

**Etude comparée de la personnalité au cours de  
la fibromyalgie et d'autres maladies  
rhumatologiques : L'étude PERFECT**

# SOMMAIRE

<b>Abréviations</b> .....	<b>3</b>
<b>Introduction</b> .....	<b>4</b>
<b>Patients et méthodes</b> .....	<b>6</b>
1. Patients .....	6
2. Critères d'inclusion et d'exclusion.....	6
3. Matériels et méthodes.....	7
1- <i>Mesure de la personnalité : Big Five Inventory : (BFI)</i> .....	7
2- <i>Mesure de la détresse psychique perçue : General Health Questionnaire : (GHQ 28)</i> .....	9
3- <i>Mesure d'impact de la fibromyalgie : Fibromyalgia Impact Questionnaire : (FIQ)</i> .....	9
4- <i>Mesure de la fatigue : Fatigue Severity Scale : (KFSS)</i> .....	10
5- <i>Mesure des stratégies d'adaptation : Coping Strategies Questionnaire : (CSQ)</i> .....	10
6- <i>Le questionnaire évènementiel EVE</i> .....	10
4. Analyse statistique.....	11
<b>Résultats</b> .....	<b>12</b>
1. Caractéristiques des patients .....	12
2. Questionnaires .....	12
<b>Discussion</b> .....	<b>15</b>
<b>Conclusion</b> .....	<b>20</b>
<b>Références</b> .....	<b>21</b>
<b>Tableaux et figures</b> .....	<b>25</b>

## **Abréviations**

ACR : American College of Rheumatology

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

BFI : Big Five Inventory

CSQ : Coping Strategy Questionnaire

FIQ : Fibromyalgia Impact Questionnaire

FM : Fibromyalgie

GHQ 28 : General Health Questionnaire 28

GS: Syndrome de Gougerot Sjögren

KFSS : Fatigue Severity Scale

PR: Polyarthrite Rhumatoïde

SA : Spondylarthrite Ankylosante

## Introduction

La fibromyalgie (FM) ou syndrome polyalgique idiopathique diffus est une maladie identifiée depuis 1977 par Smythe et Moldofsky (1). Elle a été définie comme entité nosologique par l'American College of Rheumatology (ACR) (2) en 1990, mais ce n'est que récemment, en 2006, qu'elle est reconnue comme pathologie rhumatismale dans la classification internationale des maladies - 10<sup>ème</sup> révision (CIM10) de l'organisation mondiale de la santé (OMS), sous le code : M79.7. Le syndrome qu'elle désigne est cependant connu depuis bien plus longtemps sous les termes de fibrosite, rhumatisme des tissus mous, ou encore rhumatisme non articulaire. Elle touche le plus souvent la femme d'âge moyen et est caractérisée par des douleurs chroniques, diffuses, bilatérales, aux membres supérieurs et aux membres inférieurs, par des points douloureux à la pression, la coexistence de fatigue, de troubles du sommeil et de troubles anxiodépressifs. Elle est également souvent associée à des troubles fonctionnels tels que le syndrome du colon irritable, les céphalées, les douleurs pelviennes, les cystalgies à urines claires, la dystonie temporo mandibulaire et l'hypotension orthostatique. La prévalence de cette maladie en France est estimée entre 1,4% et 2,2% de la population générale selon une étude publiée en 2006 (3).

Le diagnostic est souvent difficile. Il est posé sur l'association de douleurs diffuses évoluant depuis plus de 3 mois, et la présence d'au moins 11 des 18 points douloureux spécifiques à la pression définis par l'ACR en 1990 (2). Ces critères permettent de poser un diagnostic avec une spécificité de 88% et une sensibilité de 81%. En mai 2010, de nouveaux critères diagnostiques ont été proposés (4). En effet 25% des patients fibromyalgiques étudiés dans ce travail ne répondaient pas aux critères ACR de 1990 (2). L'intérêt de ces nouveaux critères est qu'ils ne sont pas basés sur la palpation des points douloureux mais recentrent la maladie sur les symptômes, ils sont utilisables par les médecins généralistes et les spécialistes et peuvent être utiles pour le suivi des patients. Les auteurs précisent cependant que ces nouveaux critères n'ont pas pour but de remplacer la classification de 1990, mais de proposer une méthode alternative pour le diagnostic. Le fait que les points

douloureux ne soient pas suffisants pour le diagnostic a été rapporté lors d'une analyse de la littérature menée par Harth *et al.* (5).

Le rapport de l'académie nationale de médecine publié en 2007 (Menkès et Godeau) (6) souligne qu' : « il n'existe pas de profil psychologique spécifique, ni de preuve permettant de rapporter ce syndrome à une origine uniquement psychogène ». Ainsi l'existence d'une personnalité type des FM reste hypothétique. Mais l'identification de traits de personnalité spécifiques aux FM, associés à une manière de faire face aux évènements de la vie, à la douleur chronique et à la fatigue, ouvrirait une nouvelle voie dans la compréhension de cette maladie et dans sa prise en charge. Notre hypothèse est qu'il existe chez les patientes fibromyalgiques des scores de névrosisme et d'introversion plus prononcés que dans les autres maladies rhumatismales.

L'étude PERFect (Personnalité, Fibromyalgie et autres pathologies rhumatologiques) est une étude observationnelle, multicentrique, dont l'objectif principal est de comparer la personnalité des patientes fibromyalgiques à celle de patientes suivies pour d'autres maladies rhumatologiques, parmi lesquelles la polyarthrite rhumatoïde (PR), le syndrome de Gougerot Sjögren (GS), et la spondylarthrite ankylosante (SA). Les objectifs secondaires sont d'évaluer et de comparer, dans chaque groupe de patientes, la fatigue, le retentissement sur la vie quotidienne, les stratégies de coping, l'état de santé général et les évènements de vie. Le travail présenté ici porte sur l'analyse des patientes incluses au CHRU de Tours.

## Patients et méthodes

### 1. Patients

Les patientes incluses dans cette étude étaient suivies au CHRU de Tours pour une fibromyalgie (FM), une polyarthrite rhumatoïde (PR), un syndrome de Gougerot Sjögren primitif (GS) ou une spondylarthrite ankylosante axiale (SA). Deux investigateurs ont fait passer les questionnaires : une étudiante en doctorat de psychologie et une interne de rhumatologie. Une note d'information, résumant le protocole de l'étude, et les règles de confidentialité était remise à chaque patiente. Elles étaient également informées que l'étude ne modifierait pas leurs soins et ne comporterait pas de geste invasif. Une fiche de non opposition de participation du patient était signée par le médecin investigateur conformément à l'avis du Comité de Protection des Patients (CPP).

L'entretien préliminaire permettait à l'investigateur de vérifier que la patiente ne présentait pas de critères d'exclusion et répondait bien aux critères d'inclusion. Etaient également recensées les données générales concernant les patientes comme la date de naissance, la profession, l'arrêt de travail et/ou invalidité, les antécédents médicaux, les antécédents chirurgicaux, les traitements en cours, notamment biomédicaments, le statut ménopausique. Les questionnaires étaient remis dans les mêmes conditions à chaque patiente. L'investigateur s'assurait du bon déroulement de la passation.

### 2. Critères d'inclusion et d'exclusion

Pour participer à l'étude, les patients devaient être de sexe féminin, avoir un âge inférieur à 65 ans, avoir un diagnostic posé depuis plus de 6 mois et moins de 10 ans, avoir un diagnostic rhumatologique répondant aux critères de l'ACR pour les PR, aux critères de Vitali *et al.* pour les GS primitifs, aux critères de l'ASAS des spondylarthrites à forme axiale pour les SA, aux critères First et de l'ACR 1990 pour les FM .

Etaiet exclues de l'étude les patientes ayant une infection à VIH, des antécédents personnels de cancers solides ou d'hémopathie, de dysthyroïdie, d'endocrinopathie, d'hépatites virales ou d'autres comorbidités jugées sévères par l'investigateur comme l'insuffisance cardiaque, rénale, ou respiratoire.

