supérieurs, augmenter l'intensité progressivement.

4.2.1.7. La relaxation (5, 10)

La relaxation permet de libérer les tensions liées au stress, les contractures musculaires et les douleurs. Il faut savoir écouter le patient, lui seul sait ce dont il a besoin : Réconfort ? Écoute ? Soutien ? Accompagnement ? Les techniques sont diverses : Yoga adapté, training autogène selon Schultz, sophrologie. La technique de Jacobson semble intéressante et la plus bénéfique dans la mesure où elle fait succéder les contractions musculaires au relâchement, sur l'ensemble du corps.

Nous pouvons y associer des techniques de rétrocontrôle, permettant au patient d'objectiver et de contrôler ses réactions durant les séances de relaxation (Drexler 2002).

En parallèle, le patient apprend la respiration abdomino-diaphragmatique. Elle prépare à la phase de réentraînement à l'effort et aide à se détendre.

4.2.1.8. L'éducation thérapeutique

Elle doit être effectuée par l'ensemble des thérapeutes qui s'occupent du patient. Le kinésithérapeute y participe car il occupe une place non négligeable dans la vie du patient. Il est indispensable que le patient se responsabilise et participe activement à son éducation, afin d'apprendre à contrôler ses douleurs. Il doit comprendre que tous ses symptômes sont liés entre eux et répondent à une prise en charge globale plutôt que ponctuelle.

Il est nécessaire d'apporter au patient des explications simples sur sa maladie, évitant ainsi les consultations ou les chirurgies multiples et abusives. L'entourage du patient doit également être informé, puisqu'il s'agit d'une maladie qui influence la vie familiale.

Il est important de faire prendre conscience au patient du rôle aggravant du déconditionnement à l'effort et ainsi le faire participer activement à son traitement. Cet

apprentissage de la gestion de ses symptômes et de leurs répercussions au quotidien est primordial étant donné l'effet thérapeutique limité des médicaments. La partie la plus difficile concerne la motivation, la confiance en soi et la déculpabilisation du patient F.M.

4.2.2. Les autres moyens thérapeutiques (17, 18, 13, 33)

D'autres approches thérapeutiques peuvent être proposées telles que l'acupuncture, l'hypnose, l'homéopathie, les aimants. Cependant aucune n'a prouvé son efficacité. Nous devons en parler avec le patient, car certaines comme les régimes végétariens, le Qigong (technique chinoise qui inclut des postures, des exercices de respiration et des techniques de concentration) ou l'ostéopathie douce (33) peuvent être dangereuses. Seules les cures thermales spécifiques peuvent réellement être bénéfiques.

5. PRÉSENTATION DU LIVRET

5.1. Objectifs du livret (26)

L'objectif principal du livret que nous avons réalisé est de responsabiliser les patients dans la prise en charge de leur F.M., et donc faciliter l'acceptation et la gestion de ses

conséquences. Nous essayons de fournir un ensemble d'exercices et méthodes. Ils les sélectionnent en fonction des besoins du moment et après un apprentissage auprès d'un kinésithérapeute. Même s'ils ne suivent pas un programme d'exercice régulier, ce livret peut constituer à tout moment une base de donnée lorsque la douleur se présente. À terme, l'idéal est que le patient sache auto-gérer ses douleurs.

Ce livret peut également servir pour la documentation du patient ou de ses proches.

5.2. Conditions d'application

Le livret tel qu'il se présente n'est utile que si :

- le patient est motivé, qu'il se sent capable de se prendre en charge seul et qu'il sait ce qu'est la F.M.,
- le patient sait reconnaître et ne pas dépasser ses propres limites,
- le patient comprend les exercices et leur utilité. Pour cela nous en avons expliqué les bénéfices, contre-indications, fréquences et intensités; tout en s'appuyant sur des illustrations et un langage courant,
- le kinésithérapeute ou un autre professionnel de santé peut guider, corriger, suivre et répondre aux questions du patient.

6. DISCUSSION – CONCLUSION

Sans étiologie précise, avec une grande diversité de signes fonctionnels, la F.M. pose encore de nombreuses énigmes à nos scientifiques. Cela ne fait qu'entretenir l'image parfois négative que la société véhicule de ce syndrome (patients plaintifs, difficiles...), augmentant ainsi le désavantage familial, professionnel et social déjà majeurs (2).

Pourtant, la réalité de la fibromyalgie est aujourd'hui bien établie. L'approche des patients, souvent complexe et changeante, nécessite une prise en charge pluridisciplinaire où le kinésithérapeute occupe une place importante. Patience, écoute et persévérance sont les maître-mots de cette prise en charge.

Notre objectif est de réaliser un livret accessible au plus grand nombre de patients F.M. dans lequel ils peuvent extraire quelques astuces et exercices à leur convenance. Bien entendu, une participation active du patient est indispensable. Nous ne prétendons pas proposer des solutions miracles amenant à la guérison puisque celles-ci n'existent pas. Nous tentons simplement d'améliorer la qualité de vie de ces patients.

L'évolution des recherches, encore indispensables pour comprendre l'origine des douleurs et la physiopathologie de la fibromyalgie peut laisser espérer une meilleure efficacité et une meilleure prise en charge thérapeutique dans les années à venir. De nouveaux médicaments sont en cours de tests.

BIBLIOGRAPHIE

1. AUQUIER L., BONTOUX D., LÖÖ H., GODEAU P., MENKES C.-J., PAOLAGGI J.-B., PERROT S. - La fibromyalgie. - La revue de médecine interne, 2008, 29, p.161-68.
2. BARTHE G. - La fibromyalgie : état des lieux sur l'ensemble des interventions thérapeutiques. Quelle place pour les thérapies complémentaires ? - Thèse de licencié en kinésithérapie et réadaptation : Louvain : 2004. - 100 p.
3. BENNI A. - La fibromyalgie : une modalité de l'inventivité hystérique ? - Thèse pour obtenir le grade de docteur en médecine : Nancy : 2003. - 183 p.
4. BLOTMAN F., BRANCO J., KAHN M.F. - La fibromyalgie : la douleur au quotidien. - Toulouse : Privat, 2006 – 250 p.
5. BRATTBERG G. - Connective tissue massage in the treatment of fibromyalgia. - European journal of pain, 1999, 3, p. 235 – 44.

