LA FIBROMYALGIE EN SANTÉ AU TRAVAIL

Dr Rebeca López Domínguez
Collaborateur médecin. AIST 83.

Définition

Syndrome caractérisé par:

Présence de **douleurs musculo-squelettiques chroniques** profondes et diffuses associées à d'autres manifestations:

- Troubles du sommeil (sommeil non réparateur)
- Fatigue chronique
- Troubles de l'humeur (Syndrome anxio-dépressif)
- Altération de la sensibilité (dysesthésies)
- Troubles cognitifs: Troubles de la mémoire, difficultés de concentration et d'attention (« *fibrofog* »)

Reconnaissance institutionnelle

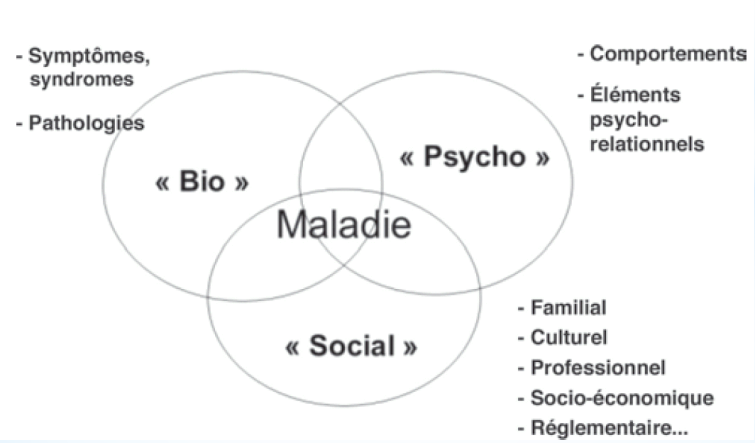
* **OMS:** depuis 1992 est classée en rhumatologie sous le code M79-7 de la CIM10. Et dans le groupe des douleurs chroniques généralisées de la CIM11.
* **Conseil de l'Europe,** le 18/12/2008
* **Académie Nationale de Médecine**: rapport de 2007 « *entité clinique à part entière, non psychique et à prendre au sérieux* »
* **Haute Autorité de Santé** : rapport 2010 sur le « syndrome fibromyalgique de l'adulte »
* **Pôle Expertise Collective INSERM:** expertise collective sur les syndromes fibromyalgiques de l'adulte et de l'enfant. Octobre 2020

Epidémiologie

* La prévalence en France : environ 1,6% de la population générale. 2 pics : 30-50 ans et 60-70 ans.
* Prédominance féminine avec un rapport femme/homme 1,4:1
* Incidence: 688- 1228 cas pour 100.000 habitants.
* Coûts économiques: coût moyen annuel 7900e dont 6900e de coût indirect, imputable à la perte de productivité.
* La durée moyenne de l'arrêt de travail est de 65j/ans.
* 25-50% des travailleurs abandonnent ou perdent leur emploi.

Étiologie

- La physiophatologie de la FM ne repose que sur des hypothèse.
- Modèle médicale biopsychosocial: modifications neurobiologiques survenant sur un terrain à risque, déclenchées par des évènements précipitants et entretenues et aggravées par des comportements inadaptés.



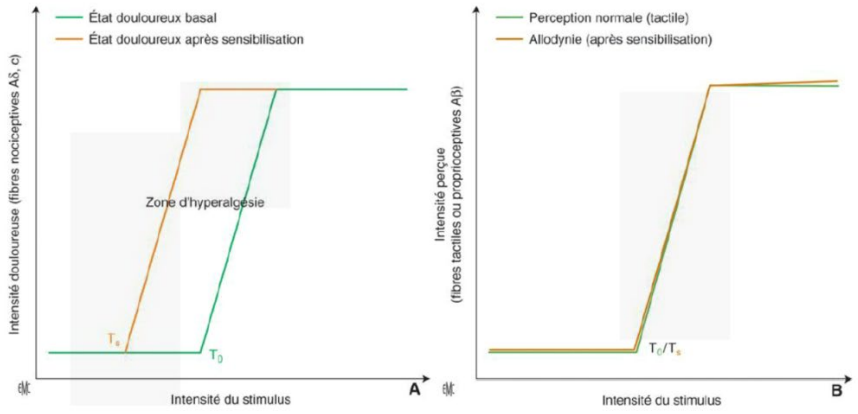
Étiologie

- La prédisposition génétique
- L'hypothèse musculaire
- L'hypothèse infectieuse
- Le sommeil pathologique
- Syndrome de la fatigue chronique
- L'hypothèse neuroendocrine
- **L'hypothèse neurobiologique :** Les dernières publications évoquent un dysfonctionnement du contrôle central de la douleur
- **Facteurs psychologiques**

Étiologie

Sensibilisation centrale

- Une diminution du seuil d'activation des récepteurs nociceptifs (responsables de l'allodynie) et une diminution de la tolérance à la douleur (hyperalgesie)



A. Hyperalgésie : le seuil de perception d'un stimulus nociceptif à l'état basal (T0) apparaît pour une intensité plus basse après sensibilisation (Ts).

