

La petite Venise – Colmar

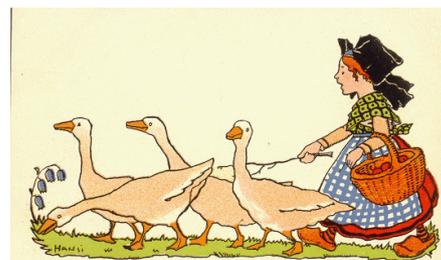
ASSOCIATION DES FIBROMYALGIQUES D'ALSACE
BAS - RHIN (67) . HAUT - RHIN (68)

8 rue du Château - 68740 NAMBSHEIM
Tél. : 03 89 48 57 22 site : www.fibroalsace.org
email : fibroalsace@gmail.com

LIEN N°43 JANVIER 2021
Association affiliée au CeNAF, Alliance Maladies Rares

PLAN DU JOURNAL

- pages 3 : Les petites abeilles
4 à 18 : Résumé de l'expertise collective
de l'INSERM
18 : Centre ELLIPSE - Les noix
19 : Poème



Chers adhérents,

Une année déjà à vivre autrement !

Nous n'avons plus beaucoup l'espoir de vous retrouver dans les prochains mois autour d'une réunion d'information.

Difficile de nous adapter à ce climat de crise sanitaire, qui génère de l'angoisse, de l'incertitude et du découragement. Le vivre « comme avant » semble être inaccessible, et pourtant, l'espoir de vaincre ce virus est là, dans quelques mois ou plus.

Et l'espoir pour la prise en charge améliorée de la fibromyalgie s'est concrétisé en octobre, avec enfin, les résultats de l'expertise collective de l'INSERM.

4 ans de travail des 15 experts ont abouti à un document exhaustif reprenant tous les problèmes posés par le difficile diagnostic de fibromyalgie, les recherches mondiales, les traitements possibles et les difficultés induites par les conséquences sociales pour les malades.

Ce travail représente un indéniable progrès. J'ai eu à cœur de vous transmettre un résumé fiable et compréhensif.

En espérant que vous tous et vos proches ayez été épargnés par le Covid 19, et surtout que vous gardiez énergie et espoir.

Martine GROSS



*C'est une belle harmonie quand le faire et le
dire vont ensemble*

Montaigne

Le coin des petites abeilles



Juillet 2020 :

- Mise sous plis du journal n° 42



Août REPOS !

Septembre :

- La crise sanitaire nous interdit les rassemblements, aucune réunion d'information ne peut être organisée.

Octobre :

- Présentation par visioconférence des résultats de l'Expertise Collective de l'INSERM sur la Fibromyalgie.
Nous avons transmis aux adhérents par mail et par courrier les liens pour télécharger le texte intégral, ainsi que le communiqué de presse.
- Visite du centre ELLIPSE à Strasbourg

Novembre / Décembre :

- Un résumé de l'expertise collective de l'INSERM a été réalisé.
Gros travail, plusieurs bénévoles en ont fait la relecture
- Courrier de fin d'année et préparation des reçus fiscaux

*Toute information donnée dans le Lien ne doit en aucun cas inciter à l'automédication.
Seul votre médecin est juge de ce qui vous convient le mieux.*

L'accueil téléphonique est assuré dans la mesure du possible les mardis et mercredis matins, de 9 h. à 12 h. hors vacances scolaires.



RESUMÉ DE L'EXPERTISE COLLECTIVE INSERM FIBROMYALGIE

SOMMAIRE

	page
▪ Syndrome fibromyalgique : une réalité clinique complexe	6
▪ Le déficit cognitif et la plainte	7
▪ Un diagnostic difficile à poser	8
▪ Des mécanismes biologiques de mieux en mieux connus	10
▪ La dimension sociale en jeu dans la fibromyalgie	13
▪ L'impact individuel et sociétal de la fibromyalgie	14
▪ Une prise en charge multimodale	15
▪ L'importance de la qualité des relations sociales	17

L'expertise collective de l'INSERM consiste en une analyse d'un corpus documentaire sur la fibromyalgie, composé de publications des dix dernières années, par un groupe de quinze experts, cliniciens et/ou chercheurs dans les domaines de l'algologie, l'économie, la médecine physique et de réadaptation, la médecine du travail, la neurologie, les neurosciences, la pédiatrie, la pharmacologie, la psychiatrie, la psychologie, la rhumatologie, la santé publique et la sociologie. Les chapitres du rapport d'expertise s'appuient sur l'analyse de ce corpus par les experts selon leur discipline.

Nota bene : ce résumé reprend les termes exacts et essentiels de la synthèse complète de l'expertise.

PRÉAMBULE

En France, la prévalence (nombre de personnes atteintes par rapport à la population) du syndrome fibromyalgique (FM) est estimée être égale à 1,6 %. Il peut avoir des conséquences médicales et psychologiques majeures (restriction d'activités, handicap moteur invalidant, arrêts de travail prolongés, etc...) Une errance médicale importante est rapportée par les personnes atteintes de ce syndrome, tandis qu'une proportion non négligeable de praticiens indique se sentir désarmés devant les patients. Son traitement n'est pas codifié et il est le plus souvent symptomatique. En raison de nombreux examens, de consultations répétées auprès de spécialistes, de visites fréquentes pour soins de santé, d'un absentéisme au travail possible, la fibromyalgie générerait d'importants coûts individuels et collectifs.

L'absence de signes biomédicaux qui seraient reconnus par tous comme signes objectifs de maladie dans la FM et une prévalence rapportée comme relativement élevée dans la population générale font que son étiologie (causes de la maladie), son diagnostic, sa prise en charge, et même sa réalité clinique, demeurent des sujets soumis à controverse.

Le fondement des débats est notamment de savoir si la FM est « réelle ». En l'absence d'éléments cliniques tangibles, l'organicité (cause liée aux organes) de la FM est en effet remise en cause et la nécessité d'une prise en charge parfois sous-estimée. Cette dernière est jugée (trop) difficile, chronophage et peu valorisante par certains professionnels de santé, du fait entre-autres de ses nombreuses comorbidités.

Cela peut être à l'origine d'incompréhensions, de frustrations, et de réserves entre soignants et soignés. Les professionnels de santé sont classés en « fibro-sceptiques, fibro-conscients ou fibro-bienveillants » par les associations de santé, qui interpellent également le Ministère à cause des délais de diagnostics qu'ils estiment importants, des inégalités régionales de reconnaissance du handicap par l'Assurance maladie, et d'une variabilité dans la qualité de leur prise en charge.

La FM est classée par l'OMS sous M79.7 (douleur chronique généralisée). Les Etats - Unis ont approuvé l'usage de la prégabaline, de la duloxétine et du minalcipran dans la fibromyalgie. En revanche, l'Agence européenne des médicaments (EMA) a refusé leur extension dans cette indication.

