

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement
Le 23 octobre 2024

Par HAMON Roman

**Lien entre fibromyalgie et trouble de personnalité : une revue
systématique de la littérature.**

Thèse dirigée par Madame le docteur Mirvat HAMDAN-DUMONT

Examineurs :

M. le professeur Philippe NUBUKPO,
M. le professeur Bertrand OLLIAC,
M. le professeur Benjamin CALVET,
Mme. le docteur Mirvat HAMDAN-DUMONT,
Mme le docteur Julie MARTIN-CEOLATO,
M. le docteur Anthony BONILLA,

Président du jury
Membre du jury
Membre du jury
Membre du jury
Membre invité
Membre invité





Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

Le 23 octobre 2024

Par HAMON Roman

**Lien entre fibromyalgie et trouble de personnalité : une revue
systématique de la littérature.**

Thèse dirigée par Madame le Docteur Mirvat HAMDAN-DUMONT

Examineurs :

M. le professeur Philippe NUBUKPO,
M. le professeur Bertrand OLLIAC,
M. le professeur Benjamin CALVET,
Mme. le docteur Mirvat HAMDAN-DUMONT,
Mme le docteur Julie MARTIN-CEOLATO,
M. le docteur Anthony BONILLA,

Président du jury
Membre du jury
Membre du jury
Membre du jury
Membre invité
Membre invité



Le 29 mars 2024

Doyen de la Faculté

Monsieur le Professeur **Pierre-Yves ROBERT**

Assesseurs

Madame le Professeur **Marie-Cécile PLOY**

Monsieur le Professeur **Jacques MONTEIL**

Monsieur le Professeur **Laurent FOURCADE**

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

ABOYANS Victor	CARDIOLOGIE
ACHARD Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
AJZENBERG Daniel	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
ALAIN Sophie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
AUBRY Karine	O.R.L.
BALLOUHEY Quentin	CHIRURGIE INFANTILE
BERTIN Philippe	THERAPEUTIQUE
BOURTHOUMIEU Sylvie	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE
CAIRE François	NEUROCHIRURGIE
CHRISTOU Niki	CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE
CLAVERE Pierre	RADIOTHERAPIE
CLEMENT Jean-Pierre	PSYCHIATRIE D'ADULTES
COURATIER Philippe	NEUROLOGIE
DAVIET Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
DELUCHE Elise	CANCEROLOGIE
DESCAZEAUD Aurélien	UROLOGIE
DRUET-CABANAC Michel	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL

DUCHESNE Mathilde	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
DURAND Karine	BIOLOGIE CELLULAIRE
DURAND-FONTANIER Sylvaine	ANATOMIE (CHIRURGIE DIGESTIVE)
FAUCHAIS Anne-Laure	MEDECINE INTERNE
FAUCHER Jean-François	MALADIES INFECTIEUSES
FAVREAU Frédéric	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
FEUILLARD Jean	HEMATOLOGIE
FOURCADE Laurent	CHIRURGIE INFANTILE
GAUTHIER Tristan	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
GUIGONIS Vincent	PEDIATRIE
HANTZ Sébastien	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
HOUETO Jean-Luc	NEUROLOGIE
JACCARD Arnaud	HEMATOLOGIE
JACQUES Jérémie	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile	IMMUNOLOGIE
JESUS Pierre	NUTRITION
JOUAN Jérôme	CHIRURGIE THORACIQUE ET VASCULAIRE
LABROUSSE François	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
LACROIX Philippe	MEDECINE VASCULAIRE
LAROCHE Marie-Laure	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
LOUSTAUD-RATTI Véronique	HEPATOLOGIE
LY Kim	MEDECINE INTERNE
MAGNE Julien	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
MAGY Laurent	NEUROLOGIE
MARCHEIX Pierre-Sylvain	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
MARQUET Pierre	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

MATHONNET Muriel	CHIRURGIE DIGESTIVE
MELLONI Boris	PNEUMOLOGIE
MOHTY Dania	CARDIOLOGIE
MONTEIL Jacques	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
MOUNAYER Charbel	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
NUBUKPO Philippe	ADDICTOLOGIE
OLLIAC Bertrand	PEDOPSYCHIATRIE
PARAF François	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE
PLOY Marie-Cécile	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
PREUX Pierre-Marie	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
ROBERT Pierre-Yves	OPHTALMOLOGIE
ROUCHAUD Aymeric	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
SALLE Jean-Yves	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
STURTZ Franck	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
TCHALLA Achille	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES
TOURE Fatouma	NEPHROLOGIE
VALLEIX Denis	ANATOMIE
VERGNENEGRE Alain	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
VERGNE-SALLE Pascale	THERAPEUTIQUE
VIGNON Philippe	REANIMATION
VINCENT François	PHYSIOLOGIE
WOILLARD Jean-Baptiste	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
YARDIN Catherine	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE
YERA Hélène	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE

Professeurs Associés des Universités à mi-temps des disciplines médicales

BRIE Joël	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE
KARAM Henri-Hani	MEDECINE D'URGENCE
MOREAU Stéphane	EPIDEMIOLOGIE CLINIQUE
VANDROUX David	ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION

Maitres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers

COMPAGNAT Maxence	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
COUVE-DEACON Elodie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
ESCLAIRE Françoise	BIOLOGIE CELLULAIRE
FAYE Pierre-Antoine	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
FREDON Fabien	ANATOMIE/CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
GEYL Sophie	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
LALOZE Jérôme	CHIRURGIE PLASTIQUE
LIA Anne-Sophie	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
MARGUERITTE François	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
PASCAL Virginie	IMMUNOLOGIE
RIZZO David	HEMATOLOGIE
SALLE Henri	NEUROCHIRURGIE
SALLE Laurence	ENDOCRINOLOGIE
TERRO Faraj	BIOLOGIE CELLULAIRE
TRICARD Jérémy	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE

P.R.A.G.

GAUTIER Sylvie	ANGLAIS
-----------------------	---------

Maitre de Conférences des Universités associé à mi-temps

BELONI Pascale	SCIENCES INFIRMIERES
-----------------------	----------------------

Professeur des Universités de Médecine Générale

DUMOITIER Nathalie (Responsable du département de Médecine Générale)

Professeur associé des Universités à mi-temps de Médecine Générale

HOUDARD Gaëtan (du 01-09-2019 au 31-08-2025)

LAUCHET Nadège (du 01-09-2023 au 31-08-2026)

Maitres de Conférences associés à mi-temps de médecine générale

BAUDOT Pierre-Jean (du 01-09-2023 au 31-08-2026)

BUREAU-YNIESTA Coralie (du 01-09-2022 au 31-08-2025)

SEVE Léa (du 01-09-2021 au 31-08-2024)

Professeurs Emérites

ALDIGIER Jean-Claude du 01-09-2023 au 31-08-2024

LACROIX Philippe du 01-09-2024 au 31-08-2026

MABIT Christian du 01-09-2022 au 31-08-2024

MOREAU Jean-Jacques du 01-09-2019 au 31-08-2024

NATHAN-DENIZOT Nathalie du 01-09-2022 au 31-08-2024

TREVES Richard du 01-09-2023 au 31-08-2024

VALLAT Jean-Michel du 01-09-2023 au 31.08.2025

VIROT Patrice du 01-09-2023 au 31-08-2024

Assistants Hospitaliers Universitaires

ABDALLAH Sahar	ANESTHESIE REANIMATION
BOYER Claire	NEUROLOGIE
HAZELAS Pauline	BIOCHIMIE
CUSSINET Lucie	ORL
FERRERO Pierre-Alexandre	CHIRURGIE GENERALE
FRAY Camille	PEDIATRIE
GRIFFEUILLE Pauline	IPR
HERAULT Etienne	PARASITOLOGIE
JADEAU Cassandra	HEMATOLOGIE BIOLOGIE
KHAYATI Yasmine	HEMATOLOGIE
LAIDET Clémence	ANESTHESIOLOGIE REANIMATION
MEYER Sylvain	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE HYGIENE
PERANI Alexandre	GENETIQUE
PLATEKER Olivier	ANESTHESIE REANIMATION
SERVASIER Lisa	CHIRURGIE OPTHOPEDIQUE

Chefs de Clinique – Assistants des Hôpitaux

ABDELKAFI Ezedin	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE
AGUADO Benoît	PNEUMOLOGIE
ANNERAUD Alicia	HEPATOLOGIE GASTROENTEROLOGIE
AUBOIROUX Marie	HEMATOLOGIE TRANSFUSION
BAUDOIN Maxime	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
BEAUJOUAN Florent	CHIRURGIE UROLOGIQUE
BERENGER Adeline	PEDIATRIE

BLANCHET Aloïse	MEDECINE D'URGENCE
BONILLA Anthony	PSYCHIATRIE
BOUTALEB Amine Mamoun	CARDIOLOGIE
BURGUIERE Loïc	SOINS PALLIATIFS
CAILLARD Pauline	NEPHROLOGIE
CATANASE Alexandre	PEDOPSYCHIATRIE
CHASTAINGT Lucie	MEDECINE VASCULAIRE
CHROSCIANY Sacha	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
COLLIN Rémi	HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE
COUMES-SALOMON Camille	PNEUMOLOGIE ALLERGOLOGIE
DELPY Teddy	NEUROLOGIE
DU FAYET DE LA TOUR Anaïs	MEDECINE LEGALE
FESTOU Benjamin	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES
FRACHET Simon	NEUROLOGIE
GADON Emma	RHUMATOLOGIE
GEROME Raphaël	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
GOURGUE Maxime	CHIRURGIE
LADRAT Céline	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
LAPLACE Benjamin	PSYCHIATRIE
LEMACON Camille	RHUMATOLOGIE
LOPEZ Jean-Guillaume	MEDECINE INTERNE
MACIA Antoine	CARDIOLOGIE
MEYNARD Alexandre	NEUROCHIRURGIE
MOI BERTOLO Emilie	DERMATOLOGIE
NASSER Yara	ENDOCRINOLOGIE
PAGES Esther	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE

Remerciements

Monsieur le Professeur Philippe NUBUKPO

Professeur des Universités

*Chef de Pôle Universitaire de Psychiatrie de l'Adulte, de la Personne âgée et d'Addictologie
du Centre Hospitalier Esquirol*

Président du Jury

Professeur Nubukpo,

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse.

Je tiens tout d'abord à vous remercier pour votre écoute, votre bienveillance et de votre investissement auprès des internes. Votre savoir et votre expertise ont été précieux au cours de ces années.

Je tiens tout particulièrement à vous remercier d'avoir accepté que je réalise un stage hors filière et ainsi de m'avoir permis de me conforter dans mon choix initial.

Pour tout cela, soyez certain de ma reconnaissance et de mon profond respect à votre égard.

Monsieur le Professeur OLLIAC

Professeur des universités

Chef de Pôle Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent du Centre Hospitalier Esquirol

Membre du Jury

Professeur Olliac,

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur d'accepter de juger cette thèse.

Votre bienveillance, votre accessibilité ainsi que votre sympathie font qu'apprendre à vos côtés est un réel plaisir.

Je tiens à vous remercier pour vos connaissances et votre expertise que j'ai eu la chance de partager avec vous et qui m'ont été très précieuses lors de mon stage à l'HME. Merci pour l'intérêt que vous avez su susciter chez moi pour la pédopsychiatrie.

Je vous prie de bien vouloir croire, Professeur, en l'assurance de mon profond respect et de mes plus respectueuses salutations.

Monsieur le Professeur CALVET

Professeur des universités

Praticien hospitalier au centre Jean Marie Léger du centre hospitalier Esquirol

Membre du jury

Professeur Calvet,

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur d'accepter de juger cette thèse en qualité de professeur.

Je tiens à vous remercier pour votre gentillesse, votre accessibilité et votre pédagogie lors des cours que vous nous avez dispensés au cours de ces années.

Vos nombreuses connaissances et votre expertise sont sources d'inspiration.

Merci pour votre soutien lors d'une garde partagée ensemble qui a été pour le moins mouvementée...

Je vous témoigne ici de ma reconnaissance et de mon profond respect.

Madame le Docteur HAMDAN-DUMONT

Praticienne hospitalière au centre hospitalier Esquirol de Limoges

Directrice de thèse

Mirvat,

Je te remercie d'avoir accepté de diriger ce travail de thèse et de m'avoir accompagné tout au long de sa réalisation.

Merci pour ta bienveillance, ton écoute, ta réactivité et tes nombreuses connaissances qui ont été pour moi très précieuses. Merci pour ta patience, tu as su me rassurer et me faire avancer malgré mes doutes et quelques sueurs froides...

Je tiens également à te remercier du temps que tu m'as consacré en plus de tes journées déjà très chargées.

Je tiens à te faire part ici de ma sincère gratitude et de mon profond respect.

Madame le Docteur MARTIN-CEOLATO

Praticienne hospitalière au centre hospitalier Esquirol de Limoges

Membre invitée

Julie,

Merci de m'avoir fait la sympathie et l'honneur d'accepter d'être présente au sein de ce jury. C'était pour moi une évidence tant ton rôle dans mon parcours a été déterminant.

Je garde d'excellents souvenirs de mon passage à Delay à tes côtés, de nos moments partagés et de nos discussions autour de mes questionnements. Peut être sans t'en rendre compte, ton aide a été inestimable et je t'en serai toujours reconnaissant.

Merci également pour ton expertise et ton professionnalisme qui sont une réelle source d'inspiration pour ma pratique future.

Julie, je te prie de croire en ma sincère amitié et mon plus profond respect.

Monsieur le Docteur BONILLA

Chef de Clinique, Assistant des Hôpitaux du Pôle Universitaire de Psychiatrie de l'Adulte, de la Personne âgée et d'Addictologie du Centre Hospitalier Esquirol.

Membre invité

Anthony dit « le grand Docteur Bonilla »,

Par où commencer...

Tout d'abord je tiens à te remercier d'avoir accepté de faire parti de mon jury, c'est un honneur pour moi.

Je te remercie pour ta bienveillance, ton soutien, ta disponibilité, pour tes précieux conseils et ta relecture attentive.

Tes compétences, ton efficacité et ton énergie à revendre m'ont sincèrement impressionnées au cours de mon stage à la liaison.

Merci pour ta bonne humeur, ton humour et tes cours d'orthographe dont je me souviendrai longtemps...

Merci aussi pour m'avoir fait découvrir les escaliers du CHU et pour ces parties de tennis qui m'ont permis de décompresser (malgré les défaites qui seront les dernières...).

J'ai été ravi de pouvoir **davantage** faire ta connaissance au cours de ces 6 mois, tu as été une très belle rencontre et je n'ai qu'une chose à dire :

« Le Bonilla ça ne se raconte pas, ça se vit ! ».

Je te prie de croire à mon amitié sincère et mon profond respect envers toi.

Merci au Docteur Éric Charles, au Docteur Caroline Ceolato-Martin et au Docteur Etienne Caylar de m'avoir fait découvrir la psychiatrie au cours de mon premier stage.

Éric, tu as toute mon admiration pour tes compétences, ton art de mener les entretiens et le lien thérapeutique que tu arrives à établir avec tes patients. C'est une source d'inspiration pour moi et j'espère pouvoir un jour tendre également à cela.

Caroline, merci pour ces 6 mois passés à tes côtés. Tu as su me faire débiter sereinement mon internat avec une grande bienveillance. Tes conseils et ton expertise me seront toujours d'une grande aide.

Etienne, ta disponibilité, ta gentillesse et tes connaissances ont été d'une aide inestimable. Je te remercie pour cela. Promis, nous allons pouvoir aller jouer au golf maintenant !

Merci au Docteur Julie Martin-Ceolato et au Docteur Isabelle Ribeyrol.

Isabelle, un grand merci pour votre expertise psychiatrique ainsi que votre gentillesse. Soyez assurée de mon profond respect à votre égard.

Julie, tout a été dit un peu plus haut. Encore merci.

Merci au Docteur Aurélie Ménage et au Docteur Lucia Fiegl.

Aurélie et Lucia, merci pour votre grande gentillesse, votre bienveillance et votre professionnalisme. Merci de m'avoir partagé vos connaissances et votre expertise. Merci également pour votre confiance m'ayant permis de gagner en autonomie. Soyez toutes deux assurées de ma profonde reconnaissance.

Merci au Docteur Alexandre Catanese et à tous les praticiens de pédopsychiatrie.

Alexandre, un grand merci pour ta bienveillance, ton écoute et ta disponibilité. Un grand merci également de m'avoir transmis ton expertise ainsi que ton intérêt pour la pédopsychiatrie.

Merci à tous les praticiens de pédopsychiatrie avec qui j'ai eu la chance de travailler au sein de l'HME. Je ne vous citerai pas tous de peur de faire des oublis. Merci à chacun d'entre vous pour votre disponibilité, votre gentillesse et votre bienveillance envers les jeunes patients.

Merci au Docteur Fatou Cisse et au Docteur Anthony Bonilla.

Fatou, merci pour ton incroyable gentillesse et de m'avoir transmis ton savoir et ton expertise. Merci également pour nos discussions autour du développement psychomoteur des bébés ^^.

J'ai été ravi et honoré de travailler à tes côtés et de faire ta connaissance au cours de ce stage très enrichissant.

Anthony, tout a été dit précédemment, un grand merci pour tout !

Merci à tous les médecins que je n'ai pas cités et avec qui j'ai eu le privilège de travailler au cours de ces années d'internat. Votre bienveillance, votre disponibilité et votre expertise médicale ont été d'une grande richesse et me serviront pour sur tout au long de ma carrière.

Merci à l'ensemble de mes co-internes avec qui j'ai eu la chance de partager ces années. Merci à tous pour votre présence et votre gentillesse qui nous ont permis de traverser ces années dans la bienveillance et l'entraide.

Mélissa, je ne pouvais espérer une meilleure co-interne lors de notre stage à Pelletier. Merci pour ton aide précieuse. J'ai rencontré une magnifique personne. Au plaisir peut être de retravailler ensemble un jour et plus certainement de se recroiser à l'extérieur.

Mariel, merci beaucoup pour notre stage commun à l'HME. Ça a été un vrai plaisir de travailler avec toi au cours de ces 6 mois. Bon courage pour ton stage à Paris et à très vite.

Sophie, nous n'avons pas bossé ensemble mais nous avons partagé notre semestre pré thèse au 9^{ème}. Merci pour ton écoute, ton aide et pour tes tutos informatiques. A très vite !

Thomas, merci pour ton soutien et notre entraide depuis la PACES. Je suis heureux de te compter parmi mes amis.

Merci à toutes les équipes d'Esquirol pour leur accueil lors de mes différents stages. Merci pour votre gentillesse, vos conseils et votre professionnalisme. Je ne peux malheureusement pas tous vous citer sans faire de nombreux oublis. Alors merci à tous les cadres, infirmières, aides-soignants, ASH, assistantes-sociales, psychologues, secrétaires... avec lesquels j'ai eu la chance de collaborer au cours de ces années.

Virginie, merci pour ton infini gentillesse et ta bienveillance.

Julia, merci pour ta gentillesse, ta bonne humeur et ton soutien.

Emilie, merci pour ton sourire, un vrai « sunshine ». Plus sérieusement merci pour ta gentillesse et ton soutien.

Adrien, merci pour ton humour, ta gentillesse et les épisodes de HOD qui ont été d'un grand réconfort.

A mes parents,

Depuis toutes ces années, vous m'avez fait confiance et m'avez encouragé dans toutes les voies que j'ai choisies. Merci pour les incroyables personnes et incroyables parents que vous êtes au quotidien. Pour cela et pour tout le reste, je ne pourrai jamais assez-vous remercier. J'espère que vous serez fiers de ce travail. Je vous aime.

A ma grand-mère,

Mamie merci pour ton soutien depuis toujours.

A mon frère Jean-Charles, ma nièce Océane, et ma belle-sœur Stéphanie,

Merci à tous les 3 pour votre soutien et d'avoir toujours été présents pour moi durant toutes ces années.

A ma belle-famille,

Charles, Marie, Damien, Erika et Oria : Merci de m'avoir accueilli si chaleureusement dans votre magnifique famille, pour votre soutien et votre assistance dépannage ^^.

A toi Aurélie,

Mon cœur, je ne te remercierai jamais assez pour ton soutien lors de la rédaction de cette thèse, mais surtout pour tout ce que tu m'apportes au quotidien. Merci pour l'amour et la joie que tu m'offres tous les jours depuis notre rencontre. Je continuerai à faire tout mon possible pour te le rendre à la hauteur de la personne que tu es.

Je sais que ces derniers mois n'ont pas été toujours faciles (soirées Zotero et mise en page...) mais ta patience, ton soutien, ton aide et tes encouragements ont été infaillibles et primordiales pour moi. Maintenant nous allons pouvoir profiter pleinement. Je t'aime.

Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 4.0 France** »

disponible en ligne : <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>



Liste des abréviations

FM : Fibromyalgie

ACR : American College of Rheumatology

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

CIM : Classification Internationale des Maladies

HAS : Haute Autorité de Santé

CIDN : Contrôle Inhibiteur Diffus Nociceptif

HHS : Hypothalamo-Hypophysio-Surrénalien

FiRST : Fibromyalgia Rapid Screening Tool

IDD : index de Douleurs Diffuses

WPI : Widespread Pain Index

SS : Sévérité des Symptômes

APS : American Pain Society

ASMSG : Association of the Scientific Medical Societies in Germany

CPS¹ : Canadian Pain Society

EULAR : European League Against Rheumatism

ETP : Education Thérapeutique du Patient

TCC : Thérapies Comportementales et Cognitives

MSBR : Mindfulness Based Stress Reduction

EMDR : Eye Movement Desensitization and Reprocessing

rTMS : Stimulation Magnétique Transcrânienne répétée

STCC : Stimulation électrique Transcrânienne à Courant Continu

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

FDA : Food and Drug Administration

ISRS : Inhibiteur Sélectif de Recapture de la Sérotonine

AINS : Anti Inflammatoire Non Stéroïdien

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders

SCI : Structural and Clinical Interview

SIDP : Structured Interview for DSM Personality

NEO PI-R : Revised NEO Personality Inventory

MMPI : Minnesota Multiphasic Personality Inventory

TCI : Temperament and Character Inventory

TPQ : Temperament Personality Questionnaire

RN : Recherche de Nouveauté
ED : Evitement du Danger
DR : Dépendance à la Récompense
P : Persistance
D : Détermination
C : Coopérativité
T : Transcendance
ESPT : Etat de Stress Post Traumatique
PRISMA : Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses
NOS : Newcastle-Ottawa Scale
MCMI : Millon Clinical Multiaxial Inventory-IV
CPS² : Clinical Psychopathologic Syndromes
HAM-D-17 : Hamilton Depression Rating Scale
BDI : Beck Depression Inventory
HAM-A : Hamilton Anxiety Rating Scale
STAI-STATE : State Trait Anxiety Inventory
SNAP-25 : Synaptosome Associated Protein-25
TCI-HQ : Inventaire du Tempérament et du Caractère-Hétéro Questionnaire

Table des matières

Introduction	28
I. Fibromyalgie.....	29
I.1. Historique et définition.....	29
I.2. Epidémiologie	30
I.3. Hypothèses physiopathologiques.....	31
I.3.1. Mécanismes centraux.....	31
I.3.2. Mécanismes périphériques.....	33
I.3.3. Autres hypothèses.....	33
I.4. Symptomatologie et diagnostic	34
I.4.1. Symptômes	34
I.4.2. Diagnostic	35
I.4.2.1. Dépistage.....	36
I.4.2.2. Critères diagnostics.....	36
I.5. Prise en charge.....	38
I.5.1. Traitements non médicamenteux.....	40
I.5.1.1. Activité physique adaptée	40
I.5.1.2. Education thérapeutique (ETP)	40
I.5.1.3. Psychothérapies	41
I.5.1.4. Stimulation magnétique transcrânienne répétée (rTMS)	41
I.5.2. Traitements médicamenteux	43
II. Troubles de personnalité	44
II.1. Définition de la personnalité	44
II.2. Personnalités pathologiques et classification	44
II.3. Epidémiologie	46
II.4. Outils d'évaluation de la personnalité.....	47
II.4.1. Modèle biopsychosocial de Cloninger.....	47
II.4.1.1. Tempérament.....	48
II.4.1.2. Caractère	52
III. Fibromyalgie et troubles psychiatriques.....	55
III.1. Dépression et FM.....	57
III.2. Anxiété et FM.....	57
III.3. Etat de stress post traumatique (ESPT) et FM	58

III.4. Alexithymie et FM	58
III.5. Troubles cognitifs et FM.....	58
IV. Revue systématique de la littérature	60
IV.1. Introduction.....	60
IV.2. Méthodologie.....	62
IV.2.1. Stratégie de recherche.....	62
IV.2.2. Critères d'éligibilité	62
IV.2.3. Sélection des études.....	63
IV.2.4. Extraction des données.....	63
IV.2.5. Evaluation de la qualité	63
IV.3. Résultats	65
IV.3.1. Etudes incluses.....	65
IV.3.2. Caractéristiques des études incluses	67
IV.3.3. Dimensions du tempérament	69
IV.3.4. Dimensions du caractère.....	71
IV.3.5. Qualité des études incluses	72
IV.4. Discussion	73
Conclusion	77
Références bibliographiques	78
Annexes	85
Serment d'Hippocrate.....	89

Table des illustrations

Figure 1 : Points douloureux de Yunus.....	30
Figure 2 : Physiopathologie de la douleur. D'après Beaulieu Pierre : la douleur Guide pharmacologique et thérapeutique.	32
Figure 3 : Critères ACR de 1990 de la FM.....	36
Figure 4 : Index de douleur diffuses (IDD) et échelle de sévérité (SS).....	37
Figure 5 : Algorithme de première intention selon les recommandations de l'EULAR.....	42
Figure 6 : Algorithme de seconde intention selon les recommandations de l'EULAR.....	42
Figure 7 : Attributions causales relatives au déclenchement de la fibromyalgie selon les personnes atteintes.	56
Figure 8 : Diagramme de flux selon PRISMA.	66
Figure 9 : Résultats significatifs des dimensions du tempérament.	70
Figure 10 : Résultats significatifs des dimensions du caractère.	71

Table des tableaux

Tableau 1 : Symptômes fréquemment associés à la FM.	34
Tableau 2 : Diagnostics différentiels de la FM.	35
Tableau 3 : Evolution des critères ACR.	38
Tableau 4 : Liste des prises en charge ayant reçu au moins une recommandation très forte dans l'une des quatre dernières recommandations internationales dans le syndrome fibromyalgique.	39
Tableau 5 : Traitements indiqués dans la FM selon l'EULAR.	43
Tableau 6 : Les trois clusters définis par le DSM et les 10 troubles de personnalité.	45
Tableau 7 : Facettes de la dimension RN.	49
Tableau 8 : Facettes de la dimension ED.	49
Tableau 9 : Facettes de la dimension DR.	50
Tableau 10 : Facettes de la dimension P.	51
Tableau 11 : Facettes de la dimension D.	52
Tableau 12 : Facettes de la dimension C.	53
Tableau 13 : Facettes de la dimension T.	54
Tableau 14 : Déterminants psychologiques identifiés dans la fibromyalgie.	55
Tableau 15 : Caractéristiques des études incluses dans la revue systématique de la littérature.	68

Introduction

La fibromyalgie (FM) est un syndrome complexe caractérisé par des douleurs musculaires chroniques, une fatigue persistante et une altération de la qualité de vie. Bien que souvent mal comprise, cette pathologie musculosquelettique affecte un nombre croissant de personnes à travers le monde, principalement des femmes. Parallèlement, les troubles de la personnalité, qui englobent une variété de modèles de pensée, de comportement et d'émotions dysfonctionnels, représentent un autre domaine de préoccupation en matière de santé, cette fois-ci mentale. A travers l'expérience clinique, la similarité ou l'intrication de certains symptômes, nous nous sommes interrogés sur l'existence d'un lien entre ces deux affections. La coexistence supposée de la fibromyalgie et des troubles de personnalité soulève des questions sur les interactions entre les dimensions somatiques et psychologiques dans le phénomène douloureux chronique. Une meilleure compréhension de leurs relations pourrait non seulement enrichir le champ de la recherche médicale, mais également améliorer les stratégies de prise en charge des patients.

Cette thèse vise donc à explorer les liens potentiels entre la fibromyalgie et les troubles de personnalité. Dans une première partie, nous vous présenterons des généralités sur ces deux pathologies et leurs possibles associations. Dans un second temps, nous vous présenterons une revue systématique de la littérature recherchant les liens entre la fibromyalgie et les troubles de personnalité.

I. Fibromyalgie

I.1. Historique et définition

Le terme « fibromyalgie » vient du latin « fibra » (filament), du grec ancien « myos » (muscle) et « algos » (douleur). La fibromyalgie est définie comme un syndrome douloureux chronique et diffus sans cause organique identifiable à ce jour. La douleur est souvent accompagnée de nombreux autres symptômes comme la fatigue ou des troubles du sommeil ayant un impact fonctionnel important (1).

Très sujette à controverse et parfois rejetée par les praticiens, la reconnaissance de la fibromyalgie en tant qu'entité clinique distincte a été un long processus à travers les siècles. La classification des symptômes et la terminologie ont évolué, tout comme la perception de cette maladie, tant au sein du corps médical que dans la société.

Au 18^{ème} siècle, les médecins ont commencé à faire la distinction entre d'une part le rhumatisme articulaire avec des caractéristiques déformantes et d'autre part des troubles musculosquelettiques des tissus mous douloureux mais non déformants, qui étaient généralement appelés « rhumatisme musculaire ».

En 1815, le chirurgien écossais William Balfour a décrit des cas de douleurs généralisées et chroniques chez certains de ses patients atteints de rhumatismes. Balfour a décrit des nodules et a suggéré que l'inflammation dans le tissu conjonctif musculaire est la cause des nodules et de la douleur. Il a également été le premier à rapporter une sensibilité localisée, appelée points sensibles, en 1824.

En 1904, le terme "fibrositis" a été proposé par un neurologue britannique, Sir William Gowers. Il a également mentionné la douleur spontanée et la sensibilité asymptomatique à la compression mécanique, la fatigue, les troubles du sommeil, ainsi que l'aggravation des symptômes par l'exposition au froid aigu et chronique et le surmenage musculaire. Cette première terminologie a marqué une étape dans la reconnaissance de la douleur chronique comme une entité clinique spécifique.

En 1972, Hugh Arthur Smythe, rhumatologue canadien, a eu une influence majeure sur l'avancée de la recherche sur ce qui deviendra plus tard « la fibromyalgie moderne » suite à une publication parue dans un manuel de rhumatologie (2). Il a été le premier à décrire la fibromyalgie (FM) exclusivement comme un syndrome de douleur généralisée, en intégrant la notion de points sensibles, associée à d'autres symptômes tels que la fatigue, des troubles du sommeil, une raideur matinale et une détresse émotionnelle. Smythe a également proposé un ensemble de critères pour le diagnostic. Il a spécifié les sites des points sensibles, dont beaucoup seront encore utilisés dans les critères de 1990 de l'American College of Rheumatology (ACR).

En 1976, Philip Hench a introduit le terme "fibromyalgie". Il décrit alors un syndrome douloureux sans inflammation visible. Cette terminologie oriente vers une pathologie centrée sur la douleur et non plus vers un rhumatisme inflammatoire comme pouvait le suggérer le terme « fibrositis » (3).

En 1981, Le Dr. Yunus a précisé la localisation des points douloureux sensibles (figure 1) dans la fibromyalgie qui serviront en 1990 à établir les critères diagnostics de l'ACR (4).

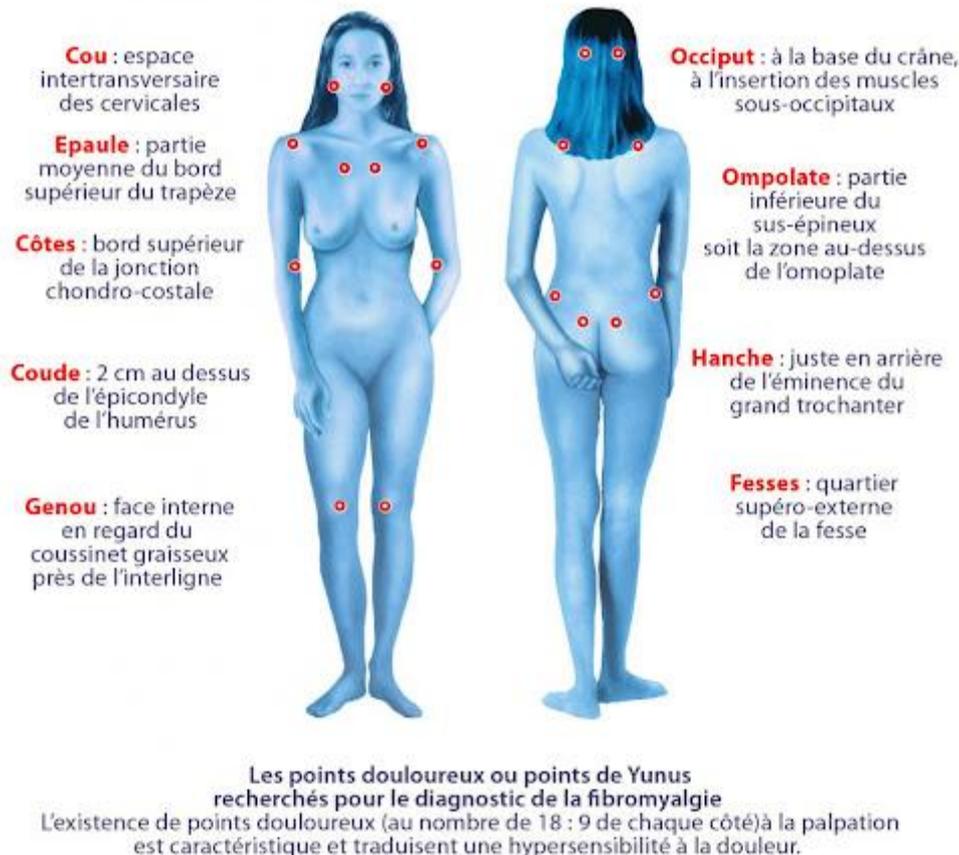


Figure 1 : Points douloureux de Yunus.

La fibromyalgie n'a été reconnue comme une pathologie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) qu'en 1990. Elle est classée en tant qu'« autres affections des tissus mous, non classées ailleurs » (M79.7) dans la version 10 de la Classification internationale des maladies (CIM) (5) et en tant que « douleur chronique généralisée » (MG30.01) dans sa 11^{ème} version.

I.2. Epidémiologie

La prévalence de la FM est estimée entre 2 et 4% dans la population générale. Elle touche majoritairement les femmes dans 8 à 9 cas sur 10 (6). Selon le rapport de 2010 de la haute autorité de santé (HAS), près de 90 % des cas sont des sujets de moins de 60 ans, avec une proportion plus importante entre 45 et 55 ans (7). Toutefois, la prévalence et le sex-ratio peuvent varier selon les sources notamment selon les critères diagnostics ACR utilisés, l'environnement, la culture ou encore de variables ethniques (8).

I.3. Hypothèses physiopathologiques

Comme décrit précédemment, la fibromyalgie est un syndrome chronique caractérisé par des douleurs musculosquelettiques diffuses, accompagnées souvent de fatigue, de troubles du sommeil, mais également de perturbations cognitives. Sa physiopathologie est complexe et encore mal comprise, mais impliquerait plusieurs mécanismes. Plusieurs hypothèses ont été décrites pour tenter d'expliquer ce trouble. La maladie serait d'origine multifactorielle avec des composantes somatiques et psychiques. La théorie dominante actuelle serait que la fibromyalgie résulte d'un désordre des mécanismes neurobiologiques de modulation de la douleur. Il n'est par ailleurs pas exclu que d'autres facteurs comme les troubles du sommeil, les troubles psychiques, le syndrome de stress post traumatique ou encore des anomalies endocriniennes puissent être associés.

A ce jour, deux hypothèses semblent se dégager pour expliquer le phénomène de la douleur fibromyalgique (figure 2) (9). D'une part la fibromyalgie serait une pathologie du système nerveux central avec une altération de la transmission neuronale des messages douloureux qui intervient d'ailleurs dans de nombreuses douleurs chroniques ; d'autre part elle serait davantage liée à des anomalies du système nerveux périphérique et/ou des muscles squelettiques. Ces deux hypothèses, toutes deux étayées par de nombreux travaux, ne sont pas mutuellement exclusives (1).

Nous allons maintenant détailler les deux mécanismes principaux intervenant dans la physiopathologie de la FM.

I.3.1. Mécanismes centraux

Depuis les années 1980, les travaux ont montré que la fibromyalgie était associée à une hypersensibilité généralisée à la douleur (diminution des seuils de douleur) liée à une hyperexcitabilité des systèmes nociceptifs centraux.

Deux principaux mécanismes, qui sont une altération des systèmes endogènes de modulation de la douleur et une sensibilisation centrale, rendraient compte de cette hyperexcitabilité. La première hypothèse implique les systèmes endogènes de modulation de la douleur (entre autres les systèmes opioïdes endogènes et les systèmes catécholaminergiques dans le tronc cérébral) qui exercent une action puissante inhibitrice ou facilitatrice sur la transmission neuronale des messages douloureux. Des travaux fondés sur l'analyse du phénomène classique d'inhibition d'une douleur par une autre douleur appliquée sur un autre endroit du corps – phénomène dit de contre-irritation – ont mis en évidence chez les patients atteints de fibromyalgie des anomalies de ce processus de modulation (10) (11). Ces anomalies consistent principalement en une diminution de l'activité du système inhibiteur diffus, également connu sous le nom de contrôle inhibiteur diffus nociceptif (CIDN), descendant du tronc cérébral vers la moelle épinière. Si la défaillance des systèmes endogènes de modulation pourrait rendre compte d'une hypersensibilité diffuse à la douleur dans la fibromyalgie, son origine n'est pas connue. La présence de symptômes dépressifs accentuerait plus encore le défaut d'activation du CIDN, connu pour inhiber l'information nociceptive, mais les mécanismes en jeu sont à déterminer (12).

L'hypersensibilité à la douleur caractérisant la fibromyalgie pourrait également résulter de phénomènes de sensibilisation centrale. Il s'agit d'un processus pathologique lié à des modifications durables des propriétés physiologiques des neurones nociceptifs, notamment dans la moelle épinière. Ces modifications conduiraient à la pérennisation, voire à l'exacerbation, de l'hyperexcitabilité des systèmes nociceptifs centraux. Cependant, ce mécanisme n'est en aucun cas spécifique de la fibromyalgie puisqu'il interviendrait dans de nombreux autres syndromes douloureux chroniques (13). Un axe complémentaire de recherche a concerné les perturbations des mécanismes physiologiques impliqués dans la réponse aux stress. L'accumulation de stress physiques, psychologiques ou émotionnels peut entraîner des perturbations des deux principaux systèmes impliqués dans la réponse physiologique au stress, à savoir, l'axe hypothalamo-hypophysaire-surrénalien (HHS) et le système sympathique (14). Ces deux effecteurs fortement interconnectés sont reliés aux structures cérébrales impliquées dans la perception et la modulation de la douleur. La fibromyalgie est associée à une moindre réactivité de l'axe HHS et du système sympathique aux stress (physiques et/ou psychologiques), ce qui pourrait moduler la perception et la modulation de la douleur. De nouveau, ces anomalies ne sont en rien spécifiques de la fibromyalgie et leur lien causal avec la symptomatologie fibromyalgique n'est pas solidement établi.

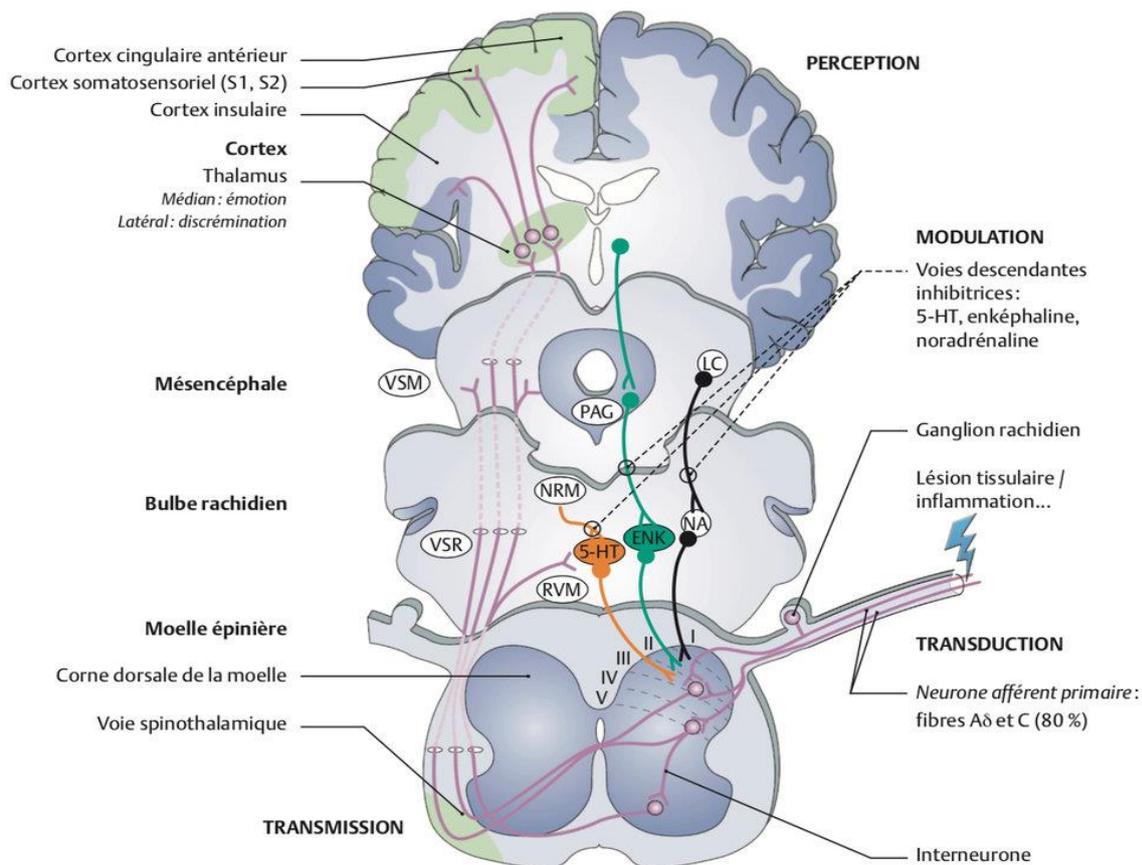


Figure 2 : Physiopathologie de la douleur. D'après Beaulieu Pierre : la douleur Guide pharmacologique et thérapeutique.

