

Pourquoi le même traumatisme ne provoque pas la même fibromyalgie chez tout le monde — Le rôle du Sens de Cohérence

À partir de : Caumo W. et al., *Sense of Coherence in the Trauma–Fibromyalgia Relationship: Mediation and Moderation Findings from a 2099-Participant Cohort*, *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, mars 2026, 16(3), 45. DOI : 10.3390/ejihpe16030045

Une question que la médecine esquivait

C'est une observation que font tous ceux qui travaillent auprès de personnes atteintes de fibromyalgie, et que les patients eux-mêmes formulent régulièrement : parmi toutes celles et ceux qui ont vécu des violences répétées, des années d'épuisement professionnel ou affectif, des deuils brutaux, des abus dans l'enfance ou à l'âge adulte — certains développent une fibromyalgie sévère et d'autres non.

Et parmi ceux qui ont le diagnostic, certains voient leur état se stabiliser voire s'améliorer, quand d'autres s'enfoncent progressivement malgré des prises en charge comparables.

Pendant longtemps, la médecine n'avait pas d'outil pour répondre à cette question. Elle établissait des corrélations statistiques entre traumatisme et fibromyalgie — le lien existe, il est robuste, documenté depuis les années 1990 — mais elle n'expliquait pas le mécanisme du tri. Pourquoi ce patient-là et pas cet autre ? Pourquoi cette intensité-là et pas une autre ?

La réponse habituellement donnée — "les gens sont différents", "c'est une question de terrain génétique" — ne satisfaisait personne, et surtout pas les patients, qui y entendaient souvent une façon polie de dire que c'était dans leur tête ou une affaire de constitution personnelle sur laquelle on ne pouvait pas agir.

Une étude publiée en mars 2026 dans le *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education* (Caumo et al., 2026), portant sur 2099 femmes atteintes de fibromyalgie au Brésil, apporte un début de réponse plus précis. Elle identifie un facteur intermédiaire — le Sens de Cohérence — qui expliquerait en partie pourquoi le même traumatisme se traduit par des sévérités de maladie très différentes d'une personne à l'autre.

L'idée centrale de l'article en une phrase

Ce n'est pas seulement ce que vous avez vécu qui détermine la sévérité de votre fibromyalgie — c'est aussi ce qu'on vous a laissé en faire.

Ce qu'on sait déjà sur trauma et fibromyalgie

Le lien entre traumatismes et fibromyalgie est aujourd'hui scientifiquement établi. Les personnes atteintes de FM présentent significativement plus souvent que la population générale des antécédents d'abus physiques, émotionnels ou sexuels — en particulier dans l'enfance — ainsi que des expositions à des violences conjugales, à des harcèlements prolongés ou à des pertes brutales. Ces traumatismes sont associés à un début de maladie plus précoce, à des symptômes plus sévères et à un taux plus élevé de comorbidités psychiatriques.

Le mécanisme biologique sous-jacent implique ce que les chercheurs appellent la sensibilisation centrale : les expériences traumatiques répétées modifient progressivement la façon dont le système nerveux central traite les signaux douloureux, abaissant les seuils de déclenchement et amplifiant les réponses. Ce processus est lié à des dérèglements de l'axe du stress, à une dysrégulation du système nerveux autonome et à des marqueurs d'inflammation de bas grade.

Les recommandations HAS 2025 et le rapport INSERM 2020 identifient les traumatismes comme facteurs déclencheurs ou aggravants, et recommandent leur repérage systématique dans la prise en charge. C'est utile. Mais aucun des deux documents ne pose la question du mécanisme de tri — ce qui fait que, parmi les personnes exposées à des traumatismes comparables, certaines développent une forme invalidante de fibromyalgie et d'autres non. C'est précisément ce vide que l'étude de Caumo et al. cherche à combler.

