
RECOMMANDER
LES BONNES PRATIQUES

RECOMMANDATION

**Fibromyalgie de
l'adulte : conduite
diagnostique et
stratégie
thérapeutique**

Validé par le Collège le 19 juin 2025

Descriptif de la publication

Titre	Fibromyalgie de l'adulte : conduite diagnostique et stratégie thérapeutique
Méthode de travail	Recommandation pour la pratique clinique (RPC) Études sur données de vie réelle
Objectif(s)	Définir et améliorer les étapes de la démarche diagnostique Définir la stratégie thérapeutique et la graduer
Cibles concernées	Médecins généralistes, rhumatologues, médecins internistes, neurologues, médecins et équipes pluriprofessionnelles de médecine physique et de réadaptation, médecins et infirmiers ressources des structures douleur chronique, médecins et infirmiers des services de prévention et de santé au travail, psychiatres, chirurgiens orthopédistes, psychologues, infirmiers en pratique avancée, infirmiers délégués à la santé publique (dispositif ASALÉE), kinésithérapeutes, professionnels de l'activité physique adaptée, diététiciens, pharmaciens, ergothérapeutes, psychomotriciens, travailleurs sociaux, associations de patients dans le champ concerné
Demandeur	Associations de patients dans le champ de la fibromyalgie
Promoteur(s)	Haute Autorité de santé (HAS)
Pilotage du projet	Coordination : Mme Anne-Françoise Pauchet-Traversat, cheffe de projet, service des bonnes pratiques de la HAS (cheffe de service : Dr Morgane Le Bail) Assistante : Marie-Catherine John
Recherche documentaire	Période de janvier 2016 à juillet 2022 avec des recherches spécifiques jusqu'en mars 2025 et une veille jusqu'en mai 2025 (cf. recherche documentaire dans l'argumentaire). Réalisée par Mme Sophie Nevière avec l'aide de Mme Sylvie Lascols (cheffe du service documentation et veille : Mme Frédérique Pagès)
Auteurs	Mme Anne-Françoise Pauchet-Traversat, cheffe de projet, HAS, Saint-Denis, Dr Anne-Priscille Trouvin, chargée de projet (traitements médicamenteux) Membres du groupe de travail, sous la présidence du Dr Didier Bouhassira (cf. liste des participants dans l'argumentaire)
Conflits d'intérêts	Les membres du groupe de travail ont communiqué leurs déclarations publiques d'intérêts à la HAS. Elles sont consultables sur le site https://dpi.sante.gouv.fr . Elles ont été analysées selon la grille d'analyse du guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts de la HAS. Pour son analyse, la HAS a également pris en compte la base « Transparence-Santé » qui impose aux industriels du secteur de la santé de rendre publics les conventions, les rémunérations et les avantages les liant aux acteurs du secteur de la santé. Les intérêts déclarés par les membres du groupe de travail et les informations figurant dans la base « Transparence-Santé » ont été considérés comme étant compatibles avec la participation des experts au groupe de travail
Validation	Version du 19 juin 2025
Actualisation	
Autres formats	Synthèse, argumentaire

Les recommandations de bonne pratique (RBP) sont définies dans le champ de la santé comme des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données.

Les RBP sont des synthèses rigoureuses de l'état de l'art et des données de la science à un temps donné, décrites dans l'argumentaire scientifique. Elles ne sauraient dispenser le professionnel de santé de faire preuve de discernement dans sa prise en charge du patient, qui doit être celle qu'il estime la plus appropriée, en fonction de ses propres constatations et des préférences du patient.

Cette recommandation de bonne pratique a été élaborée selon la méthode résumée dans l'argumentaire scientifique et décrite dans le guide méthodologique de la HAS disponible sur son site : Élaboration de recommandations de bonne pratique – Méthode recommandations pour la pratique clinique.

Les objectifs de cette recommandation, la population et les professionnels concernés par sa mise en œuvre sont brièvement présentés dans le descriptif de la publication et détaillés dans l'argumentaire scientifique.

Ce dernier ainsi que la synthèse de la recommandation sont téléchargeables sur www.has-sante.fr.

Grade des recommandations

A	Preuve scientifique établie Fondée sur des études de fort niveau de preuve (niveau de preuve 1) : essais comparatifs randomisés de forte puissance et sans biais majeur ou méta-analyse d'essais comparatifs randomisés, analyse de décision basée sur des études bien menées.
B	Présomption scientifique Fondée sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau intermédiaire de preuve (niveau de preuve 2), comme des essais comparatifs randomisés de faible puissance, des études comparatives non randomisées bien menées, des études de cohorte.
C	Faible niveau de preuve Fondée sur des études de moindre niveau de preuve, comme des études cas-témoins (niveau de preuve 3), des études rétrospectives, des séries de cas, des études comparatives comportant des biais importants (niveau de preuve 4).
AE	Accord d'experts En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un accord entre experts du groupe de travail, après consultation du groupe de lecture. L'absence de gradation ne signifie pas que les recommandations ne sont pas pertinentes et utiles. Elle doit, en revanche, inciter à engager des études complémentaires.

Concernant la recommandation « Fibromyalgie de l'adulte : conduite diagnostique et stratégie thérapeutique »

L'absence d'études ou leur qualité méthodologique insuffisante n'ont pas permis d'établir de grade pour les recommandations. En conséquence, **toutes les recommandations reposent sur un accord professionnel (AE)** au sein du groupe de travail réuni par la HAS, après consultation du groupe de lecture.

La HAS tient à souligner que l'absence de niveau de preuve ne signifie pas que ces recommandations ne sont pas pertinentes et utiles. Elle doit en revanche inciter à engager des études complémentaires lorsque cela est possible.

Sommaire

Préambule	5
Messages clés	6
1. Étapes de la démarche diagnostique	7
1.1. Accueillir et reconnaître l'expression par la personne d'une douleur chronique en soins primaires	8
1.2. Mettre en place les conditions favorables à l'évaluation initiale	8
1.3. Évaluer les douleurs et leur retentissement	8
1.4. Évoquer et dépister cliniquement une fibromyalgie	8
1.5. Poursuivre la démarche diagnostique pour identifier l'origine de la douleur	9
1.6. Confirmer le diagnostic de fibromyalgie, évaluer son retentissement sur la qualité de vie, anticiper des difficultés d'adaptation à la maladie	11
1.7. Reconnaître la souffrance et annoncer le diagnostic	12
1.8. Élaborer, mettre en œuvre un projet de soins et suivre ses effets	12
1.9. Évaluer régulièrement la situation avec le patient	13
2. Stratégie thérapeutique	15
2.1. Graduation et personnalisation	16
2.2. Proposer une activité physique personnalisée est primordial dans le traitement de la fibromyalgie	16
2.3. Accompagner l'apprentissage de stratégies d'autogestion de la fibromyalgie	19
2.4. Aider la personne à se maintenir dans l'emploi et adapter le travail	21
2.5. Explorer le sommeil et ses troubles, traiter si besoin	21
2.6. Rechercher précocement et régulièrement d'éventuels troubles de l'humeur et les traiter	22
2.7. Place de la nutrition dans le traitement de la fibromyalgie	23
2.8. Place des traitements médicamenteux pour soulager les symptômes	24
2.9. Place d'autres interventions non médicamenteuses	28
3. Place des associations de patients	32
Table des annexes	33

Préambule

Introduction

La Haute Autorité de santé a été saisie par plusieurs associations de patients pour élaborer une recommandation de bonne pratique sur le thème de la fibromyalgie.

Cette recommandation de bonne pratique s'inscrit dans la continuité du rapport d'orientation [Syndrome fibromyalgique de l'adulte – Rapport d'orientation \(has-sante.fr\)](#) publié par la HAS en 2010.

Pour les aspects organisationnels, le travail s'est appuyé sur le guide du parcours de santé d'un patient douloureux https://www.has-sante.fr/jcms/p_3409569/fr/guide-parcours-de-sante-d-une-personne-presentant-une-douleur-chronique publié en 2023 par la HAS.

Objectifs

Ces recommandations ont pour objectifs d'améliorer la démarche diagnostique de la fibromyalgie et la stratégie thérapeutique proposée aux personnes avec un diagnostic de fibromyalgie de manière personnalisée et graduée.

Gradation des recommandations

L'absence d'études ou leur qualité méthodologique insuffisante n'ont pas permis d'établir de grade pour les recommandations concernant « La fibromyalgie de l'adulte : conduite diagnostique et stratégie thérapeutique ». En conséquence, **toutes les recommandations reposent sur un accord professionnel (AE)** au sein du groupe de travail réuni par la HAS, après consultation du groupe de lecture.

La HAS tient à souligner que l'absence de niveau de preuve ne signifie pas que ces recommandations ne sont pas pertinentes et utiles. Elle doit en revanche inciter à engager des études complémentaires lorsque cela est possible.

Messages clés

La classification internationale des maladies (CIM 11) de l'Organisation mondiale de la santé reconnaît et classe la fibromyalgie dans les douleurs chroniques généralisées.

La fibromyalgie est liée à des modifications des processus de détection et de modulation de la douleur au niveau du système nerveux central se manifestant par une hypersensibilité généralisée à la douleur. Les douleurs sont associées à d'autres symptômes non spécifiques comme la fatigue, des troubles du sommeil, des troubles du transit, des troubles cognitifs et psychologiques.

La fibromyalgie altère les capacités physiques, les activités quotidiennes et la qualité de vie.

La prévalence de la fibromyalgie en population générale est d'environ 1,5 à 2 %, presque trois fois plus fréquente chez les femmes que chez les hommes.

- ➔ Le diagnostic de la fibromyalgie est clinique en l'absence de biomarqueurs spécifiques.
- ➔ L'annonce du diagnostic de fibromyalgie permet de reconnaître la souffrance et de légitimer la plainte. Elle s'accompagne d'explications approfondies et personnalisées sur la maladie, ses mécanismes et les options de traitement, ce qui facilite l'engagement du patient et la coconstruction du projet de soins.
- ➔ Le médecin généraliste coordonne la mise en œuvre du projet de soins, ainsi que les intervenants impliqués dans les soins.
- ➔ La stratégie thérapeutique est graduée et personnalisée avec en 1^{re} ligne l'activité physique incluant un apprentissage en autonomie, des stratégies personnalisées d'autogestion de la maladie, le maintien dans l'emploi, l'accompagnement de toute forme de vulnérabilité.
- ➔ En 2^e ligne, certains antidépresseurs et antiépileptiques, débutés à faible dose afin d'améliorer la tolérance et réduire l'apparition d'effets indésirables peuvent être prescrits pour les douleurs continues en traitement de fond et des antalgiques usuels pour les douleurs incidentes de façon ponctuelle, jamais au long cours. Le recours aux opioïdes pour les douleurs aiguës incidentes doit être prudent et ponctuel, et exceptionnel au long cours.
- ➔ Lors de chaque prescription et renouvellement du traitement médicamenteux : évaluer la tolérance et l'efficacité ressentie, identifier un mésusage et les risques associés.
- ➔ Tout au long du suivi, repérer, évaluer et traiter d'éventuels troubles psychiques (anxiété, dépression, idéation suicidaire).
- ➔ Les situations de surpoids et d'obésité sont à évaluer et à traiter.
- ➔ Les régimes alimentaires proposant des restrictions spécifiques (par exemple, sans gluten, sans lactose, etc.), la prise de compléments alimentaires n'ont pas d'intérêt démontré dans la fibromyalgie en dehors de carences avérées.
- ➔ D'autres interventions sans effets indésirables, ni risques pour la santé, comme les soins thermaux, la relaxation, l'hypnose, la méditation, peuvent être discutées dans le cadre du projet de soins sous certaines conditions et modalités de délivrance, de formation appropriée des intervenants et d'arrêt en cas de non-réponse.
- ➔ En 3^e ligne, des techniques de neurostimulation peuvent être proposées après avis.
- ➔ Les associations de patients informent, partagent leur expérience, participent à l'éducation thérapeutique du patient, rappellent la vigilance à avoir vis-à-vis de certaines pratiques.
- ➔ Le recours à une structure spécialisée en douleur chronique (SDC) peut être nécessaire pour un avis, des conseils, une évaluation multidisciplinaire et pluriprofessionnelle, le choix d'un traitement, en cas de douleurs résistantes, de difficultés de coordination.

1. Étapes de la démarche diagnostique

Fibromyalgie de l'adulte : démarche diagnostique en soins primaires

1

Évaluer les douleurs et leur retentissement : approche bio-psycho-sociale

- Caractéristiques : conditions et circonstances de survenue, topographie, intensité, durée, variabilité, fluctuation dans le temps, facteurs déclenchant, majorant, entretenant, soulageant les douleurs.
- Mécanismes : douleurs nociceptives, neuropathiques, nociplastiques.
- Retentissement sur la vie quotidienne, le travail, les relations interpersonnelles, l'humeur.

2

Évoquer et dépister cliniquement une fibromyalgie

Trois éléments d'orientation :

- Douleurs ≥ 3 mois, diffuses, souvent variables et fluctuantes dans le temps, en intensité et en localisation, associées à d'autres symptômes.
- Examen clinique normal.
- Absence d'autres maladies ou prise de médicaments pouvant expliquer les douleurs.

Une aide au dépistage : auto-questionnaire FIRST¹

- Si FIRST positif : forte suspicion, mais jugement clinique reste prépondérant.
- Si FIRST négatif ou douteux : **poursuivre la démarche diagnostique.**

3

Rechercher d'autres maladies induisant des douleurs chroniques ET des maladies concomitantes*

- Bilan biologique minimal : CPK, CRP, NFS, TSH², transaminases.
- Explorations complémentaires en fonction de l'examen et du jugement clinique.

→ **Réitérer l'examen clinique avant d'attribuer tout nouveau symptôme à la fibromyalgie.**

* Notamment maladies rhumatismales inflammatoires ou systémiques, neuromusculaires, endocriniennes, etc.

4

Confirmer cliniquement le diagnostic de fibromyalgie et évaluer son retentissement

- Critères de l'*American College of Rheumatology* [révisés 2016].
- Qualité de vie : questionnaire auto-administré d'impact de la fibromyalgie (QIF).
- Troubles anxio-dépressifs.

→ **Orienter si besoin vers un autre médecin spécialiste pour une aide au diagnostic.**

5

Reconnaître la souffrance et annoncer le diagnostic

- Légitimer les plaintes.
- Informer, expliquer la maladie, ses mécanismes, les options de traitement et remettre un document écrit.
- Délivrer une information sur les associations de patients : partage d'expérience, soutien.

Coconstruire le projet de soins avec le patient

- Formuler des objectifs réalistes et atteignables pour améliorer l'état fonctionnel et apprendre à vivre avec la maladie, soulager les douleurs et les autres symptômes et améliorer la qualité de vie.
- Définir des critères d'évaluation partagés pour le suivi de la maladie.

1. Auto-questionnaire FIRST : Fibromyalgia Rapid Screening Tool.
2. CPK : créatine phosphokinase ; CRP : protéine C-réactive ;
NFS : numération formule sanguine ; TSH : thyroïdostimuline.



1.1. Accueillir et reconnaître l'expression par la personne d'une douleur chronique en soins primaires

R.1. Toute plainte douloureuse doit être écoutée attentivement, reconnue telle que la personne la ressent et l'exprime, et mise en perspective dans son contexte biopsychosocial, en particulier quand la douleur est persistante (≥ 3 mois).

1.2. Mettre en place les conditions favorables à l'évaluation initiale

R.2. Proposer une consultation en présentiel, réaliser un examen clinique associé à un entretien avec la personne.

R.3. Établir et maintenir une relation de confiance dès le début de la démarche diagnostique afin :

- d'encourager la participation active de la personne à l'analyse et à la compréhension de sa situation ;
- d'échanger des informations pour préparer les décisions partagées sur le projet de soins et sa mise en œuvre.

