

La fibromyalgie, une construction sociale?

Sous un titre provocateur, dans un éditorial stimulant, P. Cathébras pose le problème de la fibromyalgie.¹ La fibromyalgie est un syndrome fonctionnel décrit largement aux USA, correspondant à une situation clinique assez souvent rencontrée, au point d'avoir conduit à la création d'associations de malades. En France, d'autres noms ont été donnés à ce syndrome: fibrosite, syndrome polyalgique idiopathique diffus (SPID), poly-enthésopathie.² A quoi correspond exactement la fibromyalgie ?

La fibromyalgie est un syndrome fonctionnel chronique caractérisé par des douleurs musculo-squelettiques diffuses avec des points douloureux spécifiques à l'examen, une asthénie, des troubles du sommeil. Sa prévalence est d'environ 1 à 2% dans la population générale, 2 à 6% dans les consultations de médecine générale, 14 à 20% dans les consultations de rhumatologie.

La douleur est le symptôme prédominant, au repos, et à l'effort physique; elle est à prédominance axiale, respectant habituellement les extrémités. 18 points douloureux à la pression ont été définis, et l'Association Américaine de Rhumatologie (AAR) en exige au moins 11 pour le diagnostic. Il y a une discordance constante entre l'intensité des symptômes, l'invalidité, et les données objectives.

Il s'y associe fatigabilité, asthénie matinale, sommeil perçu comme léger et non réparateur. D'autres symptômes sont rapportés : colon irritable (50 à 80%), céphalées d'allure migraineuse (50%), paresthésies des extrémités. L'anxiété et la dépression sont fréquentes, vécues par les malades comme secondaires à la douleur chronique.

Les examens biologiques ne sont nécessaires que pour

éliminer un rhumatisme inflammatoire, une maladie de système ou musculaire, une hypothyroïdie, une neuropathie périphérique. A long terme, les malades classés comme fibromyalgiques ne développent pas de pathologie précise. De très nombreuses hypothèses pathogéniques ont été émises, soit "périphériques", faisant intervenir le muscle, soit "centrales", faisant intervenir des facteurs neuro-hormonaux ou psychologiques.

Les traitements s'avèrent tous décevants: les antalgiques ou anti-inflammatoires sont peu utiles; les antidépresseurs tricycliques (amitryptiline) ont une petite efficacité, mais seulement pour 25 à 45% des patients; les thérapies comportementales et cognitives ont une petite efficacité; l'entraînement physique s'est montré utile, mais il faut éviter les rééducations énergiques. Les infiltrations locales sont souvent pratiquées, sans étude contrôlée à leur sujet. Dans une étude anglaise, sur 4 ans moins d'un patient sur 10 se disait amélioré. Dans une étude américaine, à 1 an, 2/3 des patients étaient améliorés, mais tous gardaient des symptômes significatifs. Les études dans la population générale sont moins pessimistes.

La description de la maladie pose pas mal de problèmes :

- les critères diagnostiques sont imprécis, les mêmes points douloureux sont retrouvés chez des sujets sains. Il existe dans la population de très nombreux patients présentant des douleurs diffuses chroniques (11,4 et 10,6% dans deux études), mais ne répondant pas aux critères de l'AAR.

- l'importante comorbidité avec les autres syndromes somatiques fonctionnels (syndrome de fatigue chronique, colon irritable) pose la question d'un désordre commun à ces syndromes.

Cathébras dans une tentative de schéma cohérent évoque des facteurs prédisposants (notamment psychiatriques), des facteurs précipitants (traumatisme, infection), des facteurs d'entretien (troubles du sommeil, bénéfices secondaires affectifs ou financiers), tous ces facteurs concourant à une voie finale commune caractérisée par une exagération de la perception douloureuse.²

Le plus intéressant de cette étude est la **réflexion sur la maladie comme construction sociale**. Il y a eu, vers 1900 la neurasthénie, puis la spasmophilie, maintenant le syndrome de fatigue chronique, puis la fibromyalgie. Pour ces diagnostics Cathébras évoque "des actes d'attribution, négociés entre patients et médecins, qui donnent forme et sens à des états de souffrance indifférenciés". "Dans tous les cas se met en oeuvre un processus de disculpation et d'extériorisation de la cause, et le diagnostic donne cohérence aux symptômes, réalité à la maladie et légitimité à la plainte".

Quel est l'utilité de porter le diagnostic? Barthes disait "nommer c'est apaiser". Pour les uns, cela peut être iatrogène, favoriser la somatisation et la médicalisation, pour les autres le diagnostic peut rassurer le patient et aussi le médecin, et éviter la psychologisation de la souffrance. Mais, même en acceptant cette construction, le plus important, devant ces douleurs et ces souffrances, n'est-il pas de s'intéresser aussi à la souffrance de la vie de la personne, plus que de nommer une maladie ou de dire "vous n'avez rien, c'est les nerfs".

1- Cathébras P. La fibromyalgie doit-elle passer le siècle? Rev Med Int. 2000;21:577-579

2- Cathébras P, Lauwers A, Rousset H. La fibromyalgie. Une revue critique. Ann Med Int. 1998;149(7):406-414

Mots-clé: fibromyalgie, douleur chronique, maladie, psychosomatique, communication, représentation

Numéro 194 du 21 septembre 2000

Les articles cités peuvent être fournis (contre paiement des frais de reproduction et d'envoi)
Rendez-Vous aussi sur notre site: <http://www.unaformec.org>