### 3. Matériels et méthodes

Six auto-questionnaires ont été utilisés pour cette étude :

#### 1- *Mesure de la personnalité : Big Five Inventory : (BFI)*

Le BFI a été créé par John *et al.* en 1990 (7) pour proposer aux cliniciens et aux chercheurs un outil rapide à utiliser et fiable afin de mesurer les différences individuelles selon les cinq grandes dimensions de la personnalité de Goldberg (8). Ces 5 dimensions sont les suivantes : **la dimension E** correspond à l'extraversion, l'énergie, l'enthousiasme, c'est une approche enthousiaste du monde matériel et social incluant des traits comme la sociabilité, l'action, l'affirmation de soi, les émotions positives. **La dimension A** correspond à l'agréabilité, l'altruisme, l'affection, elle oppose une approche communautaire et sociale tournée vers les autres. **La dimension C** correspond à la conscience, au contrôle, à la contrainte, elle décrit le contrôle socialement autorisé des impulsions qui facilitent un comportement vers une tâche ou un but. **La dimension N** correspond aux émotions négatives, au névrosisme, à la nervosité, elle oppose une stabilité émotionnelle et une humeur égale aux émotions négatives. **La dimension O** correspond à l'ouverture, l'originalité, l'ouverture d'esprit, elle décrit la largeur, la profondeur, l'originalité et la complexité de la vie mentale et des expériences de l'individu. Cet outil a été traduit et validé dans sa version française par Plaisant *et al.* (9)(10). Il s'agit d'un auto-questionnaire composé de 45 items. La cotation se fait sur une échelle de Lickert de 1 (désapprouve fortement) à 5 (approuve fortement). Cet outil possède de bonnes qualités psychométriques et permet une mesure brève des 5 facteurs de la personnalité. Nous avons calculé la médiane de la moyenne pour chaque dimension. A noter que la cotation des items accompagnés d'un R est inversée dans l'analyse des résultats.



2- *Mesure de la détresse psychique perçue : General Health Questionnaire : (GHQ 28)*

Le GHQ de Goldberg, dans sa version à 28 items, a été traduit et validé en français par Pariente *et al.*(11) C'est un auto- questionnaire évaluant les troubles psychopathologiques ressentis au cours des dernières semaines. Il évalue surtout la souffrance générale subjective ou morbidité psychique. Chaque item est coté selon une échelle de Lickert en 4 points (de 0 à 3) et donne un score global dont le maximum est 84. Il permet d'explorer 4 domaines comprenant les symptômes somatiques, l'anxiété et l'insomnie, le dysfonctionnement social, et la dépression sévère. Ce test a de bonnes qualités psychométriques. Nous avons calculé le score global (score global maximum=84) et un score pour chacun des 4 sous items.

3- *Mesure d'impact de la fibromyalgie : Fibromyalgia Impact Questionnaire : (FIQ)*

Le FIQ de Burckhardt *et al.* (12) est un auto- questionnaire comprenant 10 items qui évaluent les retentissements physiques, psychologiques et sociaux de la FM sur la qualité de vie. Il a été développé dans les années 1980 et constitue l'un des outils les plus utilisés dans les études portant sur l'évaluation des FM. Il a en effet été cité dans plus de 300 articles et traduit dans 14 langues (12). Le premier item s'intéresse à la fonction physique dans les tâches de la vie quotidienne (faire les courses, la lessive en machine, la vaisselle à la main, les lits, du jardinage, préparer à manger, passer l'aspirateur, marcher plusieurs centaines de mètres, monter des escaliers, voir des amis ou la famille, conduire une voiture). Chaque tâche est mesurée par l'échelle suivante : toujours=0, la plupart du temps=1, de temps en temps=2, parfois=3. L'item 2 mesure le nombre de jours où le sujet s'est senti bien au cours de la semaine passée. Les items 3 et 4 évaluent les répercussions de la maladie et de la douleur dans l'activité professionnelle au cours de la semaine passée (échelle de 0 à 7). Les items 5 à 10 évaluent respectivement la dépression, l'anxiété, le sommeil, la douleur, la raideur, la fatigue et l'asthénie matinale sur une échelle visuelle analogique (EVA) de 0 à 10. Le score global varie de 0 à 100.

#### 4- *Mesure de la fatigue : Fatigue Severity Scale : (KFSS)*

Le KFSS de Krupp *et al.*(13) est un auto- questionnaire comprenant 9 items permettant d'apprécier la fatigue du patient et ses répercussions fonctionnelles. Une cotation de 1 à 7 détermine le niveau d'approbation du sujet (1 correspond à une forte désapprobation et 7 à une forte approbation). Le score de fatigue est obtenu en faisant la moyenne des résultats de tous les items. Une fatigue entre 3 et 4 est décrite comme sévère par les auteurs. Nous avons utilisé la moyenne des résultats des 9 items.

#### 5- *Mesure des stratégies d'adaptation : Coping Strategies Questionnaire : (CSQ)*

Le coping est une manière de réagir, de faire face à un ou plusieurs stressseurs internes ou externes et de réduire leur impact négatif sur sa propre santé ou son bien- être physique. Le CSQ de Rosenstiel *et al.* est l'outil le plus fréquemment utilisé pour évaluer les stratégies de coping spécifiques à la douleur. La version française (CSQ- F) se compose de 5 facteurs repartis en 21 items qui évaluent les stratégies de coping suivantes : **La distraction d'attention**, c'est- à- dire penser à des choses qui permettent de détourner l'attention de la douleur. **La réinterprétation des sensations douloureuses**, c'est-à-dire essayer de percevoir les sensations autrement que comme douloureuses. **L'ignorance de la douleur**, c'est-à-dire nier que la douleur nous fait souffrir et nous affecte. **La prière**, se dire qu'il faut espérer et prier pour que la douleur s'atténue un jour. **La dramatisation**, s'inquiéter et ne s'attacher qu'aux aspects négatifs de la douleur. La dramatisation est considérée comme la plus dysfonctionnelle des stratégies passives (14). La cotation s'effectue selon une échelle de Lickert de 0 (jamais) à 4 (très souvent). Nous avons calculé la moyenne pour chacun des 5 facteurs.

#### 6- *Le questionnaire évènementiel EVE*

Le questionnaire EVE de Ferreri *et al.* (15) est composé de 37 évènements concernant la vie familiale, professionnelle, sociale, conjugale, affective et la santé. Pour chaque évènement le patient doit dire dans un premier temps si l'évènement a été vécu ou non, puis s'il a été vécu comme traumatisant ou non. Ce questionnaire

nous a aidé à recenser le nombre de patientes ayant subi des abus sexuels ou une maltraitance, celles qui ont vécu la perte d'un être cher, la mésentente des parents ou la mésentente dans leur couple, un divorce ou un avortement. Pour être comptabilisé, l'évènement vécu devait être considéré comme traumatisant par la patiente.

#### 4. Analyse statistique

Nous avons effectué une analyse descriptive et comparative entre les groupes en utilisant des tests non paramétriques adaptés aux faibles échantillons. Nous avons utilisé les tests de Kruskal et Wallis et le test exact de Fisher pour étudier les différences entre les 4 groupes. Les groupes PR et FM ont ensuite été comparés à l'aide du test de Mann-Whitney pour l'ensemble des variables quantitatives. Les résultats sont exprimés en médiane (Q1-Q3) ou en % sauf indication contraire.

## Résultats

### 1. Caractéristiques des patients

Nous avons recruté les patientes entre le 15 juin 2010 et le 15 janvier 2011. Les inclusions se déroulaient à la suite d'une consultation de rhumatologie, du centre anti-douleur ou suite à une consultation de stomatologie pour les patientes ayant un SG. Vingt-six patientes ont été incluses à l'Hôpital de jour de rhumatologie à l'occasion de leur traitement. La durée moyenne de l'interrogatoire était de 15 à 20 minutes. Parmi les patientes sélectionnées, trois seulement ont refusé de participer à l'étude. Ces trois patientes étaient suivies pour une PR. Dix patientes ont été exclues avant la passation des questionnaires : 7 pour dysthyroïdie, une pour critères insuffisants et une pour antécédent de néoplasie. Deux autres patientes ont ensuite été exclues car les questionnaires étaient remplis de telle façon que nous ne pouvions les exploiter. **Au total 64 patientes ont été incluses : 15 FM, 16 PR, 18 SA, 15 GS.** Les caractéristiques des patientes sont présentées dans le *tableau 1*. **Les patientes différaient significativement du point de vue de la durée d'évolution de leur pathologie et de leur statut ménopausique.** La durée d'évolution de la maladie était plus longue pour les PR et les SA. Le pourcentage de patientes ménopausées était plus élevé dans les groupes PR et GS où l'âge moyen était le plus élevé. Nous pouvons remarquer que les patientes fibromyalgiques étaient plus souvent en invalidité que les autres patientes, même si la différence avec les autres groupes n'était pas significative.