Le Sens de Cohérence : un concept vieux de quarante ans, peu connu en France

Le concept de Sens de Cohérence (SOC, de l'anglais *Sense of Coherence*) a été proposé dans les années 1980 par Aaron Antonovsky, sociologue de la santé israélo-américain. Antonovsky s'était posé une question inhabituelle pour son époque : au lieu de chercher ce qui rend les gens malades (pathogénèse), pourquoi ne pas chercher ce qui les maintient en bonne santé malgré des conditions de vie difficiles (salutogénèse) ?

Étudiant notamment des survivantes de camps de concentration, il avait observé que certaines personnes ayant traversé des expériences traumatiques extrêmes conservaient une santé physique et psychologique relativement préservée. Ce qui les caractérisait, ce n'était pas l'absence de souffrance, mais une certaine façon d'organiser intérieurement leur expérience. Il a formalisé cette capacité sous le nom de Sens de Cohérence, articulé autour de trois dimensions indissociables.

Les trois piliers du Sens de Cohérence

La compréhensibilité : le sentiment que ce qui m'arrive est intelligible, que le monde — même hostile — obéit à une certaine logique que je peux saisir. Ce n'est pas de l'optimisme : c'est la capacité à ne pas se laisser submerger par le chaos, à pouvoir nommer ce qui se passe.

La maîtrise : le sentiment que j'ai à ma disposition des ressources suffisantes pour faire face — internes (compétences, expériences passées) ou externes (médecins, proches, associations). Ce qui compte, c'est la conviction que ces ressources existent et sont accessibles.

La signifiante : le sentiment que les défis de la vie valent la peine qu'on s'y investisse, que même la souffrance peut avoir un sens, que ma vie — malgré tout — mérite d'être vécue.

Un SOC élevé ne signifie pas qu'on est naïf ou qu'on minimise la réalité. Cela signifie qu'on a développé — souvent à travers des expériences variées, incluant des épreuves surmontées — une capacité à organiser intérieurement même les expériences les plus difficiles, à ne pas les laisser définir entièrement l'identité et l'avenir.

L'étude de Caumo et al. (2026) : méthode et population

L'étude a recruté 2099 femmes atteintes de fibromyalgie au Brésil entre août et novembre 2023, via une plateforme en ligne et un recrutement multi-canal incluant l'association nationale ANFIBRO, les réseaux sociaux et les médias locaux. Toutes les participantes répondaient aux critères diagnostiques ACR 2016.

Les chercheurs ont évalué : l'exposition aux traumatismes (violences physiques, verbales, émotionnelles, sexuelles, pertes de proches), un score cumulatif d'adversité, l'impact global de la FM (score FIQ), la fatigue, les troubles cognitifs, le sommeil non réparateur, la dépression, le catastrophisme, la sensibilisation centrale, les comorbidités médicales, les traitements en cours et l'engagement dans les soins.

Le SOC a été opérationnalisé via un composite proxy — indicateurs de détresse émotionnelle, ressources fonctionnelles, engagement dans les soins, interprétation des symptômes — aligné sur les trois dimensions d'Antonovsky. Ce choix constitue une limite importante, reconnue par les auteurs : il s'agit d'une approche exploratoire et génératrice d'hypothèses, pas d'une mesure directe du SOC.

Ce que l'étude démontre : une chaîne en trois temps

Les traumatismes abîment le SOC

Plus une personne a été exposée à des traumatismes cumulatifs, plus son Sens de Cohérence est bas. La relation est dose-dépendante : chaque type d'abus supplémentaire est associé à une diminution supplémentaire du SOC. Les traumatismes répétés brisent précisément les trois piliers :

ils rendent le monde incompréhensible (pourquoi moi ? pourquoi encore ?), épuisent les ressources de maîtrise (isolement, impuissance apprise), et attaquent le sens (à quoi bon ?).

Un SOC bas aggrave tous les symptômes

Indépendamment du type ou de l'intensité du traumatisme, les femmes avec un SOC plus bas présentent un impact global de la FM significativement plus élevé, une fatigue plus intense, davantage de troubles cognitifs. Le SOC prédit la sévérité des symptômes au-delà de ce qu'explique seul le traumatisme. Deux femmes ayant vécu des adversités comparables peuvent présenter des tableaux cliniques très différents selon leur niveau de SOC.

