

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG
FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

ANNÉE : 2024

N° : 167

THÈSE
PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'État

Mention Médecine Générale

PAR

FEBVRE SARAH

Née le 21/04/1995, à Paris (14)

**Perception et ressenti des médecins généralistes d'Alsace
dans la prise en charge des patients fibromyalgiques**

Président de thèse : Professeur BERNA FABRICE (PUPH)

Directeur de thèse : TREILLET ERWAN, PH au CH de Colmar



FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

Edition AVRIL 2024
Année universitaire 2023-2024

- **Président de l'Université**
- **Doyen de la Faculté**
- **Première Vice Doyenne de la Faculté**
- **Doyens honoraires :** (1989-1994)
(1994-2001)
(2001-2011)
- **Chargé de mission auprès du Doyen**
- **Responsable Administratif**

M. DENEKEN Michel
M. SIBILIA Jean
Mme CHARLOUX Anne
M. VINCENDON Guy
M. GERLINGER Pierre
M. LUDES Bertrand
M. VICENTE Gilbert
M. STEEGMANN Geoffroy



HOPITAUX UNIVERSITAIRES
DE STRASBOURG (HUS)
Directeur général : M. HENNI Samir

A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

MANDEL Jean-Louis Chaire "Génétique humaine" (à compter du 01.11.2003)

A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)

BAHRAM Séiamak Immunologie biologique
DOLLFUS Héléne Génétique clinique

A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)

NOM et Prénoms	CS ⁹	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ADAM Philippe	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Hospitalisation des Urgences de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
ADDEO Pietro	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation/HP	53.02 Chirurgie générale
AKLADIOS Cherif	NRP6 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
ANDRES Emmanuel	RP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	53.01 Option : médecine Interne
ANHEIM Mathieu	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
Mme ANTAL Maria Cristina	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre • Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme ANTONI Delphine	NRP6	• Pôle d'Imagerie - Service de Radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie
ARNAUD Laurent	NRP6 NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
BACHELLIER Philippe	RP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation/HP	53.02 Chirurgie générale
BAHRAM Seiamak	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil - Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03 Immunologie (option biologique)
BAUMERT Thomas	NRP6 CS	• Pôle Hépatite-digestif de l'Hôpital Civil - Institut de Recherche sur les Maladies virales et hépatiques/Fac	52.01 Gastro-entérologie ; hépatologie Option : hépatologie
Mme BEAU-FALLER Michèle	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEU Rémy	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales • Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Haute-pierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BERNA Fabrice	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : Psychiatrie d'Adultes
BERTSCHY Gilles	RP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie/HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal	RP6 CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / HP	48.02 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : médecine d'urgence
BLANC Frédéric	NRP6 NCS	- Pôle de Gériatrie - Service Evaluation - Gériatrie - Hôpital de la Robertsau	53.01 Médecine interne ; addictologie Option : gériatrie et biologie du vieillissement
BODIN Frédéric	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et maxillo-faciale / Hôpital Civil	50.04 Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique ; Brûlologie
BONNEMAINS Laurent	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 - Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
BONNOMET François	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophthalmologie

NOM et Prénoms	CS ²⁰	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
BOURGIN Patrice	NRP0 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie - Unité du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme BRIGAND Cécile	NRP0 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
BRUANT-RODIER Catherine	NRP0 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / HP	50.04 Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie	NRP0 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Dialyse et Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
CASTELAIN Vincent	NRP0 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation
Mme CEBULA Hélène	NRP0 NCS	• Pôle Tête-Cou - Service de Neurochirurgie / HP	49.02 Neurochirurgie
CHAKFE Nabîl	NRP0 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe	NRP0 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne	NRP0 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne	NRP0 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
Mme CHENARD-NEU Marie-Pierre	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe	NRP0 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre supérieur / HP	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier	NRP0 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Méd. d'urgence (opt. Anesthésiologie-Réanimation - Type clinique)
COLLONGUES Nicolas	NRP0 NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01 Neurologie
CRIBIER Bernard	NRP0 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
de BLAY de GAIX Frédéric	RP0 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
de SEZE Jérôme	NRP0 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AXS / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
DEBRY Christian	RP0 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
DERUELLE Philippe	RP0 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique; gynécologie médicale: option gynécologie-obstétrique
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
EHLINGER Matthieu	NRP0 NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha	NRP0 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sybille	NRP0 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôpital de Hautepierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAR-KREMER Samira	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie- Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
FAITOT François	NRP0 NCS	• Pôle de Pathologie digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
FALCOZ Pierre-Emmanuel	NRP0 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FORNECKER Luc-Matthieu	NRP0 NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.01 Hématologie ; Transfusion Option : Hématologie
FOUCHER Jack	NRP0 NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
GALLIX Benoît	NCS	• IHU - Institut Hospitalo-Universitaire - Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale
GANGIAfshin	RP0 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GARNON Julien	NRP0 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David	NRP0 NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophthalmologie
GENY Bernard	NRP0 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GEORG Yannick	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire/ Option : chirurgie vasculaire
GICQUEL Philippe	NRP0 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
GOICHOT Bernard	NRP0 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne et de nutrition / HP	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme GONZALEZ Maria	NRP0 CS	• Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail/HC	46.02 Médecine et santé au travail

NOM et Prénoms	CS[®]	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation
GOTTENBERG Jacques-Éric	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre
HANSMANN Yves	RPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / NHC
Mme HELMS Julie	NRPô NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil
HIRSCH Edouard	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre
IMPERIALE Alessio	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS
ISNER-HOROBETI Marie-Eve	RPô CS	• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau
JAULHAC Benoît	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté
Mme JEANDIDIER Nathalie	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC
Mme JESEL-MOREL Laurence	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil
KALTENBACH Georges	RPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau - Secteur Evaluation - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau
Mme KESSLER Laurence	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie/ Méd. B / HC
KESSLER Romain	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil
KINDO Michel	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil
Mme KORGANOW Anne-Sophie	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC
KREMER Stéphane	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie II - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP
KUHN Pierre	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II)/HP
KURTZ Jean-Emmanuel	RPô NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS
Mme LALANNE Laurence	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service d'Addictologie / Hôpital Civil
LANG Hervé	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil
LAUGEL Vincent	RPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital de Hautepierre
Mme LEJAY Anne	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardiovasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de Transplantation rénale / NHC
LE MINOR Jean-Marie	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle/HP
LESSINGER Jean-Marc	RPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie générale et spécialisée / LBGS / NHC - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / Hautepierre
LIPSKER Dan	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil
LIVERNEAUX Philippe	RPô NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôpital de Hautepierre
MALOUF Gabriel	NRPô NCS	• Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Oncologie médicale / ICANS
MARTIN Thierry	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC
Mme MASCAUX Céline	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil
Mme MATHELIN Carole	NRPô CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie / ICANS
MAUVIEUX Laurent	NRPô CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre - Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine

NOM et Prénoms	CS ¹⁹	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MENARD Didier	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
MERTES Paul-Michel	RPô CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / NHC	48.01 Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Alain	NRPô NCS	• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
MEYER Nicolas	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôpital Civil	46.04 Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat	NRPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
MONASSIER Laurent	NRPô CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Labo. de Neurobiologie et Pharmacologie cardio-vasculaire - EA7295 / Fac	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
MUTTER Didier	RPô NCS	• Pôle Hépto-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / NHC	52.02 Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
NOEL Georges	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option Radiothérapie biologique
NOLL Eric	NRPô NCS	• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - HP	48.01 Anesthésiologie-Réanimation
OHANA Mickael	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
OHLMANN Patrick	RPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme OLLAND Anne	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie Thoracique - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PAILLARD Catherine	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
PELACCIA Thierry	NRPô NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Centre de formation et de recherche en pédagogie des sciences de la santé / Faculté	48.05 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : Médecine d'urgences
Mme PERRETTA Silvana	NRPô NCS	• Pôle Hépto-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie Digestive
PETIT Thierry	CDp	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PIVOT Xavier	NRPô NCS	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien	NRPô CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / Haute-pierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / Hôpital de Haute-pierre	44.04 Nutrition
PROUST François	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Haute-pierre	49.02 Neurochirurgie
RAUL Jean-Sébastien	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
REIMUND Jean-Marie	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
RICCI Roméo	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Département Biologie du développement et cellules souches / IGBMC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
ROMAIN Benoît	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme ROSSIGNOL-BERNARD Sylvie	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
Mme ROY Catherine	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (opt. clinique)
SANANES Nicolas	NRPô NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique

NOM et Prénoms	CS [®]	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
SAUER Arnaud	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04 Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian	RPô CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
Mme SCHATZ Claude	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
Mme SCHLUTH-BOLARD Caroline	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
SCHNEIDER Francis	NRPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Haute-pierre	48.02 Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / HC	49.04 Pédopsychiatrie ; Addictologie
SCHULTZ Philippe	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive/HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : Hépatologie
SIBILIA Jean	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
STEPHAN Dominique	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique/NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
Mme TALON Isabelle	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Haute-pierre	54.02 Chirurgie infantile
TELETIN Marius	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMC0 Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
Mme TRANCHANT Christine	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
VEILLON Francis	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Faculté	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VIDAILHET Pierre	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie d'Urgences, de liaison et de Psychotraumatologie / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales / Faculté	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas	NRPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de soins de suite et réadaptation gériatrique/Hôpital de la Robertsau	51.01 Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WEBER Jean-Christophe Pierre	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01 Option : Médecine Interne
WOLF Philippe	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP - Coordonnateur des activités de prélèvements et transplantations des HU	53.02 Chirurgie générale
Mme WOLFF Valérie	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - Unité Neurovasculaire / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Haute-pierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil - PTM = Plateau technique de microbiologie

® : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) - Cspi : Chef de service par intérim - CSp : Chef de service provisoire (un an)

CU : Chef d'unité fonctionnelle

Pô : Pôle RPô (Responsable de Pôle) ou NRPô (Non Responsable de Pôle)

Cons. : Consultanat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chefferie de service)

Dir : Directeur

A4 – PROFESSEUR ASSOCIÉ DES UNIVERSITÉS

NOM et Prénoms	CS [®]	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
CALVEL Laurent	NRPô CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Soins palliatifs / NHC	46.05 Médecine palliative
HABERSETZER François	CS	• Pôle Hépatogastro-digestif - Service de Gastro-Entérologie - NHC	52.02 Gastro-Entérologie
SALVAT Eric	CS	• Pôle Tête-Cou - Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur / HP	48.04 Thérapeutique, Médecine de la douleur, Addictologie

B1 - MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)

NOM et Prénoms	CS ^o	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
AGIN Arnaud		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et Médecine nucléaire
Mme AYME-DIETRICH Estelle		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03 Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie Option : pharmacologie fondamentale
BAHOUGNE Thibault		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète et Maladies métaboliques / HC	53.01 Option : médecine Interne
BECKER Guillaume		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03 Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
BENOTMANE Ilies		• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service de Néphrologie- Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
Mme BIANCALANA Valérie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
BILONDET Cyrille		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire (option clinique)
Mme BOICHARD Amélie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
BOUSIGES Olivier		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
BOYER Pierre		• Pôle de Biologie - Institut de Bactériologie / Faculté de Médecine	45.01 Bactériologie- Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
Mme BRU Valérie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme BUND Caroline		• Pôle d'Imagerie - Service de médecine nucléaire et imagerie moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CARAPITO Raphaël		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie
CAZZATO Roberto		• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A Interventionnelle / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
CERALINE Jocelyn		• Pôle de Biologie - Département de Biologie structurale Intégrative / IGBMC	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie (option biologique)
CHERRIER Thomas		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
CHOQUET Philippe		• Pôle d'Imagerie - UF6237 - Imagerie Préclinique / HP	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CLERE-JEHL Raphaël		• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Haute-pierre	48.02 Réanimation
Mme CORDEANU Elena Mihaela		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique / NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
DALI-YOUCHEF Ahmed Nassim		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
DANION François		• Pôle de Spécialités médicales - Ophthalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / NHC	45.03 Option : Maladies infectieuses
DEVYS Didier		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme DINKELACKER Véra		• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
DOLLÉ Pascal		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / IGBMC	44.02 Physiologie
Mme FARRUGIA-JACAMON Audrey		• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
FELTEN Renaud		• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôpital de Haute-pierre	48.04 Thérapeutique, Médecine de la douleur, Addictologie
FILISSETTI Denis	CS	• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
GANTNER Pierre		• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie- Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
GIANNINI Margherita		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GIES Vincent		• Pôle de Spécialités médicales - Ophthalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
GRILLON Antoine		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)

NOM et Prénoms	CS ^o	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
GUERIN Eric		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
GUFFROY Aurélien		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme HARSAN-RASTEI Laura		• Pôle d'imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
HUBELE Fabrice		• Pôle d'imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS - Service de Biophysique et de Médecine Nucléaire / NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
KASTNER Philippe		• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IG BMC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme KEMMEL Véronique		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
KOCH Guillaume		- Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine	42.01 Anatomie (Option clinique)
Mme KRASNY-PACINI Agata		• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
Mme LAMOUR Valérie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LANNES Béatrice		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVALX Thomas		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire
LECOINTRE Lise		• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Haute-pierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-obstétrique
LENORMAND Cédric		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
LHERMITTE Benoît		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
LUTZ Jean-Christophe		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / Hôpital Civil	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MIGUET Laurent		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Haute-pierre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTNER	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme NICOLAE Alina		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.03 Anatomie et Cytologie Pathologiques (Option Clinique)
Mme NOURRY Nathalie		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail / HC	46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PFAFF Alexander		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale /PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
POP Raoul		• Pôle d'imagerie - Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Haute-pierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
PREVOST Gilles		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme REX Nathalie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC - Service de Chirurgie / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme RIOU Marianne		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
Mme ROLLAND Delphine		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Haute-pierre	47.01 Hématologie ; transfusion (type mixte : Hématologie)
Mme ROLLING Julie		• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / HC	49.04 Pédiopsychiatrie ; Addictologie
Mme RUPPERT Elisabeth		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / HC	49.01 Neurologie
Mme SABOU Alina		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS - Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
SAVIANO Antonio		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-Entérologie /HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie
Mme SCHEIDECKER Sophie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique

NOM et Prénoms	CS ^o	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
SCHRAMM Frédéric		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme SOLIS Morgane		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital de Haute-pierre	45.01 Bactériologie-Virologie ; hygiène hospitalière Option : Bactériologie-Virologie
Mme SORDET Christelle		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
Mme TALAGRAND-REBOUL Emilie		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
VALLAT Laurent		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie Biologique - Hôpital de Haute-pierre	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VELAY-RUSCH Aurélie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01 Bactériologie- Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
Mme VILLARD Odile		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI		• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I/ Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
ZOLL Joffrey		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02 Physiologie (option clinique)

B2 – PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS (monoappartenant)

Pr BONAHE Christian P0166	Laboratoire d'Épistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Épistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
---------------------------	---	-----	---

B3 - MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS (monoappartenant)

Mme CHABRAN Elena	ICUBE-UMR 73 57 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69.	Neurosciences
M. DILLENSEGER Jean-Philippe	ICUBE-UMR 73 57 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69.	Neurosciences
Mr KESSEL Nils	Laboratoire d'Épistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Épistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr LANDRE Lionel	ICUBE-UMR 73 57 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69.	Neurosciences
Mme MIRALLES Célia	Laboratoire d'Épistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Épistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mme SCARFONE Marianna	Laboratoire d'Épistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Épistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mme THOMAS Marion	Laboratoire d'Épistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Épistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr VAGNERON Frédéric	Laboratoire d'Épistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Épistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr ZIMMER Alexis	Laboratoire d'Épistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Épistémologie - Histoire des sciences et des Techniques

C - ENSEIGNANTS ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

C1 - PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE (mi-temps)

Pre Ass. DUMAS Claire
 Pre Ass. GROB-BERTHOU Anne
 Pr Ass. GUILLOU Philippe
 Pr Ass. HILD Philippe
 Pr Ass. ROUGERIE Fabien

C2 - MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE - TITULAIRE

Dre CHAMBE Juliette
 Dr LORENZO Mathieu

C3 - MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE (mi-temps)

Dre DELACOUR Chloé
 Dr GIACOMINI Antoine
 Dr HERZOG Florent
 Dr HOLLANDER David
 Dre SANSELME Anne-Elisabeth
 Dr SCHMITT Yannick

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Mme la Dre DARIUS Sophie	- Permanence d'accès aux soins de santé - La Boussole (PASS) / Hôpital Civil
Mme Dre GOURIEUX Bénédicte	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dre GUILBERT Anne-Sophie	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / HP
Dr LEFEBVRE Nicolas	• Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - Service des Maladies Infectieuses et Tropicales / Nouvel Hôpital Civil
Dr LEPAGE Tristan	- USN1 (UF9317) - Unité Médicale de la Maison d'arrêt de Strasbourg
Mme la Dre LICHTBLAU Isabelle	• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Laboratoire de Biologie de la Reproduction
Dr NISAND Gabriel	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Dr PIRRELO Olivier	• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO
Dr REY David	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre RONDE OUSTEAU Cécile	• Pôle Locomax - Service de Chirurgie Séptique / Hôpital de Hautepierre
Mme Dre RONGIERES Catherine	• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Centre Clinico Biologique d'Assistance Médicale à la Procréation / CMCO
Dr TCHOMAKOV Dimitar	• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques / Hôpital de Hautepierre
Dr WAECHTER Cédric	• Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Robertsau
Mme Dre WEISS Anne	• Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation - SAMU

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o **de droit et à vie** (membre de l'Institut)
 - CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
 - MANDEL Jean-Louis (Génétique et biologie moléculaire et cellulaire)
- o **pour trois ans (1er septembre 2020 au 31 août 2023)**
 - BELLOCQ Jean-Pierre (Service de Pathologie)
 - DANION Jean-Marie (Psychiatrie)
 - KOPFERSCHMITT Jacques (Urgences médico-chirurgicales Adultes)
 - MULLER André (Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur)
- o **pour trois ans (1er septembre 2021 au 31 août 2024)**
 - DANION Anne (Pédopsychiatrie, addictologie)
 - DIEMUNSCH Pierre (Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale)
 - HERBRECHT Raoul (Hématologie)
 - STEIB Jean-Paul (Chirurgie du rachis)
- o **pour trois ans (1er septembre 2022 au 31 août 2025)**
 - Mme QUOIX Elisabeth (Pneumologie)
- o **pour cinq ans (1er septembre 2023 au 31 août 2028)**
 - CHRISTMANN Daniel (Maladies infectieuses et tropicales)
 - GRUCKER Daniel (Physique biologique)
 - HANNEDOUCHE Thierry (Néphrologie)
 - KEMPF Jean-François (Chirurgie orthopédique et de la main)
 - MOULIN Bruno (Néphrologie)
 - PINGET Michel (Endocrinologie)
 - ROGUE Patrick (Biochimie et Biologie moléculaire)
 - ROUL Gérard (Cardiologie)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITÉS ASSOCIÉ (mi-temps)

M. SOLER Luc CNU-31 IRCAD

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

Pr DETAPPE Alexandre	47-02
Pre LAMOUILLE-CHEVALIER Catherine	46-05
Pr LECOQ Jéhan	49-05
Pr MASTELLI Antoine	49-03
Pr MATSUSHITA Kensuke	51-02
Pr REIS Jacques	49-01
Pre RONGIERES Catherine	54-03
Pre SEELIGER Barbara	52-02