B. Allodynie : perception d'une sensation douloureuse (Ts) pour un stimulus qui n'était pas douloureux avant sensibilisation (T0).

Étiologie

Troubles de la modulation centrale de la douleur

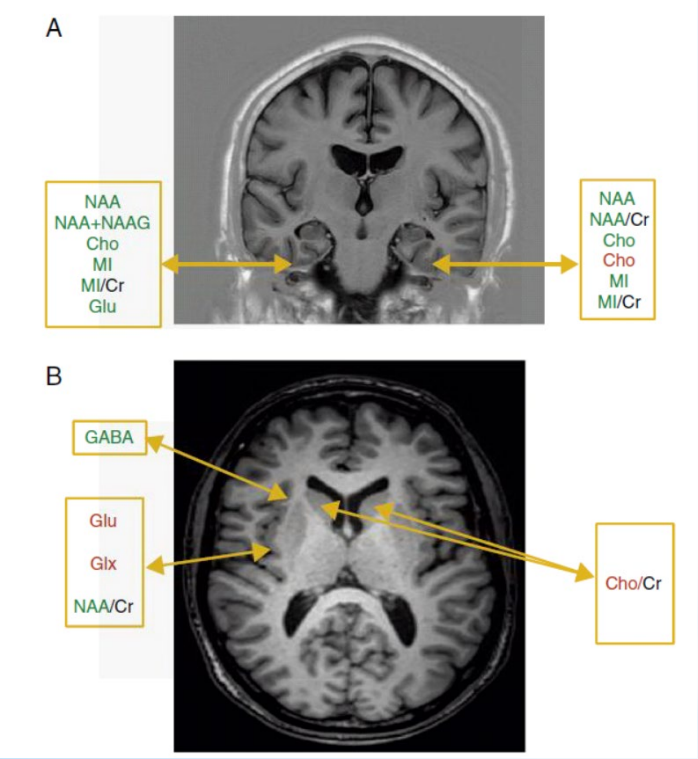
- Altération des système de modulation des messages nociceptifs
- Neuromédiateurs
  - voie ascendante:
    - Glutamate (NMDA) → concentrations élevées dans le LCR. Les injections de kétamine (antagoniste des rNMDA) diminue l'hyperalgie diffuse.
    - GABA → contrebalance l'effet excitateur du glutamate.
    - Substance P (NK1) →induite la livraison de glutamate. Régulateur des troubles de l'humeur et de l'anxiété.

Étiologie

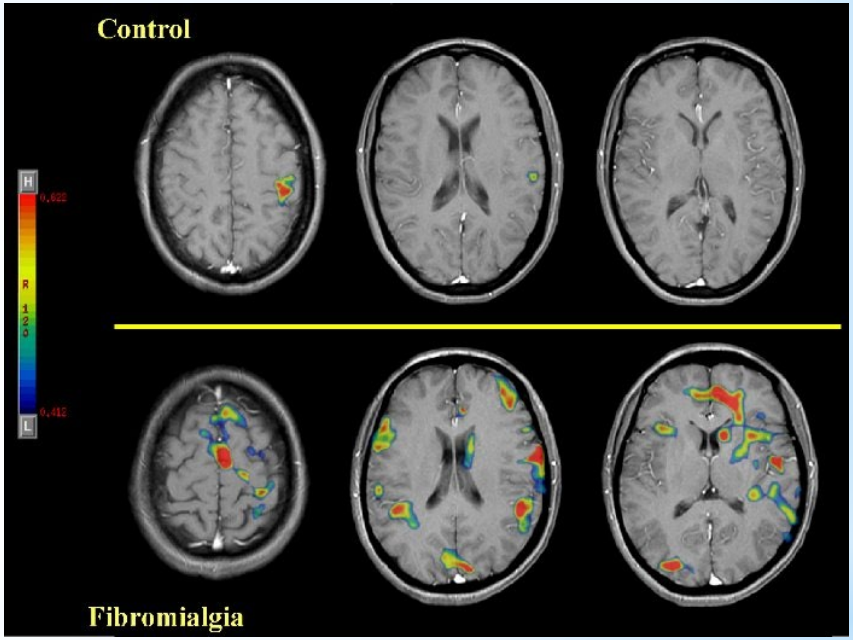
Troubles de la modulation centrale de la douleur