1.3. Évaluer les douleurs et leur retentissement

R.4. Il est préconisé d'utiliser la [grille d'évaluation d'un patient douloureux chronique](#) et l'[auto-questionnaire du patient douloureux](#) pour :

- définir les caractéristiques de la douleur : conditions et circonstances de survenue, topographie, intensité, durée, variabilité, fluctuation dans le temps ;
- rechercher les facteurs déclenchant, majorant ou entretenant la douleur et/ou ceux la soulageant ;
- identifier les mécanismes nociceptifs, neuropathiques ou nociplastiques de la douleur¹. Plusieurs de ces mécanismes peuvent coexister chez un même patient ;
- identifier le retentissement de la douleur sur la vie quotidienne, le travail, les relations interpersonnelles, le niveau d'activité physique et les comportements sédentaires pouvant entraîner un déconditionnement physique, le sommeil, l'humeur un surpoids ou une obésité ;
- définir la hiérarchie de la gêne ressentie et les attentes du patient vis-à-vis du traitement, pour guider le projet de soins.

1.4. Évoquer et dépister cliniquement une fibromyalgie

R.5. Une fibromyalgie doit être évoquée d'emblée et dépistée en présence des éléments d'orientation clinique suivants (Tableau 1) :

- douleurs chroniques et symptômes associés ;
- examen clinique normal ;
- absence de maladies ou de prise de médicaments pouvant expliquer les douleurs.

¹ Douleurs nociceptives : douleurs liées à une activation des nocicepteurs. Dans ce cas, le système nociceptif est intact, mais est activé de façon anormalement intense et prolongée (« excès de nociception »), notamment lorsqu'il existe des processus inflammatoires qui sensibilisent les nocicepteurs.

Douleurs neuropathiques : douleurs liées à une lésion ou maladie du système somato-sensoriel.

Douleurs nociplastiques : douleurs liées à des altérations fonctionnelles du système nociceptif, qui se distinguent des deux autres types de douleurs dans la mesure où il n'y a pas d'argument en faveur d'une lésion tissulaire susceptible d'activer les nocicepteurs ou d'une lésion du système somato-sensoriel.

Note : plusieurs de ces mécanismes peuvent coexister chez un même patient.

R.6. L'utilisation de l'auto-questionnaire de dépistage FIRST (*Fibromyalgia Rapid Screening Tool*) est préconisée en soins primaires car il constitue une aide au dépistage de la fibromyalgie ([Annexe 1](#)).

Tableau 1. Éléments d'orientation clinique et aide au dépistage de la fibromyalgie

Douleurs	Persistantes au-delà de 3 mois, diffuses, souvent variables et fluctuantes dans le temps, en intensité et en localisation.
Symptômes souvent associés aux douleurs	Fatigue chronique, fatigabilité excessive à l'effort, troubles cognitifs (difficultés de concentration, pertes de mémoire, sensation de brouillard mental), troubles du sommeil, détresse émotionnelle, troubles psychiques (anxiété, dépression sans nécessairement impliquer une cause psychologique aux douleurs), troubles fonctionnels intestinaux, limitation fonctionnelle avec interférence dans les activités de la vie quotidienne, professionnelles, familiales, sociales.
Examen clinique normal	Aucun déficit moteur ni sensitif systématisé, aucun gonflement articulaire observables. Possible constat d'une hypersensibilité des muscles, des articulations, des tendons, au toucher, à la pression, localisée ou diffuse, associée parfois à une hypersensibilité plus générale au froid, au chaud, à la lumière, au bruit.
Absence de situations pouvant expliquer les douleurs	Aucune maladie ni prise de médicaments susceptibles d'entraîner des douleurs (par exemple : statines (douleurs musculaires) ; opioïdes (douleurs diffuses) ; chimiothérapies anticancéreuses (douleurs neuropathiques) ; antiaromatases (arthralgies et douleurs diffuses) ; bisphosphonates (douleurs osseuses).
Aide au dépistage par questionnaire auto-administré FIRST, en complément de l'examen clinique	Si FIRST positif (au moins 5 critères sur 6) : la suspicion du diagnostic de fibromyalgie est forte, mais le jugement clinique reste prépondérant. Si FIRST négatif ou douteux (moins de 5 critères sur 6) : le diagnostic de fibromyalgie est peu probable et il est donc important de poursuivre la démarche diagnostique.

1.5. Poursuivre la démarche diagnostique pour identifier l'origine de la douleur

R.7. À chaque étape de la démarche diagnostique, assurer une communication et une information personnalisées afin de maintenir la relation de confiance.

1.5.1. Rechercher une fibromyalgie, y compris en présence de maladies concomitantes

R. 8. Le sous-diagnostic de la fibromyalgie ou son diagnostic en excès doivent être évités.

La fibromyalgie ne doit pas être confondue avec des maladies dont des symptômes persistants peuvent être proches de ceux de la fibromyalgie. Cependant, la fibromyalgie peut être associée concomitamment à ces maladies qui doivent être reconnues, diagnostiquées, traitées et suivies.

Il s'agit notamment : maladies rhumatismales inflammatoires ou systémiques (polyarthrite rhumatoïde, spondylarthrite, arthrose, rhumatisme psoriasique, lupus, syndrome de Gougerot-Sjögren), neuromusculaires (myosite, myopathie), endocriniennes (hypothyroïdie), myélome, maladies métaboliques (porphyrie, maladie de Fabry, syndrome d'Ehlers Danlos), maladie cœliaque, maladie infectieuse (maladie de Lyme, syndrome post-maladie de Lyme traitée, symptômes prolongés au décours de la Covid-19), syndrome de fatigue chronique, etc.

En outre, des symptômes proches de ceux de la fibromyalgie peuvent être des manifestations inaugurales d'une autre maladie (lupus, polyarthrite rhumatoïde, etc.).

1.5.2. Prescrire un bilan biologique minimal

R.9. Quel que soit le résultat de l'auto-questionnaire FIRST, prescrire un bilan biologique minimal à la recherche de maladies, notamment inflammatoires ou endocriniennes, dont les symptômes peuvent être proches de ceux de la fibromyalgie : NFS, CRP, TSH, CPK, transaminases².

R.10. Prescrire des explorations complémentaires en fonction des signes, symptômes identifiés lors de l'examen clinique et de l'entretien avec le patient, et du jugement clinique.

R. 11. En cas de difficultés d'évaluation ou d'interprétation des symptômes et si l'examen clinique et/ou le bilan biologique comportent des anomalies difficiles à interpréter, et/ou en cas de doutes sur un diagnostic :

- éviter la multiplication des examens complémentaires qui peuvent entraîner un focus attentionnel sur les symptômes et répondre à une intolérance à l'incertitude ;
- orienter vers un autre médecin spécialiste (rhumatologue, neurologue, médecin interniste, psychiatre, médecin spécialiste de la douleur, etc.) ;
- recourir si nécessaire à la téléconsultation ou la téléexpertise pour faciliter l'accès aux médecins spécialistes³, mais ces modalités ne remplacent pas un examen clinique approfondi s'il s'avère nécessaire à la démarche diagnostique.

1.5.3. Planifier une nouvelle consultation médicale pour approfondir l'évaluation de la situation

R.12. Dans l'intervalle avec la prochaine consultation, proposer à la personne de contribuer à cette évaluation en recueillant son expérience au moyen d'un journal ou carnet d'auto-évaluation, sur une période limitée (quelques mois), permettant de noter tout changement dans les douleurs et les autres symptômes ressentis :

- amélioration, aggravation, fluctuation, facteurs déclenchants ou d'entretien des douleurs ;
- impact sur les activités de la vie quotidienne (poursuite, difficultés, renoncement) ;
- moyens utilisés pour faire face aux douleurs, tout particulièrement lorsqu'elles sont difficiles à contrôler, et aux autres symptômes ;
- évolution de l'humeur ;
- évolution du contexte social et familial, professionnel le cas échéant.

Bien utilisé, ce journal ou carnet d'auto-évaluation peut aider la personne à mieux se connaître. Mais l'autosurveillance peut être source de stress et ajouter une charge mentale inutile et contre-productive. Elle est notamment à déconseiller chez les personnes qui ont une propension obsessionnelle à travailler ou à s'occuper sans arrêt, ou chez lesquelles sont constatés une focalisation sur les symptômes ou un catastrophisme.

R.13. Dans l'intervalle avec la prochaine consultation, conseiller à la personne de maintenir au maximum un exercice physique du quotidien (marche, rupture de sédentarité), de pratiquer une activité physique en fonction de ses capacités, de diminuer les comportements sédentaires ([Annexe 2](#)) et de maintenir si possible son activité professionnelle.

R.14. Lors de la consultation planifiée :

- analyser les résultats biologiques ;

² Numération formule sanguine (NFS), protéine C-réactive (CRP), créatine phosphokinase (CPK), thyroïdostimuline (TSH).

³ Téléconsultation et téléexpertise. Mise en œuvre. Fiche mémo. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2019. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2971632/fr/teleconsultation-et-teleexpertise-guide-de-bonnes-pratiques

- analyser avec la personne son journal ou carnet d'auto-évaluation ;
- répéter un examen clinique approprié face à tout nouveau symptôme et en rechercher l'origine avant de l'attribuer à la fibromyalgie ;
- repérer un trouble de l'humeur (anxiété, dépression) sans nécessairement impliquer une cause psychologique aux douleurs.

1.6. Confirmer le diagnostic de fibromyalgie, évaluer son retentissement sur la qualité de vie, anticiper des difficultés d'adaptation à la maladie

1.6.1. Confirmer le diagnostic de fibromyalgie

R.15. Si le dépistage aboutit à une forte suspicion de fibromyalgie, il est préconisé d'utiliser les critères de diagnostic de l'*American College of Rheumatology* (ACR) révisés [en 2016] pour confirmer cliniquement le diagnostic de fibromyalgie ([Annexe 3](#)).

Ces critères peuvent être utiles non seulement pour poser le diagnostic, mais également pour suivre l'évolution de la fibromyalgie dans le temps.

Le diagnostic de fibromyalgie est confirmé si trois conditions sont réunies :

- la présence d'une douleur généralisée, dans au moins 4 des 5 régions du corps (haut et bas du corps, côtés gauche et droit, tête), à l'exception des douleurs à la mâchoire, à la poitrine et à l'abdomen ;
- des symptômes associés et leur degré de sévérité : fatigue, sensation au réveil d'être non reposé, troubles cognitifs, maux de tête, douleur ou crampe abdominale, dépression ;
- des douleurs et des symptômes présents depuis au moins trois mois.

Le calcul de scores (étendue des douleurs, sévérité des symptômes, sévérité de la fibromyalgie), complexe à première vue, prend 2 à 3 minutes en routine.

1.6.2. Évaluer le retentissement de la fibromyalgie sur la qualité de vie

R.16. L'évaluation initiale et l'évaluation du retentissement de la fibromyalgie sur la qualité de vie sont complémentaires. Pour préciser cette évaluation, le questionnaire auto-administré d'impact de la fibromyalgie (QIF) pourra être utilisé. Il apporte des éléments sur la capacité à réaliser les activités de la vie quotidienne, une gêne dans le travail et les jours d'arrêt, le bien-être, la douleur et les symptômes associés ([Annexe 4](#)).

1.6.3. Évaluer le retentissement psychologique et social de la fibromyalgie

R.17. Il est préconisé de repérer précocement une répercussion émotionnelle, une anxiété, une dépression, associées aux douleurs chroniques et susceptibles de rendre difficiles l'engagement du patient dans ses soins ou l'adaptation du patient à la maladie :

- un retentissement psychologique comme un trouble anxieux, un épisode dépressif caractérisé si le patient présente au moins deux symptômes principaux parmi les trois suivants : une humeur dépressive ; un abattement ou une perte d'intérêt pour les activités habituellement agréables ; une augmentation de la fatigabilité ; ET au moins deux des sept autres symptômes suivants : une diminution de la capacité d'attention et de concentration ; une baisse de la confiance en soi ; un sentiment de culpabilité et d'inutilité ; des perspectives négatives et

pessimistes pour le futur ; des troubles du sommeil ; une perte d'appétit ; des idées suicidaires. La démarche diagnostique repose sur un entretien clinique et l'utilisation d'auto-questionnaire, comme le *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9)⁴ ;

- toute forme de vulnérabilité sociale (fragilité matérielle, isolement, solitude), professionnelle (arrêt de travail, harcèlement, stigmatisation), toute situation à risque passée ou présente (maltraitance, abus, harcèlement, stigmatisation, violence au sein du couple⁵ ou intrafamiliale).

R.18. Le recours à d'autres professionnels (notamment psychologue, psychiatre, travailleur social, médecin du service de prévention et de santé au travail) peut être nécessaire pour une évaluation approfondie sur le plan psychologique, social, professionnel et afin de proposer un traitement et/ou un accompagnement adaptés en lien avec le médecin traitant (cf. chapitres 2.4 Maintien dans l'emploi et 2.6 Rechercher régulièrement des troubles de l'humeur et les traiter).

1.7. Reconnaître la souffrance et annoncer le diagnostic

R.19. Pour annoncer le diagnostic, il est nécessaire de proposer un échange d'informations au patient ([Annexe 5](#)), et le cas échéant à ses proches avec l'accord du patient, dans un climat d'écoute active, d'exclusion de tout *a priori*, de jugement, de stigmatisation. Cet échange pourra être mené au cours d'une consultation longue ou à travers plusieurs consultations dédiées.

R.20. Ce temps d'annonce permet au patient d'être reconnu dans sa souffrance et dans la légitimité de sa plainte. Il permet :

- de fournir des explications sur la maladie, ses mécanismes et les symptômes qui altèrent les capacités physiques, la réalisation des activités et la qualité de vie, et d'être attentif aux réactions du patient à ces explications personnalisées ;
- d'expliquer les options de traitement disponibles ;
- de s'assurer que les informations sont bien reçues et comprises (reformulation, réactions du patient) et de les compléter systématiquement avec un document écrit⁶ et/ou des ressources fiables auxquelles le patient peut se référer ;
- d'informer la personne de la possibilité de prendre contact avec une association de patients si elle le souhaite.

1.8. Élaborer, mettre en œuvre un projet de soins et suivre ses effets

1.8.1. Partager les décisions et coconstruire un projet de soins personnalisé

R.21. Il est préconisé d'impliquer le patient dans la coconstruction d'un projet de soins personnalisé en prenant en compte son vécu, ce qu'il fait déjà et qui est utile ou aidant pour vivre avec la fibromyalgie, les améliorations ressenties grâce aux traitements déjà expérimentés, ses attentes vis-à-vis des traitements et ses préférences, ses besoins, ses priorités du moment, ses projets, les ressources de son environnement.

⁴ Haute Autorité de santé. Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soins de premier recours. Recommandation de bonne pratique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2017 https://www.has-sante.fr/jcms/c_1739917/fr/episode-depressif-caracterise-de-l-adulte-prise-en-charge-en-premier-recours

⁵ Haute Autorité de santé. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple. Recommandation de bonne pratique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2022 [Haute Autorité de Santé – Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple](#)

⁶ Haute Autorité de santé. Document d'information destiné au patient (à paraître en septembre 2025).

R. 22. Le projet de soins est individualisé et précise les objectifs réalistes et atteignables des thérapeutiques, les intervenants et les lieux les plus adaptés pour leur mise en œuvre, les éléments d'évaluation partageables avec le patient afin de reformuler si besoin les objectifs.

1.8.2. Coordonner le projet de soins

R.23. Le médecin généraliste coordonne la mise en œuvre du projet de soins, ainsi que les intervenants impliqués dans le projet de soins. La coordination peut être partagée avec un professionnel de santé (notamment infirmier en pratique avancée, infirmier délégué à la santé publique, formés à la douleur chronique⁷) dans le cadre d'un exercice coordonné.