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94	KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07
BALDAUF Jean-Jacques (Gynécologie obstétrique) / 01.09.21	KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12	LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95	LANGER Bruno (Gynécologie) / 01.11.19
BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10	LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
BECMEUR François (Chirurgie Pédiatrique) / 01.09.23	LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16	LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
BERTHEL Marc (Gériatrie) / 01.09.18	MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
BIENTZ Michel (Hygiène Hospitalière) / 01.09.04	MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.17	MANDEL Jean-Louis (Génétique) / 01.09.16
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95	MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
BOEHM-BURGER Nelly (Histologie) / 01.09.20	MARESCAUX Christian (Neurologie) / 01.09.19
BOURIAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03	MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
BOUSQUET Pascal (Pharmacologie) / 01.09.19	MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99	MARK Manuel (Génomique fonctionnelle et cancer-IGBMC) / 01.07.23
BRETTES Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10	MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
BURSZEJN Claude (Pédopsychiatrie) / 01.09.18	MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15	MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15	MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.11
CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95	NISAND Israël (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.19
CHAUVIN Michel (Cardiologue) / 01.09.18	OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
CHELLY Jameleddine (Diagnostic génétique) / 01.09.20	PASQUALLI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12	PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16	Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.11
COLLIARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00	POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.18
CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11	REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
DIE TEMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17	RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17	RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
DUCLOS Bernard (Hépatogastro-hépatologie) / 01.09.19	SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
DUFOUR Patrick (Centre Paul Strauss) / 01.09.19	SAUDER Philippe (Réanimation médicale) / 01.09.20
DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa. Chir.) / 01.09.13	SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10	SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02	SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine interne) / 01.08.11
FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.16	SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.09	SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13	STEIB Annick (Anesthésiologie) / 01.04.19
GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14	STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
HASSELMANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18	STOLL Claude (Génétique) / 01.09.09
HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06	STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04	STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98	TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
JACOMIN Didier (Urologie) / 09.08.17	TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11	VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16
JESSEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04	VEILLON Francis (Imagerie viscérale, ORL et mammaire) / 01.09.23
KAHN Jean-Luc (Anatomie) / 01.09.18	VETTER Denis (Méd. Interne, Diabète et mal. métabolique) / 01.01.23
KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06	VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
KREMER Michel / 01.05.98	WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
KRETZ Jean-Georges (Chirurgie vasculaire) / 01.09.18	WIHLM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07	WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08	WOLFRAM-GABEL Renée (Anatomie) / 01.09.96

Légende des adresses :

FAC : Faculté de Médecine : 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.85.35.20 - Fax : 03.68.85.35.18 ou 03.68.85.34.67

HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :

- NHC : **Nouvel Hôpital Civil** : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.69.55.07.08
- HC : **Hôpital Civil** : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68
- HP : **Hôpital de Hautepierre** : Avenue Mollère - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00
- **Hôpital de La Robertsau** : 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11
- **Hôpital de l'Esau** : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

ICANS - Institut de Cancérologie Strasbourg : 17 rue Albert Calmette - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.68.76.67.67

CMCO - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.83.00

C.C.O.M. - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 96 - F - 67403 Illkirch Graffenstaden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00

E.F.S. - Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.25

IURC - Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau - CHU de Strasbourg et UGECAM (Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) - 45 boulevard Clemenceau - 67082 Strasbourg Cedex

**RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ
DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG**

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

**LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS QUI LUI SONT PRÉSENTÉES
DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES A LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER**

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire. Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément. Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur BERNA Fabrice. Je vous remercie infiniment de me faire l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Soyez assuré de toute ma sincère gratitude et de mon profond respect.

A Docteur TREILLET Erwan, merci d'avoir accepté de diriger cette thèse et d'avoir répondu présent dans les moments importants.

A Monsieur le juré, Docteur GUILLOU Philippe, je vous remercie d'avoir accepté d'être jury de mon travail de thèse et de m'avoir accompagné le long de ces années d'internat.

A mes amies, Daphné, Ela et Gaëlle qui ont toujours été là dans les moments difficiles, et qui m'ont aidée à chaque étape de la rédaction de cette thèse. J'ai de la chance de vous avoir dans ma vie.

A mes parents et mes frères, qui m'ont toujours soutenue, épaulée et aidée, comme ils le pouvaient et qui ont répondu présents quand j'en avais besoin.

A Séraphin. Merci de m'avoir soutenue durant ces longs week-ends de travail, ces soirées qui semblaient parfois interminables et redondantes. Merci d'être à mes côtés.

LEXIQUE/ABREVIATIONS

ALD : Affection Longue Durée

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

CIM11 : Classification Internationale des Maladies Onzième Révision

EBM : Evidence Base Médecine

EULAR : European Alliance of Associations for Rheumatology

FDA : Food and Drug Administration

HAS : Haute Autorité de Santé

IASP : International Association for the Study of Pain

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

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

TCC : Thérapies Comportementales et Cognitives

TABLE DES MATIÈRES

THÈSE	1
SERMENT D’HIPPOCRATE	13
REMERCIEMENTS.....	14
LEXIQUE/ABREVIATIONS.....	15
TABLE DES MATIÈRES	16
INTRODUCTION	18
PARTIE I : ABORD THEORIQUE SUR LA FIBROMYALGIE	20
Chapitre 1 : La fibromyalgie, de quoi parle-t-on ?.....	20
1.1 La douleur	20
1.2 La fibromyalgie.....	22
Chapitre 2 : La fibromyalgie, origines diverses et rapports complexes	24
2.1 Rétrospective de l’émergence de la fibromyalgie, abord historique et sociologique ...	24
2.2 Le rapport complexe entre le corps médical et la fibromyalgie, problématiques connues et inconnues, objectif d’étude	27
PARTIE II : Matériel et méthode	28
Chapitre 1 : Type d’étude	28
Chapitre 2 : Question de recherche	28
Chapitre 3 : Objectif de l’étude.....	29
Chapitre 4 : Population de l’étude/méthode de sélection de l’échantillon	29
Chapitre 5 : Déroulement de l’étude.....	30
5.1 Recueil des entretiens semi-dirigés (méthode, lieux)	30
5.2 Grille d’entretien	30
5.3 Retranscription des entretiens.....	35
Chapitre 6 : Analyse des entretiens.....	35
PARTIE III : RÉSULTATS	36
Chapitre 1 : Caractéristiques des médecins généralistes	36
Chapitre 2 : Relation de soin complexe et émotionnellement forte.....	37
2.1 Des facteurs de risques de relations complexe	37
2.1.1 Psychologie complexe et profils caractérisables.....	37
2.1.2 Patients avec des bagage de vie lourds à porter.....	39
2.1.3 Prise en charge complexe.....	40
2.2 Un patient miroir	42
2.2.1 L’échec du médecin, reflet de l’échec de la prise en charge.....	42
2.2.2 Patients et praticiens en demande d’aide	44
Chapitre 3 : Une maladie étiquette	44
3.1 Sujet tabou	44

3.2 Non-reconnaissance de la pathologie	47
Chapitre 4 : Le médecin généraliste, pilier de la prise en charge	51
4.1 Des rôles diversifiés et complémentaires	51
4.2 L'importance de l'interdisciplinarité	52
Chapitre 5. Stratégies d'adaptation des médecins généralistes	53
5.1 Vision biomédicale	53
5.1.1 Médecin technique	53
5.1.2 Une vision patriarcale	55
5.2 Vision bio-psycho-social	55
5.2.1 Médecine humaine, patient visualisé dans son entièreté	55
5.2.2 Médecin sachant	58
5.2.3 Changement de paradigme	60
Chapitre 6 : L'ambivalence des médecins généralistes	63
PARRIE IV : DISCUSSION / ANALYSE	66
Chapitre 1 : Le résultat principal	66
Chapitre 2 : La comparaison avec la littérature	69
2.1 Contexte et objectifs de l'étude	69
2.2 Difficultés communicationnelles, perception et mécanismes de défense	69
2.3. La reconnaissance et la légitimité de la fibromyalgie	70
2.3.1 La fibromyalgie : une pathologie contestée	70
2.3.2 L'impact du diagnostic sur le patient	70
2.4. Le modèle biomédical vs biopsychosocial	71
2.4.1 Les limites du modèle biomédical	71
2.4.2 La pertinence du modèle biopsychosocial	71
2.5. Les réactions des soignants face à la douleur chronique	72
2.5.1 La douleur chronique comme source de remise en question pour le soignant	72
2.5.2 Le paradoxe de la relation soignant-soigné, la psychologie du patient douloureux chronique	73
Chapitre 3 : Les forces et les limites	74
Chapitre 4 : Les perspectives	76
PARTIE V : Conclusion	77
PARTIE VI : BIBLIOGRAPHIE	80
PARTIE VII : ANNEXES	82
ATTESTATION SUR L'HONNEUR	87

INTRODUCTION

La fibromyalgie est un sujet complexe à aborder. Complexe car cette pathologie, bien que faisant l'objet de multiples recommandations françaises et internationales, garde encore pour beaucoup d'entre nous une part d'obscurité.

J'ai été confrontée pour la première fois à la fibromyalgie lors d'une consultation de médecine générale, lors de mon second semestre d'internat. Ma première impression fut celle d'être désemparée et de perdre pied. Mon manque de connaissances associé au fait de ne pas arriver à créer une relation de confiance avec le patient, m'a fait vivre cette consultation comme un échec. Ma première réaction fut celle de retourner mes sentiments négatifs vers le patient, en me disant que celui-ci était difficile, poly-plaintif. En mettant tout ce que je proposais en échec, il rendait lui-même sa prise en charge impossible...

En interrogeant des médecins généralistes et co-internes de médecine générale, je me suis aperçue d'un ressenti similaire, me confortant dans mes idées.

Dans les suites de mon internat, 2 ans plus tard, j'ai réalisé une FST (Formation Spécifique Transversale) en algologie. Des apports théoriques sont venus combler mon manque de connaissance initiale. J'ai également eu la chance d'avoir été en contact plus fréquemment avec ces patients.

Au fur et à mesure des mois, des questionnements sont apparus. Pourquoi la fibromyalgie semble-t-elle mal aimée par la médecine générale ? Quelle perception et ressenti les médecins généralistes ont-ils de cette pathologie ? Malgré mes recherches sur le sujet, je n'ai pas trouvé d'articles répondant entièrement à mes interrogations.

Au décours de ma FST et ce sujet me tenant à cœur, j'ai décidé d'en effectuer un travail de thèse, pont entre la médecine générale et l'algologie.

Pour aider le lecteur à comprendre mon travail, et pour essayer de répondre à cette question, j'ai réalisé cette thèse en deux grandes parties. La première partie est théorique, permettant de réaliser un état des

lieux des connaissances actuelles sur la fibromyalgie et me permettant également de développer mes problématiques. La deuxième est pratique, avec la réalisation d'une étude qualitative.

Dans la première partie, j'expose des points clés théoriques qui m'ont aidé à élaborer mon questionnaire. Je réalise une synthèse de l'état des connaissances, (non exhaustive), sur la fibromyalgie, en me basant sur les recommandations récentes, françaises et internationales. J'y aborde la définition de la douleur chronique ainsi que les différents mécanismes physiopathologiques des douleurs, en m'attardant sur la douleur nociplastique retrouvée dans cette pathologie. Comprendre le mécanisme physiopathologique de la fibromyalgie m'a permis d'appréhender différemment cette maladie. Ensuite, j'expose la fibromyalgie en tant que telle, en abordant de manière synthétique sa définition, son épidémiologie, son diagnostic et sa prise en charge thérapeutique.

J'ai ensuite cherché à élargir mes connaissances, en essayant d'aborder la fibromyalgie autrement. Cette envie est venue de la nécessité, pour répondre à mes questionnements, d'un regard croisé entre différentes spécialités et non pas uniquement médical. J'ai donc réalisé une rétrospective de l'émergence de la fibromyalgie, selon un abord historique et sociologique. J'y développe un point se voulant être un début d'explication, non exhaustif, sur le rapport complexe qu'à le corps médical envers cette pathologie.

Dans la deuxième grande partie de cette thèse, je réalise une étude qualitative, en interrogeant directement des médecins généralistes, pour compléter mes recherches théoriques et répondre à mes interrogations. Mon objectif est de comprendre la complexité subjective des actions et pensées des médecins généralistes, confrontés à une situation et un contexte particulier, c'est-à-dire dans ce cas précis, la prise en charge des patients fibromyalgiques.

Au fur et à mesure de la réalisation de mon étude qualitative et de ma thèse, j'ai regroupé mes multiples questionnements en une question de recherche synthétique, qui est la question de mon travail de thèse :
Quelle est la perception et le ressenti des médecins généralistes dans la prise en charge des patients fibromyalgiques ?

PARTIE I : ABORD THEORIQUE SUR LA FIBROMYALGIE

Chapitre 1 : La fibromyalgie, de quoi parle-t-on ?

1.1 La douleur

Avant d'aborder la fibromyalgie, il est important de comprendre ce qu'est la douleur.

L'IASP (International Association for the Study of Pain) définit la douleur comme étant « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle, potentielle ou décrite en ces termes évoquant une telle lésion ». (1)

Nous notons dans cette définition la notion de subjectivité de la douleur avec la possibilité de lésions non objectivables.

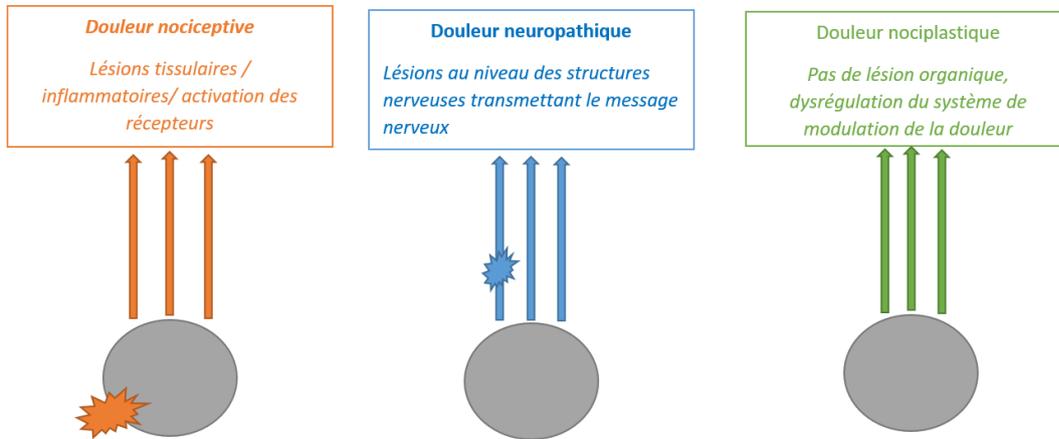
Une des caractéristiques unique de la douleur vient de sa nature multi-dimensionnelle, expliquant une part de cette subjectivité (1). Toutes ses dimensions s'associent entre elles, pour former une expérience unique, propre à chaque individu.

Parmi les différentes composantes, est présente la sensitivo-discriminative, qui correspond à la nature de la douleur, sa localisation, son intensité, sa cinétique. La douleur est également composée de la part émotive-affective, qui correspond à ce que ressent le patient, les émotions désagréables qui accompagnent sa douleur, telles que la peur, l'anxiété ou encore la colère... Enfin, nous retrouvons une composante cognitive, qui correspond à l'interprétation des informations, et qui vont être modulées en fonction du vécu de l'individu, de son environnement et de son milieu culturel (2) (1).

C'est ainsi qu'en adaptant un contexte émotionnel et/ou attentionnel, on peut moduler la douleur.

Une douleur est également caractérisée par sa temporalité. On la décrit comme chronique lorsqu'elle est présente depuis plus de 3 mois. Ses caractéristiques se modifient alors et elle perd son caractère "utile" d'alarme physiologique.

La douleur peut également se caractériser par ses mécanismes physiopathologiques, regroupés en 3 grandes catégories.(3)



On retrouve tout d'abord la douleur nociceptive, définie comme un excès de nociception. La nociception est un mécanisme physiologique assurant l'intégrité corporelle.(2) Elle est décrite par l'IASP comme « une énergie thermique ou mécanique potentiellement dommageable pour les tissus qui est exercée sur une fibre nerveuse spécialisée » (4)

Il s'agit de la perception et de la modulation par le cerveau de l'influx électrique cheminant dans les fibres du réseau nerveux nociceptif et transportant l'information douloureuse. Classiquement, elle est ressentie lors par exemple de coupures, brûlures, mécanismes physiques ou chimiques à type de pression, d'inflammation, etc...

La deuxième grande famille est celle de la douleur neuropathique. Il s'agit d'une douleur provoquée par une lésion au niveau du système nerveux, central ou périphérique. (5)

Enfin, nous retrouvons la douleur nociplastique. Individualisée en 2016 par l'IASP, elle est définie comme « des douleurs liées à une altération de la nociception, sans stimulation des fibres nerveuses périphériques, ni maladie ou lésion évidente du système nerveux central ou périphérique. Il s'agit de réponses exagérées aux stimulus douloureux au niveau de la corne postérieure et au niveau cérébral, avec altération des contrôles inhibiteurs de la douleur » (3). Ce phénomène se nomme "sensibilisation centrale". Il s'agit du mécanisme physiopathologique de la douleur retrouvé dans la fibromyalgie, pathologie que nous allons maintenant détailler.

1.2 La fibromyalgie

La fibromyalgie est une pathologie complexe, ayant fait l'objet de multiples rapports d'orientation et de recommandations (de manière non exhaustive : rapport d'orientation de la HAS en 2010, révision des critères diagnostiques ACR en 2016, rapport de l'INSERM en 2020, ainsi qu'un futur rapport de la HAS prévu en 2024). (6)(7)(8)

Il s'agit d'une pathologie relativement fréquente, dont la prévalence en France est estimée entre 1,4 à 1,6% de la population générale (7)(8,9)(10). Elle touche préférentiellement une population jeune et féminine (90% de prédominance féminine dans la littérature) (7,8). 90% des patients ont moins de 60 ans, avec un pic retrouvé entre 45 et 55 ans.

Le mécanisme physiopathologique de la fibromyalgie est actuellement reconnu, bien que ses origines fassent encore l'objet de recherches scientifiques. Il s'agit d'une douleur nociplastique (classée en tant que tel dans la CIM11 depuis 2019 (9), provoquée par des dysfonctionnements de différents systèmes de régulation de la nociception, phénomène appelé sensibilisation centrale (12). Il s'agit donc d'un vécu douloureux d'un stimulus normalement non douloureux (allodynie), ou bien un vécu douloureux disproportionné par rapport au stimulus (hyperesthésie).

Comment peut-on définir la fibromyalgie ? Il s'agit d'une maladie regroupant des douleurs diffuses, chroniques, musculosquelettiques. Ces douleurs peuvent parfois prendre une allure neuropathique (brûlures, fourmillements, picotements, décharges électriques, dysesthésie, hyperesthésie, allodynie), bien que ce ne soit pas le mécanisme responsable. Comme beaucoup de maladies chroniques, son tableau clinique classique est celui de douleurs de fond associées à des périodes de crises hyperalgiques aiguës (13). Les douleurs sont très souvent associées à d'autres symptômes, tels que la fatigue, les troubles du sommeil, et les troubles cognitifs (7). On retrouve également des comorbidités fréquentes, telles que l'anxiété (prévalence de 60%), la dépression (prévalence de 85%) (14,15) ainsi que le stress post-traumatique, observé chez 15-60% des patients (7).