Le SOC modère l'effet des traumatismes

À niveau de traumatisme identique, les femmes avec un SOC plus élevé souffrent moins — notamment en termes de fatigue et d'impact global. Le SOC agit comme un amortisseur partiel : il ne supprime pas les effets du trauma sur la FM, mais il en atténue la traduction en symptômes.

Ce que ces trois résultats signifient ensemble

Les traumatismes contribuent à la fibromyalgie en partie parce qu'ils détruisent le SOC, qui est lui-même un facteur protecteur contre la sévérité de la maladie. Reconstituer ce SOC devient dès lors une cible thérapeutique à part entière — pas un luxe psychologique.

Existe-t-il des fibromyalgies sans antécédent traumatique ?

L'étude de Caumo repose sur le lien trauma → SOC effondré → FM sévère. Mais ce modèle décrit-il toutes les fibromyalgies ? La réponse honnête est non — et cette nuance est importante.

Trois mécanismes déclencheurs non-traumatiques sont documentés dans la littérature. Le premier est génétique : les études d'association pangénomique (GWAS) estiment que la susceptibilité héréditaire expliquerait jusqu'à 50 % de la variance dans certaines populations. Le deuxième est infectieux : hépatite C, VIH, maladie de Lyme, et plus récemment le COVID long figurent parmi les déclencheurs biologiques identifiés. Le troisième est épigénétique : des stressseurs biologiques peuvent activer des susceptibilités latentes sans qu'aucun trauma psychologique identifiable ne soit présent.

Environ un tiers des patients FM, dans les données américaines, britanniques et japonaises, ne rattachent pas leur douleur à un événement de vie identifiable. Ces formes dites primaires constituent un angle mort structurel de la recherche. Moins sévères en moyenne, elles ne franchissent pas le seuil de recours associatif ou spécialisé — elles sont donc invisibles dans toutes les cohortes existantes, y compris celle de Caumo.

Le rôle du SOC dans les formes sans trauma

Dans ces formes primaires, le SOC n'est pas la cause de la maladie — il en devient la conséquence. Mais il reste un prédicteur de sévérité et le levier principal de la prise en charge : un SOC effondré par la maladie elle-même aggrave les symptômes et ralentit la récupération, exactement comme dans les formes traumatiques.

Le SOC à l'épreuve du monde : comparaisons internationales

L'étude est brésilienne. La tentation serait d'en relativiser la portée en invoquant les spécificités culturelles sud-américaines. Les données internationales conduisent à une conclusion inverse — et plus riche. Elles dessinent une grille de lecture cohérente dans laquelle une seule variable explique les résultats apparemment contradictoires d'un pays à l'autre : le mécanisme par lequel le SOC est détruit, préservé ou masqué.

Portugal et Brésil : quand la langue ne suffit pas

Une étude directe (2021) comparant des femmes atteintes de FM au Portugal et au Brésil l'a démontré sans ambiguïté : malgré une langue commune, les femmes brésiliennes perçoivent tous les composants de la fatigue fibromyalgique de façon significativement plus intense que les Portugaises. La prévalence FM atteint environ 4,5 % au Brésil contre 2,1 % au Portugal. La culture prime sur la géographie et sur la langue partagée. L'argument de transposabilité de l'étude de Caumo repose donc sur la validité transculturelle du construit SOC lui-même, documentée dans de nombreuses populations européennes indépendamment de cette étude.

Europe de l'Est : l'effondrement du SOC sociétal comme laboratoire naturel

L'émergence des troubles musculo-squelettiques et de la FM dans les pays d'Europe de l'Est suit la courbe d'occidentalisation brutale : tertiarisation de l'économie, management par objectifs, dissolution des solidarités collectives traditionnelles. Ce sont exactement les facteurs qui font s'effondrer le SOC collectif — le sentiment partagé que les règles du jeu sont compréhensibles, que les ressources sont accessibles, que l'effort a un sens. Cet effondrement progressif à l'échelle sociétale produit une augmentation documentée des douleurs chroniques.