6. CARDON T. - Diagnostic des algies diffuses. - Revue du rhumatisme, 2003, 70, p 288 – 91.
7. CARLIER P., GRAFFIN B., LANDAIS C. - Thérapeutique pratique : le traitement de la fibromyalgie. – Le concours médical, 2005, N°38, Vol 127, p. 2174 – 179.
8. CHEVUTSCHI A., DENGREMONT B., LENSEL G., PARDESSUS V., THENENON A. - La balnéothérapie au sein de la littérature : applications thérapeutiques. Kinésithérapie la revue, 2007, 71, p. 14 – 23.
9. DONZÉ C. - Fibromyalgie et déconditionnement musculaire : déduction thérapeutique. - Revue du rhumatisme, 2003, 70, p. 321 – 26.
10. DUMOLARD A., JUVIN R., BOUCHET J.Y., SEVENIER A.M., TROGER F. - Cahier supplémentaire : la fibromyalgie. – Profession kinésithérapeute, 2007, 15, p. 5-17.
11. EVCIK D., KIZILAY B., GÖKÇEN E. - The effects of balneotherapy on fibromyalgia patients, 2002, 22, 2, p. 56 – 9.

12. FORESTIER R. - Le thermalisme rhumatologique. - Kinésithérapie la revue, 2007, 71, p. 34 – 9.

13. FRANÇOIS G., MABILLE F., MOUGEL M., HILLER M. - La gazette de l'espoir. Bulletin de l'union des fibromyalgiques de Lorraine et Ardennes, 2005, 8, p. 13-27.

14. GARNIER, DELAMARE – Dictionnaire illustré des termes de médecine. – 28^{ème} édition – Paris : Maloine, 2004 – 1046 p.

15. GLOWINSKI J. - Histoire naturelle de la fibromyalgie et pronostic. - Revue du rhumatisme, 2003, 70, p. 302 – 05.

16. GORDON C., EMILIOZZI C., ZARTARIAN M. - Use of a mechanical massage technique in the treatment of fibromyalgia : a preliminary study. - Archives of physical medicine and rehabilitation, 2006, 87, 1, p. 145 – 47.

17. HAINS G., HAINS F. - A combined ischemic compression and spinal manipulation in the treatment of fibromyalgia: a preliminary estimate of dose and efficacy. - Journal of manipulative and physiological therapeutics, 2000, 23, 4, p. 225 – 30.

18. HALE J., BLACKWELL J. - How effective are complementary / alternative medicine (C.A.M.) therapies for fibromyalgia ? - Evidence based practice, 2006, 9.

19. HOUVENAGEL E. - Physiopathologie de la douleur de la fibromyalgie. - Revue du rhumatisme, 2003, 70, p. 314 – 20.

20. MANNERKORPI K. - Exercices in Fibromyalgia. - Current opinion in rheumatology, 2005, 17, p. 190 - 94.

21. MANSAT C., MUDEL M. et coll. - La fibromyalgie. – Lettre d'information de l'observatoire du mouvement, 2003, 9, p.12.

22. MAQUET D., DEMOULIN C., CROISISER J.L.,CRIELAARD J.M. - Intérêt du réentraînement à l'effort dans la fibromyalgie et autres syndromes apparentés. – Ann. de réadapt. et de méd. phys., 2007, 50, p. 356 – 62.

23. MARTZOLFF R. - Septième congrès européen annuel de rhumatologie. - La gazette de l'espoir. Bulletin de l'union des fibromyalgiques et fatigues chroniques de Lorraine Champagne et Ardennes, 2008, 17, p39-40.

12. FORESTIER R. - Le thermalisme rhumatologique. - Kinésithérapie la revue, 2007, 71, p. 34 – 9.
13. FRANÇOIS G., MABILLE F., MOUGEL M., HILLER M. - La gazette de l'espoir. Bulletin de l'union des fibromyalgiques de Lorraine et Ardennes, 2005, 8, p. 13-27.
14. GARNIER, DELAMARE – Dictionnaire illustré des termes de médecine. – 28^{ème} édition – Paris : Maloine, 2004 – 1046 p.
15. GLOWINSKI J. - Histoire naturelle de la fibromyalgie et pronostic. - Revue du rhumatisme, 2003, 70, p. 302 – 05.
16. GORDON C., EMILIOZZI C., ZARTARIAN M. - Use of a mechanical massage technique in the treatment of fibromyalgia : a preliminary study. - Archives of physical medicine and rehabilitation, 2006, 87, 1, p. 145 – 47.
17. HAINS G., HAINS F. - A combined ischemic compression and spinal manipulation in the treatment of fibromyalgia: a preliminary estimate of dose and efficacy. - Journal of manipulative and physiological therapeutics, 2000, 23, 4, p. 225 – 30.

24. MASQUELIER E. - Traitement non médicamenteux du syndrome fibromyalgique. Synthèse de la littérature, ligne de conduite clinique. - Revue du rhumatisme, 2003, 70, p. 346 – 53.
25. MENKES C.J., GODEAU P. - La fibromyalgie. - Conférence de consensus : académie nationale de médecine, 2007, Paris.
26. PAUCHET – TRAVERSAT A.F., DOSQUET P. et coll. - Guide méthodologique : élaboration d'un document écrit d'information à l'attention des patients et des usagers du système de santé. – HAS, 2005, 44 p.
27. ROBERT C. - Fibromyalgie : « les malades veulent comprendre ». - Paris : Publibook, 2003. - 180 p.
28. RUSSELL JON I. - The fibromyalgia syndrome : a clinical case definition for practitioners. - Journal of musculoskeletal pain, 2004, 11, 4, 137 p.
29. STOCK R. - La fibromyalgie et sa rééducation. - Kiné actualité, 2008, 1107, p.20-23.

30. TREMBLAY M.C. - Comment traite t-on la fibromyalgie ? - La gazette de l'espoir.
Bulletin de l'union des fibromyalgiques et fatigues chroniques de Lorraine Champagne
et Ardennes, 2005, 9, p. 22.
31. VAILLANT J. - Kinésithérapie et fibromyalgie. – Kinésithérapie Scientifique, 2005,
460, p.55 – 6.
32. VAILLANT J. - Évaluer l'état des patients atteints d'une fibromyalgie : le F.I.Q.
version française. - Kinésithérapie Scientifique, 2008, 485, p.53 - 4

Autres références :

33. [Http://www.guideline.gov](http://www.guideline.gov)
34. [Http://www.ncbi.nlm.nih.gov](http://www.ncbi.nlm.nih.gov)

INSTITUT LORRAIN de FORMATION
Masso Kinésithérapie
57 Bis rue de Nabécor
54000 NANCY - France
Tél : (33) 03 83 51 83 33 Fax : (33) 03 83 51 83 38
secretariat@ikine-nancy2007.fr www.ikine-nancy.com

Nancy, le 11/10/07

Nos réf. : RC/DD

Je soussigné, M. CECCONELLO, Directeur de l'Institut de Formation en Masso Kinésithérapie, autorise

Mademoiselle Mélanie MANGIN

à réaliser un mémoire hors de la liste proposée.

