Non-Pharmacological Intervention Society

Le Référentiel des Interventions Non Médicamenteuses

Protocol : Thérapie cognitivo-comportementale pour la fibromyalgie

Problème de santé : Douleurs chroniques



Psychosociales

Code de la fiche
NPIS-0000000117

Désignation

Thérapie cognitivo-comportementale pour la fibromyalgie

Abréviation

TCC-Fibromyalgie

Catégorie

Psychosociale

Objectif principal de santé

- Réduction de la douleur et de la détresse psychologique dans la fibromyalgie
- CIM 11 : MG30.01

Explication

- Réduction significative de la douleur (Thieme 2006; Williams 2020; Kundakci 2022).
- Amélioration du fonctionnement émotionnel et diminution de la détresse psychologique (Bernardy, 2010).
- Efficacité démontrée en présentiel et en ligne (Castel 2012).
- Supériorité au médicament (Alda 2011)

Test de routine

Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ) (HAS 2025)

Seuil

FIQ ≥ 50

Seuil individuel de changement clinique

Réduction ≥ 30 % du score FIQ

Bénéfice secondaires

- Amélioration de la qualité du sommeil (Miró 2011).
- Réduction de la fatigue (Castel 2012).
- Augmentation de l'auto-efficacité et de la gestion du stress (Thieme 2006).
- Amélioration de l'autonomie (Thieme 2006)
- INM coût-efficace (Ang 2010; Luciano 2014)

Risques directs

Intensification temporaire de la douleur perçue lors de l'exposition graduelle.

Risques d'interaction

Aucun constaté avec les traitements pharmacologiques usuels de la fibromyalgie.

Mécanismes biologiques et psychosociologiques

- Réduction des biais cognitifs catastrophiques (Thieme 2006).
- Associations cliniquement importantes et spécifiques avec les régions cérébrales impliquées dans le traitement somatosensoriel/moteur et la saillance, et le réseau par défaut dans la douleur chronique (Lee 2024).
- Amélioration des stratégies d'adaptation (Karlsson 2019).
- Diminution des ruminations (Bernardy 2010). Régulation émotionnelle accrue et diminution de la sensibilisation centrale (Castel, 2012).
- Modification d'une boucle cérébrale altérée entre les signaux de douleur, les émotions et les cognitions qui permet un meilleur accès aux régions exécutives du cerveau pour réévaluer la douleur (Jensen 2012).

Public répondeur

- Adultes avec fibromyalgie diagnostiquée et douleur chronique persistante. Possible aussi chez les jeunes de 11 à 18 ans (Kashikar-Zuck 2012)
- Le principal facteur prédictif de réussite est l'intensité de la douleur ressentie. D'autres peuvent aussi entrer en ligne de compte, la dépression, les troubles anxieux, le syndrome du côlon irritable, les troubles de somatisation, l'hypocondrie, les symptômes médicalement inexpliqués et les crises dissociatives (Rometsch 2025).

Public non répondeur

- Troubles psychotiques non stabilisés.
- Troubles cognitifs sévères empêchant la participation active.

Participants

Individuel et groupe
Minimum : 6
Maximum : 11

Durée

8 semaines

Nombre de séances par semaine

1 séance hebdomadaire (60 à 90 minutes).

Procédure

L'intervention peut être dispensée en individuel ou en groupe. Le format est choisi par l'équipe soignante selon les objectifs du programme, la complexité clinique, le profil du patient et les ressources disponibles.
Les formats de groupe sont particulièrement adaptés aux objectifs d'autogestion de soutien par les pairs (fernandez, 2016).

La TCC pour la fibromyalgie est délivrée en 8 séances hebdomadaires, avec une progression structurée allant de la compréhension du trouble vers l'autogestion et la prévention des rechutes. Le programme associe psychoéducation, restructuration cognitive, stratégies comportementales, relaxation, exercices à domicile. Un carnet de suivi accompagne l'ensemble du programme.

Séance 1 : Comprendre la fibromyalgie
Objectif : poser le cadre et donner une compréhension de la douleur chronique.
Explication de la fibromyalgie et du rôle des facteurs cognitifs, émotionnels et comportementaux. Identification des objectifs individuels.
Mise en place d'un carnet de suivi.
Exercice à domicile : tenir un journal quotidien (douleur, fatigue, humeur, activités).

Séance 2 : Repérer les pensées automatiques
Objectif : identifier les pensées qui entretiennent la souffrance.
Repérage des pensées négatives et catastrophistes.
Mise en lien entre pensées, émotions, douleur et comportements.
Exercice à domicile : noter chaque pensée douloureuse et proposer une alternative plus réaliste.

Séance 3 : Restructurer les pensées
Objectif : développer des pensées plus réalistes et constructives.
Restructuration cognitive.
Travail sur les croyances limitantes.
Exercice à domicile : proposer une pensée alternative.

Séance 4 : Gérer l'activité

Objectif : réduire l'évitement et le déconditionnement.
Pacing et planification progressive de l'activité.
Exposition graduée à l'effort et aux tâches redoutées.
Exercice à domicile : Planifier des séquences d'activités physiques adaptées chaque semaine.

Séance 5 : Réguler le sommeil et la fatigue
Objectif : améliorer la récupération.
Hygiène du sommeil.
Techniques de relaxation.
Ajustement des routines quotidiennes.
Exercice à domicile : instaurer une routine du coucher (même heure, pas d'écran, rituel relaxant).

Séance 6 : Gérer le stress et les émotions
Objectif : diminuer l'hypervigilance et la tension.
Respiration, relaxation, stratégies de régulation émotionnelle.
Travail sur les réactions de stress face à la douleur.
Exercice à domicile : Pratiquer au moins 10 minutes de relaxation guidée chaque jour.

Séance 7 : Retrouver des activités valorisantes
Objectif : renforcer l'engagement dans des activités plaisantes et sociales.
Reprise d'activités gratifiantes.
Prévention de l'isolement.
Renforcement de l'auto-efficacité.
Exercice à domicile : programmer au moins deux activités plaisantes dans la semaine.

Séance 8 : Consolider et prévenir les rechutes
Objectif : rendre le patient autonome.
Synthèse des outils acquis.
Plan personnel de gestion des symptômes.
Identification des signes d'alerte et des stratégies de réponse.

Composants

- Psychoéducation sur la fibromyalgie et la douleur chronique.
- Restructuration cognitive des pensées catastrophistes et des croyances inadaptées.
- Activation comportementale et exposition graduée à l'activité.
- Techniques de relaxation et de respiration.

- Carnet de suivi / auto-observation des symptômes, des pensées, des émotions et des activités dont l'objectif est de repérer les schémas récurrents (ex. « plus de douleur après inactivité prolongée », « pensées négatives qui augmentent la fatigue »), de mettre en évidence les petits succès (ex. « j'ai réussi à marcher 10 min malgré la douleur ») et de servir de support de discussion avec ton thérapeute.

Matériel

- Carnet de suivi avec le relevé quotidien du niveau de douleur (de 0 à 10), du niveau de fatigue (de 0 à 10), des activités réalisées (physiques, sociales, plaisantes), des pensées automatiques, des émotions ressenties, des pensées alternatives et des stratégies utilisées.
- