

MINISTERE DE LA SANTE
REGION LORRAINE
INSTITUT DE FORMATION EN MASSO-KINESITHERAPIE
DE NANCY

LA FIBROMYALGIE :
Avant-projet de livret d'information à l'usage
des kinésithérapeutes lorrains

Rapport de travail écrit personnel
présenté par **Alexandre MOËRS**
étudiant en 3^{ème} année de kinésithérapie
en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat
de Masseur-Kinésithérapeute
2000-2001.

SOMMAIRE

	Page
1. INTRODUCTION	1
2. LA DOULEUR CHRONIQUE	2
2. 1. Définition	2
2. 2. Les différentes composantes	3
2. 2. 1. Composante sensorielle et discriminative	3
2. 2. 2. Composante affective et émotionnelle	3
2. 2. 3. Composante cognitive	3
2. 2. 4. Composante comportementale	3
2. 3. Mécanismes physiologiques	4
2. 4. Cycle de la douleur	4
2. 5. Évaluation de la douleur	6
3. PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR	7
3. 1. Place du M. K. dans la douleur	7
3. 2. Cadre législatif et administratif	8
3. 2. 1. Objectifs nationaux	8
3. 2. 2. Objectifs régionaux	9
4. LA FIBROMYALGIE : UN SYNDROME DOULOUREUX CHRONIQUE PARTICULIER	10
4. 1. Choix de la fibromyalgie	10
4. 2. Définition de la fibromyalgie	10
5. LE LIVRET	11
5. 1. Pourquoi un livret ?	11
5. 2. Objectifs du livret	12
5. 3. Réalisation du livret	13
5. 4. Validation auprès des professionnels	13
6. CONCLUSION	14

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

RÉSUMÉ

La fibromyalgie est un syndrome douloureux chronique et diffus de l'appareil locomoteur. Le traitement kinésithérapique des patients fibromyalgiques est spécifique. Ce travail présente la fibromyalgie en rassemblant les informations et les techniques nécessaires pour une prise en charge efficace. Il décrit et justifie la réalisation d'un livret à l'usage des kinésithérapeutes qui peut s'inscrire dans la démarche nationale et régionale d'amélioration de la prise en charge de la douleur chronique.

MOTS CLEFS : **DOULEUR**
FIBROMYALGIE
RÉÉDUCATION
LIVRET

1. INTRODUCTION

La douleur est le symptôme qui amène le plus fréquemment un individu à consulter un médecin.

La douleur chronique peut avoir des origines multiples. Il arrive parfois que la cause de la douleur chronique soit inconnue, que l'organisme ne présente aucune trace évidente de maladie ou dommage aux tissus corporels.

C'est le cas pour les patients fibromyalgiques. Ces patients sont de véritables handicapés douloureux (4). En effet, ils présentent une déficience organique (d'hypothèse controversée) qui les place dans l'incapacité de mener à bien les activités de la vie quotidienne aboutissant à un désavantage social (avec désinsertion professionnelle et régression financière).

Ces patients ont souvent été suivis pendant des années sans que l'on évoque le diagnostic, subissant parfois des examens complémentaires assez agressifs (biopsies) et iatrogènes (5).

La prise en charge de la fibromyalgie nécessite une connaissance des mécanismes de la douleur et du contexte psychologique du patient. "Soulagés" de pouvoir donner un nom à leurs douleurs, ces patients doivent être re-mobiliser progressivement en brisant le cercle de la douleur.

Aujourd'hui, l'amélioration de la prise en charge des patients douloureux chroniques est désormais une priorité nationale et régionale (2). Elle implique une action de tous les professionnels de santé et en particulier les masseurs-kinésithérapeutes.

A cet effet, nous nous proposons de réaliser un livret d'informations, destiné aux masseurs-kinésithérapeutes lorrains sur la prise en charge de la fibromyalgie isolée.