Le retard diagnostique étant en moyenne de 5 ans en France, il est conseillé au médecin traitant d'évoquer le diagnostic dès que possible, avant même la confirmation par un spécialiste. Le diagnostic de la

fibromyalgie se base essentiellement sur des critères cliniques, pour lesquels l'examen physique est essentiel. Il est normal, même si parfois rendu difficile par l'hyperesthésie/allodynie diffuse des patients(8).

Différents critères ont été publiés concernant le diagnostic de fibromyalgie. En 2016, une révision des critères ACR de 2010 a été publiée, mélangeant différents scores et restant encore les critères officiels à ce jour (SS, IDD) (7,8)(cf. annexe 3). En 2019, d'autres critères ont été publiés, permettant d'inclure des formes moins sévères (diagnostics avec les nouveaux critères de 73% de patients en plus par rapport aux critères de 2016) (4)(16).

La fibromyalgie n'est pas un diagnostic d'élimination. L'objectif des examens complémentaires est d'éliminer des diagnostics différentiels pouvant être concomitants (majoritairement des pathologies auto-immunes et inflammatoires, ou des effets secondaires iatrogènes). L'imagerie est non contributive sauf éléments cliniques singuliers. Une biologie simple, comprenant NFS, VS, CRP, CPK et hormones thyroïdiennes peut être réalisée, le reste dépendant de l'orientation clinique et l'évaluation du praticien (17).

Un auto-questionnaire français, développé en 2010, appelé le FIRST, a été validé dans le dépistage de la fibromyalgie. Il est composé de 6 questions (cf. annexe 2). La positivité à 5 questions sur 6 permet de dépister une fibromyalgie avec une sensibilité et spécificité de 90%. L'avantage de ce questionnaire réside dans sa rapidité d'exécution et sa facilité d'utilisation en médecine générale. (17)

La prise en charge optimale de la fibromyalgie passe par l'éducation thérapeutique des patients (18). Elle passe également par des méthodes essentiellement non médicamenteuses, piliers de la prise en charge(19). Une approche multimodale et multidisciplinaire est recommandée.

Les thérapies non médicamenteuses comprennent l'activité physique (balnéothérapie entre autre), la prise en charge psychologique à type de Thérapie Comportementale et Cognitive (TCC). Celle-ci permet d'agir sur les composantes affectivo-émotionnelles, cognitives et comportementales de la douleur, et donc, par l'intrication des différentes composantes, sur la douleur tout entière. Les TCC utilisent des

méthodes dont l'efficacité a été démontrée, afin, à titre d'exemple, de modifier l'interprétation que les patients ont de leur situation, d'adapter leurs stratégies de coping, ou encore de diminuer l'intensité émotionnelle grâce à la relaxation.

Concernant les prises en charge médicamenteuses, aucun médicament n'a l'AMM (Autorisation de Mise sur le Marché) en France. Selon les recommandations actuelles, les traitements médicamenteux ne sont recommandés que pour les formes sévères. Les antalgiques classiques sont peu efficaces, et souvent décevants. Selon L'EULAR, il est possible d'utiliser de l'Amytriptiline, Prégabaline, Duloxétine, Tramadol. En revanche, certains médicaments sont fortement déconseillés (7,17,19) parmi lesquels la famille des corticostéroïdes, les antalgiques opiacés de palier III, ainsi que les benzodiazépines.

La fibromyalgie ne fait pas partie des pathologies pouvant entrer dans le cadre d'une ALD (affection longue durée), suite à l'avis de l'académie nationale de médecine rendu en 2023 (11).

Chapitre 2 : La fibromyalgie, origines diverses et rapports complexes

2.1 Rétrospective de l'émergence de la fibromyalgie, abord historique et sociologique

La manière dont cette pathologie a émergé et pris de l'ampleur dans nos sociétés est intrinsèquement liée à son rapport avec le monde médical.

La fibromyalgie est une maladie décrite depuis plusieurs siècles dans la littérature médicale. Il a fallu toutefois attendre le XXème siècle pour que le concept se diffuse, se développe, et attise la curiosité du corps médical. (15)

En 1904, le neurologue anglais William GOWER développe le terme de fibrositis (20). Ce terme définit une forme de rhumatisme musculaire provoqué par une inflammation des tissus fibreux recouvrant les muscles. Il entre dans les manuels de médecine américaine dans les années 1970(15), et sera pendant plusieurs années le principal terme utilisé pour décrire des patients souffrants de douleurs chroniques généralisées sans explication retrouvée .

Le terme fibromyalgie est quant à lui utilisé pour la première fois dans la littérature scientifique en 1976 par Hench. Toutefois, il semble que le point de départ de la diffusion de ce concept démarre d'un article de 2 médecins canadiens, Smythe et Moldofsky, en 1977 (9,15,20).

A partir des années 1980 aux Etats-Unis, le concept de la fibromyalgie a été progressivement diffusé par le milieu médical, mais également rapidement par un espace social plus large, regroupant des associations de patients. Les firmes pharmaceutiques commencent, en parallèle des recherches scientifiques et des publications médicales, à réaliser les premiers essais cliniques contrôlés portant sur les symptômes de la fibromyalgie en 1981(14).

En 1990, l'ACR (American College of Rheumatology), émet des critères et produit une description clinique de cette pathologie, non sans contestation par le corps médical(9,15).L'intérêt des firmes pharmaceutiques se renforce, l'apparition de critères diagnostiques permettant l'ouverture à des remboursements de traitements par le système d'assurance privée américain. A partir des années 1990, une course au développement des médicaments commence, avec l'augmentation de manière exponentielle des publications sur le sujet (9).

En 1992, l'OMS reconnaît la fibromyalgie comme maladie, et l'inscrit dans la classification internationale des maladies de la CIM10 (en tant que rhumatisme non spécifié)(9). Une première révision est effectuée en 2006, avec le passage en code M79.7, classant la fibromyalgie parmi les maladies musculosquelettiques et du tissu conjonctif, puis une seconde en 2019, qui la classe dans la CIM11 en tant que douleur nociplastique (7).

De façon concomitante au développement par le comrps médical et par les firmes pharmaceutiques, de nombreux réseaux d'entraide communautaire sont créés aux Etats-Unis. Ils se structurent en association avec l'aide de l'industrie pharmaceutique, et bénéficient d'un budget conséquent, dont 40% sont financés par des compagnies privées (9).

Dans l'histoire du développement de la fibromyalgie, le rassemblement des communautés d'entraides est un élément clé du processus de médicalisation(9). En Europe, des associations nationales

fédérant des associations locales naissent dans les années 1990-2000. En 2008, le réseau européen des associations de patients fibromyalgiques (European Network of Fibromyalgia Association) obtient la signature par les députés européens d'une déclaration à l'adresse de la Commission et du Conseil invitant les Etats membres à reconnaître la fibromyalgie comme une maladie. Également, l'association de patients Fibromyalgie France-Union des Adhérents Fibromyalgiques (UFAF), après avoir sollicité l'aide du Président de la République dans une lettre ouverte, permet l'élaboration du rapport d'orientation de la HAS en 2010. Les groupes de patients ont joué un rôle essentiel dans la diffusion de l'information(15). Ils servent de contre-pouvoir face aux doutes présentés par le monde médical, et participent à la formation de l'identité de la maladie (21).

Dans les années 2000, les firmes pharmaceutiques développent une politique plus agressive dans la diffusion de la notion de la fibromyalgie, en participant à l'organisation de nombreux congrès médicaux, comme les laboratoires PFIZER et ELI LILLY qui financent de multiples sessions du congrès de l'ACR, ou encore le laboratoire PIERRE FABRE qui sponsorise les conférences de l'EULAR(9). Progressivement, on retrouve une popularisation du concept par les congrès médicaux, la communication des laboratoires, des compagnies d'assurances ainsi que des associations. Les sociologues décrivent ce phénomène, dans lequel les médecins ne se retrouvent plus acteurs principaux de la médicalisation (15).

En 2007, le premier médicament ayant parmi une de ses indications la fibromyalgie est commercialisé par le laboratoire PFIZER aux Etats-Unis, malgré des études de faible niveau de preuves(8,22). Il s'agit du Lyrica (Prégabaline).

En 2008 et 2009 respectivement, ELI LILLY et PIERRE FABRE commercialise la Duloxétine et le Milnacipran après accord de la FDA dans le traitement de la fibromyalgie (refusé par l'Agence Européenne), malgré des études également de faibles niveau de preuves (7,9,15).

En Europe, aucun médicament n'obtient l'AMM dans l'indication du traitement de la fibromyalgie. Plusieurs documents de références sont publiés sur la fibromyalgie, notamment en France. (Rapports d'orientation HAS 2010, INSERM 2020, Futur rapport de la HAS prévu en 2024).

2.2 Le rapport complexe entre le corps médical et la fibromyalgie, problématiques connues et inconnues, objectif d'étude

En 2007, Elodie Cavro, psychologue clinicienne, rédige un écrit résumant la problématique de la douleur chronique, ainsi que celle de la fibromyalgie : « Dire que la douleur est un phénomène complexe et multidisciplinaire est devenu banal. Dire qu'il n'existe pas une mais des douleurs, aussi. (...) Néanmoins, il semble que nous butions encore sur les mêmes questions ». (23)

Le rapport entre la fibromyalgie et le corps médical, comprenant les médecins généralistes, reste encore complexe à l'heure actuelle. Plusieurs hypothèses peuvent expliquer ce phénomène. Sa non-visibilité peut participer, certains médecins considérant qu'une douleur non validée par une pathologie documentée est moins authentique et digne d'attention. L'idée d'une part de construction sociale de la pathologie, associée à des facteurs psychologiques et psycho-sociaux participent à renforcer ce phénomène (21). Le faible prestige de la pathologie parmi la hiérarchie médicale et culturelle des maladies peut également être une piste d'explication.

Très peu d'études ont toutefois abordé la problématique via le regard des médecins généralistes. Il paraît essentiel d'investiguer comment les médecins généralistes perçoivent la fibromyalgie, et découvrir puis analyser leur ressenti lorsqu'ils y sont confrontés.

Ainsi, j'ai réalisé une étude qualitative auprès de médecins généralistes du Grand-Est, par entretiens semi-dirigés, ayant pour but d'explorer la perception et le ressenti des médecins généralistes dans la prise en charge des patients fibromyalgiques, afin d'essayer d'analyser le rapport complexe entre cette catégorie de médecins à laquelle j'appartiens et ces patients.

PARTIE II : Matériel et méthode

Chapitre 1 : Type d'étude

L'étude repose sur une méthode qualitative, basée sur des entretiens semi-dirigés, au nombre de 9, auprès de médecins généralistes libéraux de la région Grand-Est.

L'analyse qualitative a été préférée à une analyse quantitative. Cette analyse qualitative, inductive, a été inspirée de l'analyse par théorisation ancrée.

Cette technique a permis d'obtenir des résultats plus riches et plus personnels qu'un questionnaire quantitatif, et est définie comme la technique la plus appropriée pour l'étude des comportements et des pratiques.

Les entretiens semi-dirigés ont été retenus pour permettre au médecin de parler du sujet avec des possibilités d'ouverture tout en gardant l'utilisation d'un guide d'entretien par l'enquêteur pour permettre une exhaustivité dans les thèmes recherchés.

Les entretiens se sont déroulés en face à face/présentiel, pour permettre le recueil des attitudes non verbales, difficiles à percevoir autrement.

Les entretiens avaient pour but d'explorer plusieurs domaines d'expertises domaines :

1. L'expérience générale du médecin sur la fibromyalgie
2. La perception/la représentation personnelle de la fibromyalgie par les médecins généralistes
3. La place du médecin généraliste dans la prise en charge de la fibromyalgie
4. Le ressenti des médecins généralistes dans la prise en charge de ses patients

Chapitre 2 : Question de recherche

Cette étude avait pour but de chercher des éléments de réponses à la question suivante : Quelle est la perception et le ressenti des médecins généralistes dans la prise en charge des patients fibromyalgiques ?

Pour développer cette question de recherche, des recherches bibliographiques ont été menées sur différents sites. Les supports bibliographiques ont été Cismef, Pubmed, Cain, Clinical Student, ainsi que les rapports des hautes autorités de santé.

Les mots clés utilisés ont été : fibromyalgie, syndrome fibromyalgique, médecine générale, soins primaire, relation médecin/patient, douleurs nociplastiques, sensibilisation centrale, attitude relationnelle médecin/malade, modèles biomédicaux, modèle bio-psycho-sociaux, mécanisme de défense, coping

(Mots clés MeSH : fibromyalgia, general practice, primary health care, physician-patient relations, central nervous system sensitization, defense mechanism, adaptation, psychological)

Chapitre 3 : Objectif de l'étude

L'objectif principal était d'essayer de comprendre et d'analyser le ressenti et la perception des médecins généralistes dans la prise en charge des patients fibromyalgiques.

Chapitre 4 : Population de l'étude/méthode de sélection de l'échantillon

Des médecins généralistes de la région Grand Est ont été sélectionnés, avec pour objectif la constitution d'un échantillon diversifié en termes de lieu d'exercice, d'âge et de sexe.

Les médecins ont été contactés par téléphone ou mail avec présentation de l'étude et recueillement du consentement verbal.

Un critère d'inclusion a été choisi dans le cadre de cette étude : Exercer la médecine générale.

La taille de l'échantillon a été déterminée à posteriori.

Bien que le phénomène de saturation de données soit recherché, il semble ambitieux de déclarer une saturation de données au vu de la formation de la chercheuse en recherche qualitative. Toutefois, l'objectif tendait au maximum à arriver à cette saturation de donnée, c'est à dire jusqu'à ce que tout nouvel entretien n'apporte plus de nouveau concept supplémentaire.

Chapitre 5 : Déroulement de l'étude

La phase de réalisation des entretiens semi-dirigés s'est déroulée sur une période de 9 mois, allant du 22/06/2023 au 15/03/2024.

5.1 Recueil des entretiens semi-dirigés (méthode, lieux)

Les entretiens étaient réalisés, de manière individuelle pour la plupart au cabinet des médecins généralistes, ou à leur domicile en fonction de leur disponibilité. Ces lieux permettaient que le médecin interrogé se trouve dans un endroit de confiance. L'heure de l'entretien était déterminée par le médecin interrogé afin que cela le libère de toute contrainte de temps. Ces derniers étaient de durée variable, de 13 minutes à 45 minutes.

L'entretien était enregistré sur 2 téléphones, après accord verbal du médecin. Il n'y avait pas de prise de note conjointe. L'intégralité des données ont été retranscrites à posteriori sur support écrit, complétées par les notes d'observation d'attitude non verbale (silence, soupir, sourire, émotions et communication non verbale), le plus fidèlement possible. Ils ont ensuite été anonymisés pour la retranscription intégrale, sous forme numérique grâce au logiciel de traitement de texte Word 2016. Chaque médecin portait la lettre "M", suivi du chiffre correspondant à l'ordre chronologique de la réalisation de l'entretien. L'enquêteur était désigné par la lettre "L".

Un minimum de commentaires ont été formulés pendant les entretiens, de façon à que les praticiens puissent exprimer le plus librement possible leur questionnements et cheminement de pensée. L'enquêteur n'avait reçu aucune formation au préalable, cependant, des recherches sur le sujet ont été faites afin de se former à cette technique, ainsi qu'une formation dispensé par le DMG (département de médecine générale).

5.2 Grille d'entretien

Une grille d'entretien a été rédigée avant le début des entretiens. Cette dernière était flexible quant à l'ordre et à la formulation des questions.

Le guide avait pour but de servir de “pense bête”, afin que tous les thèmes listés soient abordés durant l’entretien. L’objectif étant que le médecin interrogé parle librement, le guide permettant de recentrer la discussion autour du thème. Il ne constitue par un cadre strict, les thèmes pouvant être abordés dans un ordre à chaque fois différent.

Des relances étaient prévues afin de ne pas ignorer des sujets hors guide, spontanément abordés par le médecin interrogé.

- Pouvez-vous présenter votre mode d'exercice ?
 - Homme ou femme
 - Depuis combien de temps exercez-vous la médecine générale ?
 - Milieu d'exercice : urbain, semi rural, rural ?
 - Médecin remplaçant ou installé ?
 - Maître de stage ?

- A quoi pensez-vous quand vous entendez le mot fibromyalgie ?

- Comment percevez-vous personnellement le mot fibromyalgie ?

- Si vous deviez résumer la fibromyalgie en 3 mots, quels seraient-ils ?

- La fibromyalgie est-elle selon vous une maladie ? Pourquoi ?

- Pouvez-vous me parler d'un patient fibromyalgique que vous suivez ou que vous avez suivi et qui vous a marqué ?

- Quelles sont les plaintes principales de vos patients fibromyalgiques ?

- De votre expérience, quelles sont les caractéristiques et les profils de vos patients fibromyalgique ? Arrivez-vous à dégager des profils ?

- Comment cela se passe-t-il quand vous avez une suspicion de fibromyalgie parmi vos patients (donc patient non diagnostiqué) ?
 - Expériences personnelles, symptômes qui font penser à une fibromyalgie ?

- Comment expliquer la fibromyalgie à vos patients ? Quelles sont leurs principales interrogations ou leurs questionnements ?

- De quelle manière est réalisé le diagnostic et l'annonce du diagnostic à vos patients fibromyalgiques ?
 - Adressage systématique à des spécialistes ?
 - Bilan ? Expérience personnelle
 - Si oui lesquels ?
 - Pourquoi l'adressage ? Méconnaissances ? Mal à l'aise à l'idée de réaliser un diagnostic ?
 - Rôle du CETD ?

- Pour vous, quelle est la place du médecin généraliste dans la prise en charge de la fibromyalgie ?

- Que ressentez-vous face à ces patients ? Quelles émotions vous inspirent ces patients ?
- Pour vous, y a-t-il une physiopathologie dans la fibromyalgie ? Si oui, quelle est-elle ?
- Comment se passe la prise en charge de vos propres patients fibromyalgiques sur le plan des traitements ? De votre expérience :
 - Place des thérapeutiques médicamenteuses (opioïdes ?)
 - Thérapeutiques non médicamenteuses ?
 - Paramédicale (kiné, psy ?)
- Avez-vous l'impression d'avoir été suffisamment formé ?
- Est-ce que vous pensez que le fait que les patients soient diagnostiqués fibromyalgiques peut induire un retard diagnostic d'autres pathologies ?
- Quel est la place de l'accompagnement et de l'éducation chez vos patients fibromyalgiques ?
- Vous êtes-vous déjà senti en difficulté face au patient fibromyalgique ? Pourquoi ? En impasse thérapeutique ?
- La fibromyalgie est-elle une pathologie particulièrement difficile à prendre en charge au cabinet selon vous ?
- Comment arrivez-vous à gérer le temps des consultations des patients fibromyalgiques ?
- Avez-vous connaissance d'antécédents de violences sexuelles, physiques, psychiques ou morales chez vos patients fibromyalgiques ?
- Au niveau de vos patients fibromyalgiques, est-ce que vous retrouvez au niveau de l'entourage il y a des choses aussi, est ce qu'au niveau des patientes, au niveau social, au niveau du mode de vie ? Est-ce que dans vos patientes il y a des histoires de vie un peu compliquées ?
Au-delà des violences ?
- Pensez-vous avoir plus de difficultés relationnelles avec vos patients fibromyalgiques qu'avec vos autres patients ?
- Par comparaison à un patient présentant une douleur chronique sur une lésion clairement identifiée, ressentez-vous plus de difficultés à les prendre en charge ?

