



UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2016

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Enquête analytique du ressenti des médecins généralistes confrontés à
la prise en charge du patient fibromyalgique**

Présentée et soutenue publiquement le 3 mars 2016 à 16h
au Pôle formation
Par Marc Poulain

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Pierre-Yves HATRON

Assesseurs :

Monsieur le Professeur René-MARC FLIPO

Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Monsieur le Professeur Jean-Marc LEFEBVRE

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Philippe LEVISSE

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Liste des abréviations

| | |
|----------|---|
| ACR | American College of Rheumatology |
| AINS | Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien |
| AMM | Autorisation de Mise sur le Marché |
| EMMP | Etude Permanente de la Prescription Médicale |
| FIRST | Fibromyalgia Rapid Screening Tool |
| FMC | Formation Médicale Continue |
| GEP | Groupe d'Echange de Pratique |
| HAS | Haute Autorité de Santé |
| IMAO | Inhibiteur de la MonoAmine Oxydase |
| IMS | Intercontinental Marketing Services |
| SS Score | Symptom Severity Score |
| TCC | Thérapie Cognitivo Comportementale |
| WONCA | World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians |
| WPI | Widespread Pain Index |

Table des matières

| | |
|--|----------|
| Résumé | 1 |
| Introduction | 2 |
| Matériels et méthodes..... | 5 |
| 1. Objectifs de l'étude | 5 |
| 1. Objectif principal..... | 5 |
| 2. Objectifs secondaires | 5 |
| 2. Type d'étude | 5 |
| 3. Population..... | 5 |
| 4. Période | 6 |
| 5. Test du questionnaire..... | 6 |
| 6. Analyses statistiques | 6 |
| 1. Analyses descriptives..... | 6 |
| 2. Analyses multivariées..... | 6 |
| Résultats | 7 |
| 1. Analyses descriptives | 7 |
| 1. Taux de participation | 7 |
| 2. Données socio démographiques | 7 |
| 3. La consultation avec le patient fibromyalgique | 9 |
| 1. Diagnostic des fibromyalgies..... | 9 |
| 1. Qui fait le plus souvent le diagnostic ? | 9 |
| 2. Médecins généralistes faisant le diagnostic seul..... | 9 |
| 3. Raisons données pour faire le diagnostic seul | 9 |
| 4. Utilisation des critères ACR | 10 |
| 5. Temps des consultations | 11 |
| 2. Utilisation du questionnaire FIQ pour le suivi | 11 |
| 4. Habitudes de prescription..... | 12 |
| 1. Prescriptions de fond..... | 12 |
| 1. Moyens thérapeutiques non médicamenteux non physiques | 12 |
| 2. Moyens thérapeutiques physiques | 12 |
| 3. Médicaments antalgiques de paliers 1 et 2 | 13 |
| 4. Médicaments antalgiques de palier 3 | 14 |
| 5. Traitement antidépresseur | 14 |
| 6. Traitement antiépileptique | 15 |
| 7. Abstention thérapeutique..... | 15 |
| 2. Prescriptions en aigüe..... | 16 |
| 1. Moyens thérapeutiques non médicamenteux non physiques | 16 |
| 2. Moyens thérapeutiques physiques | 17 |
| 3. Médicaments antalgiques de paliers 1 et 2 | 17 |
| 4. Médicaments antalgiques de palier 3 | 18 |
| 5. Traitement antidépresseur..... | 19 |

| | | |
|-------------------------|--|-----------|
| 6. | Traitement antiépileptique | 19 |
| 7. | Abstention thérapeutique..... | 20 |
| 3. | Raisons des prescriptions | 21 |
| 4. | La communication | 22 |
| 5. | Ce que pensent les médecins généralistes..... | 22 |
| 1. | La relation du médecin avec la fibromyalgie | 22 |
| 5. | Avis des médecins sur l'impact pour le patient du diagnostic de fibromyalgie | 23 |
| 1. | Impact du diagnostic sur les douleurs | 23 |
| 2. | Impact du diagnostic sur les troubles anxieux | 23 |
| 3. | Impact du diagnostic sur les troubles du sommeil | 24 |
| 4. | Impact du diagnostic sur l'asthénie et le ralentissement..... | 24 |
| 5. | Impact du diagnostic sur le plan personnel et familial | 25 |
| 6. | Impact du diagnostic sur le plan social..... | 25 |
| 7. | Impact du diagnostic sur le plan professionnel..... | 26 |
| 8. | Impact global du diagnostic | 26 |
| 2. | Analyses multivariées | 27 |
| 1. | Analyses bivariées | 27 |
| 2. | Analyse par régression logistique..... | 27 |
| 3. | Ce qu'attendent les médecins généralistes de la recherche..... | 28 |
| Discussion | | 30 |
| 1. | Objectif principal | 30 |
| 2. | Objectifs secondaires | 30 |
| 3. | Biais et limites..... | 34 |
| 4. | Population concernée | 35 |
| 5. | Comparaisons des prescriptions avec la littérature | 35 |
| 1. | Prescription en France | 35 |
| 2. | Fibromyalgie et traitement : ce que dit la littérature..... | 36 |
| 1. | Revue Cochrane : moyens non médicamenteux non physiques..... | 36 |
| 2. | Revue Cochrane : moyens physiques non médicamenteux..... | 37 |
| 1. | L'acuponcture (15)..... | 37 |
| 2. | Les exercices aquatiques (16)..... | 37 |
| 3. | L'exercice physique (17,18)..... | 37 |
| 4. | L'électro stimulation trans-cutanée (19,20)..... | 38 |
| 3. | Paliers 1 et 2 | 38 |
| 4. | Revue Cochrane : palier 3 (21) | 38 |
| 5. | Revue Cochrane : les antidépresseurs | 38 |
| 1. | L'amitriptyline (22,23) | 38 |
| 2. | La duloxetine (24,25)..... | 38 |
| 3. | Le Milnacipran (25,26)..... | 39 |
| 4. | Les Inhibiteurs de la Monoamine oxydase (IMAO) (27)..... | 39 |
| 6. | Revue Cochrane : les antiépileptiques | 39 |
| 3. | Comparaison des prescriptions avec la littérature..... | 41 |
| 6. | Discussion sur la sémantique | 42 |
| 1. | Maladie, syndrome, symptômes..... | 42 |
| 2. | Définitions du DSM-IV | 42 |
| 3. | Définition du DSM 5 | 44 |
| 7. | Apport de la psychiatrie dans la douleur chronique et la fibromyalgie | 45 |
| 1. | L'approche neurofonctionnelle | 45 |
| 2. | L'approche psychologique | 46 |
| 3. | La prise en charge..... | 46 |

| | |
|--|-----------|
| Conclusion | 47 |
| Références bibliographiques | 49 |
| Annexes | 53 |
| Annexe 1 : Questionnaire FIRST | 53 |
| Annexe 2 : Questionnaire de l'étude | 54 |
| Annexe 3 : Fibromyalgia Impact questionnaire (FIQ) | 56 |

RESUME

Contexte : La fibromyalgie est une pathologie incluant des douleurs, une asthénie, des troubles du sommeil et des troubles de l'humeur dont l'étiologie est inconnue. Les médecins restent sceptiques à son sujet. L'objectif principal de cette étude était d'identifier les liens existant entre la classification de la fibromyalgie par les médecins généralistes en maladie/syndrome/symptôme et certains facteurs comme les données socio-démographiques, les habitudes diagnostiques et le ressenti de ces médecins. Les objectifs secondaires étaient de décrire les facteurs de décision diagnostique et thérapeutique.

Méthode : il s'agissait d'une enquête de pratiques prospective déclarative, par questionnaire postal, adressé à un échantillon randomisé de 500 médecins généralistes en exercice en France métropolitaine entre le 28 septembre et le 30 octobre 2015.

Résultats : il y a eu 171 retours de questionnaires (34.2% de participation). La classification de la fibromyalgie en syndrome est corrélée à une plus forte utilisation des critères ACR. La classification en maladie est liée à une moins forte utilisation des critères ACR. La classification en symptôme est liée à la non utilisation des critères ACR. Dans 49% des cas c'est le rhumatologue qui fait le diagnostic. S'il est fait par le généraliste, celui-ci utilise plus la métacognition (76%), le diagnostic d'élimination (64%) que les critères ACR (28%). Les thérapies utilisées en traitement de fond sont essentiellement les moyens non physiques non médicamenteux (ex psychothérapie), les moyens physiques (ex kinésithérapie), les paliers 1 et 2, puis les antidépresseurs. L'utilisation du palier 3 et des antiépileptiques est peu fréquente. En aigüe, les paliers 1 et 2 ont une grande place, les thérapies non médicamenteuses physiques et non physiques sont assez utilisées. L'utilisation des antidépresseurs, du palier 3 et des antiépileptiques est variable. L'abstention thérapeutique est très peu fréquente. Les praticiens déclarent prescrire surtout « parce qu'on ne peut pas laisser souffrir les gens » (72%). Les praticiens déclarent à 57.5% ne pas avoir de problème de communication avec le patient fibromyalgique. Enfin, 35.2% des médecins voudraient que la recherche explique la physiopathologie.

Conclusion : La plupart des médecins généralistes ne décrivent pas la fibromyalgie en tant que maladie. Si leurs prescriptions sont conformes aux recommandations, ils ont une grande difficulté à l'identifier sur le plan sémantique.

INTRODUCTION

La fibromyalgie est une maladie associant des douleurs chroniques, une fatigue, des troubles du sommeil et des troubles de l'humeur. Elle touche essentiellement des femmes entre 30 et 50 ans. La physiopathologie reste inconnue en 2016. Les anomalies physiologiques constatées sont de plusieurs types : musculaires, neuro hormonales, du sommeil, du système nerveux central et d'intégration du message douloureux.

Les symptômes sont décrits depuis le début du 20ème siècle mais il a fallu attendre 1977 pour que Smythe and Moldofsky en fassent une première description en tant que maladie, et qu'ils proposent des critères diagnostics. Les critères diagnostics modernes datent de 1990. Ils ont été définis par l'American College of Rheumatology (ACR) (1), ils sont cliniques et associent :

- Des douleurs chroniques diffuses : douleurs du côté gauche du corps, du côté droit du corps, au-dessus et en dessous de la taille plus une douleur du squelette axial.
- Des douleurs à la palpation digitales de 11 de 18 points corporels (9 points symétriques) : occiput, cervical bas, trapézien, sus épineux, 2ème côte, épicondyle latéral, fessier, trochanter, genou.

En 2010, Wolfe et al. (2), sous l'égide de l'ACR proposent une nouvelle approche sous forme d'auto évaluation associant deux questionnaires permettant de calculer deux scores :

- Le « Widespread Pain Index » (WPI) : présence ou non de douleurs au niveau de 19 sites corporels durant la semaine précédant l'examen clinique.
- Le « Symptom Severity Score » (SS Score) permettant de quantifier les symptômes tels que la fatigue, le non repos au réveil, les symptômes cognitifs, les symptômes somatiques.

L'association d'un WPI ≥ 7 et d'un SS scale score ≥ 5 ou d'un WPI entre 3 et 6 et d'un SS scale score ≥ 9 , de symptômes de même intensité et d'absence d'autre étiologie permettrait une identification de la fibromyalgie et un suivi des patients.

En France le questionnaire FiRST (Fibromyalgia Rapid Screening Tool) est un outil de dépistage de la fibromyalgie (annexe1). C'est un auto-questionnaire de six questions. Une réponse positive à cinq items du FIRST sur six permet de dépister une fibromyalgie chez des patients souffrant de douleurs diffuses depuis plus de trois mois.(3)

Les examens para cliniques initiaux pour éliminer une maladie inflammatoire (spondylarthrite, poly arthrite rhumatoïde, syndrome de Gougerot Sjögren, myosite, lupus), un diabète, une maladie neurologique (maladie de Parkinson, polyneuropathie), une dysthyroïdie ou une hyper-parathyroïdie sont normaux.

L'importance des symptômes et de leur place dans la vie des malades est grande, entraînant des troubles plus ou moins important dans la vie quotidienne, la vie familiale et au travail. La prévalence en France est estimée de 1.4% à 2.2% selon les tests choisis (4) , et est équivalente dans des pays comme les USA (5), le Canada (6) , l'Italie (7) . Cela représente environ 680 000 personnes concernées en France (8). L'impact économique des soins et des arrêts de travail n'est pas connu, mais est potentiellement important. Les moyens thérapeutiques sont décevants car ils n'apportent que peu de soulagement pour le patient et peuvent être pourvoyeur d'effets indésirables.

Pour soigner les patients, les médecins généralistes sont en première ligne. La WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners) propose une définition européenne de la médecine générale (9), ainsi que des caractéristiques :

- Elle est habituellement le premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toute autre caractéristique de la personne concernée.
- Elle utilise de façon efficace les ressources du système de santé par la coordination des soins, le travail avec les autres professionnels de soins primaires et la gestion du recours aux autres spécialités, se plaçant si nécessaire en défenseur du patient.

- Elle développe une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelles, familiales, et communautaires.
- Elle utilise un mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée.
- Elle a la responsabilité d'assurer des soins continus et longitudinaux, selon les besoins du patient.
- Elle base sa démarche décisionnelle spécifique sur la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires.
- Elle gère simultanément les problèmes de santé aigus et chroniques de chaque patient.
- Elle intervient à un stade précoce et indifférencié du développement des maladies, qui pourraient éventuellement requérir une intervention rapide.
- Elle favorise la promotion et l'éducation pour la santé par une intervention appropriée et efficace.
- Elle a une responsabilité spécifique de santé publique dans la communauté.
- Elle répond aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle.

Le corps médical ne peut actuellement pas répondre à toutes les interrogations des patients : quelle est la cause de la fibromyalgie ? Pourquoi autant de souffrance ? Qu'est-ce qu'on peut faire pour soulager tous les symptômes ?

Les plaintes des patients ont d'autant plus de poids que les douleurs ressenties sont importantes, pluri modales et invalidantes. A ceci s'ajoute bien souvent une incompréhension de l'entourage professionnel, de l'entourage amical et familial. Le corps médical peut aussi ajouter ses propres réticences. Certains médecins généralistes sont sceptiques face à cette association de différents symptômes, d'examen normaux, d'inefficacité des moyens thérapeutiques. D'autres médecins sont sous-informés. Devant tant d'incertitudes, cette étude tente de répondre aux questions suivantes : est-ce que l'opinion des médecins généralistes sur la fibromyalgie est influencée par certains facteurs et quel est l'impact de ces facteurs sur la prise en charge des médecins généralistes ?

MATERIELS ET METHODES

1. Objectifs de l'étude

1. Objectif principal

L'objectif principal est de déterminer si la vision des médecins généralistes sur la fibromyalgie (maladie/syndrome/symptôme) est influencée par certains facteurs : l'âge, le sexe, le nombre d'années d'exercice, le type et le mode d'activité, le nombre d'actes par jour, la durée de consultations, la formation, l'utilisation de critères ACR ou d'autres critères, les problèmes de communications avec le patient fibromyalgique, avec le fait de ne pas être à l'aise avec un patient fibromyalgique ou le fait de connaître dans son entourage quelqu'un atteint de fibromyalgie.

2. Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires cherchent à évaluer la pratique diagnostique, thérapeutique, les raisons des prescriptions médicamenteuses et de ce que pensent les médecins généralistes de la fibromyalgie.

2. Type d'étude

Il s'agit d'une étude de pratique transversale et descriptive réalisée par questionnaire (annexe 2) envoyé par voie postale auprès de médecins généralistes en exercice tirés au hasard en France métropolitaine.

3. Population

La population étudiée était un échantillon de 500 médecins généralistes sélectionnés au hasard. Le caractère aléatoire a été assuré par la fonction aléa du logiciel Excel. Le taux de réponse attendu était de 25%.

4. Période

Cette enquête a été réalisée du 28 septembre au 30 octobre 2015.

5. Test du questionnaire

Le questionnaire a été testé sur 4 volontaires afin d'évaluer sa durée de réalisation (environ 7 minutes) et sa compréhension.

6. Analyses statistiques

1. Analyses descriptives

Les analyses descriptives ont été réalisées par logiciel Excel 2010. Les résultats des analyses quantitatives sont exprimés sous forme de moyenne et d'écart type, les variables qualitatives sont exprimées sous forme de pourcentage avec un intervalle de confiance de 95%.

Les réponses à la question ouverte sur la recherche ont été codées afin de les regrouper, et d'évaluer leur fréquence d'apparition.

2. Analyses multivariées

L'analyse bivariée puis l'analyse multivariée ont été réalisées par la plateforme méthodologique de la clinique de Santé Publique de Lille à l'aide du logiciel R.

Les analyses bivariées qualitatives ont été comparées par le test exact de Fischer. La comparaison des variables qualitatives à plusieurs modalités et des variables quantitatives a été réalisée par le test de Kruskal Walls. Le test de Pearson a comparé deux variables quantitatives. Le risque alpha accepté est de 0.05.

L'analyse multivariée a été effectuée par régression linéaire à l'aide du logiciel R lorsque les analyses bivariées ont été significatives.

RESULTATS

1. Analyses descriptives

1. Taux de participation

Il y a eu 171 enveloppes retournées (34.2%), Parmi ces retours, il y a 165 généralistes (33% des envois), 2 angiologues (0.4%), un pratiquant de la médecine chinoise (0.2%) ,2 retraités (0.4%), 1 urgentiste (0.2%). A noter que 12 enveloppes n'ont pas été acheminées faute de destinataires (2.4%). Parmi les 165 répondants 4 déclaraient ne pas avoir un seul patient fibromyalgique (2.4%).

2. Données socio démographiques

Parmi la population de médecins généralistes, il y a 65.6% d'hommes (n=106) et 34.6% de femmes (n=56) (NA= 8).L'âge moyen est de 53 ans IC 95% [51.2 ; 54.7] (NA= 8). Le nombre d'années d'exercice est de 23,6 IC 95% [21.8 ; 25.4] (NA= 8). 1 seul médecin était salarié (NA= 9).

Dans leur façon de travailler, 54.3% des médecins travaillaient en groupe (n=87) IC 95% [46.3 ; 62.2], 33.3% seuls (n=54) IC 95% [26.1 ; 41.2] et 12.4% en maison pluri disciplinaire (n=20) IC 95% [7.7 ; 18.4] (NA= 9).

21.3% des praticiens exercent en milieu rural (n= 34) IC 95% [15.2 ; 28.4], 32.5% en milieu semi-rural (n=51) IC 95% [25.3 ; 40.3] et 46.2% en milieu urbain (n=73) IC 95% [38.4 ; 54.6] (NA=4).