Un rapport a été établi par la Haute Autorité de Santé en 2008, suivi par un rapport d'orientation pour le ministère de la Santé en 2010. En octobre 2016, une commission parlementaire a publié une liste de 20 propositions : entre autres, de substituer le mot maladie au mot syndrome. En 2017, la SFETD (Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur) a publié un livre blanc de la douleur, dans lequel la fibromyalgie est amplement abordée en tant qu'entité clinique.

SOURCE :

Inserm. Fibromyalgie. Collection Expertise collective. Montrouge : EDP Sciences, 2020.

Pour accéder aux expertises collectives en ligne :

<http://ipubli-inserm.inist.fr/handle/10608/1>

<http://www.inserm.fr/thematiques/sante-publique/expertises-collectives/fibromyalgie>

RÉSUMÉ de la synthèse

Syndrome fibromyalgique : une réalité clinique complexe

La fibromyalgie (FM) est cliniquement définie comme « *un syndrome constitué de symptômes chroniques d'intensité modérée à sévère, incluant des douleurs chroniques diffuses sans cause apparente et une sensibilité à la pression, associées à de la fatigue, des troubles cognitifs et du sommeil et de nombreuses plaintes somatiques* ».

Si l'évolution s'oriente vers toujours plus de connaissances sur – et ainsi de reconnaissance de – la fibromyalgie, celles-ci restent limitées et incomplètes, et répondre de manière univoque aux questions posées s'avère difficile. Les différences et spécificités de la FM au sein du groupe des douleurs chroniques diffuses ne sont également pas abordées dans la littérature.

- **Des symptômes nombreux et imbriqués**

La FM est une entité hétérogène sur le plan clinique avec une grande variabilité du nombre et de l'intensité des symptômes. Comme toute douleur chronique, la FM ne suit pas une évolution linéaire mais se caractérise par une grande fluctuation intra – et inter – individuelle des symptômes, en termes d'intensité et de types de symptômes. Ces derniers sont modulés par plusieurs facteurs plus ou moins identifiables, certains d'aggravation (stress, émotion, postures prolongées, changements climatiques, etc...), d'autres d'amélioration (changement de rythme, chaleur, relaxation, activité physique, etc...).

- **Des douleurs chroniques diffuses**

Les douleurs chroniques diffuses, spontanées et l'allodynie (douleur déclenchée par un stimulus indolore pour la population générale) constituent les symptômes d'appel d'un diagnostic de FM. Les douleurs spontanées sont majoritairement musculo-squelettiques (muscles, tendons, articulations).

La douleur chronique diffuse n'est cependant pas toujours perçue par les patients comme étant le symptôme neurologique le plus invalidant. Sont en effet rapportés d'autres symptômes parmi lesquels on peut retenir :

- Des crises de douleurs exacerbées, qui doivent être différenciées de la symptomatologie douloureuse habituelle. Cette majoration de l'intensité des symptômes habituels provoque un épuisement avec une intolérance majeure au moindre effort. Les principaux facteurs de déclenchement rapportés par les patients sont les situations stressantes, le dépassement de ses limites (physiques et/ou cognitives), un sommeil de mauvaise qualité, ou encore des changements brusques, par exemple climatiques.
- Des paresthésies, des dysesthésies (fourmillements, picotements, brûlures), une hypersensibilité à la lumière vive, aux bruits, aux odeurs, ou des troubles digestifs.

- **Une fatigue persistante**

Une fatigue persistante est rapportée par 75 % des patients selon des études menées sur plus de 5 ans. Cependant, peu de littérature scientifique est disponible sur la fatigue, pour laquelle on reconnaît plusieurs composantes (physique, cognitive, émotionnelle). Elle est influencée dans la FM par de multiples facteurs comme l'intensité de la douleur, la détresse psychologique, une pauvre qualité de sommeil, un mode de vie sédentaire et un faible niveau d'activité et de fonctionnement physiques.

- **Des troubles du sommeil**

De 62 à 95 % des patients atteints de fibromyalgie rapportent des troubles du sommeil. Ces troubles du sommeil sont de type sommeil non réparateur, plus court et peu profond, même en l'absence d'une véritable insomnie. On observe une diminution de l'efficacité du sommeil avec une augmentation de l'éveil intra-sommeil (15 min en plus), une durée de sommeil plus courte (30 min en moins) et un sommeil plus léger (4 % en moins de sommeil lent profond) par rapport aux sujets contrôles.

La perturbation du sommeil évaluée objectivement dans la fibromyalgie est semblable à celle évaluée dans d'autres syndromes douloureux comme la polyarthrite rhumatoïde ou l'arthrose, alors qu'elle apparaît plus sévère que dans ces deux pathologies avec des méthodes subjectives. En revanche, les anomalies du sommeil observées dans la fibromyalgie sont différentes de celles décrites dans la dépression. Il est important de noter que la prévalence de troubles spécifiques du sommeil qui répondent à des traitements spécifiques, à savoir le syndrome des jambes sans repos et le syndrome d'apnées du sommeil, est rapportée par la littérature comme importante chez les patients atteints de fibromyalgie (de 23 à 64 % pour les premiers et jusqu'à 45 % pour le second chez les patients ayant bénéficié d'un enregistrement de sommeil).

- **Des troubles de l'humeur**

Les études cas/témoins révèlent que les patients atteints de fibromyalgie ont des scores de dépression et d'anxiété plus élevés d'un tiers en moyenne que des sujets contrôles ou des patients atteints d'un autre trouble douloureux chronique, tel que la polyarthrite rhumatoïde. Si les entretiens médicaux permettent de s'assurer objectivement d'un diagnostic de dépression, les questionnaires ne peuvent que révéler des signes de dépression ou d'anxiété sans pour autant poser le diagnostic de dépression.

Pour certains auteurs, la dépression et l'anxiété accentueraient la douleur dans la fibromyalgie, et pour d'autres, influenceraient plutôt la qualité de vie des patients. Bien moins fréquents, d'autres troubles ont été rapportés tels que des symptômes maniaques en lien avec le surpoids, la douleur ou la mauvaise qualité de vie et de l'alexithymie (difficulté à identifier et à exprimer ses émotions) qui tend à s'accroître avec l'âge.

Le déficit cognitif et la plainte

75 % des patients atteints de fibromyalgie rapportent des difficultés de concentration et d'attention, des oublis ou des « trous de mémoire » et un affaiblissement de la clarté mentale. Les patients disent ainsi « fonctionner avec un esprit cotonneux ». Le terme de « fibrofog » est utilisé dans la littérature anglophone pour faire référence à ces troubles rapportés par les patients.