R.24. Le recours à d'autres médecins spécialistes, à une structure spécialisée en douleur chronique (SDC) peut être nécessaire :

- en cas de besoin d'avis ou de conseil (par exemple, face à l'apparition de nouveaux symptômes, ou de non-réponse aux thérapeutiques proposées), le médecin généraliste oriente vers un autre médecin spécialiste (rhumatologue, neurologue, médecin interniste, médecin spécialiste de la douleur, médecin de médecine physique et de réadaptation, psychiatre⁸) pour avis ;
- en cas de difficultés, le médecin peut solliciter un avis ou une consultation auprès d'un service de l'interface des SDC, via une hotline dédiée ou le formulaire de demande pour un soutien ponctuel : conseil, téléexpertise, téléconsultation, etc.⁹⁻¹⁰ ;
- quand la situation est ressentie comme particulièrement complexe, le médecin traitant ou le médecin de la SDC peuvent recourir à un dispositif d'appui à la coordination (DAC¹¹) ;
- pour les douleurs chroniques résistantes, le médecin généraliste peut adresser le patient à une SDC avec ce même formulaire, éventuellement de façon prioritaire via le dispositif « coupe-file » (recevoir rapidement un patient qui le nécessite en dehors des plages de consultations réglées ou avant le délai habituel de délivrance des rendez-vous de consultations par la SDC, dans le cadre de plages horaires dédiées), soit à un service hospitalier de spécialités, avec une lettre de liaison¹².

1.9. Évaluer régulièrement la situation avec le patient

R.25. La fréquence des consultations de suivi par le médecin qui suit le patient est plus rapprochée au cours de la phase initiale de mise en œuvre du projet de soins et jusqu'à la stabilisation des symptômes. La fréquence s'espace ensuite tous les 3 mois à 6 mois si l'évolution de la situation est favorable.

⁷ Dans l'hypothèse d'une extension réglementaire à venir de leurs domaines de compétence à la douleur chronique.

⁸ Répertoire national de l'offre et des ressources en santé et accompagnement médico-social – ROR <https://esante.gouv.fr/pro-duits-services/repertoire-ror>

⁹ Annuaire des structures spécialisées douleurs chroniques (SDC) [Les structures spécialisées douleur chronique – SDC – Ministère de la Santé et de l'Accès aux soins](#)

¹⁰ Le parcours de santé d'une personne souffrant d'une douleur chronique ou en voie de chronicisation relève d'une organisation en trois niveaux mobilisés selon le degré de complexité biopsychosociale de la situation du patient [fiche. parcours de sante dune personne presentant une douleur chronique.pdf](#)

¹¹ Un dispositif d'appui à la coordination (DAC) « assure la réponse globale aux demandes d'appui des professionnels qui comprend notamment l'accueil, l'analyse de la situation de la personne, l'orientation et la mise en relation, l'accès aux ressources spécialisées, le suivi et l'accompagnement renforcé des situations, ainsi que la planification des prises en charge » [Chapitre VII : Dispositifs d'appui à la population et aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes \(articles L. 6327-1 à L. 6327-7\) – Légifrance](#)

¹² Le parcours de santé d'une personne souffrant d'une douleur chronique ou en voie de chronicisation relève d'une organisation en trois niveaux mobilisés selon le degré de complexité biopsychosociale de la situation du patient [fiche. parcours de sante dune personne presentant une douleur chronique.pdf](#)

R.26. Il serait souhaitable que le patient bénéficie d'une consultation longue dédiée au suivi de la fibromyalgie ou de plusieurs consultations ciblées sur une problématique prioritaire pour le patient.

Le suivi de la situation d'une personne avec des douleurs chroniques qui altèrent sa qualité de vie nécessite une écoute, une attitude de compréhension, d'empathie, de soutien, une réassurance, la coconstruction de solutions appropriées, avec si besoin un temps de coordination avec d'autres médecins spécialistes et les professionnels impliqués dans le parcours de soins.

R.27. Les éléments de suivi partagés avec le patient permettent d'évaluer ensemble les effets des thérapeutiques sur les douleurs, les capacités fonctionnelles, la qualité de vie, l'humeur, les activités de la vie quotidienne, le maintien du travail et de compléter le projet de soins en fonction des améliorations, des difficultés exprimées, des attentes et des demandes du patient (encadré 1).

Encadré 1. Éléments de suivi partagés avec le patient pour la réévaluation de sa situation

- Soulagement des symptômes
- Amélioration du niveau d'activité physique et diminution des comportements sédentaires, amélioration des capacités fonctionnelles
- Réalisation des activités de la vie quotidienne, maintien des activités familiales, professionnelles, sociales
- Capacités d'adaptation à la maladie : valorisation des stratégies personnelles développées pour s'adapter à la fibromyalgie
- Perception des améliorations et de la réponse au traitement concernant le fonctionnement, les symptômes, la qualité de vie
- Amélioration de l'humeur et effets des traitements le cas échéant
- Qualité de vie
- Évaluation de la consommation médicamenteuse et des éventuelles automédications

R.28. Afin d'objectiver les évolutions de la situation, il est conseillé de s'appuyer sur plusieurs outils partageables avec le patient et les professionnels impliqués dans le parcours de soins du patient :

- symptômes et sévérité de la fibromyalgie : critères de l'*American College of Rheumatology* (ACR) [révisés en 2016] ([Annexe 3](#)) ;
- retentissement de la fibromyalgie : questionnaire auto-administré d'impact de la fibromyalgie (QIF) ([Annexe 4](#)) ;
- auto-questionnaire PHQ-9 : *Patient Health Questionnaire* 9, pour le suivi d'un épisode dépressif caractérisé (EDC) ;
- perception du changement dans l'état clinique : échelle d'impression globale du changement (*Clinical Global Impression* – CGI) ([Annexe 8](#)).

R.29. Le patient est informé qu'à tout moment de son parcours de soins :

- il peut solliciter l'avis d'un médecin ou d'un professionnel de santé dès lors qu'il s'interroge sur l'utilité et l'innocuité de toute thérapeutique présentée comme miraculeuse et toute attitude d'un intervenant dénigrant la médecine conventionnelle et les soins délivrés ;
- il doit être vigilant quant aux éventuelles dérives et risques que des produits, pratiques et techniques peuvent entraîner en raison de leur absence de standardisation, de réglementation, de formation des intervenants.

2. Stratégie thérapeutique

Fibromyalgie de l'adulte : stratégie thérapeutique graduée

Proposer un suivi

- Plus fréquent jusqu'à stabilisation des symptômes.
- Puis si évolution favorable : suivi tous les 3 à 6 mois.
- Recours à d'autres médecins spécialistes, à une SDC¹ pour avis, conseils, évaluation multidisciplinaire et pluriprofessionnelle, choix et accès à un traitement adapté, douleurs rebelles.

Évaluer régulièrement les effets des thérapeutiques

- État fonctionnel, activités de la vie quotidienne, maintien du travail.
- Douleurs, autres symptômes, humeur.
- Qualité de vie.

Graduer la stratégie thérapeutique

- Débuter par des interventions de 1^{re} ligne puis compléter si besoin avec des interventions de 2^e ligne.
- Reconsidérer le maintien d'une ou plusieurs composantes de la stratégie thérapeutique.
- Compléter avec des interventions de 3^e ligne après réévaluation et avis.

En première ligne : associer les interventions

Activité physique

- **Conseils** de maintien de l'activité physique du quotidien, pratique d'une AP¹ et diminution des comportements sédentaires.
- **Programme d'APA¹ supervisé avec apprentissage en autonomie** : si niveau d'AP insuffisant et si difficultés pour pratiquer en autonomie et en sécurité.
- **Programme de soins à visée fonctionnelle (SMR¹)** : si difficultés persistantes ou déconditionnement physique.

Autogestion de la maladie

- **Conseils** de simplification des activités quotidiennes. Coconstruire des pistes d'adaptation.
- **Séances collectives d'ETP¹** : si besoin de développer une autonomie dans la gestion de la maladie ou face à des difficultés d'adaptation.
- **Interventions psychologiques spécialisées et structurées** : si stratégies d'adaptation ou comportements inadaptés.

Maintien dans l'emploi

- **Encourager** le maintien de l'activité professionnelle.
- **Appui sur le médecin du SPST¹** : si retentissement notable sur le travail.
- **Recherche d'aménagements avec le SPST et l'employeur** : si difficultés significatives ou avant un arrêt de travail.
- **Formation, orientation, RQTH¹, invalidité temporaire** : si insuffisance ou impossibilité d'aménager le travail.

Problèmes de santé ou difficultés associés

- Repérer, évaluer, traiter, accompagner les :
 - troubles du **sommeil** ;
 - troubles psychiques (**anxiété, dépression, idéation suicidaire**) ;
 - situations de **surpoids** ou d'**obésité** ;
 - toute forme de **vulnérabilité, situation à risque**.

En deuxième ligne en complément des interventions de 1^{re} ligne

Traitements médicamenteux : effet modeste sur les douleurs

- **Identifier systématiquement mésusage et risques associés des médicaments.**
- **Réévaluer tolérance, efficacité ressentie, effets indésirables.**

- **Douleurs continues** : traitement de fond par antidépresseurs et antiépileptiques à faibles doses.
- **Douleurs incidentes** : traitement ponctuel, jamais au long cours (paracétamol voire AINS¹).
- **Recours prudent au tramadol** en traitement ponctuel des douleurs aiguës incidentes.
- Prescription exceptionnelle du tramadol au long cours et après avis (consultation douleur).
- **Autres opioïdes non recommandés.**

Autres interventions non médicamenteuses, sans effet indésirable, ni risque pour la santé

- **Soins thermaux toujours associés à de l'exercice physique et à poursuivre en autonomie** : en cas de sévérité modérée de la fibromyalgie et dans une phase stable de la maladie.
- **Relaxation, hypnose, méditation sous conditions de délivrance** :
 - formation appropriée des intervenants ;
 - définition du contenu et des modalités pratiques ;
 - autoapprentissage par le patient ;
 - arrêt en cas de non-réponse.

En troisième ligne en complément de la 1^{re} ligne et si besoin de la 2^e ligne

Neurostimulation avec effets sur les douleurs localisées ou locorégionales

- **Après avis pluridisciplinaire** : TENS¹ de façon transitoire. Sous conditions et modalités de délivrance, d'apprentissage. Arrêt en cas de non-réponse.

Neurostimulation avec effet général sur les douleurs et la qualité de vie

- **Après avis SDC** : rTMS ou tDCS¹. Selon disponibilité du matériel, personnel dédié et formé en établissement de santé. Arrêt en cas de non-réponse.

1. AINS : anti-inflammatoires non stéroïdiens ; AP : activité physique ; APA : activité physique adaptée ; ETP : éducation thérapeutique du patient ; RQTH : reconnaissance de qualité de travailleur handicapé ; rTMS : *repetitive transcranial magnetic stimulation* ; SDC : structure douleur chronique ; SMR : soins médicaux et de réadaptation ; SPST : service de prévention et de santé au travail ; tDCS : *transcranial direct current stimulation* ; TENS : *Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation*.

Fibromyalgie de l'adulte
Conduite diagnostique et
stratégie thérapeutique



2.1. Graduation et personnalisation

La graduation et la personnalisation des thérapeutiques consistent à apporter des réponses adaptées et évolutives dans le temps en mobilisant différentes compétences professionnelles et interventions en fonction :

- de la variabilité des symptômes, de l'altération des capacités fonctionnelles et des activités de la vie quotidienne, de la qualité de vie, liées à la fibromyalgie et de leur évolution ;
- des besoins, des demandes, des attentes, des difficultés de chaque personne ;
- de l'évaluation partagée des améliorations et de la réponse aux traitements par le patient et les soignants.

R.30. La stratégie thérapeutique graduée et personnalisée propose plusieurs interventions initiales pouvant être complétées en fonction de l'évolution de la situation.

- **En première ligne** : de l'activité physique incluant un apprentissage en autonomie ; le développement de stratégies personnalisées d'autogestion de la maladie ; l'accompagnement du maintien dans l'emploi ; l'évaluation, le traitement et l'accompagnement des problèmes de santé ou de difficultés associés : troubles du sommeil, troubles psychiques, surpoids ou obésité, toute forme de vulnérabilité et de situation à risque.
- Les médicaments sont un traitement de **deuxième ligne**.
- **En troisième ligne**, des techniques de neurostimulation proposées après réévaluation et avis pluridisciplinaire ou d'une structure douleur chronique (SDC) selon la technique envisagée.
- **Dès le diagnostic et tout au long du suivi global**, le repérage d'éventuels troubles psychiques, n'impliquant pas forcément une cause psychologique de la fibromyalgie, et leur traitement précoce. Ces troubles peuvent rendre difficiles l'engagement du patient dans son traitement et l'adaptation à la maladie s'ils ne sont pas évalués et traités.

2.2. Proposer une activité physique personnalisée est primordial dans le traitement de la fibromyalgie

2.2.1. Encourager la pratique d'une activité physique

R.31. Il est recommandé d'encourager le maintien d'une activité physique (AP) du quotidien ainsi que la pratique d'une activité physique et la diminution des comportements sédentaires.

L'AP est bénéfique pour tout patient à condition d'être réaliste dans les objectifs à atteindre et qu'elle soit progressive, choisie par le patient, plaisante, bien tolérée, avec un ajustement en termes de fréquence, de durée, de progressivité, d'intensité.

L'AP améliore les capacités fonctionnelles, la fatigue, les activités de la vie quotidienne et peut avoir un effet protecteur vis-à-vis du stress, de l'anxiété, du sommeil et des troubles de l'humeur. L'AP est recommandée comme traitement pour la dépression légère à modérée.

2.2.2. Proposer et prescrire un programme d'activité physique adaptée

R.32. Si les niveaux d'AP, y compris de renforcement musculaire, n'atteignent pas les recommandations de l'OMS¹³, si le patient est en difficulté pour pratiquer en autonomie et en sécurité, il est préconisé de prescrire un programme d'activité physique adapté (APA).

¹³ Au moins, au cours de la semaine, 150 à 300 minutes d'AP aérobie d'intensité modérée ou au moins 75 à 150 minutes d'AP aérobie d'intensité soutenue, ou une combinaison équivalente d'AP d'intensité modérée et soutenue, complétées par un

R.33. Toute prescription d'APA doit être précédée d'une évaluation par le médecin prescripteur ([Annexe 6](#)). Si besoin, un bilan-diagnostic kinésithérapique (BDK¹⁴), transmis systématiquement au médecin prescripteur, peut être prescrit par le médecin généraliste ou un autre spécialiste pour :

- approfondir l'évaluation des différentes composantes de la condition physique : mobilité, force, flexibilité, équilibre, capacités aérobies, fatigabilité, éventuelle kinésiophobie, symptômes ressentis au cours et en fin de bilan ;
- identifier l'activité physique pratiquée au quotidien dans le cadre des loisirs, du travail, des occupations familiales ;
- identifier les préférences, les attentes, la motivation du patient vis-à-vis de l'activité physique ;
- proposer, en l'absence de contre-indications, un programme d'APA comprenant des objectifs thérapeutiques réalistes en termes d'effets attendus, de durée et de modalités de mise en œuvre ;
- éviter les approches passives qui n'ont pas d'intérêt pour la remise en mouvement dans la fibromyalgie.

R.34. Le programme d'APA est mis en œuvre et supervisé principalement par un enseignant en APA ou un kinésithérapeute¹⁵, en prenant en compte les spécificités liées à la fibromyalgie (fatigabilité, tolérance à l'effort, récupération et persistance éventuelle de douleurs entre les séances).

R.35. Le programme d'APA doit être structuré, correspondre aux caractéristiques FITT-VP¹⁶ ([Annexe 6](#)), comprendre des stratégies actives variées et éducatives en intégrant à chaque séance l'apprentissage d'une pratique en autonomie pour répondre aux objectifs attendus et précisés dans le projet de soins (Encadré 2).

Encadré 2. Typologie des exercices physiques et modalités dans la fibromyalgie

Les exercices progressifs, **d'intensité faible à modérée** sont proposés à sec et/ou en milieu aquatique, en fonction de l'offre locale et des préférences du patient.

Les exercices proposés peuvent être notamment **d'endurance aérobie***, de **renforcement musculaire****, et associer des exercices favorisant la **souplesse musculo-articulaire, l'équilibre**.

- ➔ Les activités en milieu aquatique ont l'avantage d'être mieux tolérées grâce à la décharge relative dans l'eau, de faciliter le mouvement, de diminuer la kinésiophobie.