Le nombre moyen d'actes est de 26.4 IC 95% [24.7 ; 28.1] (NA= 28). La durée moyenne de consultation est de 18.2 minutes IC 95% [17.1 ; 19.4] (NA=10).

Concernant les formations : (NA=10)

- 78.3% des médecins (n=125) IC 95% [71.09% ; 84.37%] se forment par formation médicale continue,
- 36.7% des médecins (n=59) IC 95% [29.2% ; 44.59%] estiment que la délégation médicale est une formation.
- 33.5% des médecins (n=53) IC 95% [26.3% ; 41.4%] se forment par formation universitaire,
- 29.8% des médecins (n=48) IC 95% [22.87% ; 37.52%] se forment par les groupes d'échange de pratique,

L'ensemble des caractéristiques est résumé dans le tableau 1

Tableau 1 : caractéristiques socio démographiques des médecins

| Variables | Modalités | Descriptif | Valeurs manquantes |
|---|-------------------------------|--------------------|---------------------------|
| Age (en années) | | 53,0 [51.2 ; 54.7] | 8 |
| Sexe | Homme | 65.4% (n=106) | 8 |
| Années d'exercice (en années) | | 23,8 [21.8 ; 25.4] | 8 |
| Activité | Libérale | 99.3% (n=161) | 9 |
| Type d'activité principale | Seul | 34% (n=54) | 9 |
| | Groupe | 54%(n=87) | |
| | Maison pluri disciplinaire | 12%(n=20) | |
| Mode d'exercice principal | Rural | 21.5% (n=34) | 4 |
| | Semi-rural | 32.3%(n=51) | |
| | Urbain | 46.2%(n=73) | |
| Nombre d'actes par jour | | 26 [24.7 ; 28.1] | 28 |
| Durée moyenne des consultations (en minutes) | | 18,3 [17.1 ; 19.4] | 10 |
| Formation | Groupe d'échange de pratiques | 29%(n=48) | 10 |
| | Formation continue | 76% (n=125) | |
| | Visiteurs médicaux | 36%(n=59) | |
| | Formation universitaire | 33%(n=53) | |

3. La consultation avec le patient fibromyalgique

1. Diagnostic des fibromyalgies

1. Qui fait le plus souvent le diagnostic ?

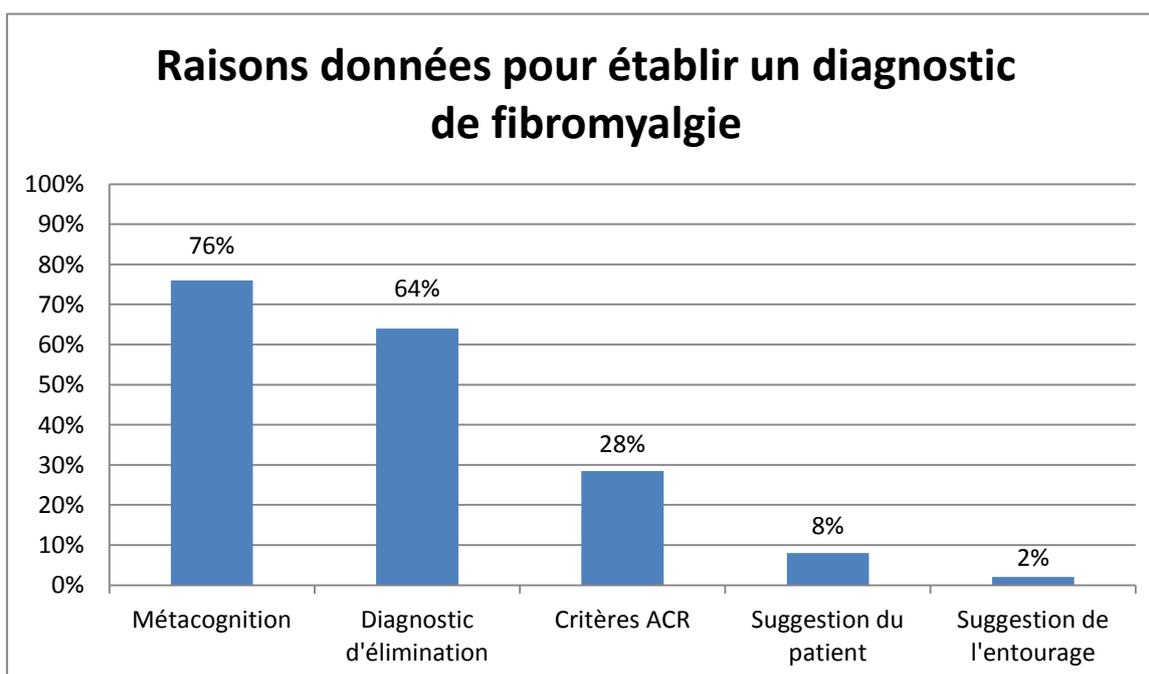
Dans 49% des cas (n=71) IC 95% [40.7% ; 57.4%], c'est le rhumatologue qui fait le diagnostic. Le médecin généraliste déclare faire lui-même le diagnostic dans 24.5% (n=36) IC 95% [17.8% ; 32.3%], adresser au centre anti douleur dans 14.3%(n=21) IC 95% [9.1% ; 21%], le neurologue fait le diagnostic dans 6.8% (n=10) IC 95% [2.8% ; 11.3%], un autre médecin dans 4.8% (n=7) IC 95% [1.94% ; 9.57%]. Dans 0.6% des cas (n=1) IC 95% [0.02% ; 3.73%] c'est le psychiatre qui fait le diagnostic. 14% (n=24) médecins ne se prononcent pas.

2. Médecins généralistes faisant le diagnostic seul

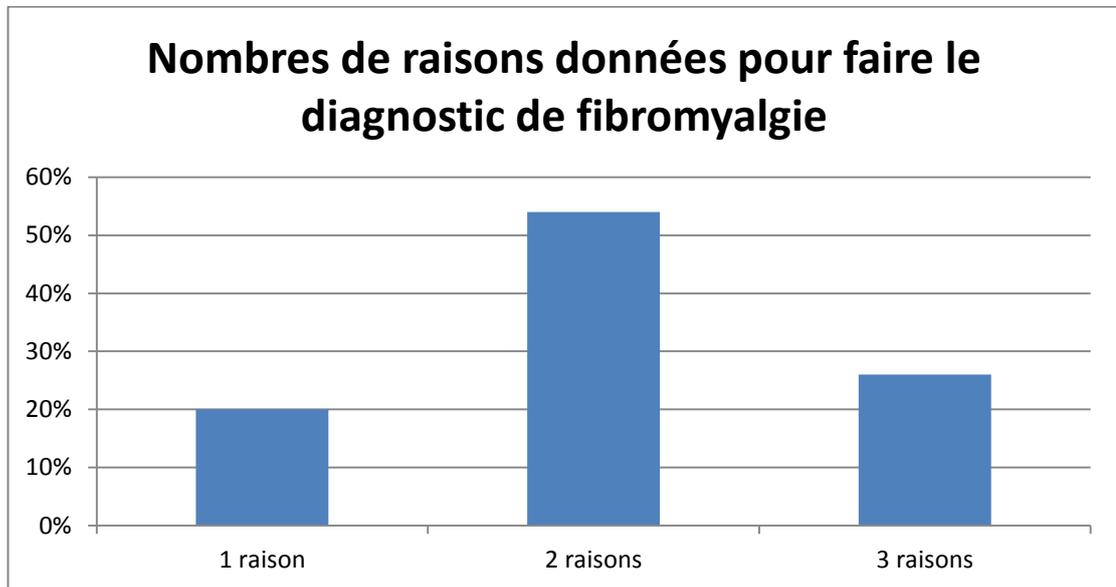
67.1% IC 95% [59.2% ; 74.4%] des médecins généralistes (n=106) déclarent faire eux même le diagnostic (NA=13).

3. Raisons données pour faire le diagnostic seul

76% (n=80) déclarent utiliser la métacognition, 64% (n= 68) le font au moins par élimination, 28% (n=30) déclarent se fier aux critères ACR. 8% (n=8) font le diagnostic par suggestion du patient, et 2% (n=2) par suggestion de l'entourage. (NA=5)

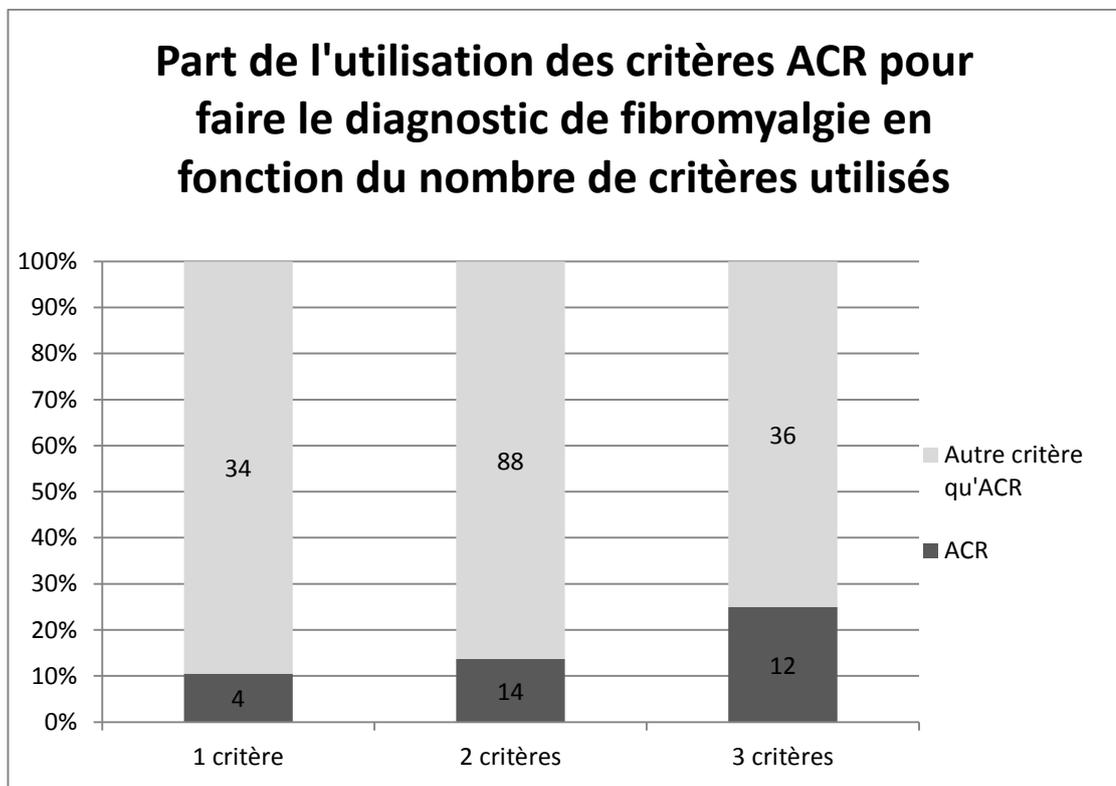


Parmi les raisons proposées, 20% (n=38) donnent 1 raison, 54% (n=51) donnent 2 raisons, 26%(n=16) donnent 3 raisons pour faire le diagnostic de fibromyalgie.



4. Utilisation des critères ACR

3.8% (n=4) des médecins qui déclarent faire le diagnostic de fibromyalgie n'utilise que le critère ACR. 25 % (n=26) des médecins utilisent au moins un autre critère en plus des critères ACR.



5. Temps des consultations

Alors que la durée moyenne de consultation est de 18.3 minutes (IC 95[17.1 ; 19.4]) (NA=3) pour une consultation standard, elle est de 24.1 min (IC 95[22.4-25.9]) pour un patient présentant une fibromyalgie (NA=13).

La durée moyenne des consultations, pour les médecins faisant le plus souvent le diagnostic seul, est de 25.29 minutes \pm 9.8 minutes.

Parmi les médecins qui déclarent prendre moins de 10 minutes par consultation, 5 déclarent faire eux même le diagnostic, 4 déclarent ne pas le faire.

Parmi les médecins qui déclarent prendre entre 10 et 15 minutes par consultation, 46 déclarent faire eux même le diagnostic, 28 déclarent ne pas le faire.

Parmi les médecins qui déclarent prendre entre 15 et 20 minutes par consultation, 37 déclarent faire eux même le diagnostic, 15 déclarent ne pas le faire.

Parmi les médecins qui déclarent prendre plus de 20 minutes par consultation, 16 déclarent faire eux même le diagnostic, 3 déclarent ne pas le faire.

2. Utilisation du questionnaire FIQ pour le suivi

1.9% (n=3) des médecins utilisent le questionnaire FIQ pour le suivi de leur patient (NA=5).

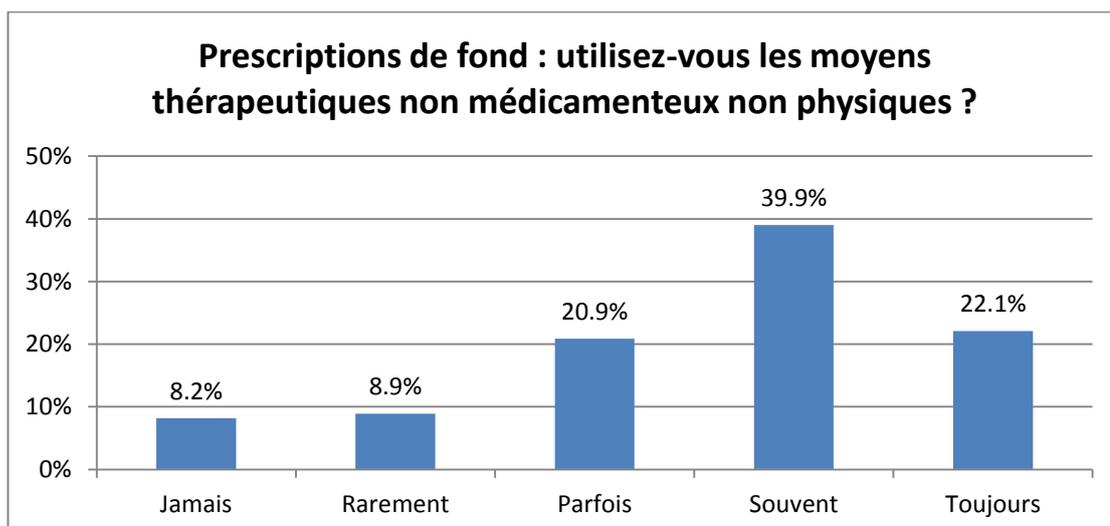
4. Habitudes de prescription

1. Prescriptions de fond

1. Moyens thérapeutiques non médicamenteux non physiques

Lorsque l'on demande aux médecins généralistes leurs prescriptions en traitement de fond de moyens thérapeutiques non physiques non médicamenteux comme la psychothérapie (NA=13):

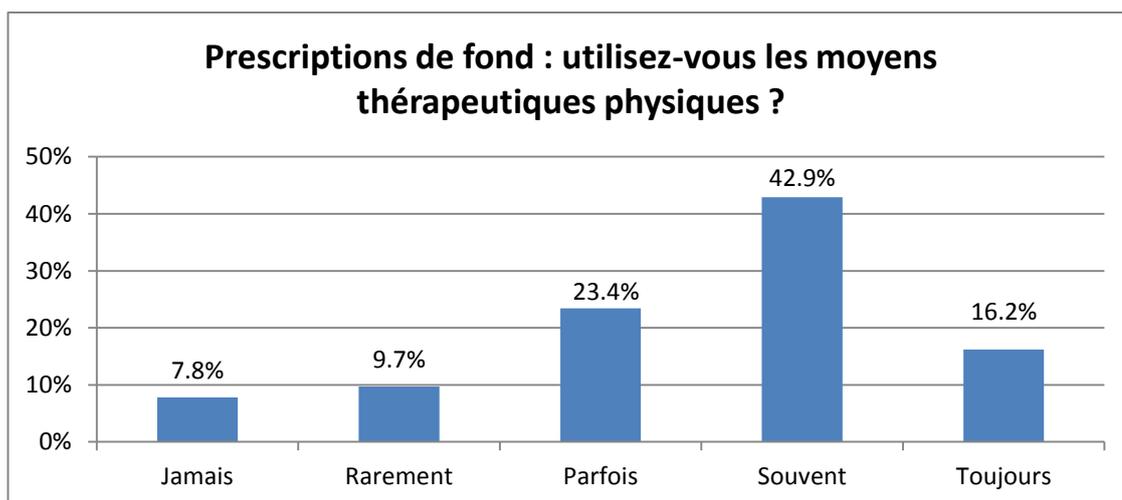
- 8.2% (n=13) IC 95% [4.5% ; 13.7%] déclarent ne jamais en prescrire,
- 8.9% (n=14) IC 95% [4.9% ; 14.4%] déclarent rarement en prescrire,
- 20.9%(n=33) IC 95% [14.8%; 28.1%] déclarent parfois en prescrire,
- 39.9 % (n=63) IC 95% [32.2% ; 48%] déclarent souvent en prescrire,
- 22.1% (n=35) IC 95% [16% ; 29.4%] déclarent toujours en prescrire



2. Moyens thérapeutiques physiques

Lorsque l'on demande aux médecins généralistes leurs prescriptions en traitement de fond de moyens thérapeutiques physiques comme la kinésithérapie (NA=17):

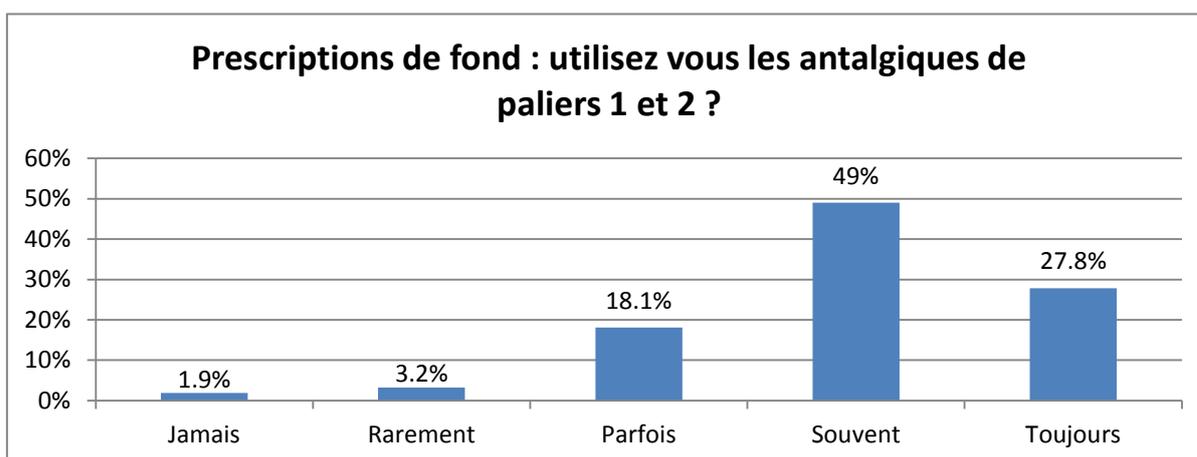
- 7.8% (n=12) IC 95% [4.1% ; 13.2%] déclarent ne jamais en prescrire,
- 9.7% (n=15) IC 95% [5.6% ; 15.7%] déclarent rarement en prescrire,
- 23.4%(n=36) IC 95% [17% ; 30.9%] déclarent parfois en prescrire,
- 42.9% (n=66) IC 95% [34.9% ; 51.1%] déclarent souvent en prescrire,
- 16.2% (n=25) IC 95% [10.8% ; 23%] déclarent toujours en prescrire.