- Neuromédiateurs
  - Voie descendante:
    - 5HT→ concentrations diminuées dans le sang et dans le LCR.
    - NA →concentrations diminuées.
    - Dopamine→ réduction de l'activité dopaminergique. Plus l'activité dopaminergique est élevée, moins le sujets sent la douleur. La dopamine intervient dans la pathogénie et les comorbidités psychiatriques de la FM.

Étiologie



Murgal et al. « *Cerebral magnetic resonance changes associated with fibromyalgia syndrome* ». MedClin (Barc). 2017



J. Deus. "*Can we see pain*?". Reumatol Clin. 2009;5(5) :228–232

Étiologie

*Facteurs psychologiques

Facteurs contextuels et relationnels	Événements de vie perçus comme plus négatifs
	Dysfonctionnements familiaux durant l'enfance (désorganisation, conflits, manque de cohésion)
	Styles parentaux anxieux ou autoritaires
	Style d'attachement *insecure*
Facteurs de personnalité	Modèle psychobiologique de Cloninger : Faible recherche de nouveauté Évitement du danger Faible auto-détermination
	Modèle du *Big Five* : Névrosisme Agréabilité Ouverture Psychoticisme
	Triade névrotique (hypocondrie, dépression, hystérie)
	Équilibre affectif (faible affectivité positive et affectivité négative élevée)
	Lieu de contrôle externalisé
Facteurs perceptifs et cognitifs	Hyperactivité représentationnelle prémorbide et hypoactivité représentationnelle actuelle
	Hypervigilance envers les stimuli négatifs
	Amplification somatosensorielle
	Alexithymie*
	Difficulté de représentation des états mentaux d'autrui

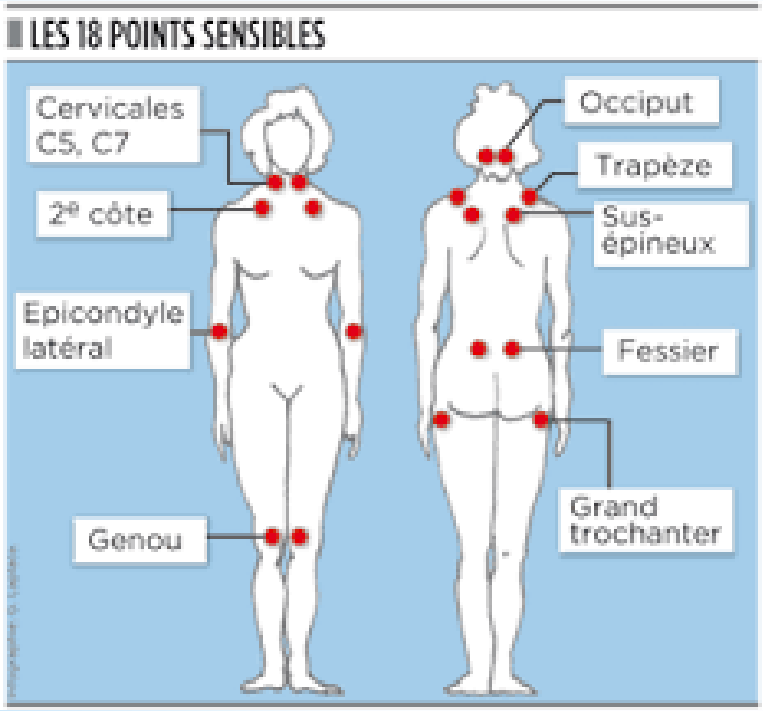
* Difficulté à identifier et à exprimer ses émotions.

Diagnostic

* Diagnostic **CLINIQUE et D'EXCLUSION**
* Histoire clinique: antécédents médicaux et psychosociaux, prise de médicaments.
* Examen physique: absence d'autre pathologie pouvant expliquer la douleur et la fatigue.
* Test de laboratoire: normaux
* Le délai diagnostique de la fibromyalgie est estimé à 5 ans.