L'atteinte des capacités cognitives des patients atteints de douleurs chroniques, dont la fibromyalgie, concerne plusieurs fonctions cognitives parmi lesquelles figurent la mémoire à court et long terme et les capacités d'attention et de concentration. Toute distraction interrompant la tâche en cours perturbe le processus de mémorisation, tant au niveau de l'encodage que du rappel de l'information lors, par exemple de l'apprentissage d'une liste de mots.

La performance cognitive des patients est influencée par de nombreux facteurs, certains associés à la fibromyalgie et d'autres à l'âge, au genre ou au niveau socioculturel. Les symptômes anxio-dépressifs, les troubles du sommeil et la fatigue joueraient un rôle secondaire dans la survenue des troubles cognitifs par rapport à la douleur chronique. Ainsi, une relation étroite existe entre la sévérité des troubles cognitifs et l'intensité de la douleur.

- **Une condition physique souvent altérée**

Plusieurs études montrent que le niveau général de condition physique chez les patients est fortement diminué comparé à celui d'individus contrôles ajustés sur le genre et l'âge. La diminution touche de nombreuses composantes de la condition physique : capacité cardio-respiratoire, force et endurance musculaires, souplesse articulaire et musculo-tendineuse, agilité motrice. Outre cette diminution de la condition physique, une augmentation significative de la perception de l'effort est rapportée. L'une des conséquences de ces altérations est une diminution des activités de la vie quotidienne et une incidence plus élevée des chutes.

Une peur du mouvement avec comportement d'évitement, pouvant aller jusqu'à une véritable kinésiophobie, est estimée être présente chez 40 % des patients atteints de fibromyalgie par certaines études.

D'autres facteurs comme l'obésité, les troubles de l'humeur ou la consommation de médicaments peuvent contribuer à entretenir ce processus, pouvant conduire à un véritable déconditionnement physique. Paradoxalement, la littérature rapporte qu'une meilleure condition physique est associée à des niveaux plus faibles de douleur ressentie et une meilleure qualité de vie dans la fibromyalgie.

- **Un devenir à long terme des patients peu décrit**

Une étude sur 1.555 patients rapporte que la douleur, la fatigue, les symptômes fonctionnels, la dépression et la fonction globale sont en moyenne peu différents entre la première et la dernière visite (suivi moyen de 4 ans). Il y a cependant beaucoup de variation à l'échelon individuel : 10 % des patients ont une amélioration franche, 15 % ont une amélioration modérée et 36 % ont une aggravation du score à l'échelle de sévérité de la fibromyalgie. Les rares études ayant exploré la question de la mortalité montrent qu'elle ne serait pas différente de celle de la population générale. Le comportement suicidaire semblerait lié à la sévérité de la fibromyalgie, et davantage aux symptômes de détresse psychique (symptômes anxio-dépressifs) qu'aux symptômes physiques. Enfin, il faut être attentif aux facteurs de risque de morbidité, notamment cardiovasculaire, comme la consommation de tabac ou d'alcool, ou l'obésité, qui sont plus fréquents chez les patients comparés à la population générale.

Un diagnostic difficile à poser

- **Des critères de classification et de diagnostic en perpétuelle évolution.**

De nouveaux critères ont été élaborés à partir de 2010 et la dernière version ACR (American College of Rheumatology) 2016 correspond à des critères de diagnostic et non plus de classification. Le critère « présence de points douloureux à la pression » disparaît dès les critères ACR 2010 pour laisser la place à des zones douloureuses.

Les critères ACR intègrent deux nouveaux éléments : un index de douleurs diffuses ou IDD et l'échelle de sévérité des symptômes. Quelques données de la littérature montrent cependant que les médecins connaissent peu les critères ACR et qu'ils font davantage confiance à leur expérience clinique pour poser le diagnostic. La complexité de ces critères pourrait être un frein à leur utilisation.

Des outils de type questionnaire ont également été développés pour l'aide au diagnostic. Au mois 8 questionnaires sont disponibles dont la complexité, la sensibilité et la spécificité sont variables. Parmi eux, l'auto-questionnaire français FiRST.

- **Un manque actuel de biomarqueurs pour conforter le diagnostic**

Les critères de classification ACR 1990 ont permis de constituer des groupes de patients à des fins de recherche biomédicale, y compris pour l'identification de marqueurs biologiques ou fonctionnels qui seraient propres à la fibromyalgie afin de définir des critères de diagnostic plus objectifs.

Si les études des taux de neurotransmetteurs comme la substance P, le glutamate ou le NGF dans le liquide céphalo-rachidien ou le cerveau des patients donnent des résultats encourageants à l'échelle de comparaison de groupes, il n'est pas vérifié que les différences observées puissent être utilisées au niveau individuel en tant que biomarqueur.

D'autres développements issus de la physique, de la chimie et de la biologie moléculaire ont fourni de nouveaux moyens d'exploration. Malgré les résultats prometteurs de ces travaux pour les connaissances fondamentales sur la fibromyalgie, ils sont trop préliminaires pour l'identification de biomarqueurs spécifiques ou utilisables en pratique clinique courante. Une des difficultés majeures pour l'interprétation des données est l'établissement d'un lien de causalité entre les anomalies observées et les symptômes fibromyalgiques. Les différences rapportées actuellement dans la littérature, qu'elles soient génétiques, biologiques ou fonctionnelles, ne sont pas spécifiques de la fibromyalgie car elles sont associées à d'autres syndromes douloureux chroniques.

- **De nombreux diagnostics différentiels, des comorbidités et une concomitance avec d'autres pathologies douloureuses**

Outre les nombreux symptômes propres à la fibromyalgie, les patients atteints de fibromyalgie présentent de nombreuses autres comorbidités ayant des prévalences variables. Si aucun examen biologique n'est utile pour le diagnostic de fibromyalgie, il est fondé de vérifier la normalité de constantes biologiques usuelles pour écarter les diagnostics différentiels possibles. Un avis spécialisé (rhumatologue, neurologue, médecine interne selon les cas) peut être nécessaire.

Certains des symptômes somatiques fonctionnels définissant la fibromyalgie constituent la composante essentielle d'autres entités comme le syndrome de fatigue chronique, le syndrome de l'intestin irritable, le dysfonctionnement temporo-mandibulaire ou les céphalées de tension. Par exemple, les critères de fibromyalgie ont été retrouvés chez 20 à 65 % des patients ayant un syndrome de l'intestin irritable. Réciproquement, 30 à 70 % des patients souffrant de fibromyalgie ont un syndrome de l'intestin irritable.

Enfin, certaines formes de syndrome d'« Ehler-Danlos hypermobile » et l'hypersensibilité au gluten recouvrent en partie le syndrome fibromyalgique. Des maladies chroniques, notamment rhumatismales et auto-immunes, sont fréquemment associées à un syndrome d'allure fibromyalgique. Le diagnostic de fibromyalgie n'exclut donc pas la présence possible d'une autre maladie.