L'objectif principal de ce travail est de présenter la fibromyalgie aux kinésithérapeutes au travers d'un document rassemblant les informations et les techniques nécessaires pour une prise en charge efficace.

2. LA DOULEUR CHRONIQUE

2. 1. Définition

La douleur se définit comme "une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle, ou décrite en termes d'une telle lésion." (6,7). La douleur devient chronique dès lors qu'elle cesse de remplir sa fonction de "signal d'alarme", de symptôme aidant au diagnostic.

On considère qu'une douleur est chronique lorsque :

- les douleurs persistent depuis plus de trois mois,
- les douleurs deviennent invalidantes et rebelles aux antalgiques usuels,
- le malade ne perçoit sa maladie que par la douleur,
- elle s'accompagne de retentissement psychologique.

2. 2. Les différentes composantes de la douleur

2. 2. 1. Composante sensorielle et discriminative

La composante sensorielle et discriminative permet de reconnaître la sensation dans l'espace et dans le temps, de la qualifier, d'en évaluer l'intensité.

2. 2. 2. Composante affective et émotionnelle

La composante affective et émotionnelle donne à la sensation son aspect désagréable, pénible, voire insupportable. Elle conduit le sujet à éviter la cause de la douleur et l'amène aux états émotionnels d'anxiété et de dépression. Elle est modulée par le contexte de survenu de la douleur, comme par exemple, la signification de la maladie.

2. 2. 3. Composante cognitive

La composante cognitive regroupe l'ensemble des processus mentaux modulateurs de la sensation comme la distraction, la suggestibilité, la mémoire, la référence au passé.

2. 2. 4. Composante comportementale

La composante comportementale englobe l'ensemble des manifestations observables. Elles peuvent être motrices (attitudes antalgiques vicieuses, évitements) ; suivre des variations physiologiques (sueurs, variation de fréquence cardiaque ou de tension artérielle).

La douleur chronique devient une maladie à part entière. Elle n'a plus aucun objectif biologique et son retentissement tant physique que psychologique est important.

2. 3. Mécanismes physiologiques

Il existe plusieurs mécanismes physiologiques générateurs de la douleur :

- la douleur somatique par excès de nociception. Il s'agit d'une réaction normale de l'organisme à une lésion.
- la douleur neurogène ou douleur de désafférentation. Les fibres responsables du cheminement de l'influx nerveux à l'origine de la perception douloureuse sont altérées ou interrompues.
- la douleur idiopathique (ou sine materia). Elle reste d'étiologie inconnue mais sa réalité doit conduire à un examen psychologique pour pouvoir parler de douleur psychogène.

2. 4. Cycle de la douleur

Lors d'une poussée douloureuse, le patient se met au repos. Il utilise moins la région qui le fait souffrir (sous-utilisation).

Pour pouvoir continuer à mener ses activités habituelles, cette sous-utilisation est compensée par une sur-utilisation des articulations adjacentes. Ainsi, il risque de réaliser des mouvements dans de mauvaises conditions cinésiologiques et engendrer l'apparition de

nouvelles douleurs.

L'inactivité d'une région ou d'un complexe articulaire entraîne une amyotrophie, des raideurs articulaires et une modification du schéma corporel. Le patient ne peut plus s'auto-corriger, les attitudes vicieuses se fixent.

Le patient se fatigue alors au moindre effort. L'augmentation de la douleur et de l'effort lui font redouter le mouvement : nous parlons de kinésiophobie ; le repli sur soi et l'isolement deviennent de plus en plus marqués. Le patient perd son autonomie et sa confiance en lui : il devient dépendant.