Critères de Diagnostic

* Critères ACR 1990



Douleurs chroniques de 3 mois d'évolution

Douleurs à la palpation digitale de 11 des 18 points de Yunus

Critères de Diagnostic

* **Critères ACR 2010/2011**

Remplacement des points par «zones douloureuses »

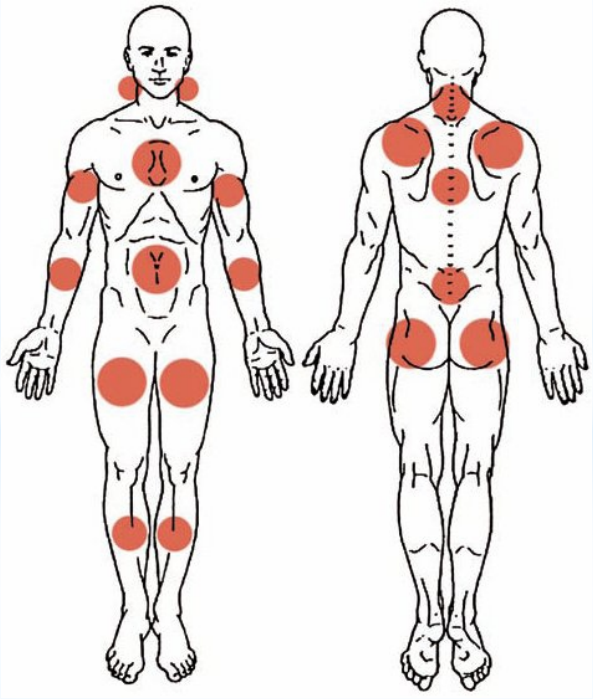
* **Critères ACR 2016**

- L'INDICE DE DOULEUR GENERALISEE ((WPI – *Widespread pain index*) mesure quantitative de la douleur.

- Échelles de sévérité (SS – *Severity scale*) afin de mesurer l'étendue de la douleur et la sévérité des symptômes.

Critères de Diagnostic

* **WPI** – ***Widespread pain index:*** représente le nombre de régions douloureuses. Le score est de 0 à 19



Critères de Diagnostic

L'échelle de sévérité des symptômes (SS)

Echelle de sévérité des symptômes : SSS (2A+2B score de 0 à 12)

a. Intensité des 3 symptômes = 2 A (de 0 à 9)

Pour chacun des 3 symptômes cités ci-dessus, indiquer le niveau de sévérité lors de la semaine précédente en utilisant l'échelle suivante :

	Fatigue	Somnolence	Symptômes cognitifs
0 = pas de problème			
1 = problèmes légers ou modérés, généralement modérés ou intermittents			
2 = problèmes modérés, considérables, souvent présents et /ou à niveau modéré			
3 = problèmes importants, persistants, continus, handicapants au quotidien			

b. Nombre des symptômes associés = 2 B (de 0 à 3)

Considérant les symptômes somatiques en général indiquez si le patient a ressenti au cours de la semaine passée :

❒ douleur musculaire	❒ syndrome intestin irritable	❒ fatigue
❒ Pb mémoire, concentration	❒ céphalées	❒ douleur/crampes abd.
❒ Faiblesse musculaire	❒ engourdissement /picotement	❒ vertiges
❒ insomnie	❒ dépression	❒ nervosité
❒ constipation	❒ douleur abdominale haute	❒ nausée
❒ douleur thoracique	❒ diarrhée	❒ bouche sèche
❒ vision floue	❒ fièvre	❒ démangeaisons
❒ sifflement respiratoire	❒ syndrome de Raynaud	❒ urticaire
❒ acouphènes	❒ vomissements	❒ brûlure thoracique
❒ aphtes buccaux	❒ perte ou modification du goût	❒ crise épilepsie
❒ yeux secs	❒ oppression respiratoire	❒ perte d'appétit
❒ éruption cutanée	❒ hypersensibilité au soleil	❒ tr. de l'audition
❒ ecchymoses faciles	❒ perte de cheveux	❒ mictions fréquentes
❒ douleurs à la miction	❒ spasmes de la vessie	

Critères de Diagnostic

* **Critères ACR 2016**

- Questionnaire de sévérité de la fibromyalgie FSQ = WPI + SS.
  . WPI = 7 + SS = 5
  . WPI = 4-6 + SS > 9
- Symptômes présents au moins 3 mois.
- **Le diagnostic de FM n'exclut pas la présence d'autres problèmes cliniques.**
- Sensibilité 96%, Spécificité 91.8%. 93% cas bien classés

Dépistage clinique

- FiRST (fibromyalgia rapid screening tool)
  - Développé et validé en 2010 par le CEDR.
  - Auto-questionnaire de 6 questions. 5 questions positives sur 6 permettent de dépister la fibromyalgie chez les patients souffrant des douleurs musculaires depuis plus de 3 mois.
  - Passation rapide (3 min). Utilisation en médecine générale et en recherche.
  - S: 92% et Sp:87%
  - Permet de réduire les retards diagnostiques.