- **Des données de prévalence variables en fonction des critères utilisés mais des valeurs qui restent élevées**

En France, une étude réalisée sur un échantillon représentatif de 1 014 français a estimé la prévalence de la population entre 2,2 et 1,4 %. La prévalence augmente avec l'âge : selon les études, elle atteint un maximum soit pour les classes d'âge moyen (30-50 ans), soit après 50 ans. La littérature fait état d'une forte représentativité féminine parmi les patients. Selon les bases de données d'assurances américaines, l'incidence de la fibromyalgie est estimée à 688 cas pour 100 000 personnes par année chez les hommes et 1 128 chez les femmes. Son incidence augmente avec l'âge avant d'atteindre un plateau à partir de 40 ans chez les hommes (environ 1 200 cas pour 100 000 entre 40 et 65 ans) et 45 ans chez les femmes (environ 2 100 cas pour 100 000 entre 40 et 65 ans).

- **Une étiologie complexe qui fait intervenir plusieurs facteurs et qui s'inscrit dans le modèle médical biopsychosocial**

De nombreuses études ont été publiées sur l'étiologie (étude des causes et des facteurs d'une maladie) de la fibromyalgie au cours des 20 dernières années. Il est cependant important de souligner à ce stade que plusieurs écueils méthodologiques sont susceptibles de limiter la portée des résultats. Un biais existe dès lors que le recrutement se fait essentiellement au sein de structures spécialisées dans le traitement de la douleur. En effet, on peut supposer que ces patients ont des symptômes et des répercussion psychosociales de la fibromyalgie plus sévères que les autres, nécessitant une prise en charge spécifique.

L'évolution des connaissances fondamentales, notamment en neurosciences et le nombre de travaux publiés sur l'étiologie de la fibromyalgie ont explosé ces dernières années. Le syndrome fibromyalgique semblant multifactoriel dans son étiologie, il s'inscrit parfaitement dans le modèle médical biopsychosocial. Ce qui peut expliquer l'hétérogénéité observée dans la fibromyalgie car il considère facteurs biologiques, psychologiques et sociaux sur un pied d'égalité dans un système de causalités complexes, multiples et circulaires menant à l'altération de l'état de santé.

Un tel modèle permet de ne plus considérer comme « psychosomatiques » les souffrances pour lesquelles on ne connaît pas (encore) d'altération biologique. L'évolution des connaissances a ainsi conduit à une évolution majeure de la conception physiopathologique que l'on a sur la fibromyalgie, passant d'un syndrome médicalement inexplicé à un syndrome de douleurs nociplastiques ou dysfonctionnelles.

Des mécanismes biologiques de mieux en mieux connus

La littérature sur la physiopathologie de la fibromyalgie repose essentiellement sur l'exploration de la douleur. En effet, les données sur la physiopathologie de la fatigue, des troubles du sommeil, des troubles cognitifs, ou encore de l'humeur ou de la santé mentale ont été peu, voire pas du tout, explorées.

Cependant, il existe une étroite et complexe interaction entre les symptômes dans toutes les formes de douleur chronique dont les mécanismes restent à être explorés. Une de ces interactions mises en jeu et toujours incomprises sur le plan mécanistique dans la fibromyalgie est celle du triptyque sommeil, dépression et douleur : la douleur entraîne une perturbation du sommeil, qui elle-même exacerbe la douleur. La dépression interagit également avec le sommeil et la douleur. Il en est de même dans la relation entre dépression et douleur. Cette triple interaction rend compte des difficultés rencontrées à faire la part des causes et des conséquences entre ces trois facteurs.

- **Une neurobiologie de la douleur chronique diffuse dans la fibromyalgie qui se dessine**

Les hypothèses physiopathologiques actuelles concernant la douleur fibromyalgique sont divisées en deux grandes catégories : celles faisant de la fibromyalgie une pathologie du système nerveux central et celles en faisant une pathologie davantage liée à des anomalies du système nerveux périphérique et/ou des muscles squelettiques.

Les travaux reposant sur des méthodes d'évaluation quantifiée de la sensibilité ont montré dès les années 1980 que la fibromyalgie était associée à une hypersensibilité généralisée à la douleur (diminution des seuils de douleur) liée à une hyperexcitabilité des systèmes nociceptifs centraux.

- **Mécanismes biologiques à l'origine des douleurs chroniques diffuses dans la FM**

Dans les douleurs dysfonctionnelles comme celles observées dans la fibromyalgie, le système nerveux central (cerveau et moelle épinière) est intact et il n'y a pas de lésions tissulaire, d'inflammation neurologiques décelables, au moins avec les techniques actuelles (mais cette dernière notion est actuellement remise en question). On considère aujourd'hui que les douleurs chroniques diffuses sont liées à des modifications directes du système de détection de la douleur dans la moelle épinière et le cerveau. Les mécanismes de modulation de la douleur seraient altérés, ce qui favoriserait le développement d'une sensibilisation centrale correspondant à un état d'hyperexcitabilité de longue durée des neurones nociceptifs. La douleur n'étant plus filtrée, elle pourrait être déclenchée par des stimulations plus légères que la normale.

L' hypersensibilité à la douleur caractérisant la fibromyalgie pourrait également résulter de phénomènes de sensibilisation centrale. Cependant, ce mécanisme n'est en aucun cas spécifique de la fibromyalgie puisqu'il interviendrait dans de nombreux autres syndromes douloureux chroniques. Un axe complémentaire de recherche a concerné les perturbations des mécanismes physiologiques impliqués dans la réponse aux stress. De nouveau, ces anomalies ne sont en rien spécifiques de la fibromyalgie et leur lien causal avec la symptomatologie fibromyalgique n'est pas solidement établi.

Divers travaux récents ont conduit à remettre en cause les hypothèses physiopathologiques reposant exclusivement sur des mécanismes nerveux centraux.

Certains auteurs avancent ainsi que :

- la fibromyalgie pourrait correspondre, pour un sous-groupe de patients, à une forme atypique de neuropathie des petites fibres. Cependant, cette interprétation neuropathique de la fibromyalgie est loin de faire l'unanimité vu le faible nombre de patients explorés sur le plan anatomopathologique et elle n'est en rien exclusive des autres mécanismes évoqués.

- le rôle d'anomalies observées dans les muscles squelettiques comme une diminution de la densité de capillaires sanguins, pouvant entre autres choses, induire un défaut d'oxygénation musculaire.

- un rôle potentiel de mécanismes immunologiques et inflammatoires médiés notamment par les cytokines pro - et anti-inflammatoires.

La plupart de ces hypothèses reposent néanmoins sur un faible nombre d'études réalisées dans de petites populations de patients, et qui sont encore contradictoires dans leurs résultats.