### 2. Questionnaires

- *Mesure de la personnalité : Big Five Inventory (BFI) :*

**Le score de la dimension A (agréabilité, altruisme, affection) de la personnalité était significativement plus élevé dans le groupe FM que dans les autres groupes.** Il n'y avait pas de différence significative entre les 4 groupes pour les autres dimensions de la personnalité. Les scores des dimensions C (conscience, contrôle), O (ouverture d'esprit) et E (extraversion) des patientes FM étaient plus

élevés que dans le groupe PR, mais les résultats n'étaient pas significatifs (*Figure 1*). Nous avons comparé les réponses aux items de la dimension N (Névrosisme) entre les FM et les PR et **nous avons trouvé des différences significatives pour les items N9R (je me vois comme quelqu'un qui est « relaxe », détendu, gère bien le stress) et N14 (je me vois comme quelqu'un qui peut être angoissé) ( figure 6)**. En revanche, il n'y avait pas de différence pour les autres items à savoir : N4 (je me vois comme quelqu'un qui est déprimé, cafardeux), N19 (je me vois comme quelqu'un qui se tourmente beaucoup), N24R (je me vois comme quelqu'un de tempéré, pas facilement troublé), N29 (je me vois comme quelqu'un qui peut être lunatique, d'humeur changeante), N34R (je me vois comme quelqu'un qui reste calme dans les situations angoissantes), N39 (je me vois comme quelqu'un qui est facilement anxieux).

- *Mesure de la détresse psychique perçue : General Health Questionnaire 28 (GHQ 28) :*

Il n'y avait pas de différence significative entre les 4 groupes, non seulement en ce qui concernait le score global du GHQ 28, mais également en ce qui concernait les 4 dimensions comprenant les symptômes somatiques, l'anxiété et l'insomnie, le dysfonctionnement social, et la dépression sévère. Il faut noter que le score global était plus bas dans le groupe PR que dans les 3 autres groupes. **Les patientes des groupes FM et GS avaient des scores plus élevés en ce qui concernait les symptômes somatiques, le dysfonctionnement social et la dépression sévère (figure 2)**. Cette tendance était encore plus marquée pour le groupe GS.

- *Mesure d'impact de la fibromyalgie : Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ) :*

Il n'y avait pas de différence significative entre les 4 groupes de pathologies. On remarque cependant que le score global des PR était plus bas que celui des 3 autres groupes. De même pour l'item 5 concernant l'EVA de la douleur : celle des PR était plus basse que celle des 3 autres groupes (*figure 3*).

- *Mesure de la fatigue : le Fatigue Severity Scale (KFSS) :*

Les résultats différaient de façon significative du point de vue du score global et de la moyenne du KFSS. **Les scores de fatigue étaient significativement plus élevés dans les groupes FM et GS (figure 4).**

- *Mesure des stratégies d'adaptation : le Coping Strategies Questionnaire (CSQ) :*

**Les patientes différaient significativement du point de vue de la stratégie « ignorance de la douleur ». Cette stratégie était significativement plus utilisée par les patientes du groupe SA que par les patientes des 3 autres groupes (figure 5).** Les patientes FM avaient tendance à moins réinterpréter les sensations douloureuses que dans les trois autres groupes, mais cette différence n'est pas significative. En revanche la « prière » était une stratégie plus utilisée dans les groupes FM et GS, alors que les patientes du groupe PR n'utilisaient pas du tout cette stratégie et les SA peu. Il y avait peu de différence entre les 4 groupes en ce qui concernait les stratégies de « dramatisation » et de « distraction d'attention ».

- *Le questionnaire évènementiel EVE :*

Il n'y avait pas de différence significative concernant les évènements de vie que nous avons choisis d'explorer dans les 4 groupes. On remarque cependant que les patientes des groupes FM et SA avaient plus souvent été marquées par la perte d'un être cher et les abus sexuels que les patientes des autres groupes. Globalement, la perte d'un être cher est un évènement fréquemment retrouvé dans nos 4 groupes de pathologies (*tableau 2*). Il y a plus de divorces et de conflits avec le conjoint dans le groupe FM que dans les autres groupes.

## Discussion

L'étude PERFect est la première à avoir comparé la personnalité des patientes FM à celle de patientes suivies pour d'autres maladies rhumatologiques. En effet, les études comparant la FM et la PR sont fréquentes dans la littérature (16) (17) (18) (19), mais aucune n'avait jusqu'alors comparé la personnalité entre les quatre pathologies.

**Notre étude a montré qu'à l'exception de la dimension A, qui était significativement plus élevée dans le groupe FM, il n'y avait pas de différence significative entre les grands traits de la personnalité dans nos quatre groupes de patientes (figure 1).** L'hypothèse d'une personnalité type des patientes FM a déjà été évoquée dans la littérature comme en témoignent les deux revues de la littérature de Auquier *et al.* (20) et de Fieta *et al.* (21). Cette dernière mettait surtout en évidence des résultats contradictoires. En effet, certaines publications ont montré que les patientes FM avaient un catastrophisme supérieur à celui des PR, tandis que d'autres ont montré que les FM avaient des scores d'hypochondrie, d'hystérie et de paranoïa plus élevés que chez les PR. Dans notre cas, nous pensions trouver des scores de névrosisme plus élevés dans le groupe FM. Le fait que la dimension A soit plus élevée dans le groupe FM était probablement lié au fait que nos patientes étaient suivies dans un centre anti douleur. Ces patientes n'étaient donc pas dans une démarche de revendication ou dans un contexte d'errance diagnostique, mais plutôt dans le cadre d'une pathologie clairement définie et reconnue par le corps médical. Ces résultats auraient probablement été différents si ces patientes avaient été incluses dans un autre contexte de soins. L'autre hypothèse serait que les patientes FM auraient tendance à éviter les situations conflictuelles susceptibles d'accroître leurs douleurs.

Après avoir comparé les 4 groupes entre eux nous avons choisi de comparer les FM, dont le diagnostic est plus difficile et plus long à établir, avec les PR, dont la pathologie est selon nous la plus éloignée sur le plan diagnostique. Cette comparaison n'a pas permis de mettre en évidence de différences significatives. Cependant en analysant de plus près les items de la dimension N (Névrosisme),

pour laquelle nous attendions un score plus élevé chez les FM, nous avons trouvé deux différences significatives concernant l'anxiété, le stress et la sensation d'angoisse. Ces troubles étaient significativement plus élevés dans le groupe FM.

En ce qui concerne le GHQ, les patientes du groupe PR avaient une détresse psychologique moindre, cependant équivalente au plan statistique, en comparaison aux autres groupes. En revanche, les groupes FM et GS avaient une détresse psychologique plus importante notamment en ce qui concernait les symptômes somatiques, le dysfonctionnement social et la dépression sévère (*figure 2*). Dans le FIQ également, les patientes PR avaient un retentissement moins important de leur maladie sur leur vie quotidienne comparativement aux 3 autres groupes, sans différence significative cependant. De même nous avons observé une tendance à un meilleur contrôle de la douleur pour les PR que dans les autres groupes, mais sans différence statistique (*figure 3*). Une étude publiée par Tander *et al.* va dans le sens de nos résultats. Dans cette étude, la qualité de vie de patients suivis pour une FM était comparée à celle de patients suivis pour une PR. La sévérité de la maladie était évaluée par le FIQ pour la FM et par le DAS 28 pour la PR. Ces auteurs ont montré que la qualité de vie des FM était également moins bonne que des PR. A noter que la présence associée d'une dépression, évaluée par le Beck Depression Inventory (BDI), diminuait fortement la qualité de vie des FM mais aussi des PR (19).