Les séances sont dispensées **en groupe ou en individuel, à une fréquence de 1 à 3 séances par semaine sur une période de 3 mois**.

- ➔ La durée des séances ainsi que les modalités des séances sont à adapter en fonction de la tolérance à l'effort, de la persistance de douleurs entre les séances, et de la disponibilité du patient.

Les exercices sont variés et ludiques pour éviter la monotonie et les abandons en cours de programme et soutenir la motivation et les efforts.

L'accompagnement de la reprise d'une activité physique et de sa poursuite en autonomie sous la forme de relai **fait partie intégrante du programme d'APA**.

renforcement musculaire d'intensité modérée ou plus soutenue deux fois par semaine. World Health Organization. Global action plan on physical activity 2018–2030: more active people for a healthier world. Geneva: WHO; 2018.
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272722/9789241_514187-eng.pdf

¹⁴ Bilan-diagnostic kinésithérapique <https://www.ameli.fr/masseur-kinesitherapeute/exercice-liberal/facturation-remuneration/tarifs-conventionnels/bilan-diagnostic-kinesitherapie>

¹⁵ Professionnels de l'activité physique adaptée : kinésithérapeute, enseignant en APA, ergothérapeute, psychomotricien.

¹⁶ FITT-VP : F pour fréquence, I pour intensité, T pour type d'AP, T pour temps des séances, V pour volume ou quantité d'activité physique, P pour progression.

Lorsque le patient pratique déjà une activité physique importante, l'enjeu est de **l'accompagner dans le dosage de son intensité** afin d'éviter une aggravation des symptômes.

* Activité physique d'endurance aérobie : ergocycle, tapis de marche.

** Activité physique de renforcement musculaire : banc de musculation à charges guidées, poids et haltères, élastiques.

2.2.3. Accompagner l'apprentissage d'une pratique d'activité physique en autonomie

R.36. Pour maintenir les bénéfices du programme d'AP, il est indispensable que le professionnel de l'APA intègre un apprentissage dès les premières séances d'AP et tout au long du programme. Cet apprentissage facilite la compréhension des bénéfices d'une activité physique, encourage la participation régulière aux séances, favorise la connaissance de ses capacités physiques et de leurs limites, la prise de conscience de ses ressources internes, l'adaptation des efforts, et accompagne la personne vers une pratique d'AP en autonomie.

R.37. À la fin du programme d'APA, si les douleurs et la fatigue, les capacités fonctionnelles, la réalisation des activités de la vie quotidienne, l'apprentissage d'une pratique d'AP en autonomie, sont insuffisamment améliorés, il est préconisé de renouveler les séances d'APA pour une durée de 3 mois et/ou de compléter la stratégie thérapeutique.

R.38. Quand les symptômes sont stabilisés, un relais par exemple au sein d'une structure sport et santé¹⁷⁻¹⁸ est assuré pour accompagner la poursuite d'une activité physique personnalisée et de l'apprentissage en autonomie : capacité du patient à mettre en œuvre une AP régulière, répondant à ses préférences, seul ou avec l'aide d'un appui social, famille, amis et à adapter la progressivité, la durée et l'intensité de l'AP, même une fois les symptômes stabilisés.

2.2.4. Proposer des soins médicaux et de réadaptation en cas de difficultés persistantes ou de déconditionnement physique

R.39. Si les difficultés persistent, ou si un déconditionnement physique apparaît, il est préconisé d'orienter le patient vers un médecin de médecine physique et de réadaptation ou une consultation dans une structure spécialisée douleur chronique (SDC)¹⁹ pour y réaliser une évaluation multidimensionnelle et pluriprofessionnelle de la situation et proposer un programme de soins médicaux et de réadaptation.

R. 40. Ce programme de soins médicaux et de réadaptation (SMR) multicomposantes pourra être prescrit si le patient nécessite le recours à une équipe pluriprofessionnelle²⁰ en ville si l'offre locale est disponible et suffisante, ou en établissement de santé (SMR polyvalent ou spécialisé locomoteur) en hospitalisation partielle ou complète.

R.41. La poursuite du projet de soins après le séjour en SMR, notamment l'apprentissage en autonomie de l'activité physique, l'adaptation à la maladie sont indispensables au maintien des bénéfices du séjour.

¹⁷ Les maisons sport-santé sont présentes sur l'ensemble des départements métropolitains et la quasi-totalité des territoires et collectivités d'outre-mer, [Découvrez les maisons sport-santé les plus proches de chez vous | sports.gouv.fr](https://sports.gouv.fr) ; Société française des professionnels en activité physique adaptée, [L'Annuaire des Enseignant-e-s en APA | SFP-APA](#)

¹⁸ [MédicoSport-santé®](#), annuaire actualisé des fédérations sportives dans le sport-santé et leurs indications, publié par le Comité national olympique et sportif français. Site web : [Sport Santé | CNOSE](#)

¹⁹ Répertoire national de l'offre et des ressources en santé et accompagnement médico-social – ROR <https://esante.gouv.fr/pro-duits-services/repertoire-ror>

²⁰ Selon les besoins : enseignant en APA, kinésithérapeute, ergothérapeute, psychomotriciens, psychologue, diététicien nutritionniste, assistant so-cial, infirmier, coordonnés par un médecin MPR.

2.3. Accompagner l'apprentissage de stratégies d'autogestion de la fibromyalgie

2.3.1. Aider le patient à s'adapter progressivement à la gestion de la maladie

R.42. Dès le diagnostic de la fibromyalgie, il est préconisé d'aider le patient à :

- comprendre la maladie, ses mécanismes, ses symptômes et son retentissement sur la qualité de vie grâce à des explications personnalisées ;
- exprimer ses ressentis, ses émotions, reconnaître ses difficultés, ses ressources ;
- envisager avec lui la manière de simplifier les activités de la vie quotidienne, en les fractionnant si nécessaire, alterner périodes d'activité et de repos, puis coconstruire des pistes d'adaptation à la maladie pour aller ensuite vers des stratégies personnelles d'adaptation.

R.43. Encourager le maintien des habitudes de vie favorables à la santé et la poursuite des activités autant que possible ([Annexe 2](#)) :

- poursuivre une activité physique du quotidien et diminuer les comportements sédentaires, pratiquer une activité physique : choisir une activité physique plaisante, l'ajuster en intensité, la pratiquer avec d'autres personnes (famille, amis, association, etc.) ;
- préserver la qualité du sommeil ;
- modifier si besoin l'équilibre et la variété de l'alimentation, garder un rythme pour les repas ;
- se maintenir en emploi en conseillant de solliciter si nécessaire le médecin du service de prévention et santé au travail (SPST), même au cours d'un arrêt de travail si celui-ci s'avère nécessaire (cf. chapitre 2.4).

2.3.2. Proposer une éducation thérapeutique du patient pour aller vers plus d'autonomie dans l'autogestion de la maladie

R.44. Si au cours des consultations de suivi, un besoin de développer une autonomie dans la gestion de la maladie ou des difficultés à s'adapter à la situation sont identifiés par le soignant ou exprimés par le patient, il est préconisé de proposer des séances d'éducation thérapeutique du patient (ETP) après évaluation de ses besoins ([Annexe 7](#)).

Ces séances, au mieux collectives, délivrées par des professionnels de santé avec la participation de patients formés à l'ETP, permettent d'amener le patient vers plus d'autonomie dans la gestion de sa maladie, de rompre un isolement, partager une expérience et rechercher ensemble des solutions.

R.45. Selon la situation du patient, les séances d'ETP sont organisées :

- dans l'idéal en proximité dans le cadre d'un exercice coordonné entre professionnels de santé²¹ formés à l'ETP et à la douleur chronique, notamment avec la participation d'infirmiers délégués à la santé populationnelle²², ou d'infirmiers en pratique avancée, et de patients formés à l'ETP ;

²¹ Maison de santé pluriprofessionnelle : regroupe, dans un même site ou non, des professionnels de santé médicaux – médecins généralistes et d'autres spécialités, sages-femmes, chirurgiens-dentistes, infirmiers, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, diététiciens, etc., et, le cas échéant, des pharmaciens, qui partagent des informations relatives aux patients grâce à des solutions numériques labellisées. [Exercice coordonné des soins de premier recours](#). Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) : rassemblent des professionnels de santé de premier recours et de second recours exerçant à titre libéral ou salarié ; des établissements de santé et médico-sociaux, et en fonction des projets, d'autres professionnels sociaux et médico-sociaux d'un même territoire qui souhaitent s'organiser – à leur initiative – autour d'un projet de santé pour répondre à des problématiques communes.

²² Dispositif ASALÉE (action de santé libérale en équipe).

- ou dans le cadre d'un séjour en soins médicaux et de réadaptation (SMR), en hospitalisation partielle ou complète avec la participation d'une équipe pluriprofessionnelle²³ ;
- ou dans le cadre d'une structure spécialisée douleur chronique (SDC) avec la participation notamment d'un infirmier ressource douleur, d'un médecin algologue, d'un psychologue.

2.3.3. Proposer une approche spécialisée et structurée en cas de difficultés d'autogestion de la maladie

R.46. En cas de difficultés d'autogestion et de stratégies d'adaptation ou de comportements inadaptés tels que le catastrophisme, une propension obsessionnelle à travailler ou à s'occuper sans arrêt, des comportements d'évitement comme la kinésiophobie, il est préconisé de proposer une approche personnalisée d'un traitement psychologique structuré qui s'appuie sur :

- une évaluation et l'identification des processus psychologiques pertinents pour atteindre des objectifs spécifiques d'amélioration du fonctionnement au quotidien et du bien-être ;
- un choix d'interventions et de techniques laissées à l'appréciation du praticien ;
- une mise en œuvre dans les conditions et modalités prévues (description des techniques utilisées, du nombre de séances, de leur fréquence et durée, des modalités : en présentiel, en groupe ou en individuel) et par un psychologue clinicien ou un psychiatre expérimenté, formé à la psychopathologie.

R.47. Les interventions psychologiques structurées proposées dans le contexte de la douleur chronique se caractérisent par une grande pluralité, qui reflète la diversité des approches et des techniques utilisées. Parmi ces interventions, la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) peut être envisagée dans la fibromyalgie pour développer des mécanismes d'adaptation à la douleur.

À titre d'information, les interventions les plus représentatives mises en œuvre dans le contexte de la douleur chronique sont notamment :

- les thérapies cognitives et comportementales (TCC) qui se concentrent généralement sur les cognitions inadaptées (restructuration cognitive) et l'activation de comportements à un rythme approprié. En agissant sur les pensées, il est possible d'agir sur les émotions et les comportements. Les TCC utilisent les techniques de relaxation, notamment durant les expositions pour diminuer l'anxiété. Elles permettent également de traiter les troubles associés à la douleur chronique tels que la dépression, l'anxiété, le catastrophisme, l'insomnie ;
- la réduction du stress basée sur la pleine conscience (MBSR pour *Mindfulness-Based Stress Reduction*) met l'accent sur l'acceptation des expériences présentes et la pleine conscience. La MBSR peut être intégrée à la TCC. Les individus apprennent à développer une meilleure conscience de leurs pensées et de leurs émotions, ce qui les aide à mieux gérer le stress et l'anxiété au quotidien ;
- la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT pour *Acceptance and Commitment Therapy*) s'appuie sur les méthodes d'exposition à « l'expérience vécue » par le patient. Elle encourage les personnes à accepter les expériences internes douloureuses, à se détacher de pensées négatives motivées par la peur de la douleur et à se réengager dans des activités valorisantes malgré la douleur. Elle utilise les outils des TCC, mais également la méditation « en pleine conscience ». Les outils de l'ACT sont en cours de développement et de validation et la pratique est encore trop récente pour être utilisée.

²³ Selon les besoins du patient : infirmier, enseignant en APA, kinésithérapeute, ergothérapeute, psychomotriciens, psychologue, diététicien nutritionniste.

2.4. Aider la personne à se maintenir dans l'emploi et adapter le travail

R.48. Le maintien dans l'emploi d'une personne avec un diagnostic de fibromyalgie doit être favorisé autant que possible afin de prévenir la désinsertion professionnelle et ses conséquences psychologiques, sociales, financières.

Il est à souligner qu'un arrêt de travail répété et/ou long peut conduire à un isolement, un sentiment d'inutilité, une perte de repères et de régularité des activités quotidiennes, générateurs d'anxiété lors du retour au travail, ou à une éventuelle stratégie d'évitement des symptômes qu'il s'agit de comprendre et de prévenir.

R. 49. Dès la phase de diagnostic de la fibromyalgie, un retentissement notable de la maladie sur le travail, sur le plan fonctionnel, psychologique, socioprofessionnel, ou l'inverse, conduit à adresser le patient au médecin de service de prévention et de santé au travail (SPST).

R.50. Le médecin de SPST tout comme le médecin qui suit le patient rappellent au travailleur qu'il a, à tout moment, la possibilité de solliciter directement auprès du médecin du SPST une consultation à sa demande (y compris pendant un arrêt de travail).

R.51. En cas de difficultés significatives, et idéalement avant d'envisager un arrêt de travail, il est préconisé de rechercher des aménagements en coordination avec le médecin du SPST.

Ces aménagements sont personnalisés, évolutifs et adaptés aux symptômes du patient en tenant compte des capacités de la personne et des contraintes de l'entreprise tout en veillant à préserver un équilibre entre adaptation et maintien d'une dynamique professionnelle. Les aménagements peuvent inclure : horaires aménagés ou flexibles (éventuellement dans le cadre d'un temps partiel thérapeutique) ; adaptation des activités en quantité et fréquence, de l'ordre des tâches, des exigences de productivité ; alternance de tâches plus exigeantes et de tâches plus légères ; aménagement de l'environnement ou du poste de travail, possibilité de s'asseoir au besoin ; partage des responsabilités avec des collègues, télétravail en veillant à éviter un isolement qui peut être contre-productif, etc.

R.52. Une fois tous les aménagements pertinents mis en place et en cas d'insuffisance ou d'impossibilité d'aménager le poste de travail, des actions de formation et d'orientation professionnelle dans la perspective d'un reclassement professionnel peuvent être proposées. La prise en charge multidisciplinaire par les acteurs de maintien en emploi est favorisée [SPST, maison départementale des personnes handicapées (MDPH), CAP emploi, service social et médical de l'Assurance maladie, dispositif conseil en évolution professionnelle (CEP)].

R.53. Une demande de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) auprès de la MDPH, voire une demande d'invalidité de 1^{re} catégorie auprès du service médical de l'Assurance maladie peuvent s'avérer nécessaires, parfois de manière transitoire.

2.5. Explorer le sommeil et ses troubles, traiter si besoin

R.54. Pour tous les patients, conseiller de préserver la qualité du sommeil et garder le rythme veille-sommeil²⁴ : maintenir des activités régulières, avoir une activité physique ou mobilisation dès le matin, modifier si besoin son alimentation en termes de variété et d'équilibre, garder un rythme pour les repas, pratiquer une activité physique dans la journée et l'éviter plusieurs heures avant le coucher, diminuer

²⁴ Réseau Morphée : <http://www.reseau-morphee.fr/> ; Institut national du sommeil et de la vigilance : <http://www.institut-sommeil-vigilance.org/>

l'exposition aux écrans, notamment avant l'endormissement, diminuer la consommation de tabac, de café, d'alcool le cas échéant.

R.55. En cas de plainte concernant la qualité et/ou la quantité de sommeil, le sentiment de non-repos au réveil et devant un trouble du sommeil :

- rechercher systématiquement des signes évocateurs d'un syndrome des jambes sans repos et/ou d'un syndrome d'apnée du sommeil, confirmer le diagnostic, proposer un traitement spécifique et évaluer ses bénéfices ;
- proposer d'explorer les habitudes de sommeil²⁵, une éventuelle insomnie²⁶ qui peut conduire à une indication de traitement médicamenteux pour une période limitée et/ou orienter vers une consultation spécialisée du sommeil ;
- si des signes d'anxiété sont repérés ou une dépression avérée, un traitement est proposé en s'appuyant sur les recommandations en vigueur (chapitre 2.6) ;
- identifier une automédication, les médicaments prescrits pouvant parfois induire des troubles du sommeil et rechercher les médicaments ou les posologies les plus adaptés au patient.