Syrie et Égypte : le contre-intuitif le plus frappant

Ces deux sociétés sont caractérisées par des liens familiaux et communautaires denses — précisément le type de structure qu'on imagine protectrice. Et pourtant, la Syrie présente une prévalence FM de 11,8 % — l'un des taux les plus élevés jamais documentés — et un échantillon d'étudiants égyptiens atteint 12,4 %. La raison est précise : la guerre et l'effondrement politique brisent simultanément la compréhensibilité du monde, les ressources disponibles et le sens de l'existence. La densité des liens familiaux ne suffit plus quand le SOC collectif est détruit.

Antonovsky lui-même avait construit le concept du SOC en observant des rescapées de camps de concentration issues de cultures communautaires très soudées. Ce qu'il avait compris, c'est que la communauté n'est pas la variable — c'est sa capacité à maintenir le SOC fonctionnel qui l'est.

Asie : masquage culturel et angles morts diagnostiques

Les données asiatiques ajoutent une couche supplémentaire de complexité. La prévalence FM y est en moyenne inférieure à la moyenne mondiale (environ 1,7 % contre 2,7 %), mais les chiffres cachent des réalités très différentes. Au Japon (2,1 %) et en Corée du Sud (2,2 %), les données sont relativement fiables. En Chine continentale, les chiffres officiels sont édifiants : 0,03 à 0,12 % — soit vingt à cinquante fois moins que la moyenne mondiale.

Ce chiffre chinois est le pendant inverse exact du chiffre syrien. Là où la guerre produit un excès de FM statistiquement visible, la culture confucéenne produit une quasi-absence statistique — par endurance culturelle de la douleur, stigmatisation psychiatrique majeure et formation médicale insuffisante à la reconnaissance des douleurs chroniques sans lésion organique. Le chiffre ne dit pas que la FM est rare en Chine. Il dit que la FM diagnostiquée y est rare.

La guerre du Golfe : destruction convergente et déni institutionnel

Les vétérans de la guerre du Golfe (1990-1991) présentent des taux de FM de 11 % dans les cohortes répondant aux critères diagnostiques, avec un risque multiplié par 2,32 chez les déployés par rapport aux non-déployés sur un suivi de dix ans. La FM y est aujourd'hui reconnue comme condition liée au service par le VA américain.

Ce cas est unique dans la littérature par sa double destruction simultanée du SOC. La voie toxique d'abord : exposition à des agents dont les effets sont inconnus au moment même — neurotoxines, cocktails vaccinaux, fumées de puits de pétrole — le corps commence à dysfonctionner sans que personne ne puisse l'expliquer. La voie institutionnelle ensuite : pendant des années, les vétérans s'entendent dire que leurs symptômes n'existent pas ou sont psychosomatiques. Et le sens s'évapore : on a risqué sa vie pour un pays qui nie ensuite ce que ce service a fait à son corps.

Ce cas soulève également un paradoxe important : la FM est diagnostiquée à 80 % chez les femmes, mais les cohortes GWI sont majoritairement masculines — et pourtant les taux FM y atteignent 11 %. Le trauma cumulatif suffisamment puissant déclenche la FM indépendamment du sexe. Le déni institutionnel de la souffrance, amplifié par les normes de genre militaires, produit un tableau clinique qui rejoint celui des femmes victimes de violences chroniques non reconnues.

Le 11-Septembre et le Bataclan : le trauma collectif ne détruit pas le SOC individuel

Le résultat le plus contre-intuitif de toute la section comparative vient des attentats. Aucune augmentation de FM n'a été documentée dans la cohorte new-yorkaise après le 11-Septembre, malgré l'ampleur du traumatisme collectif. Et en France, il n'existe à ce jour aucune étude publiée sur le développement de FM ou de douleur chronique chez les survivants des attentats du 13-Novembre 2015 — un blanc de la recherche française qui mérite d'être nommé comme tel.