La douleur chronique fait entrer le patient dans un véritable cercle vicieux qui peut se représenter comme suit (Fig. 1) :

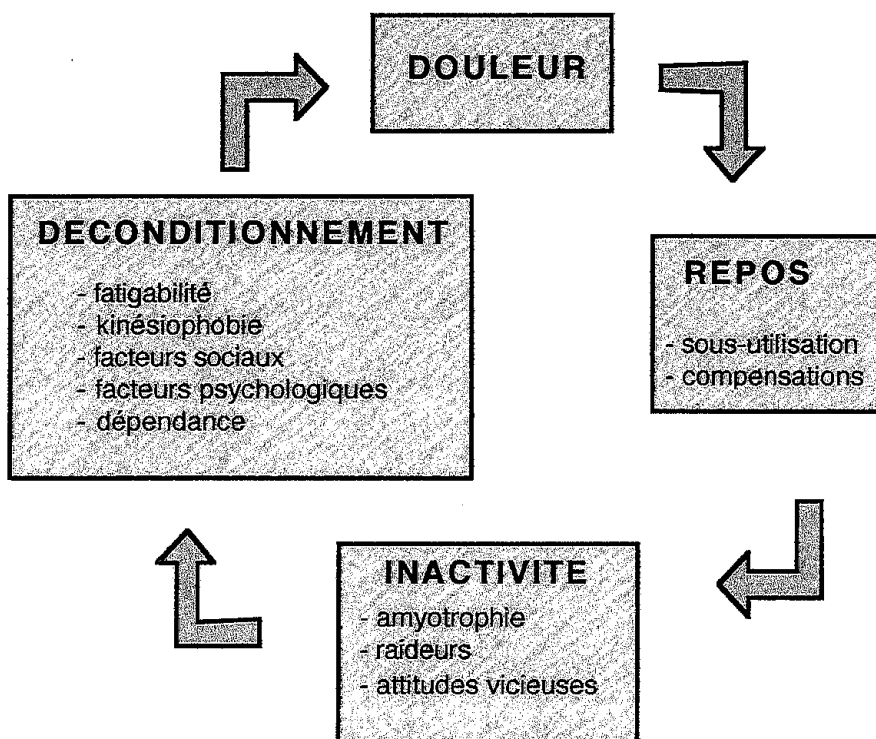


Figure 1 : Cycle de la douleur

2. 5. Évaluation de la douleur

Pour le kinésithérapeute, il est fondamental d'évaluer la douleur avec les outils mis à sa disposition.

L'interrogatoire permet au kinésithérapeute d'appréhender la pathologie de son patient, de contrôler son évolution, de prendre en compte les répercussions physiques et psychologiques de la douleur.

Il existe des méthodes d'**auto-évaluation** qui laissent le patient décrire et évaluer sa douleur :

- l'échelle visuelle analogique (EVA), validée internationalement.
- l'échelle numérique simple. Le patient attribue oralement une note de 0 à 10 (ou de 0 à 100) à sa douleur.
- l'échelle verbale simple. Le patient qualifie sa douleur en absente, faible, modérée ou intense.
- le questionnaire de Saint-Antoine sur la douleur (QDSA). (Annexe I)

On trouve également des méthodes d'**hétéro-évaluation** qui sont indispensables notamment lors de difficultés voire d'impossibilité de communication avec le patient :

- chez les sujets âgés, il existe l'échelle DOLOPLUS qui permet d'évaluer la douleur et son retentissement psychologique. (Annexe II)

Le point important à retenir est que l'intensité de la douleur n'est pas celle que le masso-kinésithérapeute imagine mais bien celle que le patient rapporte.

Au cours de cet examen, le kinésithérapeute dresse une cartographie exacte de la douleur. Il distingue les zones douloureuses au repos de celles survenant lors de mouvements. Cette topographie particulière sera ré-évaluée au cours du traitement pour connaître l'évolution des douleurs. (Annexe III)

3. PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

3. 1. Place du masso-kinésithérapeute dans la douleur

La douleur, motif de consultation, est omniprésente dans le dialogue entre le patient et le kinésithérapeute. La durée du bilan, le contact de la main du thérapeute avec le corps du patient lors de l'acte de rééducation, les techniques de traitement, font du kinésithérapeute un interlocuteur privilégié et permet au patient de nommer et décrire sa douleur.