3. Médicaments antalgiques de paliers 1 et 2

Lorsque l'on demande aux médecins généralistes leurs prescriptions en traitement de fond d'antalgiques de paliers 1 et 2 (NA=16) :

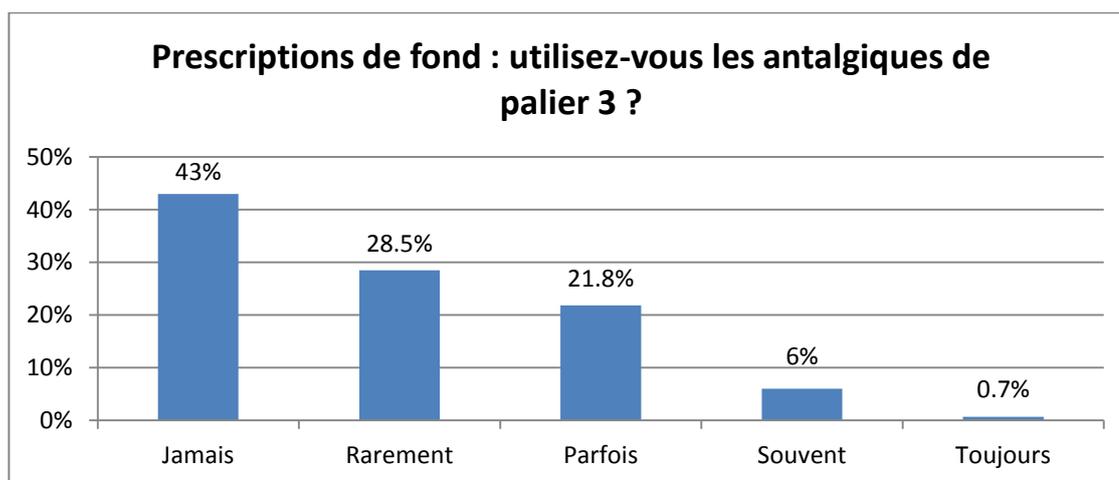
- 1.9% (n=3) IC 95% [0.4% ; 5.6%] déclarent ne jamais en prescrire,
- 3.2% (n=5) IC 95% [1.1% ; 7.4%] déclarent rarement en prescrire,
- 18.1%(n=28) IC 95% [12.4% ; 25%] déclarent parfois en prescrire,
- 49% (n=76) IC 95% [40.1% ; 57.2%] déclarent souvent en prescrire,
- 27.8% (n=43) IC 95% [20.9% ; 35.5%] déclarent toujours en prescrire.



4. Médicaments antalgiques de palier 3

Lorsque l'on demande aux médecins généralistes leurs prescriptions en traitement de fond d'antalgiques de palier 3 (NA=20) :

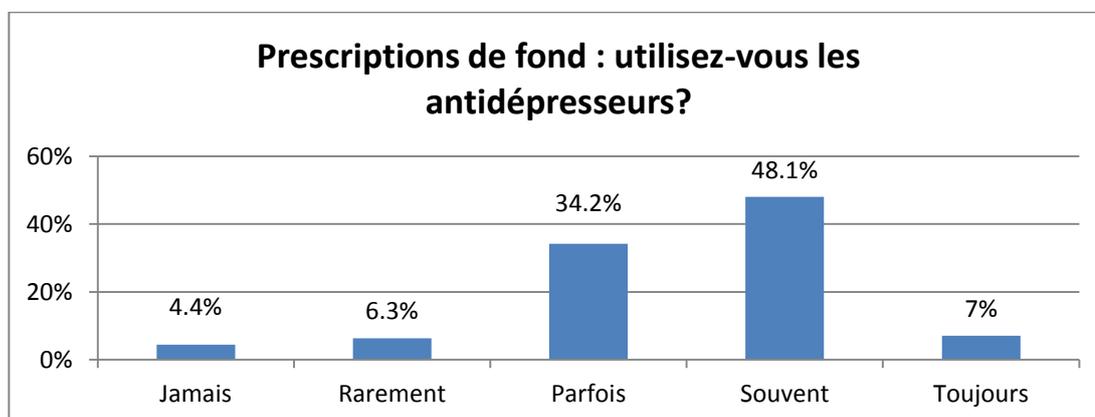
- 43% (n=65) IC 95% [35% ; 51%] déclarent ne jamais en prescrire,
- 28.5% (n=43) IC 95% [21.4% ; 36.4%] déclarent rarement en prescrire,
- 21.8%(n=33) IC 95% [15.6% ; 29.3%] déclarent parfois en prescrire,
- 6% (n=9) IC 95% [2.7% ; 11%] déclarent souvent en prescrire,
- 0.7% (n=1) IC 95% [0.02% ; 3.6%] déclarent toujours en prescrire.



5. Traitement antidépresseur

Lorsque l'on demande aux médecins généralistes leurs prescriptions en traitement de fond d'antidépresseurs (NA=13) :

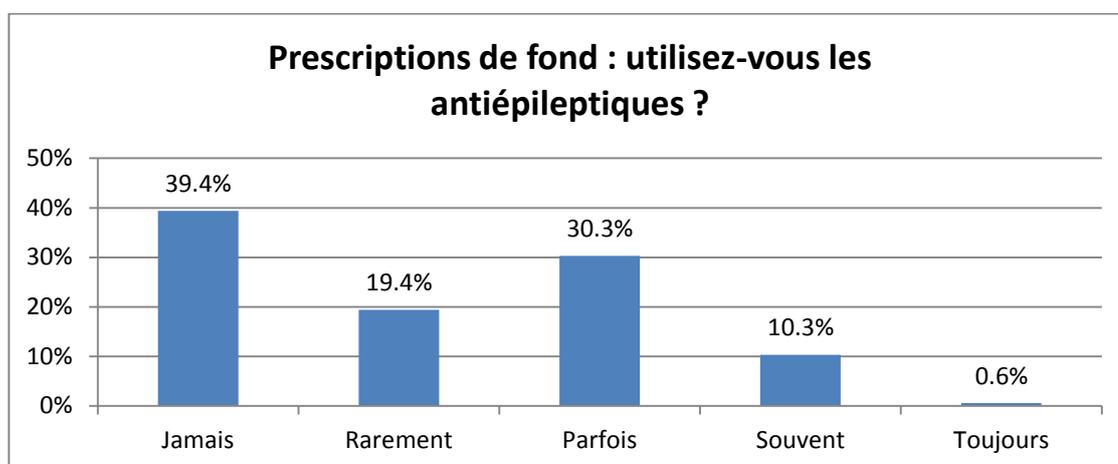
- 4.4% (n=7) IC 95% [1.4% ; 11.5%] déclarent ne jamais en prescrire,
- 6.3% (n=10) IC 95% [3.8% ; 11.3%] déclarent rarement en prescrire,
- 34.2%(n=54) IC 95% [26.2% ; 45%] déclarent parfois en prescrire,
- 48.1% (n=74) IC 95% [40.1% ; 56.2%] déclarent souvent en prescrire,
- 7% (n=11) IC 95% [3.5% ; 12.1%] déclarent toujours en prescrire.



6. Traitement antiépileptique

Lorsque l'on demande aux médecins généralistes leurs prescriptions en traitement de fond d'antiépileptiques (NA=16) :

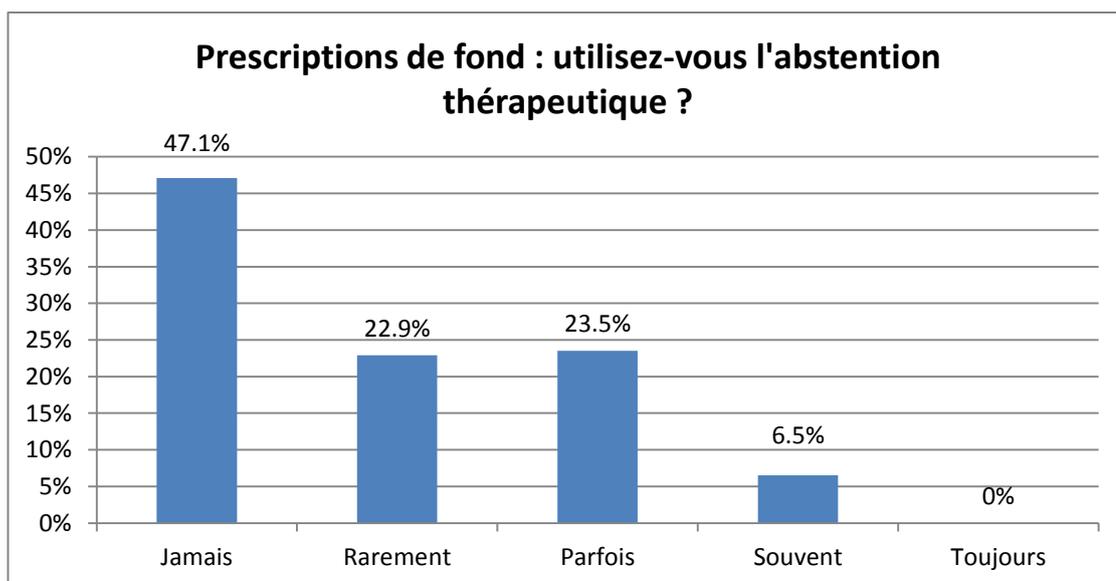
- 39.4% (n=61) IC 95% [31.6% ; 47.5%] déclarent ne jamais en prescrire,
- 19.4% (n=30) IC 95% [13.5% ; 26.5%] déclarent rarement en prescrire,
- 30.3%(n=47) IC 95% [23.2% ; 38.2%] déclarent parfois en prescrire,
- 10.3% (n=16) IC 95% [6% ; 16.2%] déclarent souvent en prescrire,
- 0.6% (n=1) IC 95% [0.02% ; 3.5%] déclarent toujours en prescrire.



7. Abstention thérapeutique

Lorsque l'on demande aux médecins généralistes s'ils utilisent l'abstention thérapeutique au long cours (NA=18):

- 47.1% (n=72) IC 95% [39% ; 55.3%] déclarent ne jamais la préconiser,
- 22.9% (n=35) IC 95% [16.5% ; 30.4%] déclarent rarement la préconiser,
- 23.5%(n=36) IC 95% [17.1% ; 31.1%] déclarent parfois la préconiser,
- 6.5% (n=10) IC 95% [3.2% ; 11.7%] déclarent souvent la prescrire,
- Aucun médecin déclare « toujours » préconiser l'abstention thérapeutique en traitement de fond.

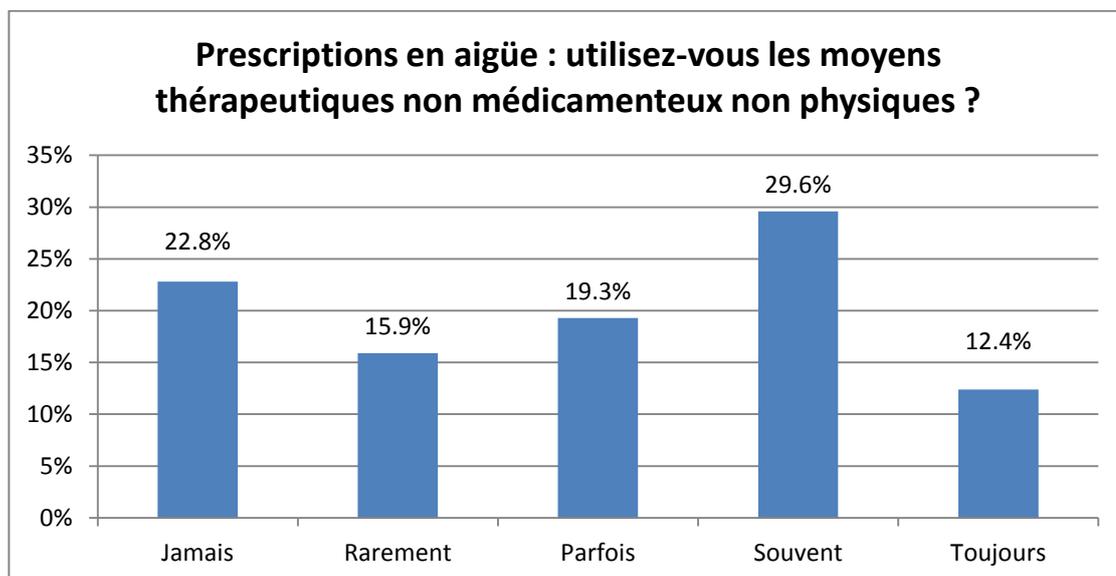


2. Prescriptions en aigüe

1. Moyens thérapeutiques non médicamenteux non physiques

Lorsque l'on demande aux médecins généralistes leurs prescriptions en aigüe de moyens thérapeutiques non physiques non médicamenteux comme la psychothérapie (NA=26):

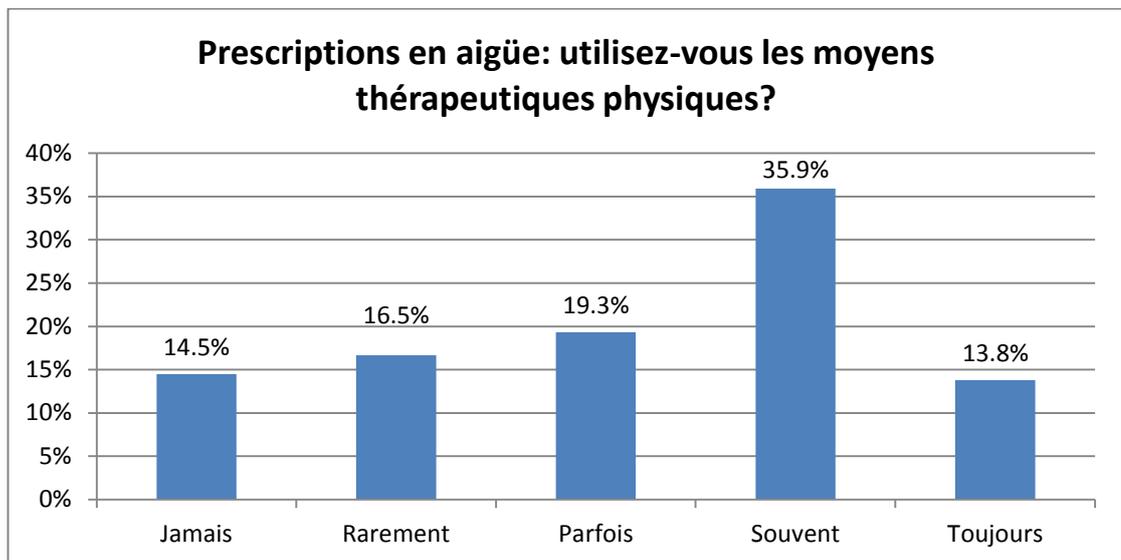
- 22.8% (n=33) IC 95% [16.2% ; 30.5%] déclarent ne jamais en prescrire,
- 15.9% (n=23) IC 95% [10.3% ; 22.8%] déclarent rarement en prescrire,
- 19.3%(n=28) IC 95% [13.2% ; 26.7%] déclarent parfois en prescrire,
- 29.6% (n=43) IC 95% [22.4% ; 37.8%] déclarent souvent en prescrire,
- 12.4% (n=18) IC 95% [7.5% ; 18.9%] déclarent toujours en prescrire.



2. Moyens thérapeutiques physiques

Lorsque l'on demande aux médecins généralistes leurs prescriptions en aigüe de moyens thérapeutiques physiques comme la kinésithérapie (NA=26):

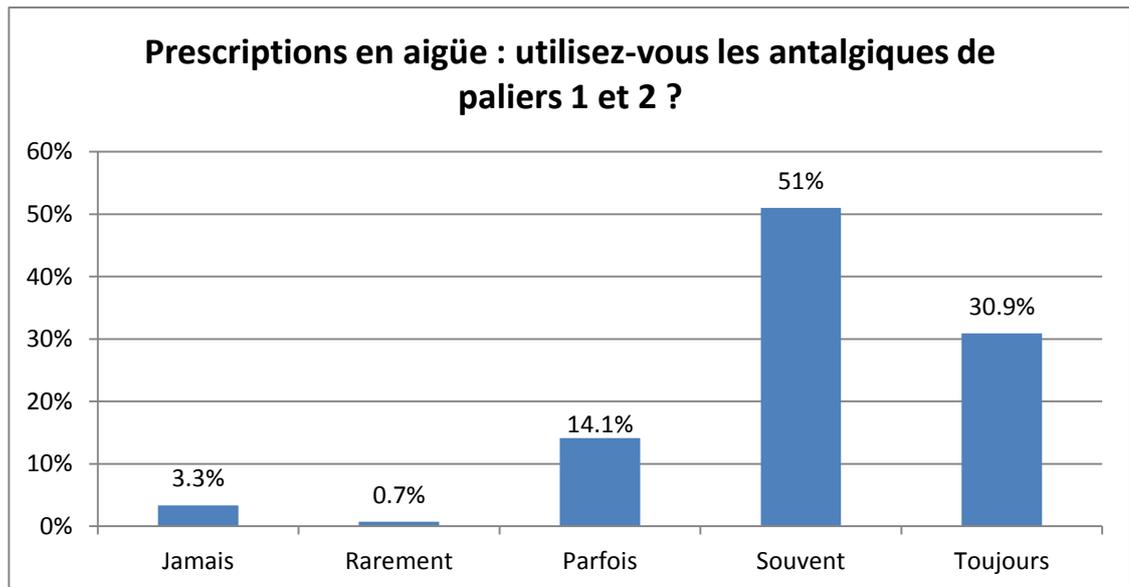
- 14.5% (n=21) IC 95% [9.2% ; 21.3%] déclarent ne jamais en prescrire,
- 16.5% (n=24) IC 95% [10.9% ; 23.6%] déclarent rarement en prescrire,
- 19.3%(n=28) IC 95% [13.2% ; 26.7%] déclarent parfois en prescrire,
- 35.9 % (n=52) IC 95% [28.1% ; 44.2%] déclarent souvent en prescrire,
- 13.8% (n=20) IC 95% [8.6% ; 20.5%] déclarent toujours en prescrire.