I.3.2. Mécanismes périphériques

D'autres travaux récents ont conduit à remettre en cause les hypothèses physiopathologiques reposant exclusivement sur des mécanismes nerveux centraux. Des modifications périphériques, essentiellement nerveuses, ont été identifiées. En particulier, 30 % à 50 % des patients souffrant de fibromyalgie qui ont été testés présentent une réduction du nombre de fibres nerveuses périphériques sensibles de petit diamètre (15). Certains auteurs, comme Gemignani et Serra, avancent ainsi que la fibromyalgie pourrait correspondre, au moins pour un sous-groupe de patients, à une forme atypique de neuropathie des petites fibres. Cette forme de neuropathie est un trouble généralement dominé par une douleur neuropathique et un dysfonctionnement du système nerveux autonome, dans lequel les fibres nerveuses sensibles A-delta et C sont sélectivement atteintes (16) (17). D'autres études ont réévalué le rôle d'anomalies observées dans les muscles squelettiques comme une diminution de la densité de capillaires sanguins, pouvant entre autres choses induire un défaut d'oxygénation musculaire (18). Par ailleurs, un rôle potentiel de mécanismes immunologiques et inflammatoires médiés notamment par les cytokines pro- et anti-inflammatoires a été évoqué (19). La plupart de ces hypothèses reposent néanmoins sur un faible nombre d'études réalisées dans de petites populations de patients, et qui sont encore contradictoires dans leurs résultats. Ces hypothèses sont donc actuellement trop fragiles pour que soit établi un lien de causalité entre anomalies musculaires ou processus inflammatoires et fibromyalgie (17).

I.3.3. Autres hypothèses

Il a également été décrit d'autres facteurs comme des perturbations neuroendocriniennes, notamment une dysrégulation de l'axe hypothalamo-hypophysé-surrénalien, pouvant entraîner une réponse anormale au stress et majorer les symptômes de fatigue et d'anxiété (14). De plus, des déséquilibres dans les neurotransmetteurs, tels que la sérotonine, la dopamine et la noradrénaline, modulant la douleur, sont observés chez certains patients.

Des facteurs génétiques et environnementaux semblent également jouer un rôle dans le développement de la fibromyalgie. Cela suggère une interaction entre des prédispositions héréditaires et des déclencheurs externes, comme des infections ou des traumatismes physiques ou psychologiques. Cette interaction conduit à une sensibilisation centrale, un élément clé dans la physiopathologie de la maladie.

Enfin, des facteurs psychologiques semblent importants à considérer. Nous détaillerons plus précisément cet aspect dans la suite de ce travail.

I.4. Symptomatologie et diagnostic

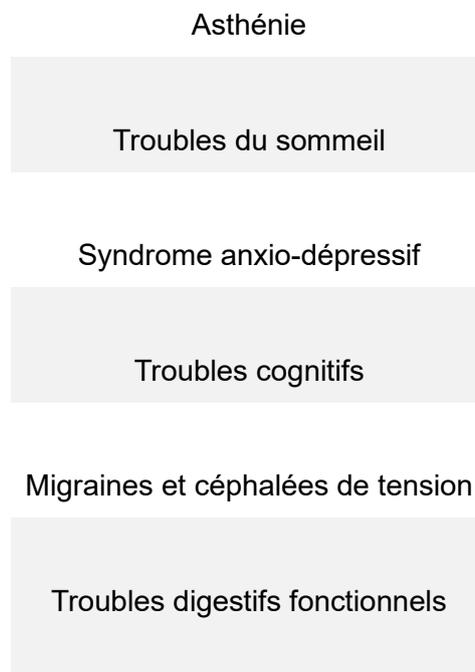
I.4.1. Symptômes

Le symptôme central de la fibromyalgie est une douleur chronique diffuse qui doit être présente depuis au moins trois mois selon les critères ACR. La douleur est souvent décrite comme une sensation de brûlure, de tension ou de raideur, et peut varier en intensité au cours de la journée ou en fonction des conditions de vie (stress, fatigue ou changements de température).

La fibromyalgie peut s'accompagner de nombreux autres symptômes (tableau 1) tels que :

- une fatigue chronique : asthénie diurne non soulagée par le sommeil,
- des troubles du sommeil : retard à l'endormissement, un sommeil non réparateur, ou des éveils itératifs,
- des plaintes cognitives : troubles mnésiques et de la concentration appelés "fibrofog" ou "brouillard mental",
- des symptômes anxio-dépressifs : les troubles de l'humeur et l'anxiété sont fréquemment associés à la fibromyalgie,
- des symptômes digestifs : un syndrome de l'intestin irritable (SII) peut être présent chez certains patients.

Tableau 1 : Symptômes fréquemment associés à la FM.



Plus rarement, il est rapporté des symptômes tels qu'un syndrome de Raynaud, des dysménorrhées et une instabilité vésicale.

I.4.2. Diagnostic

Le diagnostic de la fibromyalgie repose exclusivement sur des critères cliniques. A ce jour, aucun marqueur biologique ou examen d'imagerie ne permettent de poser le diagnostic avec certitude. Avant d'évoquer le diagnostic de FM, les praticiens doivent éliminer d'autres pathologies qui pourraient expliquer les symptômes du patient, comme des maladies inflammatoires ou neurologiques. Un bilan biologique standard est recommandé afin d'écartier un diagnostic différentiel éventuel (tableau 2) (20).

Tableau 2 : Diagnostics différentiels de la FM.

Pathologies endocriniennes et métaboliques	Pathologies musculaires
Hypothyroïdie Hyperparathyroïdie Ostéomalacie Diabète phosphoré Obésité	Myopathie Myosite
Pathologies du système nerveux périphérique	Pathologies du système nerveux central
Neuropathie des petites fibres associée à du diabète, un syndrome de Gougerot-Sjögren ou à l'hépatite C.	Syndrome parkinsonien Sclérose en plaques
Hyperlaxité articulaire	Origine médicamenteuse
Syndrome de Marfan Syndrome d'Ehlers Danlos Troubles du spectre de l'hypermobilité	Statines Anti-aromatases Bisphosphonates Opiacés
Simulation (malingering)*	Pathologies rhumatismales et auto-immunes
* Simulation des symptômes dans le but d'obtenir des avantages potentiels de type pension d'invalidité	Arthrite Connectivite Syndrome de Gougerot-Sjögren Lupus érythémateux systémique Spondylarthrite axiale non radiographique Syndrome des anti-phospholipides Maladie cœliaque
Pathologies infectieuses	Pathologies diverses
Hépatite C Maladie de Lyme	Ostéoporose Arthrose Insuffisance cardiaque

I.4.2.1. Dépistage

Il existe de nombreux questionnaires permettant de suspecter une FM. Le questionnaire le plus utilisé en pratique courante est le questionnaire Fibromyalgia Rapid Screening Tool, FiRST (annexe 1), qui est un outil de dépistage, simple et facile d'utilisation présentant une bonne sensibilité et spécificité, permettant de s'orienter vers un diagnostic de fibromyalgie. C'est un questionnaire composé de six questions auquel il faut répondre par oui ou non. Un score de 5 items sur 6 permet de détecter la fibromyalgie avec une sensibilité de 90,5% et une spécificité de 85,7%. (21).

I.4.2.2. Critères diagnostics

Les critères diagnostiques de la fibromyalgie ont évolué au fil du temps. Initialement, les critères de classification ACR 1990 (figure 3) (22) ont longtemps constitué la principale référence pour émettre un diagnostic de fibromyalgie. Ils reposaient sur l'existence de douleurs diffuses sur au moins 11 points douloureux à la pression dans des sites prédéfinis.

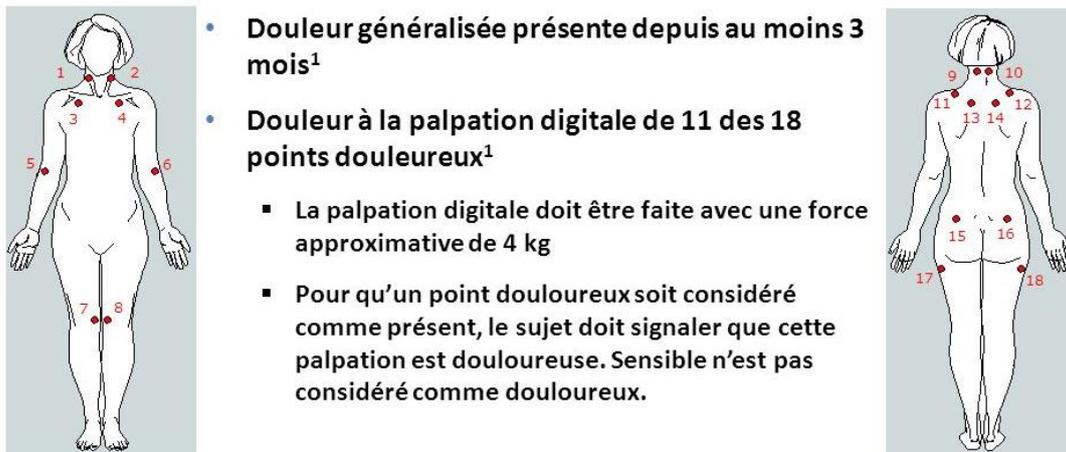


Figure 3 : Critères ACR de 1990 de la FM.

Les critères de 1990 ont été révisés en 2010 car ils faisaient l'objet de nombreuses critiques. En effet, l'évaluation des points douloureux étaient peu réalisés en pratique courante et n'incluaient pas les autres composantes de la fibromyalgie.

Par conséquent en 2010, les critères de l'ACR ont inclus une évaluation plus large, intégrant des symptômes associés comme la fatigue et les troubles cognitifs (23).

Ces critères actualisés tiennent compte de la nature multi-symptomatique de la fibromyalgie, permettant ainsi un diagnostic plus global. De plus, la notion de « points douloureux à la pression » disparaît pour laisser place à la notion « des zones douloureuses ».

Afin de mieux documenter ces différents symptômes, il est utilisé 2 échelles d'une part un index de douleurs diffuses (IDD), ou Widespread Pain Index (WPI), et d'autre part l'échelle de sévérité des symptômes (figure 4). Dans l'IDD, noté de 0 à 19, les douleurs diffuses sont définies par des zones douloureuses dans 19 sites.

L'échelle de sévérité des symptômes est notée de 0 à 12. Elle inclue la somme de l'intensité de 3 symptômes : fatigue, sommeil non réparateur et troubles cognitifs, ainsi que la présence ou non de 3 autres symptômes : maux de tête, douleurs abdominales et dépression.

La somme de ces deux éléments définit donc pour chaque patient une échelle de sévérité de la fibromyalgie allant de 0 à 31.

Un patient remplit les critères diagnostiques de fibromyalgie si les trois conditions suivantes sont remplies :

1. Index des douleurs diffuses ou Widespread Pain Index WPI ≥ 7 et échelle de sévérité des symptômes SS ≥ 5 ou WPI entre 3 - 6 et échelle SS ≥ 9
2. Symptômes présents à un niveau similaire pendant au moins trois mois
3. Le patient n'a pas d'autre trouble qui pourrait expliquer la douleur.

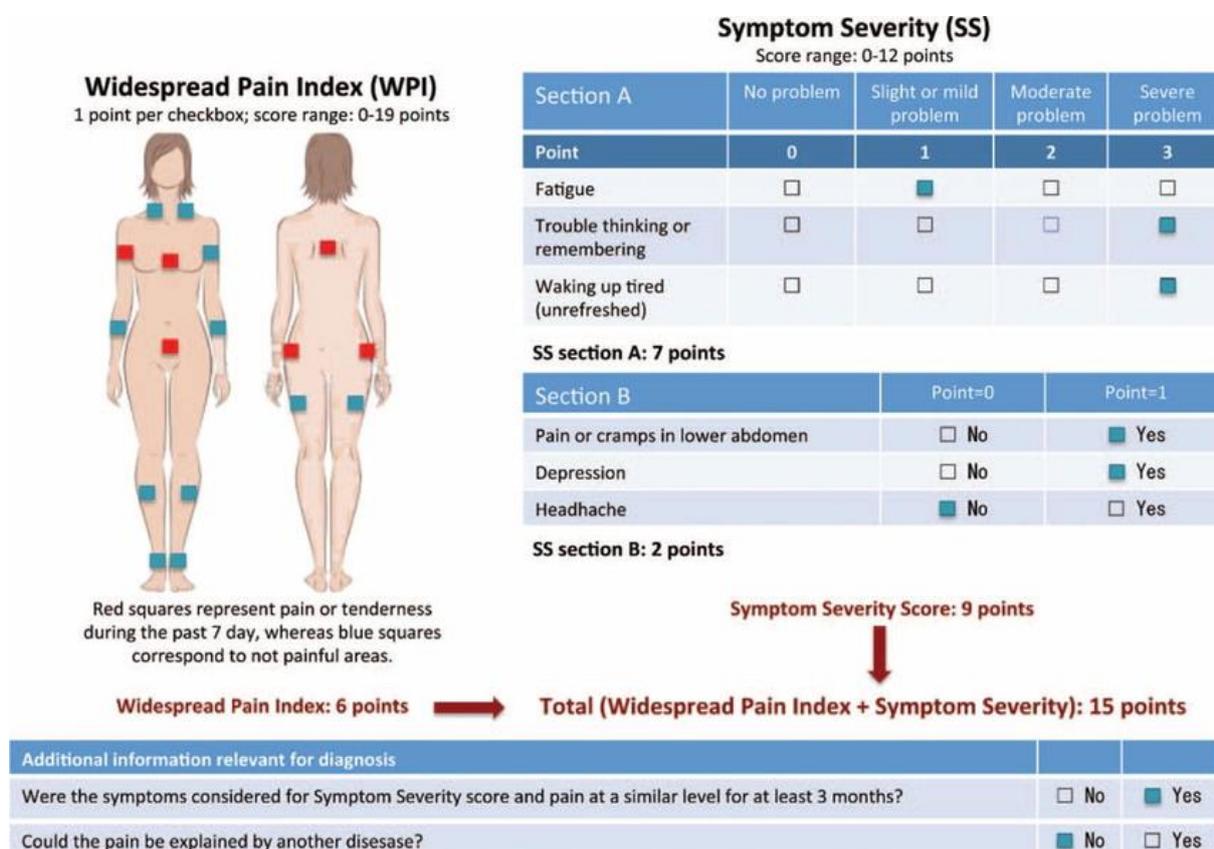


Figure 4 : Index de douleur diffuses (IDD) et échelle de sévérité (SS).

Les critères diagnostiques de la fibromyalgie ont été mis à jour en 2016 en y intégrant deux nouveaux items afin d'offrir une meilleure précision dans la reconnaissance de cette condition (24).

Un patient satisfait les critères de FM modifiés 2016 si les conditions suivantes sont remplies :

1. Index de douleurs diffuses (IDD) ≥ 7 et échelle de sévérité des symptômes (SS) ≥ 5 ou IDD entre 4-6 et échelle SS > 9
2. Douleurs généralisées définies par la présence de douleurs dans au moins 4 des 5 régions (supérieure droite, supérieure gauche, inférieure droite, inférieure gauche et axiale). Les douleurs des mâchoires, de la poitrine et de l'abdomen ne sont pas incluses dans la définition de douleur généralisée
3. Les symptômes sont présents à ce niveau pendant au moins 3 mois
4. Le diagnostic de fibromyalgie est validé indépendamment d'autres diagnostics. Un diagnostic de fibromyalgie n'exclut pas d'autres maladies cliniquement importantes.

Tableau 3 : Evolution des critères ACR.

	1990	2010	2016
Nombres de points/sites douloureux	Score de 11 points douloureux à la pression sur 18	Score $\geq 3/19$ sites avec un score de sévérité $\geq 9/12$ OU score ≥ 7 avec un score de sévérité ≥ 5	4 régions sur 5 doivent être douloureuses
Sévérité : céphalées, cognition, sommeil, fatigue, dépression		SS ≥ 9 OU IDD ≥ 5	Mêmes critères qu'en 2010
Autres		Douleurs non expliquées par une autre pathologie	Diagnostic de fibromyalgie n'excluant pas une pathologie associée

I.5. Prise en charge

Plusieurs recommandations de pratique clinique (tableau 4) ont été émises par différentes sociétés savantes pour la prise en charge de la fibromyalgie. Elles incluent les recommandations américaines de l'American Pain Society (APS), allemandes de l'Association of the Scientific Medical Societies in Germany (ASMSG), canadiennes de la Canadian Pain Society (CPS¹) et européennes de l'European League Against Rheumatism (EULAR) (25).

Cette dernière a proposé un algorithme de prise en charge (figures 5 et 6) (26), qui souligne l'intérêt d'une thérapie non pharmacologique et d'une éducation thérapeutique du patient (ETP) en première ligne. Les thérapies médicamenteuses arrivent en seconde ligne et leur efficacité est considérée comme modérée.

Tableau 4 : Liste des prises en charge ayant reçu au moins une recommandation très forte dans l'une des quatre dernières recommandations internationales dans le syndrome fibromyalgique.

	APS	ASMSG	CPS ¹	EULAR
Exercice	FR	FR	FR	FR
Thérapie multidisciplinaire	FR	FR	FR	R
Thérapies cognitivo-comportementales	FR	FR	FR	R
AMITRIPTYLINE	FR	R	FR	R
DULOXETINE	R	R	FR	R
Anticonvulsivants	R	possible	FR	R
CYCLOBENZAPRINE	FR	NR	n/a	R
FLUOXETINE	R	possible	FR	NR

APS : American Pain Society

ASMSG: Association of the Scientific Medical Societies in Germany

CPS¹: Canadian Pain Society

EULAR: The European League Against Rheumatism

FR : fortement recommandé; R : recommandé; NR : non recommandé

I.5.1. Traitements non médicamenteux

I.5.1.1. Activité physique adaptée

L'activité physique adaptée régulière est fortement recommandée dans toutes les propositions de prise en charge des différentes sociétés savantes internationales et doit être considérée comme le socle du traitement de la fibromyalgie. L'objectif est de réintégrer le mouvement dans la vie quotidienne avec l'apprentissage d'exercices aussi bien spécifiques que non spécifiques. Plusieurs revues systématiques et méta-analyses récentes (27) démontrent l'efficacité et l'innocuité, à court et moyen terme, d'exercices aérobie, comme la marche. Néanmoins, les protocoles restent encore à définir plus clairement notamment en termes d'intensité et de fréquence. Il apparaît cependant que les programmes d'exercices doivent être personnalisés et adaptés à chaque situation, en particulier au rythme de vie de la personne suivant le concept d'activity pacing, c'est-à-dire d'adaptation à la gestion des activités physiques et de la vie quotidienne suivant un rythme approprié. D'autres thérapies basées sur le mouvement comme le Yoga, le Tai-chi ou le Qi Gong peuvent également être recommandées pour les patients qui ont une adhésion faible aux programmes d'exercices plus classiques.

I.5.1.2. Education thérapeutique (ETP)

L'ETP du patient est indispensable. L'ETP est un processus continu intégré aux soins qui vise à aider le patient et ses proches à comprendre la maladie chronique et ses traitements afin de maintenir ou d'améliorer sa qualité de vie. Elle modifierait favorablement les préjugés et la perception de la pathologie. Elle a pour objectif d'intégrer le patient et qu'il devienne acteur de sa prise en charge. En effet, L'ETP permet une meilleure compréhension des objectifs thérapeutiques et de travailler sur les attentes des patients afin de favoriser l'adhésion à la prise en charge et que les patients puissent développer différentes stratégies d'adaptation à leur symptomatologie. Les recommandations internationales, dont celles de l'EULAR, soulignent que la preuve des effets bénéfiques de l'ETP mise en place seule est limitée, le niveau de douleur n'est amélioré que de façon inconstante et il n'y a pas d'amélioration de la fonctionnalité et de la qualité de vie. En revanche, il existe une forte preuve d'efficacité de la combinaison ETP et activité physique adaptée. Si la littérature ne mentionne pas les caractéristiques d'un programme d'ETP spécifique à recommander pour la prise en charge de la fibromyalgie, elle insiste sur le fait qu'il doit reposer sur une vision biopsychosociale de la fibromyalgie (28).