Dans le décret n° 98-879 du 8 Octobre 1996 (point e de l'article 9 du décret de compétences), "Le masseur-kinésithérapeute est habilité (...) à contribuer à la lutte contre la douleur et à participer aux soins palliatifs" (3).

Depuis l'arrêté du 4 Octobre 2000 modifiant la nomenclature générale des actes professionnels des (...) auxiliaires médicaux, "le masseur-kinésithérapeute réalise l'évaluation initiale (...) de la douleur" permettant ainsi "d'établir le diagnostic kinésithérapique et d'assurer la liaison avec

le médecin prescripteur”.

Le kinésithérapeute prend donc une place capitale non seulement dans le traitement de la douleur par les techniques de son choix mais aussi parce qu’au fil des séances, il suit son évolution et transmet les informations à l’équipe soignante (médecin, infirmier, psychologue,...).

3. 2. Cadre législatif et administratif

3. 2. 1. Objectifs nationaux

L’insuffisance de la prise en charge de la douleur en France a été l’objet d’une prise de conscience récente des pouvoirs publics. Plusieurs textes législatifs, réglementaires et ordonnances ont été publiés qui incitent toutes les professions soignantes et les structures administratives à fournir un effort plus important dans la lutte contre la douleur rebelle chronique (2).

Quatre objectifs ont été retenus pour la prise en charge de la douleur :

- **l’égalité** d’accès à une prise en charge de la douleur. Tous les patients doivent pouvoir accéder aux différents paliers de prise en charge allant de l’évaluation avec prescription en douleur aiguë, à une consultation spécialisée, à la réalisation de gestes techniques ou à l’hospitalisation pour une évaluation et un traitement d’une douleur chronique rebelle.

- **la formation** de tous les acteurs de santé aux techniques d'évaluation et de prise en charge de la douleur.

- **P'évaluation** systématique de la douleur et de sa prise en charge pour tous les patients.

- **la permanence** et le suivi de la prise en charge antalgique.

3. 2. 2. Objectifs régionaux

En Lorraine, le S.R.O.S (1) définit comme prioritaire de :

- mener des actions de formation et d'information sur la prise en charge de la douleur chronique,

- développer les structures existantes (unités d'hospitalisation pluridisciplinaires, centre de référence régional à vocation de recherche, formation et soins),

- mettre en réseau les structures d'évaluation et de traitement de la douleur.

Le réseau ALGOLOR, créé par les médecins spécialistes de la douleur de la région, met en commun des structures d'évaluation et de traitement de la douleur. ALGOLOR a, comme tous les réseaux, l'ambition d'améliorer la qualité des soins pour les patients douloureux.

Ses objectifs se déclinent autour du développement des relations de partenariat entre les différents membres (médecins, kinésithérapeutes, infirmiers, associations,...) et toutes

formes d'échanges d'information et d'actualisation des connaissances. Ces professionnels se réunissent mensuellement pour des présentations de travaux ou d'études, mais également pour échanger des informations.

4. LA FIBROMYALGIE : UN SYNDROME DOULOUREUX CHRONIQUE PARTICULIER

4. 1. Choix de la fibromyalgie

Parmi les personnes souffrant de douleurs chroniques, il nous est apparu intéressant de choisir l'étude de la fibromyalgie pour plusieurs raisons.

D'une part, la fibromyalgie est assez peu connue malgré une prévalence importante puisque cette maladie représenterait 6 à 20% des consultations de rhumatologie, près de 10% des consultations de la douleur et 2% de la population générale (5).

D'autre part, la fibromyalgie n'est pas encore considérée comme une "vraie" maladie par certains thérapeutes (car elle n'est pas liée à des modifications pathologiques tissulaires observées macroscopiquement ou histologiquement (5)).

4. 2. Définition de la fibromyalgie

La fibromyalgie, ou fibrosite est un syndrome douloureux chronique et diffus de l'appareil locomoteur.