R.56. Aucun médicament hypnotique, benzodiazépines ou apparentés, n'est indiqué dans le traitement de l'insomnie chronique. Son indication est limitée à un traitement à court terme (4 semaines en tenant compte de la période de réduction de la posologie) des troubles sévères du sommeil chez l'adulte : insomnie occasionnelle et transitoire²⁷.

La prescription ne doit pas être banalisée, car, si elle facilite le sommeil, elle ne résout pas les causes de l'insomnie qui doivent être recherchées. Elle peut être à l'origine de nombreux effets indésirables aux conséquences parfois graves. L'usage de ces médicaments requiert le respect de règles précises : dose minimum utile, prescription limitée à 28 jours, information au patient. Une anticipation des modalités de fin de traitement doit être mise en œuvre dès la première prescription.

2.6. Rechercher précocement et régulièrement d'éventuels troubles de l'humeur et les traiter

Les douleurs chroniques, l'insomnie, les limitations fonctionnelles peuvent conduire à une anxiété, une dépression. Le traitement de ces troubles soulage le patient, facilite l'engagement dans son traitement, notamment la pratique d'une activité physique, et contribue à faciliter l'adaptation à la maladie.

R.57. Dès la phase initiale du traitement de la fibromyalgie et jusqu'à la stabilisation des symptômes, il est recommandé de repérer un épisode dépressif caractérisé (EDC) et d'évaluer son niveau de sévérité pour le choix du traitement (psychothérapie de soutien²⁸, traitement antidépresseur, psychothérapie dite structurée, notamment une thérapie cognitivo-comportementale²⁹).

²⁵ Index de qualité du sommeil de Pittsburgh (PSQI).

²⁶ Haute Autorité de santé. Prise en charge du patient adulte se plaignant d'insomnie en médecine générale. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2006 [RPC SFTG Insomnie - Synthèse Version finale MEL 1ère relec...](#)

²⁷ Haute Autorité de santé. Quelle place pour les benzodiazépines dans l'insomnie ? Saint-Denis La Plaine: HAS; 2024 [Microsoft Word - BUM BZD INSOMNIE 11 07 24 VF.docx](#)

²⁸ Orientation vers le dispositif Mon soutien psy : 12 séances remboursées en partie par l'Assurance maladie²⁸. Le patient peut de lui-même intégrer le dispositif Mon soutien psy en prenant directement rendez-vous avec un psychologue partenaire ayant signé une convention avec l'Assurance maladie.

²⁹ Haute Autorité de santé. Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soins de premier recours. Recommandation de bonne pratique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2017 https://www.has-sante.fr/jcms/c_1739917/fr/episode-depressif-caracterise-de-l-adulte-prise-en-charge-en-premier-recours

R.58. Dans la phase de suivi, il est recommandé d'être vigilant à chaque consultation médicale sur l'apparition ou la résurgence de troubles de l'humeur et de proposer un traitement adapté. Face à une idéation suicidaire, orienter sans tarder vers un psychiatre.

2.7. Place de la nutrition dans le traitement de la fibromyalgie

R.59. Les situations de surpoids et d'obésité sont plus fréquentes chez les personnes avec un diagnostic de fibromyalgie, liées notamment à une insuffisance d'activité physique et à des comportements sédentaires, et le cas échéant majorées par une prise de médicaments obésogènes. Dans ces situations, proposer sur la base d'une évaluation multidimensionnelle avec si besoin l'intervention d'un diététicien ou d'un médecin nutritionniste dans le cadre du projet de soins³⁰ :

- un accompagnement lui permettant d'adopter des habitudes de vie favorables à la santé et à les maintenir dans la durée : améliorer l'alimentation (sensations, équilibre, qualité, environnement, taille des portions) et l'associer systématiquement à une activité physique régulière et à une diminution des comportements sédentaires, une amélioration du sommeil et des rythmes de vie ([Annexe 2](#)) ;
- une stabilisation du poids puis une personnalisation de l'objectif de poids en cas de retentissement sur la santé ;
- un traitement des comorbidités et des troubles du comportement alimentaire, le cas échéant ;
- une réévaluation avec une proposition de traitements complémentaires tout en maintenant les modifications des habitudes de vie.

R.60. Si le patient est demandeur de conseils sur la nutrition, il convient de :

- recueillir ses expériences passées, les effets ressentis et stratégies d'évitement spécifiques ;
- préciser qu'une alimentation équilibrée et variée couvre généralement les besoins réels ;
- l'informer qu'il n'y a pas d'arguments en faveur ou en défaveur d'une alimentation végétarienne, végétalienne, méditerranéenne, enrichie en fibres, en huile d'olive, pauvre en FODMAP³¹, etc., dans la fibromyalgie ;
- l'informer qu'une alimentation spécifique n'a pas d'intérêt démontré dans la fibromyalgie en dehors de carences ou de troubles gastro-intestinaux avérés, en raison du manque d'études de bonne qualité. Il s'agit notamment :
 - des régimes alimentaires proposant des restrictions spécifiques, par exemple sans gluten, sans lactose,
 - des probiotiques (microorganismes vivants) ou des prébiotiques (ingrédients alimentaires non digestibles sélectivement fermentés),
 - de la vitamine D ou d'autres vitamines et minéraux en dehors de carences en lien avec une maladie identifiée. L'hypovitaminose D est fréquente dans la population générale, les règles usuelles de substitution s'appliquent en cas de carence en vitamine D,
 - des compléments alimentaires (à base de plantes, de vitamines et minéraux, ou d'autres concentrés de substances à but nutritionnel ou physiologique employés seuls ou combinés) avec potentiellement des effets indésirables (allergie, dépassement des limites de sécurité, interactions avec les traitements médicamenteux pris par le patient).

³⁰ Haute Autorité de santé. Parcours de soins. Surpoids et obésité de l'adulte. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2024. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3408871/fr/guide-du-parcours-de-soins-surpoids-et-obesite-de-l-adulte

³¹ FODMAP (*Fermentescibles Oligosaccharides Disacchararides Monosaccharides And Polyols*) : sucres naturellement peu digérés qui fermentent au contact des bactéries du côlon et qui, ingérés en excès ou chez des personnes sensibles, provoquent des ballonnements intestinaux, responsables de douleurs et de gaz.

Lorsque le professionnel de santé ou le patient s'interrogent sur les propriétés escomptées et l'innocuité de la consommation de compléments alimentaires, une recherche dans [le registre des allégations autorisées](#) de la Commission européenne peut être utile. Des informations sur les allégations nutritionnelles et de santé sont disponibles sur le site du ministère de l'Économie, des Finances et de la Souveraineté industrielle et numérique³².

2.8. Place des traitements médicamenteux pour soulager les symptômes

Préalables

Il est à souligner qu'aucune autorisation de mise sur le marché (AMM) pour une spécialité pharmaceutique n'a été accordée en France dans l'indication « Fibromyalgie ».

2.8.1. Principes généraux de prescription médicamenteuse dans la fibromyalgie

R.61. Le bénéfice attendu des traitements médicamenteux dans la fibromyalgie est modeste.

- Les médicaments sont un traitement de seconde ligne après la mise en œuvre et l'évaluation des effets de l'activité physique, de l'apprentissage de stratégies d'autogestion de la fibromyalgie, de l'accompagnement du maintien dans l'emploi.
- La place éventuelle des médicaments dans la prise en charge globale doit être discutée avec le patient.

R.62. En cas de pathologie douloureuse associée (arthrose, migraine, etc.), les recommandations propres à ces autres douleurs ou symptômes s'appliquent.

R.63. Il convient de différencier le traitement pharmacologique des douleurs continues de celui des douleurs incidentes, par exemple liées à l'effort. Dans le premier cas, les traitements agissant sur la modulation de la douleur sont probablement plus pertinents, tandis que les antalgiques classiques sont susceptibles d'être envisagés dans le second cas, pour une utilisation intermittente (cf. Paracétamol et AINS).

2.8.2. Choix de la molécule

R.64. Les études n'ayant pas montré de différences entre les différentes molécules en ce qui concerne les effets sur la douleur, le choix de la molécule peut reposer sur les autres symptômes (sommeil, dépression, anxiété) en fonction de leur prépondérance. Il sera tenu compte des effets indésirables et des contre-indications de chaque molécule.

R.65. Il est recommandé d'établir avec le patient des objectifs thérapeutiques de diminution de l'intensité douloureuse, d'amélioration fonctionnelle ou d'amélioration de la qualité de vie. Ces objectifs doivent être réalistes. À titre d'exemple, un seuil de 30 % de diminution de l'intensité douloureuse semble réaliste et cliniquement pertinent.

R.66. Les traitements pharmacologiques doivent être débutés à faibles doses avec une augmentation progressive et prudente de la posologie, afin d'améliorer la tolérance et de réduire l'apparition d'effets indésirables.

³² [Allégations nutritionnelles et de santé : ne vous faites pas avoir ! | Ministère de l'Économie des Finances et de la Souveraineté industrielle et numérique](#)

R.67. La décision de poursuite ou non d'un traitement pharmacologique doit se baser sur une réévaluation à chaque consultation avec appréciation d'une part de la tolérance et d'autre part de l'efficacité ressentie.

2.8.3. Place des antalgiques pour soulager les douleurs dans la fibromyalgie

Paracétamol et AINS

R.68. Les données sont insuffisantes à ce stade pour recommander l'usage du paracétamol en traitement de fond pour les douleurs continues.

R.69. Il n'est pas recommandé de prescrire en traitement de fond des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) pour soulager les douleurs continues.

R.70. En cas de douleurs aiguës incidentes, le paracétamol, voire les AINS peuvent être envisagés en traitement ponctuel, à la posologie la plus faible efficace et dans le respect des contre-indications usuelles de ces molécules.

Opioides

R.71. La prescription de tramadol dans la fibromyalgie doit être prudente et intégrer les éléments de la fiche de bon usage des médicaments opioïdes de la HAS³³ (modalités d'instauration, de suivi des effets indésirables ou des signes de trouble de l'usage, de l'amélioration de l'intensité douloureuse, de la fonction, de la qualité de vie, et d'arrêt).

En raison d'un signal international de mésusage des opiacés, une attention particulière devra être portée à l'identification d'un mésusage lors de la prescription initiale et de chaque renouvellement. L'ANSM indique que la prescription devrait être la plus courte possible et la durée maximale de prescription du tramadol ne pourra pas excéder 3 mois (< 12 semaines) et nécessite une ordonnance sécurisée ([Actualité – Tramadol et codéine devront être prescrits sur une ordonnance sécurisée – ANSM](#)).

R.72. En cas de douleurs aiguës incidentes, le tramadol peut être envisagé en traitement **ponctuel**.

R.73. Le traitement par tramadol **au long cours** chez les patients atteints de fibromyalgie doit être exceptionnel et ne peut être envisagé qu'après recueil d'un avis spécialisé (consultation douleur dans une SDC).

R.74. Les autres antalgiques opiacés (codéine, opium, sulfate de morphine, oxycodone, fentanyl, buprénorphine, méthadone, hydromorphone, nalbuphine) ne sont pas recommandés dans la fibromyalgie.

Autres molécules

R.75. Il n'est pas recommandé de prescrire des corticostéroïdes, des myorelaxants dans la fibromyalgie.

³³ Haute Autorité de santé. Traitement antalgique opioïde de la douleur chronique non cancéreuse. Bon usage des médicaments opioïdes : antalgie, prévention et prise en charge du trouble de l'usage et des surdoses. 2022.

2.8.4. Place des psychotropes pour soulager les douleurs et d'autres symptômes

Antidépresseurs tricycliques

R.76. L'amitriptyline peut être utilisée en traitement de fond pour l'amélioration des symptômes de la fibromyalgie, tout particulièrement la douleur et le sommeil (à petites doses dans ces indications). Les doses efficaces pour soulager la douleur semblent se situer entre 10 et 75 mg/jour, plutôt autour de 25 mg/jour. Compte tenu de ses effets indésirables potentiels, la prescription de l'amitriptyline doit se faire avec prudence chez le sujet âgé.

En cas d'arrêt, diminuer progressivement les doses pour éviter tout symptôme de sevrage.

R.77. Il n'est pas recommandé de prescrire de l'amitriptyline topique en préparation magistrale pour le soulagement des douleurs de la fibromyalgie.

Inhibiteurs de recapture de la sérotonine et de la noradrénaline

R.78. Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNa) peuvent être utilisés pour l'amélioration des symptômes de la fibromyalgie, tout particulièrement la douleur. Les molécules ayant été le plus étudiées et pour lesquelles des données robustes existent sont la duloxétine et le milnacipran. Les données sont modestes mais positives pour la venlafaxine.

Les doses efficaces se situent entre 60 à 120 mg/jour pour la duloxétine, 100 mg/jour pour le milnacipran, 75 mg à 150 mg/j pour la venlafaxine.

R.79. Les données sont insuffisantes, à ce stade, pour recommander l'usage de la mirtazapine.

Autres psychotropes

R.80. Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) ne sont pas recommandés pour le traitement des douleurs dans la fibromyalgie, mais peuvent être envisagés s'il existe des troubles anxieux ou dépressifs concomitants.

R.81. Les données sont insuffisantes à ce stade pour recommander l'usage des inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO), de la quétiapine pour soulager la douleur, améliorer les troubles du sommeil, la dépression et l'anxiété dans la fibromyalgie.

2.8.5. Place des antiépileptiques, gabapentinoïdes, pour soulager les douleurs

R.82. Les médicaments antiépileptiques, gabapentinoïdes, peuvent être utilisés en traitement de fond pour l'amélioration des symptômes de la fibromyalgie, notamment la douleur. L'avis du groupe de travail est de privilégier la gabapentine en 1^{re} intention en raison du risque de mésusage lié à la prégabaline. Les doses efficaces se situent entre 1 200 et 3 600 mg/jour pour la gabapentine et 150 et 600 mg/jour pour la prégabaline.

En cas d'arrêt, diminuer progressivement les doses pour éviter tout symptôme de sevrage.

En raison d'un signal international de mésusage de la prégabaline et des risques associés (confusion, désorientation, troubles de la conscience, coma), une attention particulière devra être portée à l'identification d'un mésusage lors de chaque prescription et de son renouvellement. La prescription sera la plus courte possible et limitée à 6 mois. Elle nécessite une ordonnance sécurisée.

R.83. Il n'est pas recommandé de prescrire les médicaments suivants : carbamazépine, lamotrigine, topiramate, clonazépam ou autres antiépileptiques en l'absence de données d'efficacité et considérant le risque d'effets indésirables.

2.8.6. Place des cannabinoïdes et des produits contenant du cannabidiol

R.84. Les données sont insuffisantes pour recommander l'usage des cannabinoïdes dans la fibromyalgie.

L'expérimentation ANSM en cours en France porte sur les douleurs neuropathiques réfractaires et non sur la fibromyalgie.

Des produits contenant du cannabidiol (CBD) sont en vente libre. Leur qualité, leur composition et leur nocivité n'ont pas été évaluées et ces produits n'ont pas le statut de médicament.

2.8.7. Place d'autres molécules pour soulager les douleurs et autres symptômes

R.85. La naltrexone *per os* à faible dose semble avoir un potentiel effet bénéfique pour soulager les douleurs dans la fibromyalgie, selon certaines études internationales, cependant le dosage < 5 mg n'est pas disponible en France. De fait, le groupe de travail n'a pas d'expérience dans l'utilisation de cette molécule.

R.86. Il n'est pas recommandé de prescrire de la kétamine, antagoniste non compétitif des récepteurs NMDA (N-méthyl-D-aspartate), médicament stupéfiant, pour le traitement de la fibromyalgie.

Son utilisation en dehors du cadre de l'anesthésie, notamment quand elle est répétée, comporte des risques graves : effets psychodysléptiques, atteintes du rein, du foie et des voies urinaires, dépendance et accoutumance.