Diagnostic différentiel

- Rhumatisme: PR, Sd Sjögren, spondyloarthropatie, lupus…
- Maladie neurologique: Sclérose en plaque. Neuropathie. Maladie Parkinson…
- Syndrome paranéoplasique
- Maladie musculaire: polymyosite, sarcoïdose, myopathie…
- Maladies osseuses: myélome, ostéomalacie
- Maladie endocrinienne: dysthyroïdie, hyperparathyroïdie, diabète…
- Causes métaboliques: déficit en fer, K+, Mg+2, vit D…
- Maladies infectieuses: parvovirus, hépatite, VIH, TBC, Lyme…
- Certains traitements: Statine, Bêtabloquants, quinolones, IEC, lévodopa, inhibiteurs de l'aromatase, biphosphonates et les opioïdes (effet paradoxal)

Traitement

* **Approche individualisée et multimodale**

Prise en charge multidisciplinaire

- Définir des objectifs réalistes:
  - L'amélioration de la qualité de vie
  - Le maintien de la fonction
  - Réduire les symptômes
  - La gestion de l'activité et de l'énergie
- Commencer par les modalités non pharmacologiques avec une participation active du patient.

Traitement

* **Education du patient**

- Le patient doit recevoir une explication claire de la nature du trouble, de la stratégie du traitement et du résultat attendu.

- Le soulagement total des symptômes est rarement atteint.

- Les symptômes ne réduisent pas l'espérance de vie.

- Le patient peut apprendre à améliorer les symptômes et sa qualité de vie.

Traitement

Traitement non pharmacologique

Rééducation

Exercice aérobic et le renforcement.

Thérapie cognitive-comportementale

Contrôle des troubles de l'humeur.