3. Médicaments antalgiques de paliers 1 et 2

Lorsque l'on demande aux médecins généralistes leurs prescriptions en aigüe d'antalgiques de paliers 1 et 2 (NA=22) :

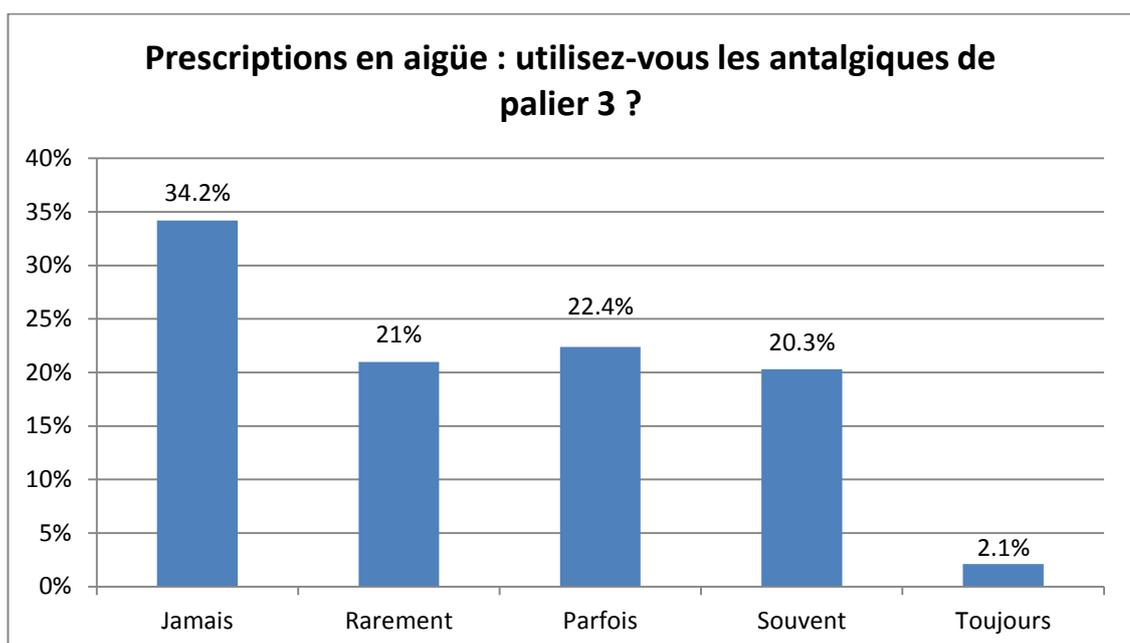
- 3.3% (n=5) IC 95% [1.1% ; 7.6%] déclarent ne jamais en prescrire,
- 0.7% (n=1) IC 95% [0.02% ; 3.7%] déclarent rarement en prescrire,
- 14.1%(n=21) IC 95% [8.9% ; 20.6%] déclarent parfois en prescrire,
- 51% (n=76) IC 95% [42.4% ; 58.9%] déclarent souvent en prescrire,
- 30.9% (n= 46) IC 95% [23.4% ; 38.71%] déclarent toujours en prescrire.



4. Médicaments antalgiques de palier 3

Lorsque l'on demande aux médecins généralistes leurs prescriptions en aigüe d'antalgiques de palier 3 (NA=28) :

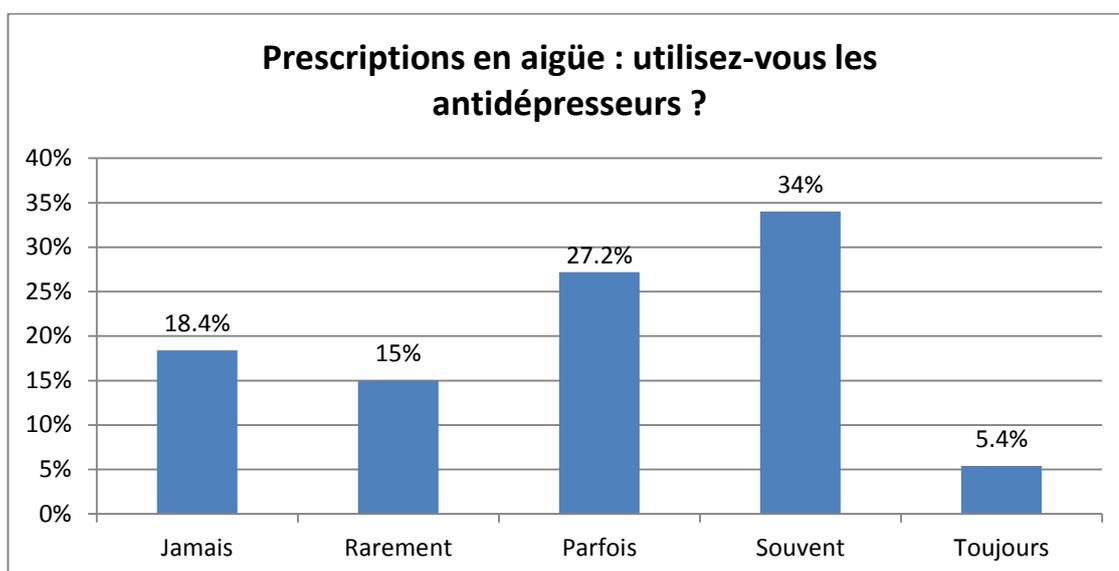
- 34.2% (n=49) IC 95% [26.5% ; 42.7%] déclarent ne jamais en prescrire,
- 21% (n=30) IC 95% [14.6% ; 28.6%] déclarent rarement en prescrire,
- 22.4%(n=32) IC 95% [15.8% ; 30.1%] déclarent parfois en prescrire,
- 20.3% (n=29) IC 95% [14.% ; 27.8%] déclarent souvent en prescrire,
- 2.1% (n=3) IC 95% [0.4% ; 6%] déclarent toujours en prescrire.



5. Traitement antidépresseur

Lorsque l'on demande aux médecins généralistes leurs prescriptions en aigüe d'antidépresseurs (NA=24) :

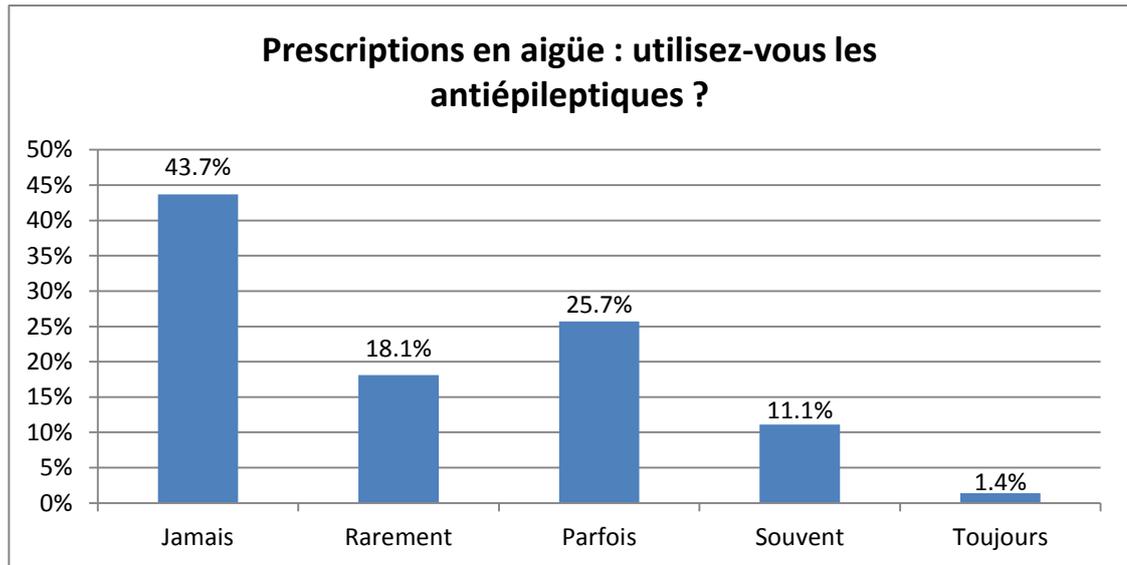
- 18.4% (n=27) IC 95% [12.5% ; 25.6%] déclarent ne jamais en prescrire,
- 15% (n=22) IC 95% [9.6% ; 21.8%] déclarent rarement en prescrire,
- 27.2%(n=40) IC 95% [20.2% ; 35.2%] déclarent parfois en prescrire,
- 34% (n=50) IC 95% [26.4% ; 42.3%] déclarent souvent en prescrire,
- 5.4% (n=8) IC 95% [2.4% ; 10.4%] déclarent toujours en prescrire.



6. Traitement antiépileptique

Lorsque l'on demande aux médecins généralistes leurs prescriptions en aigüe d'antiépileptiques (NA=27) :

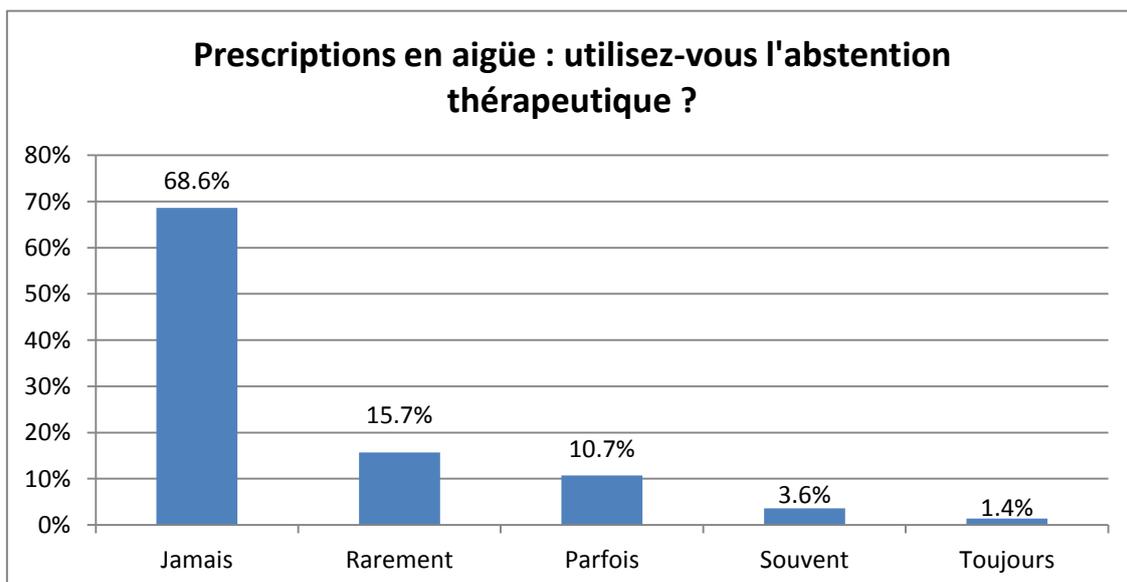
- 43.7% (n=63) IC 95% [35.5% ; 52.3%] déclarent ne jamais en prescrire,
- 18.1% (n=26) IC 95% [12.2% ; 25.3%] déclarent rarement en prescrire,
- 25.7%(n=37) IC 95% [18.8% ; 33.6%] déclarent parfois en prescrire,
- 11.1% (n=16) IC 95% [6.5% ; 17.4%] déclarent souvent en prescrire,
- 1.4% (n=2) IC 95% [0.2% ; 4.9%] déclarent toujours en prescrire.



7. Abstention thérapeutique

Lorsque l'on demande aux médecins généralistes s'ils utilisent l'abstention thérapeutique pour les crises douloureuses aigües (NA=31):

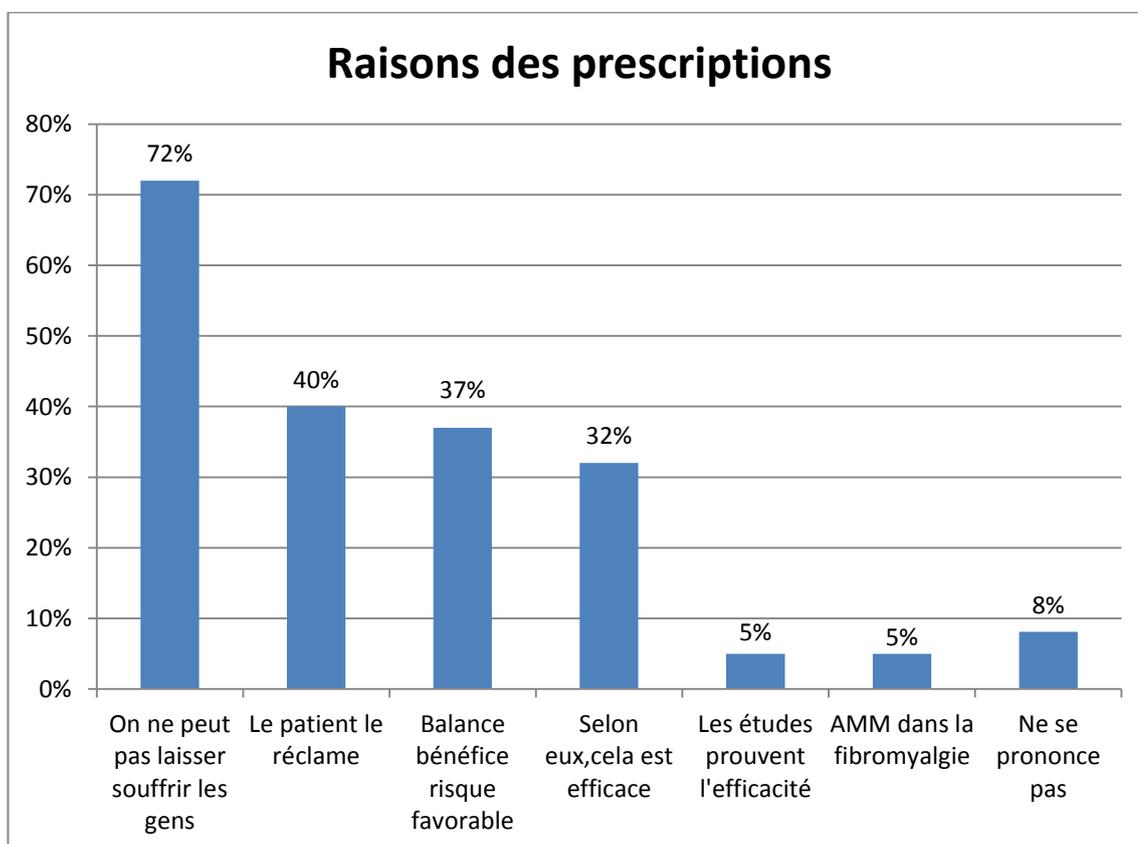
- 68.6% (n=96) IC 95% [60.2% ; 76.2%] déclarent ne jamais la préconiser,
- 15.7% (n=22) IC 95% [10.1% ; 22.8%] déclarent rarement la préconiser,
- 10.7% (n=15) IC 95% [6.1% ; 17.1%] déclarent parfois la préconiser,
- 3.6% (n=5) IC 95% [1.2% ; 8.1%] déclarent souvent la préconiser,
- 1.4% (n=2) IC 95% [0.2% ; 5.1%] déclarent toujours la préconiser,



3. Raisons des prescriptions

Lorsque l'on demande la raison des prescriptions des thérapeutiques par voie orale, les médecins généralistes déclarent :

- à 72% (n=113) IC 95% [64.3% ; 79.8%] prescrire parce qu'on ne peut pas laisser souffrir les gens.
- à 40% (n=63) IC 95% [32.4% ; 48.2%] prescrire car le patient réclame.
- à 37% (n=58) IC 95% [29.4% ; 45%] que, d'après eux, la balance bénéfique/risque des traitements est efficace.
- à 32% (n=51) IC 95% [25.2% ; 40.4%] qu'ils prescrivent parce que selon eux cela est efficace.
- à 5% (n=8) IC 95% [2.2% ; 9.8%] prescrire car ils pensent que les études prouvent leur efficacité dans la fibromyalgie
- à 5% (n=9) IC 95% [2.7% ; 10.6%] que, d'après eux, des médicaments ont l'AMM pour la fibromyalgie
- à 7.8% (n= 14) ne pas se prononcer.



4. La communication

57.5% IC 95% [49.3% ; 65.5%] des médecins déclarent ne pas avoir de problème de communication avec leurs patients fibromyalgiques, et 61.4% IC 95% [53.2% ; 69.2%] déclarent ne pas avoir de problème de communication avec l'entourage de patient fibromyalgique (NA= 18).

5. Ce que pensent les médecins généralistes

1. La relation du médecin avec la fibromyalgie

53.7% (n=80) IC 95% [45.4% ; 61.9%] des médecins ne sont pas à l'aise dans une consultation avec un patient fibromyalgique (NA=22).

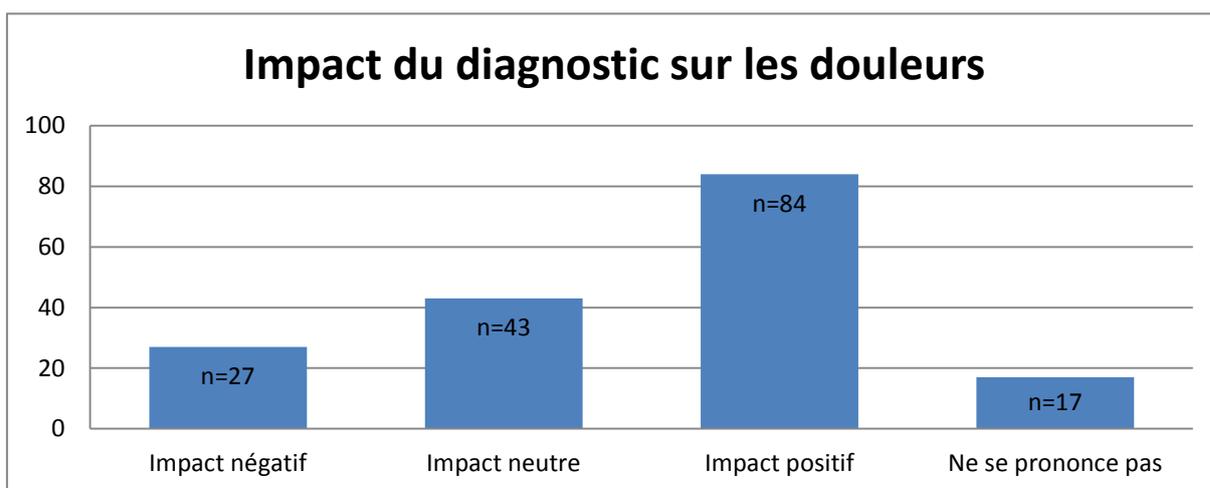
24.1% (n=37) IC 95% [17.6% ; 31.5%] des médecins connaissent à titre privé une personne fibromyalgique, et cela a changé la perception de la maladie seulement pour 35.1% d'entre eux (n=13) (NA=13).