L'ANSM rappelle les risques concernant l'utilisation de la kétamine et les précautions à prendre, notamment lorsqu'elle est utilisée de manière prolongée pour traiter des douleurs rebelles ou chroniques³⁴.

R.87. Les données sont insuffisantes pour recommander l'usage de la mémantine [antagoniste non compétitif des récepteurs NMDA (N-méthyl-D-aspartate) d'affinité modérée] pour le traitement de la fibromyalgie.

R.88. Il n'est pas recommandé de prescrire de la lidocaïne par voie intraveineuse pour le traitement de la fibromyalgie.

R.89. Les données sont insuffisantes pour recommander l'usage de la lidocaïne topique.

R.90. Il n'est pas recommandé de prescrire la L-carnitine (100 mg/ml, solution buvable) en l'absence de déficits primaires systémiques ou musculaires en carnitine, qui sont d'ailleurs très rares.

R.91. Il n'est pas recommandé d'utiliser la mélatonine dans le traitement de la fibromyalgie. La mélatonine est utilisée dans des compléments alimentaires, des médicaments, des préparations magistrales pour ses effets sur l'endormissement, la modulation de l'humeur et du système immunitaire, la régulation de la température corporelle et de la motricité intestinale. Des effets indésirables ont été rapportés, notamment pour une utilisation à une dose de 3 mg dans la fibromyalgie pour soulager les troubles du sommeil, la fatigue et la douleur.

³⁴ [Actualité – L'ANSM rappelle le bon usage de la kétamine – ANSM](#) (mise à jour en septembre 2023).

2.8.8. Place de l'homéopathie pour soulager la douleur

R.92. L'homéopathie n'est pas recommandée dans le traitement de la fibromyalgie. Le faible nombre d'études et l'insuffisance de données ne permettent pas de conclure à un quelconque bénéfice des médicaments homéopathiques sur la douleur dans la fibromyalgie.

2.8.9. Place de la mésothérapie pour soulager les douleurs locales

R.93. La mésothérapie (injection de faibles doses de médicaments par voie hypo ou intradermique au plus près de la zone à traiter, manuellement ou assistée d'un pistolet injecteur électronique) ne présente pas d'efficacité démontrée sur le plan clinique et comporte de nombreuses réactions locales, allergiques parfois graves, une exposition au risque infectieux liée à l'effraction cutanée. Les effets des mélanges de produits utilisés quant à leur efficacité ou leur innocuité sont difficiles à prévoir. La mésothérapie n'est pas recommandée dans le traitement de la douleur dans la fibromyalgie.

2.9. Place d'autres interventions non médicamenteuses

R.94. Plusieurs interventions non médicamenteuses, invasives ou non invasives, montrent des effets modestes, à court et moyen terme dans d'autres syndromes douloureux chroniques. Leurs effets ne sont pas encore bien démontrés pour la fibromyalgie.

Dans l'attente de nouvelles études de meilleure qualité comprenant le point de vue des patients en complément des données quantitatives, confirmant l'intérêt de ces interventions dans l'avenir, le groupe de travail fait les propositions suivantes.

- Le médecin qui suit le patient doit être vigilant vis-à-vis de pratiques, techniques, approches, proposées dans la fibromyalgie en raison de leur absence de standardisation, de réglementation et d'études fiables concernant leur efficacité et innocuité. En cas de doute, l'intérêt de ces interventions dans le cadre du projet de soins doit être discuté avec un médecin formé à la douleur chronique.
- Si le patient est demandeur, il convient de recueillir ses expériences passées, ses attentes, ses motivations, de l'informer de l'existence ou non d'effets démontrés de l'intervention, de l'absence d'effets indésirables et risques pour la santé, des conditions et des modalités pratiques de l'intervention, notamment la délivrance ou l'encadrement par un professionnel formé, le nombre de séances, la fréquence, la durée, le besoin d'un essai préalable et d'un apprentissage par le patient, le coût.
- En cas de mise en œuvre, une évaluation régulière avec le patient de l'intérêt de l'intervention doit être prévue ainsi qu'un arrêt si la délivrance de l'intervention dans les conditions prévues n'a pas d'effets sur le soulagement attendu.

2.9.1. Soins en établissement thermal

R.95. Les soins thermaux associés systématiquement à de l'exercice physique supervisé en piscine apportent des bénéfices antalgiques et/ou fonctionnels modérés, mais sans maintien au-delà du court et moyen terme. Ils peuvent être proposés notamment à des patients dont la sévérité de la maladie est modérée et dans une phase stable de la maladie.

Les patients qui ont suivi un programme de soins en établissement thermal soulignent son intérêt pour faciliter une remise en mouvement dans un cadre structuré et sécurisé. Les conditions du séjour sont propices à cette remise en mouvement grâce à une émulation de groupe, une rupture avec le cadre de vie habituel, une décharge du quotidien, mais nécessitent un engagement personnel important

(motivation, organisation familiale, intensité des soins pouvant être source de fatigue, poursuite des activités après le séjour, frais de transport, d'hébergement, etc.).

R.96. Une éducation du patient intégrée au programme de soins en établissement thermal pourrait être utile pour en maintenir les bénéfices.

R.97. Il appartient au prescripteur, au médecin et à l'équipe de soins thermaux d'informer le patient de l'importance de poursuivre le projet de soins à la suite du séjour en établissement thermal, notamment l'activité physique en autonomie.

2.9.2. Techniques de neurostimulation

R.98. La neurostimulation électrique transcutanée (TENS pour *Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation*) peut avoir un intérêt pour soulager, de façon transitoire, une exacerbation de douleurs localisées ou loco-régionales. Son efficacité au long cours sur la fonction physique ou la qualité de vie n'a pas été démontrée.

Comme pour la prescription dans d'autres types de douleur, ce traitement non invasif, utilisable en autonomie peut s'envisager dans des conditions précises de prescription (avis pluridisciplinaire), de modalités d'administration (nombre de séances, fréquence, durée, placement d'électrode à la surface de la peau, intensité des courants électriques pulsés), d'essai préalable pour repérer les patients répondeurs, d'apprentissage à l'utilisation du dispositif médical par le patient³⁵.

R.99. La stimulation magnétique transcrânienne répétée (rTMS pour *Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation*) au niveau du cortex moteur est efficace à court et à moyen terme pour obtenir un effet général tant sur la douleur chronique que sur la qualité de vie dans la fibromyalgie. Il peut être envisagé de proposer cette technique non invasive. La réalisation des séances de stimulation en établissement de santé nécessite cependant un personnel dédié et formé.

R.100. La stimulation transcrânienne à courant continu (tDCS pour *Transcranial Direct Current Stimulation*) est en faveur d'un effet général, modéré à court et à moyen terme sur la douleur chronique associé à une amélioration de la qualité de vie. Il peut être envisagé de proposer cette technique non invasive. La réalisation des séances de stimulation en établissement de santé nécessite cependant un personnel dédié et formé.

R.101. En l'absence d'étude de bonne qualité, il n'est pas encore possible de statuer sur l'efficacité et l'usage de la stimulation d'une branche auriculaire ou cervicale du nerf vague pour soulager la douleur dans la fibromyalgie, même si des études ont montré des effets positifs dans d'autres douleurs chroniques. Les paramètres de la stimulation, la durée ou la voie la plus appropriée pour la stimulation devraient être mieux définis pour établir avec certitude l'efficacité de la stimulation du nerf vague dans la fibromyalgie.

2.9.3. Relaxation, hypnose, méditation

R.102. La relaxation peut être envisagée dans la fibromyalgie compte tenu de ses effets positifs dans d'autres douleurs chroniques (état de détente, d'apaisement et bien-être) et de sa mise en œuvre en autonomie après apprentissage, à condition d'être délivrée dans les conditions et modalités prévues

³⁵ [Haute Autorité de santé – Appareils de neurostimulation électrique transcutanée \(TENS\)](#) : la prescription initiale de TENS est soumise à un avis pluridisciplinaire de médecins, choisis en fonction du type de pathologie traitée (impliquant au moins un médecin spécialisé en médecine physique et de réadaptation ou un rhumatologue, ou un neurologue, ou un psychiatre) ; un essai préalable (réalisation d'un test d'efficacité de la technique selon une échelle d'évaluation de la douleur) ; un apprentissage à l'utilisation du dispositif médical par le patient ; un suivi à 1, 2, 3 et 6 mois après prescription initiale et suivi tous les 6 mois minimum après achat de l'appareil.

(description de la technique utilisée, intervenant ayant une formation appropriée, nombre de séances, fréquence, durée, apprentissage par le patient).

En l'absence d'études suffisantes, il n'est pas possible de statuer sur le choix d'une technique de relaxation par rapport à une autre (notamment training autogène de Schultz, relaxation progressive de Jacobson, visualisation avec imagerie guidée, biofeedback, sophrologie de Caycedo, cohérence cardiaque).

R.103. L'hypnose peut être envisagée dans la fibromyalgie, si elle est délivrée par un professionnel de santé ou un psychologue formé à cette approche, compte tenu de son intérêt dans d'autres douleurs chroniques (fournir au patient des ressources pour apprendre à modifier son rapport à la douleur et à y faire face) et de la mise en œuvre de l'autohypnose en autonomie après apprentissage.

R.104. Avant d'envisager l'hypnose, le médecin qui suit le patient doit s'assurer de l'absence d'une psychopathologie avérée qui nécessite une évaluation par un psychiatre qui peut indiquer ou contre-indiquer l'hypnose et proposer un traitement approprié.

R.105. La méditation fait appel à différentes pratiques dont la plus répandue est la méditation en pleine conscience. Elle peut être envisagée dans la fibromyalgie compte tenu des résultats encourageants dans d'autres syndromes douloureux, à condition d'être délivrée dans les conditions et modalités prévues (description de la technique utilisée, intervenant ayant une formation appropriée, nombre de séances, fréquence, durée, apprentissage par le patient).

2.9.4. Acupuncture

R.106. De façon générale, l'efficacité de l'acupuncture sur les douleurs chroniques est faible et transitoire. Les mécanismes d'action de l'acupuncture dans la fibromyalgie sont insuffisamment élucidés et ses bénéfices sont contradictoires sur le soulagement de la douleur. En l'absence d'études de bonne qualité décrivant notamment les techniques utilisées, la fréquence et la durée des séances, la formation des intervenants, il n'est pas possible de recommander l'acupuncture dans la fibromyalgie.

2.9.5. Autres interventions

R.107. Les techniques dites « corps-esprit » (par exemple : tai-chi, yoga, qi gong) ou fondées sur le mouvement comme le pilates, la danse, la marche nordique, etc., peuvent améliorer modérément la douleur et les capacités fonctionnelles à court terme dans la fibromyalgie. Ces approches nécessitent un apprentissage pour une pratique en autonomie. Elles peuvent être conseillées si elles sont encadrées par des intervenants ayant une formation appropriée et dans les conditions et modalités prévues (nombre, fréquence, durée des séances, précision des techniques, exercices).

R.108. En l'absence d'étude de bonne qualité et de risques pour les patients, il n'est pas possible de statuer sur l'efficacité de la cryothérapie corps entier ou corps partiel (tête non exposée) dans le traitement de la fibromyalgie.

R.109. L'oxygénothérapie hyperbare n'est pas indiquée dans la fibromyalgie selon les recommandations européennes de la médecine hyperbare. Ses mécanismes d'action sont mal définis et ses bénéfices pour le traitement de la fibromyalgie ne sont pas établis et sont contradictoires. De plus, les protocoles de traitements sont exigeants pour la personne et cette thérapeutique entraîne des effets indésirables.

R.110. En l'absence d'étude de bonne qualité, il n'est pas possible de statuer sur l'efficacité de la chiropraxie, de l'ostéopathie, des massages, de la fasciathérapie dans le traitement de la fibromyalgie.

En outre, le groupe de travail souligne que certaines techniques manuelles peuvent être mal supportées du fait d'une allodynie présente chez certains patients ayant une fibromyalgie.

R.111. L'EMDR (pour *Eye Movement Desensitization and Reprocessing*) n'a pas sa place dans la fibromyalgie, sauf en cas de syndrome de stress post-traumatique associé qu'il convient de rechercher.

R.112. La HAS a rendu un avis défavorable au remboursement d'un bracelet de neuromodulation par émission d'ondes millimétriques associé à son application mobile en vue du soulagement des symptômes de patients adultes atteints de fibromyalgie modérée à sévère (score *Fibromyalgia Impact Questionnaire* ≥ 39 ³⁶).

³⁶ Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé. Avis du 11 mars 2025. [Haute Autorité de santé – FIBROREM](#)

3. Place des associations de patients

R.113. Si le patient le souhaite, lui proposer de rencontrer des patients au sein d'une association³⁷ est bénéfique pour :

- partager des informations de confiance sur la fibromyalgie, les mécanismes, les traitements qui peuvent apporter un bénéfice ou qui comportent des effets indésirables, ou des risques pour la santé ;
- partager le vécu et les expériences de gestion de la maladie et être conforté et soutenu ;
- rappeler les critères de vigilance vis-à-vis de certaines pratiques et techniques en raison de leur absence de standardisation, de réglementation et du manque d'études fiables concernant leur efficacité et innocuité.

Des conseils pour se protéger des dérives sectaires ainsi que des critères pour reconnaître un charlatan ou un pseudo-thérapeute sectaire³⁸, proposés par la Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires (Miviludes³⁹), peuvent être utiles aux patients et à leurs proches, ainsi qu'aux professionnels de santé et aux associations d'usagers.

R.114. Chaque fois que cela est possible, la conception, la coanimation avec un soignant de séances d'éducation thérapeutique du patient (ETP) doivent être enrichies par les retours et le partage de l'expérience des personnes concernées par une fibromyalgie. Une formation préalable à l'éducation thérapeutique est nécessaire pour intervenir ou coanimer des séances éducatives aux côtés des professionnels de santé.

³⁷ [Associations d'usagers du système de santé agréées – Ministère de la Santé et de la Prévention \(solidarites-sante.gouv.fr\)](#) ; [France Assos Santé – La voix des usagers \(france-assos-sante.org\)](#)

³⁸ Fiche 4-1 Dix conseils pour se protéger de la dérive sectaire et Fiche 4-2 Comment reconnaître un charlatan ou un pseudo-thérapeute sectaire. Guide Santé et dérives sectaires. 2018. Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires. Paris. [MIVILUDES_Santé et dérives sectaires\(148x210\).indd](#)

³⁹ [Bienvenue sur le site de la Miviludes | MIVILUDES](#)

Table des annexes

Annexe 1.	Fibromyalgie. Aide au dépistage par auto-questionnaire <i>Fibromyalgia Rapid Screening Tool</i> (FIRST)	34
Annexe 2.	Habitudes de vie : repères pour les améliorer	35
Annexe 3.	Fibromyalgie. Critères de diagnostic de l' <i>American College of Rheumatology</i> (ACR) révisés en 2016	36
Annexe 4.	Fibromyalgie. Questionnaire auto-administré d'impact de la fibromyalgie (QIF)	38
Annexe 5.	Fibromyalgie. Informations à échanger avec le patient	41
Annexe 6.	Fibromyalgie. Prescription et mise en œuvre de l'activité physique adaptée	43
Annexe 7.	Fibromyalgie. Éducation thérapeutique du patient : compétences à développer	45
Annexe 8.	Fibromyalgie. Perception des améliorations et de la réponse au traitement	46

Annexe 1. Fibromyalgie. Aide au dépistage par auto-questionnaire *Fibromyalgia Rapid Screening Tool (FIRST)*

Aide au dépistage de la fibromyalgie Auto-questionnaire *Fibromyalgia Rapid Screening Tool (FIRST)*

À remplir par le patient ayant une douleur chronique

Vous souffrez de douleurs articulaires, musculaires ou tendineuses depuis au moins 3 mois. Merci de répondre à ce questionnaire, pour aider votre médecin à mieux analyser votre douleur et vos symptômes.

Compléter ce questionnaire en répondant par **OUI** ou par **NON** à chacune des questions suivantes : mettez une croix dans la case correspondant à votre réponse (une seule réponse **OUI** ou **NON**).