I.5.1.3. Psychothérapies

Les psychothérapies constituent également l'une des modalités de prise en charge des patients souffrant de fibromyalgie. Les objectifs principaux sont d'améliorer le bien-être (psychologique, physique et fonctionnel) et la qualité de vie, de promouvoir l'estime de soi et le sentiment d'auto-efficacité, d'encourager la mobilisation de stratégies d'adaptation personnalisées et de diminuer le stress. Elles n'ont donc pas pour objectif direct une diminution de l'intensité de la douleur ou des autres symptômes somatiques mais principalement l'acceptation et l'appropriation de la fibromyalgie au quotidien. Or, les études évaluant les niveaux de preuve de l'efficacité des psychothérapies présentent deux biais principaux. L'un est que l'efficacité des thérapies est généralement évaluée par des critères quantitatifs comme l'intensité douloureuse ou l'incapacité fonctionnelle ce qui ne correspond pas aux objectifs premiers de celles-ci et peuvent ainsi représenter un biais pour l'interprétation de la littérature. Un second biais possible concerne l'hétérogénéité des pratiques psychothérapeutiques incluses, notamment dans les méta-analyses.

Dans l'état actuel des connaissances, les psychothérapies apportent globalement un bénéfice, avec une amélioration significative maintenue à 6 mois de l'état de santé somatique et psychologique et du fonctionnement au quotidien. La grande majorité des travaux porte sur l'efficacité des thérapies comportementales et cognitives (TCC) qui améliorent de manière notable la symptomatologie et la qualité de vie des patients à court et moyen terme (29) (30). Plus récemment, ont été publiées plusieurs études sur l'efficacité de l'hypnose (31) et de la méditation de pleine conscience utilisant le protocole MBSR, mindfulness based stress reduction (32) (33). L'efficacité des thérapies de méditation de pleine conscience est toutefois à confirmer par des études complémentaires, même si les premiers résultats sont plutôt encourageants. D'autres thérapies comme les thérapies humanistes, systémiques, psychanalytiques, narratives et l'EMDR, Eye Movement Desensitization and Reprocessing, mériteraient d'être évaluées. Néanmoins, les interventions psychothérapeutiques, bien que fondées sur des postulats théoriques différents conduisent souvent à des bénéfices thérapeutiques relativement similaires. Cela suggère le rôle prépondérant des facteurs psychothérapeutiques communs tels qu'une alliance thérapeutique positive.

I.5.1.4. Stimulation magnétique transcrânienne répétée (rTMS)

Plusieurs études ont évalué l'effet de la neurostimulation non invasive telle que la stimulation magnétique transcrânienne répétitive (rTMS) et la stimulation électrique transcrânienne à courant continu (STCC) dans la fibromyalgie. La majorité des travaux met en évidence des effets positifs sur la douleur ou sur les fonctions cognitives de ces deux approches de stimulation du cerveau dans des zones choisies (34) (35). Néanmoins, il subsiste d'importantes divergences entre les études, notamment sur la cible corticale la plus appropriée et la durée de la thérapie. En raison de la faible qualité des études menées jusqu'ici, les lignes directrices récentes de l'Académie européenne de neurologie ont formulé « des recommandations faibles » pour l'utilisation de la rTMS dans la fibromyalgie.

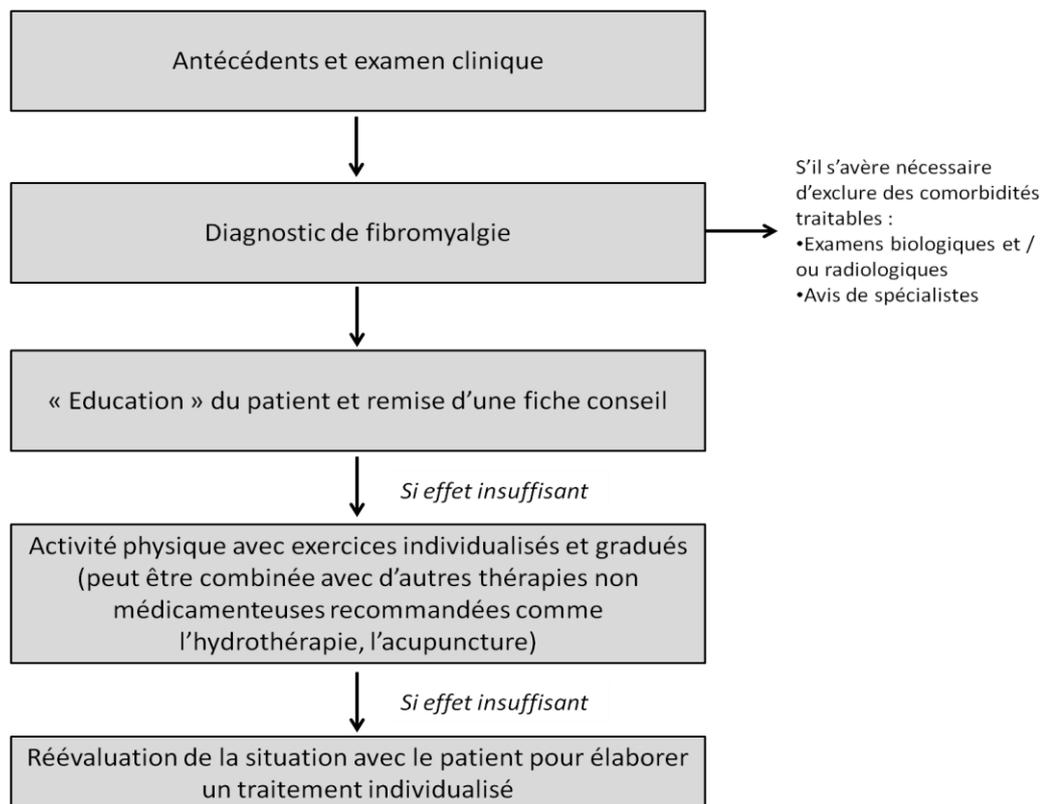


Figure 5 : Algorithme de première intention selon les recommandations de l'EULAR.

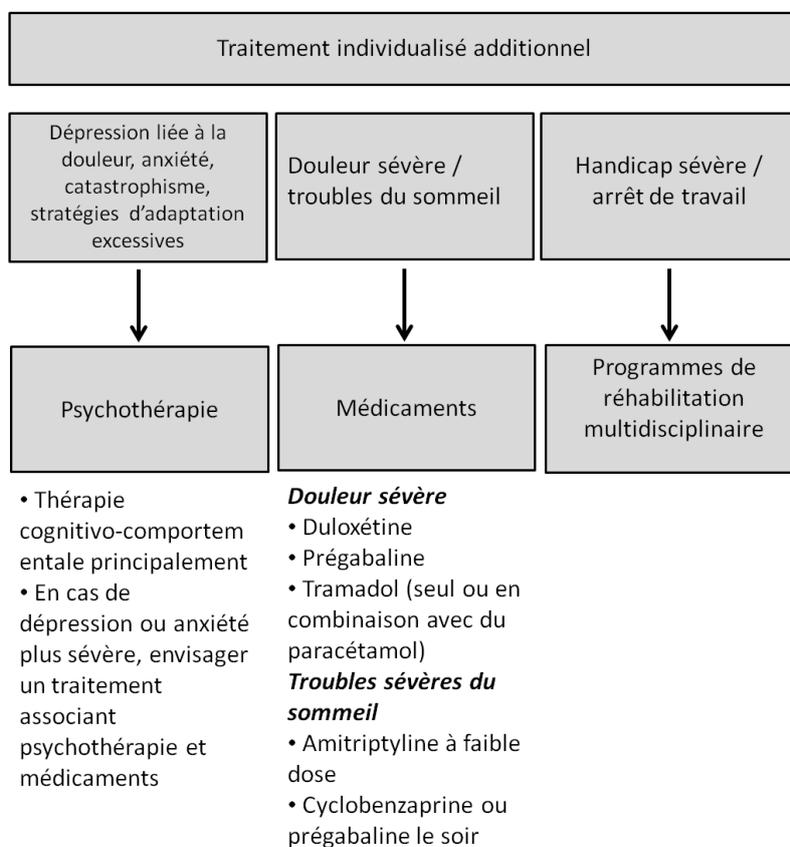


Figure 6 : Algorithme de seconde intention selon les recommandations de l'EULAR.

I.5.2. Traitements médicamenteux

L'intérêt de traitements médicamenteux dans la fibromyalgie reste très limité et ces traitements n'interviennent qu'en seconde intention selon les recommandations de l'EULAR. Seuls certains traitements dans des cas bien précis ont montré une amélioration de la qualité de vie des patients.

En Europe et en France, aucun médicament n'a reçu une autorisation de mise sur le marché (AMM) pour l'indication de la FM bien que l'EULAR recommande six molécules à un niveau modéré (tableau 5).

Aux États-Unis, seulement trois médicaments ont reçu une AMM par la Food and Drug Administration (FDA) pour l'indication FM. Il s'agit de la PREGABALINE depuis 2007, de la DULOXETINE depuis 2008 et du MILNACIPRAN depuis 2009.

D'autres traitements comme les inhibiteurs sélectif de la recapture de la sérotonine (ISRS) ou les anxiolytiques ne sont indiqués qu'en cas d'épisode dépressif caractérisé comorbide.

Dans les prescriptions de médecine générale, il est souvent retrouvé la prescription d'antalgiques comme les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) ou les opiacés. Selon les différentes recommandations en vigueur, ces traitements n'ont pas révélé leur efficacité et présente un risque élevé d'effets indésirables.

Tableau 5 : Traitements indiqués dans la FM selon l'EULAR.

Douleurs sévères	Troubles sévères du sommeil
PREGABALINE	AMITRIPTYLINE
DULOXETINE	PREGABALINE
MILNACIPRAN	CYCLOBENZAPRINE
TRAMADOL	

II. Troubles de personnalité

II.1. Définition de la personnalité

Etymologiquement le mot personnalité vient du terme latin *persona* désignant le masque de théâtre antique grec, qui était l'interface entre l'acteur, son rôle, et le public. Grâce au masque le public devait pouvoir prédire l'action du comédien, chaque masque correspondant à une émotion particulière comme la peur, la joie, la tristesse.

La personnalité est un concept complexe ayant évolué au fil des siècles avec différents courants qui se sont succédés comme le courant psychanalytique, comportementaliste ou encore le courant neurobiologique. Plusieurs définitions et plusieurs théories ont alors été proposées afin de tenter de décrire et d'évaluer la personnalité. Déjà dans l'antiquité, Hippocrate avait décrit quatre types de personnalité : le sanguin, le colérique, le flegmatique et le mélancolique. D'après lui ces dernières étaient régies par quatre humeurs ayant un impact sur le fonctionnement des individus.

En 1937, Allport a recensé une cinquantaine de définitions différentes et encore à l'heure actuelle il n'y a pas vraiment de définition consensuelle.

En 1993, l'OMS a proposé une définition de la personnalité : la personnalité correspond à des patterns de pensées, sentiments et comportements qui caractérisent le style de vie particulier d'un individu et son mode d'adaptation. Ils résultent de facteurs constitutionnels, développementaux et du vécu social.

De nos jours, la notion de personnalité est déterminée d'une part par un aspect héréditaire déterminant de façon durable et prévisible le comportement et les actions d'un individu ; d'autre part la personnalité est également en constante interaction avec l'environnement et donc évolue du fait de notre éducation, de notre vécu et de nos expériences de vie. C'est donc un concept qui s'appuie sur des bases génétiques et biologiques, qui est modulé par notre environnement au cours de la vie.

II.2. Personnalités pathologiques et classification

En 1980, les troubles de la personnalité font leurs apparitions dans la 3ème version du Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (DSM-III). Trois clusters ont alors été suggérés. Bien que les critères diagnostiques et la description des troubles aient évolué, la structure en cluster est restée relativement stable depuis son introduction.

Un trouble de la personnalité pathologique est diagnostiqué lorsque les traits de personnalité d'une personne deviennent rigides, inadaptés et omniprésents, causant une altération significative du fonctionnement social, professionnel ou d'autres domaines importants de la vie.

Selon le DSM-5, ces traits doivent affectés au moins deux des domaines suivants : la cognition, l'affectivité, le fonctionnement interpersonnel ou encore le contrôle des impulsions (Annexe 2 critères DSM-5).

La cinquième version révisée du DSM (DSM-5-TR), liste 10 types troubles de la personnalité (tableau 6).

Tableau 6 : Les trois clusters définis par le DSM et les 10 troubles de personnalité.

Cluster	Caractéristique principale	Troubles de personnalité
A	Psychotique	Personnalité paranoïaque Personnalité schizoïde Personnalité schizotypique
B	Émotionnelle	Personnalité antisociale Personnalité borderline Personnalité histrionique Personnalité narcissique
C	Anxieuse	Personnalité évitante Personnalité dépendante Personnalité obsessionnelle-compulsive

Nous allons décrire un peu plus les caractéristiques de chaque personnalité pathologique :

• Cluster A ou personnalité psychotique

La personnalité paranoïaque se caractérise par une méfiance généralisée, une altération du jugement et une rigidité.

La personnalité schizoïde se caractérise par une tendance à l'isolement, une absence d'intérêt pour autrui, et une hypo-réactivité émotionnelle.

La personnalité schizotypique se caractérise par des compétences sociales altérées, et une vie psychique riche, marquée par des croyances bizarres et des champs d'intérêt particuliers et "originaux".

• Cluster B ou personnalité “émotionnelle”

La personnalité antisociale (ou psychopathie) se caractérise par une impulsivité, une tendance au passage à l’acte, une absence de culpabilité, une incapacité à se conformer aux normes sociales, une tendance à la manipulation d’autrui.

La personnalité borderline est caractérisée par une instabilité (affective, interpersonnelle – avec peur intense de l’abandon – et de l’identité et l’image de soi), une impulsivité et des symptômes transitoires dissociatifs ou psychotiques face au stress.

La personnalité histrionique se caractérise par une labilité émotionnelle, une quête affective excessive, un théâtralisme et une suggestibilité.

La personnalité narcissique se caractérise par un sens grandiose de leur propre importance, une mauvaise tolérance à la critique et un manque d’empathie.

• Cluster C ou personnalité “anxieuse”

La personnalité évitante se caractérise par une inhibition relationnelle et sociale, une mésestime de soi et une sensibilité exacerbée au jugement négatif d’autrui induisant des conduites d’évitement.

La personnalité dépendante se caractérise par un besoin excessif d’être pris en charge par autrui et une dévalorisation. Leurs relations sociales sont souvent déséquilibrées.

La personnalité obsessionnelle-compulsive se caractérise par une méticulosité, un souci du détail, de l’ordre, une rigidité, un perfectionnisme, une tendance à la procrastination et une prudence excessive. Les émotions sont exprimées avec contrôle et peu de spontanéité.

Il a également été décrit une personnalité de type D qui signifie « distressed », non classifiée dans le DSM-5. Ce concept a été développé dans les années 1990 par le Pr. Denollet, professeur belge en psychologie médicale.

Cette personnalité se caractérise par une tendance à ressentir des émotions négatives (inquiétude, irritabilité, morosité) et une inhibition sociale (réticence et manque de confiance en soi). Elle s’évalue grâce au questionnaire DS14 (Annexe 3) (36).

II.3. Epidémiologie

Les troubles de la personnalité concernent environ 10 % de la population générale. Chacun des troubles de personnalité concerne entre 1 et 3 % de la population générale. Le trouble de personnalité borderline est le plus fréquent (6 %). Les troubles de personnalité ne sont pas exclusifs les uns des autres : environ 50 % des patients concernés combinent au moins deux troubles de la personnalité (37).

II.4. Outils d'évaluation de la personnalité

Selon les différentes approches, plusieurs questionnaires et échelles ont été développés afin d'évaluer la personnalité.

Selon une approche catégorielle, les instruments d'évaluation permettent d'identifier la pathologie du sujet en fonction des diagnostics de troubles de la personnalité du DSM, selon qu'elle répond ou non aux critères proposés par cette classification.

Nous citerons le SCID-II, 2nde version du Structural and Clinical Interview for DSM-IV (38), qui est un entretien clinique semi structuré permettant de diagnostiquer les troubles de personnalité selon les critères du DSM-IV. Il se réalise en deux temps : un auto-questionnaire en vrai/faux sur 119 questions et d'un entretien clinique d'environ 45 minutes.

Le SIDP-IV, 4^{ème} version (39), est également un entretien semi structuré de personnalité selon les critères du DSM-IV. Il se base sur 110 questions. Le SIDP présente l'intérêt d'être organisé par sections thématiques plutôt que par troubles, d'où un entretien plus naturel.

L'approche dimensionnelle, quant à elle, permet l'étude et la description de la personnalité grâce à la notion de dimensions. Cette approche permet d'évaluer certains traits de la personnalité sans pour autant parler de personnalité pathologique. Ce modèle est essentiellement utilisé dans le domaine de la recherche cependant il tend à remplacer l'approche catégorielle également dans la pratique clinique.

Nous pouvons citer le modèle du Big Five, initialement proposé par Goldberg, évaluant la personnalité à travers cinq dimensions dont l'ouverture à l'expérience, la conscience professionnelle, l'extraversion, l'agréabilité et le névrosisme. L'échelle NEO PI-R, élaboré par Costa et McCrae (40), permet l'évaluation de ces cinq dimensions.

Nous pouvons également mentionner le Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) qui est un test largement utilisé pour évaluer la personnalité et identifier des troubles mentaux. Il a été développé dans les années 1940 par le psychologue Starke R. Hathaway et le neuropsychiatre J.C. McKinley à l'Université du Minnesota (41). Le MMPI adopte une approche essentiellement dimensionnelle pour évaluer la personnalité. Les dimensions principales évaluées sont au nombre de 10.

Nous allons maintenant développer en détail le modèle biopsychosocial de Cloninger (42) ainsi que l'inventaire du tempérament et du caractère (TCI) car c'est ce modèle qui nous intéressera plus particulièrement dans la suite de ce travail.

II.4.1. Modèle biopsychosocial de Cloninger

Le TCI (Temperament and Character Inventory) est un outil psychométrique développé par le psychiatre américain Robert Cloninger dans les années 1990 pour évaluer la personnalité selon une approche dimensionnelle (43). Cet inventaire fait partie d'un modèle plus large de compréhension de la personnalité, appelé modèle biopsychosocial, qui postule que la personnalité est déterminée à la fois par des facteurs génétiques et environnementaux.

La première version du questionnaire élaboré selon la théorie de Cloninger a été le Temperament Personality Questionnaire (TPQ) (44). Ce questionnaire mesure 3 dimensions du tempérament : la recherche de nouveauté, l'évitement du danger, et la dépendance à la récompense. Il comporte 100 items.

En 1994, après avoir extrait une dimension supplémentaire par analyse factorielle du TQP (la persistance), il obtient le TCI qui représente la version finalisée de son modèle psychobiologique. Ce questionnaire est constitué initialement de 226 items. Il existe plusieurs versions de cet outil notamment le TCI-R, le TCI-125 ainsi que des versions adaptées pour les enfants. Le TCI dans ses différentes versions est validé dans différents pays.

Cloninger s'intéressait à la manière dont les traits de personnalité pouvaient prédire la susceptibilité à certains troubles psychologiques, tout en étant influencés par les neurotransmetteurs et les systèmes cérébraux. Il tente d'associer les dimensions du tempérament à une hyper ou une hypo excrétion de neurotransmetteurs comme la sérotonine, la dopamine, la noradrénaline et le glutamate.

Cloninger décrit sept dimensions au total, quatre pour le tempérament et trois pour le caractère.

II.4.1.1. Tempérament

Le tempérament est la composante génétique de la personnalité. Cette facette héréditaire de la personnalité se manifeste tôt dans la vie et est considérée comme relativement stable tout au long de la vie, peu importe la culture ou l'apprentissage social. Cloninger définit quatre dimensions du tempérament en étroite relation avec les systèmes de neurotransmissions.

- La recherche de nouveauté (RN).

C'est la tendance générale à répondre par l'excitation ou l'exaltation face à des situations nouvelles. Le sujet répond à ces stimuli en cherchant activement une récompense possible et en essayant d'éviter la monotonie ou les punitions. Elle est en relation avec le système dopaminergique.

Tableau 7 : Facettes de la dimension RN.

RN1 : Besoin de changement

RN2 : Impulsivité (distractibilité, contrôle pulsionnel bas, excitabilité)

RN3 : Dépense (extraversion, difficultés pour économiser)

RN4 : Anticonformisme (irritabilité, intolérance aux règles)

Un score bas à la dimension RN reflète un sujet calme, discret, réservé, persévérant, économe. A l'inverse une personne avec un score haut est curieuse, excitée, impulsive, enthousiaste et extravagante.

- L'évitement du danger (ED).

C'est la tendance à éviter les stimuli aversifs, à éviter les frustrations et les stimuli nouveaux qui pourraient être un danger. C'est un système d'inhibition comportementale en relation avec les voies sérotoninergiques.

Tableau 8 : Facettes de la dimension ED.

ED1 : Inquiétude (pessimisme)

ED2 : Peur de l'inconnu

ED3 : Timidité

ED4 : Fatigabilité

Un score bas de la dimension est en lien avec une personnalité optimiste, audacieuse et énergique. Un score haut de la dimension correspond à une personnalité pessimiste, craintive et fatigable.