Le diagnostic de la maladie est posé :

- lorsque 11 points sur 18 sont douloureux à la pression digitale (Annexe IV),
- lorsque les douleurs diffuses persistent depuis plus de 3 mois.

5. LE LIVRET

5. 1. Pourquoi un livret ?

La fibromyalgie est une maladie qui reste encore obscure par son étiologie. Néanmoins, les kinésithérapeutes - rééducateurs du mouvement - sont en première ligne pour la prise en charge physique de ces patients. Ils doivent donc être plus informés.

D'après une étude américaine sur le contenu de 120 sites Internet dédiés à la fibromyalgie, il apparaît que plus de 50 % des informations concernant la fibromyalgie, sa pathogénie et son traitement sont erronées (8). La consultation via Internet de sites par les kinésithérapeutes souhaitant se renseigner sur la fibromyalgie peut donc s'avérer hasardeuse.

Nous voulons mettre à la disposition de ces thérapeutes des informations simples et une bibliographie récente et fiable.

Au sein de l'Hôpital Belle-Isle, les patients fibromyalgiques sont hospitalisés en général une semaine en Unité d'Evaluation et de Traitement de la Douleur (U.E.T.D.) pour mettre en place un traitement pharmacologique antalgique adapté. Puis, après un délai variant de 1 à 15 jours, ils reviennent en Unité de Réadaptation Algologique (U.R.A.) pour un

réapprentissage du mouvement et une ré-activation à l'effort. Ces patients quittent ensuite l'établissement. Il est donc nécessaire aux kinésithérapeutes libéraux, qui vont suivre ces patients dans leur cabinet, de bénéficier d'un support écrit sur la prise en charge de fibromyalgiques.

La réalisation d'un livret nous apparaît plus judicieuse que celle d'une vidéo ou d'un poster pour plusieurs raisons. D'une part, le support écrit est facilement consultable, transportable et archivable (contrairement au poster); le lecteur peut y ajouter des annotations personnelles. D'autre part, la prise en charge d'un patient fibromyalgique ne nécessite pas de gestes ou de techniques particuliers qui puissent justifier l'utilisation d'un support vidéo.

5. 2. Objectifs du livret

L'objectif principal du livret est de permettre la prise en charge kinésithérapique la plus adaptée possible des patients fibromyalgiques.

Ses objectifs secondaires sont :

- d'instaurer les bases d'un langage commun entre les différents intervenants (kinésithérapeute, médecin, psychologue,...),
- d'informer les professionnels sur les réseaux, documents, sites Internet et les interlocuteurs travaillant sur la fibromyalgie en Lorraine.

5. 3. Réalisation du livret

Nous avons articulé le livret en suivant le déroulement d'une séance de kinésithérapie :

- identification de la maladie,

- réalisation d'un bilan (ou les points essentiels à évaluer lors du bilan chez le fibromyalgique),

- présentation des grands axes de la prise en charge de ces patients,

- proposition d'adaptation des gestes nécessaires au traitement du patient fibromyalgique plutôt qu'un fastidieux catalogue de techniques masso-kinésithérapiques.

5. 4. Validation auprès des professionnels

Le terme d'avant-projet est volontairement employé afin de souligner l'aspect évolutif de ce livret. En effet, il nous semble important de valider ce dernier auprès d'experts dans le domaine de la douleur. Cette validation a été dans un premier temps effectuée auprès des kinésithérapeutes de l'hôpital Belle-Isle à Metz et du Docteur J.L. HEILLI, responsable de l'Unité d'Evaluation et de Traitement de la Douleur (U.E.T.D.).

Nous souhaitons faire évoluer cet avant-projet vers un livret imprimé par un des partenaires du réseau ALGOLOR. Nous espérons qu'il pourra être hébergé sur le site Internet d'ALGOLOR pour être ainsi accessible au plus grand nombre.