Le paradoxe du 11-Septembre s'explique par le modèle SOC : les traumatismes collectifs non personnellement ciblés peuvent maintenir — voire renforcer — le SOC par la solidarité collective qu'ils génèrent. Ce qui détruit le SOC individuel, c'est le trauma personnellement pertinent — celui qui touche le corps, l'identité, l'histoire individuelle — plus que le trauma spectaculaire vécu de loin.

La grille de lecture unifiée

Destruction brutale par violence directe et personnelle (Syrie, vétérans du Golfe) : effondrement immédiat du SOC.

Destruction progressive par transformation du contexte (Europe de l'Est) : effondrement différé mais total.

Destruction par double voie convergente avec déni institutionnel (guerre du Golfe) : profil unique, amplifié par la non-reconnaissance.

Masquage culturel du SOC effondré (Chine, Japon) : souffrance réelle invisible au système de soins.

Trauma collectif sans pertinence personnelle directe (11-Septembre) : SOC individuel préservé voire renforcé par la solidarité.

La vraie variable n'est pas la forme sociale — famille, communauté, culture — c'est la capacité de cette forme sociale à maintenir un SOC fonctionnel dans les conditions réelles d'existence.

Les limites de l'étude

Le design transversal ne permet pas d'établir la direction causale : la FM sévère peut elle-même détruire progressivement le SOC. Des études longitudinales sont nécessaires.

La mesure du SOC via un composite incluant le PHQ-9 crée un risque de circularité partielle reconnu par les auteurs : les résultats doivent être lus comme une décomposition statistique d'associations transversales, pas comme des voies causales indépendantes.

La population, entièrement féminine, brésilienne, et structurellement biaisée vers les formes les plus sévères, exclut les formes primaires et les cas moins invalidants. Ces limites ne disqualifient pas l'étude — elles invitent à la lire pour ce qu'elle est : une piste sérieuse sur un grand échantillon, qui ouvre un champ de recherche et d'intervention concret.

Comment reconstruire le SOC ? Ce que le travail clinique et associatif enseigne

Trouver l'ancre — pas le sens

Une erreur fréquente est de vouloir d'emblée aider la personne à trouver un sens à la maladie. Dans la FM sévère, c'est souvent prématuré et parfois contre-productif — cela renforce le sentiment d'échec chez quelqu'un qui n'y arrive pas.

Ce qui tient réellement les personnes les plus atteintes n'est généralement pas un sens élaboré — c'est une ancre. Presque toujours relationnelle : un enfant, un petit-enfant, un animal, parfois un autre malade qu'on accompagne. Cette ancre est préréflexive — elle résiste à 3h du matin quand aucun raisonnement ne tient plus. Elle n'a pas besoin d'être justifiée. Elle est là, elle suffit.

Le premier travail clinique et associatif est de nommer cette ancre explicitement avec la personne — de la reconnaître pour ce qu'elle est : une ressource vitale, pas un détail sentimental. Et de la protéger : tout ce qui la menace est une urgence déguisée.

Lorsque l'ancre disparaît — enfant décédé, rupture, éloignement brutal — on est face à une crise existentielle nue que ni les médicaments ni les thérapies cognitives ne peuvent seuls traverser. C'est là que la pair-aidance peut partiellement substituer : une autre personne qui a survécu à une perte similaire, présente sans chercher à réparer.

Nourrir, pas seulement écouter

L'expression de la souffrance est nécessaire — mais elle ne suffit pas, et elle peut creuser si rien ne revient en échange. Ce qui reconstruit progressivement le SOC, c'est de recevoir quelque chose de concret : une information nouvelle sur son propre corps qui rende les symptômes un peu plus compréhensibles, la possibilité d'être utile à un autre malade (la pair-aidance reconstruit la maîtrise et le sens simultanément), une micro-action possible à mettre en œuvre dès le lendemain, et surtout — être reconnu comme une personne entière, pas comme un dossier.