Programmes multimodaux

Traitement pharmacologique

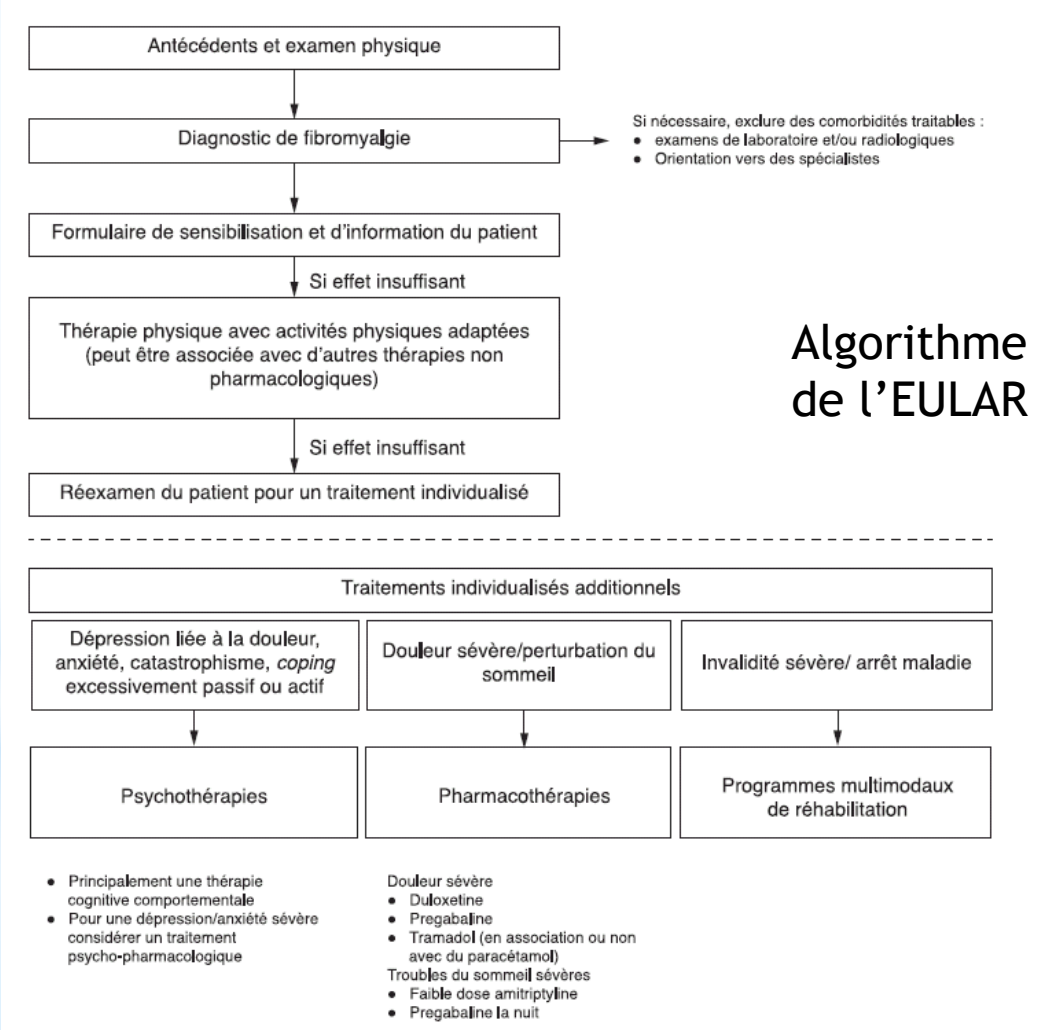
2 type de traitements pour la douleur

- La douleur continue : traitement agissant sur la modulation de la douleur (ISRS, antiépileptiques)

-La douleur aigüe: antalgiques classiques

Traitement des troubles mentaux: dépression/anxiété

Traitement

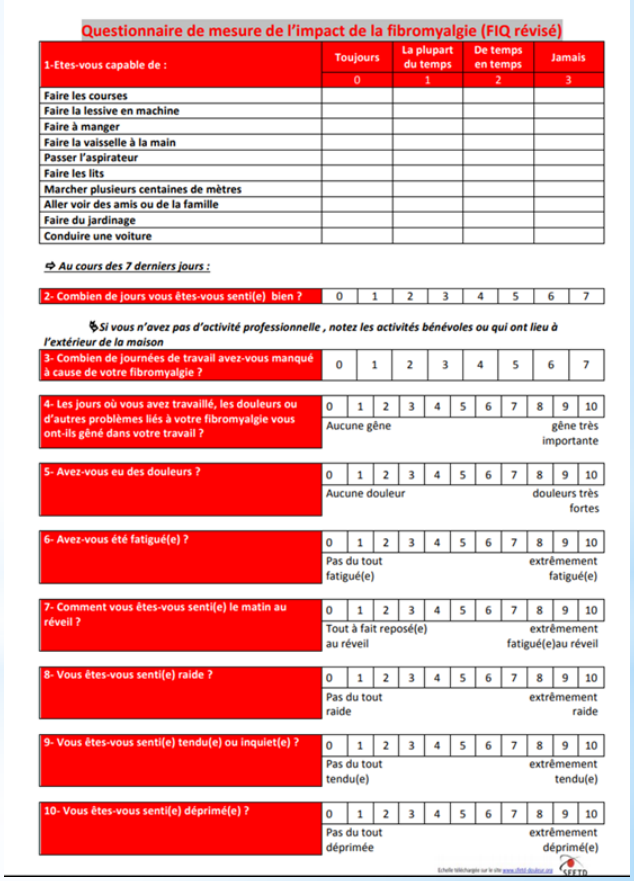


Algorithme de l'EULAR

Impact de la fibromyalgie

*Qualité de vie

- Les symptômes évoluent pendant des années et une rémission est rarement constatée.
- La qualité de vie peut s'améliorer au fil du temps si le patient apprend à gérer les symptômes.
- La fatigue était le symptôme le plus commun et le plus problématique même en comparaison avec la douleur.



Questionnaire de mesure de l'impact de la fibromyalgie (FIQ révisé)

1-Etes-vous capable de :	Toujours	La plupart du temps	De temps en temps	Jamais
	0	1	2	3
Faire les courses				
Faire la lessive en machine				
Faire à manger				
Faire la vaisselle à la main				
Passer l'aspirateur				
Faire les lits				
Marcher plusieurs centaines de mètres				
Aller voir des amis ou de la famille				
Faire du jardinage				
Conduire une voiture				

Au cours des 7 derniers jours :

2- Combien de jours vous êtes-vous senti(e) bien ?	0	1	2	3	4	5	6	7

Si vous n'avez pas d'activité professionnelle , notez les activités bénévoles ou qui ont lieu à l'extérieur de la maison