6. CONCLUSION

Syndrome mystérieux, multiplicité des hypothèses physiologiques, fluctuation quasi quotidienne des douleurs du patient, la variabilité de la fibromyalgie nécessite une approche rigoureuse et claire.

Nous avons tenté dans ce livret, sans donner de recette miracle, de présenter les techniques les plus efficaces retrouvées dans la littérature et validées par des professionnels de la lutte contre la douleur chronique.

Ce livret vise à appréhender la rééducation du patient atteint de fibromyalgie isolée et à impliquer davantage le kinésithérapeute dans la prise en charge de la douleur.

Il vise secondairement à informer les masso-kinésithérapeutes Lorrains de l'existence du réseau ALGOLOR, réseau Lorrain de lutte contre la douleur, auprès duquel ils peuvent se rapprocher.

BIBLIOGRAPHIE

- 1. AGENCE RÉGIONALE D'HOSPITALISATION DE LORRAINE** - Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (1999-2004), 1999, p. 91-93.

- 2. Circulaire DGS/DH N° 98/586 du 22 Septembre 98** relative à la mise en oeuvre du plan d'action triennal de lutte contre la douleur dans les établissements de santé publics et privés.

- 3. FORISSIER C., GONARD A.** - Apport de la sophrologie chez les douloureux chroniques. - Kinésith. Scien., 1996, 360, p. 27-44

- 4. HEILI J.L.**, Douleur orthopédique chronique et thérapies physiques. - Kinérea, 2000, 26, p. 43-44.

- 5. PERROT S.** - Fibromyalgie : Un syndrome mystérieux. - Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris), AKOS Encyclopédie Pratique de Médecine, 6-0512, 1998, 4p.

- 6. PIPIEN THIBAUT I.** - La douleur et le kinésithérapeute. - Kinérea, 2000, 26, p. 22-30.

- 7. VIEL E.** - Données essentielles : le portillon de la douleur. - Les dossiers d'atmedica, www.atmedica.com, 2000, p. 2 - 3.

- 8.** www.douleur-sofred.org/Douleur/actu_web.html

ANNEXES

ANNEXE I

questionnaire de Saint Antoine.

Consignes :

Vous trouverez ci-dessous une liste de mots utilisés pour décrire une douleur. Pour préciser le type de douleur que vous ressentez habituellement (depuis les 8 derniers jours), répondez en mettant une croix pour la réponse correcte.

	0 Absent, non	1 faible, un peu	2 modéré	3 fort, beaucoup	4 extrêmement fort
Elancements					
Pénétrante					
Décharges électriques					
Coups de poignard					
En étau					
Tiraillement					
Brûlure					
Fourmillements					
Lourdeur					
Epuisante					
Angoissante					
Obsédante					
Insupportable					
Enervante					
Exaspérante					
Déprimante					

VERIFIEZ QUE VOUS AVEZ REPONDU A TOUTES LES QUESTIONS !

ANNEXE II

Questionnaire Doloplus.

Cet outil spécifique de la personne âgée permet de comprendre les troubles du comportement souvent traduits par une simple relation de douleur. Il met en mémoire les questions à poser au patient et à son entourage.

Observation comportementale « Doloplus »

RETENTISSEMENT SOMATIQUE

1. Plaintes somatiques	Pas de plainte	0
	Plaintes uniquement à la sollicitation	1
	Plaintes spontanées occasionnelles	2
	Plaintes spontanées continues	3
2. Positions antalgiques de repos	Pas de position antalgique	0
	Le sujet évite certaines positions de manière occasionnelle	1
	Position antalgique permanente et efficace	2
	Position antalgique permanente inefficace	3
3. Protection de zones douloureuses	Pas de protection	0
	Protection à la sollicitation, n'empêchant pas la poursuite des soins ou de l'examen	1
	protection à la sollicitation empêchant examen ou soin	2
	protection au repos, en l'absence de toute sollicitation	3
4. Mimique	Mimique habituelle	0
	Mimique semblant exprimer la douleur à la sollicitation	1
	Mimique semblant exprimer la douleur en l'absence de toute sollicitation	2
	Mimique inexpressive en permanence et de manière inhabituelle (atone, figée, regard vide)	3
5. Sommeil	Sommeil habituel	0
	Difficultés d'endormissement	1
	Réveils fréquents (agitation motrice)	2
	Insomnie avec retentissement sur les phases d'éveil	3