- Avez-vous déjà ressenti un sentiment d'épuisement ?
- Avez-vous déjà eu l'impression que les patients fibromyalgiques étaient plus demandeurs de soins, et d'exams complémentaires ? Comment avez-vous pris en charge cette demande ?
- Que pensez-vous de la mise en place d'une ALD pour la maladie fibromyalgie ?
- Seriez-vous intéressé par la réalisation d'un outil aidant au diagnostic et à la prise en charge des patients fibromyalgiques ?
- Pour finir, pourriez-vous me résumer, selon vous, quelle est la place du médecin généraliste dans la prise en charge de la fibromyalgie ?
- Avez-vous des remarques, observations ou choses à rajouter ?

5.3 Retranscription des entretiens

La transcription des données a été réalisée en VERBATIM, enrichi de commentaires pour signifier les moments de silence et d'interruption de l'entretien par un événement. Ces derniers ont été ajoutés en italique. Les données ont été anonymisées lors de la retranscription.

Chapitre 6 : Analyse des entretiens

Une analyse inductive inspirée de l'analyse par théorisation ancrée a été réalisée. Les entretiens ont été réalisés de manière séparée. Le codage a été réalisé manuellement.

L'analyse des données socio-anthropologiques a été effectuée par un autre médecin n'ayant pas participé à l'élaboration des questionnaires pour permettre une triangulation, pour deux entretiens.

L'analyse a été réalisée en plusieurs temps. Dans un premier temps, les verbatim ont été relus pour en dégager le sens général et identifier les différents thèmes et sous thèmes abordés.

Dans un second temps, nous avons pratiqué une découpe des verbatim avec autant d'unités abordées. Un code a été attribué à chaque idée extraite. Cette méthodologie permettant de faire ressortir au mieux le vécu et l'expérience de l'enquête en transformant progressivement les codes en concepts généralisables.

Chaque nouvel entretien a été analysé avec les codes déjà ressortis précédemment et complété par de nouveaux, en fonction des informations retrouvées dans le nouveau verbatim.

Pour finir, une synthèse des codes a été effectuée en regroupant les thèmes et sous thèmes abordés dans la totalité des entretiens en s'appuyant sur le guide d'entretien avec objectif de conceptualiser de façon cohérente les propos recueillis.

PARTIE III : RÉSULTATS

Chapitre 1 : Caractéristiques des médecins généralistes

9 médecins généralistes, exerçant tous dans le Grand Est, ont participé à ce travail de recherche. Leurs caractéristiques ont été résumées dans le tableau ci-joint.

Sexe		
Homme	2	22,2%
Femme	7	77,7%
Expérience du médecin généraliste		
<10 ans	3	33,3%
>10 ans	6	66,6%
Milieu d'exercice		
Rural	2	22,2%
Semi-rural	4	44,4%
Urbain	3	33,3%
Type d'exercice		
Activités		
Remplaçant	0	0
Installé	9	100%
Type de structure		
Cabinet seul	2	22,2%
Association	5	55,5%
Maison de santé pluridisciplinaire	2	22,2%
Médecin pratiquant des médecines complémentaires		
Acupuncture	1	11,1%
Micronutrition	1	11,1%
Homéopathie	1	11,1%

Chapitre 2 : Relation de soin complexe et émotionnellement forte

2.1 Des facteurs de risques de relations complexe

2.1.1 Psychologie complexe et profils caractérisables

Les patients fibromyalgiques sont perçus par les médecins généralistes comme ayant des caractéristiques bien particulières, notamment un profil caractérisable et spécifique. Ce ressenti est de l'ordre du subjectif. Bien que la pathologie soit invisible, les médecins "sentent" les patients.

(4) « *Après je ne sais pas, on le sent un petit peu* »

(9) « *Souvent il y a un contact un peu particulier je trouve* »

Ces derniers sont dépeints par les médecins généralistes comme ayant une composante anxieuse générale prédominante. Ils sont qualifiés d'instables, avec parfois une labilité émotionnelle. En ressort la description d'une psychologie complexe, avec une gestion du patient décrite comme étant parfois difficile.

(8) « *C'est compliqué (petit rire gêné) parce que le le... Le problème c'est le, ouais, la psychologie de ses patients, c'est peut-être un cas particulier chez moi, je pense qu'on peut pas faire de généralité, mais ils sont compliqués à gérer.* »

Une autre difficulté relationnelle décrite par la majorité des médecins est la communication de ces patients, cette dernière étant majoritairement centrée autour de la plainte. Ces plaintes sont parfois même utilisées comme aide diagnostic par certains.

(2) « *On les a déjà vu 150 fois dans l'année parce qu'ils sont venus se plaindre de quelque chose* »

(9) « *Et quand on les revoit et qu'à chaque fois c'est des plaintes un peu ... et souvent c'est des consultations qui durent, et souvent ils disent après à oui et puis aussi j'ai mal là, et puis là, et aussi la... il n'y a pas de lien...enfin je ...enfin je vois pas de lien entre un traumatisme et ... entre*

l'orientation, la localisation de la douleur et le traumatisme, ou le lien entre le traumatisme et la plainte ...voilà... c'est plutôt comme ça que je l'évoque »

Les médecins généralistes perçoivent ces patients comme ayant des émotions exacerbées, leur semblant parfois excessives, allant jusqu'à l'idée d'une théâtralisation.

(9) « (...)Poly-plaintifs, souvent un peu théâtral comme ça, souvent avec des pleurs excessifs des fois, et toujours à vouloir plus de médicaments quoi »

(9) « Elle est tendue tellement elle est douloureuse, et puis elle pleure, et puis machin »

Les caractéristiques psychologiques des patients fibromyalgiques semblent redondantes et partagées par les différents praticiens. On y retrouve l'idée que ces patients sont pour la plupart exigeants, intolérants à de multiples propositions thérapeutiques. Il est également perçu une mise en échec du patient envers le soignant, potentiellement volontaire et consciente.

(3) « Tout ce qu'on peut proposer peut-être mis en échec donc on peut se retrouver en difficulté oui. »

(9) « Ouai...et puis souvent ils ne tolèrent pas beaucoup de médicaments non plus... et pourtant ils sont quand même demandeurs de médicaments, donc c'est un peu paradoxal. »

Ces patients sont également dépeints comme étant à risque de mésusage, avec une multitude de thérapeutiques utilisées pour essayer de les soulager. Ils sont parfois poly consommateurs de soins, puisant dans de nombreuses explorations complémentaires et avis de spécialistes. L'idée de bénéfices secondaires est parfois retrouvée, avec des patients multipliant les arrêts de travail, et tendant à se réfugier derrière leur pathologie. Leur attention se focalisant alors majoritairement sur la maladie, et non sur la guérison.

(7) « Et puis elle avait plusieurs types de douleurs, (...), avec doliprane, valium, doliprane codéiné, Lamaline, Skénan, fin... »

(6) « J'ai l'impression qu'elles se réfugient derrière ce mot fibromyalgique et finalement, du coup ben on essaye de faire des choses mais bon, ben non, je suis fibromyalgique. »

2.1.2 Patients avec des bagages de vie lourds à porter

Les patients fibromyalgiques sont perçus par les médecins généralistes comme étant des patients ayant fréquemment subi des violences ou des événements de vie traumatisants. Ces violences sont diverses : psychologiques, physiques, verbales, sexuelles... On retrouve également une prévalence élevée de syndromes post-traumatiques. Les violences sont souvent faites par les proches, notamment les conjoints ou la famille. Ces bagages de vie, lourds à porter, semblent faire partie intégrante de la perception des médecins généralistes. Ils deviennent des confidentes, et des acteurs de santé permettant au patient de s'exprimer sur ses souffrances.

(2) « Mais avec le temps, on retrouve une espèce de traumatisme assez profond non négligeable souvent dans le passé et plutôt lointain quand ils ont déjà un certain âge. Un traumatisme physique ou psychologique qui peut peut-être jouer ou à mon avis (...) pour la suite. »

(5) « J'ai en tout cas, après pareil c'est juste mon expérience personnelle, mais j'ai beaucoup de patientes fibromyalgiques que j'ai vu qui ont été victimes d'une de ces 3 violences la »

« Il y a un toujours un problème avec le conjoint »

(6) « Quand je disais un peu histoire de vie, c'est vrai que j'en ai quelques-unes quand on creuse un peu il y a souvent eu, alors pas forcément des violences physiques, mais des maltraitances psychologiques, souvent au sein d'un couple »

Les patients fibromyalgiques sont perçus comme ayant un environnement de vie défavorable. Ils sont représentés comme des personnes non équilibrées. On y retrouve l'idée de patients précaires, avec des problèmes de socialisation, tant au niveau personnel/familial, que dans le monde professionnel. Plusieurs praticiens soulignent la dépendance financière de patientes, entretenant parfois un cercle

vicieux. Les patients sont décrits comme relativement isolés, pouvant jouer un rôle aggravant dans la pathologie.

(6) « Hum. Alors j'en ai pas mal qui sont déjà retraitées et sinon les personnes actives non elles ne travaillent pas. »

(7) « Ca a un gros impact quand même, moral, sur le quotidien, social pour la vie de famille, pour le conjoint, enfants, relationnel, et arrêt de travail plus plus. »

Toutes ces caractéristiques détaillées précédemment expliquent en partie que les médecins généralistes perçoivent cette maladie comme une maladie handicap, facteur de limitation important. Handicap via les douleurs, invalidantes, mais également un handicap via l'impact relationnel de la pathologie, son impact social, et les répercussions psychologiques et personnelles qui en découlent.

(7) « Elles disent ça va pas avec mon mari parce que tatati, et euh ça je peux pas faire avec mes copines parce que j'ai mal, je peux pas aller jouer avec les enfants parce que j'ai mal, euh au niveau du boulot ben je pourrai pas faire ça ça et ça, au début j'aurais bien voulu faire ça comme métier mais je me rends bien compte que je peux pas ... »

2.1.3 Prise en charge complexe

La fibromyalgie est une pathologie perçue comme complexe à prendre en charge par les médecins généralistes.

Des comorbidités sont fréquemment retrouvées chez ses patients : dépression, anxiété, l'asthénie sont majoritairement décrites, parfois associées à d'autres pathologies comme l'endométriose, les céphalées, et le syndrome de l'intestin irritable.

(2) « Après souvent aussi des maladies qui sont liées, les femmes fibromyalgiques souvent il y a une notion d'endométriose »

(5) « *Oui, ouai. De mon expérience c'est vraiment quelque chose de fréquent (en parlant de la dépression).* »

La fibromyalgie est également comparée à d'autres pathologies, souvent avec des caractéristiques plutôt péjoratives. On retrouve l'association à des pathologies psychiatriques, mais également des colopathies fonctionnelles et céphalées. Un médecin compare également ces patients aux malades atteints de Parkinson.

(1) « *Tu sais c'est comme les parkinsonien, quand ils arrivent comme ça (fait une mimique visage rigide et froid), parce qu'ils ont pas de dopamine et au final les fibromyalgiques c'est un peu le même terrain que les parkinson.* »

Les patients sont également décrits comme étant chronophages. Comme l'on pouvait s'y attendre, le fait que ces patients nécessitent plus de temps de consultations semble être un frein et un facteur limitant à leur prise en charge.

(1) « *On a pas toujours le temps de les prendre en charge* »

(3) « *Il y a un côté psychologique à aborder, et ça ben c'est des consultations qui débordent.* »

(4) « *Mais ça fait partie, on sait que la consultation est plus longue, parce qu'ils ont besoin de plus de temps, donc ça on le sait. C'est pas que je les reçois mal, mais je me dis déjà pff (rire) ça va durer un peu plus longtemps que certains autres.* »

On retrouve une difficulté des médecins généralistes à communiquer avec ces patients. Cela peut parfois impacter la relation soignant-soigné. La communication dans l'information, le suivi, le diagnostic, sont variables en fonction des profils des médecins généralistes. On retrouve parfois une incompréhension entre ce que comprend le patient, et ce que le médecin veut faire passer comme message. Cela peut parfois mener à des situations de tensions entre les différents acteurs du soin.

(7) « C'est quand même pas une consultation facile, elle est longue, il faut se prendre le temps, hum je repense à la numéro 2 la première fois elle s'est quand même énervée ».

(9) « J'ai déjà une fois essayé avec la jeune ben justement qui a aussi ses parents, j'avais évoqué que ça pouvait être aussi psychologique, et elle est revenue une semaine après, en me disant que j'avais dit qu'elle était folle, qu'elle n'avait pas aimé que je dise ça. »

2.2 Un patient miroir

Certains médecins généralistes décrivent les patients atteints de fibromyalgie comme un patient miroir.

Le patient se retrouve à être le reflet de l'échec thérapeutique du médecin.

(1) « Cela nous met face à nos propres limites et on n'a pas beaucoup de réponses. »

(5) « Ça te renvoie à ton échec de thérapeute. »

2.2.1 L'échec du médecin, reflet de l'échec de la prise en charge

La relation du médecin avec le patient fibromyalgique est décrite comme émotionnellement riche, avec une multitude d'émotions ressenties. Les médecins ressentent une sensation d'échec. Cette dernière est présente dans la quasi-totalité des entretiens, et impacte directement la relation entre les médecins généralistes et leurs patients. On retrouve des émotions à connotations négatives, telles que l'inutilité, l'impuissance, la pénibilité.

Ces situations d'échecs thérapeutiques provoquent chez les médecins généralistes de la déception, de l'irritation, de la tension, voire de l'exaspération. On retrouve la description d'une souffrance bilatérale partagée par le patient et le médecin. Il existe un épuisement affectif du médecin. La sensation que l'investissement du médecin n'est pas récompensé provoque une diminution de la qualité de la prise en charge, et in fine, un désinvestissement de cette dernière.

(1) « C'est d'ailleurs pour ça qu'on aime pas trop voir les patients fibromyalgique au cabinet, parce que quand on le voit on se dit pu.... mais qu'est-ce que je vais encore faire quoi. Et ça c'est quand même très gênant. »

(2) « Mais je pense que c'est par la suite pour eux car je les aide, j'en suis consciente, donc je ne les jette pas. Donc je prends sur moi du moment que ça peu un peu marcher je vais pas non plus les stimuler pour partir au plus vite mais si jamais le courant passe pas et ils sont pas prêts à entendre finalement c'est une souffrance qui devient réciproque »

(4) « Même quand ils reviennent, oulala on se dit qu'est-ce que je vais encore pouvoir faire »

Les médecins se protègent en développant plusieurs mécanismes de défenses que l'on observe lors des entretiens. On observe fréquemment l'utilisation de l'humour. D'autres réalisent des manœuvres d'évitement. Malgré tout, on retrouve une volonté de faire fi de ses sentiments pour avancer et prendre en charge le patient.

(8) « Je botte en touche. » « Ecoutez, c'est quand même pas très satisfaisant notre prise en charge, ni vous ni moi n'êtes satisfait. »

(9) « Faut l'écouter quand même ... et puis voilà le temps de la consultation...il faut quand même se forcer. »

La plupart des médecins généralistes ne se sentent pas légitime à prendre en charge cette pathologie. La peur du jugement est retrouvée à plusieurs reprises. Jugement par les pairs, par les patients, et également par le chercheur lors de l'entretien.

(4) « Je ne suis pas médecin acupuncteur, je ne suis pas machin je ne sais pas quoi leur proposer à part les écouter, je suis peut-être trop basique dans mon truc »

Ces différentes émotions négatives provoquent un rejet du corps médical envers ses patients. Par les généralistes d'une part, mais également par les différents spécialistes.

(2) « Bon après (...) ça ne m'arrache pas les veines quand ils partent donc c'est pas tant ce qui me met en difficulté, mais ce qui me rend vraiment heureuse c'est quand je vois que je peux rien pour lui et qu'il part. »

(8) « Honnêtement, je crois qu'il y a aucun médecin qui aime, pour être tout à fait franc, j'en suis à peu près sûr". J'imagine un spécialiste qui fait ça du matin au soir, il s'arrache les cheveux.je... (rigole)... c'est pas possible. (...)C'est comme le gastro-entérologue avec les colopathes. Il fuit quoi, il fuit »

(9) « Bon après de toute façon les spécialistes à part vous, qui êtes dans la médecine de la douleur, mais sinon tout le monde les rejette. »

2.2.2 Patients et praticiens en demande d'aide

Les patients fibromyalgiques sont perçus comme étant en situation de détresse. Ils sont demandeurs d'aide et de réassurance, en attente d'une solution "miracle" qui serait apportée par le médecin traitant. De manière similaire, les médecins généralistes présentent également une demande d'aide et réassurance en association, parfois compensée par la prescription d'examens complémentaires.

(1) « Alors la relation en fin de compte, t'as le patient (...) il cherche chez toi une solution un peu miraculeuse, après qu'il est fait beaucoup de choses, ça c'est déjà une première chose. »

(4) « Je pense que c'est nous qui incitons aussi, mais je pense que l'on a besoin d'être nous aussi rassuré dans le diagnostic de cette pathologie »

Chapitre 3 : Une maladie étiquette

3.1 Sujet tabou

La fibromyalgie est empreinte de tabou. Ce tabou semble relatif à la souffrance psychique des patients mais également directement à la pathologie. A l'énoncé du sujet, on retrouve fréquemment des silences

et onomatopées, associés parfois à une sensation de malaise. Ce ressenti s'observe par le langage verbal et non verbal. On retrouve de façon répétée des rires gênés à l'énoncé de questions.

(5) « *Je connais pleins de rhumatologues qui n'osent pas prononcer ce mot-là devant les patients, et mettre le doigt là-dedans.* » « *Moi j'ose pas trop prononcer le mot non plus.* »

(8) « *C'est compliqué (petit rire gêné).* »

(9) « *Hum humg (rires)... AAAH (rires)... galère (rire puis silence).* »

Les praticiens perçoivent cette pathologie comme un fardeau. La fibromyalgie est souvent décrite comme une maladie étiquette que porte les patients. Elle les accompagne au quotidien. Cette étiquette est péjorative, classant le patient dans une catégorie de patient difficile, complexe et présentant les caractéristiques que nous avons déjà détaillé plus haut. En découle un a priori assez fort, décrit et ressenti par les médecins.

(4) « *Ouf... à des problèmes compliqués (rires) ou à des patients compliqués.* »

(5) « *Une fois que tu l'as dit au patient, après si un professionnel de santé l'a dit en général ils restent fixés là-dessus.* » « *Bon c'est vrai que quand tu as des patients fibromyalgiques elles ont toujours une étiquette.* »

(6) « *Parce que pour moi finalement, ça ne va pas trop changer ma prise en charge, parce que c'est des personnes qui ont mal, et je me dis que je vais traiter la douleur puis accompagner, et puis un peu dans le sens ou quand on met ce diagnostic-là, c'est un peu cette étiquette qu'elles ont après, et vu que pour moi c'est un peu négatif, j'ai pas envie de donner cette étiquette à quelqu'un.* »

Les médecins généralistes perçoivent cette pathologie comme étant non noble et non attractive. On retrouve de manière sous-entendue, lors de plusieurs entretiens l'idée que la fibromyalgie, par son invisibilité, serait inférieure à une pathologie visible. L'absence de preuve perçue rend la prise en charge plus délicate. Une pathologie invisible ne dispose alors pas des mêmes chances et n'est pas caractérisée

de la même façon qu'une pathologie visible. Cette vision vient renforcer le rejet qu'ont les médecins généralistes à l'égard de ces patients. Certains praticiens déclarent ouvertement ne pas être intéressé par ce genre de pathologie.