- La dépendance à la récompense (DR).

C'est la propension à répondre sans cesse de manière intense à des signaux de récompense, comme l'approbation sociale et à éviter la punition. Elle est en relation avec le système noradrénergique.

Tableau 9 : Facettes de la dimension DR.

DR1 : Sentimentalité

DR2 : Ouverture à la communication

DR3 : Attachement affectif

DR4 : Besoin de soutien

Un score bas représente une personnalité froide, solitaire et indépendante. Un score haut correspond à une personnalité sensible, chaleureuse et susceptible.

- La persistance (P).

La persistance est une notion plus récente dont on ne connaît que peu de choses et qui est encore en cours d'exploration. C'est la tendance d'un individu à poursuivre un comportement sans prendre ses conséquences en considération. Le système glutamatergique semblerait impliqué.

Tableau 10 : Facettes de la dimension P.

P1 : désir d'effort

P2 : Amour du travail difficile

P3 : Perfectionnisme

Un score bas est associé à des caractéristiques de paresse, distraction tandis qu'un score élevé serait associé à des caractéristiques comme le volontarisme, la persévérance, le perfectionnisme.

II.4.1.2. Caractère

Le caractère est la composante environnementale de la personnalité. Cette composante de la personnalité se développe sous l'influence de l'expérience, des apprentissages et des relations interpersonnelles et est beaucoup moins stable que les dimensions du tempérament précédemment décrites.

Cloninger associe à chaque facteur de caractère un type de maturité étant donné que le caractère est un facteur qui se développe au fil des expériences et dans l'interaction avec l'environnement.

- La détermination (D) :

C'est l'aptitude d'un individu à contrôler, réguler, adapter ses comportements pour faire face à une situation en accord avec ses valeurs personnelles. Elle correspond à la maturité individuelle.

Tableau 11 : Facettes de la dimension D.

D1 : Sens des responsabilités

D2 : Volonté d'aboutir

D3 : Ressources individuelles

D4 : Acceptation de soi : auto-estime

D5 : Habitudes bénéfiques

Un score élevé est en lien avec une bonne estime de soi, une acceptation de la critique, une personnalité mature et efficace. A l'inverse, un score bas est en lien avec une faible estime de soi, une réactivité importante aux critiques et une attribution des difficultés à autrui.

- La coopération (C) :

C'est l'aptitude d'un individu à s'identifier comme appartenant à un groupe, à participer à des projets collectifs, à l'acceptation d'autrui. Elle correspond à la maturité sociale.

Tableau 12 : Facettes de la dimension C.

C1 : Tolérance sociale
C2 : Empathie
C3 : Solidarité
C4 : Indulgence
C5 : Probité

Un score élevé est en lien avec une personnalité tolérante, sociable et empathique. Un score bas, au contraire, à une personnalité peu tolérante, peu sociable et portant peu d'intérêt aux autres.

- La transcendance (T) :

C'est une dimension spirituelle de la personnalité qui est unique car de nombreuses personnes possèdent des croyances très diverses. Elle correspond à la maturité spirituelle. Elle est probablement la dimension de personnalité la plus difficile à cerner tant sa signification peut dépendre de la culture d'appartenance.

Tableau 13 : Facettes de la dimension T.

T1 : Sens du spirituel

T2 : Détachement de soi

T3 : Croyance universelle

Un score bas de la dimension est en lien avec une personnalité pragmatique et matérialiste. Un score haut de la dimension correspond à une personnalité spirituelle, humble, tolérante à la douleur.

III. Fibromyalgie et troubles psychiatriques

Les travaux menés sur la dimension psychologique dans le syndrome fibromyalgique indiquent qu'il existerait des particularités qui lui sont propres même si des profils communs à la douleur chronique en général (catastrophisme, kinésiophobie, acceptation de la douleur...) sont reconnus. Si, comme pour les facteurs biologiques, les liens de causalité ne sont pas encore avérés, des facteurs psychologiques tels que les traits de personnalité ou les émotions joueraient un rôle dans la survenue et la pérennisation des douleurs chroniques et dans les stratégies d'ajustement développées par les patients souffrant de fibromyalgie pour y faire face (45).

Les facteurs psychologiques contribuant au déclenchement d'une fibromyalgie peuvent être divisés en facteurs contextuels et relationnels, en facteurs de personnalité, et en facteurs de perception et de cognition (tableau 14) (1).

Tableau 14 : Déterminants psychologiques identifiés dans la fibromyalgie.

Facteurs contextuels et relationnels	<ul style="list-style-type: none"> • Événements de vie perçus comme plus négatifs • Dysfonctionnements familiaux durant l'enfance (désorganisation, conflits, manque de cohésion) • Styles parentaux anxieux ou autoritaires Style d'attachement insécure
Facteurs de personnalité	<ul style="list-style-type: none"> • Modèle psychobiologique de Cloninger : Faible recherche de nouveauté Évitement du danger Faible auto-détermination • Modèle du Big Five : Névrosisme Agréabilité Ouverture Psychoticisme • Triade névrotique (hypocondrie, dépression, hystérie) • Équilibre affectif (faible affectivité positive et affectivité négative élevée)
Facteurs perceptifs et cognitifs	<ul style="list-style-type: none"> • Hyperactivité représentationnelle prémorbide et hypoactivité représentationnelle actuelle • Hypervigilance envers les stimuli négatifs • Amplification somatosensorielle • Alexithymie • Difficulté de représentation des états mentaux d'autrui

De même, il existe des facteurs psychologiques qui exposent les patients à une certaine vulnérabilité et favorisent sa pérennisation. D'après l'analyse de la littérature, se dégagent deux profils psychologiques distincts chez les patients : un premier groupe marqué par une détresse psychologique importante, qui favorise un état clinique très altéré et des retentissements psychosociaux fréquents, ainsi qu'un second groupe présentant une faible détresse psychologique, une meilleure qualité de vie et une évolution plutôt favorable de la symptomatologie (1).

L'approche psychosociale, qui s'intéresse à l'expérience subjective des patients, a exploré les causes que ces derniers attribuent à leurs troubles. Il en ressort une haute prévalence d'événements traumatiques, notamment d'ordre psychologique, tels que le deuil d'un proche, un vécu de violence, un traumatisme dans l'enfance, ou encore un divorce. Des traumatismes de type somatique sont aussi identifiés tels qu'un accident, une chirurgie, une chute ou encore des problèmes gynécologiques/obstétriques (figure 7). Le traumatisme, physique ou psychologique est désigné par certains comme un événement déclencheur d'une maladie auparavant latente (46).

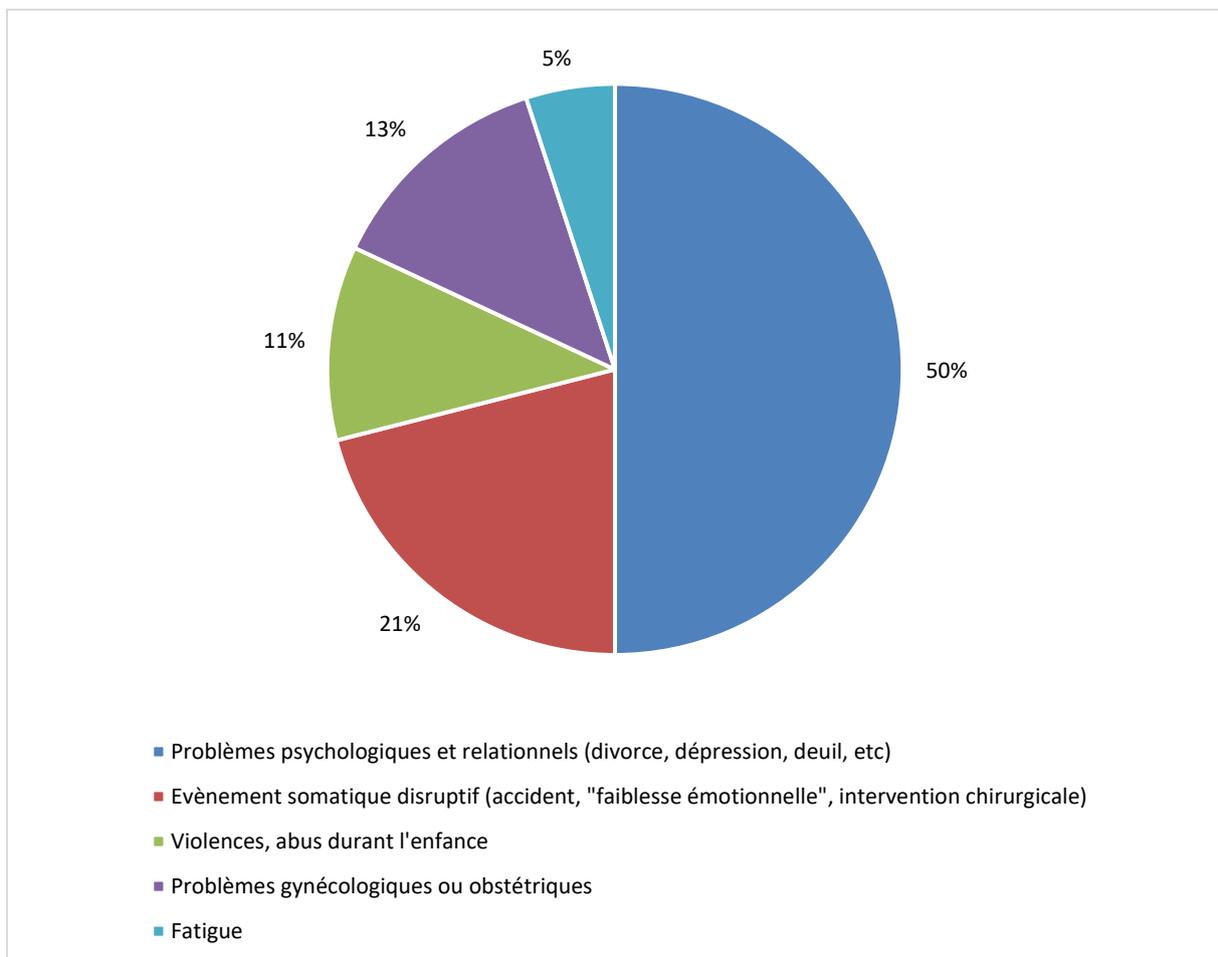


Figure 7 : Attributions causales relatives au déclenchement de la fibromyalgie selon les personnes atteintes.

III.1. Dépression et FM

La relation entre la fibromyalgie et la dépression est complexe et bidirectionnelle : la douleur chronique peut entraîner des troubles de l'humeur, tandis que la dépression peut exacerber la perception de la douleur.

Les recherches montrent que la prévalence de la dépression est significativement plus élevée chez les patients atteints de FM par rapport à la population générale. Des symptômes anxio-dépressifs sont rapportés chez 60 à 85 % des patients atteints de fibromyalgie (47). Les études révèlent que les patients atteints de fibromyalgie ont des scores de dépression et d'anxiété plus élevés d'un tiers en moyenne que des sujets contrôles ou des patients atteints d'un autre trouble douloureux chronique tel que la polyarthrite rhumatoïde (48). Le risque suicidaire est également plus élevé d'un tiers dans les groupes fibromyalgie. Il semblerait que la fibromyalgie soit plus sévère si elle est associée à des symptômes d'anxiété et de dépression.

La physiopathologie de la dépression chez les patients fibromyalgiques est complexe et multifactorielle. Une dysrégulation des neurotransmetteurs, notamment la sérotonine, la noradrénaline et la dopamine, jouent un rôle dans la régulation de l'humeur, de la douleur et du sommeil. La sensibilisation centrale, où le système nerveux central devient hyper réactif aux stimuli douloureux, peut également affecter les circuits neuronaux impliqués dans la régulation de l'humeur, contribuant ainsi à la dépression. Des niveaux élevés de cytokines pro-inflammatoires et de stress oxydatif ont été observés chez les patients fibromyalgiques (19). Ces facteurs peuvent altérer la fonction neuronale et favoriser l'apparition de symptômes dépressifs. Les troubles du sommeil sont fréquents chez les patients fibromyalgiques et peuvent exacerber les symptômes de dépression. Un sommeil de mauvaise qualité peut entraîner une fatigue chronique et une altération de l'humeur. Le stress émotionnel, les traumatismes passés et les difficultés sociales peuvent également jouer un rôle important dans le développement de la dépression chez les patients fibromyalgiques. La douleur chronique et les limitations fonctionnelles peuvent entraîner un sentiment de désespoir et d'isolement.

La dépression chez les patients fibromyalgiques résulte d'une interaction complexe entre des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux. Une approche multidisciplinaire est essentielle pour améliorer la qualité de vie des patients.

III.2. Anxiété et FM

Les symptômes anxieux sont également très fréquemment associés à la FM. Si le patient fait l'expérience que la douleur a été déclenchée par l'activité physique, il peut à terme se développer une appréhension aux mouvements ainsi qu'un évitement de l'activité physique par peur de déclencher de nouveau les symptômes douloureux. Ce phénomène est appelé la kinésiophobie et serait retrouvée chez 73% des patients (49). La majorité des patients présentant ce type de symptômes, se définissent comme très actifs avant l'installation de la pathologie (50).

Les mécanismes physiopathologiques favorisant l'anxiété dans la FM sont similaires à ceux décrits pour la dépression.

III.3. Etat de stress post traumatique (ESPT) et FM

Certains s'interrogent sur la possibilité que la fibromyalgie soit une forme de somatisation d'un ESPT. Il a été décrit un lien entre fibromyalgie et événements traumatiques majeurs. Selon Raphael et Al (51), 57% des patients fibromyalgiques ont un nombre significatif de symptômes que l'on retrouve dans les états de stress post traumatique (ESPT). Cette étude a également montré que 21% des patients souffrant d'ESPT satisfaisaient aux critères de la fibromyalgie contre aucun dans le groupe contrôle et que les femmes ayant une fibromyalgie étaient plus susceptibles de développer un ESPT, le risque étant 3 fois plus élevé.

Le lien de causalité entre fibromyalgie et ESPT reste cependant difficile à affirmer. Néanmoins, cette hypothèse étiologique est importante à garder en mémoire afin de proposer une prise en charge adaptée à ces patients.

III.4. Alexithymie et FM

L'alexithymie est un trait de personnalité caractérisé par une difficulté à identifier et à exprimer ses propres émotions ainsi que celles des autres. Certaines études ont retrouvé une prévalence plus élevée de l'alexithymie chez les patients fibromyalgiques par rapport à la population générale (52) (53).

Bien que l'alexithymie soit courante chez les patients fibromyalgiques, les recherches n'ont pas encore établi de lien direct entre l'alexithymie et l'intensité de la douleur ressentie. Cependant, l'incapacité à gérer les émotions peut aggraver la perception de la douleur et les symptômes associés. Elle peut également être une réponse adaptative à la douleur chronique, agissant comme un mécanisme de défense psychologique.

III.5. Troubles cognitifs et FM

Soixante-quinze pour cent des patients atteints de fibromyalgie rapportent des difficultés de concentration et d'attention, des troubles mnésiques (54). Le terme de « fibrofog » ou « brouillard mental » est utilisé dans la littérature anglophone pour faire référence à ces plaintes rapportées par les patients. Les études font également référence à une lenteur du traitement de l'information et plus récemment à une atteinte des fonctions exécutives. Parmi les fonctions exécutives, la mise à jour de la mémoire de travail, les capacités d'inhibition et la flexibilité seraient altérées de manière préférentielle par rapport aux autres aspects de ces fonctions, moins bien explorés (55).

Les mécanismes exacts à l'origine de ces troubles cognitifs ne sont pas entièrement compris, mais plusieurs hypothèses ont été avancées. La première hypothèse suggère qu'ils résulteraient d'une compétition entre la douleur et les activités cognitives pour l'acquisition des ressources attentionnelles : la douleur consommerait une grande partie de ces ressources par ailleurs nécessaires à la réalisation des tâches cognitives en situation de test ou de vie quotidienne. La seconde hypothèse, plus récente, fait référence aux mécanismes d'hypervigilance : les patients atteints de douleurs chroniques ne présentent pas de réduction des ressources attentionnelles, mais ont tendance à allouer leurs ressources différemment. La plainte cognitive dans la FM est fortement liée aux troubles de l'humeur (dépression et anxiété) et à la sévérité de la fibromyalgie.

Maintenant que nous avons décrit les différents termes et concepts dans cette première partie, nous allons aborder plus précisément le lien entre trouble de personnalité et fibromyalgie dans une seconde partie au travers d'une revue systématique de la littérature.

IV. Revue systématique de la littérature

IV.1. Introduction

La fibromyalgie (FM) est une maladie chronique principalement caractérisée par des douleurs musculosquelettiques généralisées (56). Sa prévalence est estimée entre 2 et 4% dans la population générale et est considérablement plus élevée chez les femmes que chez les hommes avec un sex ratio de 9 : 1 (57).

Le diagnostic de fibromyalgie est clinique et a été défini par les critères de classification de l'American College of Rheumatology (ACR) de 1990 comme la présence de douleurs généralisées pendant au moins 3 mois, combinée à une sensibilité sur 11 points anatomiques spécifiques sur 18 (22). Ces douleurs chroniques peuvent être associées à de nombreux autres symptômes, tels qu'une fatigue chronique, des troubles du sommeil, des céphalées chroniques, un syndrome anxio-dépressif, des troubles neurocognitifs, ayant un impact majeur sur la qualité de vie des individus.

Les recherches, pour tenter de comprendre cette pathologie, ont longtemps été centrées sur les aspects physiologiques et somatiques. Plusieurs études ont évoqué différentes hypothèses étiologiques telles que le terrain génétique, la sensibilisation centrale ou encore une dysfonction de l'axe hypothalamo-hypophysé-surrénalien. Cependant à ce jour, l'étiologie de la fibromyalgie reste méconnue. Le rôle d'une interaction complexe entre des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux dans le déclenchement et l'évolution de la fibromyalgie est désormais généralement accepté (58) (59).

Les aspects psychologiques, longtemps négligés, semblent pourtant jouer un rôle central dans la gestion de la maladie. Le profil de personnalité des patients, avec ses multiples facettes, pourrait offrir des clés de compréhension cruciales pour une prise en charge plus efficace.

Les troubles de personnalité correspondent à des modes de pensée, de perception, de réaction, rigides et inadaptés causant une altération significative du fonctionnement global des patients. La prévalence de ces troubles est estimée à 10% dans la population générale (37).

Le DSM-5 répertorie 10 troubles de personnalité en 3 groupes ou cluster (A, B, C). Le diagnostic repose sur l'évaluation des tendances cognitives, affectives, interpersonnelles et comportementales. Ces troubles restent sous diagnostiqués car les plaintes rapportées sont multiples telles qu'une symptomatologie anxio-dépressive, des troubles du comportement alimentaire ou encore des plaintes somatiques.

Plusieurs outils permettent d'évaluer le profil de personnalité des patients. Selon le modèle dimensionnel biopsychosocial de Cloninger, la structure de la personnalité est basée sur des mécanismes génétiques ainsi que sur les influences environnementales.

Ce modèle se compose de quatre dimensions de tempérament qui représentent la composante de la personnalité qui reflète la facette héréditaire donc innée de la personnalité du sujet et de trois dimensions de caractère qui représentent la composante de la personnalité acquise au cours de la vie de l'individu influencée par l'expérience et l'apprentissage.

Les sept dimensions sont les suivantes : la recherche de nouveauté (RN), l'évitement du danger (ED), la dépendance à la récompense (DR), la persistance (P), la détermination (D), la coopération (C) et la transcendance (T). Le TCI (Temperament and Character Inventory) est un auto-questionnaire permettant d'évaluer ces différentes dimensions de la personnalité selon le modèle de Cloninger (42).

Dans le contexte de la psychopathologie associée à la fibromyalgie, on observe que 50 à 70 % des patients présentent des troubles de l'humeur, notamment une dépression majeure (60), des troubles anxieux (61), ainsi qu'un taux de prévalence de tout trouble psychiatrique significativement plus élevé que celui observé chez les individus en bonne santé et que celui estimé dans la population générale (Axe I : 46.7% vs 15.7% et Axe II : 31.1% vs 13.3%) (62).

Au cours de la dernière décennie, la recherche s'est de plus en plus intéressée aux traits de personnalité chez les patients atteints de FM. Ainsi, il a été supposé que la personnalité des patients pût jouer un rôle essentiel dans le développement de la FM ainsi que sur l'intensité des symptômes et des plaintes rapportés par les patients. Cependant les résultats de ces études sont très hétérogènes. Certaines études ont affirmé que certains traits de personnalité pourraient être plus prévalents chez les patients atteints de FM, tandis que d'autres n'ont trouvé aucun profil de personnalité défini.

L'objectif principal de ce travail est de réaliser une revue systématique de la littérature avec pour but de clarifier s'il existe ou non un lien entre la fibromyalgie et des troubles de la personnalité, en étudiant les dimensions du tempérament et du caractère par une évaluation du TCI chez cette population en comparaison à des sujets sains.