Enfin, 22.1% IC 95% [15.8% ; 29.5%] des médecins (n=34) pensent que la fibromyalgie est une maladie, 56.5% (n=87) IC 95% [48.3% ; 64.5%] pensent que la fibromyalgie est un syndrome, et 21.4% (n=33) IC 95% [15.2% ; 28.8%] pensent que la fibromyalgie est un symptôme.

5. Avis des médecins sur l'impact pour le patient du diagnostic de fibromyalgie

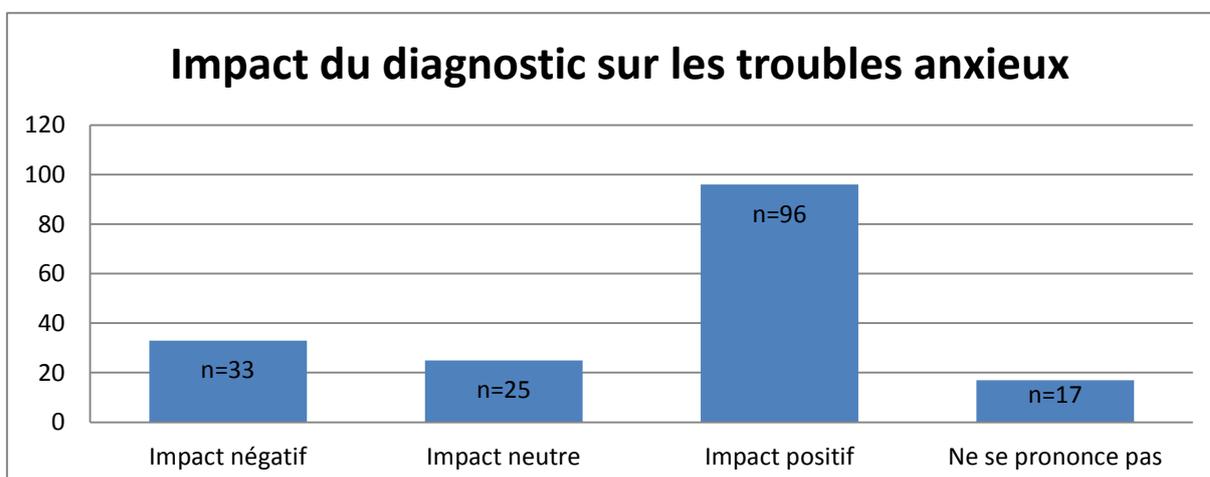
1. Impact du diagnostic sur les douleurs

17.5% (n=27) IC 95% [11.9% ; 24.5%] des médecins pensent que le diagnostic a un impact négatif, 27.9% (n=43) IC 95% [21% ; 35.7%] pensent que cela a un impact neutre, 54.6 % (n=84) IC 95% [46.3% ; 62.6%] pensent que cela a un impact positif et 17 personnes ne se prononcent pas.



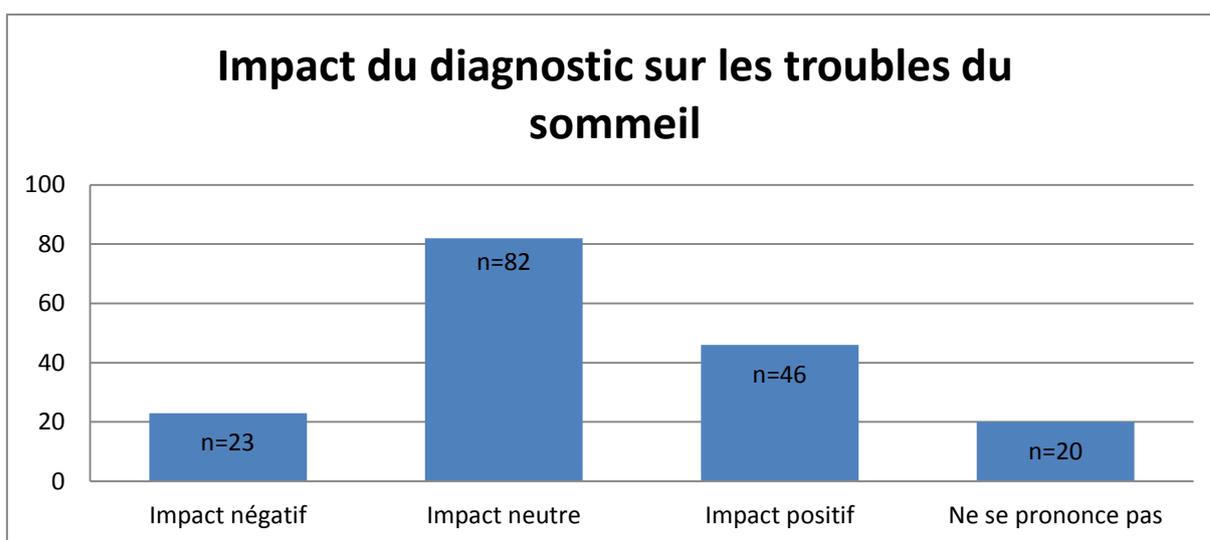
2. Impact du diagnostic sur les troubles anxieux

21.4% (n=33) IC 95% [15.2% ; 28.8%] des médecins pensent que le diagnostic a un impact négatif, 16.2% (n=25) IC 95% [10.8% ; 23%] pensent que cela a un impact neutre, 62.3% (n=96) IC 95% [54.2% ; 70%] pensent que cela a un impact positif et 17 personnes ne se prononcent pas.



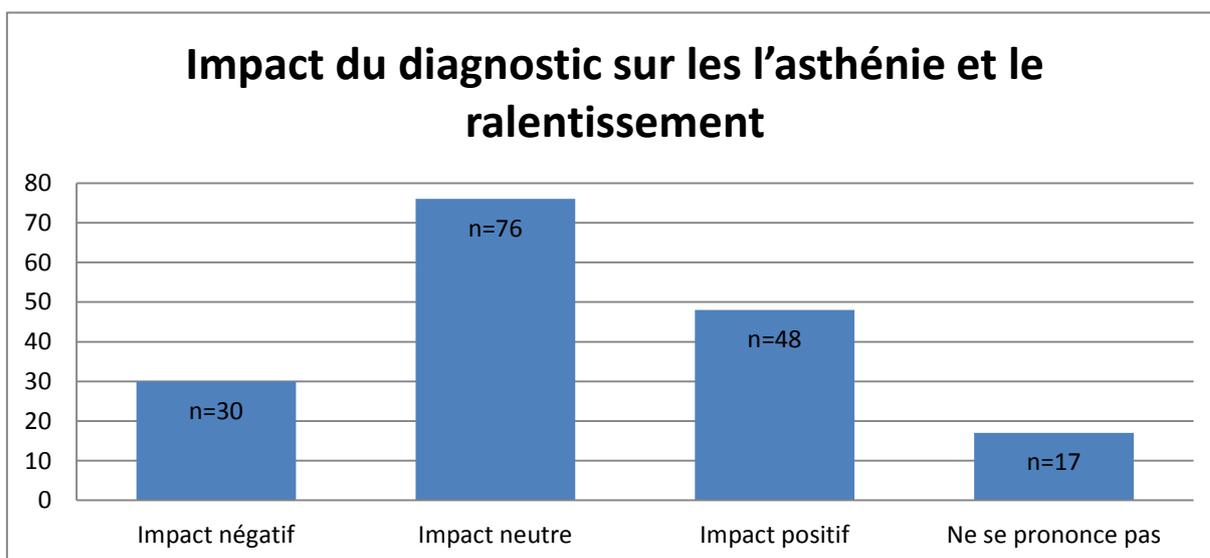
3. Impact du diagnostic sur les troubles du sommeil

15.2% (n=30) IC 95% [9.9% ; 22%] des médecins pensent que le diagnostic a un impact négatif, 54.3% (n=82) IC 95% [46% ; 62.4] pensent que cela a un impact neutre, 30.5% (n=46) IC 95% [23.2% ; 38.5%] pensent que cela a un impact positif, et 20 personnes ne se prononcent pas.



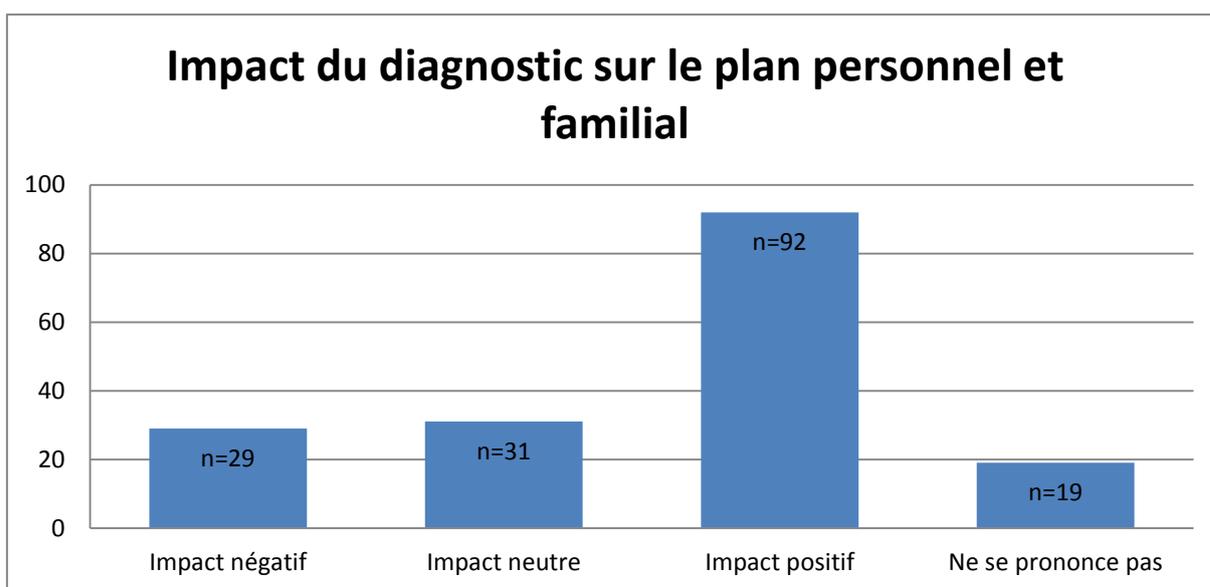
4. Impact du diagnostic sur l'asthénie et le ralentissement

19.5% (n=30) IC 95% [13.6% ; 26.6%] des médecins pensent que le diagnostic a un impact négatif, 49.4% (n=76) IC 95% [41.2% ; 57.2%] pensent que cela a un impact neutre, 31.2% (n=48) IC 95% [24% ; 39.1%] pensent que cela a un impact positif et 17 personnes ne se prononcent pas.



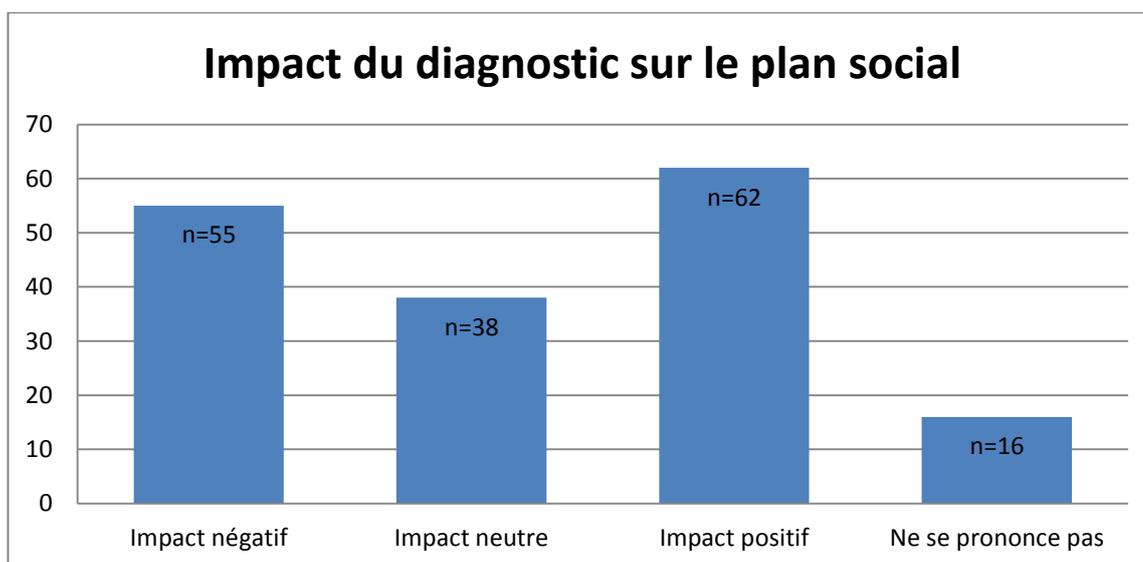
5. Impact du diagnostic sur le plan personnel et familial

19.1% (n=29) IC 95% [13.2% ; 26.2%] des médecins pensent que le diagnostic a un impact négatif, 20.4% (n=31) IC 95% [13.2% ; 26.2%] pensent que cela a un impact neutre, 60.5% (n=92) IC 95% [52.3% ; 68.4%] pensent que cela a un impact positif et 19 personnes ne se prononcent pas.



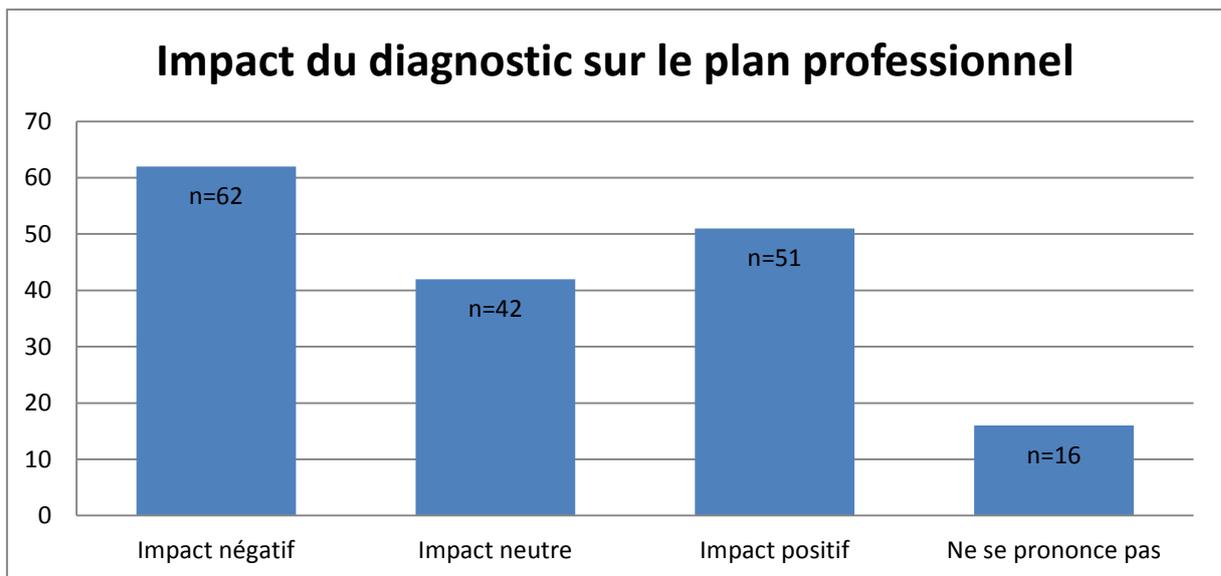
6. Impact du diagnostic sur le plan social.

35.5% (n=55) IC 95% [28% ; 43.6%] des médecins pensent que le diagnostic a un impact négatif, 24.5% (n=38) IC 95% [18% ; 32.1%] pensent que cela a un impact neutre, 40% (n=62) IC 95% [32.2% ; 48.2%] pensent que cela a un impact positif, et 16 personnes ne se prononcent pas.



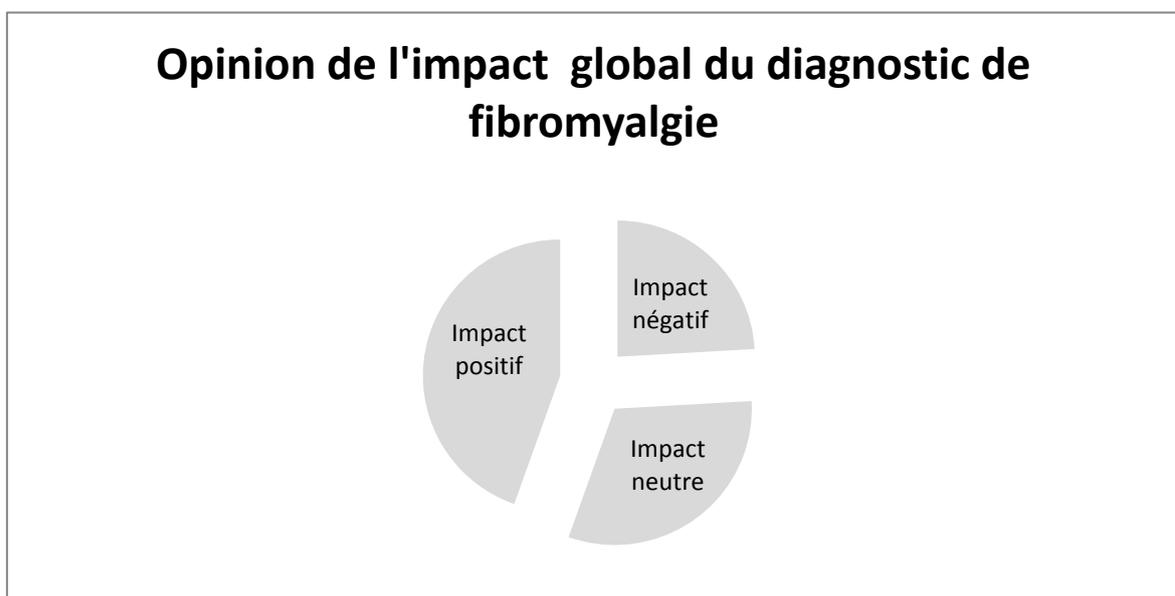
7. Impact du diagnostic sur le plan professionnel

40% (n=62) IC 95% [32.2% ; 48.2%] des médecins pensent que le diagnostic a un impact négatif, 27.1% (n=42) IC 95% [20.3% ; 34.8%] pensent que cela a un impact neutre, 32.9% (n=51) IC 95% [25.6% ; 40.9%] pensent que cela a un impact positif et 16 personnes ne se prononcent pas.