(8) « *Je ne suis pas passionné par le sujet et le cadre nosologique.* »

(9) « *Il y a des motifs qui nous touchent plus que d'autres mais quand on sait que cette patiente a perdu un fils je sais pas quoi, elle a un vécu horrible on se dit bon ... mais ... ceux qui ont ...pleins de plaintes et qui refusent d'admettre qu'il y a une composante psychologique euh... ouai... fin.... On a envie de leur dire je peux plus rien faire pour vous quoi.* »

Au-delà de la classification péjorative de la maladie, on retrouve l'idée que la fibromyalgie obscurcit la prise en charge d'autres pathologies en prenant toute la place. Elle induit ainsi une perte de chance pour les patients : sont décrits des retards diagnostiques ainsi qu'une moins bonne prise en charge des dépistages (vaccinations entre autres).

La prise en charge n'est pas égale. Certains praticiens considèrent même qu'il vaut mieux ne pas l'évoquer pour éviter de porter préjudice au patient, le diagnostic apportant plus de problèmes que de bénéfices. La fibromyalgie va parfois servir aux patients de refuges, redirigeant leur attention sur la maladie plutôt que sur l'objectif de guérison.

(8) « *Ben après le problème c'est quand tu vas chez le spécialiste avec cette étiquette, il n'y a aucune chance, mais aucune chance qu'elle puisse se faire opérer d'une épaule ou des coudes.* »

"Souvent, je lui dis qu'il ne faut pas le dire. »

(9) « *Oui ou c'est plus que les moins plaintifs c'est plus ciblé, et puis on a pas forcément le temps de réfléchir au reste, à la prévention, à des choses voilà, au dépistage, le vaccin, avec eux on y pense pas tellement on est juste obnubilé par combien de temps ça va durer, en espérant qu'on arrivera cette fois à l'expédier rapidement.* »

On retrouve au-delà de la perte de chance et de l'étiquette péjorative certains préjugés.

(1) « *C'est des gens ils ont pas de pep's, ils sont jamais heureux, ils sont jamais débordants de joie.* »

(2) « *Je ne sais pas des fois je me demande si ce sont pas aussi les prénoms qu'on te donne qui peuvent donner la fibromyalgie.* »

(9) « *Et elle est vraiment fibromyalgique (ton légèrement accusateur), elle a vraiment un problème psy.* »

3.2 Non-reconnaissance de la pathologie

Les origines/la physiopathologie sont inconnues des différents praticiens, hormis l'association d'idées qui ressort entre épisodes traumatiques, violences par le passé et développement de la pathologie. Est décrit toutefois l'absence de « preuves », « d'inflammation ».

On retrouve l'idée d'un cadre nosologique et sémiologique flou, d'une entité fourre-tout, mal définie. Plusieurs praticiens font part de l'absence de critères diagnostiques clairs, avec des tableaux cliniques parfois hétérogènes et variables, rendant d'autant plus difficile l'identification de la pathologie. La fibromyalgie est perçue comme simulatrice, pouvant mimer de multiples pathologies notamment auto-immunes.

(2) « *Il n'y a pas vraiment d'inflammation objectivable.* »

(7) « *Ben... ça permet d'avoir une entité, un nom. Mais c'est vrai que c'est un fourre-tout...* »

(8) « *Et plus encore huuuum (petit sourire) (Silence) cadre nosologique à mes yeux encore un peu flou.* »

Quand on demande aux médecins généralistes de donner les premiers mots auxquels ils pensent quand on parle de fibromyalgie, la souffrance revient souvent au premier plan, suivie des douleurs et de la psychologie. Quelques praticiens évoquent également le mouvement et l'activité physique. Un praticien évoque directement le centre d'évaluation et de traitement de la douleur.

On retrouve chez les médecins une peur et une méfiance envers le diagnostic. Ce dernier est perçu comme un diagnostic de bout de course, d'élimination. Plusieurs généralistes décrivent une appréhension, voire une peur de se tromper.

Des examens complémentaires sont fréquemment réalisés, variables en fonction des médecins. Plusieurs généralistes préfèrent également passer la main, ne se sentant pas en capacité de poser le diagnostic. D'autres au contraire le posent, tout en le décrivant comme difficile. Un praticien décrit une peur de passer à côté d'une "vraie" pathologie. Un autre le considère au contraire comme un diagnostic de diagnostic de facilité, de rapidité.

Le diagnostic n'est donc pas posé de manière systématique par la même personne, on retrouve deux courants : ceux posant le diagnostic, et ceux ne le posant pas (soit par manque de légitimité, soit car ne reconnaissant pas la pathologie).

(4) « (...)Etre rassuré qu'ils n'ont pas de tumeur cérébrale ou de maladie neurologique grave ou je sais pas quoi. (...) ça rassure aussi je pense le médecin, en tout cas pour moi. Je ne me verrai pas ne pas réaliser d'examens. »

(5) « Non en général je fais pas le diagnostic moi-même. Alors souvent j'adresse à des gens qui sont plutôt ouverts à la chose, parce que je connais les rhumatologues qui vont dire que c'est psy et qu'il faudrait surtout pas prononcer ce mot-là. »

(8) « Et je me méfie encore une fois beaucoup de ce diagnostic à vrai dire. Je me méfie énormément... C'est pour moi un diagnostic d'exclusion. Je me méfie donc beaucoup. »

Les médecins s'appuient parfois sur un manque de logique dans les symptômes pour évoquer le diagnostic. La fibromyalgie est alors évoquée quand une discordance existe entre la plainte des patients et l'objectivation de la clinique.

(9) « Ben c'est surtout quand les plaintes algiques elles ne correspondent à aucun tableau clinique connu, c'est surtout ça que je commence à...après ça on ne s'en rend pas compte à la première consultation. »

La fibromyalgie est décrite dans la majorité des entretiens comme une maladie chronique, incurable, sans traitement efficace. Les praticiens, lors du diagnostic, réalisent pour la plupart une annonce en plusieurs temps, similitude avec l'annonce de certaines maladies graves. Deux praticiens utilisent le terme de "palliatif" pour caractériser cette pathologie.

L'importance d'une pluridisciplinarité dans le diagnostic est soulignée par les généralistes (importance d'un diagnostic répété et uniforme, par les médecins traitants et les spécialistes). Le diagnostic est un événement de vie important pour le patient, et un retour en arrière en cas d'erreur est perçu comme très complexe.

(3) « Vu que c'est un diagnostic d'élimination, et je pense que pour l'acceptation du patient c'est mieux quand ce n'est pas un seul médecin qui a posé le diagnostic. »

(7) « On peut proposer éventuellement ça, vous en guérirez quand même jamais, on sera toujours sur du palliatif, avec des périodes de crises, et des périodes de mieux. »

La reconnaissance de la fibromyalgie comme d'une pathologie est variable en fonction des entretiens. La plupart des praticiens ne se prononcent pas et restent vagues quant à la qualification de la fibromyalgie en tant que maladie.

Certains, en répondant à la question "Est-ce que pour vous, la fibromyalgie est une maladie ?" vont répondre à l'affirmative, en la qualifiant toutefois d'entité, ou d'entité complexe pathologique, sans oser utiliser le mot maladie.

Certains ne se positionnent pas. La plupart présentent une forte ambivalence pendant l'entretien, répondant parfois positivement, parfois négativement au sein même de l'entretien.

(2) « *Oui, oui à mon avis oui c'est une unité complexe pathologique ça c'est clair.* »

(4) « *Alors pour moi, oui et non.* »

(5) « *(Sourire) Je n'ai pas cette réponse.* »

Pour la plupart, la fibromyalgie ne semble pas finalement être une pathologie, mais plutôt le reflet d'un échec diagnostique et thérapeutique ainsi que le fait de ne pas avoir retrouvé de véritable étiologie à la douleur. Il s'agirait plus d'une souffrance psychique que d'une maladie, les symptômes étant liés aux émotions.

6) « *Je dis jamais ce mot la euh... Parce que Ouai ... peut-être parce que, pas que j'y crois pas moi, mais je pense que souvent il y a ... c'est des personnes qui ont mal, des douleurs un peu chroniques, mais... c'est vrai que j'ai du mal à dire, et moi à affirmer et faire le diagnostic de fibromyalgie.* »

La plupart des praticiens considèrent la pathologie comme relevant du domaine psychosomatique. La fibromyalgie est qualifiée de maladie des émotions, avec des douleurs et une symptomatologie liée à une souffrance. La fibromyalgie est donc expliquée au patient comme étant une forme d'extériorisation de sa souffrance interne psychique.

(2) « *Qui a un côté non négligeable psychosomatique, et euh qui nous pose par la suite beaucoup de problèmes.* »

(4) « *Euh ben je dis que justement on a éliminé la plupart du temps des pathologies, parce qu'ils pensent qu'ils ont la sclérose en plaques ou autre, et oui leur dire que leur psychisme, on peut aller jusqu'à avoir un ulcère de stress, et que le stress chez eux se développent de façon-là, et qu'ils sont trop contractés et qu'il y a une manifestation extérieure.* »

Cette non-reconnaissance peut s'expliquer partiellement par des méconnaissances théoriques des médecins généralistes, pouvant ainsi altérer leur perception de la pathologie. Plusieurs médecins généralistes ne connaissent pas l'existence de critères diagnostiques de cette pathologie, ni sa physiopathologie ainsi que ses caractéristiques cliniques.

L'absence de connaissances peut favoriser cette sensation d'entité sémiologique floue, participant à l'utilisation parfois excessive d'examen complémentaires.

La plupart des médecins généralistes n'ont eu que peu de formation théorique dans leur cursus.

(1) « Ça serait important d'avoir une fiche. Ou tu peux cocher. En te disant ben là tu as coché 12 cases et à ce moment-là tu peux dire fibromyalgie. »

Chapitre 4 : Le médecin généraliste, pilier de la prise en charge

4.1 Des rôles diversifiés et complémentaires

Il intervient à tous les niveaux de la prise en charge : à son commencement, lors de la suspicion diagnostique. Il oriente alors le patient en réalisant des examens complémentaires et/ou en l'adressant à des médecins spécialistes. Son rôle se poursuit avec l'annonce diagnostique. Une fois posé, il coordonne la prise en charge entre les différents acteurs de santé. Il joue un rôle de canalisateur, jugulant les demandes parfois décrites comme abusives des patients. Il investit la thérapeutique, tout en prévenant le surrisque de mésusage médicamenteux. Il accompagne le patient, s'adaptant à ses besoins, soulage ses symptômes, permet une écoute active et une reconnaissance des souffrances du patient. Un contrat de soins engage le patient et le médecin, s'engageant mutuellement sur du long terme.

Le généraliste est donc perçu médecin de premier et de dernier recours, et un pilier dans la prise en charge des patients fibromyalgiques.

(1) « Souvent, ne serait-ce que dire bon ben, après moi, j'utilise assez peu de fibromyalgie, je leur dis plutôt syndrome fibromyalgie que, vous avez quelque chose de l'ordre du syndrome

fibromyalgique. Ça permet de donner une connotation et après ils n'ont plus rien. Ils ont quelque chose. Et déjà ça c'est une reconnaissance de leur douleur et de leur pathologie. Et après c'est vrai que tu peux un peu plus discuter et un peu plus creuser, de faire une prise en charge un peu plus globale et ça ça aide quand même effectivement au soulagement du patient. Mais c'est pas un claquement de doigts. »

(4) « On sait que c'est long, mais c'est dans notre métier aussi. C'est sûr que c'est plus facile une petite rhinopharyngite réglée en 5 minutes. »

4.2 L'importance de l'interdisciplinarité

On observe un sentiment d'isolement perçu par les généralistes, renforçant par moment leur sentiment d'impuissance et d'échec thérapeutique. Le manque de disponibilité des spécialistes et le rejet des patients (notamment par les centres de la douleur) majore ce phénomène.

(7) « Et actuellement on n'arrive plus à avoir des rendez-vous au centre de la douleur, il faut faire un courrier. Et euh tout ce qui ressemble à la fibromyalgie ils prennent pas. »

Pour autant, l'interdisciplinarité et la confraternité sont perçues comme une aide précieuse. Le relai par les pairs permet aux généralistes de réaliser un soutien émotionnel, de passer la main. Leur rôle est souligné dans le diagnostic dans la majorité des cas.

Les spécialistes les plus nommés sont les rhumatologues et les neurologues. Le rôle des centres de la douleur est variable en fonction des entretiens. Certains médecins généralistes considèrent qu'ils ne doivent pas intervenir. Pour d'autres, ils sont inaccessibles. Plusieurs adressent toutefois lors des situations d'échecs.

(4) « Alors, oui, j'adresse, j'ai un ami qui est médecin acupuncteur ou on discute un petit peu et je lui adresse, alors c'est aussi un petit peu pour pfff (sourire et petit rire) voilà pour me décharge un petit peu peut être. »

(6) « Alors ...peut être plutôt à un rhumatologue souvent dans un premier temps, surtout au début quand ils ont des douleurs comme ça, des arthralgies pour... et sinon j'ai pas d'autres spécialistes. Je sais qu'il y a certains patients qui étaient suivis au centre de la douleur mais ... mais je suis pas sûr que ça apporte quand grand-chose. »

Chapitre 5. Stratégies d'adaptation des médecins généralistes

Lors des entretiens, nous retrouvons des stratégies d'adaptation variable des médecins généralistes pour prendre en charge ces patients. Nous observons l'existence d'un clivage entre 2 visions de la médecine pouvant s'apparenter à un regard biomédical, et un plus élargi bio-psycho-social.

5.1 Vision biomédicale

5.1.1 Médecin technique

Certains praticiens décrivent une vision qu'ils qualifient eux-mêmes de "terre à terre" de la médecine. L'invisibilité de la pathologie, la description d'absence de preuve tangible de la maladie pose un problème et est un frein au diagnostic.

Ce côté du médecin adhère à un modèle ressemblant par certains points au modèle biomédical, centré sur la maladie, et non sur le malade comme cas particulier.

Ce modèle se concentre sur les processus physiques, comme la biochimie, la physiopathologie, prenant peu en compte la subjectivité individuelle. On retrouve un médecin technique, très orienté sur les examens complémentaires et ses connaissances plutôt que sur la parole du patient. Il se confronte à la difficulté d'une pathologie invisible, alors qu'ils nécessitent des preuves "matérielles" pour poser le diagnostic. La fibromyalgie n'est donc pas catégorisée de maladie, car ce qui n'est pas expliqué par cette vision de la médecine n'existe pas ou est de l'ordre du psychisme. Les examens complémentaires sont considérés comme une extension indispensable à l'examen clinique.

Malgré tout, on retrouve régulièrement chez ces praticiens peu de connaissances théoriques sur la fibromyalgie, avec une méconnaissance des dernières recommandations françaises et internationales.

(4) « Après pour moi, vraiment, euh, tant qu'on ne trouve pas des CPK élevés, ou une preuve je n'y crois pas vraiment à cette maladie ... (silence) »

« Tant que je n'ai pas un scanner qui me montre ça ou un truc voilà pour moi c'est plutôt une pathologie plutôt générale entre le psychique et l'extérieur »

(9) « Mais oui oui après, à un moment quand je vois qu'il y a plein de plaintes et qu'on trouvait rien à la coloscopie, radio, machin, ben je lui ai dit qu'il y a quand même une composante psychologique. »

Les médecins décrivent une impasse dans le soin, et un échec de la médecine allopathique classique avec l'absence de traitement miracle. Est parfois décrit une pharmacorésistance des traitements allopathiques visualisée comme étant en faveur du diagnostic. L'arsenal thérapeutique habituellement utilisé par le médecin traitant s'avère inefficace. Les morphiniques sont décrits comme non indiqués, voire nocifs.

Le doliprane reste utilisé, avec une efficacité souvent décevante. On retrouve parfois l'utilisation de Nefopam. Les antalgiques sont utilisés avec parcimonie, avec pour objectif de limiter le développement potentiel d'un mésusage.

(4) « Au niveau médicamenteux c'est pas très folichon. »

(8) « Globalement ce que j'ai retenu de ces trucs-là, c'est que moins on en met, mieux c'est. »

Est soulignée toutefois à plusieurs reprises la différence notable entre la médecine des livres et la médecine de terrain, avec une remise en question du diagnostic théorique, tel que les points douloureux.

(2) « Après c'est sûr que dans les bouquins il y a des points douloureux typiques, mais pour les vrais patients qu'on voit de nos jours c'est plutôt obsolète à mon avis. »

Les médecins se retrouvent à prendre en charge cette pathologie, qu'ils semblent décrire comme un fardeau. Un praticien déclare prendre en charge ses patients "inévitablement" (8). On retrouve une notion de fatalisme, lorsqu'on interroge les praticiens sur leurs ressentis. Après interrogatoire, 2 déclarent tout de même que malgré leurs sentiments, il est du devoir du médecin de continuer à prendre en charge ses patients en allant au-devant de ses émotions.

(9) « *Faut l'écouter quand même ... et puis voilà le temps de la consultation...il faut quand même se forcer.* »

5.1.2 Une vision patriarcale

On retrouve un praticien exprimant un modèle patriarcal dans sa relation soignant-soigné.

(9) « *Au bout d'un moment je l'ai engueulé " "je l'ai engueulée, je lui ai dit maintenant stop, (...) maintenant vous gardez un truc parce que sinon on ne va pas s'en sortir quoi ... voilà.* »

5.2 Vision bio-psycho-social

Dans la vision bio-psycho-sociale, nous retrouvons un modèle clinique où les facteurs biologiques, mais également psychologiques et sociaux sont considérés comme participant simultanément au développement de la maladie. Ce modèle est finalement un élargissement du modèle biomédical, et bon nombre de praticiens l'exploitent et le décrivent quand ils s'expriment au sujet des patients fibromyalgiques.

5.2.1 Médecine humaine, patient visualisé dans son entièreté

On retrouve dans cette analyse des réponses une vision plus globale du patient. Il est perçu dans son entièreté, en tant qu'individu, et non plus juste par le biais de ses symptômes et de sa maladie. La recherche d'éventuels traumatismes, ainsi que l'importance de différencier la fibromyalgie d'autres pathologies est soulignée. Y est notifiée l'importance du psychologique et de l'environnement social du patient. La fibromyalgie ne prend pas/plus toute la place, le patient ayant également le droit d'avoir

d'autres pathologies (pouvant entre autres nécessiter des morphiniques par exemple). La fibromyalgie est perçue comme une maladie multidimensionnelle. L'évaluation de la souffrance et du vécu de l'individu, la reconnaissance, sont des acteurs essentiels à la prise en charge. Le praticien essaie alors de voir plus loin que le symptôme du patient, plus loin que sa douleur.

(3) « *En premier bah la douleur, le premier mot qui me vient à l'esprit douleurs diffuse, euuuuuh et souvent avec une prise en charge psychologique, vérifier au niveau psychologique comment ça va, les souffrances qu'il y a derrière par rapport à ces douleurs et dans le passé.* »

(6) « *Mais souvent c'est une maladie assez complexe, il y a tellement de choses qui rentrent en compte.* »

Une majorité des médecins reconnaissent la souffrance de leur patient ainsi que leur douleur, sans en valider forcément l'origine. La reconnaissance en tant que telle est considérée comme essentielle à la prise en charge.

(1) « *Souvent, ne serait-ce que dire, vous avez quelque chose de l'ordre du syndrome fibromyalgique, ça permet de donner une connotation et après ils n'ont pas plus rien. Ils ont quelque chose. Et ça c'est déjà une reconnaissance de leur douleur et de leur pathologie.* »

(4) « *Ils ont vraiment mal.* »

Se dégage un sentiment d'empathie vis-à-vis des patients. La bienveillance fait partie intégrante de la prise en charge, qui est perçue comme un des rôles du médecin généraliste. Certains praticiens vont ainsi refuser d'étiqueter les malades, et essayer d'aller à l'encontre des stéréotypes qui peuvent exister.