IV.2. Méthodologie

IV.2.1. Stratégie de recherche

Cette revue systématique de littérature a été réalisée conformément aux normes PRISMA (63). Une recherche bibliographique approfondie a été effectuée à l'aide de 4 bases de données : *Pubmed*, *Science Direct*, *Scopus* et *Google scholar*.

Nous avons utilisé les mots-clés ou Mesh Terms comprenant « fibromyalgia », « personality » et « personality disorders ». Nous avons ajouté l'opérateur booléen « AND » pour avoir un lien avec des termes de recherche sur le titre et les résumés. Les mots synonymes ou termes équivalents ont été ajoutés à l'aide de l'opérateur booléen « OR ».

Notre équation de recherche, la même via toutes les interfaces, était la suivante : ("Fibromyalgia"[Mesh]) AND (("Personality"[Mesh]) OR ("Personality Disorders"[Mesh])).

IV.2.2. Critères d'éligibilité

Dans cette revue, nous avons inclus uniquement les articles écrits en anglais et en français. Nous avons fait le choix d'inclure uniquement les études présentant un groupe contrôle dans l'objectif futur de réaliser une méta analyse.

Ont donc été exclus de notre revue systématique soit après lecture simple du titre ou de l'abstract soit après lecture complète de l'article :

- Les articles portant sur d'autres pathologies avec douleurs chroniques, ou comparant les groupes de patients atteints de fibromyalgie à des groupes atteints d'autres troubles rhumatologiques chroniques
- Les articles n'utilisant pas le TCI comme outil d'évaluation de la personnalité
- Les articles ne traitant pas du bon sujet (évaluation de l'anxiété, la dépression)
- Les revues de littératures, les articles de synthèse, les revues systématiques, les méta-analyses, les études de cas, les guides de bonnes pratiques, les textes de lois.
- Les études portant sur des mineurs (<18 ans) et des animaux étaient également exclues.

IV.2.3. Sélection des études

Les articles pertinents ont été inclus s'ils répondaient à notre question de recherche élaborée selon le schéma suivant : Population / Intervention / Comparator / Outcomes (critères PICO).

- Population (P) : sujets atteints de fibromyalgie.
- Intervention (I) : présence d'un trouble de la personnalité évalué par la passation du TCI.
- Comparaison (Comparator) : absence de fibromyalgie.
- Résultat (Outcomes) : lien entre trouble de la personnalité et fibromyalgie.

Tous les articles identifiés par les équations de recherche ont été sauvegardés et importés via le logiciel bibliographique Zotero. Nous avons utilisé l'application Rayyan permettant de faciliter la sélection et l'identification des études.

Dans un premier temps, ont été supprimés les articles apparaissant en doublon. Par la suite, un premier tri des articles a été réalisé en double aveugle par deux investigateurs, médecins, en examinant les titres et les résumés des articles selon les critères d'inclusion et de non-inclusion. Après ce premier tri, une seconde sélection a été réalisée après lecture intégrale des articles afin d'évaluer leur éligibilité dans ce travail. Cette sélection a également été réalisée en double aveugle par les deux mêmes investigateurs. Des réunions ont été organisées entre les investigateurs pour parvenir à un consensus sur l'inclusion ou l'exclusion d'articles en cas de conflit. Les publications retenues ont été intégrées à cette revue de la littérature.

IV.2.4. Extraction des données

Pour les études incluses, les données ont été extraites par les deux investigateurs de manière indépendante puis ont été vérifiées communément. Les informations extraites étaient les suivantes : premier auteur, année de publication, titre de l'article, objectif principal de l'étude, population de l'étude, type d'étude, taille de l'échantillon, critères d'évaluation de la fibromyalgie, outil utilisé pour l'évaluation de la personnalité et les principaux résultats.

IV.2.5. Evaluation de la qualité

L'échelle de Newcastle-Ottawa (NOS) (64) a été utilisée pour évaluer la qualité de chaque étude. Cette grille comprend trois composantes principales :

- La sélection de l'échantillon de l'étude.
- La comparabilité des sujets dans les différents groupes de résultats.
- Les résultats et tests statistiques.

La note globale varie de 0 à 10 pour les études transversales, et de 0 à 9 pour les études longitudinales et cas-témoins. Les scores obtenus ont été classés en quatre groupes : les articles dont le score global est inférieur à 4, de 5 à 6, de 7 à 8 et de 9 à 10 ont été respectivement considérés comme étant de mauvaise, moyenne, bonne et très bonne qualité.

L'évaluation de la qualité des articles inclus a été réalisé en double aveugle par les deux mêmes investigateurs. Les études dont les critères NOS étaient inférieurs à 4, et donc considérés comme de mauvaise qualité, ont été exclus.

IV.3. Résultats

IV.3.1. Etudes incluses

Au total, 2247 articles ont été extraits après une recherche combinée sur 4 différentes bases de données. Sur les 2247 articles initiaux, 385 ont été exclus après suppression des doublons. Après une première sélection sur les titres et résumés, 1846 articles ont été exclus. Seize articles ont donc été retenus et évalués dans leur intégralité. Un article a été exclu car le groupe contrôle, servant de comparaison, était constitué de sujets présentant un syndrome de fatigue chronique et un autre car tous les sujets inclus étaient atteints de fibromyalgie avec un syndrome dépressif associé ou non. Trois articles ont été exclus car ils n'étaient pas rédigés en anglais ou français. Nous avons donc finalement inclus 11 articles à notre revue de la littérature. Les détails de la procédure d'inclusion, y compris les motifs d'exclusion, sont présentés dans le diagramme de flux (figure 8).

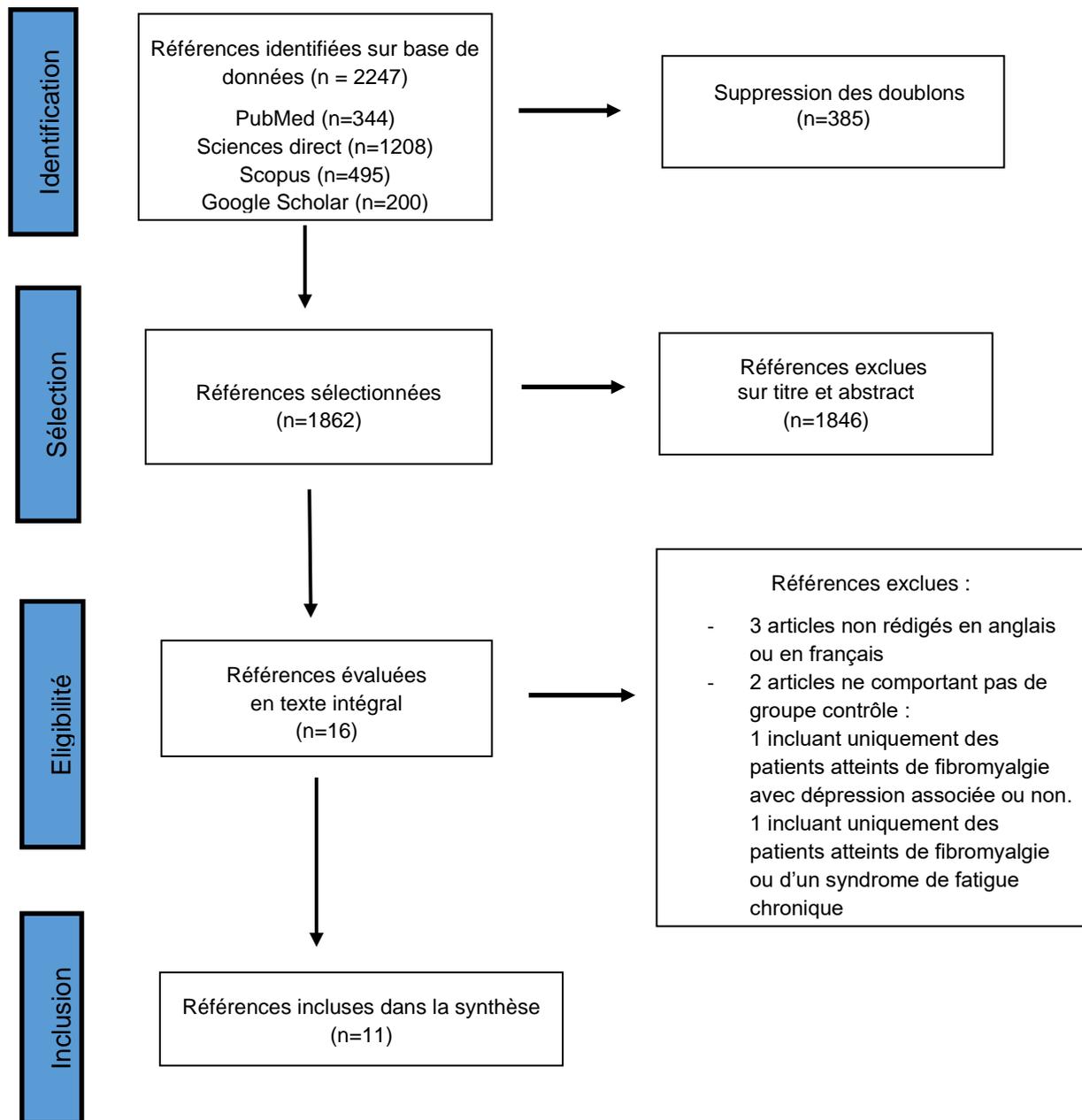


Figure 8 : Diagramme de flux selon PRISMA.

IV.3.2. Caractéristiques des études incluses

Sur les 11 publications incluses dans cette revue systématique de la littérature, 10 sont des études descriptives transversales et 1 est une étude cas témoins, comparant les différentes dimensions de la personnalité entre des sujets atteints de fibromyalgie et des sujets sains grâce au TCI.

Les études ont été publiées entre 1999 et 2022. Parmi ces différentes études, 7 ont été réalisées en Europe (Espagne, Italie, Suède), 3 au moyen orient (Turquie) et 1 en Amérique du Sud (Brésil).

Hormis 2 études où cela n'a pas été précisé (65) (66), la majorité des auteurs ont utilisé des versions du TCI ou TCI-R qui ont été validées dans la langue des pays où les études ont été conduites (67) (68) (69) (70) (71).

Concernant les sujets inclus dans ces différentes études, tous étaient des personnes majeures ayant un diagnostic de fibromyalgie selon les critères ACR en vigueur au moment de la réalisation de l'étude (22) (23) (24) avec un âge médian variant de 35.3 ans à 52 ans.

Les sujets sains inclus dans les groupes contrôle étaient également majeurs et issus de la population générale avec un âge médian variant de 32.1 ans à 51.6 ans.

La taille des échantillons des sujets atteints de FM varie de 38 à 191 patients et celle des sujets sains de 38 à 652 individus (tableau 15).

Tableau 15 : Caractéristiques des études incluses dans la revue systématique de la littérature.

<i>Auteurs et année</i>	<i>Taille échantillon</i>	<i>Age médian (Année)</i>	<i>Test personnalité</i>	<i>Critères diagnostics FM</i>	<i>Résultats</i>	<i>Critères NOS</i>
<i>Garcia-Fontanals et al. 2017 (Espagne)</i>	FM : 42 GC : 38	FM : 47.1 GC : 44.3	TCI-R Version espagnole	ACR 1990	<u>Sans CPS²</u> RN bas / ED élevé <u>Avec CPS²</u> D bas / ED élevé	7/10
<i>Garcia-Fontanals et al. 2016 (Espagne)</i>	FM : 42 GC : 38	FM : 47.1 GC : 44.3	TCI-R Version espagnole	ACR 1990	RN bas D bas ED élevé	7/10
<i>Santos et al. 2017 (Brésil)</i>	FM : 78 GC : 78	FM : 46.6 GC : 46.2	TCI Version Portugaise	ACR 1990	RN bas DR bas D bas C bas ED élevé T élevé	8/9
<i>Leombruni et al. 2016 (Italie)</i>	FM : 83 GC : 83	FM : 52 GC : 44.3	TCI Version italienne	ACR 2010	RN bas D bas ED élevé	8/10
<i>Gencay-Cal et al. 2012 (Turquie)</i>	FM : 42 GC : 48	FM : 35.3 GC : 32.1	TCI Version turque	ACR 1990	D bas ED élevé T élevé	6/10
<i>Lundberg et al. 2009 (Suède)</i>	FM : 191 GC : 652	FM : 40.4 GC : 42.1	TCI Version suédoise	ACR 1990	D bas ED élevé P élevé T élevé	8/10

<i>Anderberg et al. 1999 (Suède)</i>	FM : 38 GC : 38	FM : 48.6 GC : AM	TCI	ACR 1990	ED élevé	8/10
<i>Romeo et al. 2022 (Italie)</i>	FM : 54 GC : 54	FM : 49.9 GC : 51.6	TCI Version italienne	ACR 2016	D bas P bas ED élevé	8/10
<i>Balbaloglu et al. 2018 (Turquie)</i>	FM : 101 GC : 53	FM : 40.6 GC : 40.5	TCI Version turque	ACR 1990	D bas ED élevé T élevé	6/10
<i>Mazza et al. 2009 (Italie)</i>	FM : 60 GC : 80	FM : 36.3 GC : 35.1	TCI-R Version italienne	ACR 1990	D bas ED élevé	7/10
<i>Dogru et al. 2018 (Turquie)</i>	FM : 85 GC : 70	FM : 41.2 GC : AM	TCI	ACR 2010	RN bas ED élevé	7/10

FM : groupe fibromyalgie ; GC : groupe contrôle ; CPS : Clinical psychopathologic syndromes

IV.3.3. Dimensions du tempérament

Sur les 11 articles sélectionnés (65) (66) (72) (73) (74) (75) (76) (77) (78) (79) (80), tous retrouvent que la dimension évitement du danger (ED) est, de manière statistiquement significative, plus élevée chez les patients atteints de fibromyalgie en comparaison aux sujets contrôles.

Cinq articles retrouvent, de manière statistiquement significative, une baisse de la dimension recherche de nouveauté (RN) chez les patients atteints de fibromyalgie (66) (72) (73) (74) (79).

Une étude retrouve une baisse statistiquement significative de la dimension dépendance à la récompense (DR) chez les patients fibromyalgiques (74).

Concernant la dimension persistance (P), une étude retrouve des scores plus élevés chez le groupe de patients atteints de FM (76) et une étude retrouve des scores plus bas chez ce groupe de patients (77).

Dans l'étude de Garcia et al. de 2017 (72), il a été utilisé le Millon Clinical Multiaxial Inventory-III (MCMI-III) afin de constituer deux sous-groupes dans la population des patients fibromyalgiques : un groupe présentant des troubles psychopathologiques (clinical psychopathologic syndromes (CPS²)) et un autre groupe exempt de troubles. Dans le groupe FM avec CPS², les résultats montrent un score significativement plus élevé pour la dimension ED en comparaison au le groupe contrôle. Dans le groupe FM sans CPS², il est également retrouvé un score plus élevé pour la dimension ED mais un score plus faible pour la dimension RN de manière significative.

Dans l'étude de Santos et al. de 2017 (74), la comparaison entre les groupes FM et contrôle a montré une différence significative dans toutes les dimensions du TCI hormis la dimension P. Une autre analyse a été réalisée, ajustée sur plusieurs facteurs : la dépression et l'anxiété suite à la passation de plusieurs questionnaires : Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D-17), Beck Depression Inventory (BDI), Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A), State-Trait Anxiety Inventory (STAI-STATE), le diagnostic actuel d'épisode dépressif caractérisé, le niveau d'éducation et la prise d'un traitement psychotrope. Cette analyse a montré une différence significative entre les deux groupes uniquement pour la dimension RN avec des scores plus faibles dans le groupe FM.

Les différences significatives des dimensions du tempérament chez des sujets souffrant de fibromyalgie en comparaison à des sujets sains sont représentés sous forme de diagramme dans la figure 9 ci-dessous.

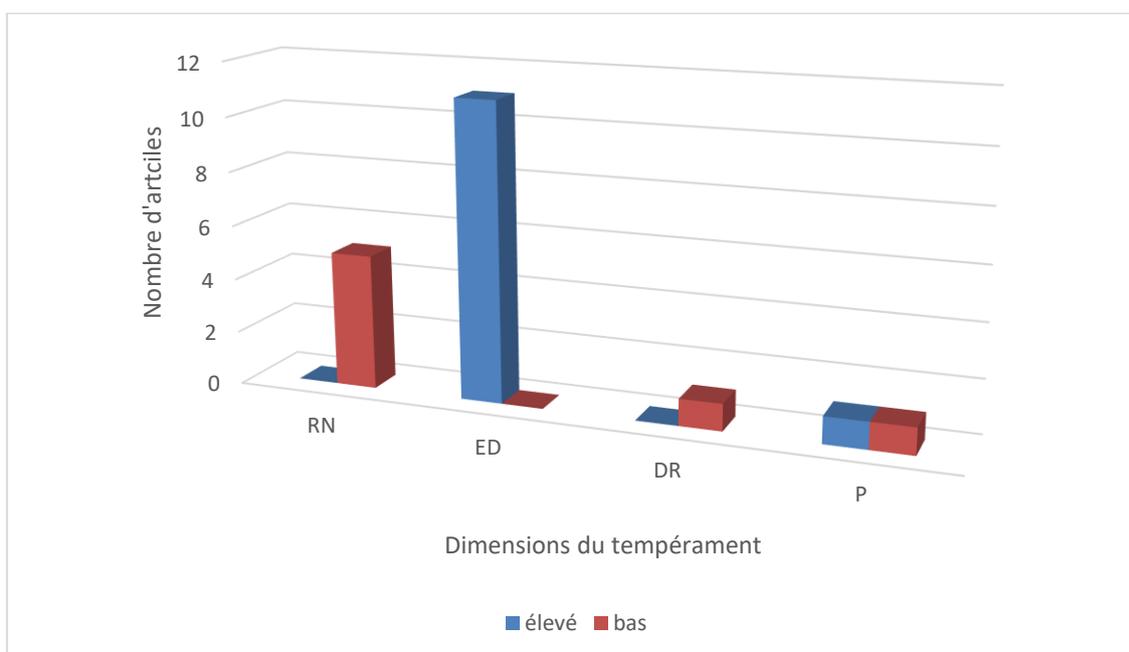


Figure 9 : Résultats significatifs des dimensions du tempérament.

RN : recherche de nouveauté / ED : évitement du danger / DR : dépendance à la récompense / P : persistance

IV.3.4. Dimensions du caractère

Sur les 11 articles retenus, 9 montrent de manière significative des scores plus bas chez les sujets atteints de FM pour la dimension détermination (D) (72) (73) (74) (75) (76) (77) (78) (79) (80).

Dans l'étude de Garcia et al. de 2017 (72), il a été retrouvé un score significativement plus faible pour la dimension D dans le groupe fibromyalgie avec CPS² vs groupe contrôle.

Cette différence n'a pas été retrouvée de manière significative pour le groupe fibromyalgie sans CPS² vs groupe contrôle.

Quatre articles retrouvent des scores plus élevés dans le groupe de sujets atteints de FM pour la dimension transcendance (T) (74) (75) (76) (80).

Un article retrouve des scores significativement plus bas pour la dimension coopération (C) chez le groupe de sujets fibromyalgiques (74).

Les différences significatives des dimensions du caractère chez des sujets souffrant de fibromyalgie en comparaison à des sujets sains sont représentés sous forme de diagramme dans la figure 10 ci-dessous.

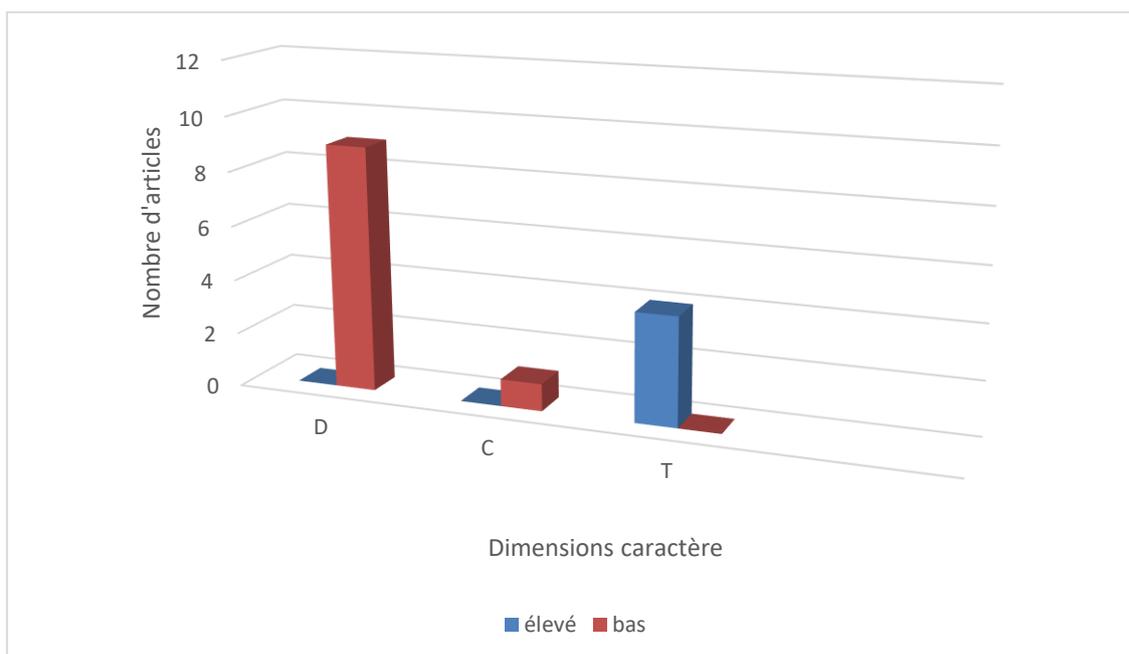


Figure 10 : Résultats significatifs des dimensions du caractère.