8. Impact global du diagnostic

Si l'on additionne l'ensemble des opinions dans les différentes catégories, l'impact positif représente 44.6% des réponses, l'impact neutre représente 31.3% des réponses, et l'impact négatif 24.1% des réponses.

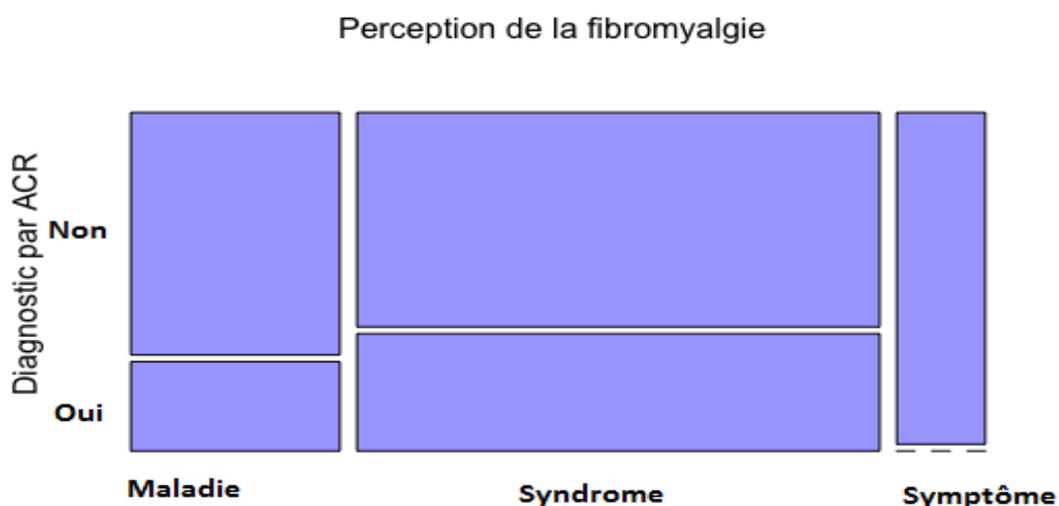


2. Analyses multivariées

1. Analyses bivariées

Il est demandé aux médecins de décrire selon eux si la fibromyalgie est soit une maladie, soit un syndrome, soit un symptôme. L'objectif principal est de savoir si l'opinion des médecins sur la fibromyalgie est corrélée à certains facteurs.

Le fait que le médecin généraliste emploie les critères ACR est un facteur : les médecins pensant que la fibromyalgie est un syndrome utilisent plus les critères ACR que les autres, les médecins pensant que la fibromyalgie est un symptôme ne les utilisent pas ($p=0.043$).



Les autres analyses bivariées entre les catégories maladie - syndrome - symptôme et d'autres facteurs ne retrouvent pas de lien statistique. Les différents facteurs étudiés étaient : -l'âge, -le sexe, -le nombre d'années d'exercice, -l'activité, le mode d'exercice, -le nombre d'actes, -la durée moyenne de consultation, -la durée moyenne de consultation avec un patient fibromyalgique, - la formation, -le diagnostic personnel par métacognition ou par élimination, -les problèmes de communication avec le patient, -le fait que le médecin soit à l'aise ou non, -qu'il connaisse une personne fibromyalgique dans son entourage.

2. Analyse par régression logistique

L'analyse par régression logistique, essayant de mettre en évidence une corrélation entre la classification de la fibromyalgie en maladie/syndrome/symptôme et différents facteurs, ne retrouve pas de facteur significatif.

3. Ce qu'attendent les médecins généralistes de la recherche

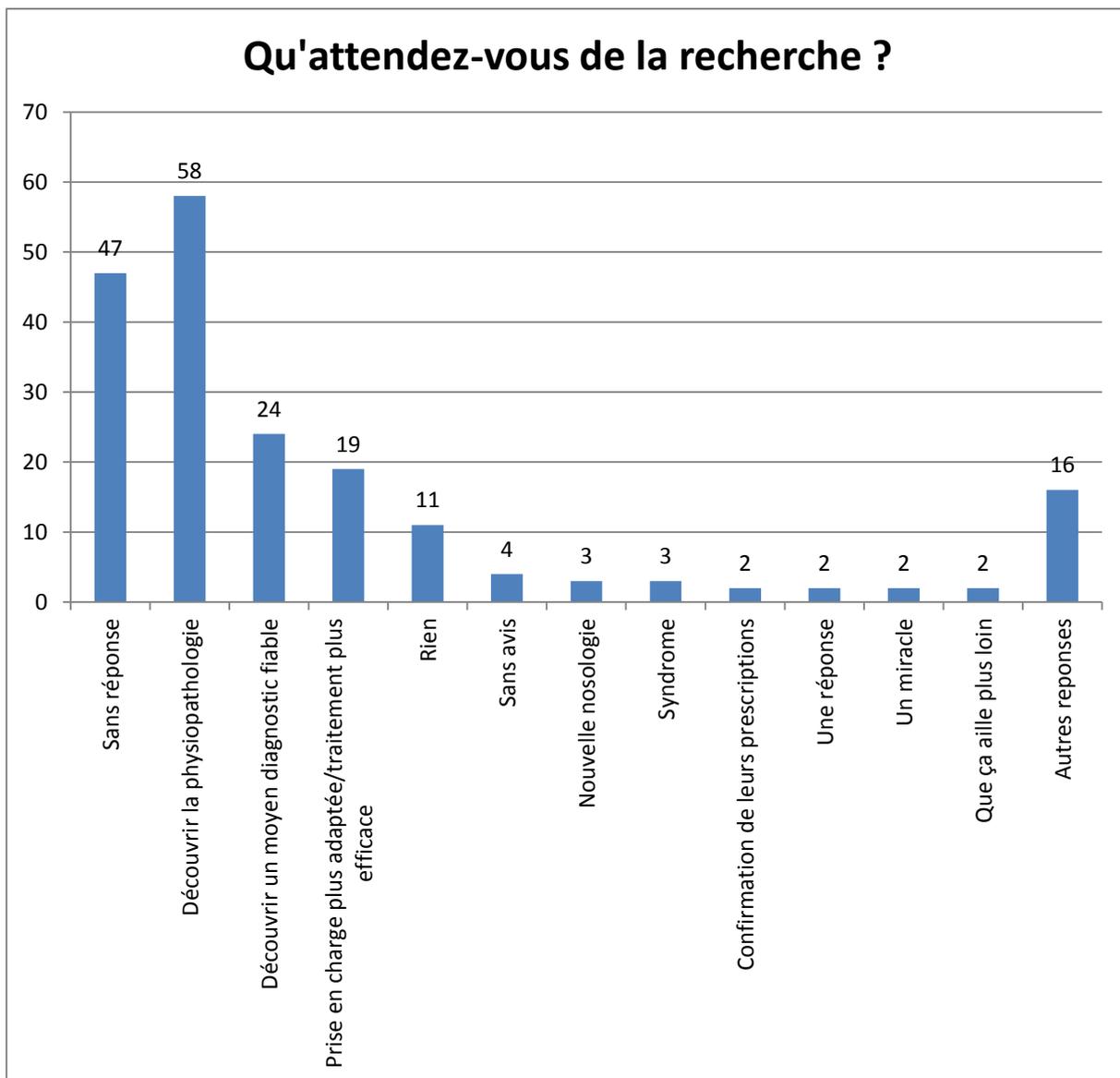
Sur les 165 questionnaires, il y a eu 47 questionnaires (28.5%) sans réponse, 35.2% (n=58) des réponses étaient dans le thème «découvrir la physiopathologie», 14.5% (n=24) des réponses étaient dans le thème « découvrir un moyen de diagnostic fiable ». 11.5% (n=19) voudraient avoir « une prise en charge, un traitement plus efficace ou plus adapté », 6.7% (n=11) n'attendent « rien » de la recherche, 3.6% (n=6) des médecins voudraient la reconnaissance de ce syndrome, 2.4% (n=4) sont sans avis. 1.8% (n=3) attendent une nouvelle nosologie. Deux médecins voudraient une confirmation de ce qu'ils prescrivent, deux autres médecins voudraient « une réponse », deux autres « un miracle », et deux autres « que ça aille plus loin ».

Enfin, il y a certaines réponses individuelles comme « attend tout » de la recherche ; « arrêter de faire de la fibromyalgie un fourre-tout » ; « être plus pertinent dans le domaine de la fibromyalgie » ; « de faire le lien entre le syndrome dépressif et la fibromyalgie » ; « de classer la fibromyalgie comme trouble psychiatrique » ; « de confirmer l'efficacité de l'hypnose » ; « d'infirmer la maladie » ; « un médecin ne se pose pas la question » ; un autre « qu'elle confirme le lien entre fibromyalgie et pollution » ; un autre attend de la recherche « une occasion de voir l'Homme dans sa globalité » ; « que la recherche progresse » ; « que l'on informe les patients ».

Un médecin voudrait « qu'on laisse prescrire le Sativex », et conseille parfois à ses patients l'utilisation du cannabis.

Un médecin pense que l'action doit être préventive et non curatrice.

Un médecin attend la guérison des patients.



DISCUSSION

1. Objectif principal

L'objectif de cette étude était d'évaluer si l'opinion des médecins généralistes sur la fibromyalgie était influencée par certains facteurs.

Les analyses bivariées n'ont trouvé qu'un seul lien : les médecins pensant que la fibromyalgie est un syndrome utilisent plus les critères ACR, ceux qui pensent que la fibromyalgie est un symptôme n'utilisent pas les critères ACR.

Le reste des facteurs analysés est sans significativité statistique.

Cela peut-être dû à plusieurs facteurs :

- la petite population
- la segmentation en 3 catégories : symptôme / syndrome / maladie
- l'absence de lien

2. Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires consistaient à évaluer la pratique diagnostique et thérapeutique, les raisons des prescriptions médicamenteuses et connaître le ressenti des médecins généralistes sur la fibromyalgie.

1. Dans cette étude, les généralistes déclarent que les rhumatologues font le plus souvent le diagnostic. Ceci peut être dû à plusieurs facteurs :
 - Les critères ont été définis par des rhumatologues
 - Il est extrêmement important d'éliminer une pathologie rhumatologique comme une polyarthrite rhumatoïde
 - La volonté d'avoir un 2ème avis

2. Il arrive aux médecins généralistes d'avoir fait le diagnostic pour 67.5% d'entre eux. Dans le cas où les médecins généralistes font le diagnostic eux-même, ils préfèrent aux critères ACR (28.5%) la métacognition (76%) et le diagnostic d'élimination (64%). S'ils utilisent les critères ACR, ils les utilisent majoritairement avec d'autres critères.

Les médecins généralistes utilisent finalement peu les critères officiels. Ils utilisent plus la métacognition : processus de réflexion induisant une connaissance de son patient (son histoire, son vécu, la représentation de son corps et de la maladie), une démarche de réflexion et une réflexivité.

Les critères ACR ne sont utilisés que dans moins d'un tiers des cas. Ces critères sont cliniques et nécessitent un examen physique. Ceci mène à la réflexion suivante : est-ce qu'en n'utilisant que peu les critères ACR, les médecins généralistes mettent en cause implicitement l'origine organique de la fibromyalgie ? Cette réflexion peut être la résultante de :

- l'absence d'étiologie retrouvée
- la pensée que la fibromyalgie est plus un syndrome ou un symptôme qu'une maladie
- les médecins généralistes connaissent leurs patients de longue date et repèrent les facteurs de vulnérabilité
- les thérapies médicamenteuses sont décevantes
- la mauvaise connaissance des critères diagnostics, comme cela peut être le cas dans d'autres pays (10)

3. Seulement 1.9% des praticiens utilisent le questionnaire FIQ.

Le FIQ (cf annexe 3) a été validé sur le plan scientifique pour le suivi des patients fibromyalgiques (11). Sa version révisée, le FIQR, qui prend en compte en plus l'équilibre, la mémoire et la sensibilité à certains facteurs, a été elle aussi validée (8). Le peu d'utilisation peut être dû à sa méconnaissance, voir au peu de moyens médicamenteux pouvant traiter la douleur dans la fibromyalgie. En effet, même si l'on détecte des augmentations de douleurs, les marges thérapeutiques médicamenteuses sont limitées.

4. Dans leurs pratiques de prescription au long cours, les médecins déclarent plus souvent opter pour des moyens non médicamenteux non physiques, des moyens physiques, des paliers 1 et 2, mais très peu utilisent le palier 3 et l'abstention thérapeutique. Les antidépresseurs sont utilisés de " parfois à souvent ", les antiépileptiques de " jamais ou parfois ".

Ainsi dans leurs pratiques, les médecins généralistes ont plus tendance à favoriser la psychothérapie, la kinésithérapie et les antalgiques de paliers 1 et 2 aux autres thérapies.

5. Lors de la prise en charge en aigüe, l'abstention n'est quasiment jamais utilisée, l'utilisation des moyens non médicamenteux non physiques, des moyens physiques ainsi que des antidépresseurs et du palier 3 est très variable. Les moyens physiques sont souvent utilisés, les antalgiques de paliers 1 et 2 sont " souvent à toujours " employés. Les antiépileptiques ne sont " jamais, rarement ou parfois " employés.

Les antalgiques de paliers 1 et 2 ont donc une place importante dans la prise en charge en aigüe.

6. Pour motiver les prescriptions per os, les médecins invoquent le plus souvent le fait qu'on ne peut pas laisser souffrir les gens (72%), puis que les patient réclament (40%), puis que la balance bénéfique/risque est favorable (37%), et enfin que, selon eux, c'est efficace (32%). 95% des médecins savent qu'aucun médicament n'a d'AMM dans l'indication "Fibromyalgie".

Ainsi, les médecins prescrivent majoritairement des paliers 1 et 2. Ils prescrivent les antidépresseurs de façon moins fréquente et les antiépileptiques de façon plus minoritaire encore. Cette démarche pourrait sembler en contradiction avec leurs déclarations car les médecins savent que les prescriptions per os sont peu efficaces, qu'il n'y a pas d'AMM pour la fibromyalgie en France. Cependant ils expriment le fait qu'ils se doivent de répondre aux souffrances de leurs patients. La réflexivité est donc présente.

7. Pour 57% des médecins, la fibromyalgie est un syndrome, pour 22% une maladie, pour 21% un symptôme.

Ainsi plus des trois quart des médecins généralistes ne croient pas au diagnostic de fibromyalgie en tant que maladie. La cause est peut être dûe à plusieurs facteurs, et la question ouverte sur l'intérêt de la recherche peut nous éclairer. En effet, lorsque l'on demande aux médecins généralistes ce qu'ils attendent de la recherche, 35.2% d'entre eux veulent comprendre la physiopathologie, 14.5% voudraient un moyen de diagnostic fiable et 11.5% une prise en charge plus adaptée. 28.5% des médecins ne se prononcent pas.

Il apparaît que l'absence de physiopathologie claire est un frein à la reconnaissance de la fibromyalgie, que les moyens de diagnostics sont limités et que la prise en charge est mal adaptée. Enfin, le taux de non réponse (plus d'un tiers des questionnaires) montre aussi que les médecins n'attendent rien d'un diagnostic de fibromyalgie.

8. Les médecins pensent que le diagnostic de fibromyalgie a un impact positif sur les douleurs, les troubles anxieux, le plan familial, mais ont un avis partagé sur le plan social et professionnel.

Ceci est parfaitement logique : nommer un état pathologique permet d'appréhender les troubles qu'il entraîne, de diminuer l'anxiété. Ce qui n'est pas connu est anxiogène pour le patient : peur de l'inconnu, peur d'avoir une pathologie grave, peur du devenir. Le fait de nommer, de caractériser lui permet de retrouver un contrôle en appréhendant et en définissant les maux.

3. Biais et limites

Les biais de cette étude viennent du fait même de la nature descriptive de l'étude. Ce type d'étude entraîne :

- Un biais de sélection : seuls les déclarants motivés/concernés répondent
- Un biais de déclaration : les réponses obtenues dans ce questionnaire reflètent ce que pensent les médecins, pas ce qu'ils font de façon exacte.
- Un biais de remémoration : pour répondre à ce questionnaire, il n'a pas été demandé à chaque médecin d'analyser le dossier médical de façon précise de chaque patient fibromyalgique. Les réponses sont formulées après remémoration des cas individuels, pour en faire une tendance. Même si les médecins généralistes connaissent leurs patients depuis plusieurs années, le biais de remémoration est présent.
- Un biais de mesure issu du biais de déclaration et de remémoration.

Compte tenu du caractère déclaratif, cette étude ne peut pas relater la réalité mais plutôt une tendance.

4. Population concernée

L'atlas de démographie médicale (12), référentiel de la démographie des médecins en France, enregistre les caractéristiques démographiques des médecins inscrits à l'ordre des médecins. Chaque année, l'ordre des médecins édite un atlas qui récapitule l'offre de soin par territoire, par évolution temporelle, mais aussi sur les caractéristiques de travail et sur les données démographiques. L'atlas au 1er janvier 2015 retrouve une moyenne d'âge des médecins généralistes en France de 53ans, un taux d'effectif féminin de 36,2% en France métropolitaine.

Dans cette étude, l'âge moyen est de 53 ans, un taux de 34.6% de femme.

L'échantillon de cette étude est donc représentatif dans ses données socio démographiques de la population de médecins généralistes en France métropolitaine.

5. Comparaisons des prescriptions avec la littérature

1. Prescription en France

Le rapport HAS d' « orientation du syndrome fibromyalgique de l'adulte » publié en juillet 2010 (2) évalue l' " évolution du contexte de prescription dans la pratique courante pour la prise en charge du syndrome fibromyalgique entre 2005 et 2008, en médecine générale et en rhumatologie " d'après la base de données Thalès-Cegedim.