- **Des modifications non spécifiques en neuro-imagerie cérébrale,**

L'imagerie du cerveau, à l'aide de méthodes non invasives telles que l'IRM, a révélé la grande complexité des mécanismes physiologiques centraux impliqués dans la perception de la douleur et a permis de visualiser les structures cérébrales responsables de l'analyse et de la modulation du message douloureux. Il faut néanmoins souligner que dans ce domaine en pleine évolution technologique, beaucoup d'études menées sur la fibromyalgie l'ont été sur un nombre peu élevé de participants à l'aide de méthodes d'imagerie qui ne satisfont plus aux standards de qualité actuels.

- **Réponses cérébrales à des stimuli**

L'application d'un stimulus nociceptif (de type pression sur l'ongle du pouce) active la matrice de la douleur chez les patients atteints de fibromyalgie, contrairement aux personnes contrôles.

Cependant, les modes et zones d'activation chez les patients peuvent fortement différer selon les études. D'autres études ont montré que les fibromyalgiques activent moins fortement des aires corticales qui sont impliquées dans l'exécution des tâches cognitives, en particulier le cortex préfrontal. Il est impossible de déterminer si la fibromyalgie est associée à un profil de réponse cérébrale typique.

- **Imagerie structurale et métabolique**

Une équipe a rapporté des taux de glutamate (un neurotransmetteur excitateur) plus élevés en réponse à une stimulation douloureuse dans l'insula et le cortex cingulaire postérieur des patients, en lien avec un seuil de douleur plus bas. Cependant, cette observation devrait être confirmée à l'aide de standards actuels d'imagerie cérébrale pour être retenue.

- **Des facteurs psychologiques importants à considérer**

Les travaux menés sur la dimension psychologique dans le syndrome fibromyalgique indiquent qu'il existerait des particularités qui lui sont propres, même si des profils communs à la douleur chronique en général (catastrophisme, kinésiophobie, acceptation de la douleur...) sont reconnus.

Si les liens de causalité ne sont pas encore avérés, des facteurs psychologiques tels que les traits de personnalité ou les émotions joueraient un rôle dans la survenue et la pérennisation des douleurs chroniques et dans les stratégies d'ajustement (*coping* : ensemble des efforts mis en place par le patient pour réduire l'impact qu'a la maladie sur sa vie) développées par les patients pour y faire face.

Il existe des facteurs psychologiques qui exposent les patients à une certaine vulnérabilité et favorisent sa pérennisation. Il s'agit de facteurs relationnels tels qu'un manque de soutien social et un sentiment élevé de solitude ; de facteurs de représentation de la fibromyalgie avec une perception négative ; un catastrophisme élevé avec ses trois dimensions que sont la rumination, l'amplification et l'impuissance ; enfin des facteurs d'ordre émotionnel tels que des sentiments d'incertitude et d'injustice, une peur de la douleur et du mouvement, une humeur dépressive, une anxiété, de la tristesse et de la colère.

De l'analyse de la littérature se dégagent deux profils psychologiques distincts chez les patients :

- un premier groupe marqué par un fort névrosisme et une détresse psychologique importante, qui favorisent un état clinique très altéré et des retentissements psychosociaux fréquents.
- un second groupe présentant une faible détresse psychologique, une meilleure qualité de vie et une évolution plutôt favorable de la symptomatologie.

Il ressort de l'analyse psychosociale les causes que les patients attribuent à leurs troubles : une haute prévalence d'événements traumatiques, notamment d'ordre psychologique, tels que le deuil d'un proche, un vécu de violence, un traumatisme dans l'enfance, ou encore un divorce. Des traumatismes de type somatique sont aussi identifiés tels qu'un accident, une chirurgie, une chute ou encore des problèmes gynécologiques/obstétriques.

Le traumatisme, physique ou psychologique, est désigné par certains comme un événement déclencheur d'une maladie auparavant « dormant dans leur corps »

La dimension sociale en jeu dans la fibromyalgie

- **Importance de la reconnaissance du statut de patient**

Bien qu'il semble que la situation ait positivement évolué ces dernières années avec les connaissances acquises en neurosciences, l'impossibilité de relier le syndrome fibromyalgique à un problème organique clairement identifié et à le confirmer à l'aide d'un biomarqueur aurait longtemps discrédité les plaintes des patients, qui restent subjectives.

L'absence d'une cause organique reconnue par tous les professionnels de santé permet au doute de s'installer chez certains concernant l'origine des symptômes : sont-ils aussi physiques ou uniquement psychosomatiques ? De cette question peut découler une représentation du syndrome.

C'est ainsi que les symptômes dits « médicalement inexplicables » peuvent être considérés comme « médicalement suspects » : si la responsabilité du trouble est imputée aux patients, ceux-ci doivent se battre pour être reconnus malades. Il en résulte une situation paradoxale dans laquelle la douleur et les autres symptômes sont à la fois à abolir mais aussi nécessaires pour le patient afin de légitimer son identité sociale de personne souffrant d'une maladie.

- **Renforcement des problèmes sociaux et d'inégalités de genre**

Les conséquences d'une affection douloureuse comme la fibromyalgie peuvent renforcer des inégalités sociales : marginalisation, comorbidités, limitations des relations familiales et sociales et perte d'autonomie faiblement compensée par les aides sociales.

La fibromyalgie semble encore considérée comme « une maladie de femme » ce qui a pu renforcer une certaine propension à délégitimer ou à minimiser, au point de la rendre invisible, la souffrance exprimée par les patients. Il a été montré que le monde médical évalue plus facilement des symptômes comme d'origine psychosomatique chez les femmes que chez les hommes.

De même, la douleur des femmes serait traitée moins sérieusement que celle des hommes, même lorsqu'elle émane d'une cause biomédicale connue, et plus encore quand celle-ci n'a pas été établie. Comme pour d'autres affections typiquement féminines (exemple de l'endométriose), la reconnaissance et la prise en charge des conséquences du trouble ont été et sont pour certaines encore limitées, que ce soit dans la sphère privée ou dans les politiques de santé publique.

- **Autres facteurs associés au syndrome fibromyalgique**

De nombreux facteurs sont associés au syndrome fibromyalgique mais ne lui sont pas spécifiques car ils s'observent dans la plupart des syndromes douloureux chroniques généralisés. Une prévalence élevée de fibromyalgie rapportée dans certaines familles repose à la fois sur des facteurs génétiques et des facteurs familiaux d'exposition environnementale et comportementale. Le niveau de preuve du rôle déclenchant de traumatismes (accidents de la route, traumatismes cervicaux) est classé comme faible par plusieurs revues.

L'impact individuel et sociétal de la fibromyalgie

- **Sur la qualité de vie**

Les symptômes, en particulier la douleur qui est omniprésente, mais aussi la fatigue qui épuise, le sommeil perturbé, les troubles cognitifs et les symptômes dépressifs portent atteinte à la santé physique et mentale.