Mes douleurs sont localisées partout dans tout mon corps.

☐ OUI ☐ NON

Mes douleurs s'accompagnent d'une fatigue générale permanente.

☐ OUI ☐ NON

Mes douleurs sont comme des brûlures, des décharges électriques ou des crampes.

☐ OUI ☐ NON

Mes douleurs s'accompagnent d'autres sensations anormales, comme des fourmillements, des picotements, ou des sensations d'engourdissement, dans tout mon corps.

☐ OUI ☐ NON

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.

☐ OUI ☐ NON

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.

☐ OUI ☐ NON

Interprétation

- Le dépistage est positif si le patient qui souffre de douleurs articulaires, musculaires ou tendineuses depuis au moins 3 mois répond positivement (« OUI ») à au moins 5 questions sur 6.
- Le dépistage est négatif ou douteux si la réponse est « OUI » à moins de 5 questions sur 6.

Source : Perrot S, Bouhassira D, Fermanian J. Development and validation of the Fibromyalgia Rapid Screening Tool (FIRST). Pain 2010;150(2):250-6

Annexe 2. Habitudes de vie : repères pour les améliorer

Débuter par une évaluation des habitudes de vie, valoriser les comportements favorables à la santé et accompagner si besoin les modifications

Augmenter l'activité physique

Encourager la personne à être aussi active que le lui permet sa capacité fonctionnelle, à adapter son niveau d'effort en fonction de sa forme physique. Commencer par de petites quantités d'activité physique (AP) et en augmenter progressivement et modérément la fréquence, l'intensité et la durée pour atteindre les recommandations en complément de l'AP pratiquée dans la vie quotidienne. La durée quotidienne des activités de type cardiovasculaire d'intensité modérée (léger essoufflement à l'effort) associées à du renforcement musculaire (monter les escaliers par exemple) et à des assouplissements plusieurs fois par semaine peut être fractionnée par séquence de 10 min, voire moins.

Diminuer les comportements sédentaires

Réduire le temps passé en position assise ou allongée autant que possible. Rompre les périodes de sédentarité, toutes les 90 à 120 min, avec de courtes séquences (4/5 min) de mouvements (marche, mouvements simples de détente musculaire...), faire quelques mouvements qui activent les muscles et mobilisent les articulations (rotation des épaules, bassin, chevilles, poignets, mains, tête).

Améliorer l'alimentation : qualité et environnement des repas, équilibre alimentaire

- S'assurer que chaque repas contient des nutriments générant la satiété, notamment des produits céréaliers complets ou semi-complets. Ajouter des produits frais : fruits et légumes et des légumes secs : lentilles, haricots, pois chiches, des fruits à coque : noix, noisettes, amandes et pistaches non salées, etc.
- Encourager la cuisine et les préparations « faites maison », une prise de repas à des horaires réguliers, un temps suffisant pour manger (au minimum 20 minutes), être attentif aux aliments mangés, mastiquer lentement et savourer chaque bouchée. À table, éviter les écrans, les films ou les émissions à la télévision, l'écoute des nouvelles.
- Favoriser l'accès à une aide alimentaire si nécessaire (travailleur social).

Préférer le pain complet ou aux céréales, les pâtes et le riz complets, la semoule complète, une consommation de poissons gras et de poissons maigres en alternance, l'huile de colza, de noix et d'olive, une consommation de produits laitiers (hors desserts lactés sucrés) suffisante et limitée, selon les populations, à 2/jour chez l'adulte jeune, 3 à 4 chez les adultes > 70 ans, les aliments de saison et les aliments produits localement. Proposer une alimentation de type méditerranéen (riche en fruits, légumes, légumineuses, céréales complètes, huile d'olive et poissons gras), du fait de ses bénéfices sur la santé. Il est à noter que l'effet sur la perte pondérale est accru si l'alimentation de type méditerranéen est associée à une réduction énergétique de l'alimentation, une augmentation de l'activité physique, ainsi qu'à une mise en œuvre supérieure à six mois.

Limiter la quantité et la fréquence de consommation d'alcool, de produits sucrés et de boissons sucrées, de produits salés, de charcuterie, de viande (porc, bœuf, veau, mouton, agneau, abats), la consommation de produits ultra-transformés. Éviter de grignoter entre les repas.

Dormir suffisamment, préserver la qualité du sommeil et garder le rythme éveil-sommeil

Le matin, garantir le bon fonctionnement de l'horloge biologique : se lever à horaires réguliers, s'exposer à l'ensoleillement ou à la lumière, pratiquer une activité physique régulière et qui permet en outre d'augmenter la pression de sommeil (accumulation de la fatigue pendant la période d'éveil et besoin de dormir à la fin de la journée).

- Le soir, bien préparer son sommeil : apprendre à limiter l'usage des écrans, se coucher à horaires réguliers, prévenir les fringales nocturnes : ne pas sauter le dîner, consommer des aliments générant la satiété.
- La nuit, garder une chambre calme, à température fraîche et sombre propice au sommeil.
- Dès le matin, avoir une activité physique ou une mobilisation.
- Réinstaurer si nécessaire une régularité du rythme éveil-sommeil au cours de la semaine.

Favoriser le bien-être physique, mental, social

- Activités sociales sous toutes leurs formes, relations familiales régulières et vécues comme positives, le fait de se sentir respecté, d'avoir une vision positive de soi.
- Vie affective et sexuelle épanouissante.
- Bonne qualité de vie au travail : respect, ambiance, reconnaissance et valorisation du travail effectué, bonnes conditions de travail, sentiment d'implication, absence de risques psychosociaux (stress, harcèlement, stigmatisation).

Annexe 3. Fibromyalgie. Critères de diagnostic de l'American College of Rheumatology (ACR) révisés en 2016

Critères de diagnostic de l'American College of Rheumatology (ACR) révisés 2016

Sur la base d'un examen clinique et d'un entretien avec le patient

1^{re} partie – Étendue des douleurs
Widespread Pain Index (WPI) ou Index de la douleur diffuse (IDD)

Durant la semaine précédente, où avez-vous ressenti des douleurs ?

☐ **Région 1** (supérieure gauche)
☐ Mâchoire
☐ Épaule
☐ Bras
☐ Avant-bras

☐ **Région 2** (supérieure droite)
☐ Mâchoire
☐ Épaule
☐ Bras
☐ Avant-bras

☐ **Région 5** (axiale/tronc)
☐ Cou ☐ Haut du dos
☐ Bas du dos/lombaire
☐ Poitrine ☐ Abdomen

☐ **Région 3** (inférieure gauche)
☐ Fesse/hanche
☐ Cuisse
☐ Jambe

☐ **Région 4** (inférieure droite)
☐ Fesse/hanche
☐ Cuisse
☐ Jambe

Score WPI
/ 19

Régions atteintes
/ 5

Source : American College of Rheumatology, Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Häuser W, et al. 2016 revisions to the 2010/2011 fibromyalgia diagnostic criteria. *Semin Arthritis Rheum* 2016;46(3):319-29. <https://dx.doi.org/10.1016/j.semarthrit.2016.08.012>

2^e partie – Sévérité des symptômes Symptom severity scale (SSS)

Noter l'intensité des symptômes au cours de la semaine précédente (0 à 3 points par symptôme)

	0 Pas de problème	1 Léger, faible, intermittent	2 Modéré, souvent présent, problème important	3 Sévère, envahissant, continu, bouleversant
Fatigue	☐	☐	☐	☐
Réveil fatigué	☐	☐	☐	☐
Symptômes cognitifs	☐	☐	☐	☐

Noter la gêne durant la semaine précédente (0 à 1 point par symptôme)

	0 NON	1 OUI	
Maux de tête	☐	☐	Score SSS / 12
Douleurs ou crampes abdominales	☐	☐	
Dépression	☐	☐	

3^e partie – Diagnostic confirmé de fibromyalgie si les critères suivants sont réunis

- ☐ WPI ≥ 7 et SSS ≥ 5
- ☐ WPI entre 4 et 6 et SSS ≥ 9
- ☐ Atteinte d'au moins 4 régions sur 5 (à l'exclusion des items en italique : mâchoires, poitrine et abdomen)
- ☐ Symptômes présents depuis plus de 3 mois

4^e partie – Sévérité de la fibromyalgie (FS)

Faire la somme de l'index de douleur diffuse (WPI)
et du score de sévérité des symptômes (SSS).

Score FS

/ 31

Source : American College of Rheumatology, Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Häuser W, et al. 2016 revisions to the 2010/2011 fibromyalgia diagnostic criteria. *Semin Arthritis Rheum* 2016;46(3):319-29. <https://doi.org/10.1016/j.semarthrit.2016.08.012>

Suivi de l'évolution des symptômes et de la sévérité de la fibromyalgie

Dates							
Régions atteintes/5							
Score WPI/19							
Score SSS/12							
Score FS = (WPI+SSS)/31							

Annexe 4. Fibromyalgie. Questionnaire auto-administré d'impact de la fibromyalgie (QIF)

Évaluation de l'impact de la fibromyalgie Questionnaire auto-administré d'impact de la fibromyalgie (QIF)

Merci de bien vouloir répondre à toutes les questions.

- Soit en cochant la réponse choisie. Si vous ne savez pas très bien comment répondre, choisissez la réponse la plus proche de votre situation.
- Soit en indiquant où vous vous situez entre deux positions extrêmes, comme dans l'exemple ci-dessous :



1 – Êtes-vous capable de :

Veuillez cocher la case qui décrit le mieux l'état général dans lequel vous vous trouvez actuellement.

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

2 – Combien de jours vous êtes-vous senti(e) bien au cours des 7 derniers jours ?

0 1 2 3 4 5 6 7

Si vous n'avez pas d'activités professionnelles, passez à la question 5

3 – Combien de jours de travail avez-vous manqué à cause de la fibromyalgie au cours des 7 derniers jours ?

0 1 2 3 4 5 6 7

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

Aucune gêne Gêne très importante

5 – Avez-vous eu des douleurs au cours des 7 derniers jours ?

Aucune douleur Douleurs très importantes

6 – Avez-vous été fatigué(e) au cours des 7 derniers jours ?

Pas du tout fatigué(e) Extrêmement fatigué(e)

7 – Comment vous êtes-vous senti(e) le matin au réveil au cours des 7 derniers jours ?

Tout à fait reposé(e) Extrêmement fatigué(e)

8 – Vous êtes-vous senti(e) raide au cours des 7 derniers jours ?

Pas du tout raide Extrêmement raide

9 – Vous êtes-vous senti(e) tendu(e) ou inquiet(e) au cours des 7 derniers jours ?

Pas du tout tendu(e) Extrêmement tendu(e)

10 – Vous êtes-vous senti(e) déprimé(e) au cours des 7 derniers jours ?

Pas du tout déprimé(e) Extrêmement déprimé(e)

Mode de calcul et interprétation des résultats du QIF

L'item 1 explorant la fonction varie de 0 à 3 (faire la moyenne des réponses des questions auxquelles le patient a répondu).

Multiplier le total par 3,3.

Les items 2 et 3 varient de 0 à 7 : noter le chiffre annoncé par le patient.

Puis multiplier par 1,43.

Les items 4 à 10 varient de 0 à 10. Les additionner.

Le score global du QIF varie de 0 à 100. Un score plus élevé indique un impact plus important de la fibromyalgie sur la personne :

- score QIF < 39 : impact léger ;
- score QIF ≥ 39 et < 59 : impact modéré ;
- score QIF ≥ 59 : impact sévère.

Suivi de l'évaluation de l'impact de la fibromyalgie

Dates								
Item 1. Fonction								
Item 2. Ressenti état général. (à multiplier par 1,43)								
Item 3. Travail (à multiplier par 1,43)								
Items 4 à 10 (ajouter les scores)								
Score QIF total								

Source : Perrot S, Dumont D, Guillemain F, Pouchot J, Coste J. Quality of life in women with fibromyalgia syndrome: validation of the QIF, the French version of the fibromyalgia impact questionnaire. J Rheumatol 2003;30(6):1054-9.

Annexe 5. Fibromyalgie. Informations à échanger avec le patient

Ce qu'est la fibromyalgie et ce qu'elle n'est pas

La fibromyalgie est multifactorielle et fait partie des douleurs chroniques. Les douleurs sont associées le plus souvent à d'autres symptômes, et elles altèrent les capacités physiques, la réalisation des activités quotidiennes et la qualité de vie. Elle n'est pas une maladie dégénérative. Elle n'est pas dangereuse, elle n'affecte pas les organes vitaux, ni l'espérance de vie.

Sa fréquence et la population concernée

La prévalence de la fibromyalgie est d'environ 1,5 à 2 %. Elle touche plus fréquemment les femmes que les hommes.

Ses causes, son origine

La fibromyalgie est liée à des modifications des processus de détection et de modulation de la douleur au niveau du système nerveux central entraînant une hypersensibilité à la douleur.

Ses principaux signes et symptômes

- Douleurs persistantes au-delà de 3 mois, diffuses, mais souvent variables et fluctuantes dans le temps, en intensité et en localisation.
- Symptômes souvent associés aux douleurs, notamment fatigue physique chronique, fatigabilité excessive à l'effort, troubles cognitifs (difficultés d'attention, de concentration, pertes de mémoire, sensation de brouillard mental), troubles du sommeil, détresse émotionnelle, troubles psychiques (anxiété, dépression sans nécessairement impliquer une cause psychologique aux douleurs), troubles fonctionnels intestinaux, limitation fonctionnelle avec interférence dans les activités de la vie quotidienne, professionnelles, familiales, sociales.
- Hypersensibilité des muscles, des articulations, des tendons au toucher, à la pression, localisée ou diffuse pouvant être associée à une hypersensibilité plus générale au froid, au chaud, à la lumière, au bruit.

Son diagnostic

Le diagnostic est clinique, il s'appuie sur l'histoire de la maladie, un examen physique et un entretien approfondi avec le patient. Une démarche est entreprise pour rechercher d'autres maladies dont les symptômes peuvent être proches. L'existence de la fibromyalgie n'exclut pas l'association avec d'autres maladies.

Des examens biologiques peu nombreux sont prescrits pour rechercher des maladies, notamment inflammatoires ou endocriniennes, qui peuvent être traitées. D'autres examens peuvent être nécessaires pour éliminer d'autres diagnostics.

Son retentissement sur la qualité de vie

Les symptômes peuvent gêner les activités de la vie quotidienne, leur planification, leur réalisation, mais aussi le travail, les relations interpersonnelles. La gêne ressentie peut être différente pour chaque personne et évoluer au cours du temps.

Les objectifs du traitement

Dans la fibromyalgie, la stratégie thérapeutique associe prioritairement l'activité physique incluant un apprentissage en autonomie pour être poursuivie et intégrée au mode de vie, le développement de stratégies personnalisées d'autogestion de la douleur et d'adaptation à la maladie, l'accompagnement du maintien dans l'emploi, l'accompagnement de toute forme de vulnérabilité, le traitement et l'accompagnement d'autres problèmes de santé (troubles du sommeil, obésité).

Les médicaments ont des effets modestes sur le soulagement des douleurs. Un risque de mésusage peut exister.

Si des troubles de l'humeur (anxiété, dépression, idées suicidaires) sont repérés, il est nécessaire de les évaluer pour proposer un traitement approprié. Ces troubles peuvent rendre difficiles l'engagement du patient dans son traitement et l'adaptation à la maladie.

Un projet de soins individualisé et une implication essentielle du patient

Le projet de soins est coconstruit avec le patient à partir d'une démarche de décision partagée : partage d'informations soutenu par un document écrit, explications sur la maladie et les options de traitement, prise en compte des attentes, des préférences du patient, évaluation régulière des effets des traitements et reformulation du projet de soins si besoin.

Pour commencer : proposer d'accompagner l'adaptation à la maladie et la recherche de stratégies personnelles de gestion des douleurs, de poursuivre l'activité physique du quotidien, de choisir en plus une activité physique plaisante à pratiquer avec d'autres personnes (famille, amis, association, etc.), de diminution les comportements sédentaires ; de préserver la

qualité du sommeil ; de modifier si besoin l'équilibre et la variété de l'alimentation, de garder un rythme pour les repas. Encourager le plus possible le maintien dans l'emploi et les activités habituelles.