Y est décrite une relation singulière entre le médecin et le malade, un lien qualifié de "particulier" par un praticien.

(3) « *Un suivi, une écoute, pour eux c'est pas facile.* »

(6) "Il y a des fois j'arrive à prendre un peu plus de temps quand il faut prendre un peu plus de temps... Parce qu'après on a quand même un lien particulier avec les patients"

Finalement, la plupart des praticiens estiment que les patients fibromyalgiques ne sont pas différents d'autres patients. Avec une bonne relation de soins et de confiance, ces patients ne sont pas plus demandeurs d'examens complémentaires que d'autres.

(5) « Je pense au début de la prise en charge oui, mais par la suite non, quand le diagnostic n'est pas encore posé ou pas encore accepté. »

Un des praticiens considère même que ces patients ne sont pas plus complexes à prendre en charge que d'autres. Finalement, le temps de consultation, bien que plus long, n'est pas un obstacle à la prise en charge.

(6) « Souvent quand je vois les noms dans mon planning je me dis, bon là ça va être une consultation qui va prendre du temps, plus longue, pas plus compliquée. »

Un praticien se décrit comme étant à l'aise avec les patients fibromyalgiques, et non pas en difficulté. La patience est une qualité retrouvée chez un des praticiens.

(6) « Pas forcément. Je crois que je suis ... j'arrive à être un peu à l'aise parce que, non pas que je sais comment les aider, mais j'ai l'impression de pouvoir un peu les aider et donc non je me sens à l'aise. »

Les patients sont décrits comme ayant une variation inter et intra-individuelle importante. Chaque malade est différent, avec un potentiel évolutif qui lui est propre. Les médecins généralistes ressentent dans ce contexte un investissement de la part des patients, qui sont actifs dans la prise en charge. La fibromyalgie est décrite comme une maladie évoluant par étape, pouvant mener à une phase

d'acceptation. Les patients dans ce modèle n'ont pas de profils type : Le cheminement personnel du patient dépend de son histoire, de sa personne.

La difficulté de la prise en charge semble alors plus liée au stade d'évolution de la maladie qu'au patient lui-même. Un patient n'ayant pas compris sa pathologie sera difficile à prendre en charge, contrairement à un patient ayant compris sa pathologie, qui en l'ayant accepté pourra adhérer à la prise en charge et à son suivi. Le patient pouvant in fine s'autonomiser, et apprendre à gérer sa pathologie et ses symptômes avec l'aide du médecin généraliste. La demande d'examen complémentaires semble alors diminuer voire disparaître. Les patients réagissent également différemment à différents modèles thérapeutiques proposés. Certains réagissant par exemple très bien aux activités physiques, d'autres non.

(2) « Clairement les miens c'est des profils assez demandeurs ben d'explications, après une fois qu'ils ont leur diagnostic pas forcément plus de bilans que les autres, oui ça les rassure d'avoir une prise de sang par an dans le dossier, de vérifier mais bon c'est pas forcément spécifique de la fibromyalgie il y en a d'autres qui font pareil. »

(3) « Je pense au début de la prise en charge oui, mais par la suite non, quand le diagnostic n'est pas encore posé ou pas encore accepté. »

5.2.2 Médecin sachant

Dans cette vision de la pathologie, la fibromyalgie est perçue et reconnue comme une maladie.

(6) « Je dirais que oui (à la question la fibromyalgie est-elle une maladie). »

(8) « Ouais, je pense. »

Le médecin connaît également de manière plus précise les caractéristiques douloureuses du patient fibromyalgique. Les douleurs sont décrites comme chroniques, diffuses, multi localisées, d'intensité modérée à sévère, touchant plutôt les tendons et muscles. On retrouve également des contractures musculaires. Un praticien décrit également des caractéristiques de douleurs plutôt d'allures neuropathiques, avec présence de fourmillements, et des picotements.

En termes d'épidémiologie, les praticiens émettent l'idée que la fibromyalgie est une pathologie sous-évaluée, la plupart du temps sous diagnostiquée. Pour tous, elle est à prédominance féminine, voire exclusivement féminine. Une praticienne a des patients plutôt âgés atteints de fibromyalgie, les autres, plutôt jeunes.

(1) « Donc c'est un ensemble de douleurs chroniques touchant des articulations ou des muscles récidivantes, invalidantes, avec une connotation de fatigue. »

(4) « Des machins avec des fourmillements partout. »

Trois praticiens perçoivent l'importance de l'expérience professionnelle dans la prise en charge de ces patients. L'expérience du praticien, notamment dans l'apprentissage des mécanismes réactionnels, aide à la gestion des patients. La prise en charge décrite comme majoritairement empirique majore ce phénomène.

(5) « Mais je pense que c'est peut-être avec l'expérience aussi je sais pas mais c'est vrai que quand j'ai commencé à m'installer il y avait peut-être de la frustration au début et puis après j'ai pris, enfin avec l'expérience j'ai compris que j'apportais pas forcément la réponse que les gens attendaient et qu'il y avait peut-être autre chose derrière. »

(8) « Une astuce de médecins expérimentés, c'est tout. Mais euh... disons que... le jeune médecin ou bien celui qui ne connaît pas le patient, ça peut être quelque chose de déconcertant, oui. Je pense qu'il faut une certaine expérience pour ne pas être débordé. »

La reconnaissance de ses limites est également évoquée par plusieurs praticiens comme un élément fondamental dans la prise en charge. L'acceptation de ne pas connaître et de ne pas savoir est fondamentale. Un praticien évoque le syndrome du sauveur, et l'importance de rester humble face à l'échec de collègues.

(2) « *Mais s'ils me font souffrir en plus moi et qu'ils veulent bien partir j'ai pas ce syndrome de sauveteur. Quand ils arrivent ils ont vu 3 médecins différents et ils sont en échec de partout je sais déjà d'emblée que ce n'est pas moi qui vais les sauver.* »

La majorité des praticiens émettent un intérêt et une volonté de se former. Ils sont demandeurs d'aide et aimeraient pouvoir compléter et parfaire leurs connaissances théoriques. Huit sont intéressés pour avoir une fiche d'aide au diagnostic. Dans plusieurs entretiens, on retrouve des interrogations de plusieurs médecins généralistes, qui s'interrogent sur la fibromyalgie et son origine. Dans un entretien, un praticien se questionne sur l'impact de notre société sur l'émergence de cette pathologie. Un autre se demande l'impact de la génétique chez ces patients. On retrouve une curiosité, une remise en question des connaissances acquises.

(7) « *Est-ce que c'est notre société qui a créé ça, est ce qu'il y avait avant mais ils se taisaient et ils disaient rien ?* »

5.2.3 Changement de paradigme

Dans cette perception de la fibromyalgie, les praticiens mettent en œuvre ce qu'on pourrait qualifier de changement de paradigme. Ils s'éloignent progressivement de la vision biomédicale de la médecine, et s'imprègnent d'une vision plus globale, nécessitant de revoir et de changer leur façon de penser.

Un des premiers points retrouvés par les praticiens, est l'acceptation de l'échec. Accepter de ne pas réussir à soulager entièrement les patients, accepter de ne pas arriver à guérir. Approuver le fait que la médecine ne sache pas répondre à toutes les demandes. L'idée d'une médecine possédant toutes les connaissances est remise en question. On retrouve comme une sorte de deuil de la guérison, qui doit être acceptée par les patients, mais également par les médecins. L'idée est avant tout de ne pas nuire au patient. Le Primere no Nocere ressort dans un entretien. Les praticiens redéfinissent les objectifs thérapeutiques, avec le patient, créant une alliance solide.

(8) « C'est sûr que si l'objectif c'est la guérison, c'est sûr que c'est un échec mais euh....

L'amélioration du quotidien, c'est peut-être ça l'objectif finalement. Peut-être qu'il faut se contenter de ça. »

Le changement de paradigme s'opère également dans la prise en charge de ces patients et des traitements utilisés.

Les médecins traitants perçoivent l'importance de l'écoute dans la prise en charge. L'écoute est même comparée à un véritable traitement, parfois plus efficace que n'importe quel autre thérapeutique. La reconnaissance de la souffrance du patient est également un des piliers de la prise en charge. Nommer une souffrance, des symptômes, apporter un nom permet également au patient d'avancer, de créer une relation thérapeutique solide, et d'améliorer sa prise en charge. Mettre un nom sur la douleur est une véritable thérapeutique en soi.

L'objectif du soin évolue, et passe au-delà du simple soin curatif. Il se transforme, afin d'accompagner et d'épauler les patients dans le parcours de soin et dans leur pathologie.

Le patient doit comprendre sa pathologie pour pouvoir l'accepter. Si le praticien ne comprend pas lui-même la maladie, il est difficile pour le patient de la comprendre également. L'histoire de la maladie, l'annonce diagnostique, la relation de soins sont autant de facteurs qui jouent sur la prise en charge de ces patients. C'est ainsi que la demande parfois abusive d'examen complémentaires peut semble-t-il être reliée à la maladie et à sa représentation, et ne serait que le reflet d'une incompréhension de la part du patient de sa maladie, avec un besoin de réponse inassouvie.

Un changement dans la temporalité est également à faire. D'une médecine plutôt rapide, l'idée et la mentalité sont à repenser. La place du temps est à se réapproprier.

(1) « C'est beaucoup plus l'écoute qui va aider, tu vois. »

(2) « Si on est dans une phase où le diagnostic n'est pas posé et il faut le poser ben la difficulté principale c'est d'aborder le sujet, que ce n'est pas une maladie comme les autres dans le sens où on ne peut pas juste prescrire un médicament à prendre facilement, il faut leur expliquer, il faut voir aussi s'ils sont prêts à accepter. Il y a certaines infos ou il faut mûrir pour pouvoir les accepter et l'entendre. »

(5) « Après ce qu'il faut surtout au gens c'est un temps d'écoute. C'est toujours pareil. Dans cette société euh, on a de moins en moins le temps pour écouter les gens et je pense que c'est aussi surtout ça. »

L'acceptation de la pathologie est également essentielle à la prise en charge. Plusieurs praticiens évoquent le moment où le patient accepte sa pathologie, véritable clivage dans la relation de soins.

(2) « Le traitement par l'acceptation, le fait d'avoir déjà le nom de fibromyalgie souvent ça peut les soulager. (...) Ils étaient tout le temps en errance et au moment où ils ont appris que c'était une fibromyalgie on ne peut rien faire ils étaient contents et ça suffit en thérapie chez certains. »

La socialisation est également un facteur à prendre en charge. Socialiser, ou resocialiser le patient, permet également de favoriser son cheminement thérapeutique.

Les traitements évoluent également. Les praticiens vont venir s'aider de toutes les thérapeutiques dont ils disposent. Ils n'hésitent pas à sortir des sentiers battus, et proposer des alternatives thérapeutiques pourtant peu reconnues dans la médecine allopathique classique. Y sont soulignés l'importance entre autre de l'acupuncture, de l'homéopathie, de la micronutrition, la sophrologie, de l'hypnose, les cures thermales. On retrouve encore une fois l'inter et la multidisciplinarité au premier plan. Certains soins sont limités par leur non-remboursement, comme la cryothérapie.

Au-delà des médecines non allopathiques, on retrouve également les pratiques paramédicales au centre de la prise en charge. Le recours à un psychologue est dépeint pour prendre en charge la santé mentale, les comorbidités fréquentes telles que l'anxiété et la dépression, mais également réaliser des travaux à

type de TCC. On retrouve toutefois la présence de barrières financières pouvant limiter la prise en charge.

La kinésithérapie est également fortement utilisée bien que décrite par certains comme un cercle vicieux, l'objectif étant finalement que le patient devienne autonome dans la gestion des exercices et non pas dépendant.

(1) « Je leur fais une séance d'acupuncture, ça leur permet aussi d'avoir un sas de décompression. »

(3) « Je pense que oui, ben à Niederbronn, ils ont filière adaptée, donc je pense que quand c'est adapté à la pathologie ça peut fonctionner. J'ai vu des patients qui sont fibromyalgiques et qui ont fait une cure thermale là-bas et j'avais eu de bons retours. »

Les thérapeutiques sont individualisées et personnalisées en fonction du profil de chaque patient. On retrouve une utilité variable des thérapeutiques médicamenteuses, qui sont à adapter en fonction de chacun. Il n'existe pas de schéma thérapeutique et de parcours de soins fait en avance. La prise en charge est une médecine mélangeant l'empirisme et une médecine humaine.

L'activité physique, ou en tout cas la remise en mouvement, est qualifiée comme étant une des thérapeutiques les plus efficaces avec la reconnaissance et l'écoute. Elle est à adapter en fonction de chaque individu, chaque patient ayant ses propres ressentis.

Chapitre 6 : L'ambivalence des médecins généralistes

L'analyse des entretiens et la rédaction des résultats est empreinte d'un sentiment d'ambivalence. Cette ambivalence touche énormément de sujet, que cela soit la perception, le ressenti concernant le patient, la fibromyalgie ou la prise en charge.

Elle est présente dans la définition de la fibromyalgie et sa reconnaissance comme pathologie. Au sein d'un même entretien, on retrouve la reconnaissance de la pathologie somatique, puis sa négation, et

parfois sa reconnaissance en tant que maladie psychosomatique. La fibromyalgie est parfois reconnue comme pathologie, mais avec l'idée de ne pas la médicaliser, la médicalisation pouvant être plus néfaste qu'autre chose.

Le patient est perçu comme particulièrement difficile, et décrit par des adjectifs qui sont pour la majorité à connotations péjoratives. Pour autant, certains des praticiens décrivent une relation de soins particulière et singulière avec leurs patients. Les patients se confient au médecin sur des sujets profondément intimes (violences, syndrome post-traumatique) et le relationnel finit par être fort.

Le patient peut être perçu comme difficile, inactif, mais également dans le même entretien comme un patient actif, évoluant, avec de multiples ressources.

On retrouve également une ambivalence concernant le rôle de l'interdisciplinarité. Comme dit précédemment, certains considèrent que les spécialistes jouent un rôle essentiel dans la pathologie, servant d'aide et de support au médecin généraliste. D'autres considèrent qu'ils sont une aide importante, bien que non accessible ou ne souhaitant pas prendre en charge ces patients. D'autres encore considèrent que les spécialistes n'ont pas leur place dans la pathologie, qui peut être suivie en intégralité par le médecin traitant.

Une autre ambivalence vient de la reconnaissance des patients fibromyalgiques en ALD. Les médecins généralistes perçoivent très différemment cette problématique. Certains sont nettement en défaveur. Les arguments principalement avancés sont le fait que l'ALD soit réservée pour des pathologies ayant des soins onéreux ou nécessitant des arrêts de travail. Un autre argument utilisé est le fait que d'autres pathologies, prioritaires, ne bénéficient pas d'ALD. La fibromyalgie n'est donc pas prioritaire.

(4) « Comme a répondu la sécu a un autre truc, c'est qu'on ne coûte pas assez cher. C'était une réponse que j'ai eu pour une demande d'ALD pour une patiente atteinte d'algodystrophie, euh qui était avec plein de kiné et tout, et ils ont refusé l'ALD. Donc maintenant je réponds comme ça la fibromyalgie (rire). »

(5) « De l'ALD pour une fibromyalgie ... euh ... Je pense que par les temps qui court ça ne serait pas trop d'actualité (petit rire). »

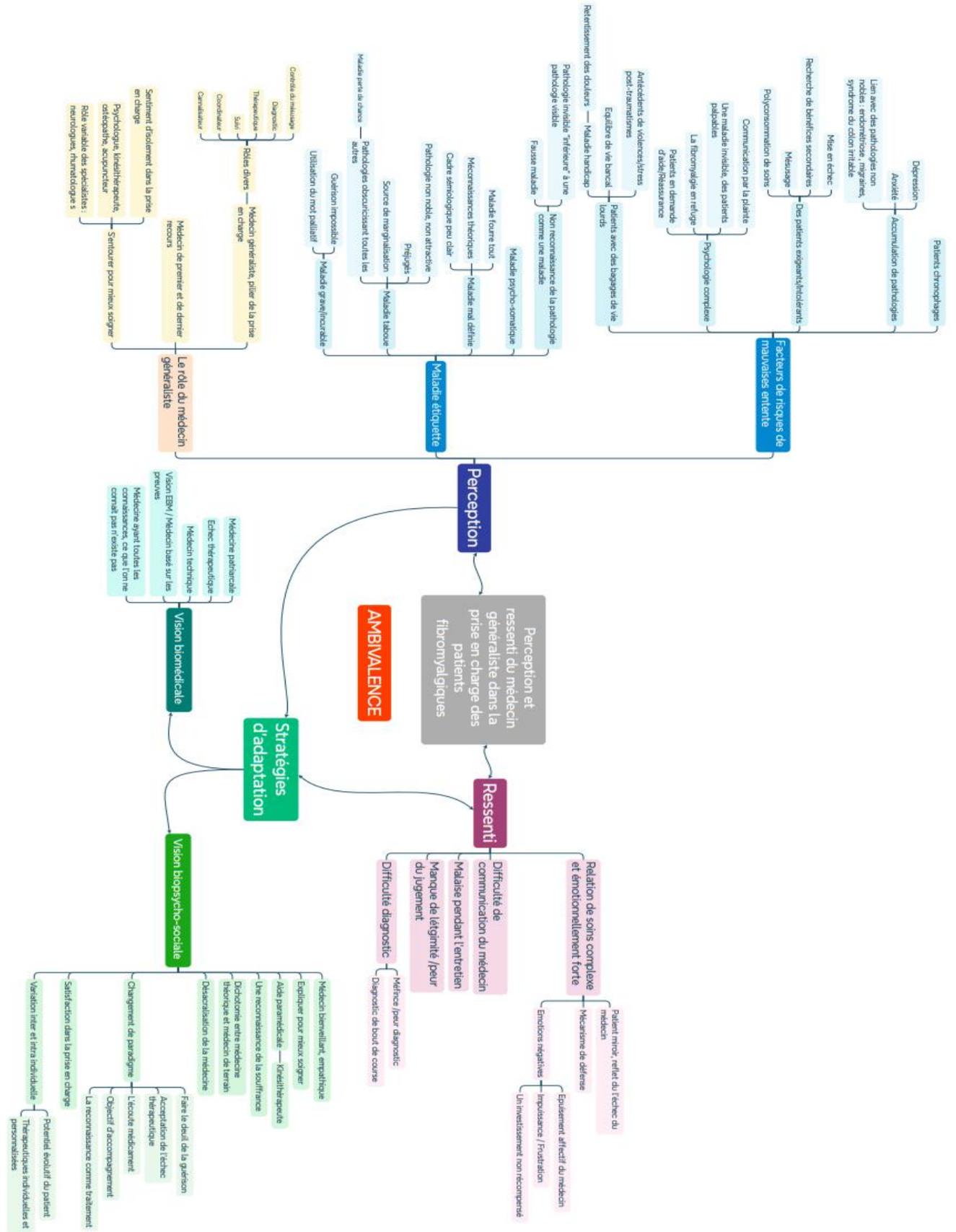
Certains médecins ne préfèrent pas se positionner, tandis que d'autres estiment que la réalisation d'une ALD est juste, la fibromyalgie étant une pathologie de longue durée. L'impact de la reconnaissance est également un des arguments.