RETENSISSEMENT PSYCHOMOTEUR

6. Toilette et/ou habillage	Possibilités habituelles inchangées	0
	Possibilités habituelles peu diminuées (précautionneux, mais complet)	1
	Possibilités habituelles très diminuées, toilette et/ou habillage difficiles et partiels	2
	Toilette et/ou habillage impossibles, le malade exprimant son opposition à toute tentative	3
7. Mouvements	Possibilités habituelles inchangées	0
	Possibilités habituelles actives limitées (le malade évite certains mouvements, diminue son périmètre de marche)	1
	Possibilités habituelles actives et passives diminuées (même aidé, le malade diminue ses mouvements)	2
	Mouvements impossibles, toute mobilisation entraîne une opposition	3

RETENTISSEMENT PSYCHOSOCIAL

8.Communication	Inchangée	0
	Intensifiée (la personne attire l'attention de manière inhabituelle)	1
	Diminuée (la personne s'isole)	2
	Absence ou refus de toute communication	3
9.Vie sociale	Participation habituelle aux différentes activités (repas, animations, ateliers thérapeutiques)	0
	Participation aux différentes activités uniquement à la sollicitation	1
	Refus partiel de participation aux différentes activités	2
	Refus de toute vie sociale	3
10.Troubles du comportement	Comportement habituel	0
	Troubles du comportement à la sollicitation et itératif	1
	Troubles du comportement à la sollicitation et permanent	2
	Troubles du comportement permanent, en dehors de toute sollicitation	3
	SCORE :	