Le sujet est : "Comprendre et participer à la prise en charge de sa fibromyalgie" et dont le référent est M PETITDANT.

Raymond CECCONELLO
Directeur



Annexe II : le questionnaire d'impact de la fibromyalgie (F.I.O. version française)

Nom : _____

Date : ____ / ____ / 20__

Les questions qui suivent ont pour objectif de mesurer les conséquences de votre fibromyalgie sur votre santé. Les réponses que vous fournirez à ce questionnaire nous permettront de mieux connaître l'impact de votre maladie sur votre vie de tous les jours.

Merci de bien vouloir répondre à toutes les questions :

- soit en mettant une croix X dans la case correspondant à la réponse choisie. Si vous ne savez pas très bien comment répondre, choisissez la réponse la plus proche de votre situation ;

- soit en indiquant d'un trait l'endroit où vous vous situez entre deux positions extrêmes, comme dans l'exemple ci-dessous :



Aucune douleur

Douleur très importante

1. Êtes-vous capable de *inclorez* entourer le caractère qui décrit le mieux l'état général dans lequel vous vous trouvez actuellement ?

	Toujours	La plupart du temps	De temps en temps	Jamais
Faire les courses ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Faire la lessive en machine ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Préparer à manger ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Faire la vaisselle à la main ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Passer l'aspirateur ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Faire les lits ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Marcher plusieurs centaines de mètres ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aller voir des amis ou la famille ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Faire du jardinage ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conduire une voiture ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Monter les escaliers ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Au cours des 7 derniers jours :

2. Combien de jours vous-êtes vous senti(e) bien ?

0 1 2 3 4 5 6 7

Si vous n'avez pas d'activité professionnelle, passez à la question 5

3. Combien de jours de travail avez vous manqué à cause de la fibromyalgie ?

0 1 2 3 4 5 6 7

4. Les jours où vous avez travaillé, les douleurs ou d'autres problèmes liés à votre fibromyalgie vous ont-ils gêné(e) dans votre travail ?



Aucune gêne

Gêne très importante

() () () ()

Au cours des 7 derniers jours :

5. Avez-vous eu des douleurs ?



Aucune douleur

Douleur très importante

() () () ()

6. Avez-vous été fatigué(e) ?



Pas du tout fatigué(e)

Extrêmement fatigué(e)

() () () ()

7. Comment vous êtes-vous senti(e) le matin au réveil ?



Tout à fait reposé(e) au réveil

Extrêmement fatigué(e) au réveil

() () () ()

8. Vous êtes-vous senti(e) raide ?

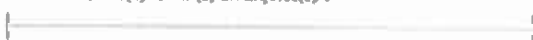


Pas du tout raide

Extrêmement raide

() () () ()

9. Vous êtes-vous senti(e) tendu(e) ou inquiet(e) ?



Pas du tout tendu(e)

Extrêmement tendu(e)

() () () ()

10. Vous êtes-vous senti(e) déprimé(e) ?



Pas du tout déprimé(e)

Extrêmement déprimé(e)

() () () ()

Annexe III : les différents médicaments prescrits dans la F.M.

Médicaments	Indications	Remarques
Antalgiques palier I, souvent II	Douleurs	Morphine jamais efficace
Antidépresseurs	Sommeil, asthénie et douleur (à court terme)	Les plus utilisés, action au niveau des centres nerveux (et non pour la dépression car les doses sont très inférieures). Surtout les tricycliques (amitriptiline), associés à des inhibiteurs mixtes de recapture de la sérotonine et de la noradrénaline pour éviter les effets secondaires
Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (Advil®...)	Analgésique	Peu efficace, aide ponctuelle Effets secondaires importants
Les benzodiazépines (Valium®, Xanax®, Activan®..)	Anxiété et spasmes musculaires (avec de l'ibuprofène)	Précaution car risque d'altération du sommeil profond, de dépendance et d'augmentation de la fatigabilité musculaire
Les relaxants musculaires (Flexeril®)	Crampes et douleurs musculaires	Modération, effet sédatif
Les somnifères (Ambien®)	Sommeil	Soulagement à court terme, à éviter en première intention
Les antiépileptiques	Douleurs intenses	Alternative, sous réserve de leur bonne tolérance




Annexe V : tableau récapitulatif des différentes activités proposées aux patients fibromyalgiques de 1988 à 2002 et leurs effets

Programmes d'activités physiques proposés dans la fibromyalgie

Type de programme	Auteurs/Années	Résultats
REEA* 20 semaines (3/semaine)	McC Cain 1988	↑ performances musculaires à court terme/ compliance 90 %
REEA* 20 semaines (2/semaine)	Mengshoel 1992	↑ performances musculaires à court terme, sans effets secondaires
REEA* 6 semaines (3/semaine)	Burckhardt 1994	↑ performances musculaires à court terme, surtout si + éducation
REEA* 14 semaines	Martin 1996	↑ performances musculaires à court terme, sans effets secondaires, pas de différences à long terme
REEA* 12 semaines (2/semaine)	Wiggensah 1996	↑ performances musculaires à court terme, pas de différences à long terme
REEA* 12 semaines (2/semaine)	Falcher 1997	↑ performances musculaires à court et à long terme
REEA* 6 semaines (2/semaine)	Bucklew 1998	Efficacité du programme, bénéfices maintenus à 2 ans, surtout si + éducation
Natation 6 mois (2/semaine)	Govans 1999	Efficacité du programme à 6 mois surtout si + éducation
REEA* 12 semaines (2/semaine)	Mannerkorpi 2000	Amélioration des performances aérobie et de la qualité de vie
REEA* à domicile 12 semaines (3/semaine)	Meiworm 2000	Amélioration des performances aérobie et efficacité sur la douleur
REEA* 20 semaines (2/semaine)	Ramsay 2000	Amélioration de la qualité de vie et stabilisation des capacités fonctionnelles, pas de supériorité du programme à domicile
Natation/REEA* 20 semaines (2/semaine)	Powell 2001	Efficacité du programme associé à l'éducation
Renforcement musculaire 12 semaines (2/semaine)	Jentoft 2001	Efficacité du programme sur les performances musculaires et surtout du programme de natation sur les douleurs
Renforcement musculaire 5 semaines (2/semaine)	Jones 2002	Efficacité sur les symptômes de la FM, sans effets secondaires
REEA* 12 semaines (3/semaine)	Stanley 2002	Efficacité sur les symptômes de la FM et amélioration de l'humeur et du sommeil
Balnéothérapie 3 semaines (5/semaine)	Richard 2002	Efficacité du programme sans effets secondaires et maintenu à long terme
Renforcement musculaire 24 semaines (2/semaine)	Richard 2002	Efficacité sur les symptômes de la FM sauf sur la dépression
Renforcement musculaire à haute intensité 20 semaines (2/semaine)	Van SM 2002	Pas d'efficacité du programme, compliance faible
Renforcement musculaire + REEA* 20 semaines (2/semaine)	Van SM 2002	Pas de modifications significatives avec le programme à haute intensité sauf sur les performances musculaires et la satisfaction globale
	Rooks 2002	Efficacité du programme, compliance de 81 %

* REEA, Réentraînement à l'effort en conditions aérobie.