D : détermination / C : coopération / T : transcendance.

IV.3.5. Qualité des études incluses

Concernant la qualité des études incluses dans la revue :

- 2 études étaient de qualité moyenne avec un score de 6/10 selon les critères NOS,
- 8 étaient de bonne qualité avec un score de 7 et 8/10 selon les critères NOS,
- l'étude cas-témoins était de très bonne qualité avec un score de 8/9 selon les critères NOS.

IV.4. Discussion

Nous avons souhaité, à travers cette revue systématique de la littérature, synthétiser l'ensemble des articles recherchant un lien entre la fibromyalgie et les troubles de personnalité et ayant utilisé comme outil d'évaluation de la personnalité le TCI.

Nous avons sélectionné 11 articles, dont certains étaient des études descriptives transversales et d'autres des études cas témoin. Ces études ont principalement mis en évidence chez les patients atteints de fibromyalgie des scores élevés pour la dimension ED et des scores bas pour la dimension D en comparaison à des sujets sains. Ces résultats ont été retrouvés dans la quasi-intégralité des articles inclus dans ce travail, hormis 2 études ne retrouvant pas de différence significative pour la dimension D (65) (66), pouvant nous orienter vers une structure de personnalité bien précise chez les patients atteints de fibromyalgie.

La dimension ED, dimension du tempérament décrite par Cloninger, correspond, comme décrit précédemment, à la tendance que manifeste un individu à répondre plus ou moins intensément à des stimuli aversifs, avec une réponse d'inhibition pour éviter les punitions, la nouveauté et les frustrations et serait en relation avec le système sérotoninergique (81). Un score élevé dans cette dimension représente des traits de personnalité comme la peur de l'inconnu, le pessimisme, une fatigabilité importante.

La dimension D, dimension du caractère selon Cloninger, correspond à l'aptitude d'un individu à contrôler, réguler, adapter ses comportements pour faire face à une situation en accord avec ses valeurs et ses orientations personnelles (42). Elle correspond, très schématiquement, à la maturité individuelle. Un score bas dans cette dimension représente des traits de personnalité comme une mauvaise estime de soi, une tendance à attribuer ses difficultés à autrui, une réactivité importante et une immaturité générale dans les interactions avec l'environnement.

Les résultats de ce travail ont également mis en évidence des différences significatives, dans plusieurs articles, pour les dimensions RN et T. En effet, les études de Garcia-Fontanals et al. (73) (72), Dogru et al. (66), Santos et al. (74), Leombruni et al. (79) ont mis en évidence une différence significative pour la dimension RN avec des scores plus bas chez les patients atteints de fibromyalgie en comparaison aux sujets sains.

La dimension RN, dimension du tempérament selon Cloninger, représente la tendance à répondre par l'excitation ou l'exaltation à des stimuli nouveaux. Elle serait en relation avec le système dopaminergique. Un score bas dans cette dimension représente des traits de personnalité comme le calme, la réserve et la discrétion. Il est difficile, devant cette association, d'établir un lien de cause à effet, et il est encore plus difficile de dire si des scores bas dans cette dimension sont un réel indicateur de risque de survenue de FM. Cependant, il pourrait paraître logique de retrouver des scores plus bas dans cette dimension. En effet, les traits de personnalité correspondant à des scores bas dans la dimension ED, représentant entre autres une peur de l'inconnu, pourraient facilement être associés à une recherche de nouveauté plus basse que dans la population non atteinte de FM.

Les études de Balbabloglu et al. (80), Santos et al. (74), Lundberg et al. (76), Gencay et al. (75) ont retrouvé des scores plus élevés dans la dimension T dans les groupes FM en comparaison avec les groupes contrôles. La dimension transcendance (T), dimension du caractère décrite par Cloninger, représente la maturité spirituelle.

Elle est probablement la dimension de personnalité la plus difficile à cerner tant sa signification peut dépendre de la culture d'appartenance. L'étude de Rossi et Daneluzzo (82), a montré que des scores élevés à la dimension T seraient corrélés de manière significative à des traits de personnalité de type cluster A, notamment la personnalité schizotypique. Une autre étude de Svračić et al. (83), a montré que des scores élevés dans cette dimension seraient corrélés à des traits de personnalité borderline, histrionique, paranoïaque et schizotypique. Or, selon une approche catégorielle, il n'est pas reporté dans la littérature d'association entre la FM et des troubles de personnalité cluster A.

Bien que notre objectif était de comparer les traits de personnalité entre des patients atteints de fibromyalgie et des sujets sains grâce au TCI, nous avons fait le choix de garder les trois articles suivants, dont les objectifs principaux étaient à première vue différents des nôtres, car les données disponibles dans ces 3 articles correspondaient tout à fait à notre objectif. En effet, l'étude de Mazza et al. de 2009 (78) avait pour objectif d'étudier l'effet des inhibiteurs sélectif de recapture de la sérotonine sur le tempérament et le caractère des patients atteints de fibromyalgie. Pour cela, une comparaison des dimensions du tempérament et du caractère entre un groupe FM et un groupe contrôle a été réalisée en amont de la prise de traitement nous permettant donc d'utiliser ces résultats. L'étude de Balbaloglu et al. de 2018 (80) avait pour objectif de rechercher la fréquence des paresthésies dans la fibromyalgie et son impact sur les traits de personnalité. Pour cela, une comparaison des dimensions de la personnalité a été faite entre des sujets atteints de fibromyalgie, avec présence ou non de paresthésies, et des sujets sains ce qui nous a également permis d'intégrer ces données à notre travail. L'étude de Dogru et al. de 2018 (66) avait pour objectif de rechercher une association entre le polymorphisme du gène de la protéine 25 associée aux synaptosomes (SNAP-25) et les traits de personnalité chez les patients atteints de fibromyalgie. Pour cela, une comparaison des dimensions de la personnalité entre un groupe de sujets atteints de fibromyalgie et un groupe contrôle composé de sujets sains a été réalisée. Les études génétiques étant réalisées a posteriori, cela nous a permis d'intégrer ces données pour notre revue. Ces 3 études avaient toutes en commun la comparaison de 2 groupes, FM versus contrôles sains, avec passation du TCI dans les 2 groupes.

Bien qu'une revue systématique de la littérature portant sur le sujet ait été réalisée en 2023 par l'équipe de Vesal et al. (84), il nous a semblé pertinent de réaliser ce travail car l'étude de Vesal et al. s'intéressait uniquement aux dimensions suivantes : l'évitement du danger et la détermination. De plus, certaines études incluses dans cette revue ne comprenaient pas de groupe contrôle avec sujets sains (85) (86) ou ne s'intéressaient pas à l'ensemble des dimensions du TCI (87) (88). Dans notre revue, nous avons pour objectif d'approfondir ce sujet en prenant en compte toutes les dimensions du tempérament et du caractère.

Un des points forts de cette étude est la rigueur avec laquelle nous avons sélectionné les articles inclus dans cette revue de la littérature. Dans un premier temps, nous avons volontairement fait le choix d'utiliser une équation de recherche très large afin d'être le plus exhaustifs possible dans notre recherche. Nous avons également porté très attention aux échantillons de population utilisés dans les études afin de bien sélectionner uniquement les articles comparant des sujets atteints de FM avec des sujets contrôles sains.

Nous avons fait le choix de travailler sur le TCI, permettant une approche dimensionnelle de l'analyse de la personnalité, ce qui est une tradition de notre unité de recherche qui a mené de nombreuses études avec cet outil (89) (90).

Par ailleurs, il a été élaboré par l'équipe des professeurs Jean-Pierre CLEMENT et Benjamin CALVET, le TCI-125-HQ avec un important travail sur la validation des qualités psychométriques de ce test (91). Il a été également réalisé sur le CH Esquirol (CHU de Limoges) en 2014 une étude descriptive transversale « TCI-125 et fibromyalgie : étude dimensionnelle de la personnalité dans une population de patientes fibromyalgiques par rapport à une population féminine standard ».

Une des limites de ce travail est que nous n'avons pas pu exploiter les résultats de trois études, Kaya et al. (52) Kim et al. (92), et Altunoren et al. (93), qui répondaient à la plupart de nos critères d'inclusion. Cependant, lors de la procédure de sélection des articles nous n'avons pas trouvé la traduction intégrale de ces articles en anglais ou en français. Nous avons donc fait le choix de ne pas les inclure dans ce travail.

Un certain nombre d'études ont également été menées selon une approche catégorielle. Les résultats retrouvés sont assez hétérogènes, cependant il semblerait qu'il se dégage une prévalence plus importante de personnalité Cluster C chez les patients fibromyalgiques. L'étude de Rose et al. (94) a mis en évidence une prévalence de 46.7% de trouble de personnalité chez les patients atteints de FM. Parmi eux, 30% présentaient un profil de personnalité du cluster C et plus précisément une personnalité obsessionnelle-compulsive. Cette association entre cluster C et FM a d'ailleurs également été retrouvée dans l'étude réalisée par notre équipe au sein du service de rhumatologie du CHU de Limoges en 2014.

Les patients présentant des troubles de personnalité cluster C, ont tendance à exprimer leurs émotions avec contrôle et peu de spontanéité, présentent une certaine inhibition relationnelle et sociale, une mésestime de soi et une sensibilité exacerbée au jugement négatif d'autrui, une rigidité et une prudence excessive. Ces symptômes sont concordants avec des scores bas dans les dimensions ED (peur de l'inconnu, pessimisme) et D (une mauvaise estime de soi, une tendance à attribuer ses difficultés à autrui) mais également à des scores bas dans la dimension RN (calme, réserve, discrétion).

L'étude de Romanov et al. (95) a, en revanche, retrouvé une prévalence plus importante de trouble de personnalité du cluster B notamment le trouble borderline chez les patients atteints de FM. Cependant, une revue systématique de la littérature menée par l'équipe de Penfold et al. (96) sur l'association entre le trouble de personnalité borderline spécifiquement et la FM n'a pas mis en évidence une prévalence plus élevée de ce trouble dans la FM par rapport à la population générale.

Une association entre la fibromyalgie et la personnalité de type D a également été recherchée. Les études de Gokcen et al. (97), Topal et al. (98), Ozlu et al. (99) ont montré une prévalence plus élevée, de manière statistiquement significative, de personnalité de type D chez les patients FM en comparaison avec des sujets sains. Les principaux traits de la personnalité de type D sont la propension à ressentir des émotions négatives et à l'inhibition sociale ce qui semble également concordant avec les résultats retrouvés par le TCI avec la diminution des scores des dimensions ED, RN et D.

Au travers de cette revue de la littérature, il paraît difficile d'établir avec certitude un lien entre la fibromyalgie et un réel trouble de personnalité. En revanche, certains liens se dégagent de manière plus claire avec quelques dimensions, et plus spécifiquement l'ED et D, ce qui est très évocateur, notamment chez le clinicien, de traits de personnalité pathologiques et notamment du cluster C.

Il faut cependant savoir faire la différence entre traits pathologiques et personnalités pathologiques proprement dites. Nos résultats ont également mis en lumière des différences pour les dimensions recherche de nouveauté et transcendance mais de manière moins unanime que pour les deux autres dimensions sus-citées. Afin de confirmer ou d'infirmer ces différences, il serait intéressant de réaliser de nouvelles études se concentrant sur ces deux dimensions avec des échantillons de patients plus grands afin d'obtenir des résultats plus robustes.

Il serait également intéressant de réaliser une revue systématique étudiant les dimensions de la personnalité avec d'autres outils, comme le MMPI par exemple, afin de les comparer avec nos résultats et d'observer s'il est retrouvé les mêmes traits de personnalité qu'avec le TCI. Cela permettrait alors de mieux cerner le profil de personnalité de ces patients et donc d'orienter plus précisément les différentes approches psychothérapeutiques, qui restent à ce jour le traitement de référence pour la fibromyalgie et les troubles de personnalité, afin d'améliorer la prise en charge globale de ces patients.

Conclusion

La fibromyalgie, caractérisée par des douleurs musculaires diffuses et une fatigue chronique, demeure une pathologie complexe et souvent mal comprise. L'étiologie de la FM n'est pas encore clairement identifiée et sa prise en charge, comme celle des autres troubles douloureux chroniques, reste un défi pour les cliniciens devant la difficulté de la gestion de la douleur et la détresse psychologique qu'elle engendre chez ces patients. Les troubles de personnalité peuvent influencer de manière significative la perception et la gestion de la douleur chez les patients fibromyalgiques complexifiant encore davantage la prise en charge. La fibromyalgie étant liée à des facteurs à la fois biologiques, psychologiques et sociaux, nous avons choisi de nous intéresser plus précisément à l'association entre la FM et les troubles de personnalité.

Dans la première partie de cette thèse, nous avons tout d'abord cherché à décrire les principaux symptômes de la FM, les critères diagnostics en vigueur ainsi que les grands axes thérapeutiques et souligné l'importance d'une prise en charge multidisciplinaire. Nous avons également décrit les différents troubles de personnalité et les différents outils, plus particulièrement le TCI de Cloninger, permettant son évaluation. Puis nous avons fait le point sur les différentes comorbidités psychiatriques dans la FM, confirmant une prévalence importante de syndrome comme l'anxiété, la dépression, l'état de stress post traumatique et enfin de trouble de personnalité chez cette population de patients.

Dans la seconde partie, nous avons effectué une revue systématique de la littérature sur les liens entre les troubles de la personnalité et la fibromyalgie. Nous avons synthétisé l'ensemble des études ayant comparé les traits de personnalité entre les patients fibromyalgiques et des sujets sains avec le Temperament and Character Inventory (TCI) de Cloninger comme outil d'évaluation de la personnalité. Ce travail a permis de dégager des traits de personnalité prépondérants dans cette population comme un évitement du danger important et une faible auto-détermination.

Ainsi l'étude approfondie des interactions entre la fibromyalgie et les troubles de la personnalité semble un enjeu de recherche important tant l'enjeu clinique pourrait être important. Il serait pertinent d'explorer davantage les mécanismes neurobiologiques sous-jacents à ces interactions, ainsi que l'impact des interventions psychothérapeutiques ciblées sur l'amélioration des symptômes fibromyalgiques.

De futures recherches sur ces liens complexes entre douleur physique et souffrance morale semblent nécessaires afin de développer des stratégies thérapeutiques plus efficaces et personnalisées pour les patients souffrant de ces troubles.

Références bibliographiques

1. Inserm. Fibromyalgie. Les Ulis: EDP SCIENCES; 2020. 883 p.
2. McCarty DJ. Arthritis and Allied Conditions: A Textbook of Rheumatology. Lippincott Williams & Wilkins; 1972.
3. Hench P. Nonarticular rheumatism, 22nd rheumatism review: review of the American and English literature for the years 1973 and 1974. *Arthritis Rheum.* 1976;19(Suppl):1081-9.
4. Yunus M, Masi AT, Calabro JJ, Miller KA, Feigenbaum SL. Primary fibromyalgia (fibrositis): Clinical study of 50 patients with matched normal controls. *Semin Arthritis Rheum.* août 1981;11(1):151-71.
5. Organisation mondiale de la santé. CIM-10/ICD-10 : Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic. Genève Paris Milan Barcelone: Editions Masson; 1992. 328 p.
6. Jones GT, Atzeni F, Beasley M, Flüß E, Sarzi-Puttini P, Macfarlane GJ. The prevalence of fibromyalgia in the general population: a comparison of the American College of Rheumatology 1990, 2010, and modified 2010 classification criteria. *Arthritis Rheumatol Hoboken NJ.* févr 2015;67(2):568-75.
7. Mme Anne-Françoise Pauchet-Traversat. syndrome fibromyalgique de l'adulte rapport d'orientation. HAS; 2010 juill.
8. Heidari F, Afshari M, Moosazadeh M. Prevalence of fibromyalgia in general population and patients, a systematic review and meta-analysis. *Rheumatol Int.* sept 2017;37(9):1527-39.
9. Beaulieu P. La douleur Guide pharmacologique et thérapeutique. Les Presses de l'Université de Montréal; 2013.
10. O'Brien AT, Deitos A, Triñanes Pego Y, Fregni F, Carrillo-de-la-Peña MT. Defective Endogenous Pain Modulation in Fibromyalgia: A Meta-Analysis of Temporal Summation and Conditioned Pain Modulation Paradigms. *J Pain.* août 2018;19(8):819-36.
11. Hilgenberg-Sydney PB, Kowacs PA, Conti PCR. Somatosensory evaluation in Dysfunctional Syndrome patients. *J Oral Rehabil.* févr 2016;43(2):89-95.
12. Kosek E, Hansson P. Modulatory influence on somatosensory perception from vibration and heterotopic noxious conditioning stimulation (HNCS) in fibromyalgia patients and healthy subjects: *Pain.* mars 1997;70(1):41-51.
13. Backonja M "Misha, Attal N, Baron R, Bouhassira D, Drangholt M, Dyck PJ, et al. Value of quantitative sensory testing in neurological and pain disorders: NeuPSIG consensus. *Pain.* sept 2013;154(9):1807-19.
14. Tak LM, Cleare AJ, Ormel J, Manoharan A, Kok IC, Wessely S, et al. Meta-analysis and meta-regression of hypothalamic-pituitary-adrenal axis activity in functional somatic disorders. *Biol Psychol.* mai 2011;87(2):183-94.
15. Lawson VH, Grewal J, Hackshaw KV, Mongiovi PC, Stino AM. Fibromyalgia syndrome and small fiber, early or mild sensory polyneuropathy. *Muscle Nerve.* nov 2018;58(5):625-30.

16. Gemignani F. Fibromyalgia syndrome and small-fiber neuropathy. *Ann Neurol.* déc 2014;76(6):916-916.
17. Serra J, Collado A, Solà R, Antonelli F, Torres X, Salgueiro M, et al. Hyperexcitable C nociceptors in fibromyalgia. *Ann Neurol.* févr 2014;75(2):196-208.
18. Gerdle B, Ernberg M, Mannerkorpi K, Larsson B, Kosek E, Christidis N, et al. Increased Interstitial Concentrations of Glutamate and Pyruvate in Vastus Lateralis of Women with Fibromyalgia Syndrome Are Normalized after an Exercise Intervention – A Case-Control Study. Cordero MD, éditeur. *PLOS ONE.* 3 oct 2016;11(10):e0162010.
19. Üçeyler N, Häuser W, Sommer C. Systematic review with meta-analysis: cytokines in fibromyalgia syndrome. *BMC Musculoskelet Disord.* déc 2011;12(1):245.
20. Goldenberg DL. Diagnosis and Differential Diagnosis of Fibromyalgia. *Am J Med.* déc 2009;122(12):S14-21.
21. Perrot S, Bouhassira D, Fermanian J. Development and validation of the Fibromyalgia Rapid Screening Tool (FiRST). *Pain.* août 2010;150(2):250-6.
22. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, et al. The american college of rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. *Arthritis Rheum.* févr 1990;33(2):160-72.
23. Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Katz RS, Mease P, et al. The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis Care Res.* mai 2010;62(5):600-10.
24. Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Häuser W, Katz RL, et al. 2016 Revisions to the 2010/2011 fibromyalgia diagnostic criteria. *Semin Arthritis Rheum.* déc 2016;46(3):319-29.
25. Thieme K, Mathys M, Turk DC. Evidenced-Based Guidelines on the Treatment of Fibromyalgia Patients: Are They Consistent and If Not, Why Not? Have Effective Psychological Treatments Been Overlooked? *J Pain.* juill 2017;18(7):747-56.
26. Macfarlane G, Kronisch C, Atzeni F, Häuser W, Choy E, Amris K, et al. EULAR recommendations for management of fibromyalgia. *Ann Rheum Dis.* 5 mai 2017;76:annrheumdis-2017.
27. Macfarlane GJ, Kronisch C, Dean LE, Atzeni F, Häuser W, Fluß E, et al. EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia. *Ann Rheum Dis.* févr 2017;76(2):318-28.
28. Serrat M, Sanabria-Mazo JP, Almirall M, Musté M, Feliu-Soler A, Méndez-Ulrich JL, et al. Effectiveness of a Multicomponent Treatment Based on Pain Neuroscience Education, Therapeutic Exercise, Cognitive Behavioral Therapy, and Mindfulness in Patients With Fibromyalgia (FIBROWALK Study): A Randomized Controlled Trial. *Phys Ther.* 1 déc 2021;101(12):pzab200.
29. Aman MM, Jason Yong R, Kaye AD, Urman RD. Evidence-Based Non-Pharmacological Therapies for Fibromyalgia. *Curr Pain Headache Rep.* mai 2018;22(5):33.
30. Bernardy K, Klose P, Busch AJ, Choy EHS, Häuser W. Cognitive behavioural therapies for fibromyalgia. *Cochrane Database Syst Rev.* 10 sept 2013;2013(9):CD009796.