ANNEXE III

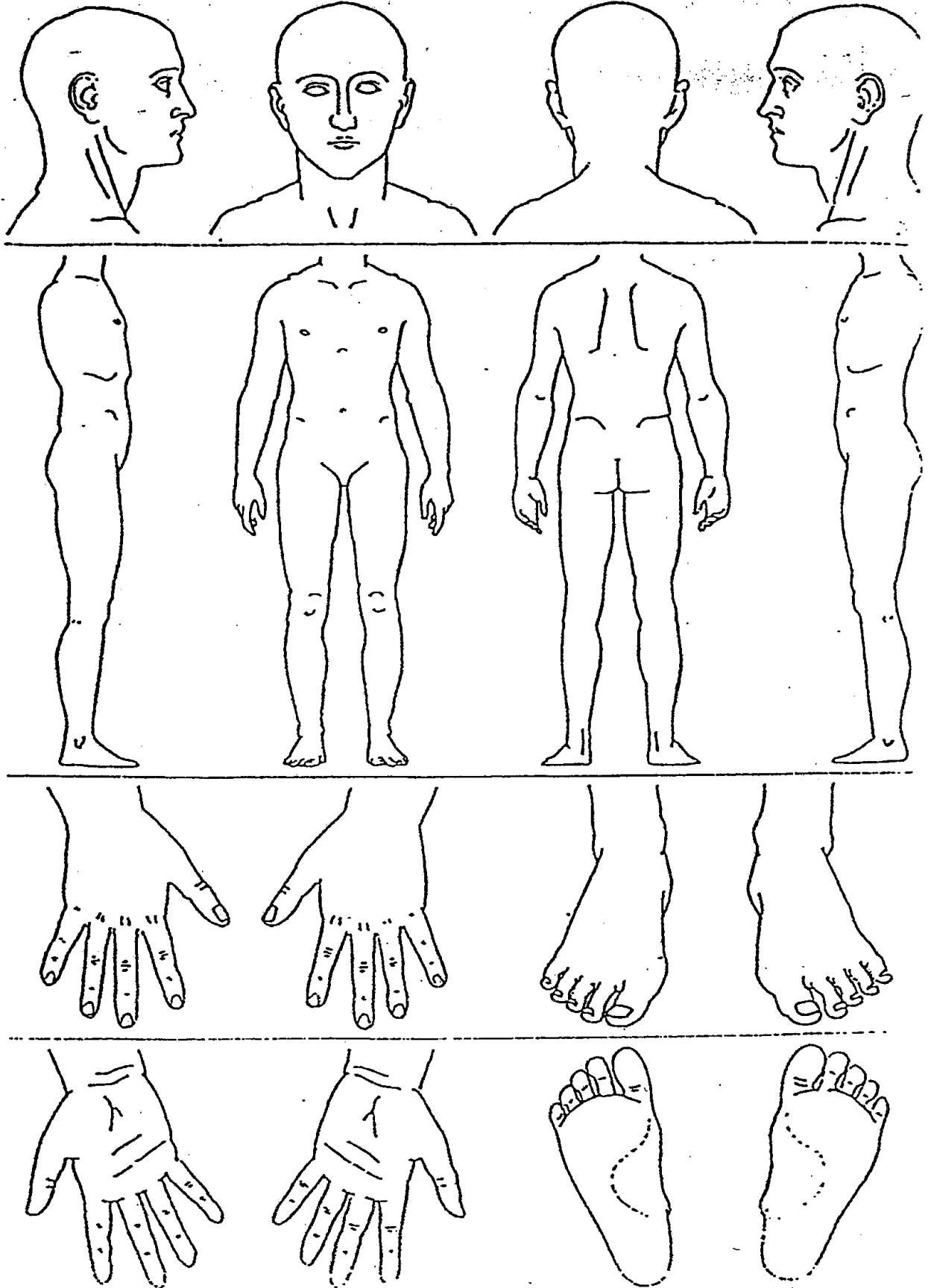
Localisation des douleurs :

JO : rouge

J+ : vert

J+ : bleu

J+ = départ : noir



ANNEXE IV

Critères de classification de la fibromyalgie

Douleurs diffuses

- ✓ Région axiale, segments supérieur et inférieur, ainsi que côtés droit et gauche du corps
- ✓ Depuis au moins 3 mois

Douleur à la palpation d'au moins 11 points douloureux sur les 18 parmi les 9 sites bilatéraux suivants :

- ✓ Région sous-occipitale
- ✓ Région antérieure du cou en regard des apophyses transverses de C₅ à C₇
- ✓ Trapèzes
- ✓ Origine des supra-épineux
- ✓ Régions chondrocostales des 2^{ème} côtes
- ✓ Région située à 2 cm de distance des épicondyles externes
- ✓ Quadrants supéro-externes des fesses
- ✓ Grands trochanters
- ✓ Coussins adipeux à la face interne des genoux - Patte d'oie

On exerce une pression digitale modérée et calibrée à 4 kg.cm² qui doit faire apparaître une douleur et pas seulement une sensibilité. Cette pression provoque une allodynie, sensation douloureuse qui n'apparaît pas chez le sujet sain.

RÉSUMÉ

La fibromyalgie est un syndrome douloureux chronique et diffus de l'appareil locomoteur. Le traitement kinésithérapique des patients fibromyalgiques est spécifique. Ce travail présente la fibromyalgie en rassemblant les informations et les techniques nécessaires pour une prise en charge efficace. Il décrit et justifie la réalisation d'un livret à l'usage des kinésithérapeutes qui peut s'inscrire dans la démarche nationale et régionale d'amélioration de la prise en charge de la douleur chronique.

MOTS CLEFS : **DOULEUR**
FIBROMYALGIE
RÉÉDUCATION
LIVRET