Les patients considèrent qu'ils bouleversent leurs relations aux autres et, de façon particulièrement marquée, qu'ils portent atteinte à leur identité individuelle et sociale. Le caractère aléatoire et instable des symptômes leur fait vivre des émotions pénibles et incontrôlables.

Ils expriment le sentiment d'une rupture brutale à tous les niveaux existentiels et un profond sentiment de perte de leur personnalité « d'avant ». La douleur, les symptômes anxio-dépressifs, la fatigue, les troubles du sommeil et des traumatismes anciens auraient un impact négatif. Les stratégies d'ajustement et le soutien familial et social exerceraient un effet positif sur la qualité de vie des patients.

- **Sur l'activité professionnelle**

La fibromyalgie retentit globalement sur la qualité de vie des patients en milieu professionnel. L'effet positif du travail est plus net pour les catégories socioprofessionnelles élevées bénéficiant de meilleures conditions de travail et de vie. Le syndrome fibromyalgique peut donc compromettre la poursuite de l'activité professionnelle en l'absence d'aménagement des conditions ou de la durée du travail. Le taux d'emploi varie entre 34 et 77 % selon les pays. Les quelques études réalisées, aucune en France, rapportent des taux d'invalidité allant de 19 à 45 % et des pourcentages de personnes non employées à cause de la fibromyalgie allant de 34 à 50 % dans les échantillons consultés.

La douleur, les troubles cognitifs et la fatigue caractéristiques de la fibromyalgie sont sources à des degrés divers d'incapacité parfois prolongée au cours des activités professionnelles impliquant, par exemple, des efforts musculaires répétés ou une élévation des bras au-delà de l'horizontale.

L'absence de possibilité de modulation des efforts et des gestes ou du temps de travail en fonction des variations de l'état fonctionnel serait donc une source importante de handicap, d'incapacité et même d'invalidité pour les travailleurs souffrant de fibromyalgie. Si travailler est recommandé, demeurer en emploi semble rester « une lutte permanente » pour nombre de personnes souffrant d'un syndrome fibromyalgique.

- **Son impact économique**

Le poids économique du syndrome fibromyalgique augmente avec la sévérité de l'affection. Des études cas-témoins montrent que des patients ont significativement plus de dépenses de santé que des témoins non atteints, ainsi que plus de comorbidités. Les études menées sur les ressources consommées avant et après diagnostic montrent que les dépenses de santé dans les années qui suivent celui-ci sont au moins équivalentes, si ce n'est plus élevées, que durant la période qui le précède.

Etude française sur 88 patients, coûts médicaux directs et indirects (pertes de productivité) en France par patient et par an en fonction de la sévérité du syndrome évaluée à l'aide du Questionnaire d'Impact de la Fibromyalgie.

	Fibromyalgie légère	Fibromyalgie sévère
Coûts médicaux directs :	564 €	794 €
Coûts médicaux indirects :	4 816 €	9 190 €

Une prise en charge multimodale

La littérature sur la prise en charge de la fibromyalgie est abondante. Cette prise en charge vise à réduire les symptômes de la fibromyalgie (douleur mais aussi troubles du sommeil, troubles cognitifs, troubles de l'humeur, fatigue) et à améliorer la situation de handicap liée, ainsi que la qualité de vie. Les patients accordent une grande importance aux médicaments pour leurs effets espérés, tout en redoutant leurs effets secondaires. Ils sont pour eux le signe que le médecin reconnaît leur pathologie comme un trouble relevant du domaine biomédical.

Il a été constaté un effet relativement modeste pour de nombreux traitements. Une thérapie non pharmacologique et une éducation thérapeutique du patient (ETP) sont en première ligne et placent les médicaments à recommandation modérée en seconde ligne. Une activité physique adaptée et régulière est vivement recommandée pour réintégrer le mouvement dans la vie quotidienne.

Une activité physique adaptée (APA) doit être considérée comme le socle du traitement de la fibromyalgie. Plusieurs revues systématiques et méta-analyses récentes démontrent l'efficacité et l'innocuité à court et à moyen terme d'exercices aérobies, comme la marche, dans la fibromyalgie. De nombreuses questions restent néanmoins en suspens concernant les protocoles à mettre en place (intensité, fréquence, adhésion). Il apparaît cependant que les programmes d'exercices doivent être personnalisés et adaptés à chaque situation, en particulier au rythme de vie de la personne. La prescription et supervision d'une activité physique adaptée par des professionnels de la santé semble donc indispensable pour un effet thérapeutique optimal.

Les thérapies de mouvement méditatif comme le Yoga, le Tai-chi ou le Qi Gong peuvent s'avérer intéressantes pour les patients qui ont une adhésion faible aux programmes d'exercices plus classiques. Des études avec des méthodologie plus robustes sont nécessaires pour déterminer l'impact de traitements plus passifs (balnéothérapie, cryothérapie, électrothérapie, etc...).

• Des psychothérapies promouvant les stratégies d'ajustement

Les psychothérapies constituent l'une des modalités de prise en charge des patients souffrant de fibromyalgie. Les objectifs principaux sont d'améliorer le bien-être (psychologique, physique et fonctionnel) et la qualité de vie, de promouvoir l'estime de soi et le sentiment d'auto-efficacité, d'encourager la mobilisation de stratégies d'ajustement adaptatives variées et de diminuer le stress. Les psychothérapies dans la fibromyalgie n'ont donc pas pour objectif direct une diminution de l'intensité douloureuse ou des autres symptômes somatiques, mais principalement l'adoption par le patient de stratégies d'acceptation et d'appropriation de la fibromyalgie au quotidien.

Les psychothérapies les plus couramment pratiquées sont issues des approches comportementales et cognitives (TCC), psychanalytique, systémique et humaniste. D'autres interventions thérapeutiques concernent l'hypnose, la méditation en pleine conscience ou encore l'EMDR. Dans l'état actuel des connaissances, les psychothérapies apportent globalement un bénéfice, avec une amélioration significative maintenue à 6 mois de l'état de santé somatique et psychologique et du fonctionnement au quotidien. Les TCC, comme la thérapie d'acceptation et d'engagement, améliorent de manière notable la symptomatologie et la qualité de vie des patients à court et moyen terme, les bienfaits sont plus marqués pour les interventions thérapeutiques les plus longues (à partir de 25 heures) et menées en « présentiel ». Plus récemment ont été publiées plusieurs études sur l'efficacité de l'Hypnose et de la médiation en pleine conscience utilisant le protocole MBS (*mindfulness based stress reduction*).

- **Une prise en charge pharmacologique ciblée**

Les revues systématiques et les méta-analyses publiées portent essentiellement sur des antiépileptiques (prégabaline, gabapentine) et des antidépresseurs (amitriptyline, inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline comme la duloxétine ou le milnacipran, inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) comme la fluoxétine, paroxétine et le citalopram).