La qualité des groupes prime sur la quantité

Les groupes de parole peuvent être des espaces de reconstruction du SOC collectif — ou des chambres d'écho de souffrance qui l'aggravent. Tout dépend de l'animation. Un groupe mal cadré amplifie le catastrophisme collectif. La règle pratique : cadrer le temps d'expression libre, puis pivoter vers un contenu qui nourrit — une information, un témoignage de traversée de crise, un outil pratique.

Protéger ceux qui accompagnent

Le risque d'absorption de la souffrance est réel pour tous ceux qui accompagnent des personnes en FM sévère. L'accompagnement durable requiert ce qu'on pourrait appeler un détachement nourricier : être pleinement présent et se nourrir de la relation sans absorber la souffrance de l'autre. C'est une posture qui s'apprend et se protège — supervision entre pairs, permission explicite de rediriger vers les professionnels (notamment la ligne nationale 3114), refus de donner un accès personnel permanent.

Ce que ça signifie pour la prise en charge

Pour le repérage : évaluer non seulement les traumatismes vécus (ce que recommande la HAS 2025) mais aussi les ressources psychosociales disponibles — le sentiment de maîtrise, l'accès à un soutien de sens, l'engagement dans les soins — permettrait d'identifier les patients à risque de trajectoire sévère et de prioriser un accompagnement précoce.

Pour les interventions : plusieurs approches thérapeutiques travaillent précisément sur les dimensions constitutives du SOC sans le nommer ainsi. Les thérapies d'acceptation et d'engagement (ACT) visent à reconstruire un rapport signifiant à la vie malgré la douleur. Les thérapies centrées sur le trauma (EMDR, thérapies narratives) visent à rendre l'expérience traumatique à nouveau compréhensible et intégrable. Le soutien associatif structuré nourrit le sentiment de maîtrise partagée.

Pour les associations de patients : le modèle SOC fournit pour la première fois une justification scientifique explicite du rôle associatif dans le parcours de soins — pas en périphérie, mais au cœur. Dépister le SOC effondré à l'entrée dans l'association, structurer la pair-aidance comme intervention sur les trois composantes Antonovsky, coordonner avec les équipes soignantes : ce sont des fonctions que ni la HAS ni l'INSERM ne formalisent encore, et que cette étude commence à légitimer.

Conclusion

L'étude de Caumo et al. (2026) ajoute à la compréhension de la fibromyalgie un maillon manquant : un facteur intermédiaire qui explique en partie pourquoi le même traumatisme produit des issues différentes. Le Sens de Cohérence — sentiment que la vie reste compréhensible, gérable et significative — apparaît à la fois comme une victime des traumatismes et comme un facteur de protection contre leur expression clinique dans la FM.

Les comparaisons internationales confirment l'universalité du mécanisme. Que ce soit en Syrie, en Chine, chez les vétérans du Golfe ou dans les pays d'Europe de l'Est en transition, c'est toujours la même variable qui explique les résultats : la capacité d'un contexte à maintenir — ou à détruire — le SOC fonctionnel des individus qui y vivent.

L'existence de formes primaires sans antécédent traumatique identifiable nuance le modèle sans le contredire : dans ces formes, le SOC reste un prédicteur de sévérité et une cible thérapeutique, même si son rôle étiologique y est moins central.

Ce que le travail clinique et associatif enseigne, c'est que reconstruire le SOC ne commence pas par trouver un grand sens à la maladie. Cela commence par identifier et protéger les ancrs concrets qui tiennent les personnes debout, les nourrir d'informations qui rendent leur corps moins opaque, et les reconnecter à leur capacité d'être utiles à d'autres.

Pour fibromyalgies.fr, qui observe depuis des années que les personnes qui progressent ne sont pas toujours celles qui ont le moins souffert, mais souvent celles qui ont pu reconstruire une forme de sens autour de leur expérience — cette étude dit enfin, en termes scientifiques, ce que les patients savent depuis longtemps.