**Le score de fatigue KFSS était significativement plus élevé dans les groupes FM et GS (*figure 4*).** Ces résultats sont concordants avec les données disponibles dans la littérature (17)(22). L'étude de Zautra *et al.* a comparé la fatigue quotidienne de patientes PR, FM et arthrosiques. La variabilité quotidienne de la fatigue et son intensité étaient significativement plus importantes dans le groupe FM que dans les autres groupes (17). En ce qui concerne la fatigue chez les SG, notre étude confirme également les résultats retrouvés dans la littérature (22). En effet, la fatigue a déjà été étudiée par Segal *et al.* En utilisant le FSS ces auteurs ont montré que sur 94 patients suivis pour un GS primitif, 67% présentaient un état de fatigue anormal. Cette étude mettait surtout en évidence la complexité de la relation entre la fatigue et la dépression chez les GS puisque seulement 32% des sujets GS étaient dépressifs selon le Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D), ce qui tend à prouver que la majorité des GS souffrant de fatigue chronique ne sont pas

pour autant dépressifs (22). De même, il n'y avait pas de lien entre la présence des autoanticorps, l'intensité du syndrome sec et la fatigue. Theadom *et al.* expliquent d'ailleurs ce phénomène de fatigue chez les FM par une mauvaise qualité de sommeil puisqu'en effet, 99% des patients s'en plaignaient (23). De plus, selon ces auteurs, un sommeil de mauvaise qualité pourrait également altérer les mécanismes de coping (23).

**Dans notre étude, la stratégie « ignorance de la douleur » du CSQ était significativement plus utilisée dans le groupe des patientes SA que dans les autres groupes (figure 5).** Nous avons vu que la stratégie « prière » était plus utilisée chez les patientes FM et GS. Cette stratégie est, avec la stratégie « dramatisation », l'une des stratégies du coping passif les plus dysfonctionnelles (14). En revanche la stratégie « prière » n'était pas du tout utilisée dans le groupe PR. Les groupes FM et GS avaient, quant à eux, des stratégies de coping similaires. En ce qui concerne les PR, il y aurait un lien entre l'efficacité des stratégies de coping et les antécédents dépressifs. C'est ce que tendent à prouver Zautra *et al.* (24) qui soulignent que les patients ayant des antécédents de 2 à 3 épisodes dépressifs majeurs avaient plus de difficultés à faire face à leurs douleurs et surtout, étaient plus sensibles aux évènements stressants. De même, dans une étude rétrospective, Karaikos *et al.*(25) ont montré que les GS avaient fait l'expérience d'évènements de vie stressants l'année précédant l'apparition de la maladie en comparaison avec des patients issus de la population générale ou suivis pour un lymphome. L'évènement de vie le plus souvent retrouvé était la perte d'un être cher, comme dans notre étude. De plus les stratégies de coping des GS ne leur permettaient pas de faire face à ces évènements de vie, et il y avait chez eux une certaine intolérance au changement (25). Ces résultats sont également concordants avec ceux de notre étude. Dans la SA, Boonen *et al.* ont montré que les stratégies de coping évitantes, comme « diminuer ses activités pour faire face à la douleur », étaient indépendantes de l'activité de la maladie et du retentissement fonctionnel évalués par le BASDAI et le BASFI (26). Pour ces auteurs, l'activité de la maladie et son évolution n'influençaient pas les stratégies de coping des patients suivis pour SA. Dans notre étude la stratégie de coping « ignorance de la douleur » était significativement plus élevée dans le groupe SA que dans les autres groupes, mais

elle ne fait pas partie des stratégies dysfonctionnelles. Cependant, nous n'avons pas utilisé le même outil d'évaluation du coping. En effet, dans l'étude de Boonen *et al.*, les stratégies de coping étaient évaluées par le COping with Rheumatic Stressors questionnaire (CORS). Par ailleurs, la sévérité de la pathologie n'a pas été mesurée dans notre étude, ce qui ne nous permet pas de comparer strictement nos résultats à ceux de ces auteurs.

Comme nous l'avons vu précédemment, le questionnaire EVE nous a permis de mettre en évidence que la perte d'un être cher était un évènement fréquemment vécu comme traumatisant dans nos quatre groupes de pathologies. Il semble, même si les résultats n'étaient pas significatifs, que les FM et les SA aient subi plus d'abus sexuels que dans les autres groupes (*tableau 2*). En effet, dans l'étude de Boisset-Pioro *et al.* il y avait significativement plus d'abus sexuels dans le groupe FM que dans le groupe contrôle constitué de patients suivis pour tendinites, arthropathies dégénératives rhumatismes à microcristaux, PR, SA et connectivites (16).

**D'autre part, dans notre étude, les patientes différaient significativement du point de vue de la durée d'évolution de leur pathologie et de leur statut ménopausique.** L'âge moyen des patientes suivies pour une PR était plus élevé que dans les autres groupes, et la durée d'évolution de la maladie à l'inclusion était plus longue dans les groupes PR et SA. Cela traduit probablement le fait que la plupart des patientes suivies pour PR et SA ont été recrutées en hôpital de jour et étaient traitées par biomédicaments, traitement le plus souvent introduit chez des patientes en échec thérapeutique et ayant donc une durée d'évolution de leur maladie plus longue (*tableau 1*).

Nos résultats portent sur un nombre limité de patientes. Cela s'explique par le caractère restrictif des critères d'inclusion qui avaient été choisis pour séparer les différentes pathologies. En effet il est possible qu'une patiente atteinte d'un rhumatisme inflammatoire, voire d'une autre pathologie, puisse remplir les critères diagnostiques de FM. Ostuni *et al* (28) ont en effet montré que la prévalence de la FM était significativement plus élevée dans le GS primitif (22% des GS) que dans le groupe contrôle composé de sujets sains (3,3%). Ces auteurs ont également cherché à étudier les différences cliniques entre un GS associé à une FM, et un GS non associé à une FM. De façon surprenante, le GS des patients ayant également

une FM apparaissait comme moins sévère que pour les patients ayant un GS non associé à une FM (infiltration lymphocytaire moins marquée sur la BGSA, signes extra glandulaires moins fréquents). De même Dhir *et al.* ont montré que 15% des PR avaient une FM secondaire (selon les critères ACR 1990). Nous avons donc essayé de pallier à ce biais en incluant des patientes aux diagnostics certains et n'ayant pas de comorbidités pouvant fausser nos résultats (20) (27). Nos critères d'inclusion et d'exclusion étaient stricts mais adaptés à notre objectif. En effet pour mettre en évidence des différences de personnalité entre les groupes, il était primordial d'avoir inclus des patientes ayant un rhumatisme inflammatoire non associé à une FM. Le faible effectif de nos patientes justifie que l'on étende cette étude à un plus large échantillon.

Sur le plan thérapeutique, récemment, la prise en charge des patientes douloureuses chroniques par la Thérapie Cognitive Comportementale (TCC) semble apporter des résultats encourageants, comme le montrent Sharpe *et al.* (29) dans une étude menée sur un groupe de PR : les patients ayant eu une TCC au début de leur maladie avaient moins consulté leur rhumatologue que le groupe contrôle. Les bénéfices seraient aussi bien psychologiques que physiques, une meilleure fonction articulaire a été notamment constatée.

## **Conclusion**

Nous avons mis en évidence quelques différences entre la personnalité des patientes FM et celle des patientes suivies pour PR, SA ou GS. L'identification de traits de personnalité spécifiques aux FM, associés à une manière de faire face aux évènements de la vie, à la douleur chronique et à la fatigue, ouvrirait une nouvelle voie dans la compréhension de cette maladie et dans sa prise en charge. Une étude multicentrique est nécessaire pour étayer ces résultats préliminaires.

## Références

1. Smythe HA, Moldofsky H. Two contributions to understanding of the “fibrositis” syndrome. *Bull Rheum Dis.* 1978;28(1):928-931.
2. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, et al. The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum.* 1990 Feb;33(2):160-172.
3. Bannwarth B, Blotman F, Roué-Le Lay K, Caubère J-P, André E, Taïeb C. Fibromyalgia syndrome in the general population of France: a prevalence study. *Joint Bone Spine.* 2009 Mar;76(2):184-187.
4. Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles M-A, Goldenberg DL, Katz RS, Mease P, et al. The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis Care Res (Hoboken).* 2010 May;62(5):600-610.
5. Harth M, Nielson WR. The fibromyalgia tender points: use them or lose them? A brief review of the controversy. *J. Rheumatol.* 2007 May;34(5):914-922.
6. Académie Nationale de médecine, Menkès CJ, Godeau P. La fibromyalgie. Rapport. *Bull Acad Natle Méd* 2007;191(1):143-8.
7. John O. The “Big Five” factor taxonomy: Dimensions of personality in the natural language and in questionnaires. In: *Handbook of personality: Theory and research.* Guilford; 1990. p. 66-100.
8. Goldberg LR. An alternative “description of personality”: the big-five factor structure. *J Pers Soc Psychol.* 1990 Dec;59(6):1216-1229.
9. Plaisant O, Courtois R, Réveillère C, Mendelsohn GA, John OP. Validation par analyse factorielle du Big Five Inventory français (BFI-Fr). *Analyse convergente*

- avec le NEO-PI-R. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 2010 Mar;168(2):97-106.
10. Plaisant O, Srivastava S, Mendelsohn GA, Debray Q, John OP. Relations entre le Big Five Inventory français et le manuel diagnostique des troubles mentaux dans un échantillon clinique français. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 2005;163(2):161-167.
  11. Pariente P, Smith M. [Detection of the anxio-depressive disorders in liaison psychiatry. Contribution of the General Health Questionnaire]. *Encephale*. 1990 Dec;16(6):459-464.
  12. Burckhardt CS, Clark SR, Bennett RM. The fibromyalgia impact questionnaire: development and validation. *J. Rheumatol*. 1991 May;18(5):728-733.
  13. Krupp LB, LaRocca NG, Muir-Nash J, Steinberg AD. The fatigue severity scale. Application to patients with multiple sclerosis and systemic lupus erythematosus. *Arch. Neurol*. 1989 Oct;46(10):1121-1123.
  14. Irachabal S, Koleck M, Rasclé N, Bruchon-Schweitzer M. [Pain coping strategies: French adaptation of the coping strategies questionnaire (CSQ-F)]. *Encephale*. 2008;34(1):47-53.
  15. Facteurs événementiels et dépression: le questionnaire EVE, une nouvelle approche de méthodologie prédictive = Life events and depression. A new methodological approach, Ferreri M et al. *Psychologie Médicale*. 1987,vol 19,n°13,pp 2441-2448.
  16. Boisset-Pioro MH, Esdaile JM, Fitzcharles MA. Sexual and physical abuse in women with fibromyalgia syndrome. *Arthritis Rheum*. 1995 Feb;38(2):235-241.
  17. Zautra AJ, Fasman R, Parish BP, Davis MC. Daily fatigue in women with osteoarthritis, rheumatoid arthritis, and fibromyalgia. *Pain*. 2007 Mar;128(1-2):128-135.

18. Wolfe F, Michaud K. Severe rheumatoid arthritis (RA), worse outcomes, comorbid illness, and sociodemographic disadvantage characterize ra patients with fibromyalgia. *J. Rheumatol.* 2004 Apr;31(4):695-700.
19. Tander B, Cengiz K, Alayli G, Ilhanli I, Canbaz S, Canturk F. A comparative evaluation of health related quality of life and depression in patients with fibromyalgia syndrome and rheumatoid arthritis. *Rheumatol. Int.* 2008 Jul;28(9):859-865.
20. Auquier L, Bontoux D, Löö H, Godeau P, Menkès C-J, Paolaggi J-B, et al. [Fibromyalgia]. *Rev Med Interne.* 2008 Feb;29(2):161-168.
21. Fietta P, Fietta P, Manganelli P. Fibromyalgia and psychiatric disorders. *Acta Biomed.* 2007 Aug;78(2):88-95.
22. Segal B, Thomas W, Rogers T, Leon JM, Hughes P, Patel D, et al. Prevalence, severity, and predictors of fatigue in subjects with primary Sjögren's syndrome. *Arthritis Rheum.* 2008 Dec 15;59(12):1780-1787.
23. Theadom A, Cropley M, Humphrey K-L. Exploring the role of sleep and coping in quality of life in fibromyalgia. *J Psychosom Res.* 2007 Feb;62(2):145-151.
24. Zautra AJ, Parrish BP, Van Puymbroeck CM, Tennen H, Davis MC, Reich JW, et al. Depression history, stress, and pain in rheumatoid arthritis patients. *J Behav Med.* 2007 Jun;30(3):187-197.
25. Karaikos D, Mavragani CP, Makaroni S, Zinzaras E, Voulgarelis M, Rabavilas A, et al. Stress, coping strategies and social support in patients with primary Sjögren's syndrome prior to disease onset: a retrospective case-control study. *Ann. Rheum. Dis.* 2009;68(1):40-46.
26. Boonen A, Van Der Heijde D, Landewé R, Chorus A, Van Lankveld W, Miedema H, et al. Is avoidant coping independent of disease status and stable over time in patients with ankylosing spondylitis? *Ann. Rheum. Dis.* 2004 Oct;63(10):1264-1268.

27. Dhir V, Lawrence A, Aggarwal A, Misra R. Fibromyalgia is common and adversely affects pain and fatigue perception in North Indian patients with rheumatoid arthritis. *J. Rheumatol.* 2009 Nov;36(11):2443-2448.
28. Ostuni P, Botsios C, Sfriso P, Punzi L, Chieco-Bianchi F, Semerano L, et al. Fibromyalgia in Italian patients with primary Sjögren's syndrome. *Joint Bone Spine.* 2002;69(1):51-57.
29. Sharpe L, Allard S, Sensky T. Five-year followup of a cognitive-behavioral intervention for patients with recently-diagnosed rheumatoid arthritis: effects on health care utilization. *Arthritis Rheum.* 2008 Mar 15;59(3):311-316.

## **Tableaux et figures**

**Tableau 1** : Données générales des patientes

	FM	PR	SA	GS	P-value
Age (ans), moy $\pm$ et	44 $\pm$ 11	50 $\pm$ 11	43 $\pm$ 8	49 $\pm$ 11	0.086
Durée d'évolution (mois), med [Q1 ; Q3]	29 [6 ; 49]	64 [39 ; 104]	52 [38 ; 88]	18 [16 ; 38]	0.003
Ménopause, n(%)	4 (26,7)	7 (43,8)	4 (22,2)	10 (66,7)	0.048
Invalidité, n (%)	4 (26,7)	3 (18,8)	1 (5,6)	1 (6,7)	0.298

FM : fibromyalgie ; PR : polyarthrite rhumatoïde ; SA : spondylarthrite ankylosante ;  
GS : Gougerot Sjögren

*Les patientes diffèrent significativement du point de vue de la durée d'évolution de leur pathologie et de leur statut ménopausique.*

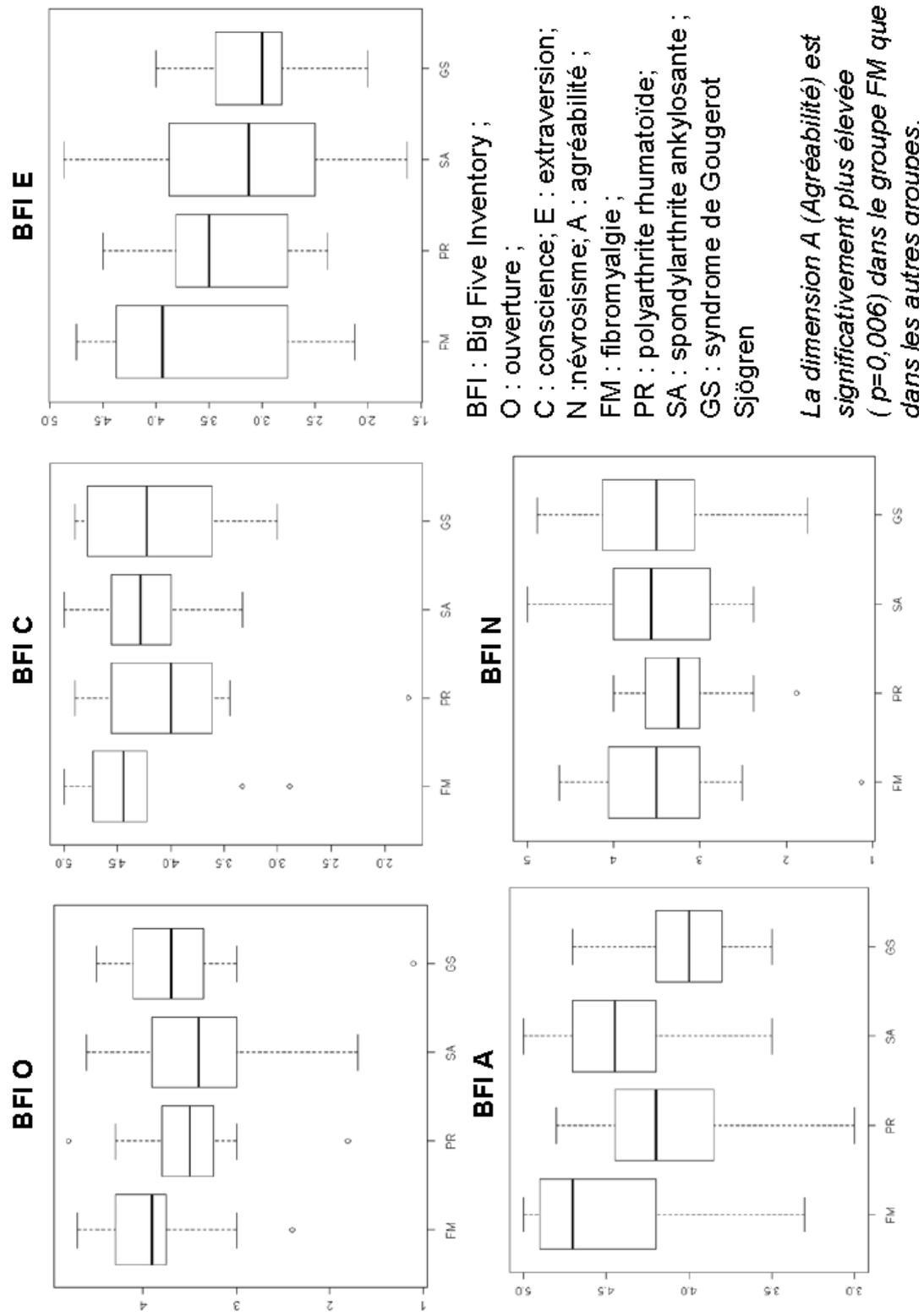
**Tableau 2** : Description et comparaisons concernant les événements de vie du questionnaire EVE

	FM	PR	SA	GS	P-value
perte d'un être cher	14 (93,3)	12 (75)	14 (77,8)	15 (100)	0.116
abus sexuel	3 (20)	1 (6,2)	4 (22,2)	0 (0)	0.18
maltraitance autre	4 (26,7)	2 (12,5)	1 (5,6)	0 (0)	0.099
conflits entre parents	4 (26,7)	2 (12,5)	4 (22,2)	5 (33,3)	0.577
départ père	2 (13,3)	1 (6,2)	1 (5,6)	1 (6,7)	0.864
conflit avec conjoint	9 (60)	4 (25)	4 (22,2)	5 (33,3)	0.123
séparation divorce	6 (40)	2 (12,5)	3 (16,7)	3 (20)	0.323
IVG	3 (20)	2 (12,5)	2 (11,1)	2 (13,3)	0.927

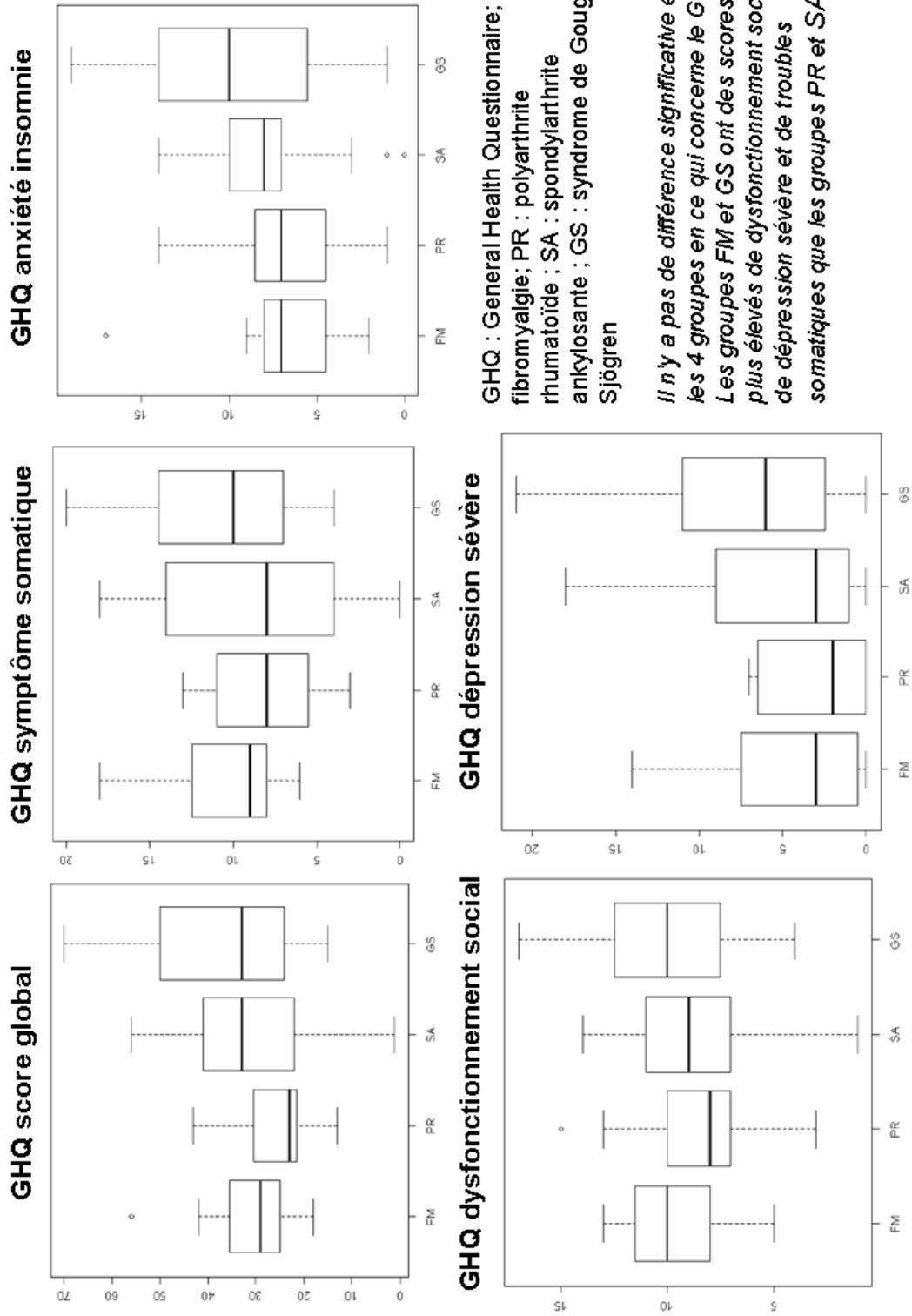
FM : fibromyalgie ; PR : polyarthrite rhumatoïde ; SA : spondylarthrite ankylosante ; GS : Gougerot Sjögren ; IVG : Interruption volontaire de grossesse

*Il n'y a pas de différence significative en ce qui concerne les événements de vie que nous avons sélectionnés dans le questionnaire EVE. Les patientes des groupes FM et SA ont subi plus d'abus sexuels que les patientes des autres groupes.*

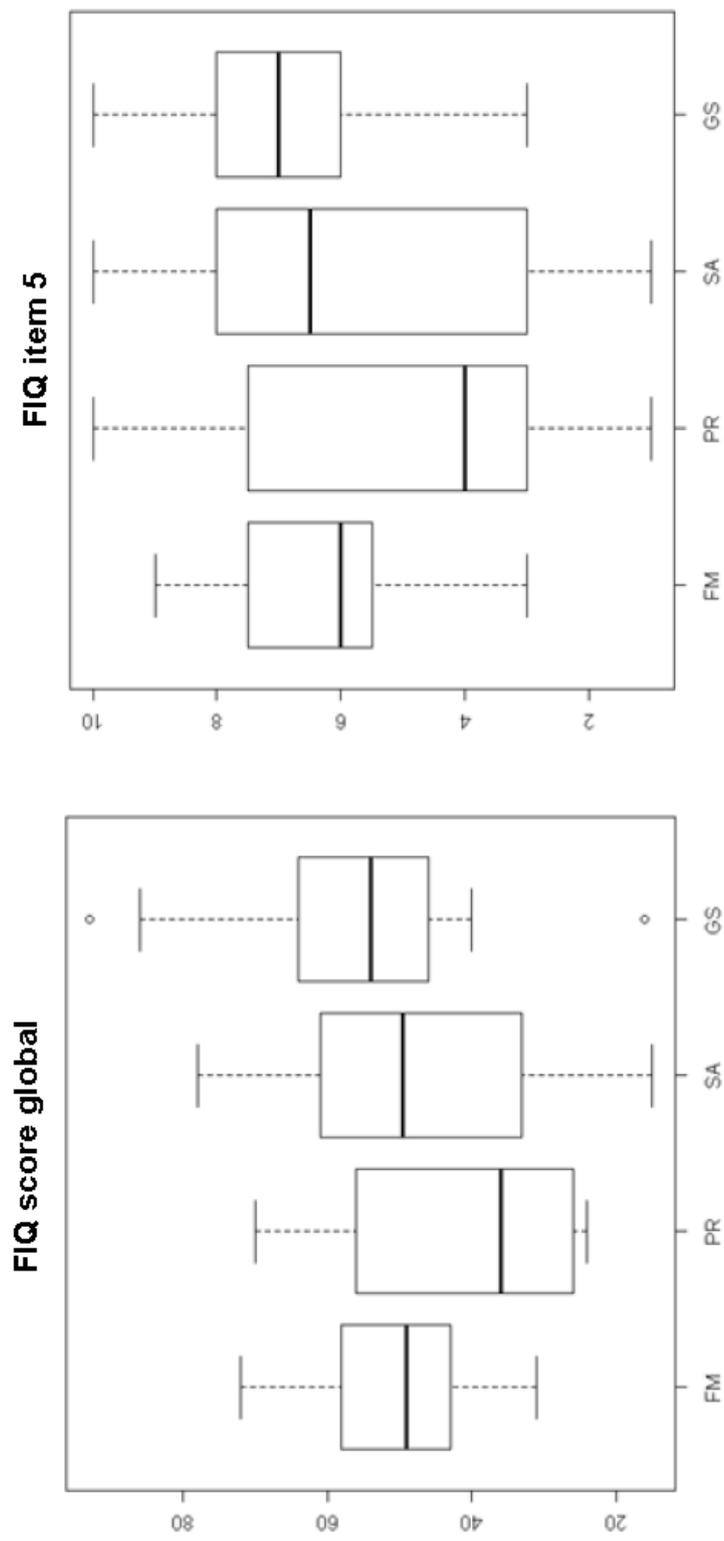
**Figure 1** : Box plot représentant les dimensions du BFI pour les différentes pathologies.



**Figure 2** : Box plot représentant le score global et les dimensions du GHQ 28 pour les différentes pathologies.



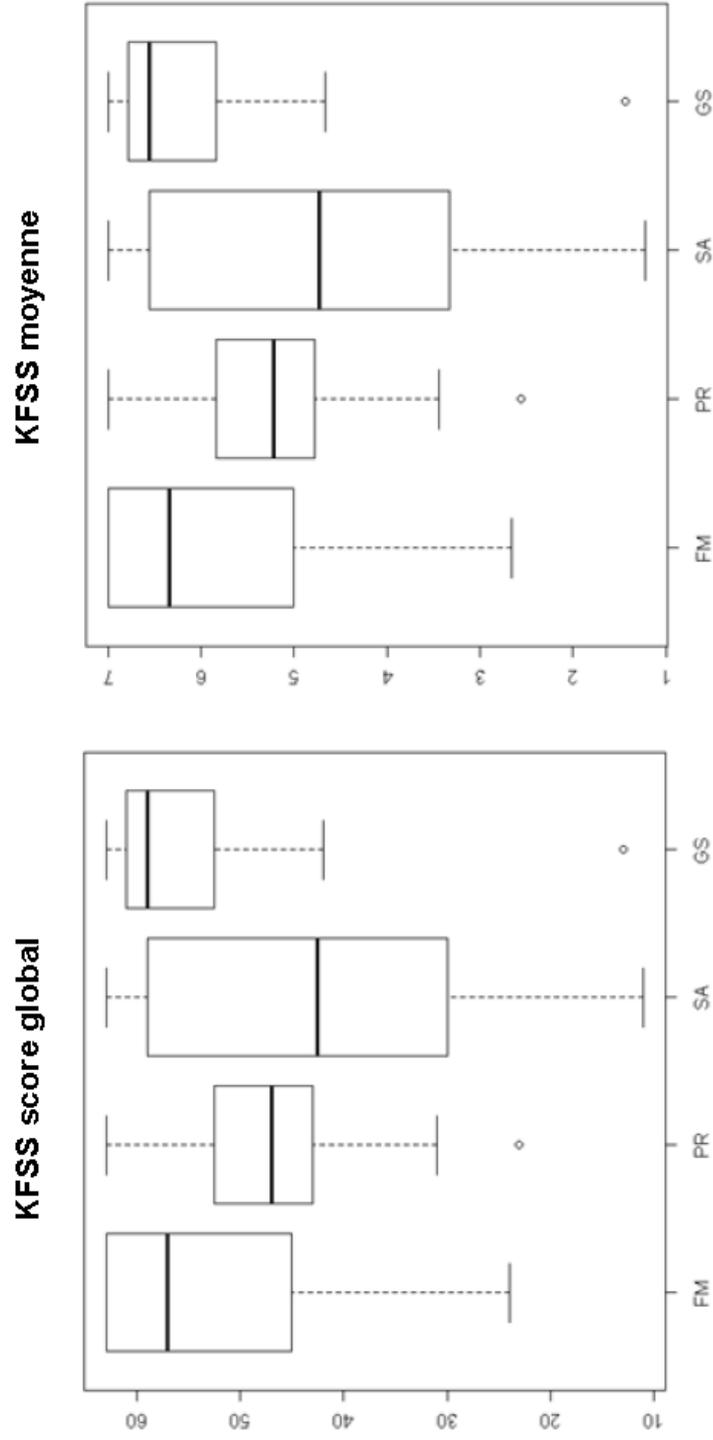
**Figure 3** : Box plot représentant les différentes dimensions du FIQ pour les différentes pathologies.



FIQ : Fibromyalgia Impact Questionnaire; FM : fibromyalgie; PR : polyarthrite rhumatoïde ; SA : spondylarthrite ankylosante ; GS : syndrome de Gougerot Sjögren

*Il n'y a pas de différence significative entre les 4 groupes en ce qui concerne le FIQ. Le score global et l'item 5 qui correspond à l'EVA de la douleur sont cependant nettement plus bas dans le groupe PR que dans les autres groupes.*

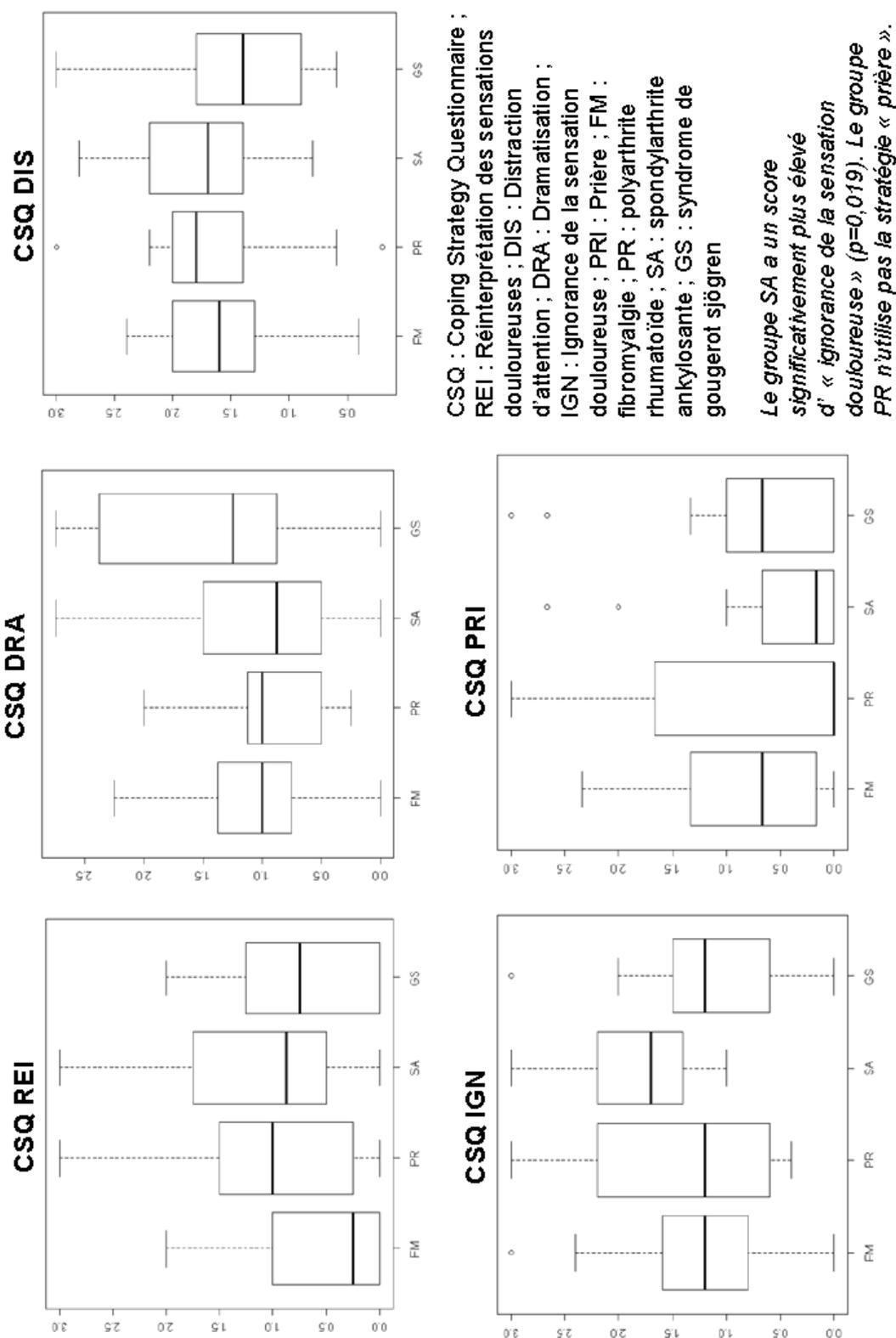
**Figure 4 :** Box plot représentant le score global et la moyenne du KFSS.



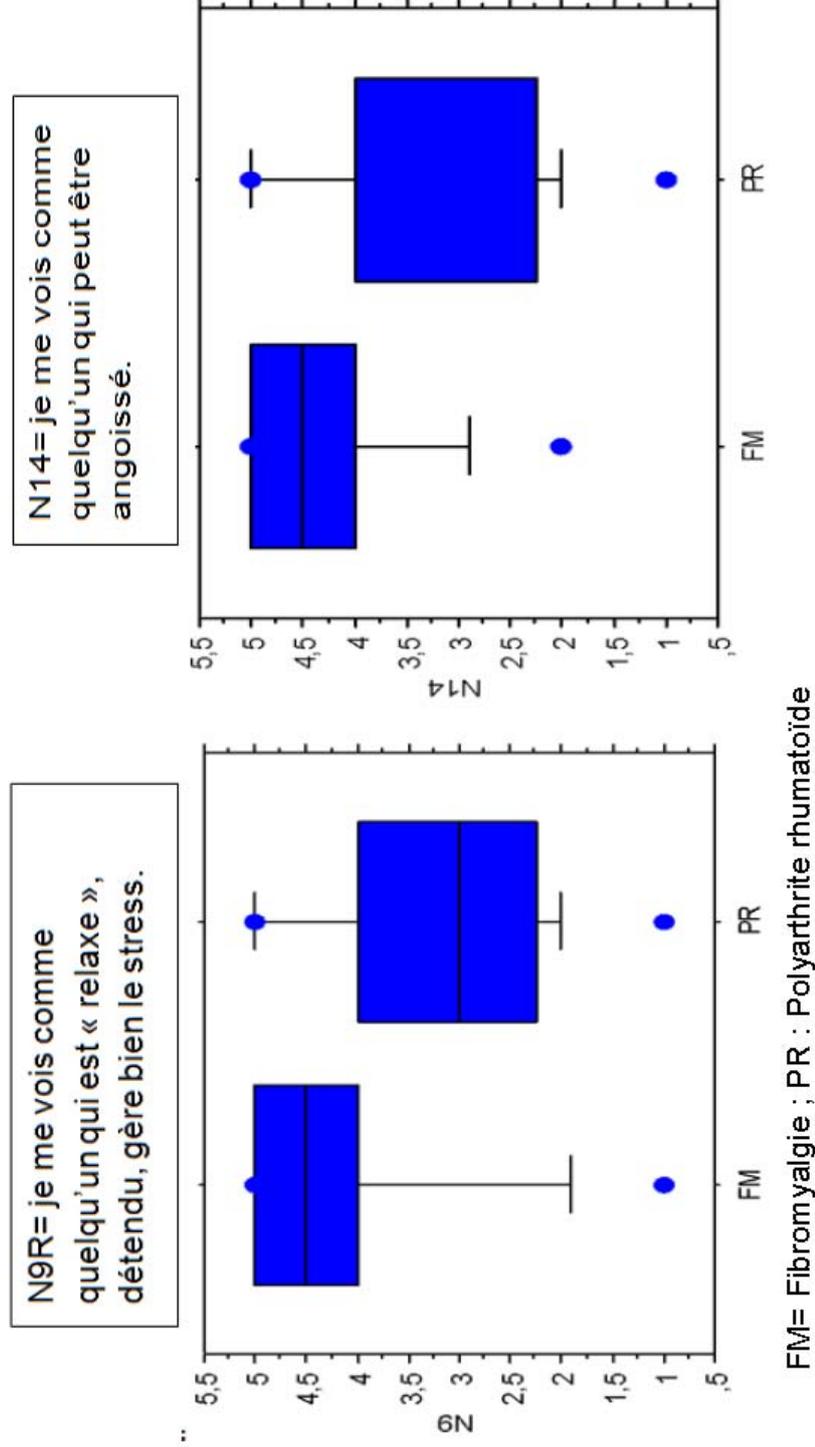
KFSS : Fatigue Severity Scale; FM : fibromyalgie; PR : polyarthrite rhumatoïde ; SA : spondylarthrite ankylosante ; GS : syndrome de Gougerot Sjögren

*Les patientes des groupes FM et GS ont des scores de fatigue significativement plus élevés (p=0,039) que dans les groupes SA et PR.*

**Figure 5** : Box plot représentant les différentes dimensions du CSQ pour les différentes pathologies.



**Figure 6 :** Box plot représentant les items N9R et N14 de la dimension N (Névrosisme) du BFI.



Les patientes du groupe FM désapprouvent fortement le fait de se voir comme quelqu'un qui est « relaxe », détendu, gère bien le stress. La différence avec les patientes du groupe PR est statistiquement significative ( $p=0,03$ ).

Les patientes du groupe FM approuvent fortement le fait de se voir comme quelqu'un qui peut être angoissé. La différence avec le groupe PR est statistiquement significative ( $p=0,03$ ).