Dans cette étude, environ 89 % des consultants recevaient un traitement médicamenteux (entre 88.9% et 89.5% en fonction des années).

Les prescriptions médicamenteuses concernaient :

- Les antalgiques dans 60% des cas
- Les antidépresseurs dans 40% des cas
- Les anxiolytiques dans 30% des cas
- Les antiépileptiques dans 20 % des cas

A noter que les Anti Inflammatoires Non Stéroïdiens (AINS) étaient prescrits dans 20 % des cas, les myorelaxants dans 10% des cas, les minéraux et vitamines dans 20% des cas.

La répartition entre les mono, bi, tri, et quadrithérapies était homogène.

Les prescriptions non médicamenteuses sont peu renseignées.

L'autre étude citée dans le rapport de l'HAS(2) évalue les " données de la prescription médicale concernant la prise en charge d'un syndrome fibromyalgique entre 2006 et 2009 " d'après les données EPPM-IMS. Les prescriptions ont pour origine un médecin généraliste dans 80% des cas.

Les antalgiques sont prescrits dans 32% à 37 % des ordonnances. Les antidépresseurs sont prescrits dans 20% des cas, les antiépileptiques dans 14% à 19% des cas.

Les principales prescriptions non médicamenteuses sont les psychothérapies, la kinésithérapie, la rééducation et les massages.

2. Fibromyalgie et traitement : ce que dit la littérature

1. Revue Cochrane : moyens non médicamenteux non physiques

D'après la revue Cochrane compilant 23 études étudiant la thérapie cognitivo-comportementale (13)(TCC), la TCC est efficace sur la réduction des douleurs, de la mauvaise humeur, de l'invalidité à la fin de la thérapie et au moins 6 mois après la fin de la thérapie. Cependant, la qualité de ces études est faible.

De même, la revue Cochrane compile 61 essais (14) mesurant l'efficacité de plusieurs psychothérapies. Il existe des preuves de faible qualité que les psychothérapies sont plus efficaces que les soins usuels pour l'invalidité, la douleur et l'humeur.

Il y a des preuves de très faible qualité qui montrent que le biofeedback est plus efficace que les soins usuels pour le fonctionnement physique, la douleur et l'humeur.

Il y a des preuves de très faible qualité qui montrent que les thérapies de mouvement sont plus efficaces que les soins usuels pour le fonctionnement physique, la douleur, et l'humeur.

Il y a des preuves de faible qualité qui montrent que les thérapies basées sur la relaxation sont plus efficaces que les soins usuels pour le fonctionnement physique, et la douleur.

Ces différentes études montrent une amélioration mais souvent de faible amplitude

2. Revue Cochrane : moyens physiques non médicamenteux

1. L'acupuncture (15)

Il y a des preuves de faible à moyenne qualité que l'acupuncture améliore la douleur et la rigidité dans la fibromyalgie par rapport aux traitements usuels et à l'abstention thérapeutique. Il y a des preuves de moyenne qualité que l'acupuncture simulée n'est pas moins efficace que l'acupuncture pour la douleur, la fatigue, l'amélioration du sommeil et le bien-être global. L'acupuncture avec électro stimulation semble être plus efficace que l'acupuncture manuelle, mais l'effet ne dure pas plus d'un mois.

2. Les exercices aquatiques (16)

Il y a des preuves de qualité faibles à moyennes que les exercices aquatiques sont efficaces pour améliorer le bien-être et les symptômes chez les adultes présentant une fibromyalgie.

3. L'exercice physique (17,18)

Il y a des preuves du plus haut niveau que l'exercice physique supervisé avec exercice aérobic a un effet bénéfique sur les capacités physiques et sur le bien-être global. Le travail de la force musculaire pourrait avoir des bénéfices sur la douleur.

Il y a des preuves de qualité faibles à modérée que l'exercice physique à type de résistance est efficace sur les symptômes de fibromyalgie.

Il y a des preuves de qualité faible que l'exercice physique aérobic est plus efficace que les exercices de résistance.

4. L'électro stimulation trans-cutanée (19,20)

Il y aurait peut-être des effets bénéfiques à court terme de l'électro stimulation trans cutanée. Des études de meilleure qualité sont nécessaires.

3. Paliers 1 et 2

Il n'y a pas d'étude évaluant l'efficacité du paracétamol ou du palier 2 dans la fibromyalgie.

4. Revue Cochrane : palier 3 (21)

Il n'y a pas d'étude portant sur le traitement par palier 3 de la douleur dans la fibromyalgie.

5. Revue Cochrane : les antidépresseurs

1. L'amitriptyline (22,23)

Il n'y a pas de preuve non biaisée pouvant prouver l'efficacité de l'amitriptyline. Les études sont anciennes, biaisées. De plus il y a de nombreux effets indésirables.

Cependant, compte tenu du recul de plus de 40 ans (AMM du Laroxyl© en 1974), les auteurs de la revue Cochrane ne peuvent pas nier l'efficacité, en pratique quotidienne, sur certains patients répondeurs qui supportent le traitement. Aussi le traitement doit continuer d'être essayé tout en connaissant les effets indésirables.

2. La duloxétine (24,25)

La duloxétine a un effet prouvé sur la réduction des douleurs de la neuropathie diabétique à des doses quotidiennes de 60 à 120 mg par jour.

Cependant les preuves sont de moindre qualité pour évaluer l'efficacité sur la réduction de la douleur dans la fibromyalgie. Il y a des preuves de qualité faible à moyenne que la réduction de la douleur est également atteinte dans la douleur associée aux symptômes dépressifs.

La duloxétine n'a pas montré d'effet positif significatif sur la qualité de vie ou sur la fatigue.

3. Le Milnacipran (25,26)

Les études réalisées contre placebo révèlent que le milnacipran est efficace chez 40% des participants (contre 30% pour le placebo) pour soulager d'au moins 30% les douleurs. Le traitement peut être efficace, mais chez une minorité de patient.

Le milnacipran n'a pas montré d'effet positif significatif sur la qualité de vie ou sur la fatigue.

4. Les Inhibiteurs de la Monoamine oxydase (IMAO) (27)

Seulement deux études incluant 230 patients ont étudié l'efficacité du pirlindole et du moclobemide. Le pirlindole a eu un effet statistiquement significatif sur la douleur, les points sensibles, et l'évaluation globale, mais pas le moclobemide.

Même si les données semblent démontrer une efficacité du pirlindole, le peu d'étude et la faible taille d'échantillon doivent inciter à la prudence.

6. Revue Cochrane : les antiépileptiques

Il n'y a pas d'étude suffisante qui ait évalué l'efficacité de la carbamazépine dans le traitement de la fibromyalgie. (28)

Les données sont très limitées pour considérer que la gabapentine est efficace dans le traitement de la fibromyalgie. (29)

Pour la lamotrigine, les études de bonne qualité d'une durée suffisante n'ont pas démontré d'efficacité dans la fibromyalgie. (30)

Il n'y a pas d'étude suffisante qui ait étudié la phénytoïne dans le traitement de la fibromyalgie. (31)

Le topiramate n'est pas efficace pour traiter la fibromyalgie. (32)

L'acide valproïque et le valproate de sodium n'ont pas été étudiés dans la fibromyalgie. (33)

Seule la prégabaline est efficace pour réduire légèrement la douleur, les problèmes de sommeil et l'asthénie au prix d'une augmentation des effets indésirables, surtout les vertiges. Cette efficacité est à relativiser avec l'efficacité relative versus placebo.

En effet, l'efficacité sur la douleur (réduction d'au moins 50% sur les scores de la douleur) intervient chez 23 personnes traitées par prégabaline sur 100 contre 14 personnes sur 100 traitées par un placebo, soit une amélioration chez 9% des patients. L'amélioration du bien-être global intervient chez 12% des patients traités (39% des patients traités par prégabaline versus 28% des patients traités par placebo).

L'efficacité est très faible sur les scores de fatigue et faible sur les troubles du sommeil.

Parmi les benzodiazépines utilisées comme antiépileptiques, il n'y a pas d'étude d'une qualité suffisante à inclure pour évaluer le clonazepam dans le traitement de la fibromyalgie. (34)

3. Comparaison des prescriptions avec la littérature

Après revue de la littérature, l'exercice physique aérobie a la meilleure balance bénéfique/risque prouvée. Il augmente le bien-être global et les capacités physiques. La psychothérapie a aussi une très bonne balance bénéfique/risque, même si les études sont de plus faible qualité.

Les traitements per os ont une moins bonne balance bénéfique/risque, même si les effets indésirables sont connus et peu nombreux pour les antalgiques de paliers 1 et 2. Pour les antiépileptiques et les antidépresseurs la balance bénéfique/risque est encore moins favorable.

Dans cette étude, les moyens thérapeutiques non physiques non médicamenteux, les moyens physiques et les paliers 1 et 2 sont dits être prescrits les plus fréquemment au long cours.

En aigüe, ce sont les paliers 1 et 2 qui sont les plus fréquemment prescrits.

Les données de cette étude sont en accord avec les pratiques de prescription réelles et sont valides sur le plan de la littérature. Il est à noter que les moyens physiques et psychologiques sont au premier plan, alors qu'ils n'avaient été que peu étudiés avant.

6. Discussion sur la sémantique

1. Maladie, syndrome, symptômes

Dans cette thèse, il était demandé aux médecins de définir la fibromyalgie en choisissant entre 3 termes : maladie, syndrome, symptômes.

Selon le dictionnaire Larousse, les définitions sont les suivantes :

- Maladie : altération de la santé, des fonctions des êtres vivants (animaux et végétaux), en particulier quand la cause est connue (par opposition à syndrome).
- Syndrome : ensemble de plusieurs symptômes ou signes en rapport avec un état pathologique donné et permettant, par leur groupement, d'orienter le diagnostic.
- Symptôme : phénomène subjectif qui traduit les états morbides et qui est lié aux troubles fonctionnels ou lésionnels qui le déterminent. (Il s'agit surtout de douleurs, de troubles de la sensibilité ou de troubles sensoriels).

2. Définitions du DSM-IV

La douleur chronique a une importance en psychiatrie et est retrouvée dans plusieurs définitions du DSM IV:

- les troubles somatoformes sont caractérisés par la présence de préoccupations et/ou de manifestations somatiques et sont dépourvus de substrat organique. Ils sont donc d'origine psychique.
- les troubles psychosomatiques : trouble somatique, avec lésion retrouvée, dont la dimension psychologique est prévalente dans sa survenue et dans son évolution.
- les troubles factices
- la simulation

Les troubles somatoformes sont une famille regroupant le trouble somatisation, le trouble de conversion, l'hypochondrie, le trouble douloureux, la dysmorphie corporelle, le trouble somatisation indifférencié, le trouble somatisation non spécifié.

Les critères du DSM-IV du trouble somatisation sont :

A- Antécédents de plaintes somatiques multiples, débutant avant l'âge de 30 ans, se manifestant pendant plusieurs années et aboutissant à des demandes de traitement et/ou à une altération significative du fonctionnement social.

B- Chacun des critères suivants doit avoir été rempli:

- 1-Quatre symptômes douloureux
- 2-Deux symptômes gastro-intestinaux
- 3-Un symptôme sexuel
- 4-Un symptôme pseudo-neurologique

C- Un des critères suivants doit être rempli:

1-Aucun des symptômes du critère B ne peut s'expliquer par une affection médicale ou par des effets d'une substance.

2-Quand il existe une relation avec une affection médicale générale, les symptômes ou l'altération du fonctionnement social qui en résultent sont disproportionnés par rapport à ce que laisseraient prévoir les constatations médicales.

D- Les symptômes ne sont pas produits intentionnellement ou feints (comme dans le trouble factice ou la simulation).

Les critères du DSM-IV du trouble douloureux sont :

A Une douleur dans une ou plusieurs localisations anatomiques est au centre du tableau clinique et cette douleur est d'une intensité suffisante pour justifier un examen clinique.

B La douleur est à l'origine d'une souffrance clinique significative ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel, ou d'autres domaines importants.

C On estime que les facteurs psychologiques jouent un rôle important dans le déclenchement, l'intensité ou la persistance de la douleur.

D Le symptôme ou le déficit n'est pas produit intentionnellement ou feint (comme dans le trouble factice ou la simulation).

E La douleur n'est pas mieux expliquée par un trouble de l'humeur, un trouble anxieux ou un trouble psychotique et ne répond pas aux critères de la dyspareunie.

3. Définition du DSM 5

Le DSM 5 est la nouvelle version du DSM IV-TR, mais n'est pas encore traduit en français.

Dans le DSM 5, les troubles somatoformes disparaissent au profit d'une nouvelle catégorie : " Somatic Symptom Disorder " que l'on peut traduire par « les troubles à symptômes somatiques ». Cette nouvelle classification prend plus en compte l'impact des symptômes somatiques sur les pensées, les sentiments et les actions des patients.

Les critères des troubles à symptômes somatiques sont l'association :

- de symptômes induisant une importante perturbation de la vie quotidienne
- de pensées, sentiments et comportements orientés vers des symptômes ou des problèmes de santé
- d'anxiété ou pensées disproportionnées ou encore une débauche de temps et d'énergie autour de problèmes de santé
- de symptômes durant au moins 6 mois.

Ainsi la fibromyalgie entre dans la définition du trouble somatoforme et des troubles de symptômes somatiques.

7. Apport de la psychiatrie dans la douleur chronique et la fibromyalgie

1. L'approche neurofonctionnelle

L'intégration du message douloureux est complexe et fait participer plusieurs zones du cerveau : les aires somatosensorielles S1 et S2 (discrimination spatiale, intensité et type du message douloureux), le cortex cingulaire antérieur (dimension affective et émotionnelle), l'insula antérieure (intégration de la douleur et des émotions) et le thalamus.

Ainsi l'intégration du message douloureux se fait sous 4 modes : une composante sensorielle, une composante affective, une composante cognitive, une composante comportementale. Cette intégration a initialement pour but d'avoir une réaction comportementale et physiologique adaptée à la douleur.

2. L'approche psychologique

Certaines personnes présentent un ressenti de la douleur extrêmement pénible, ce qui peut induire une peur de la douleur elle-même. Les patients douloureux chroniques ont une tendance à ne plus rechercher de nouvelles solutions et à adopter des stratégies de coping évitant (35). Le coping est un mécanisme de défense qui inclut l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer un phénomène stressant. Les stratégies adoptées sont épuisantes psychologiquement et ne font qu'augmenter la peur, le caractère désagréable du stimulus douloureux qui n'en est que plus mal toléré.

3. La prise en charge

La prise en charge du patient fibromyalgique est difficile car les plaintes sont multiples et invalidantes. La participation émotionnelle est forte dans les symptômes, d'où les stratégies d'évitement. Aussi la psychothérapie et notamment la TCC, qui a montré son efficacité à long terme, doit être un pivot pour diminuer la part émotionnelle des douleurs ressenties. Le psychiatre doit donc être intégré à la prise en charge afin qu'il évalue les comorbidités psychiatrique et qu'il explique l'intérêt d'une TCC.

L'annonce à un patient qui a des douleurs physiques de l'intérêt de la consultation d'un psychiatre est donc un moment délicat et important. La place du médecin généraliste est primordiale car elle permet d'intégrer la connaissance de l'histoire du patient, de son vécu, de ses représentations de la maladie afin d'amener le patient à réfléchir à ses propres représentations, et lui proposer des solutions avec un maximum de compliance et d'adhérence.

CONCLUSION

Le but de cette étude était d'étudier les liens qui existaient entre ce que pensent les médecins généralistes du diagnostic de fibromyalgie et les données socio-démographiques, les habitudes diagnostiques ainsi que leur propre ressenti de la fibromyalgie.

L'objectif principal retrouve que ceux qui pensent que la fibromyalgie est un syndrome utilisent plus les critères ACR, et ceux qui pensent que c'est un symptôme ne les utilisent pas.

Quand les médecins généralistes font le diagnostic eux même, ils utilisent peu les critères ACR qui sont pourtant les critères diagnostics officiels depuis plus de 25 ans. Ces critères ont été définis par des rhumatologues, il est nécessaire d'éliminer un diagnostic de maladie inflammatoire et ceci explique peut-être le fait que les médecins généralistes laissent leurs confrères rhumatologues faire le plus souvent le diagnostic de fibromyalgie.

Il est possible que les critères ACR soient aussi peu utilisés en tant que référence parce que plus des trois quarts des médecins généralistes ne pensent pas que la fibromyalgie soit une maladie. D'ailleurs ils attendent de la recherche de connaître la physiopathologie, d'avoir des moyens de diagnostic plus fiable et une prise en charge plus adaptée.

Dans leur prise en charge, les médecins décrivent des prescriptions qui sont conformes aux données de la science : utilisation des psychothérapies, de rééducation à l'effort, des paliers 1 et 2 et dans une moindre mesure les antidépresseurs et des antiépileptiques. Le palier 3 est utilisé en traitement aigüe.

La réflexivité des médecins paraît en partie guider les prescriptions : la plupart des médecins généralistes ne prescrivent pas les traitements oraux pour leur efficacité, leur balance bénéfice/risque ou parce qu'ils pensent que des médicaments

ont une AMM, mais parce qu'ils tentent de répondre aux plaintes des patients et parce que les patients sont en demande.

Répondre à leur demande peut aller à l'encontre de la compréhension des patients car après avoir fait le diagnostic de fibromyalgie, la psychothérapie et la rééducation à l'effort doivent être initiées alors que les douleurs sont ressenties physiquement et les stratégies d'évitement installées, ce qui induit logiquement des réticences. Le rôle du médecin généraliste prend alors tout son sens : en comprenant le patient dans son individualité et son histoire, il peut adapter son discours aux représentations qu'a le patient de sa maladie. Par la relation médecin-malade, il peut faire comprendre que la douleur chronique et la multitude des troubles peuvent être améliorées par une prise en charge globale.

Aller contre les représentations des patients (travail sur les efforts physiques et prise en charge psychologique) et l'absence de physiopathologie claire sont peut-être des facteurs qui expliquent que quasiment la moitié des médecins disent ne pas être à l'aise dans les consultations avec les patients fibromyalgiques. D'ailleurs les médecins qui connaissent une personne fibromyalgique dans leur entourage disent ne pas avoir vu leur vision de la fibromyalgie changer.

La plupart des médecins pensent que la fibromyalgie est un syndrome. D'un point de vue sémantique, la fibromyalgie peut être considérée comme un syndrome si l'on prend en compte l'origine somatique et l'absence de lésion observable, ou comme une maladie psychiatrique entrant dans la catégorie des troubles à symptômes somatiques exprimés.