ECHELLE DE BORG
Perception de la fatigue

	6	
TRES TRES FACILE	7	
	8	
TRES FACILE	9	
	10	
ASSEZ FACILE	11	
	12	
UN PEU DIFFICILE	13	
	14	
DIFFICILE	15	
	16	
TRES DIFFICILE	17	
	18	
TRES TRES DIFFICILE	19	
	20	

COMPRENDRE ET
PARTICIPER À LA PRISE EN
CHARGE PHYSIQUE DE SA
FIBROMYALGIE



Date : _____
Heure : _____
Programme commencé depuis _____ jours

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

État physique

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

État émotif

Exercices pratiqués et commentaires : _____

Date : _____
Heure : _____

Programme commencé depuis _____ jours

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

État physique

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

État émotif

Exercices pratiqués et commentaires : _____

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
LE POINT SUR LA FIBROMYALGIE.....	2
PRINCIPES A RESPECTER.....	3
PLACE DU KINÉ DANS LE TRAITEMENT DE LA F.M.....	5
MISE EN PLACE DU PROGRAMME D'EXERCICES.....	5
PROPOSITION D'EXERCICES.....	8
1. Les massages.....	8
2. La physiothérapie.....	8
3. Activités sportives d'endurance.....	9
3.1. La natation.....	10
3.2. La marche.....	11
3.3. Le vélo.....	12
4. Les étirements.....	13
4.1. Le matin, au réveil.....	14
4.2. Après une séance d'exercices.....	17
5. La relaxation.....	24
CONSEILS D'ERGONOMIE.....	25
CONCLUSION.....	27
REGISTRE D'EXERCICES.....	28

Vous avez été diagnostiqué fibromyalgique, après un parcours plus ou moins long auprès de différents praticiens.

Ce livret a pour but de vous aider à mettre en place un programme d'exercices adaptés à votre situation, à réaliser seul après apprentissage auprès d'un kinésithérapeute.

Pourquoi pratiquer ? Pour se réapproprier son corps en reprenant confiance en soi, en ses capacités; pour changer de la routine quotidienne et augmenter ses capacités cardio-respiratoires. En clair, profiter d'un bien être général.

Parce que la fibromyalgie n'évolue pas toujours de la même manière, il est impossible d'élaborer un programme d'exercices simple et unique qui convienne à tous. C'est pourquoi c'est à vous de le construire. Il sera très certainement nécessaire de l'adapter au fil des jours, en fonction de vos douleurs et de votre fatigue.

Pour vous aider à travailler régulièrement, nous vous proposons une fiche de suivi page 28. En cas de découragement, consultez-la et vous verrez vos progrès !

Date : _____ Heure : _____

Programme commencé depuis _____ jours

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

État physique

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

État émotif

Exercices pratiqués et commentaires :

Date : _____ Heure : _____

Programme commencé depuis _____ jours

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

État physique

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

État émotif

Exercices pratiqués et commentaires :

Date : _____ Heure : _____

Programme commencé depuis _____ jours

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

État physique

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

État émotif

Exercices pratiqués et commentaires :

Date : _____ Heure : _____

Programme commencé depuis _____ jours

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

État physique

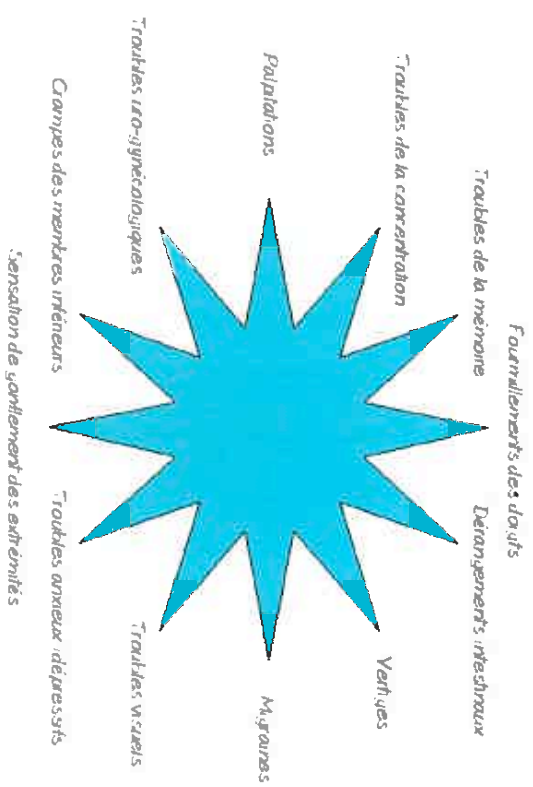
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

État émotif

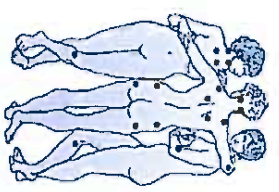
Exercices pratiqués et commentaires :

LE POINT SUR LA FIBROMYALGIE

La fibromyalgie est un syndrome caractérisé par des douleurs diffuses et durables (depuis plus de 3 mois). Elles sont associées très fréquemment à des troubles du sommeil, une raideur matinale et une fatigue musculaire qui rendent toute activité pénible. À cela s'ajoute une liste importante d'autres signes, variables d'un patient à l'autre :



- Le diagnostic est réalisé grâce à :**
- un interrogatoire précis,
 - un bilan sanguin pour éliminer toute autre pathologie,
 - la palpation des 18 points caractéristiques répartis sur l'ensemble du corps.



- Les manifestations principales de la fibromyalgie sont la douleur et la fatigue.

Vous avez certainement envie de vous reposer et d'avoir le moins d'activité possible, en attendant que la douleur disparaisse (fig 1).

Mais cette idée doit disparaître de votre esprit ! Le repos, bien au contraire, peut être nocif; et à l'inverse, la reprise de l'activité physique constitue une solution thérapeutique.

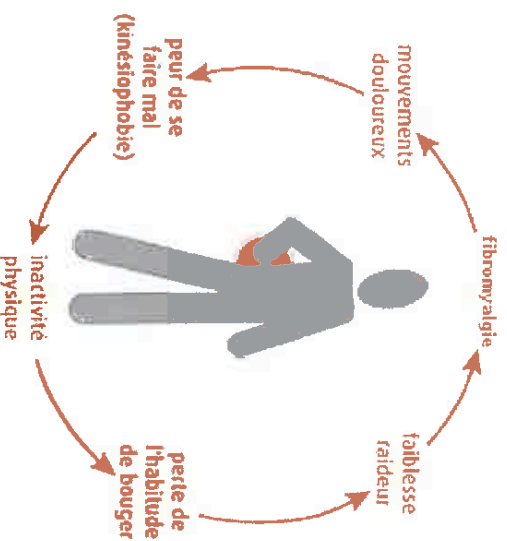


Fig 1 : Le cercle vicieux de la douleur

(source : www.iims.fr)

Remplissez ce registre à chaque fois pour suivre votre évolution de manière régulière.

Vous pouvez photocopier ces quelques pages ou noter dans un carnet, en vous inspirant des critères de classification ci-dessous, pour noter votre état physique et émotif du moment. Ensuite, il vous reste à préciser quel(s) activité(s) vous avez réalisé, la distance parcourue et/ou le temps que vous y avez consacré. Bon courage !

État physique

0 2 4 6 8 10

Je me sens bien, je n'ai aucune ou très peu de douleurs

Mon état physique est stable. Certains symptômes sont présents

Mon corps va mal, de nouveaux symptômes sont apparus ou se sont exagérés

État émotif

0 2 4 6 8 10

Je me sens bien, j'ai envie de faire beaucoup de choses

Je suis dans mon état normal, c'est une journée ordinaire

Je suis vraiment mal aujourd'hui, je n'ai qu'une envie, c'est de rester au lit

POUR CONCLURE

Vous voilà en possession de plusieurs exercices et astuces à mettre en place au quotidien. Gardez toujours à l'esprit qu'il s'agit d'une présentation générale, c'est donc à vous de les adapter et de les doser au jour le jour.

N'hésitez pas à poser des questions à votre kinésithérapeute !

Ne vous découragez pas, une activité, aussi minime soit-elle, est toujours plus bénéfique que l'inactivité !

Ce livret vous est proposé par Mélanie Mangin, étudiante en 3^{ème} année de masso-kinésithérapie à l'Institut de Nancy, en vue de l'obtention du Diplôme d'État (2008).

Il a été réalisé en collaboration avec l'association U.F.L.A. et le Docteur Jean - Éric Bussienne, que je remercie :



*Union des fibromyalgiques
et fatigues chroniques de
Lorraine Champagne et
Ardennes :*

*M.J.C. LILLEBONNE
14 rue du cheval blanc
54000 NANCY
Tél. : 03.83.35.67.46*

- **La motivation** est indispensable pour progresser.

- **Ne pas hésiter à parler de sa maladie à son entourage**, leur expliquer, pour se sentir soutenu.

- **Respecter ses limites**, ne jamais aller au-delà du seuil douloureux. Ce n'est pas parce que l'exercice fait mal qu'il est efficace, bien au contraire.

- **Respecter des temps de repos entre les exercices** : égaux au double du temps de travail, voire plus si nécessaire. Le repos est aussi important que le travail.

- **Marquer une certaine progression** dans les exercices, ne pas se surestimer.

- **Ne pas se décourager**, certaines semaines seront plus difficiles que d'autres, l'essentiel est de garder tout le temps une activité minimale.

- **Boire beaucoup d'eau.**



PLACE DU KINÉ DANS LE TRAITEMENT DE LA FIBROMYALGIE

Le kiné est le « thérapeute du mouvement », c'est lui qui va vous ré-apprendre à bouger votre corps. C'est pour cela qu'il est votre interlocuteur privilégié. Renseignez-vous cependant auprès de votre médecin pour trouver un kinésithérapeute qui a des connaissances approfondies sur votre maladie.



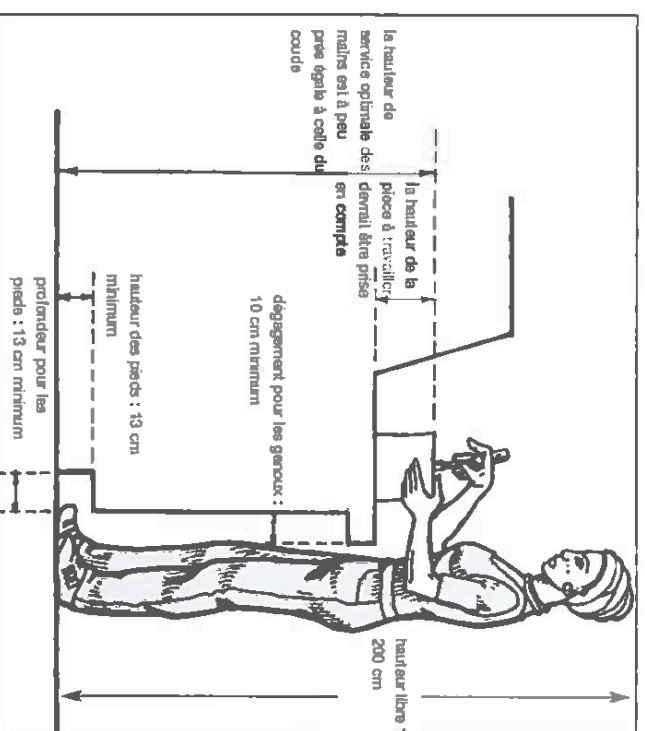
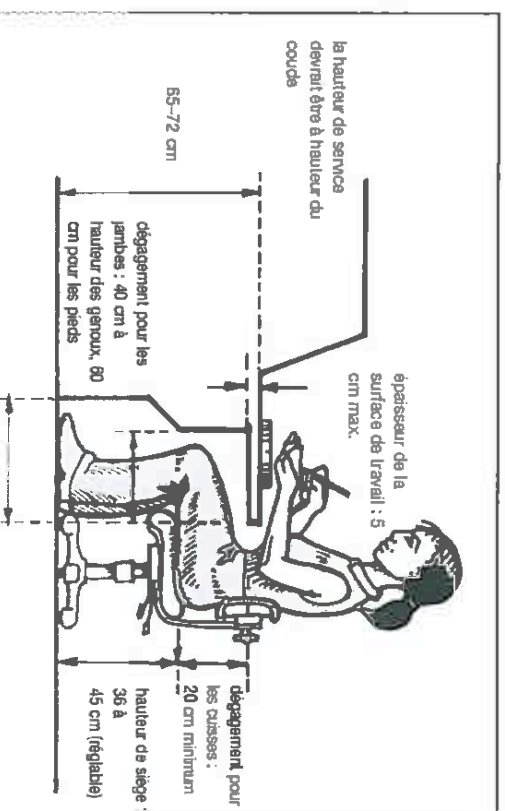
Réalisez les exercices suivants avec lui dans un premier temps, afin de ne pas faire d'erreur. De plus, il dispose de matériel que vous n'avez pas à la maison pour réaliser certaines techniques.

MISE EN PLACE DU PROGRAMME D'EXERCICES

Comment pratiquer ?

Prévoyez un endroit calme où vous ne serez pas dérangé, en y ajoutant, pourquoi pas, de la musique douce. Réalisez ces exercices le matin ou 6h00 avant le coucher, car ils peuvent causer des troubles du sommeil. Portez des vêtements amples et des chaussures confortables.

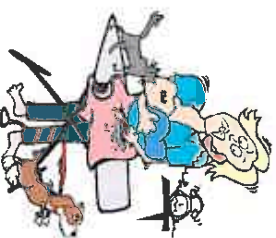
Chauffez-vous avant chaque séance en faisant quelques minutes, en montant et descendant une marche



(source : [www.inrs.fr/qc.calfr/](http://www.inrs.fr/qc/calfr/))

Quelques conseils simples :

- Réalisez les activités assis plutôt que debout lorsque cela est possible (repassage, éplucher les légumes...).



- Rapprochez les éléments dont vous servez le plus souvent pour éviter de piétiner (exemple, dans la cuisine, mettez à proximité le four, le frigo et l'évier).

- Évitez les gestes répétitifs, si ce n'est pas possible, changez régulièrement de position, pratiquez quelques petits mouvements relaxants.

- Prenez le temps nécessaire pour vous reposer. Pourquoi ne pas faire la sieste ? Ne pas dépasser 15-20 min et pour cela, ne choisissez pas votre lit.

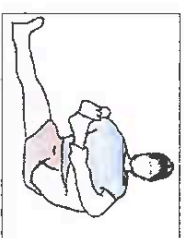
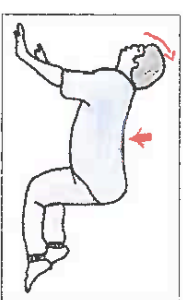
- Fractionnez les longs trajets.

- Conservez une activité physique régulière mais évitez les sports violents, les efforts importants et les sports d'équipe (esprit de compétition, bousculades...).

- Adaptez votre poste de travail (cf conseils ci-après) :

ou en effectuant des mouvements de nuque, épaules, poignets... N'oubliez pas d'inspirer pendant l'effort.

Voici quelques exemples :



Il faut commencer le programme quand vous vous sentez bien (pas de douleurs) car des courbatures peuvent survenir.

La fréquence des exercices est de 2 à 3 fois par semaine avec une courte durée au départ (5 à 15 minutes), pour augmenter ensuite par paliers.

La vitesse de progression est variable en fonction de vos capacités, de l'intensité de la douleur après les exercices, de vos problèmes médicaux spécifiques, de votre âge, de vos objectifs, et de votre capacité de récupération.

L'objectif à terme, après réentraînement progressif adapté est :

45 min de marche
ou 1h de vélo
ou 30 min de piscine } 3 à 4 fois par semaine

Il est parfois difficile de garder sa motivation, surtout si vous venez de subir une poussée. La tenue d'un registre d'exercices constitue un excellent moyen de rester motivé. Vous trouverez ceci à la page 28. Consultez-le régulièrement pour visualiser les progrès que vous avez réalisés.

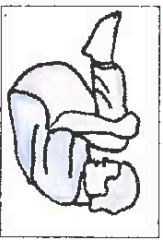
L'essentiel étant d'avoir une activité régulière, même si, comme c'est généralement le cas, elle est très modérée. Vous devez trouver le rythme qui vous convient et convient à votre corps, en s'adaptant jour après jour. Il ne s'agit en aucun cas d'une compétition.

Séance de relaxation

- Allongez vous sur le sol, en recherchant votre position confortable (caussin sous les genoux, les reins ou même la nuque). L'ambiance doit être calme (une musique douce peut vous aider). Habillez-vous chaudement car une séance bien conduite provoque des frissons.
- Fermez les yeux. Respirez profondément, lentement, sans forcer.
- Mettez les bras le long du corps, paumes tournées vers le plafond si possible et détendez tout votre corps.
- Prenez conscience de chaque partie de votre corps en commençant par les pieds, puis remontez aux chevilles, aux genoux... jusqu'à la tête. Prenez votre temps. Vous pouvez vous concentrer sur la partie de votre corps où est localisée la tension nerveuse. Posez-y les mains et imaginez qu'une sensation de grande détente passe de vos mains à votre corps. Répétez l'exercice à tous les endroits où vous ressentirez une tension.
- Vous avez l'impression que votre corps est lourd, qu'il s'enfonce dans le sol.
- Une fois terminé, quand vous vous sentez relâché, revenez lentement à la réalité en bougeant doucement articulation par articulation, en commençant par les extrémités. Puis, asseyez-vous doucement et profitez.

L'éthérée

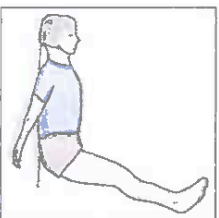
Étendez vous sur le dos. Soulevez la tête, prenez vos genoux dans vos bras et serrez-les contre la poitrine. Maintenez un instant la position puis détendez-vous.



C'est une bonne position pour soulager des douleurs lombaires.

Pour faciliter le retour veineux

Allongez-vous, les pieds posés contre un mur (le plus à la verticale possible) et écartez les bras. Fermez les yeux et sentez votre corps se détendre. Respirez.



Exercice de respiration:

Il constitue la base des méthodes de relaxation. Il consiste à réaliser une respiration * avec le ventre * :

Allongé confortablement, genoux fléchis, mains sur votre ventre :



Temps 1 : inspirer, gonflez votre ventre

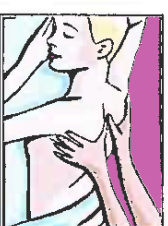
Temps 2 : souffler longtemps en rentrant votre ventre au maximum

PROPOSITIONS D'EXERCICES

1. LES MASSAGES

Votre kiné est le seul spécialiste diplômé pour effectuer des massages. Ce sera à vous de lui indiquer l'intensité que vous supportez afin qu'il s'adapte à votre niveau de tolérance.

Après apprentissage, vous pourrez éventuellement masser certaines zones de votre corps (pieds, paumes des mains avec une balle par exemple...). Vous pouvez également masser avec des huiles essentielles. N'oubliez pas de boire beaucoup après les séances pour faciliter l'élimination des toxines.



Indications
A visée décontractante, relaxante, en cas de crise ou en préparation d'une kinésithérapie plus active

Avantages
Diminue les douleurs et le stress, améliore le sommeil

Inconvénients
Effets bénéfiques sur quelques heures uniquement

2. LA PHYSIOTHÉRAPIE

Nous regroupons ici sous ce terme toutes les techniques vous procurant du bien-être grâce à la chaleur. Réservées à votre kiné, elles ont les mêmes indications et désavantages que les massages.

À la maison, vous pouvez appliquer sur les zones douloureuses des coussins remplis de noyaux, des bouillottes ou des packs de gel (à envelopper d'un linge) que l'on trouve dans le commerce. Utilisez-les à volonté !



3. ACTIVITÉS SPORTIVES ET D'ENDURANCE

Nous en retiendrons 3 pour leur facilité de réalisation, sans trop de matériel, elles sont à votre portée.

Pour ne pas être trop essoufflé à la fin de l'exercice, il faut conserver la possibilité de parler (nous sommes alors en dessous de notre seuil de tolérance physique).

Éirement des fléchisseurs des doigts

Position de départ : mains jointes devant la poitrine, paume contre paume.

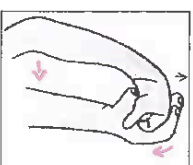
Action : relevez les coudes vers le haut tout en amenant les mains vers le bas.



Éirement des extenseurs des doigts

Position de départ : poing fermé, contenu dans l'autre main.

Action : pliez le poignet tout en tendant le coude le plus loin possible.



5. LA RELAXATION

À pratiquer sans modération, après une séance d'exercices ou seule.

La posture de l'enfant

Agenouillé par terre, posez la tête sur le sol, en avant de vos genoux.

Posez vos bras le long du corps. Respirez lentement (sentez la respiration qui fait bouger vos côtes et votre dos).



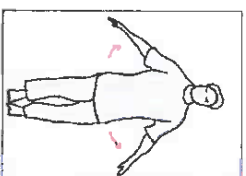
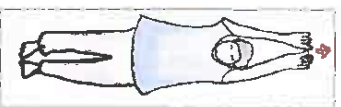
Éirement des bras et du dos

Position de départ : debout, les bras le long du corps.

Action : inspirez lentement et profondément tout en élevant les bras sur les côtés.

Dressez-vous sur la pointe des pieds tout en montant les bras le plus haut possible.

Revenez à la position initiale sur le temps expiratoire.



Éirement des intercostaux et du bras (triceps)

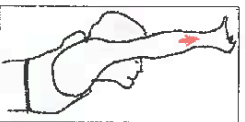
Position de départ : debout, jambes écartées. Posez une main au niveau du creux de la taille du même côté.

Action : amenez l'autre bras le plus loin possible au-dessus de votre tête et inclinez le tronc dans cette même direction.

Éirement des muscles des épaules et des bras (trapezes, pectoraux, biceps)

Position de départ : bras tendus et doigts joints.

Action : poussez vers l'avant, puis le haut, puis le bas.



3.1. ACTIVITÉS AQUATIQUES

L'eau rend l'exécution des mouvements plus facile. A l'inverse, elle peut former une résistance si les mouvements sont trop rapides. Il faut de l'eau assez chaude si possible (environ 28°) car le froid n'est pas bénéfique.



Vous pouvez nager, si vous le souhaitez (ou si vous le pouvez) mais modérément et de préférence sur le dos. Ainsi, vous limitez le travail excessif des jambes, des bras et gardez la tête en extension.

Vous pouvez y réaliser des exercices de gymnastique aquatique :

- Marcher en avant, en arrière, sur les côtés,
- Monter sur les pointes de pieds, sur les talons,
- Baigner des jambes,
- Faire des mouvements des bras à la surface de l'eau en les posant sur des planches.

Ou encore des étirements comme décrits ci-après.

Nous recommandons des séances de 20 à 30 minutes, composées de 4 à 5 exercices.

N'utilisez pas les jets, souvent trop puissants et donc source de douleurs.

Indications

Détendre, décontracter les muscles, libérer les articulations...

Avantages

Agit sur les douleurs, le sommeil, apporte un bien-être...

Inconvénients

Il ne faut pas avoir peur de l'eau et trouver le courage d'y aller

3.2. LA MARCHÉ

C'est l'activité la plus simple et la plus accessible. Préférer les terrains plats et pensez qu'il y aura un trajet retour.

La promenade du chien peut être un bon prétexte !



C'est à chacun de trouver son rythme, selon vos capacités du jour : commencez par exemple par marcher 5 min aller et 5 min retour puis augmentez progressivement la distance sans modifier la fréquence, etc...

Prenez l'habitude de marcher tous les jours, cela doit faire partie intégrante de votre quotidien.

Torsion partielle (étirement des fessiers)

Position de départ : Assis, jambes tendues. Fléchissez la jambe gauche et passez-la au dessus de la droite, le pied gauche étant au niveau du genou droit.

Action : Amenez votre genou gauche vers la droite avec votre main gauche jusqu'à sentir un étirement dans la cuisse et la fesse gauche. Changez de jambe.

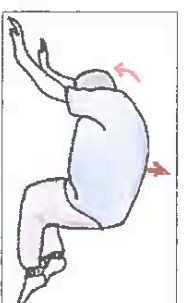
Conseils : Le dos doit rester bien droit.



Étirement du chat (étirement du dos)

Position de départ : A 4 pattes, mains et genoux écartés d'une distance équivalente à celle des épaules.

Action : Regardez droit devant vous et inspirez. Puis expirez, faites le gros dos et maintenez la position, avant de revenir à celle de départ.

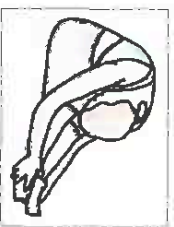


Éirement des deux jambes (ischio-jambiers)

Position de départ : asseyez-vous par terre, jambes tendues.

Action : Penchez-vous en avant, le ventre doit se rapprocher de vos cuisses. Maintenez la position 1 minute environ et soufflez

Conseils : Fléchissez vos genoux afin que cela ne soit pas trop douloureux



Éirement des adducteurs (partie interne de la cuisse)

Position de départ : assis, dos droit. Pliez vos genoux pour joindre les pieds. Saisissez-les afin de les ramener le plus proche possible du corps.

Action : Laissez descendre délicatement vos genoux vers le sol. Maintenez environ 1 minute puis remontez les genoux.

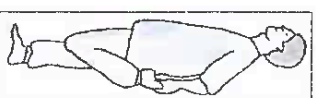


Éirement du quadriceps (muscle de l'avant de la cuisse)

Position de départ : Debout sur une jambe, fléchissez l'autre et maintenez-la avec les mains en direction de la fesse.

Conseils : Gardez les genoux serrés et ne vous penchez pas en avant.

Recommencez avec l'autre jambe. Vous pouvez réaliser cet exercice couché sur le ventre.



Indications

Travail global du corps

Avantages

Accessible, rythme adapté, peut se réaliser à plusieurs, détente, oxygénation, élimination...