3- Combien de journées de travail avez-vous manqué à cause de votre fibromyalgie ?	0	1	2	3	4	5	6	7

4- Les jours où vous avez travaillé, les douleurs ou d'autres problèmes liés à votre fibromyalgie vous ont-ils gêné dans votre travail ?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Aucune gêne									gêne très importante
5- Avez-vous eu des douleurs ?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Aucune douleur									douleurs très fortes
6- Avez-vous été fatigué(e) ?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Pas du tout fatigué(e)									extrêmement fatigué(e)
7- Comment vous êtes-vous senti(e) le matin au réveil ?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Tout à fait reposé(e) au réveil									extrêmement fatigué(e)au réveil
8- Vous êtes-vous senti(e) raide ?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Pas du tout raide									extrêmement raide
9- Vous êtes-vous senti(e) tendu(e) ou inquiet(e) ?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Pas du tout tendu(e)									extrêmement tendu(e)
10- Vous êtes-vous senti(e) déprimé(e) ?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Pas du tout déprimée									extrêmement déprimé(e)

Echelle téléchargée sur le site www.child-doulour.org

Impact de la fibromyalgie

*Vie sociale et contexte familial

- Réduction des activités de loisirs et l'engagement social à cause de l'imprévisibilité des symptômes.
- L'invisibilité de la maladie est une difficulté sociale supplémentaire.
- Difficultés à s'occuper des enfants à cause de la fatigue physique.
- Perte du désir sexuel ou l'évitement des rapports sexuels.
- Une image de soi négative. Sentiments de culpabilité et de honte.

Impact de la fibromyalgie

* **Capacité physique**

- Diminution générale de la condition physique
  - Capacité cardio-respiratoire
  - Force et endurance musculaire
  - Souplesse articulaire
- Augmentation de la perception de l'effort
- Diminution des activités de la vie quotidienne
- Augmentation de l'incidence de chutes
- Kinésiophobie.

Impact de la fibromyalgie

* **Capacité de travail**

- Différences entre les systèmes de prestations sociales et les marchés du travail de différents pays.
- Taux d'invalidité 34% à 77% dans différentes études.
- Prévalence plus élevée chez les inactifs (1,85%) que chez les actifs (0,77%).
- L'effet positif du travail plus net pour les catégories qui bénéficient de meilleures conditions de travail.
- La capacité du travail se détériore au fil des ans en raison d'autres problèmes de santé et du vieillissement.

Maintien socioprofessionnel

* Difficultés à satisfaire les demandes du travail

- Emploi exigeant une posture statique prolongée, le levage, le port d'objets lourds et les mouvements répétitifs.

- Associations entre le travail sédentaire et l'incapacité de travail temporaire.

- Sentiment d'infériorité car plus d'investissement de temps et d'effort pour réaliser le même travail.

Maintien socioprofessionnel

* Le besoin de soutien social sur le lieu du travail

- Importance de l'environnement de travail physique et psychosocial.
- Inquiétude d'être stigmatisées, accusées de simulations ou de paresse si leur maladie devait être révélée au travail.
- Le soutien de la direction et des collègues offrant des possibilités d'aménagements des horaires et des tâches permettrait une meilleure gestion de la surcharge au travail.

Maintien socioprofessionnel

* <u>Stratégies pour le maintien dans l'emploi</u>

- La politique de promotion du maintien en emploi des travailleurs fibromyalgiques s'intègre dans la politique globale de prévention de la désinsertion déjà existante pour les maladies chroniques.

- Multidisciplinaire: programmes associant la rééducation fonctionnelle, un aménagement des conditions de travail et un accompagnement professionnel.

Maintien socioprofessionnel

*<u>Stratégies pour le maintien dans l'emploi</u>

- Coordination entre les médecins de ville, les services de santé au travail, CAP Emploi, la MDPH et l'Assurance Maladie.
- Arrêts de travail intermittent lorsque la sévérité des symptômes empêchent le travail. Temps partiel thérapeutique.
- Importance de la visite de pré-reprise.
- Droits reconnus par la caisse d'assurance sociale (invalidité).
- Reconnaissance travailleur handicapé.

Maintien socioprofessionnel

* <u>Stratégies pour le maintien dans l'emploi</u>

- Approche ergonomique participative sur :
  - La durée du travail
  - Sollicitations physiques
  - Contraintes psychosociales
  - Pratiques managériales
- Sensibilisation dans l'entreprise (hiérarchie et collègues) sur la fibromyalgie pour favoriser une attitude bienveillante envers les travailleurs atteints.

