

Année 2022-2023

N°

Thèse
Pour le
DOCTORAT EN MÉDECINE
Diplôme d'État
Par
Élise LESOIL
Née le 28 Juin 1992 à ERMONT (95)

Syndrome fibromyalgique et attachement :
une revue systématique de la littérature

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 8 Décembre 2023 devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur Wissam EL HAGE, Psychiatrie Adultes, Faculté de Médecine - Tours

Membres du Jury :

Docteur Laurence PHILIPPE, Médecine Générale, MCA, Faculté de Médecine – Tours

Docteur Marie THOMAS, Médecine Générale – Châteauneuf-en-Thymerais, Médecin attaché à l'Unité de Lutte contre la Douleur – CH de Chartres

Docteur Pedro DE ROA, Médecine Générale – Coulombs, Médecin attaché au Service de Prise en Charge de la Douleur – CH de Dreux

Docteur Anne HERON, PhD Neurosciences, MCU-HDR, Faculté de Santé – Université Paris Cité

RÉSUMÉ :

Contexte. Le syndrome fibromyalgique (SFM) est un syndrome douloureux chronique associé à une asthénie, des troubles cognitifs, des troubles du sommeil et des symptômes somatiques multiples. Il est anxiogène et impacte négativement la qualité de vie. L'attachement est un lien émotionnel développé entre un enfant et ses figures d'attachement. Le style d'attachement qui en découle influence les relations au cours de la vie. Selon le rapport de l'INSERM de 2020, un style d'attachement *insecure* serait un facteur contextuel et relationnel impliqué dans l'apparition d'un SFM, sans causalité démontrée. **Objectif.** Recenser les données actualisées au sujet de l'attachement dans le SFM par une revue systématique de la littérature internationale. **Méthode.** Les articles ont été sélectionnés selon les critères PRISMA. Les mots-clefs « fibromyalgie » et « attachement » ont été recherchés dans les bases de données suivantes : APA PsycNet, Cairn, EBSCOhost, LiSSa, PubMed, PubPsych, ScienceDirect. **Résultats.** Parmi les 19 études retenues, 13 ont évalué le style d'attachement et 7 ont évalué une thérapie basée sur l'attachement. Les styles d'attachement des participants avec SFM étaient majoritairement *insecure* (62,4%), tandis que ceux des témoins étaient majoritairement *secure* (85,7%). Des thérapies basées sur l'attachement incluant méditation de pleine conscience et compassion ont permis une amélioration significative des symptômes du SFM. **Conclusion.** Les styles d'attachement *insecure* pourraient être des facteurs de prédisposition à un SFM. Une thérapie intégrant l'attachement pourrait être une intervention à développer pour le traitement du SFM.

MOTS-CLEFS : Syndrome fibromyalgique – Attachement – Style d'attachement – Thérapie basée sur l'attachement – Méditation – Pleine conscience – Compassion

TITLE : Fibromyalgia syndrome and attachment : a systematic review

ABSTRACT :

Context. Fibromyalgia syndrome (FMS) is a chronic painful syndrome associated with fatigue, cognitive disorders, sleep disorders and multiple somatic symptoms. It generates anxiety and negatively impacts the quality of life. Attachment is an emotional bond developed between a child and his attachment figures. The resulting attachment style influences relationships throughout life. According to the 2020 INSERM report, an insecure attachment style might be a contextual and relational factor involved in the apparition of a FMS, although no causality has been proven. **Objective.** List current data about attachment in FMS through an international systematic review. **Method.** Articles have been selected according to PRISMA criteria. Key-words « fibromyalgia » and « attachment » have been searched in the following databases : APA PsycNet, Cairn, EBSCOhost, LiSSa, PubMed, PubPsych, ScienceDirect. **Results.** Out of the nineteen selected studies, thirteen evaluated attachment style and seven evaluated attachment-based therapies. Attachment styles of participants with FMS were mostly insecure (62,4%), whereas attachment styles of participants without FMS were mostly secure (85,7%). Attachment-based therapies including mindfulness meditation and compassion have significantly improved symptoms of FMS. **Conclusion.** Insecure attachment styles might be predisposing factors to a FMS. An integrative attachment therapy could be an interesting intervention to develop for the treatment of FMS.

KEY-WORDS : Fibromyalgia syndrome – Attachment – Attachment style – Attachment-based therapy – Meditation – Mindfulness – Compassion

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Pr Henri MARRET

ASSESEURS

Pr Denis ANGOULVANT, Pédagogie

Pr Mathias BUCHLER, Relations internationales

Pr Theodora BEJAN-ANGOULVANT, Moyens – relations avec l'Université

Pr Clarisse DIBAO-DINA, Médecine générale

Pr François MAILLOT, Formation Médicale Continue

Pr Patrick VOURC'H, Recherche

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

Mme Carole ACCOLAS

DOYENS HONORAIRES

Pr Emile ARON (†) – 1962-1966

Directeur de l' cole de Médecine - 1947-1962

Pr Georges DESBUQUOIS (†) - 1966-1972

Pr André GOUAZE (†) - 1972-1994

Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Pr Daniel ALISON

Pr Gilles BODY

Pr Philippe COLOMBAT

Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL

Pr Luc FAVARD

Pr Bernard FOUQUET

Pr Yves GRUEL

Pr Gérard LORETTE

Pr Loïc VAILLANT

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – A. AUDURIER – A. AUTRET – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – J. CHANDENIER – A. CHANTEPIE – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – P. DUMONT – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – D. GOGA – A. GOUDEAU – J.L. GUILMOT – O. HAILLOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – AM. LEHR-DRYLEWICZ – E. LEMARIE – G. LEROY – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAIN – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – D. PERROTIN – L. POURCELOT – R. QUENTIN – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – P. ROSSET – D. ROYERE – A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
APETOH Lionel	Immunologie
AUPART Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique	Cardiologie
BACLE Guillaume	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BAKHOS David	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas	Psychiatrie ; addictologie
BARBIER François	Médecine intensive et réanimation
BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora	Pharmacologie clinique
BERHOUEZ Julien	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne	Cardiologie
BERNARD Louis	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
BOURGUIGNON Thierry	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRILHAULT Jean	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck	Urologie
BUCHLER Matthias	Néphrologie
CAILLE Agnès	Biostat., informatique médical et technologies de communication
CALAIS Gilles	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent	Psychiatrie d'adultes
CORCIA Philippe	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
DESMIDT Thomas	Psychiatrie
DESOUBEAUX Guillaume.....	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DI GUISTO Caroline	Gynécologie obstétrique
DIOT Patrice	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EHRMANN Stephan	Médecine intensive – réanimation
EL HAGE Wissam	Psychiatrie adultes
ELKRIEF Laure	Hépatologie – gastroentérologie
ESPITALIER Fabien	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
FAUCHIER Laurent	Cardiologie
FOUGERE Bertrand	Gériatrie
FRANCOIS Patrick	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & cytologie pathologiques
GATAULT Philippe	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
GUERIF Fabrice	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLON Antoine	Médecine intensive – réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel	Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel	Thérapeutique
HANKARD Régis.....	Pédiatrie
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice	Physiologie
LABARTHE François	Pédiatrie
LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-virologie
LAURE Boris	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry	Gastroentérologie, hépatologie

LEGRAS Antoine.....	Chirurgie thoracique
LESCANNE Emmanuel	Oto-rhino-laryngologie
LEVESQUE Éric.....	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent	Dermato-vénérologie
MAILLOT François	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel	Dermatologie-vénérologie
MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine	Pédiatrie
MOREL Baptiste	Radiologie pédiatrique
MORINIÈRE Sylvain	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis	Rhumatologie
ODENT Thierry	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean	Ophthalmologie
PLANTIER Laurent	Physiologie
REMERAND Francis	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
RUSCH Emmanuel	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab	Dermatologie-vénérologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET-BIGOT Bénédicte	Thérapeutique
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick	Génétique
VELUT Stéphane	Anatomie
VOURC'H Patrick	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie
ZEMMOURA Ilyess	Neurochirurgie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien Soins palliatifs

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine Anglais

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AUDEMARD-VERGER Alexandra	Médecine interne
BISSON Arnaud	Cardiologie (CHRO)
BRUNAUT Paul	Psychiatrie d'adultes, addictologie
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo	Rhumatologie (au 01/10/2021)
CLEMENTY Nicolas	Cardiologie
DOMELIER Anne-Sophie	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane	Biophysique et médecine nucléaire
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et cytologie pathologiques
GARGOT Thomas	Pédopsychiatrie
GOUILLEUX Valérie.....	Immunologie
HOARAU Cyrille	Immunologie
KERVARREC Thibault	Anatomie et cytologie pathologiques
LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEDUCQ Sophie	Dermatologie
LEFORT Bruno	Pédiatrie
LEJEUNE Julien	Hématologie, transfusion
LEMAIGNEN Adrien	Maladies infectieuses
MACHET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
MOUMNEH Thomas	Médecine d'urgence
PARE Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PIVER Éric	Biochimie et biologie moléculaire
ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire
STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie	Anatomie et cytologie pathologiques
STEFIC Karl	Bactériologie
TERNANT David	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VAYNE Caroline	Hématologie, transfusion
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure	Génétique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia	Neurosciences
NICOGLOU Antonine	Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald.....	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

AUMARECHAL Alain	Médecine Générale
BARBEAU Ludivine	Médecine Générale
CHAMANT Christelle	Médecine Générale
ETTORI Isabelle	Médecine Générale
MOLINA Valérie	Médecine Générale
PAUTRAT Maxime	Médecine Générale
PHILIPPE Laurence	Médecine Générale
RUIZ Christophe	Médecine Générale
SAMKO Boris	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE

BECKER Jérôme	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUAKAZ Ayache	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUTIN Hervé	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BRIARD Benoît	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
CHALON Sylvie	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
DE ROCQUIGNY Hugues	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
ESCOFFRE Jean-Michel	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GILLOT Philippe	Chargé de Recherche Inrae – UMR Inrae 1282
GOMOT Marie	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – EA 7501 - ERL CNRS 7001
GUEGUINOU Maxime	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
HEUZE-VOURCH Nathalie	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
KORKMAZ Brice	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
LATINUS Marianne	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LAUMONNIER Frédéric	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LE MERRER Julie	Directrice de Recherche CNRS – UMR Inserm 1253
MAMMANO Fabrizio	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
MEUNIER Jean-Christophe	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
PAGET Christophe	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
RAOUL William	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
SECHER Thomas	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SI TAHAR Mustapha	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SUREAU Camille	Directrice de Recherche émérite CNRS – UMR Inserm 1259
TANTI Arnaud	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
WARDAK Claire	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'éthique médicale

BIRMELE Béatrice

Praticien Hospitalier

Pour la médecine manuelle et l'ostéopathie médicale

LAMANDE Marc

Praticien Hospitalier

Pour l'orthophonie

BATAILLE Magalie

Orthophoniste

CLOUTOUR Nathalie.....

Orthophoniste

CORBINEAU Mathilde

Orthophoniste

EL AKIKI Carole

Orthophoniste

HARIVEL OUALLI Ingrid

Orthophoniste

IMBERT Mélanie

Orthophoniste

SIZARET Eva

Orthophoniste

Pour l'orthoptie

BOULNOIS Sandrine

Orthoptiste

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des enseignants et enseignantes
de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité
dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits aux indigents,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis(e) dans 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 le crime.

Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs parents.
Que les hommes et les femmes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert(e) d'opprobre
et méprisé(e) de mes confrères et consœurs
si j'y manque.

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur El Hage Wissam, de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse et de juger ce travail.

À Madame le Docteur Philippe Laurence, de me faire l'honneur de contribuer au jury de thèse et de juger ce travail.

À Madame le Docteur Thomas Marie, de me faire l'honneur de contribuer au jury de thèse et de juger ce travail. Tes encouragements et ton soutien dès l'ébauche du sujet de thèse m'ont beaucoup touchée.

À Monsieur le Docteur De Roa Pedro, pour ton soutien, tes encouragements, tes idées et tes conseils au cours de la codirection de ce travail. Je salue tout particulièrement ton optimisme et ton enthousiasme contagieux !

À Madame le Docteur Héron Anne, pour tous les encouragements, le soutien, l'aide et le cadre bienveillant que tu m'as apportés au cours de la codirection de ce travail. Je te suis sincèrement reconnaissante d'avoir su me guider dans cette initiation à la recherche.

À Madame Laura Desmet de l'Unité de Recherche Clinique de Dreux, pour tes conseils pratiques qui m'ont beaucoup aidée pour la présentation de ce travail.

Aux médecins, à l'infirmière et à la secrétaire du Service de Prise en Charge et Gestion de la Douleur du CH de Dreux, pour le temps qui m'a été accordé et pour le partage de leurs pratiques qui a contribué à l'élaboration de la question de recherche.

A Aurore, Claire, Caroline, Mylène, Nathalie, Charlotte, avec qui j'ai plaisir à travailler, j'ai apprécié vos encouragements et votre soutien.

A Quentin, Manon, Laurence, Katy, Tarek, Julie, Anne-Laure, Charlotte, pour leur amitié et les bons moments passés ensemble au cours des dernières années.

À mes parents, Emmanuelle et Benjamin, pour leur amour et soutien inconditionnel, pendant toutes mes études et ce travail de thèse.

À mon frère, Luc, pour son soutien précieux et l'aide apportée à la relecture de ce travail.

À Laurent, pour ta patience, ta confiance et ton amour.

Enfin à toutes les personnes, particulièrement les danseurs, qui ont eu un mot gentil pendant la période de ce travail.

TABLE DES MATIERES

I.	Introduction.....	15
A.	Le syndrome fibromyalgique	15
1.	Épidémiologie du syndrome fibromyalgique	15
2.	Syndrome fibromyalgique et douleurs	15
3.	Symptômes associés aux douleurs dans le syndrome fibromyalgique.....	16
4.	Diagnostic du syndrome fibromyalgique	16
5.	Étiologie du syndrome fibromyalgique.....	18
6.	Impact du syndrome fibromyalgique sur la qualité de vie	18
7.	Traitement du syndrome fibromyalgique	19
B.	L'attachement.....	19
1.	Définition de l'attachement.....	19
2.	Définition et caractéristiques des styles d'attachement.....	20
3.	Évaluations du style d'attachement.....	21
a)	Évaluations comportementales, narratives et psychosociales	21
b)	Évaluations catégorielles et dimensionnelles	22
c)	Évaluation générale ou centrée sur un type de relation.....	22
d)	Limites de certains types d'évaluation	22
4.	Le trouble réactionnel de l'attachement	23
C.	Objectif de cette thèse	23
II.	Méthode.....	25
A.	Sources d'information, stratégie de recherche et critères d'éligibilité.....	25
B.	Collecte des données	26
III.	Résultats	27
A.	Sélection des articles	27
B.	Caractéristiques des articles et des études.....	28
1.	Années de publication des articles	29
2.	Origine géographique des publications	29
3.	Design des études	30
a)	Études quantitatives.....	31
i.	Études transversales	31
ii.	Études interventionnelles.....	31
b)	Études qualitatives.....	32

4.	Identification du syndrome fibromyalgique	32
a)	Origine de l'identification du syndrome fibromyalgique.....	32
b)	Critères utilisés pour identifier le syndrome fibromyalgique.....	33
c)	Résultats de l'identification d'un syndrome fibromyalgique	33
C.	Caractéristiques socio-démographiques des participants	34
1.	Genre des participants	36
2.	Moyenne d'âge des participants	36
3.	Situation professionnelle des participants	37
4.	Niveau d'étude des participants	37
D.	Styles d'attachement	38
1.	Méthodes d'évaluation du style d'attachement	40
a)	Évaluations narratives	40
b)	Évaluations psychosociales	41
i.	Mesure catégorielle	41
ii.	Mesure dimensionnelle	42
2.	Styles d'attachement des participants	43
E.	Trouble de l'attachement.....	45
F.	Évaluation des thérapies basées sur l'attachement.....	45
1.	Thérapies basées sur l'attachement	45
2.	Résultats des évaluations de thérapies basées sur l'attachement	47
a)	Thérapies basées sur la pleine conscience et la compassion	49
b)	Thérapies psychanalytiques.....	49
IV.	Discussion	50
	Forces et limites de notre étude	53
V.	Conclusion	54
VI.	Bibliographie	55

ABRÉVIATIONS

ABCT : *Attachment-Based Compassion Therapy*

ACR : *American College of Rheumatology*

CH : Centre Hospitalier

CIM : Classification Internationale des Maladies

DSM-V : Cinquième édition du Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux

EULAR : *European League Against Rheumatism*

IASP : *International Association for the Study of Pain*

INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

MAT : *Meditation Awareness Training*

MPR : Médecine Physique et de Réadaptation

NC : Non Concerné

NR : Non Renseigné

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SFETD : Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur

SFM : Syndrome fibromyalgique

Syndrome « HS-HA » : Syndrome d'hypersensibilité-hyperactivité

TCC : Thérapies cognitives et comportementales

I. Introduction

A. Le syndrome fibromyalgique

La fibromyalgie ou syndrome fibromyalgique (SFM) est un syndrome douloureux chronique auquel s'associent une asthénie, des troubles cognitifs, des troubles du sommeil et des symptômes somatiques multiples (Menkès & Godeau, 2007).

Le terme de « syndrome fibromyalgique » est privilégié pour ce travail, compte tenu de cette définition et de la variété de présentations cliniques possibles (variabilité interindividuelle) qui en découle (Bartley et al., 2018).

1. Épidémiologie du syndrome fibromyalgique

Le SFM est une pathologie fréquente, définie dès 1990 par l'*American College of Rheumatology* (ACR) (Wolfe et al., 1990). Elle a été reconnue plus tardivement en France, en 2007, en tant qu'entité clinique par l'Académie Nationale de Médecine (Menkès & Godeau, 2007).

La prévalence du SFM en France a été estimée à environ 1,6% en 2011 (Perrot et al., 2011). Elle est très proche de celle estimée aux USA en 2012 : environ 1,75% (Walitt et al., 2015). La prévalence mondiale en 2013 du SFM, toutes populations et tous âges confondus, a été estimée à 2,7% (Queiroz, 2013).

La prévalence du SFM est maximale dans la fourchette d'âge de 30 à 50 ans (Inserm, 2020).

Le SFM est particulièrement présent chez les femmes. Cependant cette prédominance féminine s'atténue lorsque les critères diagnostiques les plus récents sont utilisés : sex ratio femmes/hommes de 13,7/1 avec les critères de l'ACR 1990, jusqu'à un sex ratio femmes/hommes de 2,3/1 avec les critères modifiés de l'ACR 2010 (Jones et al., 2015).

2. Syndrome fibromyalgique et douleurs

L'*International Association for the Study of Pain* (IASP) définit en 2020 la douleur comme « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée, ou ressemblant à celle associée, à une lésion tissulaire réelle ou potentielle » (Grisolet, 2020).

Une douleur chronique persiste ou récidive pendant plus de 3 mois. Son origine est multifactorielle, avec des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux qui y contribuent (Grisolet, 2020). La douleur chronique est reconnue comme une maladie par l'OMS : elle figure dans la onzième édition de la Classification Internationale des Maladies (CIM-11) (OMS, 2023a).

Trois types de douleur sont à distinguer : les douleurs nociceptives, les douleurs neuropathiques et les douleurs nociplastiques. Une douleur nociceptive est provoquée par une lésion tissulaire, tandis qu'une douleur neuropathique résulte d'une lésion du système nerveux central ou périphérique (Watson, 2022b, 2022a). Une douleur nociplastique est une douleur évoluant depuis plus de 3 mois, qui ne correspond ni à une douleur nociceptive ni à une douleur neuropathique et est associée à une hypersensibilité à la douleur (Bidari & Ghavidel-Parsa, 2022). Dans le SFM, les douleurs chroniques sont des douleurs nociplastiques (Bidari & Ghavidel-Parsa, 2022).

Selon la CIM-11, le SFM (aussi appelé « douleur chronique généralisée ») est classé comme une « douleur chronique primaire » (OMS, 2023b). Sa définition est : « une douleur diffuse dans au moins 4 des 5 régions du corps » qui « est associée à une détresse émotionnelle significative (anxiété, colère/frustration ou humeur dépressive) ou à un handicap fonctionnel (interférence dans les activités de la vie quotidienne et participation réduite aux rôles sociaux) ».

3. Symptômes associés aux douleurs dans le syndrome fibromyalgique

Aux douleurs nociplastiques du SFM s'associent des symptômes fonctionnels (asthénie, troubles du sommeil, troubles cognitifs, troubles somatiques divers), non expliqués par une pathologie organique.

Du fait du caractère fonctionnel de ces symptômes, le SFM est classé dans la cinquième édition du Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux (DSM-V) comme « trouble à symptomatologie somatique » (DSM-V, 2020; Micoulaud-Franchi & Quiles, 2021). Il est caractérisé par « des idées anxieuses liées à la crainte d'avoir une maladie ou un retentissement futur sur la santé, associées à des symptômes et signes physiques touchant différents domaines corporels, entraînant de la détresse pour eux-mêmes, avec prédominance de douleur (ancien « trouble douloureux chronique ») ou non » (Micoulaud-Franchi & Quiles, 2021). Il peut être associé à des interprétations catastrophistes (DSM-V, 2020) avec une tendance à envisager le pire scénario dans une situation (Larousse, s. d.-b).

Ces symptômes fonctionnels génèrent une focalisation anxieuse et attentionnelle disproportionnée, ainsi qu'une recherche d'évitement de ces symptômes par des consultations médicales répétées. Ces trois mécanismes contribuent à un cercle vicieux dans lequel les symptômes fonctionnels se chronicisent (DSM-V, 2020; Micoulaud-Franchi & Quiles, 2021).

4. Diagnostic du syndrome fibromyalgique

La première définition clinique du SFM date de 1981. Le SFM est affirmé par une douleur à la pression d'au moins 11 points sur un total de 18 points, répartis sur les quatre membres et le buste (Yunus et al., 1981). Deux formes de SFM sont distinguées : la « fibromyalgie primaire » (isolée) et la « fibromyalgie secondaire » (associée à une autre pathologie douloureuse chronique).

En 1990, l'ACR (Wolfe et al., 1990) ajoute un deuxième critère obligatoirement associé à celui des points douloureux. Ce deuxième critère consiste en l'existence de douleurs évoluant depuis au moins 3 mois, localisées au-dessus et en-dessous de la ceinture, ainsi que dans les hémicorps droit et gauche.

En 2010, l'ACR modifie sa définition du SFM pour améliorer sa sensibilité (Wolfe, Clauw, et al., 2010). Elle utilise toujours des localisations douloureuses définies (19 zones douloureuses au lieu de 18 points douloureux) et nécessite d'évaluer la sévérité de 0 (pas de problème) à 3 (symptômes sévères) des symptômes suivants : asthénie, troubles du sommeil, troubles cognitifs et symptômes somatiques. Parmi les 42 symptômes somatiques répertoriés figurent par exemple le syndrome de l'intestin irritable, des douleurs musculaires, des crampes, des acouphènes, un prurit, un phénomène de Raynaud, un syndrome sec oculaire et/ou buccal, une douleur thoracique, une pollakiurie, des dysménorrhées, etc. Trois critères définissent ainsi un syndrome fibromyalgique :

- Au moins 7 zones douloureuses sur les 19 et échelle de sévérité des symptômes supérieure ou égale à 5/12 OU 3 à 6 zones douloureuses parmi les 19 et une échelle de sévérité des symptômes supérieure ou égale à 9/12,
- Évolution des symptômes depuis au moins 3 mois,
- Aucun autre diagnostic qui expliquerait autrement les douleurs.

En 2016, l'ACR révisé sa définition du SFM et réduit la liste des symptômes somatiques à 3 symptômes : céphalées, douleurs ou crampes abdominales basses, dépression (Wolfe et al., 2016). Un SFM se diagnostique alors selon les 4 critères suivants :

- Au moins 7 zones douloureuses sur les 19 et échelle de sévérité des symptômes supérieure ou égale à 5/12 OU 4 à 6 zones douloureuses parmi les 19 avec une échelle de sévérité des symptômes supérieure ou égale à 9/12,
- Existence d'une douleur généralisée, définie comme au moins 4 ou 5 zones douloureuses (exception faite des douleurs thoraciques et douleurs abdominales),
- Évolution des symptômes depuis au moins 3 mois,
- Le diagnostic de SFM est un diagnostic positif, qui n'exclue pas l'existence d'autres maladies cliniquement importantes.

Malgré ces améliorations de scores diagnostiques, il semble persister une errance médicale et un délai diagnostique important rapporté par les patients (Inserm, 2020). Par exemple une étude prospective a estimé à environ 6,42 ans (SD 3,57) en moyenne le délai entre la première plainte et le diagnostic d'un syndrome fibromyalgique (Gendelman et al., 2018). Une autre étude a estimé ce délai à 4,7 ans en moyenne (Külekcioğlu, 2022). Ce délai diagnostique est problématique, car il semble contribuer à l'aggravation du SFM (Moshrif et al., 2023).

Une revue de la littérature récente suggère que tous les SFM ne sont pas forcément détectés, notamment les formes cliniques intermédiaires ne remplissant qu'une partie des critères diagnostiques reconnus actuellement (Bidari & Ghavidel-Parsa, 2022). Les auteurs proposent un nouveau mode d'identification du SFM, avec 8 grandes caractéristiques, qu'ils suggèrent d'étudier dans de futurs travaux.

5. Étiologie du syndrome fibromyalgique

L'étiologie du SFM reste inconnue (Bair & Krebs, 2020; Inserm, 2020).

Deux grandes hypothèses étiologiques ont été formulées, mais ne sont pas validées, par manque de données ou à cause de biais méthodologiques (Inserm, 2020).

La première hypothèse suppose une atteinte du système nerveux central par défaut d'activation du contrôle inhibiteur diffus nociceptif et/ou par sensibilisation centrale à la douleur avec une hyperexcitabilité des neurones nociceptifs de la moelle épinière.

La seconde hypothèse suppose une atteinte périphérique. Il pourrait s'agir d'un défaut d'oxygénation musculaire du fait d'une diminution de la densité des capillaires dans les tissus musculaires. Il pourrait aussi s'agir d'une atteinte atypique de petites fibres nerveuses : les fibres de petit calibre A δ et C, qui comprennent des nocicepteurs (Sommer & Lauria, 2007).

L'hypothèse d'une sensibilisation centrale reste la piste étiologique privilégiée ces dernières années (Bidari & Ghavidel-Parsa, 2022; Buskila, 2009).

Il semble exister une contribution (positive ou négative) des aspects psychologiques et sociaux à l'intensité des symptômes du SFM, sans qu'un lien de causalité n'ait pu être démontré (Inserm, 2020).

6. Impact du syndrome fibromyalgique sur la qualité de vie

L'impact des symptômes du SFM, aussi bien physiques que psychiques, sur la qualité de vie est fréquemment rapporté par les patients (Inserm, 2020). Toutes les dimensions du quotidien (personnelle, familiale, socio-professionnelle) peuvent être impactées. L'évolution dans le temps de l'impact du SFM sur ces dimensions est cependant insuffisamment décrit pour généraliser les données (Inserm, 2020).

L'impact sur la qualité de vie peut être évalué par des échelles validées (Inserm, 2020).

Le *Fibromyalgia Impact Questionnaire* (FIQ) est spécifique au SFM et donne un résultat compris entre 0 (qualité de vie évaluée comme étant la plus basse) et 100 (qualité de vie évaluée comme étant maximale). Une étude française a évalué le score moyen au FIQ égal à 51 sur 100 (Haroche et al., 2019).

Les questionnaires SF-36 (*The Short Form (36) Health Survey*) et SF-12 (version courte du SF-36) ont été utilisés dans le cas du SFM mais sont applicables à tout type de pathologie. Le questionnaire SF-36 donne lui aussi un résultat compris entre 0 (qualité de vie évaluée comme étant la plus basse) et 100 (qualité de vie évaluée comme étant maximale). Une étude a comparé le SF-36 dans 4 populations atteintes de pathologies douloureuses chroniques : lupus érythémateux disséminé, polyarthrite rhumatoïde, troubles rhumatismaux non inflammatoires et SFM (Wolfe, Michaud, et al., 2010). Le SFM a obtenu les scores les plus bas parmi ces 4 populations avec en moyenne 31,9 sur 100 (9,6) pour la dimension physique de la qualité de vie, et en moyenne 41,9 sur 100 (12,5) pour la dimension mentale de la qualité de vie.

7. Traitement du syndrome fibromyalgique

L'objectif de la prise en charge du SFM est d'atténuer l'intensité des douleurs, de limiter le handicap et d'améliorer la qualité de vie (HAS, 2010). L'apprentissage de la gestion des symptômes est également un objectif (Bair & Krebs, 2020).

Aucun traitement spécifique au SFM n'est connu. L'*European League Against Rheumatism* (EULAR) a proposé de privilégier, dans un premier temps, une prise en charge non pharmacologique avec de l'activité physique (Macfarlane et al., 2017).

En cas d'échec de mise en place d'une activité physique, l'ajout d'un traitement individuel adapté aux problématiques du patient est conseillé (Macfarlane et al., 2017). Il peut comprendre :

- des thérapies médicamenteuses en cas de douleurs sévères et/ou troubles du sommeil (pregabaline, duloxetine, milnacipran, amitriptyline, tramadol) → « *BIO* »
- des psychothérapies (principalement cognitivo-comportementales), en cas de syndrome anxio-dépressif, catastrophisme, stratégie de *coping*¹ très passive ou dans un contrôle excessif → « *PSYCHO* »
- des programmes multimodaux de réadaptation, en cas d'invalidité sévère et/ou arrêt maladie de longue durée → « *SOCIAL* »

Ces recommandations permettent ainsi une prise en charge individualisée basée sur le modèle bio-psycho-social.

B. L'attachement

1. Définition de l'attachement

L'attachement, selon le Larousse, est un « sentiment d'affection, de sympathie ou vif intérêt qui lie fortement à quelqu'un, à un animal, à quelque chose » (Larousse, s. d.-a). En psychologie, l'attachement désigne le « lien émotionnel que le bébé développe avec son *caregiver*² » (Tereno et al., 2007). Ce lien émotionnel est basé sur le besoin de sécurité et protection (Glaser & Prior, 2022a).

John Bowlby a décrit le développement de l'attachement chez l'enfant dans sa « théorie de l'attachement » (Dugravier & Barbey-Mintz, 2015). C'est une théorie évolutionniste : Bowlby considère que l'attachement se construit progressivement et évolue par étapes selon l'âge de l'enfant (Tereno et al., 2007). Selon Bowlby, l'attachement est un besoin primaire, indispensable à son développement physique, psychologique et affectif (Dugravier & Barbey-Mintz, 2015; Tereno et al., 2007). Il lui permet d'explorer le monde et d'entrer dans les apprentissages, grâce à une sécurité physique, affective et émotionnelle fournie par des figures d'attachement. La figure d'attachement principale est la personne vers laquelle l'enfant se tourne prioritairement pour répondre à ses différents besoins (Dugravier & Barbey-Mintz,

¹ Stratégie développée par l'individu pour faire face au stress (Larousse, s. d.-c)

² La personne qui procure les soins et répond aux besoins de l'enfant

2015). Cet attachement dirigé vers une personne précise (la figure d'attachement principale) est appelé l'attachement sélectif. Il se développe habituellement au cours de la première année de vie (Glaser & Prior, 2022a; Tereno et al., 2007).

2. Définition et caractéristiques des styles d'attachement

L'attachement peut se développer selon plusieurs styles. Ces styles d'attachement sont des modèles de développement relationnel. Ils peuvent être organisés ou désorganisés (Glaser & Prior, 2022b). Quand le style d'attachement est organisé, l'enfant a acquis un modèle de comportements pour solliciter sa figure d'attachement quand cela lui est nécessaire. Il en existe trois types : *secure*, *insecure* de type anxieux-évitant et *insecure* anxieux-ambivalent. Quand le style d'attachement est désorganisé, l'enfant n'a pas acquis ce modèle et peut avoir des comportements fluctuants, incohérents et pas forcément efficaces pour solliciter sa figure d'attachement.

Le style d'attachement est appelé *secure* si l'enfant ressent qu'en sollicitant sa figure d'attachement, elle répondra à ses besoins avec sensibilité et bienveillance (Glaser & Prior, 2022b). Le style d'attachement est appelé *insecure* si l'enfant ressent le contraire.

Trois styles d'attachements *insecure* sont décrits (Glaser & Prior, 2022b; Tereno et al., 2007) :

- Le style d'attachement anxieux-évitant caractérise une relation où la figure d'attachement est insuffisamment disponible pour les besoins de l'enfant, générant un évitement par l'enfant des interactions et de la proximité avec elle. C'est un style d'attachement organisé.
- Le style d'attachement anxieux-ambivalent (ou anxieux-préoccupé ou anxieux-résistant) caractérise une relation où la figure d'attachement est disponible de façon fluctuante pour l'enfant, qui recherche fortement la proximité et les interactions avec sa figure d'attachement sans parvenir à être rassuré. C'est un style d'attachement organisé.
- Le style d'attachement désorganisé est le troisième style d'attachement *insecure*. Comme décrit plus haut, il caractérise une relation où les comportements de l'enfant sont fluctuants, sans cohérence, en réponse à une figure d'attachement elle-même incohérente pour l'enfant. Un lien est démontré dans ce style d'attachement avec des comportements parentaux « effrayants ou confus » (Tereno et al., 2007).

La prévalence estimée des quatre styles d'attachement en population générale est résumée dans le **Tableau I**, inspiré de données datant de 2015 (Liébert, 2015).

Tableau I – Estimation de la prévalence des quatre styles d'attachement en population générale (inspiré du livre de Philippe Liébert, 2015)

Style d'attachement	Pourcentages estimés en population générale
Sécure	62-66%
Anxieux-évitant	15-22%
Anxieux-ambivalent	9-14%
Désorganisé	15%

Les quatre styles d'attachement sont reconnus internationalement, mais leur répartition au sein d'une population varie selon les particularités culturelles du pays (Glaser & Prior, 2022c). Par exemple au Japon (Glaser & Prior, 2022c), le style d'attachement anxieux-ambivalent est plus représenté qu'ailleurs, probablement car il y est valorisé d'avoir un esprit de groupe, de compter sur les autres et ainsi d'adopter des comportements plus dépendants (dont une plus grande demande envers la figure d'attachement, comme dans le style anxieux-ambivalent). Cet exemple illustre bien que les styles d'attachement *insecure* ne relèvent pas forcément d'une pathologie, mais bien d'un développement adapté à chaque relation entre l'enfant et sa figure d'attachement.

Historiquement, les premières évaluations du style d'attachement ont concerné des enfants. Il existe cependant une continuité dans l'attachement au cours de la vie : le style d'attachement identifié chez un enfant sera dans environ deux tiers des cas le style d'attachement retrouvé quand il sera adulte (Glaser & Prior, 2022b; Liébert, 2015). Le style d'attachement à l'âge adulte influence les modalités d'entrée en relation de l'adulte avec d'autres individus, par exemple avec parfois plus d'anxiété (Valois-Demers et al., 2021).

3. Évaluations du style d'attachement

a) Évaluations comportementales, narratives et psychosociales

Les styles d'attachement ont initialement été décrits dans le cadre de la « situation étrange » (Ainsworth et al., 2015). Il s'agit d'une succession, en 8 étapes de 3 minutes chacune, de séparations et réunions entre des enfants âgés de 9 à 18 mois et leur mère. La « situation étrange » cherche à activer le lien d'attachement des enfants avec leur figure d'attachement (leur mère), afin de l'évaluer et de le catégoriser (Glaser & Prior, 2022d; Tarquinio & Vismara, 2017). Il s'agit d'une méthode d'évaluation comportementale du style d'attachement.

Chez des enfants de plus de 2 ans comme chez l'adulte, des méthodes d'évaluation narratives du style d'attachement peuvent être utilisées (Glaser & Prior, 2022d) : elles permettent d'évaluer la représentation par l'individu de son style d'attachement. Différentes méthodes existent, par exemple : demander à un enfant de réagir à des images, faire décrire et mettre en scène par un enfant des histoires qu'il doit continuer, interroger un enfant ou un adulte lors d'un entretien semi-structuré sur les relations d'attachement actuel (Glaser & Prior, 2022d).

Les deux premières méthodes d'évaluation découlent de l'hypothèse développementale de l'attachement et sont réalisées par un évaluateur extérieur (Parra, 2021).

Un troisième type de méthode d'évaluation du style d'attachement existe. Ce sont les méthodes d'évaluation psychosociales, au cours desquelles des auto-questionnaires sont remplis par les participants eux-mêmes (Parra, 2021).

b) Évaluations catégorielles et dimensionnelles

Il est possible de définir le style d'attachement du participant soit de manière catégorielle, soit de manière dimensionnelle (Parra, 2021).

L'évaluation catégorielle peut comprendre trois (Tereno et al., 2021) ou quatre (George & West, 2001) catégories de styles d'attachement : « *secure* », « anxieux-évitant », « anxieux-ambivalent » et parfois aussi « désorganisé ». C'est une classification selon des variables qualitatives. En fonction du style d'attachement qui les caractérisent le mieux, les participants se classent ou sont classés dans une de ces catégories.

L'évaluation dimensionnelle est basée sur des résultats dont les valeurs sont continues (Parra, 2021). Ces valeurs continues sont ensuite réparties sur 2 échelles (ou 2 dimensions) : l'échelle du modèle de soi et l'échelle du modèle des autres (Genet & Guédeney, 2021). Le modèle de soi représente la manière dont se perçoit l'individu (positivement/négativement) et le modèle des autres représente la manière dont l'individu perçoit d'autres que lui (positivement/négativement). L'évaluation dimensionnelle aboutit à une attribution de l'un des 4 styles d'attachement.

c) Évaluation générale ou centrée sur un type de relation

L'évaluation du style d'attachement peut être générale, mais elle peut aussi être centrée sur un type spécifique de relation. Il est possible par exemple d'évaluer un style d'attachement dans le cadre d'une relation amoureuse (Lafontaine & Lussier, 2003; Parra, 2021). Il est possible d'évaluer la contribution des parents au style d'attachement de leur enfant par les réponses de l'enfant à un auto-questionnaire (Parker et al., 1979), ou à l'âge adulte (attachement parental à l'âge adulte) (Parker et al., 1979). L'évaluation du style d'attachement d'adolescents vis-à-vis de leurs pairs est également une possibilité existante (Tarquinio & Vismara, 2017).

d) Limites de certains types d'évaluation

L'évaluation catégorielle du style d'attachement à l'âge adulte a été basée sur le modèle d'évaluation du style d'attachement de l'enfant dans *l'Adult Attachment Interview* (Parra, 2021). Or *l'Adult Attachment Interview* n'inclue pas le style désorganisé. L'utilisation de mesures dimensionnelles de l'attachement est une solution pour mettre en évidence ce quatrième style d'attachement chez une partie des adultes (Parra, 2021).

Les auto-évaluations comportent un risque de biais, particulièrement en cas de capacités d'introspection faibles (Parra, 2021). Pour diminuer ce risque, l'évaluation par auto-questionnaire peut être combinée avec un entretien enregistré et retranscrit (Parra, 2021).

On peut également citer la contrainte de temps et de répétition des évaluations comportementales : le modèle de la « situation étrange », sur laquelle ces évaluations ont été construites, demande par exemple 8 étapes distinctes (Glaser & Prior, 2022d).

4. Le trouble réactionnel de l'attachement

Le trouble réactionnel de l'attachement est un trouble évoluant depuis au moins 12 mois, chez des enfants âgés de 9 mois à 5 ans (DSM-V, 2020). Il est lié à une « exposition à un événement traumatique ou stressant » (DSM-V, 2020). Un style d'attachement désorganisé en est un facteur de risque (Glaser & Prior, 2022e). Le trouble réactionnel de l'attachement est caractérisé par « les désordres émotionnels, comportementaux et d'interactions sociales résultant d'une relation d'attachement pathologique ou inexistante, survenant lors d'expériences très négatives de soins précoces, tels les contextes institutionnels, les changements répétés de *caregiver* ou lorsque les *caregivers*, montrent un désintérêt persistant ou une négligence extrême pour les besoins d'attachement de l'enfant » (Conversy & Guédeney, 2017).

Sa prévalence est inconnue, mais la proportion d'enfants en situation de carence relationnelle grave qui développerait ce trouble serait faible (DSM-V, 2020). L'évolution, chez l'enfant de plus de 5 ans et chez l'adulte, n'est pas connue (DSM-V, 2020).

C. Objectif de cette thèse

Le Service de Prise en Charge de la Douleur du Centre Hospitalier de Dreux accueille régulièrement en consultation des patients ayant un SFM. Le premier rendez-vous est l'occasion d'écouter le récit de vie de ces patients et de créer un lien relationnel de qualité pour proposer une prise en charge globale et adaptée à chaque patient. L'expérience clinique des médecins de l'Unité Douleur les amène à évoquer l'hypothèse de styles d'attachement *insecure* prédominants chez les patients ayant un SFM, et à soupçonner une représentation particulièrement fréquente des styles d'attachement désorganisés.

Le rapport de l'INSERM (Inserm, 2020) considère qu'un style d'attachement *insecure* pourrait constituer un « facteur contextuel et relationnel » impliqué dans la survenue d'un SFM, au même titre que des dysfonctionnements familiaux survenant pendant l'enfance. Il est suggéré, sur la base de trois études, qu'un style d'attachement *insecure* pourrait aussi être un facteur d'entretien de la pathologie ou un facteur de vulnérabilité (Govender et al., 2009; Oliveira & Costa, 2009; Peñacoba et al., 2018). Le lien de causalité entre style d'attachement *insecure* et SFM n'est pourtant pas démontré.

Il nous a donc paru intéressant, trois ans après le rapport de l'INSERM, d'actualiser les données scientifiques au sujet de l'attachement dans le SFM. Dans ce but, nous avons recensé

les travaux publiés sur cette thématique en réalisant une revue systématique de la littérature internationale sur le sujet.

II. Méthode

Une revue systématique de la littérature a été réalisée suivant les recommandations PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis*) (Page et al., 2021).

À noter toutefois que la sélection et le recueil des données réalisés dans le cadre de ce travail de thèse ont été effectués par un seul investigateur.

A. Sources d'information, stratégie de recherche et critères d'éligibilité

Les bases de données suivantes ont été interrogées : APA PsycNet, Cairn, EBSCOhost, LiSSa, PubMed, PubPsych, ScienceDirect. Elles ont été choisies au sein du catalogue de l'Université de Tours pour couvrir les domaines de la médecine, de la psychologie et des sciences humaines. Leur consultation a eu lieu du 21/05/2023 au 01/06/2023 inclus.

Les équations de recherches suivantes ont été utilisées (par ordre chronologique) :

ScienceDirect : "fibromyalgia" AND "attachment" dans le champ Title, abstract or author-specified keywords. Aucun filtre n'a été appliqué.

APA PsycNet : Title: fibromyalgia AND Title: attachment OR Keywords: fibromyalgia AND Keywords: attachment OR Abstract: fibromyalgia AND Abstract: attachment OR Title: fibromyalgia AND Keywords: attachment OR Title: fibromyalgia AND Abstract: attachment OR Keywords: fibromyalgia AND Title: attachment OR Keywords: fibromyalgia AND Abstract: attachment OR Abstract: fibromyalgia AND Title: attachment OR Abstract: fibromyalgia AND Keywords: attachment. Aucun filtre n'a été appliqué.

Cairn.info : 4 recherches avancées ont été réalisées. Aucun filtre n'a été appliqué.
titre d'article/chapitre: fibromyalgie ET titre d'article/chapitre: attachement
résumé: fibromyalgie ET titre d'article/chapitre: attachement
titre d'article/chapitre: fibromyalgie ET résumé: attachement
résumé: fibromyalgie ET résumé: attachement.

EBSCOhost : TI (fibromyalgia or fibromyalgia syndrome) AND TI attachment OR AB (fibromyalgia or fibromyalgia syndrome) AND AB attachment OR TI (fibromyalgia or fibromyalgia syndrome) AND AB attachment OR AB (fibromyalgia or fibromyalgia syndrome) AND TI attachment OR TI (fibromyalgia or fibromyalgia syndrome) AND SU attachment OR AB (fibromyalgia or fibromyalgia syndrome) AND SU attachment OR SU (fibromyalgia or fibromyalgia syndrome) AND AB attachment OR SU (fibromyalgia or fibromyalgia syndrome) AND TI attachment OR SU (fibromyalgia or fibromyalgia syndrome) AND SU attachment. Aucun filtre n'a été appliqué.

LiSSa : ((attachement à l'objet.tl) OU (attachement à l'objet.mc) OU (Trouble réactionnel de l'attachement.tl) OU (Trouble réactionnel de l'attachement.mc)) ET ((fibromyalgie.tl) OU (fibromyalgie.mc)). Aucun filtre n'a été appliqué.

PubMed : (fibromyalgia[Title/Abstract]) AND (attachment[Title/Abstract]). Aucun filtre n'a été appliqué.

PubPsych : "fibromyalgia" AND "attachment". Aucun filtre n'a été appliqué.

Les articles sélectionnés devaient répondre aux critères d'éligibilité suivants : article original, article accessible en version intégrale, article rédigé en français, en anglais ou en allemand.

Une première sélection a été effectuée par la lecture du titre et du résumé des articles. Une seconde sélection a été effectuée après lecture intégrale des articles.

Les articles ne traitant pas spécifiquement du syndrome fibromyalgique ont été exclus.

B. Collecte des données

Les articles retenus ont été enregistrés dans le logiciel ZOTERO.

Les données suivantes ont ensuite été recueillies et ajoutées à un tableau Excel, puis analysées sous forme de tableaux et graphiques croisés dynamiques :

- Auteurs de l'article et année de publication
- Pays dans lequel l'étude a été réalisée
- Objectif principal de l'article
- Type d'analyse (qualitative/quantitative)
- Design de l'étude
- Modalités d'identification du SFM
- Nombre total de participants, détail des participants avec et sans SFM
- Caractéristiques socio-démographiques (sexe, moyenne d'âge, situation familiale, situation professionnelle, niveau d'étude)
- Présence d'une évaluation du style d'attachement
- Type d'évaluation du style d'attachement
- Nom de l'évaluation du style d'attachement
- Répartition des styles d'attachement chez les participants avec SFM, et sans SFM
- Présence d'un diagnostic de trouble de l'attachement
- Évaluation d'une thérapie en lien avec l'attachement
- Nom de la thérapie
- Résultat de l'évaluation de la thérapie
- Limites de l'évaluation de la thérapie

III. Résultats

A. Sélection des articles

La sélection des articles est résumée dans la **Figure 1**.

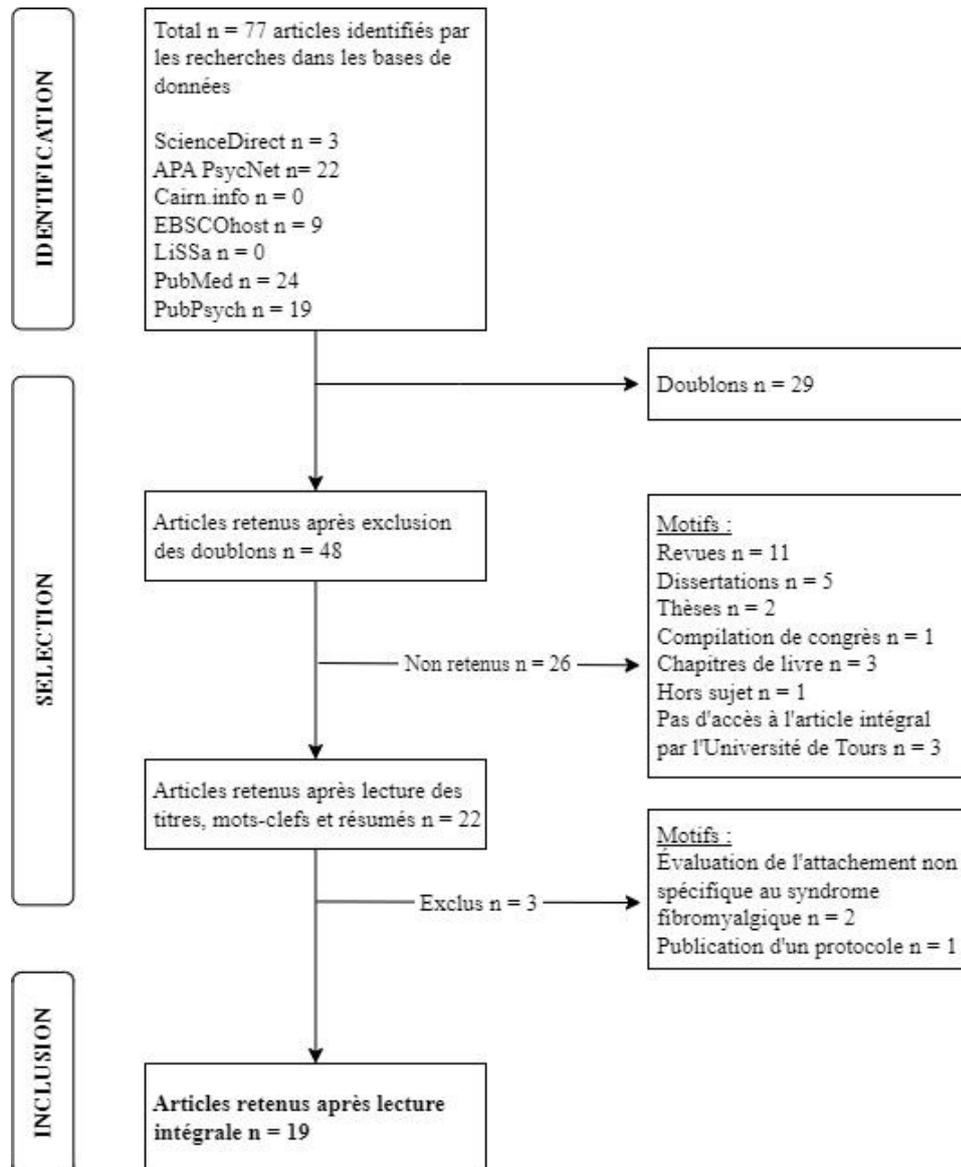


Figure 1 - Diagramme de flux

B. Caractéristiques des articles et des études

Les caractéristiques des articles et des études sont résumées dans le **Tableau II**.

Tableau II – Caractéristiques des articles et études

Les cases en bleu clair indiquent les études ayant inclus des témoins sans syndrome fibromyalgique (SFM), qui ne sont pas systématiquement les participants « contrôles » des études interventionnelles.

ABCT : Attachment-Based Compassion Therapy ; ABCT-16 : protocole basé sur l'ABCT en 16 séances d'1h au lieu de 8 séances de 2h ; ACR : American College of Rheumatology ; NR : Non Renseigné ; Quanti : étude quantitative ; Quali : étude qualitative ; SFM : Syndrome Fibromyalgique ; SG-MBI : Second Generation Mindfulness-Based Intervention

Auteurs	Pays	Objectif principal de l'article	Type d'analyse	Design de l'étude	SFM identifié par	Critères diagnostiques utilisés	Nombre de participants	Nombre de témoins sans SFM
Blanco et al, 2018	Espagne	Décrire l'attachement dans le SFM et analyser son association aux symptômes douloureux, émotionnels et limitations fonctionnelles du SFM	Quanti	Étude transversale	NR	ACR de 2010	146	0
D'Amico et al, 2020	Espagne	Évaluer le rapport coût-efficacité de l'ABCT comparé à la relaxation dans le SFM	Quanti	Essai clinique contrôlé randomisé	Un rhumatologue	ACR de 1990	42	0
Deppermann, 2020	Allemagne	Analyser la représentation narrative des violences parentales chez des adultes ayant un SFM	Quali	Étude phénoménologique, analyse de récits de vie	NR	NR	20	0
Gil et al, 2008	Allemagne	Déterminer le degré d'alexithymie dans le SFM et évaluer l'association possible avec le style d'attachement parental	Quanti	Étude transversale	Un médecin MPR et un autre médecin (senior)	ACR de 1990	40	0
Govender et al, 2007	Afrique du Sud	Déterminer le profil psychologique des individus souffrant d'un SFM	Quanti	Étude transversale, pilote	NR	NR	29	0
Griffies, 2010	USA	Discuter la relation entre SFM et les dynamiques d'attachement	Quali	Étude de cas	Le médecin psychanalyste, auteur de l'article	ACR de 1990	1	0
Haliburn, 2011	Australie	Décrire la psychothérapie hebdomadaire d'une jeune adulte avec SFM et trouble somatoforme	Quali	Étude de cas	Un médecin (spécialité non précisée)	NR	1	0
Hallberg et al, 1998	Suède	Décrire, du point de vue de 22 femmes ayant un SFM, les expériences et croyances sur la douleur, ses origines et conséquences familiales et sociales	Quali	Étude qualitative, par analyse inspirée de la théorisation ancrée	NR	ACR de 1990 ou ceux de Yunus et al (1981)	22	0
McBeth et al, 2015	Grande-Bretagne	Tester l'hypothèse que les facteurs communs associés au SFM et au syndrome de fatigue chronique sont expliqués par un syndrome anxio-dépressif	Quanti	Étude transversale	Rapporté par les patients	ACR de 1990	990	897
Montero Marín et al, 2017	Espagne	Évaluer l'efficacité de l'ABCT dans le SFM	Quanti	Essai clinique contrôlé randomisé	Un rhumatologue	NR	42	0
Montero Marín et al, 2019	Espagne	Évaluer l'impact de l'ABCT sur des marqueurs de l'inflammation et si ces derniers sont liés aux symptômes du SFM	Quanti	Essai clinique contrôlé randomisé	Un rhumatologue	ACR de 1990	34	0
Oliveira and Costa, 2009	Portugal	Examiner les relations entre le style d'attachement à l'âge adulte, l'état de santé perçu et l'anxiété dans le SFM	Quanti	Étude transversale	NR	ACR de 1990	128	0
Peñacoba et al, 2018	Espagne	Analyser les associations entre styles d'attachement et symptômes douloureux et émotionnels dans le SFM	Quanti	Étude transversale	NR	NR	268	122
Romeo et al, 2020	Italie	Examiner les associations entre style d'attachement, lien avec les parents et alexithymie	Quanti	Étude transversale	Un rhumatologue	ACR de 2010	207	107
Santos et al, 2022	Espagne	Évaluer l'efficacité de l'ABCT-16 pour réduire les symptômes anxieux et dépressifs dans le SFM	Quanti	Étude longitudinale thérapeutique, pilote	Rapporté par les patients	NR	11	0
Sechi et al, 2020	Italie	Décrire le lien entre estime de soi et qualité de vie dans le SFM selon le style d'attachement	Quanti	Étude transversale	Un médecin (spécialité non précisée)	NR	371	0
Sechi et al, 2021	Italie	Étudier l'effet du style d'attachement dans le SFM sur les symptômes dépressifs et la qualité de vie	Quanti	Étude transversale	Un médecin (spécialité non précisée)	NR	453	0
Van Gordon et al, 2017	Grande-Bretagne	Évaluer l'efficacité de la SG-MBI dans le SFM	Quanti	Essai clinique contrôlé randomisé	Médecin généraliste, rhumatologue ou consultant hospitalier de la gestion de la douleur	NR	148	0
Wang et al, 2014	Allemagne	Examiner les liens entre les styles d'attachement, l'intensité de la douleur et les taux de cytokines pendant une thérapie multimodale pour SFM	Quanti	Essai clinique contrôlé	NR	ACR (année NR)	61	18

1. Années de publication des articles

À l'exception d'une publication parue en 1998, les articles au sujet de l'attachement dans le syndrome fibromyalgique (SFM) ont surtout été publiés depuis une quinzaine d'années (**Figure 2**).

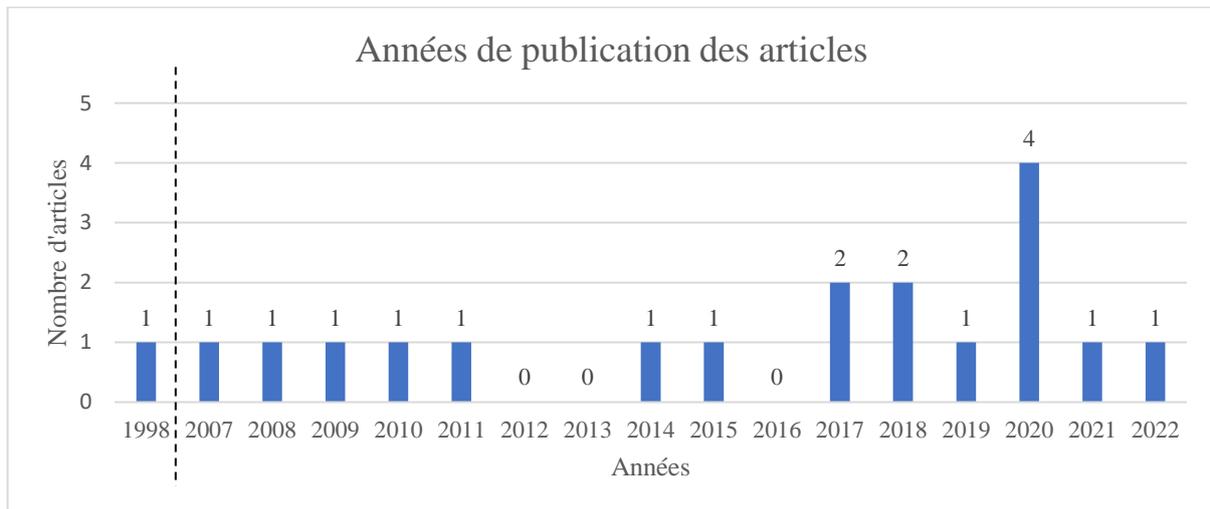


Figure 2 - Années de publication des articles

2. Origine géographique des publications

La plupart des articles (85%) ont été publiés par des auteurs affiliés dans des équipes européennes (**Figure 3**) en particulier dans les pays latins (Espagne, Italie et Portugal) pour plus de la moitié d'entre eux (53%).

La **Figure 4** illustre le caractère international des publications.

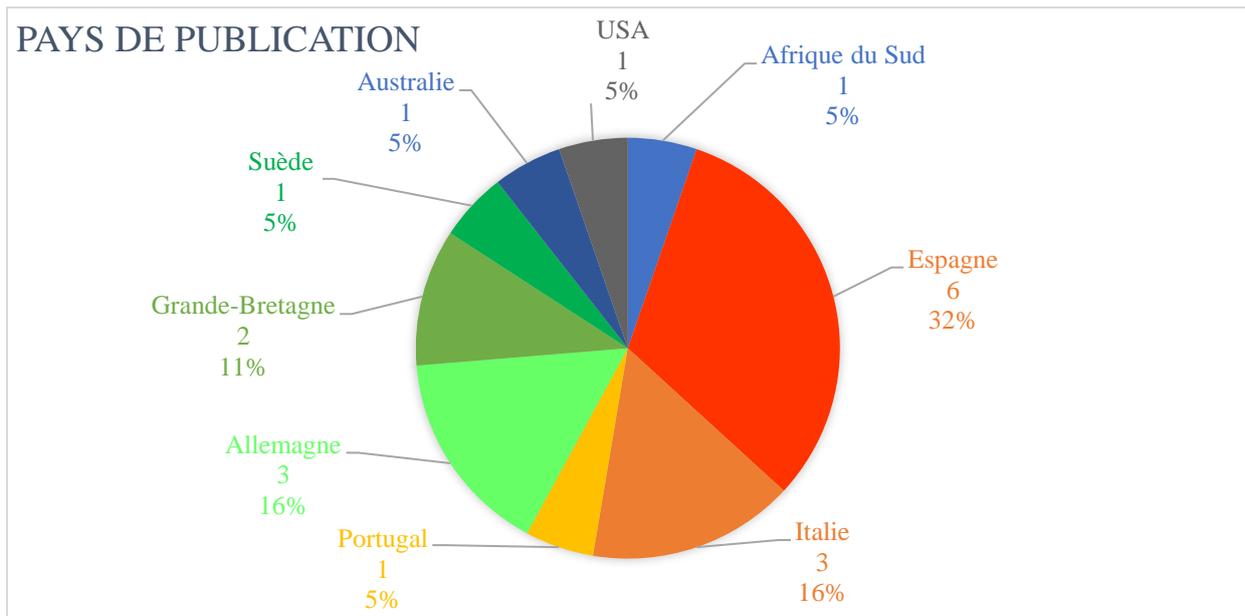


Figure 3 - Pays de publication (les chiffres représentent le nombre d'études et pourcentage du total des études)

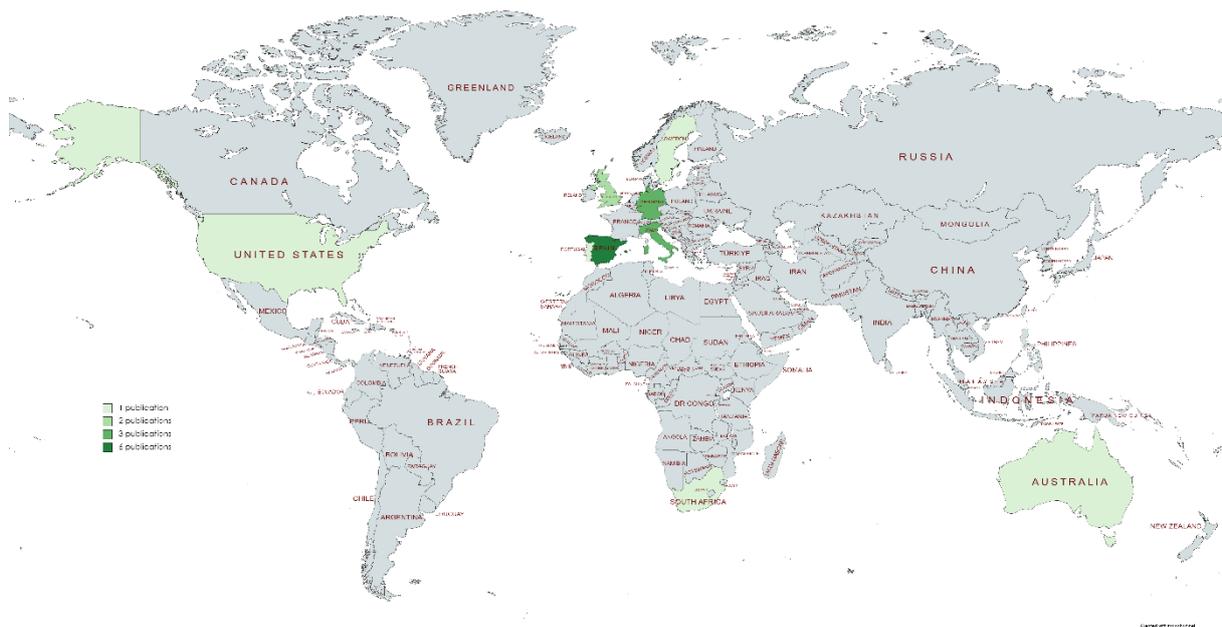


Figure 4 - Pays de publication, en nuances de vert : du plus pâle (1 publication), au plus foncé (4 publications)

3. Design des études

Parmi l'ensemble des études, 78% ont fait l'objet d'une analyse quantitative et 22% ont fait l'objet d'une analyse qualitative (**Figure 5**). Deux des 19 études ont été des études pilotes quantitatives.

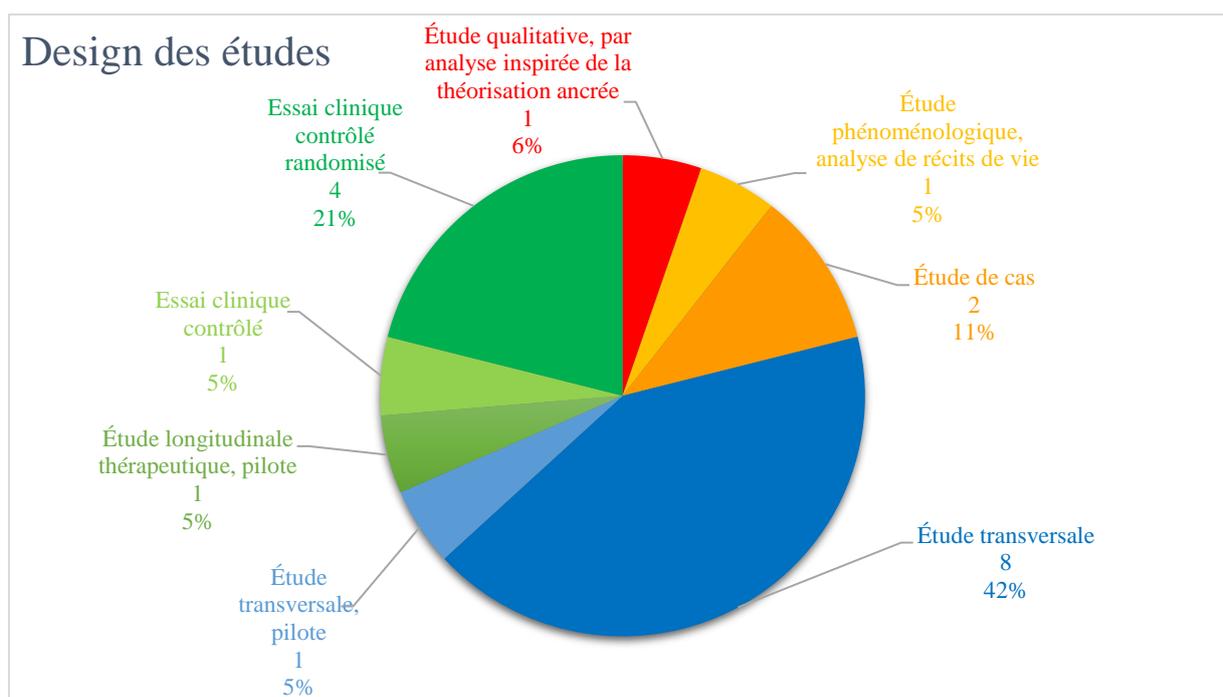


Figure 5 - Design des études (les chiffres représentent le nombre d'études et le pourcentage du nombre total des études)
 Études quantitatives : études transversales observationnelle (en bleu) et études interventionnelles (en vert)
 Études qualitatives : en couleurs chaudes.

a) Études quantitatives

i. Études transversales

Les études transversales ($n = 9$) ont été le type d'étude le plus fréquent (47% des études), l'une d'elle était une des deux études pilotes (**Figure 5**). Ce sont toutes des études de corrélation.

ii. Études interventionnelles

Les 6 études interventionnelles ont représenté près d'un tiers des études (31%) (**Figure 5**).

L'unique étude longitudinale thérapeutique était une étude pilote (Santos et al., 2022).

Seul 1 des 5 essais cliniques contrôlés n'a pas été randomisé (Wang et al., 2014). Le groupe « contrôle » a été recruté parmi le personnel de la clinique où l'étude a eu lieu : ce sont des participants sans SFM.

Les 4 essais cliniques contrôlés randomisés ont utilisé une procédure de simple aveugle (D'Amico et al., 2020; Montero-Marín et al., 2017; Montero-Marín et al., 2019; Van Gordon et al., 2017). Les participants des groupes « contrôles » de ces 4 études ont été des participants avec SFM.

Aucune des études interventionnelles n'a utilisé de procédure de double ou triple aveugle.

b) Études qualitatives

Elles ont été de trois types différents (**Figure 5**) :

- Deux études de cas ont décrit l'évolution en psychanalyse de leur patient atteint d'un SFM (Griffies, 2010; Haliburn, 2011).
- Une étude phénoménologique³ a analysé les 22 récits de vie de participants ayant un SFM (Deppermann, 2020).
- Une étude par théorisation ancrée⁴ s'est basée sur des entretiens ouverts (Haliburn, 2011).

4. Identification du syndrome fibromyalgique

a) Origine de l'identification du syndrome fibromyalgique

Le SFM a été certifié par un médecin, toute spécialité confondue, dans 52% des études (**Figure 6**). Dans 31% des études, il a été spécifiquement demandé à un médecin de rhumatologie ou de médecine physique et réadaptation, ou encore à un consultant en gestion de la douleur d'identifier le SFM. Sur les 19 études, une seule a fait confirmer l'identification du SFM par un deuxième médecin.

Le SFM a été rapporté exclusivement par les patients dans 11% des études.

Plus d'un tiers des études (37%) n'ont pas indiqué par qui le SFM a été identifié.

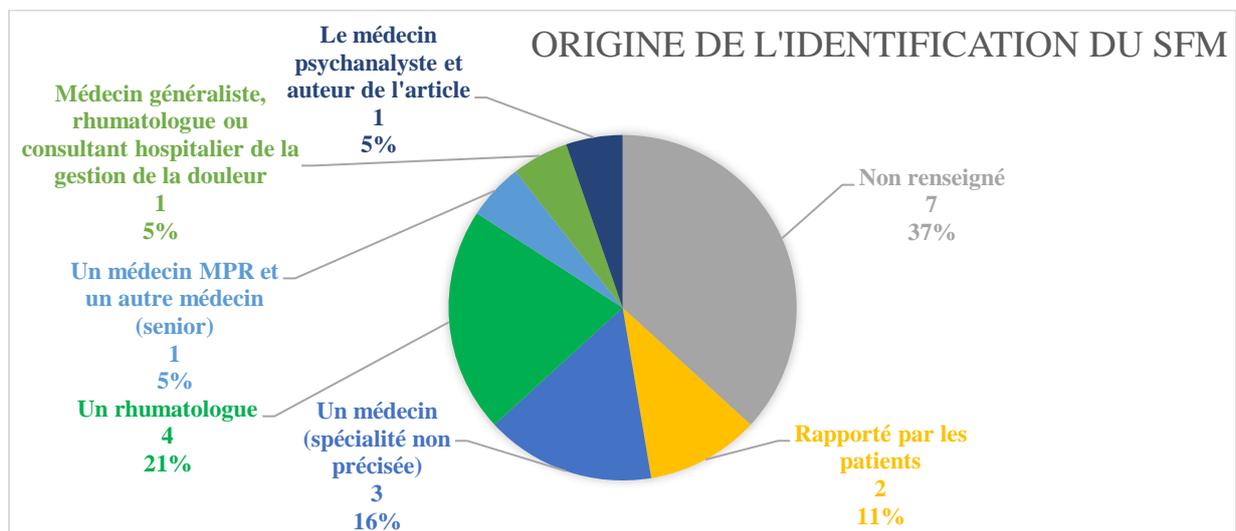


Figure 6 - Origine de l'identification du syndrome fibromyalgique (les chiffres représentent le nombre d'études et le pourcentage du nombre total des études)

MPR : Médecine Physique et Réadaptation

³ La phénoménologie est l'étude de l'expérience subjective d'un phénomène (Hong et al., 2018).

⁴ La théorisation ancrée est une approche qui consiste à généraliser à partir de données qualitatives pour extraire une théorie (Hong et al., 2018). Les sources de données exploitées sont définies pendant l'étude, en fonction des premiers résultats obtenus, pour compléter la réponse à la question de recherche.

b) Critères utilisés pour identifier le syndrome fibromyalgique

Plus de la moitié des études (53%) a indiqué avoir utilisé les critères de classification de l'*American College of Rheumatology* (ACR) de 1990 ou 2010 pour identifier le SFM (**Figure 7**). Le reste des études (47%) n'a pas indiqué si des critères ou scores d'identification ont été utilisés.

Une étude a recruté ses participants avec deux critères diagnostiques différents qui n'ont pas été cumulés ou couplés (Hallberg & Carlsson, 1998). Dans cette étude, 64% des participants ont été recrutés sur la base des critères de l'ACR de 1990. Les 36% restant ont été recrutés sur la base de 18 points douloureux permettant d'identifier une « fibromyalgie primaire » à l'examen clinique (Yunus et al., 1981).

Aucune étude n'a utilisé les critères de l'ACR de 2016. Seules 2 études ont utilisé le score de l'ACR de 2010 (Blanco et al., 2018; Romeo et al., 2020).

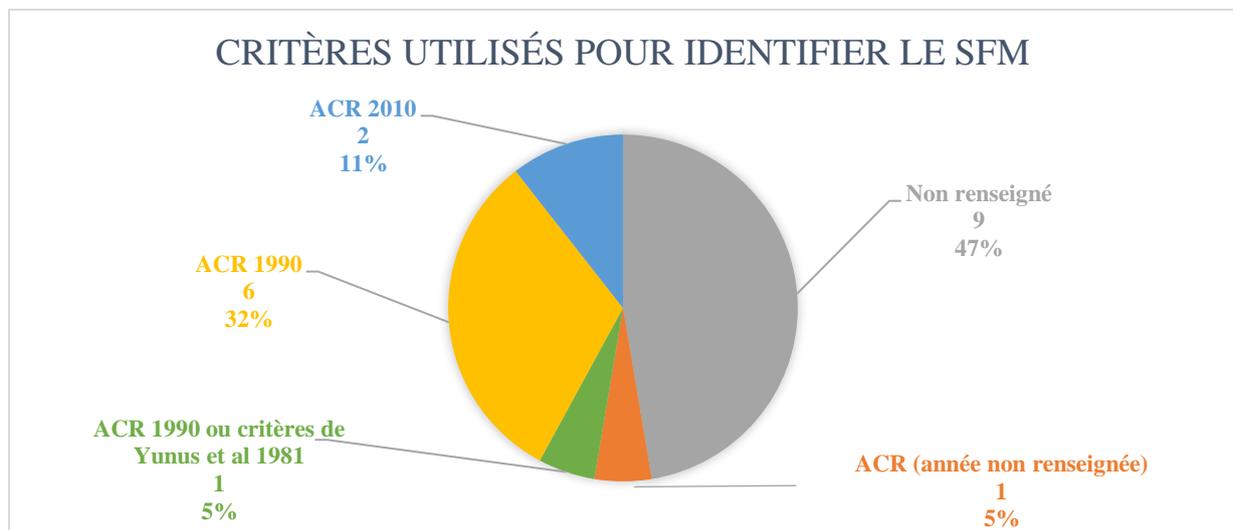


Figure 7 - Critères utilisés pour identifier le SFM (les chiffres représentent le nombre d'études et le pourcentage du nombre total des études)

ACR : American College of Rheumatology

c) Résultats de l'identification d'un syndrome fibromyalgique

Dans l'ensemble des 19 études, 62% des participants ont présenté un SFM (**Figure 8**). Les 38% restant ont été des témoins sans SFM. Quatre études ont inclus des témoins sans SFM (McBeth et al., 2015; Peñacoba et al., 2018; Romeo et al., 2020; Wang et al., 2014).

NB : Selon les études, les groupes « contrôles » ont été constitués de participants avec SFM ou de témoins sans SFM, raison pour laquelle les termes de « contrôles » et « témoins » sont distingués.

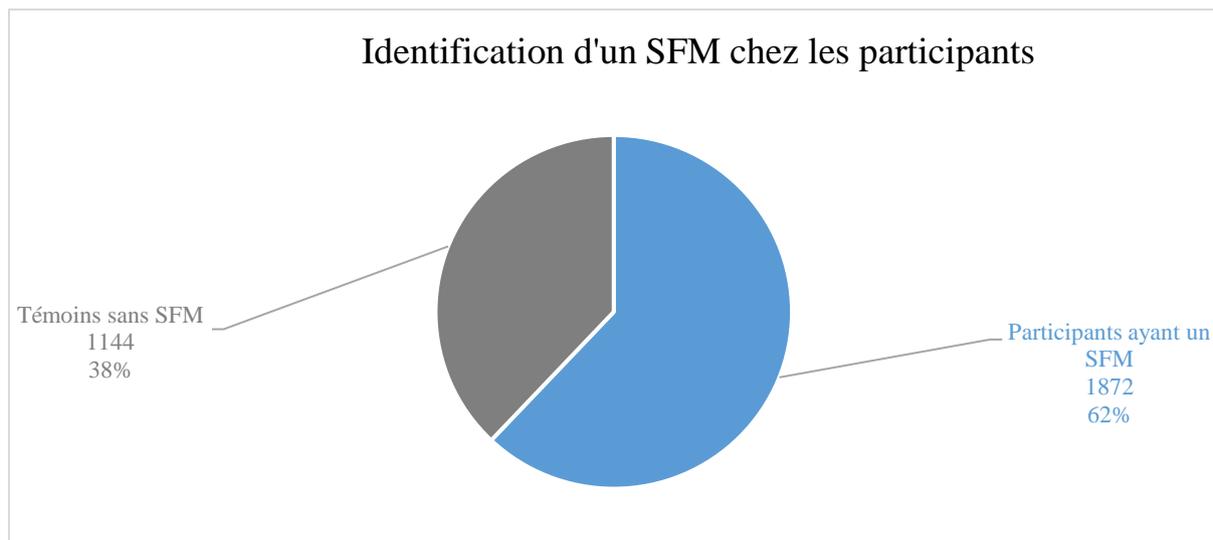


Figure 8 - Identification d'un SFM chez les participants (les chiffres représentent le nombre de participants et le pourcentage du nombre total de participants)
 SFM : Syndrome fibromyalgique

C. Caractéristiques socio-démographiques des participants

Les caractéristiques socio-démographiques les plus fréquentes des participants des 19 études sont présentées dans le **Tableau III**.

Tableau III – Caractéristiques des participants avec SFM

Les lignes colorées en bleu clair indiquent les 4 études avec des témoins sans SFM. Les valeurs en gras indiquent une différence significative entre les participants avec SFM et les témoins.

* : Différence non significative entre participants avec SFM et témoins ; NC : Non concerné ; NR : Non renseigné ; SFM : Syndrome fibromyalgique.

Auteurs	Nombre de participants	Pourcentage de participants avec SFM	Pourcentage de femmes	Âge moyen (SD)	Employés (%)	Sans emploi (%)		Enseignement primaire (%)	Enseignement secondaire (%)	Études universitaires (%)	Doctorat (%)
						à cause du SFM	autre raison que le SFM				
Blanco et al, 2018	146	100,0%	100,0%	51,2 (9,2)	32,2	48,0	19,9	27,0	38,0	35,0	NR
D Amico et al, 2020	42	100,0%	100,0%	51,4 (7,5)	16,7	54,8	28,6	33,3	38,1	28,6	NR
Deppermann, 2020	20	100,0%	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Gil et al, 2008	40	100,0%	100,0%	55,7 (6,5)	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Govender et al, 2007	29	100,0%	86,2%	42,5 (10,3)	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Griffies, 2010	1	100,0%	0,0%	33 (0)	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Haliburn, 2011	1	100,0%	100,0%	18 (0)	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Hallberg et al, 1998	22	100,0%	100,0%	43 (NR)	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
McBeth et al, 2015	990	9,4%	NR	NR*	NR*	NR*	NR*	NR	NR	NR	NR
Montero Marín et al, 2017	44	100,0%	100,0%	51,5 (7,5)	16,7	28,6	54,8	33,3	38,1	28,6	NR
Montero Marin et al, 2019	34	100,0%	100,0%	53,1 (6,6)	14,7	47,1	38,2	32,3	41,2	26,5	NR
Oliveira and Costa, 2009	128	100,0%	100,0%	47,4 (9,3)	53,1	NR	NR	31,3	NR	NR	NR
Peñacoba et al, 2018	268	54,5%	100,0%	NR*	32,2	48,0	19,9	27,0*	38,0*	35,0*	NR*
Romeo et al, 2020	207	48,3%	100,0%	50,2* (10,5)	72,0	NR	28,0	NR*	NR*	NR*	NR*
Santos et al, 2022	11	100,0%	100,0%	54,9 (8,8)	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Sechi et al, 2020	371	100,0%	100,0%	42,7 (10,6)	NR	NR	NR	0,0	48,8	39,7	11,5
Sechi et al, 2021	453	100,0%	100,0%	47,0 (10,9)	NR	NR	NR	0,0	75,8	17,4	6,8
Van Gordon et al, 2017	148	100,0%	100,0%	46,8 (9,4)	50,7	NR	NR	NR	NR	16,9	NR
Wang et al, 2014	61	70,5%	72,1%*	53,4 (10,7)	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR

1. Genre des participants

Dans l'ensemble des études, les femmes ont représenté environ deux tiers de tous les participants (**Figure 9**). Elles ont représenté 93% des participants ayant un SFM et 21% des témoins.

Trois études ont inclus des hommes (Govender et al., 2009; Griffies, 2010; Wang et al., 2014). La proportion d'hommes est restée proche de 1% chez les participants avec SFM comme chez les témoins.

Seules 2 études, qui avaient inclus des témoins, n'ont pas indiqué le genre de leurs participants (Deppermann, 2020; McBeth et al., 2015). Le genre des témoins, issus de 4 des 19 études, est ainsi resté inconnu pour 78% d'entre eux.

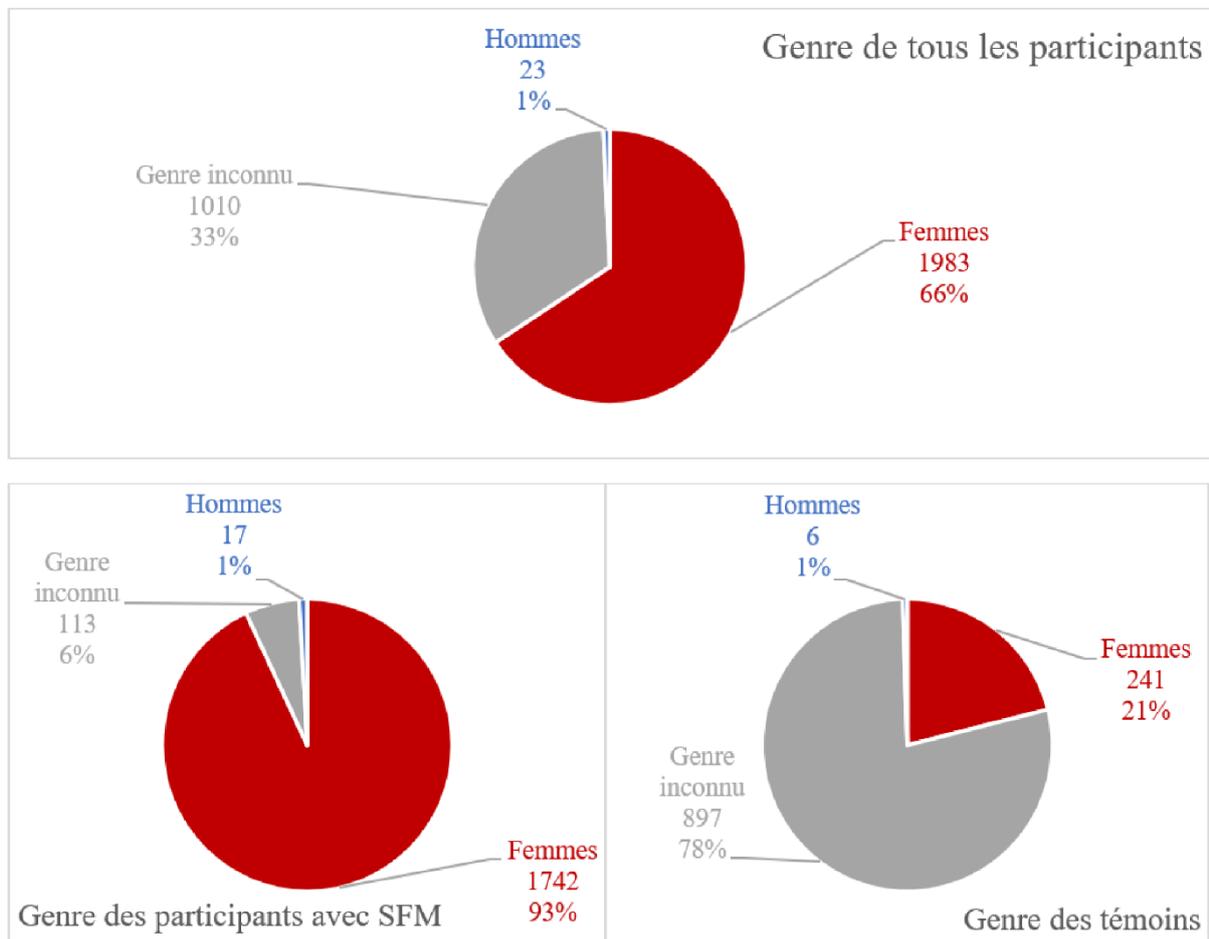


Figure 9 - Genre des participants (les chiffres représentent le nombre de participants et le pourcentage du nombre total des participants)

2. Moyenne d'âge des participants

L'âge moyen des participants ayant un SFM a été de **46,7 ans** (SD = 7,9).

Seule 1 des 4 études ayant inclus des témoins sans SFM a mis en évidence une différence significative d'âge : les participants ayant un SFM ont été significativement plus âgés d'environ 7 ans en moyenne ($p < 0,001$) (Wang et al., 2014).

Pour les 3 autres études ayant inclus des témoins sans SFM, il n'y a pas eu de différence significative observée (McBeth et al., 2015; Peñacoba et al., 2018; Romeo et al., 2020).

3. Situation professionnelle des participants

En moyenne, les participants ayant un SFM ont été 18% d'employés, 10% sans emploi à cause du SFM et 7% sans emploi pour une autre cause (**Figure 10**). La situation professionnelle n'a pas été précisée pour 65% des participants ayant un SFM.

Deux des 4 études ayant inclus des témoins sans SFM ont mis en évidence une différence significative dans la situation professionnelle des participants : le pourcentage d'employés a été significativement plus élevé chez les témoins sans SFM avec $p < 0,001$ et $p < 0,009$ respectivement (Peñacoba et al., 2018; Romeo et al., 2020). La troisième de ces 4 études n'a pas mis en évidence de différence significative dans la situation professionnelle des participants (McBeth et al., 2015). La dernière de ces 4 études n'a pas renseigné la situation professionnelle des participants (Wang et al., 2014).

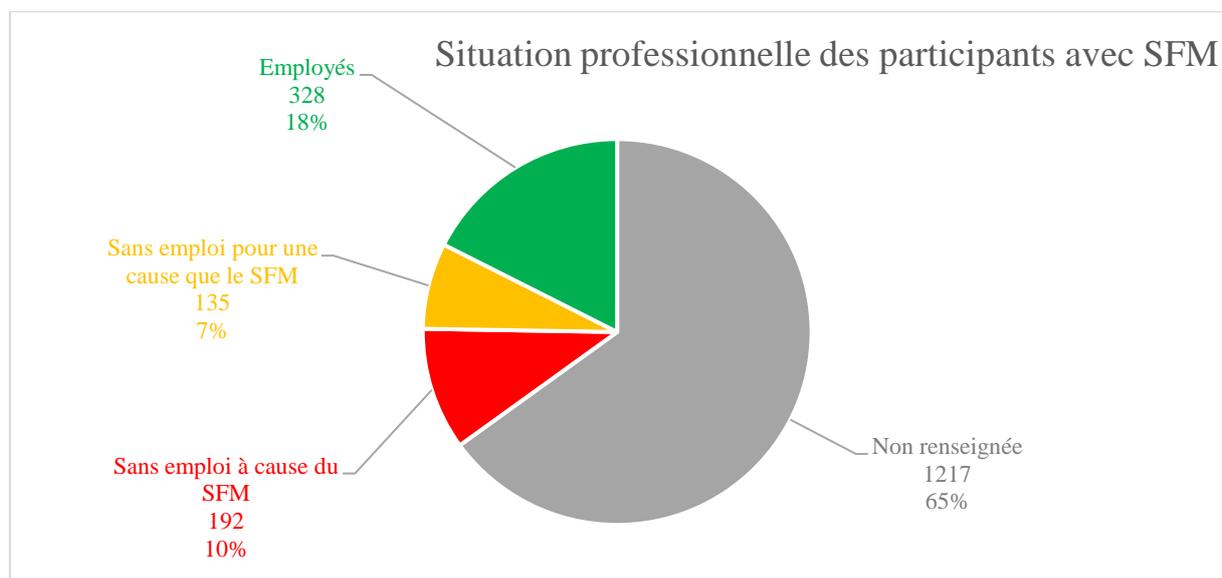


Figure 10 - Situation professionnelle des participants avec SFM

4. Niveau d'étude des participants

En moyenne les participants ayant un SFM ont été 8,5% à atteindre un niveau d'enseignement primaire, 36,4% un niveau d'enseignement secondaire et 20,7% un niveau universitaire (**Figure 11**). Seuls 3,9% ont eu un doctorat. Le niveau d'étude n'a pas été indiqué pour 30,5% des participants ayant un SFM.

Deux des 4 études qui ont inclus des témoins n'ont pas indiqué leur niveau d'étude (McBeth et al., 2015; Wang et al., 2014). Les 2 autres études qui ont inclus des témoins ont recueilli leur niveau d'étude : elles n'ont pas mis en évidence de différence significative (Peñacoba et al., 2018; Romeo et al., 2020).

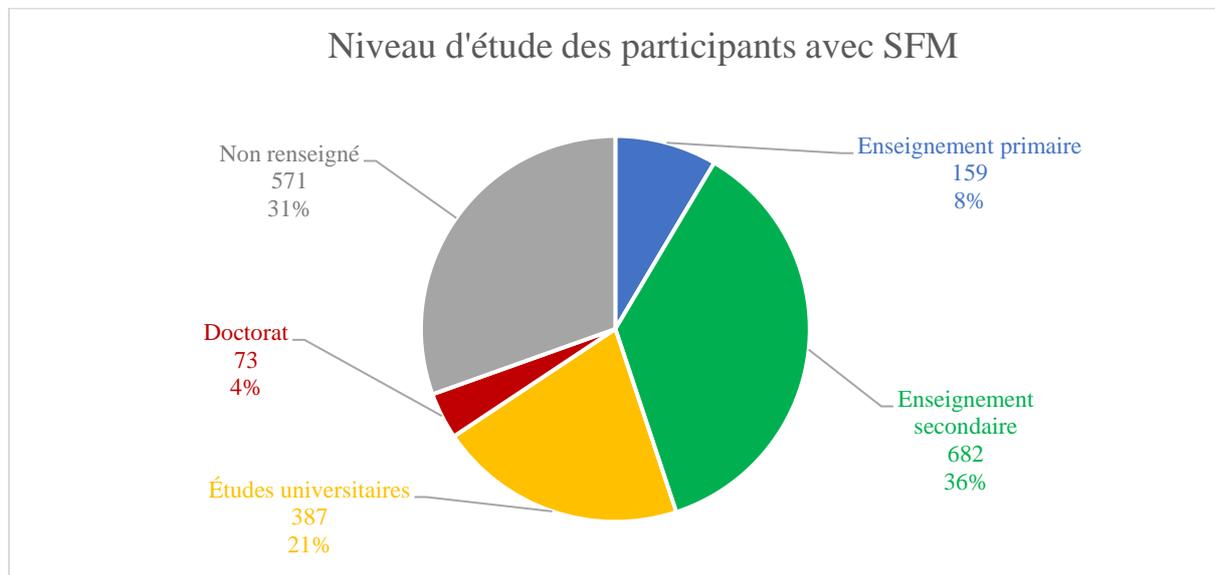


Figure 11 - Niveau d'étude des participants avec SFM

D. Styles d'attachement

Le **Tableau IV** résume les évaluations de styles d'attachement et leurs résultats.

Tableau IV – Styles d'attachement des participants

NC : Non concerné, NR : Non Renseigné, SFM : Syndrome Fibromyalgique

Auteurs	Nombre de participants	Évaluation du style d'attachement	Type d'évaluation	Méthode d'évaluation narrative	Méthode d'évaluation catégorielle	Méthode d'évaluation dimensionnelle	Style d'attachement sécurisé (%)		Style d'attachement insécurisé (%)		Style d'attachement anxieux-évitant (%)		Style d'attachement préoccupé (%)		Style d'attachement désorganisé (%)	
							avec SFM	témoins	avec SFM	témoins	avec SFM	témoins	avec SFM	témoins	avec SFM	témoins
Blanco et al, 2018	146	oui	Psychosociale	NC	The Relationships Questionnaire	Questionnaire of adult attachment	38,7	NC	61,3	NC	28,2	NC	10,5	NC	22,6	NC
D Amico et al, 2020	42	non	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC
Deppermann, 2020	20	oui	Narrative	Adult Attachment Interviews	Adult Attachment Interviews	NC	NR	NC	NR	NC	NR	NC	NR	NC	NR	NC
Gil et al, 2008	40	oui	Psychosociale	NC	NC	Measure of Parental Style	NR	NC	NR	NC	NR	NC	NR	NC	NR	NC
Govender et al, 2007	29	oui	Psychosociale	NC	the Experiences in Close Relationships-Revised Questionnaire	NC	51,7	NC	41,4	NC	20,7	NC	13,8	NC	6,9	NC
Griffies, 2010	1	oui	Narrative	Entretiens avec le médecin psychanalyste	Entretiens avec le médecin psychanalyste	NC	0	NC	100	NC	100	NC	0	NC	0	NC
Haliburn, 2011	1	non	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC
Hallberg et al, 1998	22	oui	Narrative	Entretiens ouverts	Entretiens ouverts	NC	Ne peut pas conclure	NC	Ne peut pas conclure	NC	NR	NC	NR	NC	NR	NC
McBeth et al, 2015	990	oui	Psychosociale	NC	Parental Bonding Instrument	Relationship Scales Questionnaire	NR	NC	NR	NC	NR	NC	NR	NC	NR	NC
Montero Marín et al, 2017	44	non	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC
Montero Marín et al, 2019	34	non	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC
Oliveira and Costa, 2009	128	oui	Psychosociale	NC	NC	Romantic Attachment Questionnaire	NR	NC	NR	NC	NR	NC	NR	NC	NR	NC
Peñacoba et al, 2018	268	oui	Psychosociale	NC	Love-experience Questionnaire	Questionnaire of Adult Attachment	69,9	86	30,1	14	19,8	7,4	10,3	6,6	0	0
Romeo et al, 2020	207	oui	Psychosociale	NC	NC	Attachment Style Questionnaire	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Santos et al, 2022	11	non	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC
Sechi et al, 2020	371	oui	Psychosociale	NC	The Relationships Questionnaire	NC	NR	NC	NR	NC	NR	NC	NR	NC	NR	NC
Sechi et al, 2021	453	oui	Psychosociale	NC	Italian version of The Relationship Questionnaire (RQ)	NC	26,7	NC	73,3	NC	28,3	NC	25,6	NC	19,3	NC
Van Gordon et al, 2017	148	non	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC
Wang et al, 2014	61	oui	Psychosociale	NC	The Relationships Questionnaire 2 (RQ-2)	NC	30,2	83,3	69,8	16,7	NR	NR	NR	NR	NR	NR

1. Méthodes d'évaluation du style d'attachement

Parmi les 19 études, 13 ont évalué le style d'attachement chez les participants. Elles ont compris 10 évaluations psychosociales et 3 évaluations narratives du style d'attachement (**Figure 12**). Aucune étude n'a utilisé d'évaluation comportementale du style d'attachement.

Six études n'ont pas indiqué si une évaluation du style d'attachement avait été réalisée.

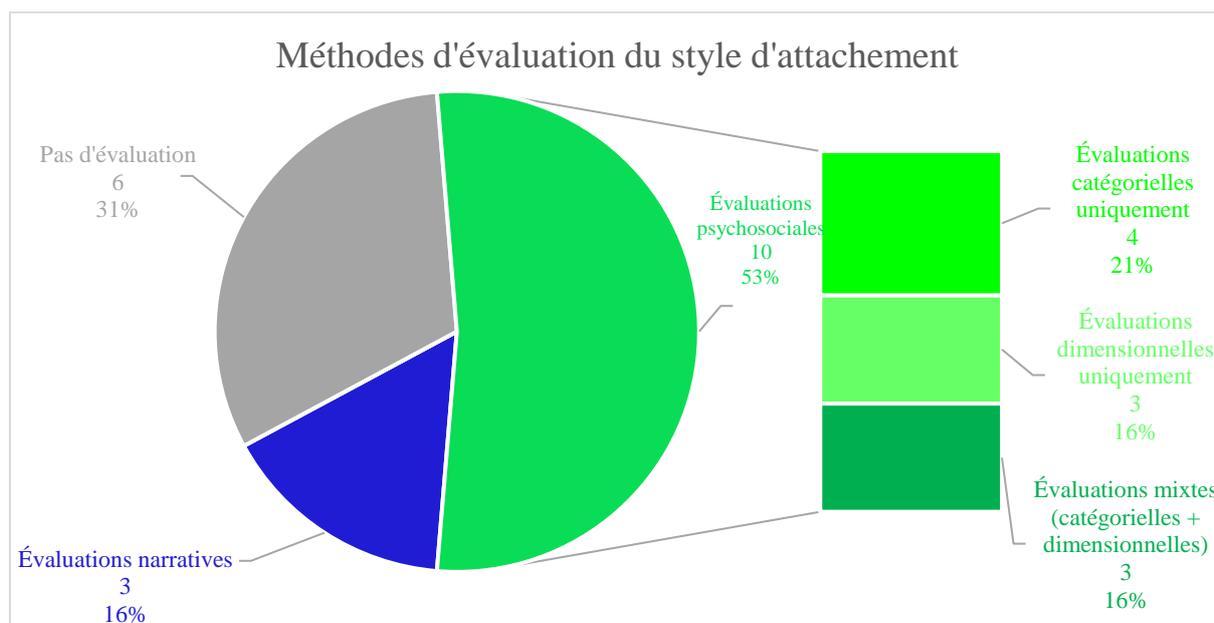


Figure 12 - Méthodes d'évaluation du style d'attachement (les chiffres représentent le nombre d'études et le pourcentage du nombre total des études)

En nuances de vert : évaluations psychosociales

a) Évaluations narratives

Pour les deux premières études, les évaluations narratives ont eu lieu lors d'entretiens individuels non structurés. Pour l'une (Hallberg & Carlsson, 1998), des entretiens ouverts ont eu lieu lors d'un rendez-vous dédié à l'étude. Pour l'autre (Griffies, 2010), les entretiens ont eu lieu pendant les séances de psychanalyse.

Une troisième étude (Deppermann, 2020) a réalisé une évaluation narrative à l'aide de *l'Adult Attachment Interview* (Bakermans-Kranenburg & van IJzendoorn, 1993). *L'Adult Attachment Interview* guide un entretien semi-structuré pour évaluer les représentations du style d'attachement des participants (Terenio et al., 2021).

b) Évaluations psychosociales

i. Mesure catégorielle

Parmi les 7 évaluations catégorielles, 4 ont évalué l'attachement à l'âge adulte, 2 l'attachement romantique et 1 l'attachement parental à l'âge adulte (**Figure 13**).

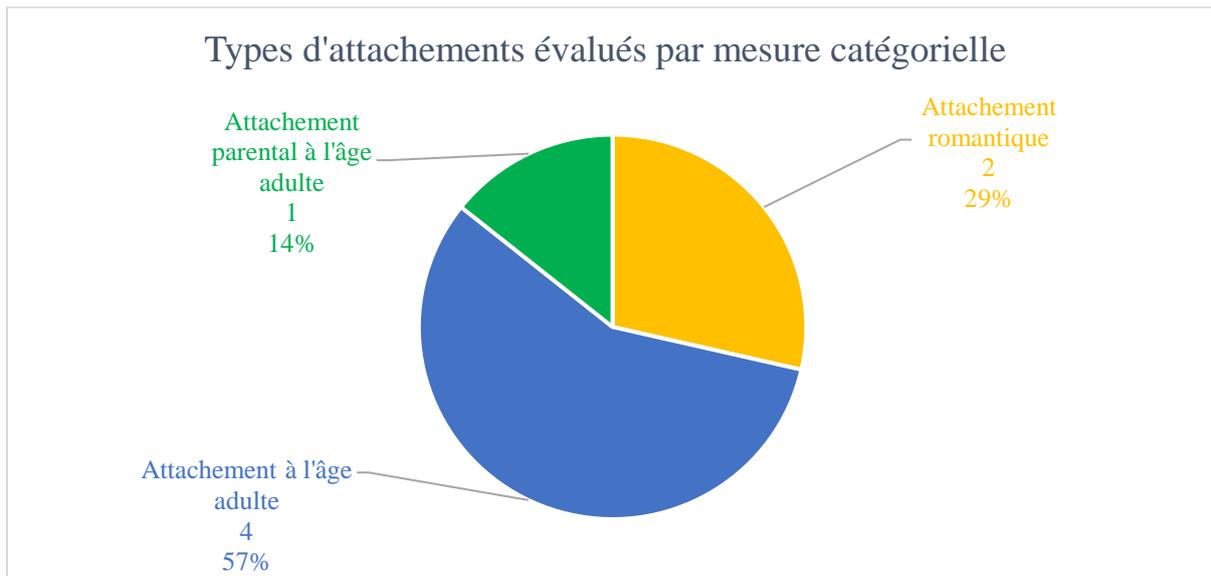


Figure 13 - Types d'attachements évalués par mesure catégorielle (les chiffres représentent le nombre d'évaluations catégorielles et le pourcentage du nombre total des évaluations catégorielles)

Les 4 évaluations catégorielles de l'attachement à l'âge adulte ont été basées sur *The Relationships Questionnaire* (Bartholomew & Horowitz, 1991) (**Figure 14**). Deux études ont utilisé ce questionnaire sans le modifier. Une étude (Sechi et al., 2021) a adapté ce questionnaire pour sa population italienne et une autre étude (Wang et al., 2014) n'a utilisé que la deuxième partie de *The Relationships Questionnaire*.

Les 2 évaluations catégorielles de l'attachement romantique ont été réalisées avec le *Love-experience Questionnaire* (Hazan & Shaver, 1987) ou *the Experience in Close-Relationships-Revised Questionnaire* (Fraley et al., 2011).

La seule évaluation catégorielle de l'attachement parental à l'âge adulte a été faite avec le *Parental Bonding Instrument* (Parker et al., 1979).

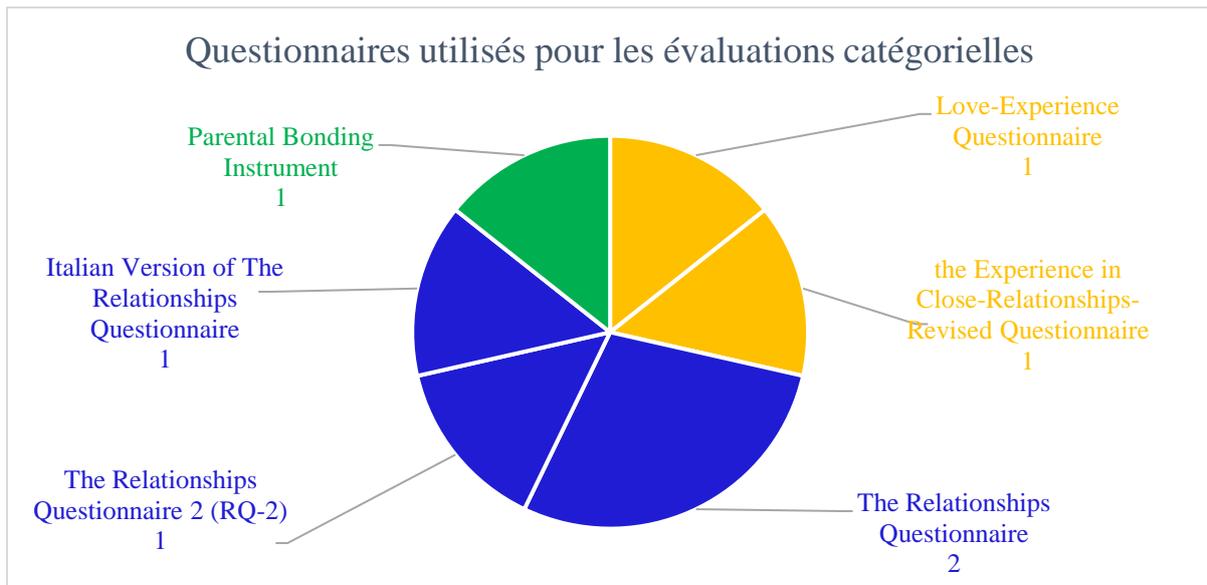


Figure 14 - Questionnaires utilisés pour les évaluations catégorielles (les chiffres représentent le nombre d'évaluations catégorielles)

En jaune : évaluations de l'attachement romantique

En bleu : évaluation de l'attachement à l'âge adulte

En vert : évaluation de l'attachement parental à l'âge adulte

ii. Mesure dimensionnelle

Parmi les 6 évaluations dimensionnelles, 3 ont évalué l'attachement à l'âge adulte, 2 l'attachement romantique et 1 l'attachement parental à l'âge adulte (**Figure 15**).

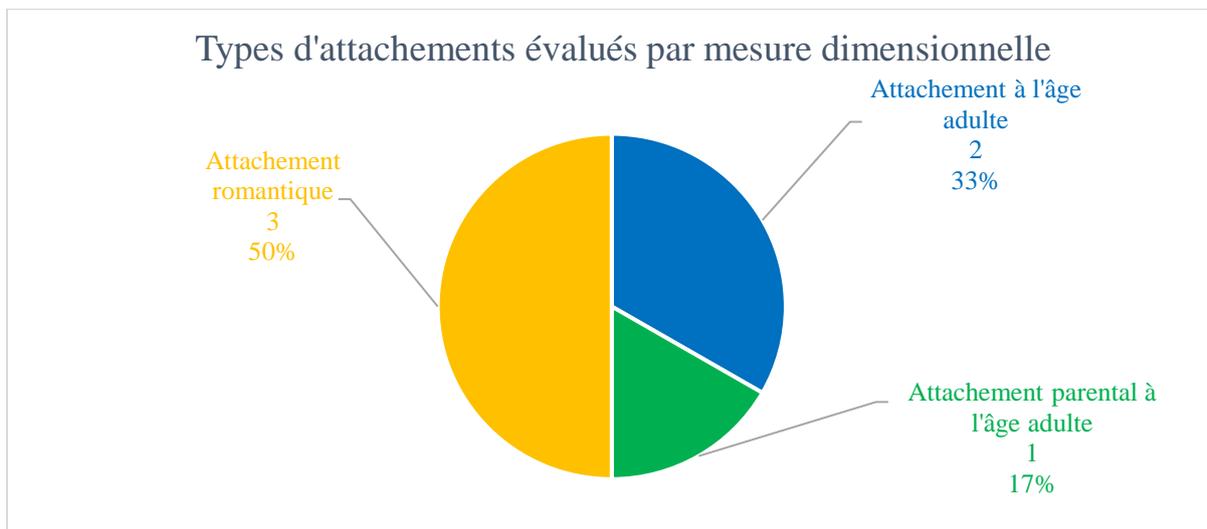


Figure 15 - Types d'attachements évalués par mesure dimensionnelle (les chiffres représentent le nombre d'évaluations dimensionnelles et le pourcentage du nombre total des évaluations dimensionnelles)

Les 2 évaluations dimensionnelles de l'attachement à l'âge adulte ont été faites avec l'*Attachment Style Questionnaire* (Fossati et al., 2003) ou le *Relationship Scales Questionnaire* (Griffin & Bartholomew, 1994) respectivement (**Figure 16**). Les 3 évaluations

dimensionnelles de l'attachement romantique ont été faites avec le *Questionnaire of Adult Attachment* (Simpson et al., 1996) ou le *Romantic Attachment Questionnaire* (Mena Matos et al., 2001). L'unique évaluation dimensionnelle de l'attachement parental a été faite avec le *Measure Of Parental Style* (Parker et al., 1997).

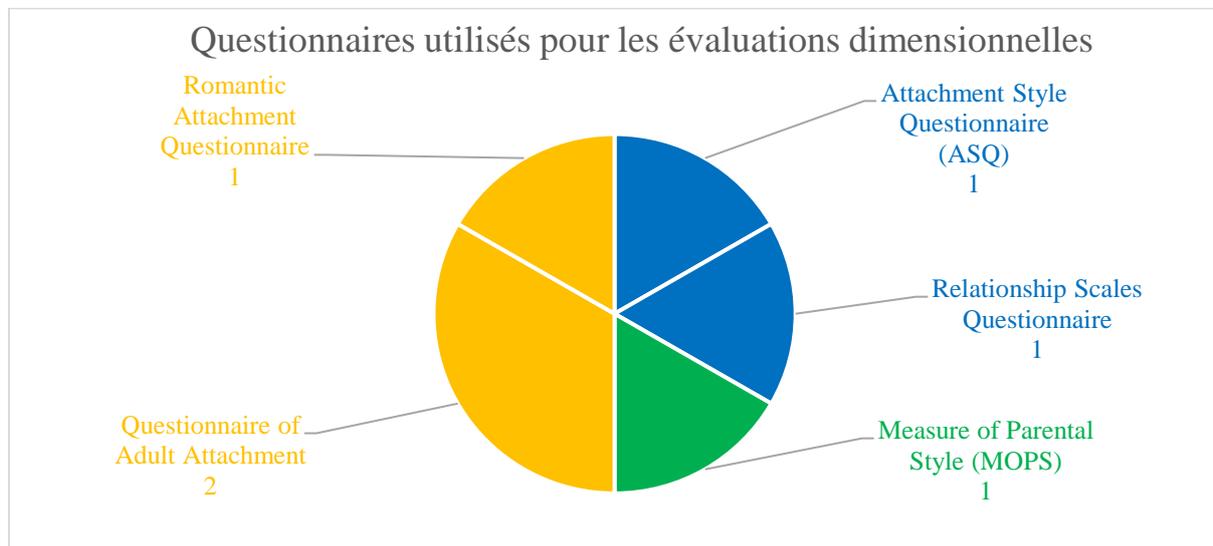


Figure 16 - Questionnaires utilisés pour les évaluations dimensionnelles (les chiffres représentent le nombre d'évaluations dimensionnelles)

En jaune : évaluations de l'attachement romantique

En bleu : évaluation de l'attachement à l'âge adulte

En vert : évaluation de l'attachement parental à l'âge adulte

2. Styles d'attachement des participants

La répartition des styles d'attachement chez tous les participants, avec SFM et témoins, a été résumée dans la **Figure 17**.

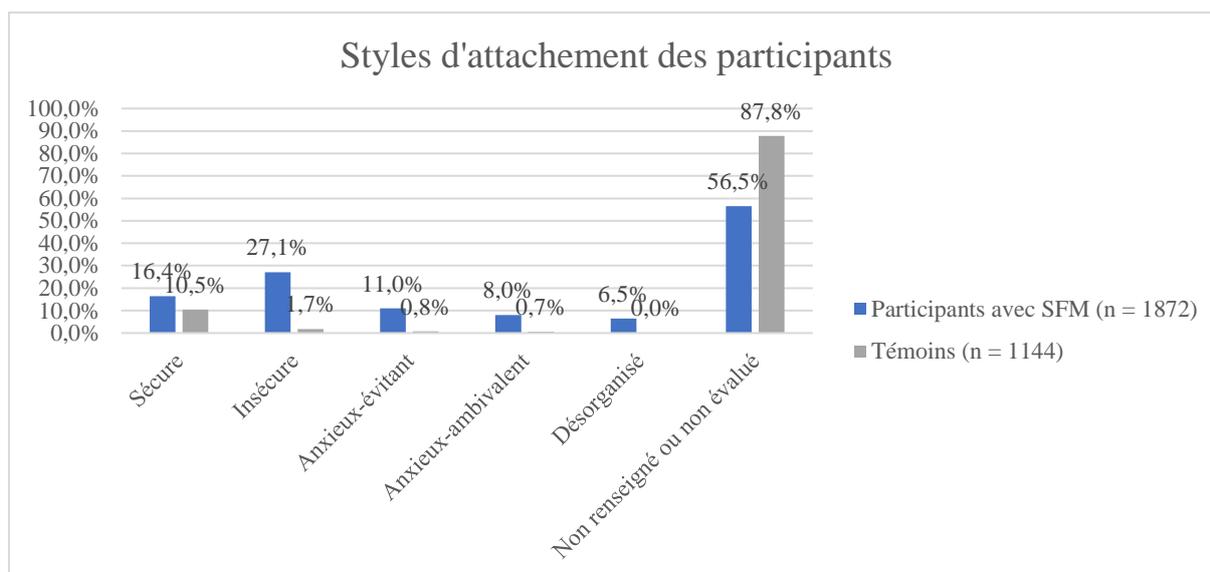


Figure 17 – Répartition des styles d'attachement chez tous les participants (les chiffres représentent les pourcentages des participants avec SFM et des témoins)

Une étude (Wang et al., 2014) n'a pas fourni le détail des styles d'attachement insécure chez les témoins, ce qui explique l'inadéquation des pourcentages de chaque style d'attachement insécure avec le total des styles d'attachement insécure chez les témoins.

Quatre articles n'ont pas indiqué le résultat des évaluations de styles d'attachement, mais les ont utilisés pour leurs analyses respectives (Gil et al., 2008; Oliveira & Costa, 2009; Deppermann, 2020; Sechi et al., 2020).

Pour 2 autres articles, le style d'attachement n'a pas pu être déterminé et a été indiqué comme « Non Renseigné » dans le **Tableau IV** malgré des éléments fournis. Les raisons en sont les suivantes :

- Impossibilité de calcul ou déduction du style d'attachement avec les résultats intermédiaires fournis (sous-échelles de l'ASQ) (Romeo et al., 2020).
- Résultats du style d'attachement non spécifiques aux sujets avec SFM (McBeth et al., 2015).

NB : Pour 4 de ces 6 articles, le style d'attachement n'a été qu'une variable pour l'analyse (Oliveira & Costa, 2009; McBeth et al., 2015; Romeo et al., 2020; Sechi et al., 2020).

Enfin pour 6 derniers articles, les styles d'attachement n'ont pas été évalués, mais une thérapie basée sur l'attachement l'a été.

La **Figure 18** indique les résultats des participants, uniquement lorsque le style d'attachement a été renseigné.

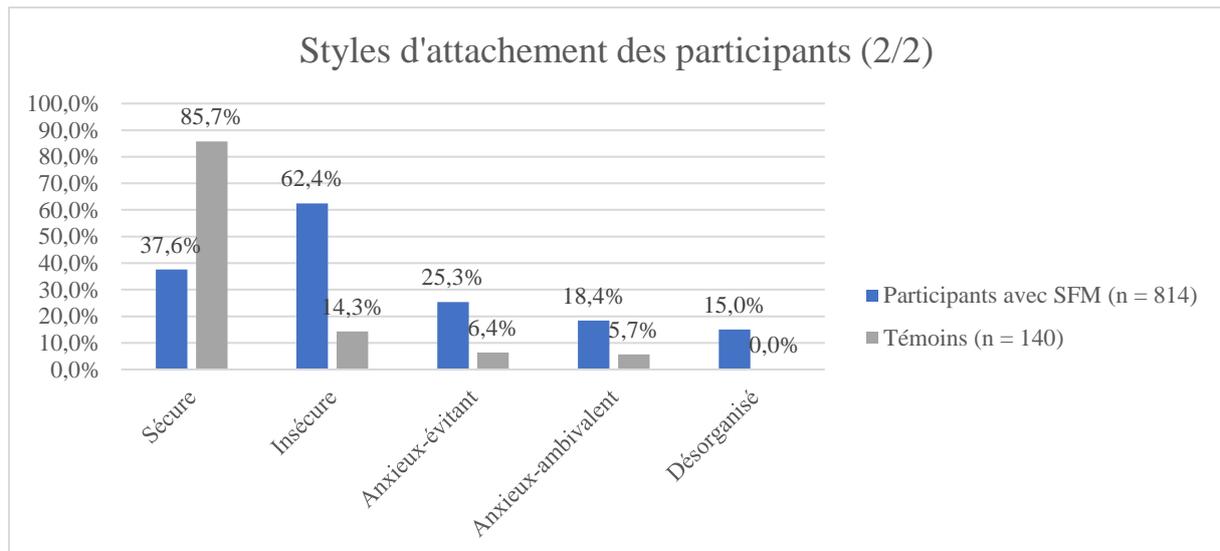


Figure 18 - Répartition des styles d'attachement (les chiffres représentent le pourcentage des participants avec SFM et des témoins, uniquement lorsque le style d'attachement a été renseigné)

Une étude (Wang et al., 2014) n'a pas fourni le détail des styles d'attachement insécure chez les témoins, ce qui explique l'inadéquation des pourcentages de chaque style d'attachement insécure avec le total des styles d'attachement insécure chez les témoins.

E. Trouble de l'attachement

Aucune des études n'a évoqué la possibilité de ce diagnostic, ni son évaluation.

F. Évaluation des thérapies basées sur l'attachement

1. Thérapies basées sur l'attachement

Sur les 19 études, 7 ont concerné une thérapie basée sur l'attachement (**Figure 19**). L'une de ces 7 études a également évalué le style d'attachement de son participant (Griffies, 2010).

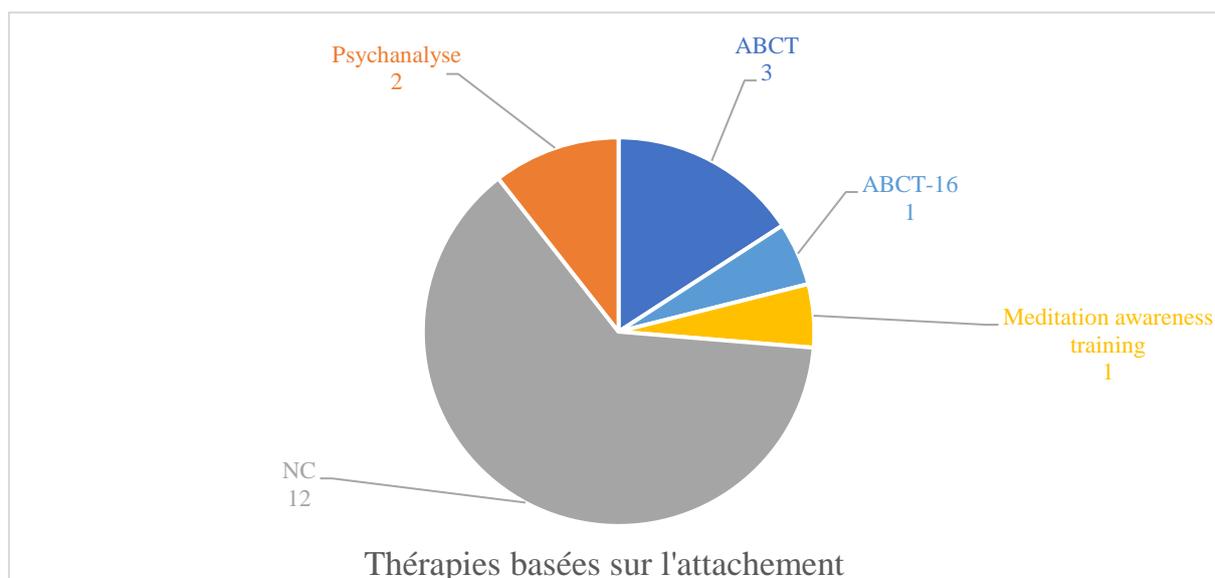


Figure 19 - Nombre d'études ayant évalué une thérapie basée sur l'attachement
 ABCT : Attachment-Based Compassion Therapy (8 séances de 2h) ; ABCT-16 : Protocole basé sur celui de l'ABCT (16 séances d'1h) ; Meditation awareness training : Programme d'éveil à la méditation ; NC : Non concerné

L'**ABCT** (*Attachment-Based Compassion Therapy*) est un programme basé sur la compassion. Dans ces études, il a été légèrement adapté aux sujets ayant un SFM (D'Amico et al., 2020). L'ABCT est issu de la troisième vague des thérapies cognitivo-comportementales (Bourgognon & Penet, 2021). Il a pour objectif d'améliorer la capacité du patient à faire preuve d'attention et de bienveillance à l'égard de lui-même, de sa propre expérience de la souffrance et de l'expérience de la souffrance d'autrui (D'Amico et al., 2020). Il intègre des pratiques de pleine conscience et des visualisations basées sur l'autocompassion et le style d'attachement, en prenant conscience notamment du lien affectif développé envers les parents pendant l'enfance, ainsi que ses implications sur le fonctionnement émotionnel à l'âge adulte et la capacité à recevoir de l'affection de la part des autres. Ce programme comprend 8 séances hebdomadaires de 2h suivies de 3 sessions mensuelles supplémentaires. Il inclut un travail quotidien à domicile d'une durée moyenne de 15 à 20 minutes.

L'**ABCT-16** est un protocole modifié de l'ABCT, comprenant 16 séances d'une heure chacune (au lieu de 8 séances de 2h). L'objectif de ce protocole modifié est de s'adapter aux symptômes fréquemment rapportés par les sujets ayant un SFM notamment les douleurs en position assise prolongée ou encore les troubles attentionnels et mnésiques.

L'ABCT et ABCT-16 représentent plus de la moitié (57%) des thérapies évaluées.

Une formation de sensibilisation à la méditation de pleine conscience, le « *Meditation awariness training* » (**MAT**), a été évaluée dans une étude (Van Gordon et al., 2017). Le programme évalué comprend des pratiques de pleine conscience (spécifiquement par observation et objectivation de la douleur somatique), des pratiques basées sur la compassion⁵

⁵ Dans cette étude, ces pratiques avaient pour but de faire prendre conscience aux patients de la souffrance d'autrui afin de diminuer l'intensité de leurs préoccupations sur leurs propres symptômes (Van Gordon et al., 2017).

et des pratiques de pleine conscience « engagée »⁶. Chaque séance de ce programme dure 2h et a lieu une fois par semaine pendant 8 semaines. Les participants sont encouragés à mettre en place une routine de méditation dans leur quotidien en plus de ces séances.

La **psychanalyse** a fait l'objet de 2 études (28% des thérapies évaluées). Les séances de psychanalyse ont eu lieu quatre fois par semaine dans la première étude (Griffies, 2010). Elles ont été hebdomadaires dans la seconde (Haliburn, 2011). La thérapie en psychanalyse a duré 6 ans dans la première étude (Griffies, 2010). Elle a duré 3 ans dans la seconde étude (Haliburn, 2011).

2. Résultats des évaluations de thérapies basées sur l'attachement

Le **Tableau V** résume les résultats des études ayant évalué une thérapie basée sur l'attachement.

⁶ La pleine conscience « engagée » est une pratique de méditation destinée à sensibiliser les participants aux avantages - pour eux-mêmes et pour les autres - de contribuer au bien-être de la société d'une manière qui n'excède pas les exigences physiques et/ou psychologiques de leur état (Van Gordon et al., 2017).

Tableau V – Résultats des évaluations de thérapies basées sur l'attachement

Sont représentées en rose les thérapies cognitivo-comportementales, en bleu clair la psychanalyse et en orange la méditation.

ABCT : Attachment-Based Compassion Therapy (8 séances de 2h) ; ABCT-16 : Protocole basé sur celui de l'ABCT (16 séances d'1h) ; AAQII Acceptance and Action Questionnaire ; BDNF Brain-Derived Neurotrophic Factor ; CBTG Cognitive Behavior Therapy for Groups ; Civic Engagement Nombre d'heures d'engagement civique sur la semaine passée ; DASS Depression, Anxiety, and Stress Scale ; EQ-D Experiences Questionnaire ; EQ-5D visual analog scale of EuroQol ; FIQ Fibromyalgia Impact Questionnaire ; FIQ-R Revised-Fibromyalgia Impact Questionnaire ; HADS (dont scores HADS-A anxiety HADS-D depression) Hospital Anxiety and Depression Scale ; MAT Meditation Awareness Training (Programme d'éveil à la méditation) ; NAS Non-Attachment Scale ; NC Non concerné ; PCS Pain Catastrophizing Scale ; PSQI Pittsburgh Sleep Quality Index ; SCS-SF Self-Compassion Scale Short-Form ; SF-MPQ Short-form McGill Pain Questionnaire. Le traitement habituel comprend des thérapies médicamenteuses (antalgiques et antidépresseurs notamment).

Auteurs	Thérapie évaluée	Contrôle actif	Délai de suivi à distance de la thérapie	Résultat de l'évaluation	Principales limites de l'évaluation	Effet significatif
D'Amico et al, 2020	ABCT + traitement habituel	Relaxation + traitement habituel	3 mois	Meilleur rapport coût/efficacité de l'ABCT en analyse complète des cas et en intention de traiter (pas per protocole) avec des résultats cliniques significativement meilleurs, coûts significativement plus faibles de l'ABCT	Petit échantillon, manque d'expérience des thérapeutes, courte période de suivi, puissance statistique insuffisante, biais des auto-évaluations	En analyse complète des cas : oui En intention de traiter : oui Per protocole : non
Griffies, 2010	Psychanalyse	Aucun	Aucun	Disparition des symptômes du patient	Patient unique, analyse inductive	NC
Haliburn, 2011	Psychanalyse	Aucun	5 ans	Traitement efficace à 5 ans de la fin de la thérapie du patient	Patient unique, analyse inductive	NC
Montero-Marín et al, 2019	ABCT + traitement habituel	Relaxation + traitement habituel	3 mois	Dans le groupe ABCT réduction du BDNF, du marqueur composite et de la CRP, la réduction de ces éléments étant significativement liée à l'atténuation de la sévérité du SFM	Est une analyse secondaire d'un essai contrôlé randomisé (petit échantillon), évaluation avec score composite, biais de mesure possible car prise d'antidépresseurs ou opioïdes parfois modifiée en cours d'étude	Oui
Montero-Marín et al, 2017	ABCT + traitement habituel	Relaxation + traitement habituel	3 mois	Amélioration significative du FIQ, PCS, HADS-A, HADS-D, EQ-5D, AAQII dans le groupe ABCT en fin et à distance de la thérapie	Relativement petit échantillon, possible biais de confusion par l'influence du thérapeute	Oui
Santos et al, 2022	ABCT-16	Aucun	3 mois et demi	Amélioration significative des scores en milieu, fin et suivi à distance de la thérapie pour HAD, EQ-D et sous-catégorie « mindfulness » du SCS-SF + en fin et au suivi à distance de la thérapie pour la sous-catégorie « selfkindness » du SCS-SF.	Petite taille de l'échantillon, non représentatif de la population avec SFM, pas de groupe contrôle	Oui
Van Gordon et al, 2017	MAT	CBTG	6 mois	Supériorité significative de l'efficacité de MAT en fin de traitement et au suivi à distance de la thérapie pour tous les scores mesurés (FIQ-R, SF-MPQ, DASS, PSQI, NAS et Civic Engagement)	Auto-évaluation par les patients, choix par les patients du bras d'étude avec effet de « popularité » et effet placebo du programme de méditation (biais de confusion)	Oui

a) Thérapies basées sur la pleine conscience et la compassion

Parmi les 7 études portant sur une thérapie basée sur l'attachement, 5 ont été des programmes thérapeutiques incluant des techniques de méditation de pleine conscience et de méditation de compassion (**Tableau V**).

Les thérapies basées sur la pleine conscience et la compassion (ABCT, ABCT-16, MAT) ont toutes eu des effets bénéfiques significatifs. Les 5 études ayant évalué ces thérapies ont présenté la limite commune de petits échantillons, induisant un possible manque de puissance.

Des biais de confusion et de mesure ont été identifiés dans les études sur l'ABCT : influence des thérapeutes, manque d'expérience des thérapeutes, auto-évaluations par les participants. Les résultats d'une étude sur l'ABCT n'ont pas été significatifs en analyse per protocole ; ils l'ont été en analyse complète des cas et en intention de traiter (D'Amico et al., 2020).

L'étude sur l'ABCT-16 n'a pas utilisé de groupe contrôle. Les participants de cette étude n'ont pas été représentatifs de la population ayant un SFM. Ces 2 éléments limitent la portée des résultats obtenus par cette étude.

L'étude du programme MAT a elle aussi présenté un biais de confusion en laissant ses participants choisir leur intervention. Ses résultats positifs ont pu ainsi être surestimés.

Ces 5 publications ont pour particularité d'avoir des auteurs communs.

b) Thérapies psychanalytiques

Les 2 dernières études ont concerné des études de cas en psychanalyse.

Chacune des 2 études de cas a concerné un seul patient, pour lequel l'évaluation du style d'attachement n'a pas fait l'objet d'un entretien semi-structuré. La psychanalyse n'a pas fait non plus l'objet d'une comparaison avec une autre prise en charge. Bien que chaque patient ait été comparé avant et après la thérapie en psychanalyse et que, pour les patients de ces 2 études, les symptômes aient disparu, le faible échantillon qu'ils ont représenté et le design d'étude de cas ne permettent pas d'affirmer l'efficacité de la psychanalyse en tant que thérapie basée sur l'attachement dans le SFM.

IV. Discussion

Notre revue systématique de la littérature a inclus 19 études, qui ont été publiées en grande majorité ces quinze dernières années par des équipes européennes, en particulier dans les pays latins. Aucune étude de ce type n'a été réalisée en France. Parmi les 19 études, 13 ont évalué le style d'attachement des participants, mais 6 ne l'ont pas indiqué. Les styles d'attachement *insecure* semblent prédominer chez les participants souffrant d'un syndrome fibromyalgique (SFM) (62,4%), en comparaison du style d'attachement *secure* qui prédomine chez les témoins (85,7%). Sept études ont évalué l'effet de thérapies basées sur l'attachement (5 programmes intégrant des pratiques basées sur la pleine conscience et la compassion, 2 thérapies de type psychanalytique) et ont montré une amélioration significative des symptômes du SFM, même si certaines limites sont à considérer (taille des échantillons, biais de confusion et biais de mesure).

Les caractéristiques socio-démographiques de la population avec SFM sont partiellement en accord avec les données de l'INSERM. L'âge moyen des participants avec SFM de notre étude (46,7 ans) correspond à la fourchette d'âge de 30-50 ans à laquelle la prévalence du SFM est maximale (Inserm, 2020). La prédominance féminine des participants de notre étude a été historiquement décrite dans le syndrome fibromyalgique (Wolfe et al., 1995). L'importance de cette prédominance varie selon les scores utilisés pour affirmer le SFM : 13,7 femmes pour 1 homme selon les critères de l'ACR 1990 jusqu'à 4,8 femmes pour 1 homme selon les critères de l'ACR 2010 (Jones et al., 2015). Divers moyens d'identification du SFM ont été utilisés dans les articles de notre revue, en lien notamment avec les différents modes d'évaluation préconisés par l'ACR et qui ont évolué au cours du temps. Il est possible que le pourcentage de femmes (66%) aurait été différent s'il y avait eu une utilisation plus homogène des outils recommandés par l'ACR.

Concernant le niveau d'étude, il est décrit que le risque de développer un SFM est triplé en cas de niveau d'étude bas (Walitt et al., 2015), ce qui est cohérent avec le fort pourcentage (44,9%) de participants avec SFM de notre revue qui ont, au maximum, obtenu leur bac. Le taux de travailleurs chez les sujets avec SFM a été décrit comme inférieur à celui de la population active (Mäkelä & Heliövaara, 1991), ce qui n'est retrouvé que pour une partie des études incluses dans notre revue. La poursuite d'une activité professionnelle dans le SFM semble être un sujet de recherche à approfondir, puisqu'en 2017 une revue systématique de la littérature conclut sur la nécessité de plus d'études longitudinales pour évaluer les effets des symptômes du SFM à long terme sur la capacité de travail (Palstam & Mannerkorpi, 2017).

Notre étude conforte certaines données rapportées dans le rapport de l'INSERM publié en 2020 sur le syndrome fibromyalgique, avec notamment une nette prédominance des styles d'attachement *insecure* chez les participants avec SFM (Govender et al., 2009; Oliveira & Costa, 2009; Peñacoba et al., 2018). La forte prédominance de styles d'attachement *secure* chez les participants des groupes témoins sans SFM (85,7%) concorde également, bien que cette proportion dépasse d'environ 20% les valeurs estimées en population générale (Liébert, 2015). Un biais de représentativité des témoins dans notre revue pourrait expliquer cette

différence. En effet, les témoins ont été inclus dans seulement 4 des 19 études de notre revue systématique de la littérature. De plus, les caractéristiques des témoins (comme celles des participants avec SFM), présentées selon leur fréquence d'apparition dans les articles et leur pertinence pour notre revue, n'ont pas été systématiquement indiquées dans les 19 articles. Enfin des différences significatives des caractéristiques des participants ont été mises en évidence dans certaines des 4 études ayant inclus des témoins (âge et situation professionnelle).

Certains éléments de la littérature apportent des éléments qui vont dans le sens d'un style d'attachement plus souvent *insecure* chez les sujets ayant un SFM. Le style d'attachement désorganisé -un style d'attachement *insecure* concernant environ 20% de la population générale pédiatrique- caractériserait jusqu'à 50 voire 80% des enfants ayant subi des maltraitances (Liébert, 2015). Dans la mesure où il existe une certaine continuité dans le style d'attachement dans l'enfance et à l'âge adulte (Glaser & Prior, 2022b; Liébert, 2015), on peut émettre l'hypothèse qu'une majorité de ces enfants ayant subi des maltraitances gardera un style d'attachement *insecure*. Or, une forte proportion de patients ayant un SFM a rapporté des violences et/ou maltraitances dans l'enfance (Low & Schweinhardt, 2012), ce qui soutient cette hypothèse. D'ailleurs une corrélation positive entre l'antécédent de maltraitances et le développement d'un SFM a été mise en évidence (RR = 2) (J. B. Gordon, 2021). La survenue d'événements dans l'enfance comme la perte d'un parent, la maladie d'un membre de la famille, une carence maternelle ou une impression de surprotection paternelle -compatibles avec le développement de styles d'attachement *insecure*- a été associée positivement à plus de 5 points douloureux sur les 18 définis par Yunus et al en 1981 (McBeth et al., 1999). Compte tenu du résultat de cette dernière étude, un style d'attachement *insecure* pourrait être un facteur prédisposant à un SFM.

Le style d'attachement désorganisé nous a paru sous-représenté chez les participants que ce soit chez les participants avec SFM (15%) ou chez les témoins sans SFM (0%), compte-tenu de l'impression clinique des médecins du Service de Prise en Charge de la Douleur au CH de Dreux et de la prévalence en population générale (environ 15%) (Neuville et al., 2017). Nous nous attendions à une prévalence plus importante des styles d'attachement désorganisés chez les participants avec SFM, du fait de deux tendances notables dans cette population. D'une part la demande de soins et de consultations médicales est décrite comme plus importante dans le SFM, particulièrement avant que le diagnostic ne soit posé (Külekcioğlu, 2022). D'autre part une tendance au nomadisme médical a été identifiée dans le SFM (Gendelman et al., 2018). De leur côté, les médecins du Service de Prise en Charge de la Douleur du CH de Dreux rapportent l'expérience de ruptures de soin brutales et inexpliquées d'une partie des patients ayant un SFM, alors que la relation semblait de bonne qualité. Or le style d'attachement désorganisé se caractérise par des « évaluations contradictoires de la figure d'attachement » avec à la fois « une désactivation et [...] une hyper activation du système d'attachement » (Parra, 2021). L'hyperactivation du système d'attachement semble être retrouvée dans les comportements de demandes multiples de soins (la figure d'attachement recherchée étant ici le médecin), tandis que la désactivation du système d'attachement semble correspondre à la tendance aux ruptures de soins et au nomadisme médical. La sous-représentation du style d'attachement désorganisé pourrait être expliquée par l'utilisation d'évaluations catégorielles. En effet une partie des évaluations catégorielles n'identifie que 3

catégories de style d'attachement (*secure*, anxieux-évitant, anxieux-ambivalent), en excluant ainsi la catégorie du style d'attachement désorganisé (Parra, 2021). Notre revue a mis en évidence que les évaluations catégorielles n'ont pas toujours été combinées avec une évaluation dimensionnelle -dans laquelle deux variables continues permettent d'identifier l'un des 4 styles d'attachement- afin de mettre en évidence les styles d'attachements désorganisés. La sous-représentation du style d'attachement désorganisé pourrait également être expliquée par un biais de notification (Chevalier, 2010). En effet, le style d'attachement n'a pas été renseigné pour 56,5% des participants avec SFM et 87,8% des témoins.

Un profil commun de personnalité et de gestion du stress a été suggéré dans la douleur chronique (Naylor et al., 2017). On peut soupçonner l'existence d'un profil type, plus spécifique au SFM. En effet, des caractéristiques d'hypersensibilité physique, sensorielle et au stress ainsi que d'hyperactivité ont été décrites dans le SFM (De Roa et al., 2018). Dans cette étude, les participants avec SFM ont rapporté plus d'abus physiques et de déficit affectif dans l'enfance que les participants migraineux du groupe « contrôle », en faveur d'un environnement non sécurisant dans l'enfance. Dans un modèle animal, le syndrome « hypersensibilité-hyperactivité » (syndrome « HS-HA ») a été décrit chez des chiots retirés trop jeunes à leur mère, créant ainsi une rupture dans l'attachement à leur figure d'attachement (Vieira, 1999). Ces chiots développent un syndrome « HS-HA », générant des demandes de consultations vétérinaires. Ainsi, selon ce modèle, on peut supposer qu'un style d'attachement *insecure*, en lien avec des événements de vie précoces, pourrait générer chez l'humain une forme de syndrome d'hypersensibilité-hyperactivité, lui-même à l'origine des symptômes du SFM.

Des données d'imagerie fonctionnelle par IRM (Imagerie par Résonance Magnétique) sont cohérentes avec la prédominance de styles d'attachement *insecure* dans le SFM. Une étude suggère une association entre des événements marquants de survenue précoce dans l'enfance et de modifications morphologiques d'une « forme condensée de matrice extra-cellulaire » du cortex préfrontal ventro-médian constatées en post-mortem chez l'homme (Tanti et al., 2022). Des augmentations de substance grise dans plusieurs zones (dont le noyau accumbens) entre 30 et 50 ans, ainsi que des diminutions de substance grise dans plusieurs zones (dont le cortex préfrontal) entre 50 et 60 ans ont été rapportées chez des sujets ayant un SFM (Ceko et al., 2013). Une autre étude a également mis en évidence une diminution du volume de différents sous-champs du cortex préfrontal chez des femmes ayant un SFM comparé à des témoins (Murillo-Garcia et al., 2022). Ces résultats incitent à envisager l'existence de modifications de zones cérébrales communes retrouvées en post mortem chez des humains ayant vécu des événements marquants et chez des sujets ayant un SFM. Ces données sont confirmées dans un modèle animal (Jacquemont, 2023).

Notre revue de la littérature n'a pas recensé de données concernant le trouble de l'attachement. Ce trouble, de prévalence inconnue, semble rare en population pédiatrique (DSM-V, 2020). À notre connaissance, l'évolution chez l'adulte d'un trouble de l'attachement n'a pas été étudiée, ce qui pourrait expliquer l'absence de données à ce sujet.

L'évaluation de thérapies basées sur l'attachement a été un résultat inattendu.

Les résultats de notre revue ont été en faveur de l'utilisation de thérapies basées sur la pleine conscience, la compassion et le style d'attachement, issues des TCC de troisième génération, dans la prise en charge du SFM et dans l'approfondissement des recherches menées à ce sujet. Des biais de confusion, biais de mesure et petits échantillons sont à souligner dans les études interventionnelles de notre revue. Une autre limite potentielle s'y ajoute : l'effet « lune de miel ». On peut le décrire comme un effet temporaire bénéfique pendant et immédiatement après la thérapie suivie, qui s'estompe ou disparaît avec le temps (LaBarbera & Dozier, 1985). Le suivi à 3 mois et demi maximum pour les protocoles d'ABCT et ABCT-16, et à 6 mois pour le MAT ne permet pas d'écarter complètement ce risque d'effet « lune de miel ». L'étude de Van Gordon ayant évalué l'effet du MAT (Meditation Awareness Training) a conclu à une meilleure efficacité en comparaison à une TCC de groupe, mais des biais importants ont été identifiés. Une revue récente de la littérature suggère une efficacité modérée de la méditation de pleine conscience sur la gestion des troubles de l'humeur et les troubles du sommeil dans le SFM (S. Gordon et al., 2023). Une méta-analyse a comparé les thérapies de troisième vague (thérapie cognitive basée sur la pleine conscience, réduction du stress basée sur la pleine conscience, thérapie d'acceptation et d'engagement) à une absence d'intervention ou intervention non spécifique dans différents syndromes, dont le SFM, générant une détresse corporelle (Maas Genannt Bermpohl et al., 2023). Elle a montré une supériorité significative des thérapies de troisième vague comparé à l'absence d'intervention ou intervention non spécifique. Ces deux études confortent nos résultats, mais encouragent également de futurs travaux de recherche au sujet des thérapies de troisième vague.

Notre revue a compris 2 études de cas en psychanalyse. Le design de ces études ne permet pas de généraliser leur résultat positif dans le SFM, du fait d'un biais de sélection majeur. Une méta-analyse a étudié l'effet d'un ensemble de différentes psychothérapies comparé au traitement habituel, sans résultat spécifique à la psychanalyse (Theadom et al., 2015). Le rapport de l'INSERM en 2020 indique un trop faible nombre d'études sur l'efficacité de la psychanalyse dans le SFM pour permettre une méta-analyse ciblée sur cette thérapie (Inserm, 2020).

Forces et limites de notre étude

À notre connaissance, aucune revue systématique de la littérature n'a été menée spécifiquement au sujet de l'attachement dans le SFM avant notre étude. Notre revue a regroupé 19 articles traitant de l'attachement dans le SFM. Elle recense des résultats concernant les styles d'attachement et des thérapies basées sur l'attachement dans le SFM. Elle a également mis en évidence l'absence de données dans la littérature au sujet du trouble de l'attachement dans le SFM. Ces éléments contribuent à son originalité.

La limite principale de notre revue systématique de la littérature est sa réalisation par un investigateur unique. Une deuxième limite est due à notre choix de ne pas exclure de la revue les articles n'ayant pas indiqué les modalités d'identification du SFM. En effet, l'hétérogénéité de cette identification (qu'il s'agisse du score diagnostique et/ou de la personne qui l'utilise) a pu générer un biais de sélection.

V. Conclusion

Les styles d'attachement *insecure* pourraient être des facteurs de prédisposition à un syndrome fibromyalgique (SFM). De futures études explorant l'hypothèse d'un terrain prédisposant au SFM pourraient faire avancer la recherche sur l'étiologie du SFM.

Selon les résultats de notre revue, une thérapie intégrant l'attachement pourrait être une intervention à développer pour améliorer la prise en charge du SFM.

VI. Bibliographie

Les 19 études retenues pour la revue systématique de la littérature ont été surlignées en bleu.

- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. N. (2015). Patterns of attachment. In *Patterns of Attachment : A Psychological Study of the Strange Situation* (p. 1-466). Psychology Press.
https://books.google.fr/books?hl=fr&lr=&id=zUMBCgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Ainsworth+MDS,+Blehar+DS,+Waters+E,+Walls+S.+Patterns+of+attachment.+Hil+lsdale%3B+1978/2015.&ots=jekQAdzZIM&sig=WuhrpBCwg8QD16issdSFmLjEzTI&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
- Bair, M. J., & Krebs, E. E. (2020). Fibromyalgia. *Annals of Internal Medicine*, 172(5), 33-48.
<https://doi.org/10.7326/AITC202003030>
- Bakermans-Kranenburg, M. J., & van IJzendoorn, M. H. (1993). A Psychometric Study of the Adult Attachment Interview : Reliability and Discriminant validity. *Developmental Psychology*, 29(5), 870-879. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.29.5.870>
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults : A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(2), 226-244. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.61.2.226>
- Bartley, E. J., Robinson, M. E., & Staud, R. (2018). Pain and Fatigue Variability Patterns Distinguish Subgroups of Fibromyalgia Patients. *The Journal of Pain*, 19(4), 372-381.
<https://doi.org/10.1016/j.jpain.2017.11.014>
- Bidari, A., & Ghavidel-Parsa, B. (2022). Nociplastic pain concept, a mechanistic basis for pragmatic approach to fibromyalgia. *Clinical Rheumatology*, 41(10), 2939-2947.
<https://doi.org/10.1007/s10067-022-06229-5>

Blanco, S., Peñacoba, C., Sanromán, L., & Pérez-Calvo, S. (2018). Analysis of quantitative and qualitative measures of attachment in patients with fibromyalgia : The influence on nursing care. *International Journal of Mental Health*, 47(1), 50-63. <https://doi.org/10.1080/00207411.2017.1377804>

Bourgognon, F., & Penet, C. (2021). *Chapitre V. Introduction à l'ACT en pratique* (p. 68-76). Presses Universitaires de France. <https://www.cairn.info/la-therapie-d-acceptation-et-d-engagement--9782715405431-p-68.htm>

Buskila, D. (2009). Developments in the scientific and clinical understanding of fibromyalgia. *Arthritis Research & Therapy*, 11(5), 8. <https://doi.org/10.1186/ar2720>

Ceko, M., Bushnell, M. C., Fitzcharles, M.-A., & Schweinhardt, P. (2013). Fibromyalgia interacts with age to change the brain. *NeuroImage. Clinical*, 3, 249-260. <https://doi.org/10.1016/j.nicl.2013.08.015>

Chevalier, P. (2010). Le biais de mention des résultats. *Minerva Website*, 9(8), 100-100.

Conversy, L., & Guédénéy, A. (2017). 32. Les troubles de l'attachement. In *Psychiatrie et psychopathologie périnatales* (p. 289-297). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.bayle.2017.01.0289>

D'Amico, F., Feliu-Soler, A., Montero-Marín, J., Peñarrubía-María, M. T., Navarro-Gil, M., Van Gordon, W., García-Campayo, J., & Luciano, J. V. (2020). Cost-Utility of Attachment-Based Compassion Therapy (ABCT) for Fibromyalgia Compared to Relaxation : A Pilot Randomized Controlled Trial. *Journal of Clinical Medicine*, 9(3), 14. <https://doi.org/10.3390/jcm9030726>

De Roa, P., Paris, P., Poindessous, J. L., Maillet, O., & Héron, A. (2018). Subjective Experiences and Sensitivities in Women with Fibromyalgia : A Quantitative and Comparative Study. *Pain Research & Management*, 2018, 8. <https://doi.org/10.1155/2018/8269564>

Deppermann, A. (2020). Unpacking Parental Violence in Narratives : Agency, Guilt, and Pedagogy in Narratives about Traumatic Interpersonal Experiences. *Applied Linguistics*, 41(3), 428-451. <https://doi.org/10.1093/applin/amz068>

DSM-V. (2020). *DSM 5—Manuel Diagnostique Et Statistique Des Troubles Mentaux (traduction française)* (5ième édition). Elsevier Masson. <http://archive.org/details/dsm-5-fr-en>

Dugravier, R., & Barbey-Mintz, A.-S. (2015). Origines et concepts de la théorie de l'attachement. *Enfances & Psy*, 66(2), 14-22. <https://doi.org/10.3917/ep.066.0014>

Fossati, A., Feeney, J. A., Donati, D., Donini, M., Novella, L., Bagnato, M., Acquarini, E., & Maffei, C. (2003, février). On the Dimensionality of the Attachment Style Questionnaire in Italian Clinical and Nonclinical Participants. *Journal of Social and Personal Relationships*, Volume 20, Issue 1, 55-79. <https://doi.org/10.1177/02654075030201003>

Fraley, R. C., Heffernan, M. E., Vicary, A. M., & Brumbaugh, C. C. (2011). The Experiences in Close Relationships-Relationship Structures questionnaire : A method for assessing attachment orientations across relationships. *Psychological Assessment*, 23(3), 615-625. <https://doi.org/10.1037/a0022898>

Gendelman, O., Amital, H., Bar-On, Y., Ben-Ami Shor, D., Amital, D., Tiosano, S., Shalev, V., Chodick, G., & Weitzman, D. (2018). Time to diagnosis of fibromyalgia and factors associated with delayed diagnosis in primary care. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 32(4), 489-499. <https://doi.org/10.1016/j.berh.2019.01.019>

Genet, C., & Guédeney, N. (2021). 17 - Attachement et personnalité chez l'adulte : Les styles d'attachement et le fonctionnement psychologique. In N. Guédeney, A. Guédeney, S. Tereno, F. Atger, M. P. Allona, V. Bekhechi, L. Conversy, R. Costa, M. Darnaudery, A. Deprez, R. Dugravier, S. Gandillot, C. Genet, C. Lamas, I. Matos, A.-S. Mintz, F.

Parra, C. Rabouam, C. Sabatier, ... M. Mikulincer (Éds.), *L'attachement : Approche Théorique (Cinquième Édition)* (p. 221-230). Elsevier Masson.
<https://doi.org/10.1016/B978-2-294-77731-8.00017-5>

George, C., & West, M. (2001). The development and preliminary validation of a new measure of adult attachment : The adult attachment projective. *Attachment & Human Development*, 3(1), 30-61. <https://doi.org/10.1080/14616730010024771>

Gil, F. P., Weigl, M., Wessels, T., Irnich, D., Baumüller, E., & Winkelmann, A. (2008). Parental Bonding and Alexithymia in Adults With Fibromyalgia. *Psychosomatics*, 49(2), 115-122. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.49.2.115>

Glaser, D., & Prior, V. (2022a). Chapitre 2. Qu'est-ce que l'attachement ? In *Comprendre l'attachement et ses troubles* (p. 33-40). De Boeck Supérieur.
<https://www.cairn.info/comprendre-l-attachement-et-ses-troubles--9782807339439-p-33.htm>

Glaser, D., & Prior, V. (2022b). Chapitre 3. Les classifications de l'attachement. In *Comprendre l'attachement et ses troubles* (p. 41-53). De Boeck Supérieur.
<https://www.cairn.info/comprendre-l-attachement-et-ses-troubles--9782807339439-p-41.htm>

Glaser, D., & Prior, V. (2022c). Chapitre 6. La théorie de l'attachement est-elle valable dans toutes les cultures ? In *Comprendre l'attachement et ses troubles* (p. 85-94). De Boeck Supérieur. <https://www.cairn.info/comprendre-l-attachement-et-ses-troubles--9782807339439-p-85.htm>

Glaser, D., & Prior, V. (2022d). Chapitre 8. Évaluation de l'attachement. In *Comprendre l'attachement et ses troubles* (p. 107-142). De Boeck Supérieur.
<https://www.cairn.info/comprendre-l-attachement-et-ses-troubles--9782807339439-p-107.htm>

- Glaser, D., & Prior, V. (2022e). Chapitre 14. La nature du trouble de l'attachement. In *Comprendre l'attachement et ses troubles* (p. 211-220). De Boeck Supérieur. <https://www.cairn.info/comprendre-l-attachement-et-ses-troubles--9782807339439-p-211.htm>
- Gordon, J. B. (2021). The importance of child abuse and neglect in adult medicine. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 211, 9. <https://doi.org/10.1016/j.pbb.2021.173268>
- Gordon, S., Brown, R., Hogan, M., & Menzies, V. (2023). Mindfulness as a Symptom Management Strategy for Fibromyalgia: An Integrative Review. *Journal of Holistic Nursing: Official Journal of the American Holistic Nurses' Association*, 41(2), 200-214. <https://doi.org/10.1177/08980101221123833>
- Govender, C., Cassimjee, N., Schoeman, J., & Meyer, H. (2009). Psychological characteristics of FMS patients. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23(1), 76-83. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2007.00592.x>
- Griffies, W. S. (2010). Believing in the Patient's Capacity to Know His Mind: A Psychoanalytic Case Study of Fibromyalgia. *Psychoanalytic Inquiry*, 30(5), 390-404. <https://doi.org/10.1080/07351690.2010.482389>
- Griffin, D. W., & Bartholomew, K. (1994). Relationship Scales Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(3), 430-445. <https://doi.org/10.1037/t10182-000>
- Grisolet, N. (2020, septembre 28). *Nouvelle définition de la douleur*. SFETD - Site web de la Société Française d'Etude et du Traitement de la Douleur. <https://www.sfetd-douleur.org/nouvelle-definition-de-la-douleur/>
- Haliburn, J. (2011). From traumatic attachment to somatization disorder. *Australasian Psychiatry*, 19(5), 401-405. <https://doi.org/10.3109/10398562.2011.608129>

Hallberg, L. R.-M., & Carlsson, S. G. (1998). Psychosocial Vulnerability and Maintaining Forces Related to Fibromyalgia: In-Depth Interviews with twenty-two Female Patients. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 12(2), 95-103. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.1998.tb00482.x>

Haroche, F., Guérin, J., Azoulay, D., Coste, J., & Perrot, S. (2019, mars 8). *La fibromyalgie en France : Vécu quotidien, fardeau professionnel et prise en charge. Enquête nationale auprès de 4516 patients*. Elsevier Connect. <https://www.elsevier.com/fr-fr/connect/medecine/la-fibromyalgie-en-france>

HAS. (2010). *Rapport d'orientation – Syndrome fibromyalgique de l'adulte* (p. 124). Haute Autorité de Santé. https://www.has-sante.fr/jcms/c_993899/fr/syndrome-fibromyalgique-de-l-adulte

Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(3), 511-524. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.52.3.511>

Hong, Q. N., Pluye, P., Fàbregues, S., Bartlett, G., Boardman, F., Cargo, M., Dagenais, P., Gagnon, M.-P., Griffiths, F., Nicolau, B., O'Cathain, A., Rousseau, M.-C., & Vedel, I. (2018). *Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT), version française 2018 – Outil d'évaluation de la qualité méthodologique des études incluses dans une revue mixte : Manuel pour les usagers | CCNMO*. <https://www.nccmt.ca/fr/referentiels-de-connaissances/interrogez-le-registre/232>

Inserm. (2020). *Fibromyalgie (2020) · Inserm, La science pour la santé* (Collection Expertise collective, p. 1-908). <https://www.inserm.fr/expertise-collective/fibromyalgie/>

Jacquemont, G. (2023). Enfance maltraitée : Les neurones n'oublient pas. *Cerveau & Psycho*, N° 158(9), 1. <https://doi.org/10.3917/cerpsy.158.0011>

- Jones, G. T., Atzeni, F., Beasley, M., Flüß, E., Sarzi-Puttini, P., & Macfarlane, G. J. (2015). The prevalence of fibromyalgia in the general population: A comparison of the American College of Rheumatology 1990, 2010, and modified 2010 classification criteria. *Arthritis & Rheumatology (Hoboken, N.J.)*, 67(2), 568-575. <https://doi.org/10.1002/art.38905>
- Külekçioğlu, S. (2022). Diagnostic difficulty, delayed diagnosis, and increased tendencies of surgical treatment in fibromyalgia syndrome. *Clinical Rheumatology*, 41(3), 831-837. <https://doi.org/10.1007/s10067-021-05970-7>
- LaBarbera, J. D., & Dozier, J. E. (1985). A Honeymoon Effect in Child Psychiatric Hospitalization: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 26(3), 479-483. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1985.tb01948.x>
- Lafontaine, M.-F., & Lussier, Y. (2003). Structure bidimensionnelle de l'attachement amoureux: Anxiété face à l'abandon et évitement de l'intimité. / Bidimensional structure of attachment in love: Anxiety over abandonment and avoidance of intimacy. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 35, 56-60. <https://doi.org/10.1037/h0087187>
- Larousse, É. (s. d.-a). *Définitions : Attachement - Dictionnaire de français Larousse*. Consulté 16 août 2023, à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/attachement/6192>
- Larousse, É. (s. d.-b). *Définitions : Catastrophisme - Dictionnaire de français Larousse*. Consulté 20 octobre 2023, à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/catastrophisme/13751>
- Larousse, É. (s. d.-c). *Définitions : Coping - Dictionnaire de français Larousse*. Consulté 30 octobre 2023, à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/coping/19114>

- Liébert, P. (2015). La théorie de l'attachement. In *Quand la relation parentale est rompue. Dysparentalité extrême et projets de vie pour l'enfant.* (p. 7-18). Dunod.
<https://www.cairn.info/quand-la-relation-parentale-est-rompue--9782100721375-p-7.htm>
- Low, L. A., & Schweinhardt, P. (2012). Early Life Adversity as a Risk Factor for Fibromyalgia in Later Life. *Pain Research and Treatment*, 2012, 15.
<https://doi.org/10.1155/2012/140832>
- Maas Genannt Bermpohl, F., Hülsmann, L., & Martin, A. (2023). Efficacy of mindfulness- and acceptance-based cognitive-behavioral therapies for bodily distress in adults : A meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 11.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1160908>
- Macfarlane, G. J., Kronisch, C., Dean, L. E., Atzeni, F., Häuser, W., Fluß, E., Choy, E., Kosek, E., Amris, K., Branco, J., Dincer, F., Leino-Arjas, P., Longley, K., McCarthy, G. M., Makri, S., Perrot, S., Sarzi-Puttini, P., Taylor, A., & Jones, G. T. (2017). EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 76(2), 318-328. <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2016-209724>
- Mäkelä, M., & Heliövaara, M. (1991). Prevalence of primary fibromyalgia in the Finnish population. *BMJ : British Medical Journal*, 303(6796), 216-219.
- McBeth, J., Macfarlane, G. J., Benjamin, S., Morris, S., & Silman, A. J. (1999). The association between tender points, psychological distress, and adverse childhood experiences : A community-based study. *Arthritis & Rheumatism*, 42(7), 1397-1404.
[https://doi.org/10.1002/1529-0131\(199907\)42:7<1397::AID-ANR13>3.0.CO;2-7](https://doi.org/10.1002/1529-0131(199907)42:7<1397::AID-ANR13>3.0.CO;2-7)
- McBeth, J., Tomenson, B., Chew-Graham, C. A., Macfarlane, G. J., Jackson, J., Littlewood, A., & Creed, F. H. (2015). Common and unique associated factors for medically

unexplained chronic widespread pain and chronic fatigue. *Journal of Psychosomatic Research*, 79(6), 484-491. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.10.004>

Mena Matos, P., Barbosa, S., & Costa, M. E. (2001). Avaliação da vinculação amorosa em adolescentes e jovens adultos : Construção de um instrumento e estudos de validação. [The Romantic Attachment Questionnaire: Development and validation studies.]. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 11(1), 93-109.

Menkès, C.-J., & Godeau, P. (2007). *La fibromyalgie – Académie nationale de médecine* (Rapport des auteurs au nom d'un groupe de travail 191; p. 143-148). <https://www.academie-medecine.fr/07-02-la-fibromyalgie/>

Micoulaud-Franchi, J.-A., & Quiles, C. (2021). Chapitre n° 17. Troubles à symptomatologie somatique et apparentés. In *Psychiatrie-Addictologie* (p. 90-95). Ellipses. <https://www.cairn.info/psychiatrie-addictologie--9782340061033-p-90.htm>

Montero-Marin, J., Andrés-Rodríguez, L., Tops, M., Luciano, J. V., Navarro-Gil, M., Feliu-Soler, A., López-Del-Hoyo, Y., & Garcia-Campayo, J. (2019). Effects of attachment-based compassion therapy (ABCT) on brain-derived neurotrophic factor and low-grade inflammation among fibromyalgia patients : A randomized controlled trial. *Scientific Reports*, 9(1), 14. <https://doi.org/10.1038/s41598-019-52260-z>

Montero-Marín, J., Navarro-Gil, M., Puebla-Guedea, M., Luciano, J. V., Van Gordon, W., Shonin, E., & García-Campayo, J. (2017). Efficacy of « Attachment-Based Compassion Therapy » in the Treatment of Fibromyalgia : A Randomized Controlled Trial. *Frontiers in Psychiatry*, 8(307), 11. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2017.00307>

Moshrif, A., Mosallam, A., Abu-Zaid, M. H., & Gouda, W. (2023). Evaluating the Effect of Delayed Diagnosis on Disease Outcome in Fibromyalgia : A Multi-Center Cross-Sectional Study. *Journal of Pain Research*, 16, 1355-1365. <https://doi.org/10.2147/JPR.S381314>

- Murillo-Garcia, A., Leon-Llamas, J. L., Villafaina, S., & Gusi, N. (2022). Fibromyalgia impact in the prefrontal cortex subfields: An assessment with MRI. *Clinical Neurology and Neurosurgery*, 219, 7. <https://doi.org/10.1016/j.clineuro.2022.107344>
- Naylor, B., Boag, S., & Gustin, S. M. (2017). New evidence for a pain personality? A critical review of the last 120 years of pain and personality. *Scandinavian Journal of Pain*, 17, 58-67. <https://doi.org/10.1016/j.sjpain.2017.07.011>
- Neuville, V., Puentes-Neuman, G., & M. Terradas, M. (2017). L'impact des relations précoces sur le développement cérébral: Le trouble réactionnel de l'attachement vu par les neurosciences. *La psychiatrie de l'enfant*, 60(2), 417-436. <https://doi.org/10.3917/psye.602.0417>
- Oliveira, P., & Costa, M. E. (2009). Interrelationships of Adult Attachment Orientations, Health Status and Worrying among Fibromyalgia Patients. *Journal of Health Psychology*, 14(8), 1184-1195. <https://doi.org/10.1177/1359105309342471>
- OMS. (2023a, janvier). *Douleur chronique*. <https://icd.who.int/browse11/l-m/fr#/http://id.who.int/icd/entity/1581976053>
- OMS. (2023b, janvier). *MG30.01 Douleur diffuse chronique*. CIM-11 pour les statistiques de mortalité et de morbidité. <https://icd.who.int/browse11/l-m/fr#/http://id.who.int/icd/entity/849253504>
- Page, M. J., Moher, D., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... McKenzie, J. E. (2021). PRISMA 2020 explanation and elaboration: Updated guidance and exemplars for reporting systematic reviews. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 372, 36. <https://doi.org/10.1136/bmj.n160>

- Palstam, A., & Mannerkorpi, K. (2017). Work Ability in Fibromyalgia : An Update in the 21st Century. *Current Rheumatology Reviews*, *13*(3), 180-187. <https://doi.org/10.2174/1573397113666170502152955>
- Parker, G., Roussos, J., Hadzi-Pavlovic, D., Mitchell, P., Wilhelm, K., & Austin, M.-P. (1997). The development of a refined measure of dysfunctional parenting and assessment of its relevance in patients with affective disorders. *Psychological Medicine*, *27*(5), 1193-1203. <https://doi.org/10.1017/S003329179700545X>
- Parker, G., Tupling, H., & Brown, L. B. (1979). A parental bonding instrument. *British Journal of Medical Psychology*, *52*(1), 1-10. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1979.tb02487.x>
- Parra, F. (2021). 25 - Évaluation de l'attachement chez l'adulte : Présentation et utilisation des principaux outils utilisés actuellement. In N. Guédénéy, A. Guédénéy, S. Tereno, F. Atger, M. P. Allona, V. Bekhechi, L. Conversy, R. Costa, M. Darnaudery, A. Deprez, R. Dugravier, S. Gandillot, C. Genet, C. Lamas, I. Matos, A.-S. Mintz, F. Parra, C. Rabouam, C. Sabatier, ... M. Mikulincer (Éds.), *L'attachement : Approche Théorique (Cinquième Édition)* (p. 333-346). Elsevier Masson. <https://doi.org/10.1016/B978-2-294-77731-8.00025-4>
- Peñacoba, C., Perez-Calvo, S., Blanco, S., & Sanroman, L. (2018). Attachment styles, pain intensity and emotional variables in women with fibromyalgia. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *32*(2), 535-544. <https://doi.org/10.1111/scs.12477>
- Perrot, S., Vicaut, E., Servant, D., & Ravaud, P. (2011). Prevalence of fibromyalgia in France : A multi-step study research combining national screening and clinical confirmation: The DEFI study (Determination of Epidemiology of Fibromyalgia). *BMC Musculoskeletal Disorders*, *12*(224), 9. <https://doi.org/10.1186/1471-2474-12-224>

Queiroz, L. P. (2013). Worldwide epidemiology of fibromyalgia. *Current Pain and Headache Reports*, 17(8), 356-363. <https://doi.org/10.1007/s11916-013-0356-5>

Romeo, A., Di Tella, M., Ghiggia, A., Tesio, V., Fusaro, E., Geminiani, G. C., & Castelli, L. (2020). Attachment style and parental bonding : Relationships with fibromyalgia and alexithymia. *PLoS ONE*, 15(4), 15. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231674>

Santos, A., Crespo, I., Pérez-Aranda, A., Beltrán-Ruiz, M., Puebla-Guedea, M., & García-Campayo, J. (2022). Attachment-Based Compassion Therapy for Reducing Anxiety and Depression in Fibromyalgia. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(13), 8. <https://doi.org/10.3390/ijerph19138152>

Sechi, C., Lucarelli, L., & Vismara, L. (2021). Depressive Symptoms and Quality of Life in a Sample of Italian Women with a Diagnosis of Fibromyalgia : The Role of Attachment Styles. *Depression Research and Treatment*, 2021, 7. <https://doi.org/10.1155/2021/5529032>

Sechi, C., Vismara, L., Brennstuhl, M. J., Tarquinio, C., & Lucarelli, L. (2020). Adult attachment styles, self-esteem, and quality of life in women with fibromyalgia. *Health Psychology Open*, 7(2), 8. <https://doi.org/10.1177/2055102920947921>

Simpson, J. A., Rholes, W. S., & Phillips, D. (1996). Conflict in close relationships : An attachment perspective. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71(5), 899-914. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.71.5.899>

Sommer, C., & Lauria, G. (2007). Skin biopsy in the management of peripheral neuropathy. *The Lancet Neurology*, 6(7), 632-642. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(07\)70172-2](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(07)70172-2)

Tanti, A., Belliveau, C., Nagy, C., Maitra, M., Denux, F., Perlman, K., Chen, F., Mpai, R., Canonne, C., Théberge, S., McFarquhar, A., Davoli, M. A., Belzung, C., Turecki, G., & Mechawar, N. (2022). Child abuse associates with increased recruitment of perineuronal nets in the ventromedial prefrontal cortex : A possible implication of

- oligodendrocyte progenitor cells. *Molecular Psychiatry*, 27(3), Article 3.
<https://doi.org/10.1038/s41380-021-01372-y>
- Tarquinio, C., & Vismara, L. (2017). Chapitre 28. Outils d'évaluation de l'attachement. In *Pratique de la psychothérapie EMDR* (p. 299-315). Dunod.
<https://doi.org/10.3917/dunod.tarqu.2017.01.0299>
- Tereno, S., Atger, F., Guédeney, N., Guédeney, A., & Tereno, S. (2021). 14 - Attachement chez l'adulte : L'« Adult Attachment Interview » et l'approche développementale. In F. Atger, M. P. Allona, V. Bekhechi, L. Conversy, R. Costa, M. Darnaudery, A. Deprez, R. Dugravier, S. Gandillot, C. Genet, C. Lamas, I. Matos, A.-S. Mintz, F. Parra, C. Rabouam, C. Sabatier, A. J. Santos, F. Silva, M. Veríssimo, ... M. Mikulincer, *L'attachement : Approche Théorique (Cinquième Édition)* (p. 179-192). Elsevier Masson. <https://doi.org/10.1016/B978-2-294-77731-8.00014-X>
- Tereno, S., Soares, I., Martins, E., Sampaio, D., & Carlson, E. (2007). La théorie de l'attachement : Son importance dans un contexte pédiatrique. *Devenir*, 19(2), 151-188.
<https://doi.org/10.3917/dev.072.0151>
- Theadom, A., Cropley, M., Smith, H. E., Feigin, V. L., & McPherson, K. (2015). Mind and body therapy for fibromyalgia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, 1-161.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD001980.pub3>
- Valois-Demers, M., Tarabulsy, G., Larose, S., Bernier, A., Drapeau, S., Moss, E., Cyr, C., Dubois-Comtois, K., & Huard, C. (2021). Modèles d'attachement adulte et anxiété : Une série de méta-analyses. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 63(3), 445-462. <https://doi.org/10.1037/cap0000283>
- Van Gordon, W., Shonin, E., Dunn, T. J., Garcia-Campayo, J., & Griffiths, M. D. (2017). **Meditation awareness training for the treatment of fibromyalgia syndrome : A**

randomized controlled trial. *British Journal of Health Psychology*, 22(1), 186-206.

<https://doi.org/10.1111/bjhp.12224>

Vieira, I. (1999). Le chiot : Troubles du développement et de l'acquisition des conduites sociales. *Bulletin de l'Académie Vétérinaire de France*, 152(4), 353-360.
<https://doi.org/10.4267/2042/62873>

Walitt, B., Nahin, R. L., Katz, R. S., Bergman, M. J., & Wolfe, F. (2015). The Prevalence and Characteristics of Fibromyalgia in the 2012 National Health Interview Survey. *PloS One*, 10(9), 16. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0138024>

Wang, H., Weber, A., Schiltenswolf, M., & Amelung, D. (2014). Bindungsstil und Zytokinspiegel bei Fibromyalgiesyndrom. *Der Schmerz*, 28(5), 504-512.
<https://doi.org/10.1007/s00482-014-1461-z>

Watson, J. C. (2022a, mars). *Douleur neuropathique—Troubles neurologiques*. Édition professionnelle du Manuel MSD.
<https://www.msdmanuals.com/fr/professional/troubles-neurologiques/douleur/douleur-neuropathique>

Watson, J. C. (2022b, mars). *Revue générale de la douleur—Troubles neurologiques*. Édition professionnelle du Manuel MSD.
<https://www.msdmanuals.com/fr/professional/troubles-neurologiques/douleur/revue-g%C3%A9n%C3%A9rale-de-la-douleur>

Wolfe, F., Clauw, D. J., Fitzcharles, M.-A., Goldenberg, D. L., Häuser, W., Katz, R. L., Mease, P. J., Russell, A. S., Russell, I. J., & Walitt, B. (2016). 2016 Revisions to the 2010/2011 fibromyalgia diagnostic criteria. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 46(3), 319-329. <https://doi.org/10.1016/j.semarthrit.2016.08.012>

Wolfe, F., Clauw, D. J., Fitzcharles, M.-A., Goldenberg, D. L., Katz, R. S., Mease, P., Russell, A. S., Russell, I. J., Winfield, J. B., & Yunus, M. B. (2010). The American College of

- Rheumatology Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia and Measurement of Symptom Severity. *Arthritis Care & Research*, 62(5), 600-610. <https://doi.org/10.1002/acr.20140>
- Wolfe, F., Michaud, K., Li, T., & Katz, R. S. (2010). EQ-5D and SF-36 Quality of Life Measures in Systemic Lupus Erythematosus : Comparisons with Rheumatoid Arthritis, Noninflammatory Rheumatic Disorders, and Fibromyalgia. *The Journal of Rheumatology*, 37(2), 296-304. <https://doi.org/10.3899/jrheum.090778>
- Wolfe, F., Ross, K., Anderson, J., Russell, I. J., & Hebert, L. (1995). The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the general population. *Arthritis and Rheumatism*, 38(1), 19-28. <https://doi.org/10.1002/art.1780380104>
- Wolfe, F., Smythe, H. A., Yunus, M. B., Bennett, R. M., Bombardier, C., Goldenberg, D. L., Tugwell, P., Campbell, S. M., Abeles, M., & Clark, P. (1990). The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis and Rheumatism*, 33(2), 160-172. <https://doi.org/10.1002/art.1780330203>
- Yunus, M., Masi, A. T., Calabro, J. J., Miller, K. A., & Feigenbaum, S. L. (1981). Primary fibromyalgia (fibrositis) : Clinical study of 50 patients with matched normal controls. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 11(1), 151-171. [https://doi.org/10.1016/0049-0172\(81\)90096-2](https://doi.org/10.1016/0049-0172(81)90096-2)

Vu, les co-directeurs de thèse,

Docteur Pedro DE ROA



Docteur Anne HERON



Vu le Doyen
de la Faculté de Médecine de Tours

LESOIL Élise

72 pages, 5 tableaux, 19 figures, 0 annexe

Résumé :

Contexte. Le syndrome fibromyalgique (SFM) est un syndrome douloureux chronique associé à une asthénie, des troubles cognitifs, des troubles du sommeil et des symptômes somatiques multiples. Il est anxiogène et impacte négativement la qualité de vie. L'attachement est un lien émotionnel développé entre un enfant et ses figures d'attachement. Le style d'attachement qui en découle influence les relations au cours de la vie. Selon le rapport de l'INSERM de 2020, un style d'attachement *insecure* serait un facteur contextuel et relationnel impliqué dans l'apparition d'un SFM, sans causalité démontrée. **Objectif.** Recenser les données actualisées au sujet de l'attachement dans le SFM par une revue systématique de la littérature internationale. **Méthode.** Les articles ont été sélectionnés selon les critères PRISMA. Les mots-clefs « fibromyalgie » et « attachement » ont été recherchés dans les bases de données suivantes : APA PsycNet, Cairn, EBSCOhost, LiSSa, PubMed, PubPsych, ScienceDirect. **Résultats.** Parmi les 19 études retenues, 13 ont évalué le style d'attachement et 7 ont évalué une thérapie basée sur l'attachement. Les styles d'attachement des participants avec SFM étaient majoritairement *insecure* (62,4%), tandis que ceux des témoins étaient majoritairement *secure* (85,7%). Des thérapies basées sur l'attachement incluant méditation de pleine conscience et compassion ont permis une amélioration significative des symptômes du SFM. **Conclusion.** Les styles d'attachement *insecure* pourraient être des facteurs de prédisposition à un SFM. Une thérapie intégrant l'attachement pourrait être une intervention à développer pour le traitement du SFM.

Mots-clefs : Syndrome fibromyalgique – Attachement – Style d'attachement – Thérapie basée sur l'attachement – Méditation – Pleine conscience – Compassion

Jury :

Président du Jury : Professeur Wissam EL HAGE

Membres du Jury : Docteur Laurence PHILIPPE

Docteur Marie THOMAS

Co-Directeurs de thèse : Docteur Pedro de ROA, Docteur Anne HERON

Date de soutenance : Vendredi 8 Décembre 2023