31. Bernardy K, Füber N, Klose P, Häuser W. Efficacy of hypnosis/guided imagery in fibromyalgia syndrome - a systematic review and meta-analysis of controlled trials. *BMC Musculoskelet Disord.* déc 2011;12(1):133.
32. Aravena V, García FE, Téllez A, Arias PR. Hypnotic intervention in people with fibromyalgia: A randomized controlled trial. *Am J Clin Hypn.* 1 juill 2020;63(1):49-61.
33. Adler-Neal AL, Zeidan F. Mindfulness Meditation for Fibromyalgia: Mechanistic and Clinical Considerations. *Curr Rheumatol Rep.* sept 2017;19(9):59.
34. Dumont JC, Bertin P, Vergne-Salle P, Malauzat D, Girard M, Treves R. Étude de faisabilité d'un traitement par rTMS dans la fibromyalgie, à propos de 20 patients. *Douleurs Eval - Diagn - Trait.* sept 2014;15(4):174-91.
35. Lacroix A, Vergne-Salle P, Dumont JC, Labrunie A, Balestrat P, Calvet B, et al. Effectiveness of Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation on Fibromyalgia Patients Responding to a First Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation Induction Course After Six Months of Maintenance Treatment: A Randomized Pilot-Controlled Study. *Neuromodulation J Int Neuromodulation Soc.* juin 2022;25(4):624-32.
36. Denollet J. DS14: Standard Assessment of Negative Affectivity, Social Inhibition, and Type D Personality: *Psychosom Med.* janv 2005;67(1):89-97.
37. EDN référentiel de Psychiatrie et addictologie (4e édition conforme à la R2C): Psychiatrie de l'adulte. Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Addictologie. 4e édition. Tours: RABELAIS; 2024. 454 p.
38. First MB, Gibbon M. The Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I) and the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders (SCID-II). In: *Comprehensive handbook of psychological assessment, Vol 2: Personality assessment.* Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons, Inc.; 2004. p. 134-43.
39. Jane JS, Pagan JL, Turkheimer E, Fiedler ER, Oltmanns TF. The interrater reliability of the Structured Interview for DSM-IV Personality. *Compr Psychiatry.* sept 2006;47(5):368-75.
40. Costa Jr. PT, McCrae RR. Domains and Facets: Hierarchical Personality Assessment Using the Revised NEO Personality Inventory. *J Pers Assess.* févr 1995;64(1):21-50.
41. Schilling R, Casper ST. Of Psychometric Means: Starke R. Hathaway and the Popularization of the Minnesota Multiphasic Personality Inventory. *Sci Context.* mars 2015;28(1):77-98.
42. Cloninger C. Temperament and personality. *Curr Opin Neurobiol.* 1994;4(2):266-73.
43. Cloninger CR, éditeur. *The temperament and character inventory (TCI): a guide to its development and use.* 1. ed. St. Louis, Mo: Washington Univ., Center for Psychobiology of Personality; 1994. 184 p.
44. Cloninger R, Przybeck T, Svrakic D. The Tridimensional Personality Questionnaire: U.S. Normative Data. *Psychol Rep.* 1 janv 1992;69:1047-57.
45. Martin MY, Bradley LA, Alexander RW, Alarcón GS, Triana-Alexander M, Aaron LA, et al. Coping strategies predict disability in patients with primary fibromyalgia. *Pain.* 1996;68(1):45-53.

46. Cedraschi C, Girard E, Luthy C, Kossovsky M, Desmeules J, Allaz AF. Primary attributions in women suffering fibromyalgia emphasize the perception of a disruptive onset for a long-lasting pain problem. *J Psychosom Res.* mars 2013;74(3):265-9.
47. Yopez D, Grandes XA, Talanki Manjunatha R, Habib S, Sangaraju SL. Fibromyalgia and Depression: A Literature Review of Their Shared Aspects. *Cureus.* 14(5):e24909.
48. Bucourt E, Martailé V, Goupille P, Joncker-Vannier I, Huttenberger B, Réveillère C, et al. A Comparative Study of Fibromyalgia, Rheumatoid Arthritis, Spondyloarthritis, and Sjögren's Syndrome; Impact of the Disease on Quality of Life, Psychological Adjustment, and Use of Coping Strategies. *Pain Med Malden Mass.* 23 févr 2021;22(2):372-81.
49. Russek L, Gardner S, Maguire K, Stevens C, Brown EZ, Jayawardana V, et al. A cross-sectional survey assessing sources of movement-related fear among people with fibromyalgia syndrome. *Clin Rheumatol.* juin 2015;34(6):1109-19.
50. Grisart J, Scaillet N, Michaux M, Masquelier E, Fantini C, Luminet O. Determinants of representational and behavioral hyperactivity in patients with fibromyalgia syndrome. *J Health Psychol.* 2020;25(8):1128-37.
51. Raphael KG, Janal MN, Nayak S. Comorbidity of Fibromyalgia and Posttraumatic Stress Disorder Symptoms in a Community Sample of Women. *Pain Med.* mars 2004;5(1):33-41.
52. Kaya E, Erden D, Kayar AH, Kiralp MZ. Alexithymia, temperament and character characteristics in women with fibromyalgia syndrome. *Turk Fiz Tip Ve Rehabil Derg.* 2010;56(3):105-10.
53. Gil FP, Weigl M, Wessels T, Irnich D, Baumüller E, Winkelmann A. Parental Bonding and Alexithymia in Adults With Fibromyalgia. *Psychosomatics.* mars 2008;49(2):115-22.
54. Park DC, Glass JM, Minear M, Crofford LJ. Cognitive function in fibromyalgia patients. *Arthritis Rheum.* sept 2001;44(9):2125-33.
55. Gelonch O, Garolera M, Valls J, Rosselló L, Pifarré J. Executive function in fibromyalgia: Comparing subjective and objective measures. *Compr Psychiatry.* avr 2016;66:113-22.
56. Malin K, Littlejohn GO. Personality and fibromyalgia syndrome. *Open Rheumatol J.* 2012;6:273.
57. Marques AP, Santo A de S do E, Berssaneti AA, Matsutani LA, Yuan SLK. Prevalence of fibromyalgia: literature review update. *Rev Bras Reumatol.* 2017;57(4):356-63.
58. Eich W, Hartmann M, Müller A, Fischer H. The role of psychosocial factors in fibromyalgia syndrome. *Scand J Rheumatol Suppl.* 2000;113:30-1.
59. Thieme K, Turk DC, Gracely RH, Maixner W, Flor H. The relationship among psychological and psychophysiological characteristics of fibromyalgia patients. *J Pain.* févr 2015;16(2):186-96.
60. Arroita A, Barreiro A, Ugarte K, Losada N, Rico P, Touzon R, et al. Psychiatric comorbidity in fibromyalgia. *Eur Psychiatry.* 2009;24(S1):1-1.

61. Raphael KG, Janal MN, Nayak S, Schwartz JE, Gallagher RM. Psychiatric comorbidities in a community sample of women with fibromyalgia. *Pain*. 2006;124(1-2):117-25.
62. Uguz F, Çiçek E, Salli A, Karahan AY, Albayrak I, Kaya N, et al. Axis I and Axis II psychiatric disorders in patients with fibromyalgia. *Gen Hosp Psychiatry*. 2010;32(1):105-7.
63. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Med*. 21 juill 2009;6(7):e1000097.
64. Wells G, Shea B, O'Connell D, Peterson J, Welch V, Losos M, et al. The Newcastle–Ottawa Scale (NOS) for Assessing the Quality of Non-Randomized Studies in Meta-Analysis. *CMAJ*. 1 janv 2000;162(8):364-7.
65. Anderberg UM, Forsgren T, Ekselius L, Marteinsdottir I, Hallman J. Personality traits on the basis of the Temperament and Character Inventory in female fibromyalgia syndrome patients. *Nord J Psychiatry*. 1999;53(5):353-9.
66. Dogru A, Balkarli A, Tepeli E, Aydin E, Cobankara V. Association of synaptosomal-associated protein 25 (SNAP-25) gene polymorphism with temperament and character traits in women with fibromyalgia syndrome. *Rev Psiquiatr Clin*. 2018;45(4):88-93.
67. Gutiérrez-Zotes JA, Bayón C, Montserrat C, Valero J, Labad A, Cloninger CR, et al. Temperament and Character Inventory-Revised (TCI-R). Standardization and normative data in a general population sample. *Acta Esp Psiquia Tr*.
68. Goncalves DM, Cloninger CR. Validation and normative studies of the Brazilian Portuguese and American versions of the Temperament and Character Inventory - Revised (TCI-R). *J Affect Disord*. juill 2010;124(1-2):126-33.
69. Köse S, Sayar K. Mizaç ve Karakter Envanteri (Türkçe TCI): Geçerlik, Güvenirliliği ve Faktör Yapısı. *Turk Psikiyatri Dergisi*. Ak. 2004;14(3).
70. Brändström S, Schlette P, Przybeck TR, Lundberg M, Forsgren T, Sigvardsson S, et al. Swedish normative data on personality using the temperament and character inventory. *Compr Psychiatry*. mai 1998;39(3):122-8.
71. Reliability and validity of the Italian version of the Temperament and Character Inventory-Revised in an outpatient sample. *Compr Psychiatry*. 1 juill 2007;48(4):380-7.
72. Garcia-Fontanals A, Portell M, García-Blanco S, Poca-Dias V, García-Fructuoso F, López-Ruiz M, et al. Vulnerability to Psychopathology and Dimensions of Personality in Patients With Fibromyalgia. *Clin J Pain*. nov 2017;33(11):991-7.
73. Garcia-Fontanals A, García-Blanco S, Portell M, Pujol J, Poca-Dias V, García-Fructuoso F, et al. Cloninger's psychobiological model of personality and psychological distress in fibromyalgia. *Int J Rheum Dis*. 2016;19(9):852-63.
74. Santos DM, Lage LV, Jabur EK, Kaziyama HHS, Iosifescu DV, De Lucia MCS, et al. The influence of depression on personality traits in patients with fibromyalgia: a case-control study. *Clin Exp Rheumatol*. 2017;35 Suppl 105(3):13-9.

75. Gencay-Can A, Can SS. Temperament and character profile of patients with fibromyalgia. *Rheumatol Int.* 2012;32(12):3957-61.
76. Lundberg G, Anderberg UM, Gerdle B. Personality features in female fibromyalgia syndrome. *J Musculoskelet Pain.* 2009;17(2):117-30.
77. Romeo A, Benfante A, Geminiani GC, Castelli L. Personality, Defense Mechanisms and Psychological Distress in Women with Fibromyalgia. *Behav Sci.* 2022;12(1).
78. Mazza M, Mazza O, Pomponi M, Di Nicola M, Padua L, Vicini M, et al. What is the effect of selective serotonin reuptake inhibitors on temperament and character in patients with fibromyalgia? *Compr Psychiatry.* 2009;50(3):240-4.
79. Leombruni P, Zizzi F, Miniotti M, Colonna F, Castelli L, Fusaro E, et al. Harm avoidance and self-directedness characterize fibromyalgic patients and the symptom severity. *Front Psychol.* 2016;7(APR).
80. Balbaloglu O, Tanik N, Alpayci M, Ak H, Karaahmet E, Inan LE. Paresthesia frequency in fibromyalgia and its effects on personality traits. *Int J Rheum Dis.* juill 2018;21(7):1343-9.
81. Nelson EC, Cloninger CR, Przybeck TR, Csernansky JG. Platelet serotonergic markers and Tridimensional Personality Questionnaire measures in a clinical sample. *Biol Psychiatry.* 15 août 1996;40(4):271-8.
82. Rossi A, Daneluzzo E. Schizotypal dimensions in normals and schizophrenic patients: a comparison with other clinical samples. *Schizophr Res.* 1 mars 2002;54(1-2):67-75.
83. Svrakic DM, Draganic S, Hill K, Bayon C, Przybeck TR, Cloninger CR. Temperament, character, and personality disorders: etiologic, diagnostic, treatment issues. *Acta Psychiatr Scand.* sept 2002;106(3):189-95.
84. Vesal M, Asgari K, Roohafza H, Adibi P. Cloninger's personality model in fibromyalgia syndrome: A systematic review and meta-analyses. *J Fundam Ment Health.* 2023;25(4).
85. Santos D de M, Lage LV, Jabur EK, Kaziyama HHS, Iosifescu DV, Lucia MCS de, et al. The association of major depressive episode and personality traits in patients with fibromyalgia. *Clin Sao Paulo Braz.* 2011;66(6):973-8.
86. Ablin JN, Zohar AH, Zaraya-Blum R, Buskila D. Distinctive personality profiles of fibromyalgia and chronic fatigue syndrome patients. *PeerJ.* 2016;2016(9).
87. Verdejo-García A, López-Torrecillas F, Calandre EP, Delgado-Rodríguez A, Bechara A. Executive function and decision-making in women with fibromyalgia. *Arch Clin Neuropsychol Off J Natl Acad Neuropsychol.* févr 2009;24(1):113-22.
88. Glazer Y, Buskila D, Cohen H, Ebstein RP, Neumann L. Differences in the personality profile of fibromyalgia patients and their relatives with and without fibromyalgia. *Clin Exp Rheumatol.* 2010;28(6 Suppl 63):S27-32.
89. Calvet B, Bricaud M, Clément JP. Relations entre deux modèles de personnalité au sein d'une population de personnes âgées. *Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Vieil.* 1 déc 2014;12(4):449-59.

90. Bricaud M, Calvet B, Viéban F, Prado-Jean A, Clément JP. Étude PerCaDim : relations entre approches dimensionnelle et catégorielle de la personnalité. *L'Encéphale*. 1 sept 2012;38(4):288-95.
91. Calvet B. Les Inventaires du Tempérament et du Caractère de Cloninger : Études de revalidation et applications en psychopathologie et en neuroépidémiologie. 2015.
92. Kim TS, Kim KT, Jung YE, Park SH, Lee C. Temperament and character dimensions in female patients with fibromyalgia. *Korean J Psychosom Med*. 2007;15(1):44-50.
93. Altunören O, Orhan FO, Nacitarhan V, Özer A, Karaaslan MF, Altunören O. Evaluation of depression, temperament and character profiles in female patients with fibromyalgia syndrome. *Noropsikiyatri Arsivi*. 2011;48(1):31-8.
94. Rose S, Cottencin O, Chouraki V, Wattier JM, Houvenagel E, Vallet B, et al. Importance des troubles de la personnalité et des comorbidités psychiatriques chez 30 patients atteints de fibromyalgie. *Presse Médicale*. 1 mai 2009;38(5):695-700.
95. Romanov DV, Nasonova TI, Isaikin AI, Filileeva OV, Sheyanov AM, Iuzbashian PG, et al. Personality Disorders and Traits of ABC Clusters in Fibromyalgia in a Neurological Setting. *Biomedicines*. 2023;11(12).
96. Penfold S, Denis ESt, Mazhar MN. The association between borderline personality disorder, fibromyalgia and chronic fatigue syndrome: Systematic review. *BJPsych Open*. 2016;2(4):275-9.
97. Gokcen N, Coskun Benlidayi I, Tamam L, Demirkol ME, Yesiloglu C, Guzel R. Type D personality and self-esteem in patients with fibromyalgia: a cross-sectional case-control study. *Rheumatol Int*. juin 2022;42(6):1027-34.
98. Topal İ, Tuman TC. The Impact of Type D Personality Traits on Quality of Life, Sleep, Anxiety, and Depression in Fibromyalgia Patients: A Comparative Study with Healthy Controls. *Med Sci Monit Int Med J Exp Clin Res*. 19 janv 2024;30:e942606.
99. Özlü A, Leblebicier MA, Ünver G. Examination of Type D personality, depression and perceived social support in women With fibromyalgia. *Perspect Psychiatr Care*. oct 2022;58(4):2154-60.

Annexes

Annexe 1. Questionnaire FiRST.....	86
Annexe 2. Critères diagnostics d'un trouble de personnalité selon le DSM-5.....	87
Annexe 3. Questionnaire DS14.....	88

Annexe 1. Questionnaire FiRST.

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

Annexe 2. Critères diagnostiques d'un trouble de personnalité selon le DSM-5.

A. Modalité durable de l'expérience vécue et des conduites qui dévie notablement de ce qui est attendu dans la culture de l'individu. Cette déviation est manifeste dans au moins deux des domaines suivants :

- la cognition (c'est-à-dire la perception et la vision de soi-même, d'autrui et des événements) ;
- l'affectivité (c'est-à-dire la diversité, l'intensité, la labilité et l'adéquation de la réponse émotionnelle) ;
- le fonctionnement interpersonnel ;
- le contrôle des impulsions.

B. Ces modalités durables sont rigides et envahissent des situations personnelles et sociales très diverses.

C. Ce mode durable entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

D. Ce mode est stable et prolongé et ses premières manifestations sont décelables au plus tard à l'adolescence ou au début de l'âge adulte.

E. Ce tableau n'est pas mieux expliqué par les manifestations ou les conséquences d'un autre trouble mental.

F. Ce mode durable n'est pas dû aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex. : une drogue donnant lieu à abus ou un médicament) ou d'une pathologie non psychiatrique (p. ex. : un traumatisme crânien).

Annexe 3. Questionnaire DS14.

DS¹⁴

Name : Today's date :

Below are a number of statements that people often use to describe themselves. Please read each statement and then **circle** the appropriate **number** next to that statement to indicate your answer. There are no right or wrong answers : Your own impression is the only thing that matters.

0=FALSE **1**=MOSTLY-FALSE **2**=NEUTRAL **3**=MOSTLY-TRUE **4**=TRUE

-
1. I make contact easily when I meet people ----- → 0 1 2 3 4
 2. I often make a fuss about unimportant things ----- → 0 1 2 3 4
 3. I often talk to strangers ----- → 0 1 2 3 4
 4. I often feel unhappy ----- → 0 1 2 3 4
 5. I am often irritated ----- → 0 1 2 3 4
 6. I often feel inhibited in social interactions ----- → 0 1 2 3 4
 7. I take a gloomy view of things ----- → 0 1 2 3 4
 8. I find it hard to start a conversation ----- → 0 1 2 3 4
 9. I am often in a bad mood ----- → 0 1 2 3 4
 10. I am a closed kind of person ----- → 0 1 2 3 4
 11. I would rather keep other people at a distance ----- → 0 1 2 3 4
 12. I often find myself worrying about something ----- → 0 1 2 3 4
 13. I am often down in the dumps ----- → 0 1 2 3 4
 14. When socializing, I don't find the right things to talk about ----- → 0 1 2 3 4
-

Serment d'Hippocrate

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Lien entre fibromyalgie et troubles de la personnalité : une revue systématique de la littérature

La fibromyalgie est une maladie chronique caractérisée par des douleurs musculo-squelettiques diffuses, une fatigue persistante et des troubles du sommeil. De nombreuses comorbidités psychiatriques ont été décrites chez ces patients suggérant un éventuel lien entre la fibromyalgie et des troubles de personnalité.

Cette thèse a pour objectif de réaliser une revue systématique de la littérature en synthétisant les études ayant comparé les traits de personnalité entre des sujets atteints de fibromyalgie et des sujets sains avec le TCI de Cloninger.

Les résultats de ce travail ont retrouvé de façon claire qu'un évitement du danger et une faible auto-détermination sont plus fréquents chez les patients fibromyalgiques que chez les sujets sains. Nous avons également retrouvé, de façon moins unanime, une faible recherche de nouveauté et une transcendance élevée.

Ainsi des traits de personnalité communs se dégagent chez les patients atteints de FM et sont évocateurs de traits de personnalité pathologique du cluster C. Une prise en charge pluridisciplinaire est essentielle et notamment la prise en compte de ces traits afin d'améliorer la prise en charge de ces patients.

Mots-clés : Fibromyalgie, trouble de personnalité, TCI, revue systématique.

Link between fibromyalgia and personality disorders: a systematic review of the literature

Fibromyalgia is a chronic illness characterized by widespread musculoskeletal pain, persistent fatigue, and sleep disturbances. Numerous psychiatric comorbidities have been described in these patients, suggesting a possible link between fibromyalgia and personality disorders.

The aim of this thesis is to conduct a systematic review of the literature by synthesizing studies that have compared personality traits between individuals with fibromyalgia and healthy subjects using Cloninger's TCI.

The findings of this work clearly found that harm avoidance and low self-directedness are more frequent in fibromyalgia patients than in healthy subjects. Additionally, though less consistently, low novelty seeking and high self-transcendence were also observed.

Thus, common personality traits emerge in patients with fibromyalgia, which are suggestive of pathological personality traits associated with cluster C. A multidisciplinary approach is essential, particularly taking these traits into account, to improve the management of these patients.

Keywords : Fibromyalgia, personality disorders, TCI, systematic review.