L'évaluation partagée entre le médecin et le patient identifie des améliorations sur le plan clinique et celles perçues par le patient, mais aussi les difficultés. Elle permet de proposer des traitements ou approches complémentaires.

En cas de difficultés pour pratiquer des activités physiques en autonomie, une activité physique adaptée et supervisée est proposée à poursuivre en autonomie. Pour accompagner le patient vers plus d'autonomie dans la gestion de sa maladie, des séances d'éducation thérapeutique du patient (ETP) sont proposées. Une approche psychothérapeutique spécialisée et structurée peut être proposée en cas de difficultés à s'adapter à la maladie.

Travailler avec une fibromyalgie est possible

Le maintien dans l'emploi d'une personne avec un diagnostic de fibromyalgie doit être favorisé précocement et, le cas échéant, des adaptations recherchées avec le médecin du service de prévention et de santé au travail (SPST).

Les médicaments ont un effet modeste

Seuls certains antidépresseurs ou antiépileptiques prescrits en traitement de fond pour leur action antalgique même en l'absence d'un diagnostic de dépression ou d'épilepsie.. L'utilisation d'antalgiques usuels est possible pour des douleurs incidentes mais jamais au long cours. Le recours aux opioïdes pour les douleurs aiguës incidentes doit être prudent et ponctuel, et exceptionnel au long cours et après avis.

Les médicaments sont débutés à faibles doses afin d'améliorer la tolérance et réduire l'apparition d'effets indésirables. Leur poursuite ou leur arrêt est évalué en appréciant la tolérance et l'efficacité ressentie par le patient. Le mésusage est possible et est à repérer ainsi que les risques associés et à accompagner.

La nutrition

Une alimentation équilibrée et diversifiée couvre les besoins réels de la personne. Les régimes alimentaires proposant des restrictions spécifiques (par exemple sans gluten, sans lactose, pauvre en calories, pauvre en FODMAP⁴⁰), la prise de compléments alimentaires (vitamines, minéraux, plantes, etc.), probiotiques, prébiotiques n'ont pas d'intérêt démontré dans la fibromyalgie en dehors de carences avérées ou de troubles gastro-intestinaux diagnostiqués. Il n'y a pas d'arguments en faveur ou en défaveur d'une alimentation méditerranéenne, végétarienne, végétalienne.

D'autres interventions sans effets indésirables, ni risques pour la santé peuvent être discutées dans le cadre du projet de soins

Les soins thermaux associés à de l'exercice physique ont des bénéfices antalgiques et/ou fonctionnels modérés, à consolider par une activité physique en autonomie.

La neurostimulation électrique transcutanée (TENS pour *Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation*) peut soulager une exacerbation des douleurs localisées ou loco-régionales après avis pluridisciplinaire et dans des conditions précises de prescription, d'apprentissage par le patient, de suivi régulier des effets et d'un arrêt en cas d'inefficacité.

La stimulation magnétique transcrânienne répétée (rTMS pour *Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation*) et la stimulation transcrânienne à courant continu (tDCS pour *Transcranial Direct Current Stimulation*) ont un effet général sur les douleurs chroniques et la qualité de vie. Elles peuvent être proposées en établissement de santé, après avis d'une structure douleur chronique (SDC) et selon disponibilité de la technique.

La relaxation, l'hypnose, la méditation peuvent avoir des effets positifs (état de détente, d'apaisement, bien-être) sous certaines conditions de délivrance, notamment formation appropriée de l'intervenant, description des modalités de mise en œuvre, auto-apprentissage par le patient.

Les associations d'usagers : partage d'expérience, soutien

Les associations d'usagers partagent des informations sur la fibromyalgie, le vécu et les expériences d'adaptation à la maladie, soutiennent les patients, rappellent les critères de vigilance pour prévenir les dérives de certaines pratiques, participent à la conception des séances d'éducation thérapeutique du patient (ETP), à leur coanimation avec un soignant, en étant préalablement formés.

⁴⁰ FODMAP (*Fermentescibles Oligosaccharides Disaccharides Monosaccharides And Polyols*) : sucres naturellement peu digérés qui fermentent au contact des bactéries du côlon et qui, ingérés en excès ou chez des personnes sensibles, provoquent des ballonnements intestinaux, responsables de douleurs et de gaz.

Annexe 6. Fibromyalgie. Prescription et mise en œuvre de l'activité physique adaptée

➔ Toute prescription d'activité physique adaptée doit être précédée d'une évaluation⁴¹

Encadré 1. Contenu de la consultation médicale avant prescription d'une activité physique adaptée (APA) (HAS. La prescription d'activité physique adaptée. Juillet 2022)

- Examen physique complet, en particulier cardiovasculaire, respiratoire, cutané et de l'appareil locomoteur
- Évaluation des différentes composantes de la condition physique du patient, qui peut être effectuée par un professionnel de l'APA
- Entretien motivationnel à la recherche des freins et des leviers à la pratique d'AP et à un mode de vie physiquement plus actif et moins sédentaire
- Prescription éventuelle d'examens complémentaires et/ou d'avis spécialisé
- Programmation du suivi médical pour évaluer la progression, adapter la prescription, renforcer la motivation du patient et l'accompagner progressivement vers un mode de vie physiquement plus actif et moins sédentaire en autonomie et sécurité

➔ Les exercices proposés peuvent être notamment d'endurance aérobie, de renforcement musculaire, et associer des exercices favorisant la souplesse musculo-articulaire, l'équilibre

Encadré 2. Typologie des exercices physiques et modalités dans la fibromyalgie

Les exercices progressifs, **d'intensité faible à modérée** sont proposés à sec et/ou en milieu aquatique, en fonction de l'offre locale et des préférences du patient.

Les exercices proposés peuvent être notamment **d'endurance aérobie***, de **renforcement musculaire****, et associer des exercices favorisant la **souplesse musculo-articulaire, l'équilibre**.

➔ Les activités en milieu aquatique ont l'avantage d'être mieux tolérées grâce à la décharge relative dans l'eau, de faciliter le mouvement, de diminuer la kinésiophobie.

Les séances sont dispensées **en groupe ou en individuel, à une fréquence de 1 à 3 séances par semaine sur une période de 3 mois**.

➔ La durée des séances ainsi que les modalités des séances sont à adapter en fonction de la tolérance à l'effort, de la persistance de douleurs entre les séances, et de la disponibilité du patient.

Les exercices sont variés et ludiques pour éviter la monotonie et les abandons en cours de programme et soutenir la motivation et les efforts.

L'accompagnement de la reprise d'une activité physique et de sa poursuite en autonomie sous la forme de relai **fait partie intégrante du programme d'APA**.

Lorsque le patient pratique déjà une activité physique importante, l'enjeu est de **l'accompagner dans le dosage de son intensité** afin d'éviter une aggravation des symptômes.

* Activité physique d'endurance aérobie : ergocycle, tapis de marche.

** Activité physique de renforcement musculaire : banc de musculation à charges guidées, poids et haltères, élastiques.

⁴¹ Haute Autorité de santé. Guide. Consultation et prescription médicale d'activité physique à des fins de santé chez l'adulte.2022. Saint-Denis La Plaine [Haute Autorité de Santé - Consultation et prescription médicale d'activité physique à des fins de santé](#)

➔ La prescription s'appuie sur les caractéristiques « FITT-VP » adaptées à la fibromyalgie

Encadré 3. Caractéristiques FITT-VP de l'activité physique (HAS)⁴²

- **F pour fréquence** : 1 à 3 fois par semaine (pour la fibromyalgie) sur une période de 3 mois, éventuellement renouvelable après évaluation des capacités fonctionnelles après le programme
- **I pour intensité**, faible au début, puis progressivement vers une intensité modérée (essoufflement et transpiration modérée, conversation possible)
- **T pour type d'AP** choisi en fonction des effets physiologiques attendus en termes d'amélioration : exercices en endurance associés à des exercices en renforcement musculaire et si besoin à des exercices de souplesse et d'équilibre
- **T pour temps des séances**, progressif, si besoin fractionné et sans répétition de mouvements, comprenant un temps d'échauffement et un temps de récupération en plus du temps d'activité physique lui-même
- **V pour volume ou quantité d'activité physique** : commencer par de petites quantités d'AP et en augmenter progressivement la fréquence, l'intensité et la durée, en veillant à la tolérance à l'effort, à l'évaluation de la douleur et de la fatigue avant et après chaque séance et d'une éventuelle persistance entre les séances
- **P pour progression**, AP d'intensité faible au début, avec une progression lente et contrôlée

➔ L'activité physique adaptée est proposée sous la forme d'un programme

Encadré 4. Caractéristiques d'un programme d'activité physique adaptée (APA)

- Structuré et supervisé par un professionnel de l'activité physique adaptée
- Délivré en groupe ou en individuel
- Personnalisé et donc adapté aux capacités du patient, à ses attentes et à ses préférences
- Bien toléré sur le plan de la fatigabilité, de la tolérance à l'effort (travail sur l'endurance plutôt que sur la force), de la récupération et de la persistance éventuelle de douleurs entre les séances, et de la disponibilité du patient
- Progressif avec des exercices variés et ludiques pour éviter la monotonie et les abandons en cours de programme et soutenir la motivation et les efforts

➔ Le professionnel de l'APA transmet le programme ainsi qu'un compte-rendu régulier au médecin prescripteur

Encadré 5. Mise en œuvre de l'activité physique adaptée : contenu des évaluations intermédiaires

- Caractéristiques FITT-VP des activités physiques : intensité, fréquence, progressivité, éventuelles exacerbations de la douleur et/ou de la fatigue, ressenti
- Déroulement, effets sur la condition physique et les capacités fonctionnelles, capacités à réaliser les activités de la vie quotidienne, y compris une activité professionnelle
- Degré d'autonomie dans la pratique de l'activité physique
- Besoin de renouvellement de la prescription de l'APA ou du changement d'activités physiques si nécessaire, ou poursuite en autonomie et sécurité, ou relais vers une structure adaptée

⁴² Haute Autorité de santé. Guide. Consultation et prescription médicale d'activité physique à des fins de santé chez l'adulte.2022. Saint-Denis La Plaine [Haute Autorité de Santé - Consultation et prescription médicale d'activité physique à des fins de santé](#)

Annexe 7. Fibromyalgie. Éducation thérapeutique du patient : compétences à développer

Compétences d'autosoins

- Acquérir des connaissances sur la fibromyalgie.
- Reconnaître et savoir évaluer les symptômes, leur fluctuation, les situations ou événements de vie, les facteurs aggravant, déclenchant ou entretenant les douleurs, ce qui soulage sur la base de l'expérience.
- Identifier et comprendre les répercussions de la fibromyalgie sur les activités de la vie quotidienne et la qualité de vie.
- Reconnaître ses propres émotions et les signes d'alerte (exacerbation de la douleur, trouble de l'humeur, diminution de la motivation, etc.).
- Comprendre l'intérêt des options de traitement, l'incertitude et les risques de certaines pratiques, produits, techniques.
- Reconnaître ses capacités physiques et ses limites.
- Savoir s'organiser au quotidien, simplifier les activités de la vie quotidienne, les fractionner, mettre en place un équilibre entre période d'activités et de repos, puis coconstruire des pistes d'adaptation à la maladie pour aller ensuite vers des stratégies personnelles d'adaptation.
- Participer régulièrement à des séances d'activité physique adaptée, savoir les poursuivre en autonomie.
- Mettre en œuvre des modifications à son mode de vie : activité physique du quotidien, diminution des comportements sédentaires, pratiquer une activité physique plaisante, ajustée en intensité, sommeil et rythme de vie, alimentation.

Compétences d'adaptation ou psychosociales

- Se connaître soi-même et accepter ses limites, restaurer la confiance en ses capacités.
- Mettre en mots ses ressentis et émotions, exprimer sa fatigue de l'effort quotidien de prendre soin de soi.
- Exprimer ses besoins, ses attentes, ses croyances, ses représentations, ses peurs, le sens donné à ses douleurs.
- Solliciter l'aide de son entourage et l'associer aux adaptations rendues nécessaires par la maladie.
- Identifier un projet réalisable conciliant la maladie et les exigences du traitement, se fixer des buts atteignables et faire des choix, procéder par paliers.
- Développer, à partir de son expérience et d'un échange avec d'autres patients, un raisonnement créatif et une réflexion critique dans la recherche de solutions personnalisées pour soulager les symptômes et faire face aux exacerbations des douleurs.
- Prendre des décisions et résoudre un problème : adapter son environnement, simplifier les activités de la vie quotidienne, se maintenir dans l'emploi.
- Développer des compétences en matière de communication et de relations interpersonnelles, rechercher un appui dans l'environnement familial, amical, social pour soutenir et maintenir la motivation, faciliter la vie quotidienne.
- S'observer, s'évaluer, se renforcer.

Ressources éducatives pour l'apprentissage de compétences⁴³

Ressources	Exemples
Techniques de communication centrées sur le patient	Écoute active, empathie, attitude encourageante, entretien motivationnel à utiliser en particulier au moment de l'élaboration du diagnostic éducatif, au cours du suivi éducatif et du suivi médical, pour initier un changement chez le patient, soutenir sa motivation au fil du temps
Techniques pédagogiques	Exposé interactif, étude de cas, table ronde, remue-méninges, analyse critique de ressources documentaires ou technologiques, analyse d'une situation, de l'expérience ou d'un carnet de suivi, atelier, activités physiques, jeu de rôle, témoignage documentaire, technique du photolangage®
Outils	Affiche, classeur-imagier, brochure, ressources technologiques permettant de transmettre, partager ou échanger des informations

⁴³ HAS. Éducation thérapeutique du patient. Comment la proposer et la réaliser ? juin 2007. [Haute Autorité de santé – Éducation thérapeutique du patient \(ETP\)](#)

Annexe 8. Fibromyalgie. Perception des améliorations et de la réponse au traitement

➔ Échelle d'impression globale du changement clinique (*Patient Global Impressions scale – Change in clinical status* ou PGI-C)

Objectifs : échelle qui évalue plusieurs aspects de la santé d'une personne qui apprécie elle-même l'amélioration ou l'amoindrissement de son état.

Caractéristiques : échelle d'auto-évaluation de Likert en 7 points. Initialement construite pour évaluer l'effet des thérapeutiques dans les troubles psychiques, elle est utilisable quelle que soit la maladie.

Domaines couverts par le questionnaire : fonctionnement, symptômes, qualité de vie.

Pour chacun des trois domaines couverts, les options de réponse sont décrites dans le tableau ci-dessous.

Utilisation à tout moment du suivi en appréciation globale de la situation ou en rapport avec une thérapeutique spécifique (par exemple, après un programme d'activité physique adaptée, après un programme de soins médicaux et de réadaptation, etc.)

Choisir un domaine d'auto-évaluation et demander à la personne d'évaluer elle-même le changement.

Présentation : sous la forme d'un chiffre à entourer sur une échelle d'auto-évaluation visuelle analogique.

Score obtenu et interprétation : score global ; plus le score est bas, plus le changement est positif.

Options de réponse : échelle de Likert en 7 points

1	Très fortement amélioré
2	Fortement amélioré
3	Légèrement amélioré
4	Pas de changement
5	Légèrement aggravé
6	Fortement aggravé
7	Très fortement aggravé

Nota bene : différentes adaptations en français existent proposant de préciser le domaine d'auto-évaluation, par exemple : le changement sur les capacités à réaliser les activités de la vie quotidienne, les symptômes, les émotions, etc.

Source : Guy W. Clinical Global Impressions (028-CGI). Dans: Guy W, ed. ECDEU assessment manual for psychopharmacology, revised 1976. Rockville: US Department of Health, Education, and Welfare; 1976. p. 218-22.

<https://ia800200.us.archive.org/19/items/ecdeuassessmentm1933guyw/ecdeuassessmentm1933guyw.pdf>

Retrouvez tous nos travaux sur
www.has-sante.fr