D'autres publications concernent des molécules recommandées dans la douleur chronique, et par extension dans la fibromyalgie, tels que des anti-inflammatoires non stéroïdiens, le tramadol ou des psychotropes.

En France et en Europe, aucun médicament n'a obtenu une autorisation de mise sur le marché (AMM) pour l'indication fibromyalgie tandis que la FDA aux États-Unis a accordé une AMM pour 3 médicaments : la prégabaline, la duloxétine et le milnacipran. Les études cliniques montrent une amélioration supérieure ou égale à 30 % de la douleur (50 % pour la prégabaline) et une amélioration de la qualité de vie pour ces 3 médicaments.

Leurs effets bénéfiques sur le PGIC (impression globale de changement) sont variables et sont généralement faibles à absents sur la fatigue, le sommeil ou la condition physique. Il n'existe pas de différence d'efficacité et de tolérance entre duloxétine 60 mg, prégabaline 300 mg et milnacipran 100 mg. Ces molécules, qui agissent sur le système nerveux central, ont des effets indésirables connus comme une somnolence et des vertiges qui peuvent entraîner l'arrêt du traitement avant la durée de 12 semaines jugée nécessaire pour envisager son efficacité.

Les antidépresseurs de type ISRS ne montrent pas de supériorité documentée pour l'amélioration de la douleur, de la fatigue, ou du sommeil par rapport au placebo, mais peuvent être bénéfiques pour traiter une dépression avérée chez un patient.

L'amitriptyline (Laroxyl ®) est un médicament très utilisé depuis longtemps en première ligne pour la fibromyalgie sans pour autant être soutenu par beaucoup d'études cliniques.

En France, les autorités de santé et plusieurs sociétés savantes ont émis des recommandations afin de prévenir le mésusage des antalgiques et co-antalgiques. Elles stipulent en particulier de ne pas utiliser d'opioïdes forts dans la fibromyalgie. La Grande-Bretagne a décidé de restreindre en 2019 la prescription des gabapentinoïdes (dont la prégabaline) dont le mésusage peut conduire à des décès.

Quelle que soit la molécule choisie, un traitement médicamenteux particulier n'est pas efficace pour tous les patients souffrant de fibromyalgie, une amélioration de 30 % ou plus de la douleur étant estimée chez seulement 40 % de patients.

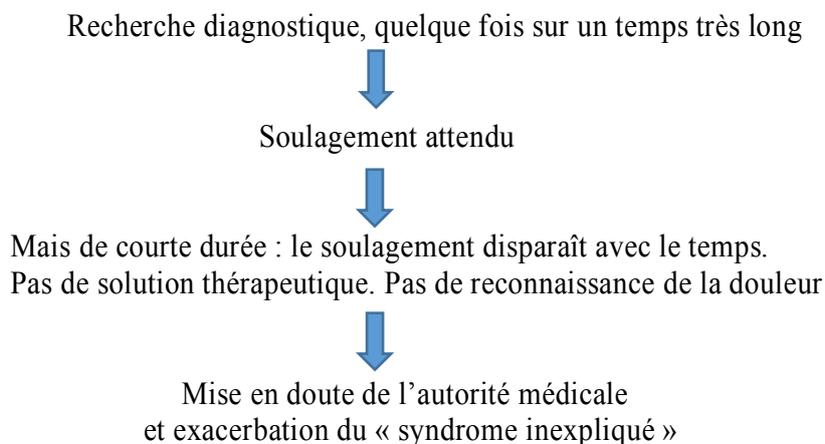
- **Des effets prometteurs de la neurostimulation non invasive**

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

- **Une éducation thérapeutique du patient indispensable**

L'ETP est un processus continu intégré aux soins qui vise à aider le patient et ses proches à comprendre la maladie chronique et ses traitements afin de maintenir ou d'améliorer sa qualité de vie. Elle a pour objectif de permettre au patient de devenir acteur de sa santé. Les recommandations internationales soulignent l'importance de l'ETP dans la fibromyalgie. Cependant avec l'ETP seule le niveau de douleur n'est amélioré que de façon inconstante et il n'y a pas d'amélioration de la fonctionnalité et de la qualité de vie, contrairement de la combinaison ETP/apprentissage d'exercices physiques.

L'importance de la qualité des relations sociales



- **Relation soignants-soignés**

Une longue trajectoire d'errance médicale pour les patients est rapportée : que ce soit dans la recherche d'un diagnostic, dans leur quête des soins afin de réduire et rendre supportables douleurs et fatigue, et dans le processus d'acceptation et de légitimation de leurs handicaps auprès des proches, des employeurs et des institutions. Ils subissent une double peine : vivre avec une douleur agressive et imprévisible qui, de surcroît, est souvent mise en doute par les autres du fait de son invisibilité.

Le diagnostic est accueilli par les patients avec soulagement, car pour eux le défaut de diagnostic crée un processus de victimisation ainsi qu'un sentiment d'abandon en termes de prise en charge, alors que le diagnostic permet une reconnaissance de l'expérience de la douleur et offre la possibilité d'entrée dans un parcours de soins.

Le diagnostic constitue « un moment fondateur » dans la mesure où il met fin à l'errance médicale et semble faciliter la réintégration dans le monde social. Cependant, sur le long terme, il peut perdre son caractère bénéfique lorsque les traitements s'avèrent inefficaces, lorsque la situation ne s'améliore pas, qu'elle stagne, voire se dégrade.

De nombreux patients se disent affectés par le risque ou la réalité d'assimilation entre fibromyalgie et problèmes psychologiques ou sociaux. Les femmes sont d'autant plus affectées que la stigmatisation par la formule « c'est psychologique » ou « c'est dans votre tête » relèverait selon elles de préjugés sexistes. Dès lors, s'installe une perte de confiance vis-à-vis des médecins.

La rencontre d'un médecin qui montre de l'empathie et d'une structure médicale attentive aux symptômes est déterminante pour désamorcer un éventuel effet négatif du diagnostic. Cependant, la grande diversité des plaintes et des symptômes évoqués laisse parfois les médecins perplexes qui, ne trouvant aucune explication et se sentant mis en échec, ressentent un réel malaise. Enfin, les réponses thérapeutiques peuvent varier en fonction des spécialités, du positionnement du médecin vis-à-vis de la dimension du diagnostic « fibromyalgie » et de son engagement vis-à-vis de la relation de soins.

- **Réseau social et associations de malades**

Le soutien social, en particulier celui des proches, est fondamental dans la manière dont le syndrome fibromyalgique va affecter la vie des personnes qui en sont atteintes. L'adaptation à ses conséquences peut nécessiter de recourir à des ressources matérielles ou morales, plus ou moins importantes, qu'elles soient fournies par la famille ou d'autres membres du groupe social, et ce, parfois, pour des tâches du quotidien et domestiques.