Conclusions

* Maladie fréquente, coûteuse et controversée.
* L'étiologie n'a pas été encore clarifiée.
* Le diagnostic clinique selon les critères ACR 2016.
* Elle peut être concomitante avec d'autres maladies.
* Pas de traitement efficace.
* Prise en charge individualisée et multidisciplinaire.
* Impact de la maladie sur le contexte socio-familial et sur le travail.

Conclusions

* Soutien social: Compréhension et aide de l'employeur et des autres employés.
* Approche ergonomique participative: aménagement d'horaires et des tâches.
* Coordination des acteurs de la prévention de la désinsertion professionnelle. Rôle du médecin du travail.
* Des recherches en entreprise permettraient d'explorer le risque d'absentéisme, de mettre en évidence un lien avec les conditions de travail et d'identifier des modalités d'amélioration possibles.

Bibliographie

* Häuser W et col. »*Management of fibromyalgia: key messages from recent evidence-based guidelines* » Polish archives of internal medecine 2017;127(1)

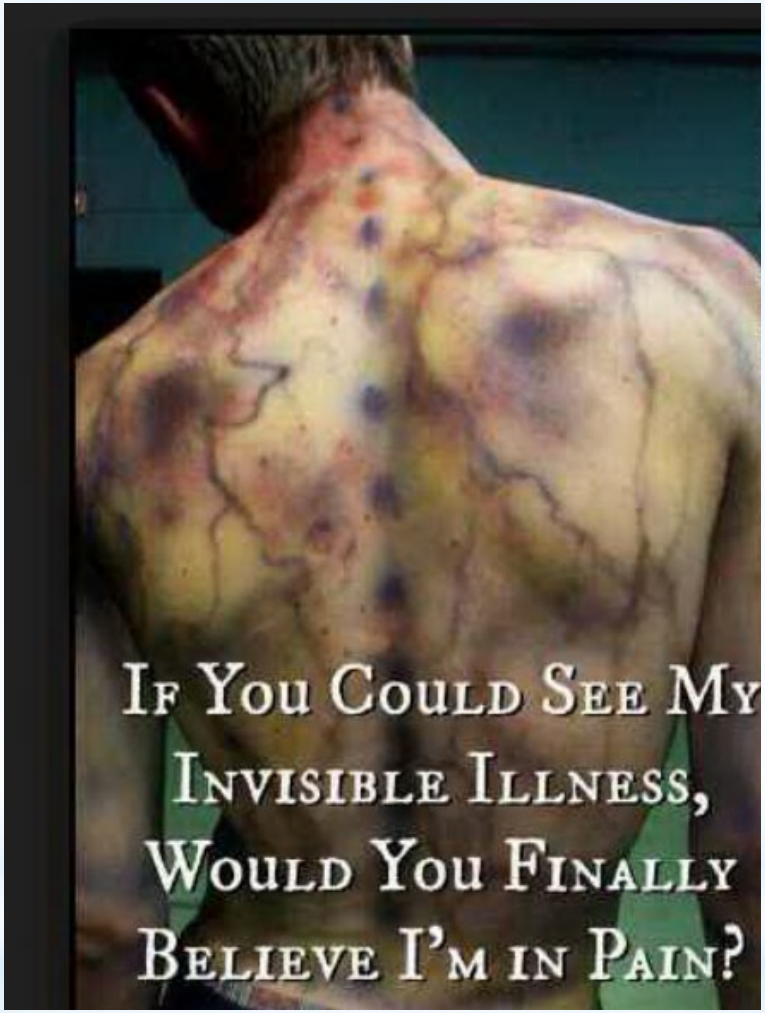
* Neuprez A. Crielaard J-M. « *Fribromyalgie: état de la question en 2017* »Rev Med Liege 2017;72:6:288-294.

* Salido M et col. « *Factores relacionados con la incapacidad temporal en pacientes con fibromialgia* » Reumatol Clin 2007;3(2):67-72

* Sallinen M. « *Women's narratives on fibromyalgia, functioning andlife events* »*Studies in sport, physical education and health*. University of Jyvaskyla;2012.p.180

* Briones E. Ronda E. Vives C. « *Percepciones de pacientes con fibromialgia sobre el impacto de la enfermedad en el ámbito laboral"*. Aten Primaria. 2015;47(4):205-212

* Inserm. « *Fibromyalgie. Collection Expertise collective3*. EDP Sciences, 2020



Contact: r.lopez-dominguez@aist83.fr