Dictionnaire — Pour comprendre sans être médecin

Sens de Cohérence (SOC)

C'est le sentiment que ta vie a un sens, que tu comprends ce qui t'arrive, et que tu as les moyens de t'en sortir. Quand ce sentiment est fort, on tient mieux le coup dans les moments difficiles. Quand il s'effondre, tout devient plus dur à supporter — y compris la douleur.

Salutogenèse

Un grand mot pour une idée simple : au lieu de chercher pourquoi les gens tombent malades, on cherche pourquoi certains restent en bonne santé malgré des conditions de vie très difficiles. C'est la question qu'a posée Antonovsky — et qui a donné naissance au concept de Sens de Cohérence.

Sensibilisation centrale

Quand le cerveau et le système nerveux ont reçu trop de signaux douloureux pendant trop longtemps, ils deviennent hypersensibles. Comme un système d'alarme mal réglé qui se déclenche pour rien. C'est ce qui se passe dans la fibromyalgie : le volume de la douleur est monté trop haut et ne redescend plus tout seul.

Médiation (dans une étude)

Quand A provoque B non pas directement, mais en passant par C. Par exemple : le trauma (A) aggrave la fibromyalgie (B) en partie parce qu'il détruit le SOC (C). Le SOC est le maillon du milieu dans la chaîne.

Modération (dans une étude)

Quand C change la force du lien entre A et B. À trauma égal, les personnes avec un SOC élevé souffrent moins. Le SOC modère l'effet du trauma — il en réduit la puissance.

Pair-aidance

Être accompagné par quelqu'un qui a vécu la même maladie — pas un médecin, pas un psychologue, mais quelqu'un qui sait de l'intérieur ce que c'est. Cela aide parce que ça reconstruit les trois piliers du SOC : on comprend mieux ce qui se passe, on se sent moins seul face à la maladie, et on voit que d'autres s'en sortent.

Comorbidité

Quand une personne a plusieurs maladies en même temps. Dans la fibromyalgie, c'est très fréquent : dépression, anxiété, syndrome du côlon irritable, fatigue chronique... Ces maladies ne s'additionnent pas — elles interagissent et peuvent s'aggraver mutuellement.

Épigénétique

Les gènes ne sont pas un destin figé. Certaines expériences de vie — stress intense, traumatismes, infections — peuvent activer ou désactiver des gènes sans les modifier. C'est comme un interrupteur : le gène est là, mais c'est l'environnement qui décide de l'allumer ou non.

FIQ (Fibromyalgia Impact Questionnaire)

Un questionnaire qui mesure l'impact de la fibromyalgie sur la vie quotidienne : douleur, fatigue, sommeil, travail, humeur... Plus le score est élevé, plus la maladie perturbe la vie. C'est l'un des outils les plus utilisés dans la recherche sur la FM.

Ancre (sens psychologique)

Ce qui nous tient debout quand tout le reste vacille. Pour beaucoup de personnes en fibromyalgie sévère, ce n'est pas un grand projet de vie — c'est quelque chose de concret et d'immédiat : un enfant, un petit-enfant, un animal. Cette ancre n'a pas besoin d'être expliquée. Elle est là, et ça suffit.

Détachement nourricier

La capacité à accompagner quelqu'un dans sa souffrance sans l'absorber soi-même. Être pleinement présent, se laisser toucher — mais ne pas se noyer. C'est ce qui permet aux bénévoles, aux présidentes d'antenne, aux proches de tenir dans la durée sans s'épuiser.



Source principale : Caumo W. et al., *Sense of Coherence in the Trauma–Fibromyalgia Relationship: Mediation and Moderation Findings from a 2099-Participant Cohort*, *EJIHPE*, 2026, 16(3), 45. DOI : 10.3390/ejihpe16030045

Références complémentaires : Antonovsky A., *Unraveling the Mystery of Health*, 1987 — Rapport INSERM 2020 sur la fibromyalgie — Recommandations HAS juillet 2025 — Branco JC et al., 2009 — Étude comparative Portugal/Brésil, 2021 — Vandentorren S. et al., *BJPsychiatry*, 2018 — Étude Utøya, Norvège.