(1) « Je pense que c'est juste. C'est une affection de longue durée. Donc je pense que c'est juste. »

(3) « Oui je pense oui pour l'acceptation du patient. Et aussi pour une patiente qui voulait faire cure thermale. »

PARRIE IV : DISCUSSION / ANALYSE

Chapitre 1 : Le résultat principal



Que cela soit au niveau de la perception ou du ressenti, les médecins généralistes dégagent un sentiment d'ambivalence nette face à la prise en charge de ces patients.

Premièrement, on retrouve une ambivalence concernant la reconnaissance de la fibromyalgie comme maladie. Pour certains, il s'agit d'un mal être qui ne peut être caractérisé comme une pathologie. D'autres la perçoivent comme une entité psychosomatique, une maladie des émotions. Une des idées fréquemment retrouvée est le fait que l'invisibilité de cette pathologie la dessert, la rendant moins "légitime" qu'une pathologie visible. Est décrite une maladie perte de chance, source de marginalisation, obscurcissant les autres pathologies dont pourraient être atteints les patients. Un malaise est régulièrement ressenti lors des entretiens. La fibromyalgie est dépeinte comme une maladie taboue, associée à de multiples préjugés, perçue comme non attractive et non noble. En ressort la description du rejet de ces patients par le corps médical, spécialistes et médecins généralistes.

Avec ces bribes de réponse, une question se pose alors : si la fibromyalgie n'est pas une maladie, quel est donc le rôle du médecin généraliste dans cette prise en charge ? Il ressort des entretiens que le médecin généraliste est perçu comme le médecin de premier recours, mais également celui de dernier recours. Au début des symptômes, mais également pendant, et se poursuit après avoir vu différents spécialistes. On lui retrouve de multiples rôles : coordinateur, contrôle du mésusage, canalisateur, rôle dans le diagnostic, dans le début de la prise en charge, dans le suivi, dans le traitement, bref, un rôle complet. C'est un pilier dans la prise en charge.

Pour autant, ils se sentent pour la plupart isolés dans la prise en charge par rapport aux spécialistes, qui ne les aident pas toujours, et dont le rôle est perçu de façon assez variable, parfois utile pour compléter les soins, parfois utile en relai émotionnel, mais souvent inaccessibles.

La perception du médecin généraliste à l'égard de ses patients est également ambivalente au sein d'un même entretien. Il ressort que ces patients ont une psychologie complexe, avec une communication passant majoritairement par la plainte, avec une mise en échec fréquente des prises en charge. Ils sont

perçus comme étant difficiles, avec parfois des mésusages, de la poly consommation de soins et la recherche de bénéfices secondaires. On observe la perception d'un patient avec un mode de vie non équilibré, socialement isolé, par leur proche et dans la société, avec des antécédents fréquents de violences (sexuelle, physique, psychique) et de stress post-traumatique. Plusieurs médecins ressentent toutefois un lien particulier avec ces patients, une relation de soins décrite comme complexe mais solide.

Les médecins généralistes ressentent un sentiment d'incompréhension concernant la fibromyalgie. On retrouve une peur du jugement, une peur de mal faire, un sentiment de non-légitimité à les prendre en charge. Ils sont pour la plupart peu sûrs d'eux.

Au niveau de la relation soignant soigné, on retrouve une relation émotionnellement riche, avec toutefois plus de connotations péjoratives que positives avec un sentiment prédominant d'échec et d'impuissance. Le patient fibromyalgique semble perçu par le médecin généraliste comme le miroir de son échec thérapeutique. De ses multiples émotions ressortent certains mécanismes de défense que l'on observe chez ses praticiens. On retrouve un épuisement affectif des médecins généralistes face au sentiment d'impuissance qu'ils rencontrent.

Au fur et à mesure des entretiens, nous avons observé 2 visions de la médecine que les médecins rencontrent et décrivent, reliées directement à leur perception et leur ressenti. D'une part, une vision biomédicale, centrée sur la maladie et les symptômes du patient et non sur le malade comme cas particulier, qui pourrait tendre par certains aspects à se rapprocher de la vision de l'EBM (Evidence Base Medicine). Si cette pathologie n'est pas expliquée à l'heure actuelle par la médecine et la science avec détail et précision, par des mécanismes biologiques et physiopathologiques reconnus et validés de la communauté internationale, c'est qu'elle n'existe pas (et ce parfois, malgré une méconnaissance des recommandations nationales et internationales). Cette vision semble ressortir lorsque les médecins généralistes sont en difficulté.

Une autre vision de la médecine et de la prise en charge est proposée toutefois dans les entretiens, celle d'une vision bio-psycho-sociale. Les patients ne sont plus vus uniquement par leurs symptômes, mais dans leur globalité, en tant que personne. Nous retrouvons un changement de paradigme par rapport à la vision précédente, avec une acceptation de l'échec thérapeutique médicamenteux, une adaptation de

la prise en charge vers un accompagnement, et vers une vision du soin plus large, comprenant majoritairement de l'écoute, de la reconnaissance, ainsi que des thérapeutiques individualisées et personnalisées.

Ces 2 entités semblent dichotomiques. Pour autant, et avec surprise, on retrouve chez la majorité des médecins les 2 visions qui s'expriment lors des entretiens par alternance. Une vision majorant la sensation d'ambivalence ressentie.

Chapitre 2 : La comparaison avec la littérature

2.1 Contexte et objectifs de l'étude

Cette thèse, en corrélation avec les données existantes, apporte un éclairage sur la perception et le ressenti des médecins généralistes dans la prise en charge des patients atteints de fibromyalgie. Les aspects liés à la compréhension de la pathologie, à la réaction des médecins face à l'échec thérapeutique, et à leur vision des patients sont autant d'éléments que cette étude vise à explorer et clarifier.

L'analyse des entretiens révèle une ambivalence notable dans la perception des patients et de la fibromyalgie. Cette ambivalence est en lien avec des observations similaires dans la littérature, en particulier dans le contexte de patients douloureux chronique.

2.2 Difficultés communicationnelles, perception et mécanismes de défense

La relation complexe que décrivent les soignants à l'égard des patients douloureux chronique, leur difficulté de communication, est décrite dans la bibliographie (23). Y sont dépeintes des réactions que peuvent avoir les soignants face à l'échec de la prise en charge et à la détresse des patients. Ces évènements sont parfois perçus par les soignants comme des phénomènes d'agression.

Face à l'échec des prises en charge, certains soignants développent une vision du patient comme recherchant des bénéfices secondaires, ce qui alimente une perception négative et contribue à des mécanismes de rejet ou de clivage. Le risque étant une minimisation de leurs symptômes, pouvant discréditer leurs plaintes et la reconnaissance de leur maladie.

Ces idées et perception sont également retrouvés par la plupart des entretiens des médecins généralistes, avec l'idée que le patient fibromyalgique semble parfois à la recherche de bénéfices secondaires. On retrouve également la minimisation des symptômes parfois décrite, ainsi qu'une discréditation du statut de maladie.

2.3. La reconnaissance et la légitimité de la fibromyalgie

2.3.1 La fibromyalgie : une pathologie contestée

La reconnaissance de la fibromyalgie comme une pathologie légitime reste controversée dans le milieu médical. Cette incertitude se reflète tant dans notre étude que dans la littérature, où des avis divergent quant à la nature et la validité de la fibromyalgie en tant que maladie distincte.

Certains détracteurs dans la littérature affirment la non-reconnaissance de la fibromyalgie comme pathologie, complexifiant le phénomène étudié, alors que de multiples recommandations nationales et internationales fiables affirment clairement son statut de pathologie propre (9). Elle est parfois perçue comme un "illness", c'est-à-dire un ensemble de maux corrélés de manière fluctuante, un continuum de réactions à un environnement stressant ou une situation de détresse, se manifestant par des douleurs(21). Nous retrouvons une profonde contradiction entre la certitude subjective des symptômes des patients, associée à l'incapacité de la science biomédicale à en démontrer l'existence objective.

2.3.2 L'impact du diagnostic sur le patient

On retrouve l'idée dans la littérature et superposable dans certains entretiens de notre étude que le diagnostic de fibromyalgie, bien qu'offrant une reconnaissance sociale, peut paradoxalement nuire au patient en inhibant des comportements de coping efficaces. Certains praticiens préfèrent éviter ce diagnostic pour ne pas renforcer une perspective psychosomatique qui pourrait limiter les efforts de guérison du patient.

La fibromyalgie semble considérée par une partie du corps médical comme une entité "psychosomatique"(21). D'autres encore ne reconnaissent pas qu'un patient souffrant de douleurs chroniques satisfasse les critères diagnostiques de la fibromyalgie. Certains n'utilisent pas ce terme car

ne sont pas d'accord avec le concept même de fibromyalgie. D'autres encore pensent qu'étant plus péjoratif et préjudiciable, il ne vaut mieux pas énoncer le diagnostic au patient (26). La fibromyalgie est perçue comme un facteur de limitation, de marginalisation et d'inégalités sociales, s'aggravant au fil des années (21). Toutes ces données de la littérature concordent avec une partie des données des médecins interrogés lors des entretiens.

2.4. Le modèle biomédical vs biopsychosocial

2.4.1 Les limites du modèle biomédical

Les médecins généralistes interviewés expriment un conflit entre une approche biomédicale traditionnelle et une vision biopsychosociale plus holistique. Le modèle biomédical, centré sur les causes biologiques, apparaît parfois réducteur face à la complexité de la fibromyalgie. La vision biopsychosociale, quant à elle souligne l'idée que, dans un système biologique, on ne peut comprendre aucun élément si ce n'est en relation avec le tout, tout à fait valable dans le cadre de la fibromyalgie(27). Le modèle biomédical est perçu comme plus étroit, la maladie provenant de différents facteurs, au niveau moléculaire et biologique.

On retrouve également l'idée accompagnant le modèle biomédical et partagé par certains médecins généralistes de la toute-puissance de la médecine. L'idée d'une médecine qui pourrait tout régler, tout arranger. Ainsi, tout problème pourrait, grâce aux avancées biomédicales, recevoir une réponse adaptée. De ce modèle peut découler le rejet de certains aspects de la maladie, et contribue à ramener l'appréhension des problèmes en les rabattant sur le malade(28).

2.4.2 La pertinence du modèle biopsychosocial

Le modèle biopsychosocial, qui intègre des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux, est considéré comme plus adapté pour comprendre et traiter la fibromyalgie. Les entretiens révèlent que les médecins oscillent entre ces deux modèles, surtout lorsqu'ils sont confrontés à des difficultés relationnelles ou thérapeutiques (28). Les variables psychosociales sont ainsi des déterminants essentiels dans la prise en charge d'une maladie. Cette idée est partagée à de multiples reprises lors des entretiens par la majorité des praticiens. L'idée d'égalité entre facteurs biologiques, psychologiques et

sociologiques s'intégrant dans un système de causalité complexe semble particulièrement adaptée à la fibromyalgie(28). Le modèle biopsychosocial est donc finalement un élargissement du modèle biomédical, les facteurs biologiques y gardant toute leur place. Les médecins généralistes de notre étude montrent, au travers de leurs entretiens, une évolution fluctuante entre ces deux modèles, l'un plus réductionniste que l'autre. Cela se produit lorsque les médecins se retrouvent en difficulté relationnelle, en situation d'échec, sans perception d'issue de secours. Le réductionnisme à un modèle biomédical serait une sorte de mécanisme de défense pour pallier les difficultés relationnelles et thérapeutiques que la prise en charge de ces patients implique.

2.5. Les réactions des soignants face à la douleur chronique

2.5.1 La douleur chronique comme source de remise en question pour le soignant

La douleur chronique, et particulièrement la fibromyalgie, remet en question certains aspects de l'identité professionnelle des soignants.

Comme vu dans notre étude, on retrouve la nécessité de faire le deuil de la guérison, la redéfinition des rôles des soignants et des attentes et objectifs thérapeutiques. Le soignant est mis par le patient dans une situation paradoxale : « il est le seul à pouvoir le sauver, et en même temps, il est destiné à le décevoir » (28). Ces mécanismes relationnels expliquent en partie les sensations et ressentis exprimés par les médecins généralistes lors des entretiens, et plus généralement sur leur perception des patients et de la maladie. Pour parfaire ces mécanismes relationnels, les soignants vont parfois élaborer des mécanismes de défense lors de la confrontation de cette souffrance associée à leur sentiment d'impuissance(27).

Dans plusieurs entretiens, il est d'ailleurs décrit qu'une douleur organique est préférée et mieux valorisée. Effectivement, cela se retrouve dans la littérature (17). La méconnaissance, le sentiment d'impuissance des soignants pouvant aboutir à minimiser et juger les plaintes du patient, pour finalement les disqualifier.

Il est intéressant de voir, au-delà des premiers sentiments ressentis lorsque l'on accueille un patient plaintif, la considération de cette plainte non pas comme une simple réclamation, mais comme un type de discours au travers duquel le sujet établit un lien avec l'autre. Finalement, ce mode de communication

est un mode relationnel comme un autre, qu'utilise majoritairement le patient fibromyalgique. Ne pas accepter ce mode relationnel peut être assimilé par le patient comme un rejet. De ces difficultés de communication peuvent découler un frein à la prise en charge et à la relation avec le patient. Faire face à quelqu'un qui se plaint de manière répétitive nous interroge donc sur notre propre attitude, thérapeutique et personnelle.

Dans un article sur l'analyse de la douleur chronique et des réactions des soignants, il est dit que « la douleur chronique dépouille de façon insolente les soignants de certains attributs de leur identité »(23). Cette phrase semble résumer avec justesse la description du ressenti des médecins généralistes lors des différents entretiens.

2.5.2 Le paradoxe de la relation soignant-soigné, la psychologie du patient douloureux chronique

On retrouve dans la littérature, l'idée que la maladie chronique, ici applicable à la fibromyalgie, présente une « perturbation biographique » associée à la recherche de la signification des symptômes. Le patient développe alors des mécanismes psychiques pour répondre à ces questionnements (21). Cela étant d'autant plus valable que cette maladie manque aux yeux du corps médical de légitimité biomédicale, ce qui semble tout à fait adapté à la fibromyalgie. La prise en charge du syndrome fibromyalgique passe par une demande indirecte du patient de reconnaissance, bien que centrée sur le symptôme de la douleur (15). Le mode de communication de ces patients est très orienté et exprimé sous forme de plainte récurrente, participant à l'incompréhension et aux difficultés communicationnelles du médecin envers le patient, qui sont retrouvés dans les entretiens de cette thèse. Les mêmes questionnements sont donc retrouvés dans ce travail de recherche en rapport avec les médecins généralistes et les patients fibromyalgiques, et peut s'étendre dans la suite au médecin.

Il peut être intéressant de se projeter du côté des patients par le regard d'une étude interrogeant des femmes atteintes de douleurs chroniques et leur vision de leur rapport avec les médecins, qui peut apporter des bribes d'explications (24). Y est décrite l'idée d'un travail psychologique important réalisé par les patientes dans le but de rendre leurs symptômes socialement visibles lors de la consultation. Un équilibre est recherché par les patientes qui visent à s'adapter aux attentes normatives et biomédicales,

pour pallier le manque de reconnaissance du statut de maladie accordé par les médecins. Cette étude peut de manière intéressante être transposée à notre situation, participant à une explication du relationnel entre médecins et patients fibromyalgiques, et pouvant apporter des ébauches d'explications sur la relation complexe qu'entretient le corps médical avec les patients fibromyalgiques.

Chapitre 3 : Les forces et les limites

Dans cette sous-partie, nous allons tenter d'analyser les différentes forces et limites de cette étude qualitative. Pour se faire, l'enquêtrice s'est aidée de la grille d'évaluation COREQ (cf. annexe), pour une évaluation la plus exhaustive possible.

Une des limites principales de cette étude peut être la qualité de la chercheuse, qui ne possède pas de formation initiale à la recherche qualitative. Pour pallier cette difficulté, elle a réalisé une formation académique d'initiation à la recherche qualitative organisée par le département de Médecine Générale de la faculté de Strasbourg. Elle s'est également aidée du livre intitulé "Initiation à la recherche qualitative en santé", écrit par Mr LEBEAU Jean-Pierre.

On peut également souligner comme limite le fait que 3 des médecins généralistes étaient des médecins connus par la chercheuse. Toutefois, la relation de confiance pendant les entretiens n'en a été que plus renforcée. Parmi les trois, deux médecins connaissaient le parcours professionnel de la chercheuse.

Une autre limite potentielle retrouvée dans l'analyse de cette thèse est la méthodologie utilisée. L'étude est inspirée de l'analyse par théorisation ancrée mais ne répondant pas à tous les critères de cette dernière.

Concernant l'échantillonnage, il a été réalisé majoritairement par effet boule de neige, la chercheuse rencontrant des difficultés à trouver des médecins généralistes volontaires pour participer à son travail de recherche. Il a été pris en compte l'âge, le lieu des participants, le mode d'exercice pour essayer de permettre une diversité la plus complète possible. On retrouve toutefois une majorité de femmes médecins dans l'analyse, les médecins hommes ayant plus refusé de participer au projet de thèse de la chercheuse que les médecins femmes.

La taille de l'échantillon peut également être vue comme une limite, le nombre d'entretiens étant de neuf. La chercheuse s'est arrêtée lorsqu'elle tendait à une saturation de données, qu'il semble toutefois ambitieux de déclarer avoir obtenu. Six médecins généralistes, ainsi qu'une maison de santé, n'ont pas répondu favorablement à la demande de participation.

Les entretiens ont eu lieu à différents endroits, pouvant modifier l'état d'esprit du praticien. Toutefois le cabinet, endroit neutre et professionnel, a été privilégié pour huit entretiens sur neuf. Un s'est déroulé au domicile direct du médecin généraliste.

Les participants n'avaient pas connaissance ni de la grille d'entretien, ni de la question précise du sujet de thèse. Il a été décidé de ne donner que le thème (la fibromyalgie) en amont de l'entretien. Le guide avait été testé au préalable sur un interne réalisant également une thèse impliquant une recherche qualitative.

L'enregistrement a été réalisé uniquement de manière audio, sur 2 téléphones, limitant l'analyse d'un langage non verbal. Pour pallier cette difficulté, la chercheuse a retranscrit l'entretien dans des délais les plus courts possibles suivant l'entretien, lui permettant de s'en souvenir avec facilité. Pendant l'entretien, une attention toute particulière a été portée sur le langage non verbal.

Une limite également rencontrée concerne la durée de certains entretiens individuels. La chercheuse se formant au fur et à mesure du travail de thèse, on retrouve un entretien n'excédant pas 13 minutes, ce qui peut constituer une limite à son analyse.

La chercheuse a été la seule à coder la majorité des entretiens. Toutefois, une triangulation a été réalisée, avec une interne réalisant également une thèse de recherche qualitative, ayant également eu une formation, pour 2 entretiens sur 9.

Les thèmes abordés ont été déterminés à partir des données des entretiens. Compte tenu de la formation de la chercheuse, il est possible que certains thèmes ne soient pas abordés de la façon la plus adaptée. Le

codage étant effectué à la main, il est également possible que son analyse ne soit pas optimale. Les participants n'ont pas exprimé de retour sur les résultats.

Chapitre 4 : Les perspectives

Ce travail de recherche peut nous amener à différentes réflexions.