Inconvénients

Ne pas confondre marche et patinement dans les magasins, ce dernier est beaucoup moins bénéfique !

3.3. LE VÉLO



Prenez les mêmes précautions que pour la marche et suivez un programme progressif en fonction de vos capacités. Pensez à mettre un casque et ne pratiquez pas le VTT, beaucoup trop violent. Il est aussi possible d'utiliser le vélo d'appartement.

Pour les personnes qui souhaitent mesurer leur pouls, le calcul du niveau maximal à atteindre pendant l'effort est donné par la soustraction suivante : $220 - \text{v\^o}t\^r\text{e \^a}g\text{e}$

Exemple, pour une personne de 30 ans, sa valeur du pouls à ne pas dépasser sera :

$$220 - 30 = 190 \text{ pulsations/mminute}$$

Indications

Entraînement cardio-respiratoire et musculaire global

Avantages

Travail des membres inférieurs et de l'endurance, « aération de l'esprit » si réalisé en extérieur

Inconvénients

Réussir à décontracter le haut du corps (épaules, bras et cou)

4. LES ASSOUPPLISSEMENTS

Pourquoi des assouplissements ?

1. Ils permettent d'améliorer la souplesse et de neutraliser les raideurs.
2. Ils peuvent être le point de départ d'un retour à une activité physique ou un moyen d'entretenir ses muscles.
3. Ils font prendre conscience des différents groupes musculaires en dégageant une chaleur interne, une sensation de relaxation.
4. Ils favorisent l'élimination des toxines (meilleure circulation sanguine) et préviennent des accidents musculaires.

4.2. APRÈS UNE SÉANCE D'EXERCICES

Nous allons chercher à éliminer les muscles qui ont été les plus sollicités durant l'exercice.

Par exemple, pour la marche on s'intéressera aux jambes, aux cuisses et au bas du dos.

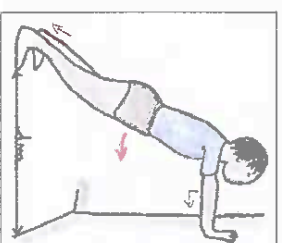
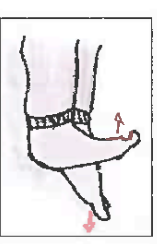
Étirements des mollets (triceps)

Position de départ : Allongez-vous sur le dos, jambes étendues.

Action : Amenez la pointe du pied vers vous puis éloignez-la.

Lorsque vous tendez un pied, fléchissez l'autre, et vice-versa.

Conseils : Gardez toujours les genoux tendus .



Position de départ : Pieds parallèles à 1m du mur, mains en appui sur le mur, bras tendus.

Action : Fléchissez lentement les bras et amenez le bassin vers l'avant

Conseils : Gardez toujours les talons au sol, reculez les pieds si nécessaire

Étiement latéral du cou

Penchez lentement le cou d'un côté, vous sentez les muscles s'étirer. Ramenez la tête à la verticale et faites la même chose de l'autre côté. Pour augmenter l'efficacité, vous pouvez pousser la paume de main du côté opposé vers le sol.



Quelques principes :

- **Ne jamais étirer un muscle froid, il faut réaliser une période d'échauffement avant.**
- **L'étiement s'effectue * sans à-coup * et sans rechercher les amplitudes maximales.**
- **Les étirements sont effectués lentement : 6 secondes pour s'étirer 6 secondes de maintien et 6 secondes pour revenir à la position de départ. Cela peut paraître long ! Respecter une phase de repos, après l'étiement, de 12 secondes minimum.**
- **S'étirer dans le calme, en se concentrant sur les sensations musculaires.**
- **N'oubliez pas de respirer ! D'une manière générale, soufflez quand vous étirez le muscle.**
- **Ne pas étirer un muscle blessé ou douloureux.**

La tête sur la poitrine

Abaissez la tête sur la poitrine tout en étant attentif à la sensation d'étiement des muscles de la nuque. Arrivé à la position d'étiement maximum, restez-y quelques secondes avant de remonter lentement la tête.



La posture du lion



Pour étirer les muscles de la face, ouvrez la bouche aussi grand que possible, tirez la langue tout en écarquillant les yeux. Restez ainsi quelques secondes puis relâchez.

Rotation en demi-cercle

Penchez la tête d'un côté, puis faites-la tourner doucement de façon à décrire un demi-cercle, menton posé sur la poitrine.



Ces exercices sont des exemples, ils ne sauraient se substituer aux conseils d'un professeur expérimenté. Il se peut qu'au début vous constatiez que vous avez les muscles un peu endoloris. Mais aucun exercice ne doit vous faire mal. Si c'est le cas, arrêtez tout de suite !

4.1. LE MATIN, AU RÉVEIL

Parmi les périodes de la journée les plus difficiles, nous pouvons citer le réveil ! En effet, votre corps est engourdi après une nuit de sommeil mais il faut se lever. Comptez 5 à 10 min pour l'ensemble des mouvements.

Mise en mouvement

1. **S**e mettre sur le dos, jambes repliées. Enlevez l'oreiller pour être à plat.
2. **F**ortez votre attention sur vos mains et vos doigts : les remuer puis les plier et les tendre.
3. **F**lectuez des mouvements en cercle des poignets, dans un sens puis l'autre.
4. **F**liez et tendez vos coudes, toujours allongé et de manière délicate.

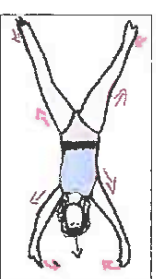


5. **C**roisez une cuisse sur l'autre et faire des cercles avec sa cheville, dans un sens puis l'autre: une cheville puis l'autre



Puis commencent les étirements
(N'oubliez pas de RESPIRER !)

1. **E**ras et jambes écartés et tendus, mains en extension, étirez ainsi l'ensemble du corps en poussant vers la tête et vers les pieds du lit tout en vous grandissant.



2. **F**epiez les doigts, fermez les poings puis ouvrez et écartez les doigts le plus possible. Maintenez 6 secondes (faire 4 fois)



3. **C**roisez les doigts, paumes de mains tendues vers l'avant et arrondissez votre dos (2 fois). Puis faites-le avec les bras au dessus de la tête.

4. **A**llongez les jambes et ramenez vos pointes de pieds vers vous. Tenez 6 sec. (4 fois)

5. **F**rendre un genou dans ses mains, le ramener à sa poitrine. Changer de genou.

Puis il faut se lever ! Pour cela, mettez-vous sur le côté, jambes repliées. Sortez les jambes hors du lit et poussez avec l'avant-bras pour mettre votre front droit.

Une fois assis, vous pouvez réaliser quelques étirements du cou :