Alors que les avis divergent sur l'étiologie, les données de la science doivent inciter les médecins généralistes à se focaliser sur la diminution de la sévérité des symptômes par l'exercice physique aérobie et la thérapie cognitivo-comportementale. Les traitements médicamenteux peuvent être utiles au cas par cas. La prise en charge doit donc être pluri disciplinaire et pluri-modale.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, et al. The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum.* févr 1990;33(2):160-72.
2. Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles M-A, Goldenberg DL, Katz RS, Mease P, et al. The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis Care Res.* mai 2010;62(5):600-10.
3. Perrot S, Bouhassira D, Fermanian J, Cercle d'Etude de la Douleur en Rhumatologie. Development and validation of the Fibromyalgia Rapid Screening Tool (FiRST). *Pain.* août 2010;150(2):250-6.
4. Bannwarth B, Blotman F, Roué-Le Lay K, Caubère J-P, André E, Taïeb C. Fibromyalgia syndrome in the general population of France: a prevalence study. *Jt Bone Spine Rev Rhum.* mars 2009;76(2):184-7.
5. Lawrence RC, Felson DT, Helmick CG, Arnold LM, Choi H, Deyo RA, et al. Estimates of the Prevalence of Arthritis and Other Rheumatic Conditions in the United States, Part II. *Arthritis Rheum.* janv 2008;58(1):26-35.
6. McNally JD, Matheson DA, Bakowsky VS. The epidemiology of self-reported fibromyalgia in Canada. *Chronic Dis Can.* 2006;27(1):9-16.
7. Salaffi F, De Angelis R, Grassi W, MARche Pain Prevalence, INvestigation Group (MAPPING) study. Prevalence of musculoskeletal conditions in an Italian population sample: results of a regional community-based study. I. The MAPPING study. *Clin Exp Rheumatol.* déc 2005;23(6):819-28.
8. Haute Autorité de Santé. Syndrome fibromyalgique de l'adulte. Saint-Denis La plaine: HAS; 2010.
9. WONCA Europe (2002). La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille. <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>
10. Buskila D, Neumann L, Sibirski D, Shvartzman P. Awareness of diagnostic and clinical features of fibromyalgia among family physicians. *Fam Pract.* 6 janv 1997;14(3):238-41.
11. Burckhardt CS, Clark SR, Bennett RM. The fibromyalgia impact questionnaire: development and validation. *J Rheumatol.* mai 1991;18(5):728-33.

12. ATLAS NATIONAL DE LA DEMOGRAPHIE MEDICALE 2015. https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_national_de_la_demographie_medicale_2015.pdf
13. Bernardy K, Klose P, Busch AJ, Choy EH, Häuser W. Cognitive behavioural therapies for fibromyalgia. In: The Cochrane Collaboration, éditeur. Cochrane Database of Systematic Reviews. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2013. Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD009796.pub2>
14. Theadom A, Cropley M, Hankins M, Smith HE. Mind and body therapy for fibromyalgia. In: Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 1996. Disponible sur: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001980.pub2/abstract>
15. Deare JC, Zheng Z, Xue CC, Liu JP, Shang J, Scott SW, et al. Acupuncture for treating fibromyalgia. In: The Cochrane Collaboration, éditeur. Cochrane Database of Systematic Reviews. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2013. Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD007070.pub2>
16. Bidonde J, Busch AJ, Webber SC, Schachter CL, Danyliw A, Overend TJ, et al. Aquatic exercise training for fibromyalgia. In: The Cochrane Collaboration, éditeur. Cochrane Database of Systematic Reviews. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2014. Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD011336>
17. Busch AJ, Webber SC, Richards RS, Bidonde J, Schachter CL, Schafer LA, et al. Resistance exercise training for fibromyalgia. In: The Cochrane Collaboration, éditeur. Cochrane Database of Systematic Reviews. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2013. Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD010884>
18. Busch AJ, Barber KAR, Overend TJ, Peloso PMJ, Schachter CL. Exercise for treating fibromyalgia syndrome. In: The Cochrane Collaboration, éditeur. Cochrane Database of Systematic Reviews. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2007. Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD003786.pub2>
19. Nnoaham KE, Kumbang J. Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) for chronic pain. In: Cochrane Database of Systematic Reviews. John Wiley & Sons, Ltd; 2014. Disponible sur: <http://onlinelibrary.wiley.com/doc-distant.univ-lille2.fr/doi/10.1002/14651858.CD003222.pub3/abstract>
20. Dailey DL, Rakel BA, Vance CGT, Liebano RE, Amrit AS, Bush HM, et al. Transcutaneous electrical nerve stimulation reduces pain, fatigue and hyperalgesia while restoring central inhibition in primary fibromyalgia. *Pain*. nov 2013;154(11):2554-62.
21. Gaskell H, Moore RA, Derry S, Stannard C. Oxycodone for neuropathic pain and fibromyalgia in adults. In: The Cochrane Collaboration, éditeur. Cochrane Database of Systematic Reviews. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2014. Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD010692.pub2>
22. The Cochrane Collaboration, éditeur. Cochrane Database of Systematic Reviews: Protocols. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 1996. Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858>

23. Moore RA, Derry S, Aldington D, Cole P, Wiffen PJ. Amitriptyline for neuropathic pain and fibromyalgia in adults. In: The Cochrane Collaboration, éditeur. Cochrane Database of Systematic Reviews. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2012. Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD008242.pub2>
24. Lunn MP, Hughes RA, Wiffen PJ. Duloxetine for treating painful neuropathy, chronic pain or fibromyalgia. In: The Cochrane Collaboration, éditeur. Cochrane Database of Systematic Reviews. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2014. Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD007115.pub3>
25. Häuser W, Urrútia G, Tort S, Üçeyler N, Walitt B. Serotonin and noradrenaline reuptake inhibitors (SNRIs) for fibromyalgia syndrome. In: The Cochrane Collaboration, éditeur. Cochrane Database of Systematic Reviews. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2013. Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD010292>
26. Cording M, Derry S, Phillips T, Moore RA, Wiffen PJ. Milnacipran for pain in fibromyalgia in adults. In: Cochrane Database of Systematic Reviews. John Wiley & Sons, Ltd; 2015. Disponible sur: <http://onlinelibrary.wiley.com/doc-distant.univ-lille2.fr/doi/10.1002/14651858.CD008244.pub3/abstract>
27. Tort S, Urrútia G, Nishishinya MB, Walitt B. Monoamine oxidase inhibitors (MAOIs) for fibromyalgia syndrome. In: The Cochrane Collaboration, éditeur. Cochrane Database of Systematic Reviews. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2012. Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD009807>
28. Wiffen PJ, Derry S, Moore RA, Kalso EA. Carbamazepine for chronic neuropathic pain and fibromyalgia in adults. In: The Cochrane Collaboration, éditeur. Cochrane Database of Systematic Reviews. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2014. Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD005451.pub3>
29. Moore RA, Wiffen PJ, Derry S, Toelle T, Rice ASC. Gabapentin for chronic neuropathic pain and fibromyalgia in adults. In: The Cochrane Collaboration, éditeur. Cochrane Database of Systematic Reviews. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2014. Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD007938.pub3>
30. Wiffen PJ, Derry S, Moore RA. Lamotrigine for chronic neuropathic pain and fibromyalgia in adults. In: The Cochrane Collaboration, éditeur. Cochrane Database of Systematic Reviews. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2013. Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD006044.pub4>
31. Birse F, Derry S, Moore RA. Phenytoin for neuropathic pain and fibromyalgia in adults. In: The Cochrane Collaboration, éditeur. Cochrane Database of Systematic Reviews. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2012. Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD009485.pub2>
32. Wiffen PJ, Derry S, Lunn MP, Moore RA. Topiramate for neuropathic pain and fibromyalgia in adults. In: The Cochrane Collaboration, éditeur. Cochrane Database of Systematic Reviews. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2013. Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD008314.pub3>
33. Gill D, Derry S, Wiffen PJ, Moore RA. Valproic acid and sodium valproate for neuropathic pain and fibromyalgia in adults. In: The Cochrane Collaboration, éditeur.

- Cochrane Database of Systematic Reviews. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2011. Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD009183.pub2>
34. Corrigan R, Derry S, Wiffen PJ, Moore RA. Clonazepam for neuropathic pain and fibromyalgia in adults. In: The Cochrane Collaboration, éditeur. Cochrane Database of Systematic Reviews. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2012. Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD009486.pub2>
35. Rouby P, Dauchy S, Landrieux I. Somatisation, conversion et trouble somatoforme... nosographie et psychopathologie. [Httpwwwem-Premiumcomdoc-Distantuniv-Lille2frdatarevues1624568700061-C114](http://www.em-premium.com/doc-Distantuniv-Lille2frdatarevues1624568700061-C114). 17 févr 2008; Disponible sur: [http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/article/82232](http://www.em-premium.com/doc-distant.univ-lille2.fr/article/82232)

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire FIRST

| Depuis au moins 3 mois | OUI | NON |
|--|-----|-----|
| 1 Mes douleurs sont localisées partout dans tout mon corps | | |
| 2 Mes douleurs s'accompagnent d'une fatigue générale permanente | | |
| 3 Mes douleurs sont comme des brûlures, des décharges électriques ou des crampes | | |
| 4 Mes douleurs s'accompagnent d'autres sensations anormales, comme des fourmillements, des picotements, ou des sensations d'engourdissement, dans tout mon corps | | |
| 5 Mes douleurs s'accompagnent d'autres problèmes de santé comme des problèmes digestifs, des problèmes urinaires, des maux de tête, ou des impatiences dans les jambes | | |
| 6 Mes douleurs ont un retentissement important dans ma vie : en particulier sur mon sommeil, ma capacité à me concentrer avec une impression de fonctionner au ralenti | | |

Annexe 2 : Questionnaire de l'étude

1. Données démographiques

Age ans

Sexe homme femme

Depuis combien de temps exercez-vous ? ans

Quelle est votre activité principale ? libérale salariée

Type d'activité principale : seul groupe de médecins maison pluri disciplinaire

Mode d'exercice principal : rural semi rural urbain

Nombre d'actes par jour ouvré

Durée moyenne des consultations minutes

Formations : Groupe d'échange de pratiques Formation continue
 Visiteurs médicaux Formation universitaire

2. La consultation avec le patient fibromyalgique

Selon vous, parmi les propositions suivantes, qui fait le plus souvent le diagnostic de fibromyalgie ? (une seule réponse possible)

- Vous Neurologue Rhumatologue
 Psychiatre Centre anti douleurs Autre médecin

Vous arrive-t-il de faire le diagnostic ? OUI NON

Si OUI, pour quelle(s) raison(s) faites-vous le diagnostic ? (plusieurs réponses possibles)

- Critères ACR Diagnostic d'élimination
 Diagnostic suggéré par le patient Diagnostic suggéré par la famille
 Métacognition (connaissance globale du patient, de son vécu, de leur environnement, et de votre propre expérience)

Pour le suivi, utilisez vous l'auto questionnaire FIQ ? OUI NON

Combien de temps dure environ une consultation avec un patient fibromyalgique ? minutes

Parmi les propositions suivantes, une fois que le diagnostic est établi, que prescrivez-vous en traitement de fond ?

| | Jamais | Rarement | Parfois | Souvent | Toujours |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Moyens thérapeutiques non médicamenteux non physiques (ex : psychothérapie, médecines dites douces) | <input type="radio"/> |
| Moyens non médicamenteux physiques (ex physiothérapie) | <input type="radio"/> |
| Médicaments antalgiques (paliers 1 et 2) | <input type="radio"/> |
| Antalgiques palier 3 | <input type="radio"/> |
| Médicaments antidépresseurs | <input type="radio"/> |
| Médicaments antiépileptiques | <input type="radio"/> |
| Abstention thérapeutique | <input type="radio"/> |

Parmi les propositions, une fois que le diagnostic est établi, que prescrivez-vous en cas de pics douloureux ?

| | Jamais | Rarement | Parfois | Souvent | Toujours |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Moyens thérapeutiques non médicamenteux non physiques (ex : psychothérapie, médecines dites douces) | <input type="radio"/> |
| Moyens non médicamenteux physiques (ex physiothérapie) | <input type="radio"/> |
| Médicaments antalgiques (paliers 1 et 2) | <input type="radio"/> |
| Antalgiques palier 3 | <input type="radio"/> |
| Médicaments antidépresseurs | <input type="radio"/> |
| Médicaments antiépileptiques | <input type="radio"/> |
| Abstention thérapeutique | <input type="radio"/> |

Prescrivez- vous un traitement per os parce que ? (plusieurs réponses possibles)

- Le patient vous le réclame Selon votre expérience, c'est efficace
 Les études prouvent l'efficacité La balance bénéfice/risque est bonne
 L'AMM Parce que les patients souffrent et on ne peut pas les laisser souffrir

Rencontrez-vous des problèmes de communication avec le patient ? OUI NON

Rencontrez-vous des problèmes de communication avec l'entourage du patient ? OUI NON

3. Vous et la maladie

Etes-vous à l'aise dans ce type de consultation ? OUI NON

A titre privé, connaissez-vous des personnes fibromyalgiques ? OUI NON

Cela a-t-il modifié votre perception de la maladie ? OUI NON

Selon vous, la fibromyalgie est-elle ?

- une maladie ? un syndrome ? un symptôme ?

Selon vous, faire le diagnostic de fibromyalgie a un impact pour les patients :

| | NEGATIF | NEUTRE | POSITIF |
|-----------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Sur les douleurs | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Sur les troubles anxieux | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Sur les troubles du sommeil | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Sur l'asthénie, ralentissement | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Sur le plan personnel et familial | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Sur le plan social | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Sur le plan professionnel | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Qu'attendez vous de la recherche ?

Annexe 3 : Fibromyalgia Impact questionnaire (FIQ)

1. durant la semaine dernière Pouviez-vous :

| | Toujours 0 | Souvent 1 | Parfois 2 | Jamais 3 |
|-------------------------|---------------|--------------|--------------|-------------|
| a. Faire le marché | | | | |
| b. Faire la lessive | | | | |
| c. Faire la cuisine | | | | |
| d. Faire la vaisselle | | | | |
| e. Passer l'aspirateur | | | | |
| f. Faire les lits | | | | |
| g. Marcher > 1 Km | | | | |
| h. Visiter des amis | | | | |
| i. Faire du jardinage | | | | |
| j. Conduire une voiture | | | | |

2. Sur les 7 derniers jours combien de jours étiez-vous bien?

3. Combien de jours sur les 7 derniers vous êtes-vous absenté du travail ?

4. Quand vous travaillez combien la douleur vous gêne t-elle dans votre travail ?

pas de problème ----- grande difficulté

5. Quel était votre degré de douleur ?

pas de douleur ----- très sévère douleur

6. Quel était votre degré de fatigue ?

pas de fatigue ----- très fatigué

7. Comment vous sentiez-vous au lever le matin ?

bien reposé ----- très fatigué

8. Quel était votre degré de raideur ?

pas de raideur ----- très raide

9. Quel était votre degré de tension nerveuse et d'anxiété ?

pas de tension ----- très tendu

10. Quel était votre degré de dépression ?

pas de dépression ----- très déprimé

Mode de calcul :

L'item 1 explorant la fonction varie de 0 à 3 (la moyenne des questions auxquelles le patient a répondu). Puis il est multiplié par 33.

Les items 2 et 3 varient de 0 à 7. Pour la question 2 il faut donner 7- le chiffre annoncé par le malade et pour la question 3 on note directement le chiffre annoncé. Pour les 2 on multiplie par 143.

Les items 4 à 10 varient de 0 à 100.

Le score global varie donc de 0 à 100.

AUTEUR : POULAIN Marc

Date de Soutenance : 3 mars 2016

Titre de la Thèse : Enquête analytique du ressenti des médecins généralistes confrontés à la prise en charge du patient fibromyalgique

Thèse - Médecine - Lille 2016

Cadre de classement : Médecine Générale

DES + spécialité : DES de Médecine Générale

Mots-clés : enquête de pratique, fibromyalgie, médecine générale, ACR, diagnostic, traitement, France

Contexte : La fibromyalgie est une pathologie incluant des douleurs, une asthénie, des troubles du sommeil et des troubles de l'humeur dont l'étiologie est inconnue. Les médecins restent sceptiques à son sujet. L'objectif principal de cette étude était d'identifier les liens existant entre la classification de la fibromyalgie par les médecins généralistes en maladie/syndrome/symptôme et certains facteurs comme les données socio-démographiques, les habitudes diagnostiques et le ressenti de ces médecins. Les objectifs secondaires étaient de décrire les facteurs de décision diagnostique et thérapeutique.

Méthode : il s'agissait d'une enquête de pratiques prospective déclarative, par questionnaire postal, adressé à un échantillon randomisé de 500 médecins généralistes en exercice en France métropolitaine entre le 28 septembre et le 30 octobre 2015.

Résultats : il y a eu 171 retours de questionnaires (34.2% de participation). La classification de la fibromyalgie en syndrome est corrélée à une plus forte utilisation des critères ACR. La classification en maladie est liée à une moins forte utilisation des critères ACR. La classification en symptôme est liée à la non utilisation des critères ACR. Dans 49% des cas c'est le rhumatologue qui fait le diagnostic. S'il est fait par le généraliste, celui-ci utilise plus la métacognition (76%), le diagnostic d'élimination (64%) que les critères ACR (28%). Les thérapies utilisées en traitement de fond sont essentiellement les moyens non physiques non médicamenteux (ex psychothérapie), les moyens physiques (ex kinésithérapie), les paliers 1 et 2, puis les antidépresseurs. L'utilisation du palier 3 et des antiépileptiques est peu fréquente. En aigüe, les paliers 1 et 2 ont une grande place, les thérapies non médicamenteuses physiques et non physiques sont assez utilisées. L'utilisation des antidépresseurs, du palier 3 et des antiépileptiques est variable. L'abstention thérapeutique est très peu fréquente. Les praticiens déclarent prescrire surtout « parce qu'on ne peut pas laisser souffrir les gens » (72%). Les praticiens déclarent à 57.5% ne pas avoir de problème de communication avec le patient fibromyalgique. Enfin, 35.2% des médecins voudraient que la recherche explique la physiopathologie.

Conclusion : La plupart des médecins généralistes ne décrivent pas la fibromyalgie en tant que maladie. Si leurs prescriptions sont conformes aux recommandations, ils ont une grande difficulté à l'identifier sur le plan sémantique.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Pierre-Yves HATRON

Asseseurs : Monsieur le Professeur René-MARC FLIPO

Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Monsieur le Professeur Jean-Marc LEFEBVRE

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Philippe LEVISSE