On retrouve dans nos entretiens l'idée d'un manque de formation concernant cette pathologie. La physiopathologie de la maladie n'est pas connue, et la notion de douleur nociplastique et de sensibilisation centrale n'est jamais évoquée par les médecins. Concernant la prise en charge diagnostic et thérapeutique, les praticiens se forment sur le tas, avec une prise en charge empirique variant en fonction de leurs expériences individuelles. Il pourrait être intéressant d'organiser pour les médecins généralistes une formation dont l'objectif serait l'appréhension de la pathologie en regard des données des connaissances actuelles. Une autre possibilité serait la formation des internes de médecine générale, sous forme de journée de formation, organisée par le département de médecine générale, pour pouvoir sensibiliser les jeunes futurs médecins généralistes. Une fiche conseil pourrait être réalisée pour les médecins généralistes.

PARTIE V : Conclusion

Pathologie complexe et peu connue, la fibromyalgie est l'objet de multiples interrogations. La connaissance de cette maladie, développée à l'aide d'une collaboration entre la médecine, les associations de patients et les firmes pharmaceutiques, reste une pathologie ayant un rapport particulier avec le corps médical.

L'objet de cette thèse était d'explorer la perception et le ressenti des médecins généralistes d'Alsace dans la prise en charge de patients fibromyalgiques, au travers de neuf entretiens semi-dirigés. Une recherche qualitative a été réalisée, selon une méthodologie inductive, inspirée de l'analyse par théorisation ancrée. L'objectif de recherche a été de comprendre la complexité subjective des actions et pensées d'un individu confronté à une situation et un contexte particulier.

La principale notion qui ressort lors de l'analyse est celle de l'ambivalence imprégnant les entretiens. Cette dernière concerne à la fois la pathologie, le patient, la prise en charge... Mais aussi le ressenti des médecins.

Les généralistes rencontrent des difficultés à définir le statut de la fibromyalgie et à la reconnaître comme maladie. Certains la perçoivent comme une pathologie psychosomatique, une maladie des émotions. Son invisibilité semble jouer un rôle auprès des médecins, la rendant moins "légitime" qu'une pathologie visible. Moins noble, moins attractive, entourée de tabou, elle est source de marginalisation, provoquant le rejet du corps médical à son égard. Le patient fibromyalgique est décrit comme un patient miroir, reflet de l'échec thérapeutique du médecin. Ce dernier ressent un manque de confiance en ses capacités, ainsi qu'une peur de mal faire et un manque de légitimité à prendre en charge cette maladie.

Les patients sont perçus comme ayant une psychologie complexe, avec une communication essentiellement exprimée par la plainte, mettant en échec le médecin traitant. Les médecins soulignent un risque majoré de mésusage médicamenteux et de poly consommation de soins. La plupart des patients sont décrits comme évoluant dans un environnement de vie défavorable : ils sont souvent socialement isolés, avec des antécédents de violences et d'événements de vie entraînant parfois un syndrome post-traumatique.

La relation soignant soigné est rapportée comme émotionnellement riche, avec une majorité de connotations péjoratives. On y retrouve des sentiments multiples tels que de la frustration, de l'impuissance, de l'épuisement affectif. Toutefois, il est également relevé une relation singulière, centrée sur la confiance, devenant particulièrement solide avec le temps.

Les médecins généralistes se perçoivent comme indispensables à la prise en charge de ces patients. Ce sont les médecins de premier et de dernier recours. Contrairement aux spécialistes dont le rôle perçu est assez variable, ils sont les piliers de cette prise en charge.

Nous retrouvons dans les entretiens cette ambivalence, deux visions distinctes de la médecine directement reliées à leurs perception et ressenti :

- Une vision biomédicale, centrée sur la maladie et les symptômes du patient, associée à une vision de la médecine ayant toutes les connaissances (ce que l'on ne connaît pas n'existe pas, malgré des recommandations affirmant pourtant le contraire). Elle semble s'observer lorsque les médecins généralistes se trouvent en difficulté.
- Une vision bio-psycho-sociale de la médecine, avec un changement de paradigme qui s'opère. Ainsi s'impose le renoncement à la guérison (par le médecin et le patient), l'acceptation de l'échec des thérapeutiques médicamenteuses, la nécessité d'une prise en charge globale et individualisée, le rôle essentiel de l'écoute, de la reconnaissance, et celui de l'accompagnement.

Bien que semblant opposées, ces deux visions s'expriment en alternance dans un même entretien et chez un même praticien, donnant naissance à cette sensation d'ambivalence ressentie lors de l'analyse.

Les médecins généralistes peuvent rencontrer des difficultés à trouver leur rôle au sein de cette prise en charge. Cette thèse a pour objectif de les aider à cheminer au travers de leurs questionnements, perceptions et ressentis, comme j'ai pu le faire. Ce travail m'a permis de me réajuster au mieux face à toutes mes ambivalences, qui sont pour la plupart les mêmes que celles trouvées chez mes confrères. Notre objectif commun final étant la meilleure prise en charge possible pour ces patients.

VU

Strasbourg, le 1 août 2024

Le président du Jury de Thèse

Professeur Fabrice BERNA


Professeur Fabrice BERNA
Professeur des Universités - Praticien Hospitalier
HOPITAL DE CLAUDE - HÔPITAL DE CLAUDE
67000 STRASBOURG
Tel : 03 88 11 66 40 - Fax : 03 88 11 54 22
N° RPPS : 1104067319

Vu et approuvé
Strasbourg, le ~~1~~ **26** ~~août~~ **août 2024**
Vice-Doyenne de la Faculté de Médecine, Maïeutique
et Sciences de la Santé
Professeure Anne CHARLOUX





PARTIE VI : BIBLIOGRAPHIE

1. Bouckenaere D. *La douleur chronique et la relation médecin-malade*. Cah Psychol Clin. 2007;28(1):167-83.
2. Masson E. *Nociception* [Internet]. EM-Consulte. [cité 2024 juill 12]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1122293/nociception>
3. *Douleurs nociplastiques : une nouvelle entité à savoir reconnaître*. VIDAL [Internet]. [cité 2024 juill 12]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/actualites/29597-douleurs-nociplastiques-une-nouvelle-entite-a-savoir-reconnaitre.html>
4. *Douleur - nociception: définition*. Palli-Science : site officiel de formation en soins palliatifs et oncologie de 1ère ligne [Internet]. 2013 [cité 2024 juin 3]. Disponible sur: <https://palli-science.com/manuel-de-la-douleur/douleur-nociception-definition>
5. *Douleur neuropathique - Troubles du cerveau, de la moelle épinière et des nerfs*. Manuels MSD pour le grand public [Internet]. [cité 2024 juin 3]. Disponible sur: <https://www.msmanuals.com/fr/accueil/troubles-du-cerveau,-de-la-moelle-epiniere-et-des-nerfs/douleur/douleur-neuropathique>
6. Anne-F, Gabach P. *Note de cadrage conduite diagnostique et stratégie thérapeutique de la fibromyalgie*. Haute Autorité de Santé; 2024 avril 24. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2024-04/note_de_cadrage_fibromyalgie.pdf
7. *Fibromyalgie*. Inserm, La science pour la santé [Internet]. [cité 2024 mai 12]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/fibromyalgie/>
8. *Syndrome fibromyalgique de l'adulte*. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 2024 mai 12]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_993899/fr/syndrome-fibromyalgique-de-l-adulte
9. Nacu A, Benamouzig D. *La fibromyalgie : du problème public à l'expérience des patients*. Santé Publique. 2010;22(5):551-62.
10. Laroche F. *Fibromyalgie*. EMC - Appareil Locomoteur. 2022;36(4):1-11. [Article 15-916-A-10].
11. Besse V, Dubois F. *Proposition de loi pour la reconnaissance de la fibromyalgie comme affection de longue durée* [Internet]. [cité 2024 juill 12]. Disponible sur : https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/16/textes/116b1218_proposition-loi.pdf
12. *Module 2 - Bases neurophysiologiques - Modulation - Contrôle inhibiteur diffus (CIDN)* [Internet]. [cité 2024 mai 12]. Disponible sur: <https://uriic.uqat.ca/cours/module2/1.2.2.html>
13. Marine L. *Les difficultés des médecins généralistes lors de la prise en charge des patients fibromyalgiques : étude qualitative par entretiens semi-dirigés*. Nantes : Université de Nantes, Faculté de Médecine; 2012.
14. Abeles AM, Pillinger MH, Solitar BM, Abeles M. *Narrative review: the pathophysiology of fibromyalgia*. Ann Intern Med. 2007;146(10):726-34.
15. De Barros F. *Demande et plainte chez le sujet atteint de fibromyalgie*. J Psychol. 2021;392(10):59-63.

16. Arnold LM, Bennett RM, Crofford LJ, Dean LE, Clauw DJ, Goldenberg DL, et al. *AAPT Diagnostic Criteria for Fibromyalgia*. *J Pain*. 2019;20(6):611-28.
17. Laroche F. *Mise au point fibromyalgie*. *Rev Prat*. 2019;69(6):649-51.
18. Häuser W, Ablin J, Perrot S, Fitzcharles MA. *Management of fibromyalgia: practical guides from recent evidence-based guidelines*. *Pol Arch Intern Med*. 2017;127:47-56.
19. Macfarlane GJ, Kronisch C, Dean LE, Atzeni F, Häuser W, Fluß E, et al. *EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia*. *Ann Rheum Dis*. 2017;76(2):318-28.
20. Smythe HA, Moldofsky H. *Two contributions to understanding of the « fibrositis » syndrome*. *Bull Rheum Dis*. 1978;28(1):928-31.
21. Barker K. *Self-Help Literature and the Making of an Illness Identity: The Case of Fibromyalgia Syndrome (FMS)*. *Soc Probl*. 2002;49(3):279-300.
22. Avorn J. *Drug Warnings That Can Cause Fits — Communicating Risks in a Data-Poor Environment*. *N Engl J Med*. 2008;359(10):991-4.
23. Usina J. *La douleur chronique dérouté le soignant : réflexions sur des défis de la pratique*. *Rev Med Brux*. 2023;44:288-92. Disponible sur: <https://www.amub-ulb.be/node/252><https://www.amub-ulb.be/node/2527>
24. Werner A, Malterud K. *It is hard work behaving as a credible patient: encounters between women with chronic pain and their doctors*. *Soc Sci Med*. 2003;57(8):1409-19.
25. Häuser W, Ablin J, Perrot S, Fitzcharles MA. *Management of fibromyalgia: practical guides from recent evidence-based guidelines*. *Pol Arch Intern Med*. 2017;127(1):47-56.
26. Pierret J. *Entre santé et expérience de la maladie*. *Psychotropes*. 2008;14(2):47-59.
27. Siksou M. Georges Libman Engel (1913-1999): *Le modèle biopsychosocial et la critique du réductionnisme biomédical*. *J Psychol [Internet]*. 2008 [cité 2024 juill 13];52-5. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-le-journal-des-psychologues-2008-7-page-52.htm?ref=doi>
28. Berquin A. *Le modèle biopsychosocial : beaucoup plus qu'un supplément d'empathie*. *Rev Med Suisse*. 2010;258(28):1511-3.
29. Bouckenaere D. *La douleur chronique et la relation médecin-malade*. *Cah Psychol Clin*. 2007;28.

PARTIE VII : ANNEXES**Annexe 1 – Grille d’analyse méthodique selon les lignes directrices COREQ**

Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion			
Caractéristiques personnelles			
1	Enquêteur	Quel auteur a mené l’entretien individuel ?	FEBVRE Sarah
2	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ?	DES en médecine générale
3	Activité	Quelle était son activité au moment de l’étude ?	Interne en médecine générale
4	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?	Une femme
5	Expérience et formation	Quelle était l’expérience ou la formation du chercheur	Première expérience en étude qualitative
Relations avec les participants :			
6	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l’étude ?	Oui pour 3 d’entre eux.
7	Connaissances des participants au sujet de l’enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ?	Présentation de l’enquêteur sur la fiche d’information : nom, prénom, profession, recherche dans le cadre d’une thèse de médecine générale
8	Caractéristiques de l’enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l’enquêteur ?	Absence de conflits d’intérêt
Domaine 2 : Conception de l’étude			
Cadre théorique :			
9	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l’étude ?	Analyse de contenu inspiré de l’analyse par théorisation ancrée
Sélection des participants :			
10	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ?	Échantillonnage raisonné
11	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ?	Par téléphone et mail
12	Taille de l’échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l’étude ?	9 participants
13	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ?	6 médecins et une maison de santé
Contexte :			
14	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ?	Sur le lieu professionnel, au domicile des médecins
15	Présence de non-participants	Y avait-il d’autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?	Non

16	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ?	Elles sont présentées dans le tableau dans le chapitre « Résultat »
Recueil des données :			
17	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages, étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?	Guide d'entretien présenté dans la section méthodologie et testé en amont du premier entretien
18	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?	Non, il n'y a eu qu'un entretien par participant.
19	Enregistrement audio-visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?	Enregistrement audio par dictaphone avec accord des participants
20	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ?	Après chaque entretien le chercheur a noté son ressenti à propos de l'entretien et ce qui l'a marqué
21	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ?	Entre 13 à 45 minutes
22	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	Tendance à la saturation de données au 8 -ème entretien
23	Retour de retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaires et/ou correction ?	Non
Domaine 3 : Analyse et résultats			
Analyse des données :			
24	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codées les données	L'enquêtrice, avec double codage par une co-interne pour 2 entretiens
25	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fournis une description de l'arbre de codage ?	Non
26	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?	Une partie des thèmes ont été déterminés à l'avance pour l'élaboration de la grille d'entretien, le reste a été déterminé à partir des données.
27	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?	Logiciel de traitement de texte
28	Vérification par les participants	Les participants ont-ils pu exprimer des retours sur les résultats ?	Non
Rédaction :			
29	Citations présentées	Des citations des participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ?	Oui
30	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?	Oui
31	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?	Oui

32	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion de thèmes secondaires ?	Oui
----	-------------------------------	---	-----

Annexe 2 – Questionnaire FIRST

Questionnaire FIRST (<i>douleurs depuis au moins 3 mois</i>)		
Mes douleurs sont localisées partout dans mon corps	Oui	Non
Mes douleurs s'accompagnent d'une fatigue générale permanente	Oui	Non
Mes douleurs sont comme des décharges électriques, des brûlures, ou des crampes	Oui	Non
Mes douleurs s'accompagnent d'autre sensation anormales, comme des fourmillements, des picotements, des sensations d'engourdissement, dans tout le corps	Oui	Non
Mes douleurs s'accompagnent d'autres problèmes de santé comme des problèmes digestifs, urinaires, maux de tête ou impatiences dans les jambes	Oui	Non
Mes douleurs ont un retentissement important dans ma vie : en particulier sur mon sommeil, ma capacité à me concentrer avec une impression de fonctionner au ralenti.	Oui	Non

Annexe 3 – Critères diagnostics de 2016 ACR (Score WPI, IDD et SS)

Un patient satisfait aux critères de diagnostic de fibromyalgie, lorsqu'il remplit les trois conditions suivantes :

1. Présence des symptômes douloureux depuis au moins trois mois.
2. Index de la douleur généralisée (Widespread pain index) à 7 et échelle de sévérité des symptômes à 5 ou index de la douleur entre 3 et 6 et échelle de sévérité des symptômes à 9
3. Elimination de toute autre cause des douleurs chroniques ostéoarticulaires.

Zones douloureuses (WPI) :

Il faut comptabiliser le nombre de zones douloureuses présentes durant la semaine avant la consultation.

Le score est de 0 à 19.

Les zones douloureuses sont configurées dans la figure et énumérées dans le tableau.

Nuque
Ceinture scapulaire droite et gauche
Haut et bas du dos Thorax Abdomen
Bras droit et gauche
Avant-bras droit et gauche
Hanches droite et gauche (fesses, trochanter)
Cuisses droit et gauche
Jambes droit et gauche

L'échelle de sévérité des symptômes (SS) :

Ces symptômes sont cotés de 0 à 3 (0 : Pas de problème, 1 : très légers, 2 : modérés, 3 : sévères)

- Fatigue
- Troubles du sommeil
- Troubles cognitifs :

Associé à ces premiers symptômes, on retrouve une liste de symptômes somatiques, cotés de 0 à 3 (0 = aucun symptôme, 1 = peu de symptômes, 2 = un nombre modéré de symptômes, 3 = de nombreux symptômes), regroupés dans le tableau ci-dessous :

Douleur musculaire
Syndrome du côlon irritable
Fatigue
Troubles de mémoire
Faiblesse musculaire
Mal de tête
Douleur/crampes à l'abdomen

Engourdissement/picotements
Vertiges
Insomnie
Dépression
Constipation,
Douleur dans le haut de l'abdomen
Nausée
Nervosité
Douleur à la poitrine
Vision floue
Fièvre
Diarrhée
Bouche sèche,
Démangeaisons
Respiration sifflante,
Phénomène de Raynaud, urticaire
Traces cutanées
Sifflements dans les oreilles
Vomissements
Brûlures d'estomac
Ulcères buccaux
Perte ou changement du goût
Convulsions
Yeux secs
Essoufflement
Perte d'appétit
Eruption
Sensibilité au soleil
Audition difficile
Ecchymoses
Perte de cheveux
Besoin fréquent d'urine
Miction douloureuse et spasmes de la vessie

Selon ces nouveaux index (WPI de 0 à 19 et Severity scale de 0 à 12), on arrive à un score total de 31.
Un score ≥ 13 a été retenu comme critère de base dans le diagnostic de la fibromyalgie.

ATTESTATION SUR L'HONNEUR


 Faculté de médecine
 maïeutique et sciences de la santé
 Université de Strasbourg

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

Document avec signature originale devant être joint :

- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : Fabure Prénom : Sarah

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics.

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente.

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur

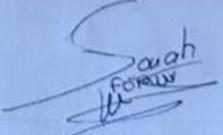
Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

A écrire à la main : « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète.

Signature originale :

à Strasbourg le 29/07/2024


 Sarah Fabure

Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.

RÉSUMÉ : Cette recherche qualitative auprès de 9 médecins généralistes d'Alsace a été réalisée par le biais d'entretiens semi-dirigés. L'analyse a été inspirée de l'analyse par théorisation ancrée. L'objectif était d'évaluer la perception et le ressenti des médecins généralistes dans la prise en charge des patients fibromyalgiques. L'analyse de cette étude retrouve une ambivalence imprégnant les entretiens, entre une vision réductionniste biomédicale de la médecine (s'observant lorsque les médecins semblent en difficulté), et une vision biopsychosociale nécessitant un changement de paradigme. La prise en charge de ces patients passe par l'acceptation du renoncement à la guérison, de l'échec thérapeutique, du rôle essentiel de l'écoute et de l'accompagnement. Les médecins généralistes font de leur mieux pour cheminer au travers de ces réflexions et prendre au charge du mieux qu'ils peuvent leurs patients malgré toutes les difficultés rencontrées.

Rubrique de classement : Thèse de médecine générale

Mots clés : fibromyalgie, syndrome fibromyalgique, médecine générale, soins primaire, relation médecin/patient, douleurs nociplastique, sensibilisation centrale, attitude relationnelle médecin/malade, modèles biomédicaux, modèle bio-psycho-sociaux, mécanisme de défense, coping

Mots clés MeSH : fibromyalgia, general practice, primary Health care, physician-patient relations, central nervous system sensitization, defense mechanism, adaptation, psychological

Président : Professeur BERNA FABRICE (PUPH)
Assesseurs : Dr TREILLET Erwan (Praticien hospitalier)
Dr GUILLOU PHILIPPE (Professeur associé de Médecine Générale)

Adresse de l'auteur : 3 allée de la houblonnière STRASBOURG 67200