Les associations de malades font partie intégrante de l'histoire médicale contemporaine. Elles permettent un partage des expériences et une entraide entre patients, servant de contre-pouvoir face aux doutes présentés par le monde médical.

La participation aux forums et groupes de soutien dédiés sur Internet peut être un soutien pour les patients. Elle constitue également un cadre dans lequel certaines dérives sont possibles. Les échanges s'établissant autour d'une thématique unique, chaque trouble rapporté par un individu peut être interprété comme porteur d'un sens pour la maladie, un symptôme possible. Les renseignements disponibles sur Internet étant de teneur et de validité scientifique très variées, ils peuvent conduire à des autodiagnostic erronés ou engendrer des interactions conflictuelles avec les médecins.

- **Le syndrome dit de fibromyalgie chez les enfants et les adolescents**

Les publications concernant spécifiquement le syndrome de fibromyalgie juvénile sont assez limitées et controversées, contrairement à celles que les douleurs chronique diffuses de l'enfant et de l'adolescent. Moins de dix équipes médicales hospitalo-universitaires dans le monde ont publié des études avec de petites séries de patients diagnostiqués. Le nombre de patients évalués dans la littérature est donc extrêmement faible et rend difficile, voire impossible, d'émettre des conclusions.

Nota : pour les enfants et les adolescents, plus de détails dans le texte intégral du rapport de l'expertise collective sont disponibles, et peuvent vous être transmis sur demande.

«Prends soin de tes pensées parce qu'elles deviendront des **Mots**.
Prends soin de tes mots parce qu'ils deviendront **Actions**.
Prends soin de tes actions parce qu'elles deviendront **Habitudes**.
Prends soin de tes habitudes parce qu'elles formeront ton **Caractère**.
Prends soin de ton caractère parce qu'il formera ton **Destin**,
et ton destin sera ta **Vie...**»

Le Dalai Lama

Le Centre Ellipse est une structure médicale d'accueil dédiée aux patients porteurs d'une maladie ou d'un syndrome douloureux chronique. Le Centre propose une prise en charge physique et psychologique de qualité afin de viser non seulement l'efficacité clinique mais également le mieux-être psychologique : activité physique adaptée, Stimulation Magnétique Transcrânienne (rTMS), Education thérapeutique des patients, psychotérapie.

Contact : 19 rue du Fossé des Treize à Strasbourg – Tél. 03 88 85 99 50
site : centre-ellipse.fr



On craque pour les noix

Offrons à ces fruits secs la place qu'ils méritent dans nos assiettes, tant au niveau du goût que de la santé. De la théorie à la pratique...

PAR JESSICA AGACHE-GORSE. RÉALISATION VALÉRIE DUCLOS.
PHOTOS NATHALIE CARNET.

Elles renforcent l'immunité

C'est grâce à un cocktail de vitamine E (1,67 mg/100 g), de zinc (2,7 mg/100 g), de vitamine B9 (120 µg/100 g) mais surtout de fibres (6,7 g/100 g) que les noix boostent notre système immunitaire : « En effet, les fibres vont nourrir le microbiote intestinal, qui va ensuite nous protéger des infections », relève le Dr Nina Cohen-Koubi, médecin nutritionniste et psychosomaticienne. Le microbiote étant en étroite relation avec les cellules immunitaires, il les aide à reconnaître et à combattre les agents pathogènes.

CERNEAU SUR LE GÂTEAU En préservant l'équilibre du microbiote intestinal, les noix aident à lutter contre le stress et à produire suffisamment de sérotonine, une molécule bienfaisante.

Elles favorisent la concentration

Les cellules de notre cerveau ont besoin de lipides pour bien fonctionner. Or les noix en sont composées à plus de 67 %. Leur richesse en acides gras oméga 3 va, de concert avec la vitamine B9, servir à fabriquer des neurotransmetteurs. « Les noix ont de ce fait un effet bénéfique sur la concentration et la mémorisation. Je les recommande aux étudiants en période d'exams », précise le Dr Cohen-Koubi.

CERNEAU SUR LE GÂTEAU Ces oléagineux sont très concentrés en magnésium (140 mg pour 100 g), un minéral qui facilite la régulation neuromusculaire et permet de rester zen.

Elles aident à limiter le grignotage

Grâce à leurs fibres, les noix régulent le transit, évitent les pics d'insuline et ont un effet coupe-faim permettant de limiter les prises alimentaires. Elles ne sont donc pas à proscrire aux personnes qui cherchent à perdre du poids. A condition de limiter leur consommation, car une portion de 100 g, soit une trentaine de cerneaux, apporte 700 kcal. La bonne quantité ? « Deux ou trois noix par jour tout l'hiver », indique la nutritionniste.

CERNEAU SUR LE GÂTEAU Energétiques et saines, les noix sont les alliées des sportifs, qui peuvent doubler les doses et profiter de leurs protéines (15,7 g pour 100 g).

Elles préservent le cœur

En 2016, une étude de l'Imperial College London et de la Norwegian University of Science and Technology a montré qu'avaler une poignée de fruits secs quotidiennement, comme le préconise Santé publique France, réduit le risque de maladies cardio-vasculaires de 30 %. Le risque de cancer est, lui, abaissé de 15 % et celui de mort prématurée, de 22 %. « Les oméga 3 agissent sur les parois artérielles en les rendant moins rigides, ce qui évite les complications au sein du système cardio-vasculaire », décrypte Nina Cohen-Koubi. Aussi, les noix limitent l'hypertension artérielle grâce à un trésor insoupçonné de potassium (430 mg/100 g) qui va entraîner l'évacuation du sodium (sel) dans les urines.

CERNEAU SUR LE GÂTEAU Les noix contiennent des antioxydants aux effets anti-âge. Leur indice Orac, mesurant la capacité d'absorption des radicaux libres (responsables du vieillissement prématuré), dépasse les 13 000, ce qui est bien mieux, par exemple, que l'orange (autour de 4 000).

DANS TOUS LEURS ÉTATS

Les noix ne se consomment pas forcément sèches. En saison, il est aussi possible d'en manger des fraîches. Leur goût est alors beaucoup plus amer, mais leurs atouts santé sont bien présents (à noter cependant une moindre concentration en vitamines et en minéraux). En revanche, la cuisson a tendance à diminuer leurs qualités nutritionnelles.

LA NEIGE

Il a neigé dans l'aube rose
Si doucement neigé
Que le chaton croit rêver.
C'est à peine s'il ose marcher.

Il a neigé dans l'aube rose
Si doucement neigé
Que les choses
Semblent avoir changé



Et le chaton noir n'ose
S'aventurer dans le verger
Se sentant soudain étranger

A cette blancheur où se posent
Comme pour le narguer
Des moineaux effrontés.

Maurice CAREME



MERCI À TOUS POUR VOTRE SOUTIEN

Prenez soin de vous Protégez-vous

Le bureau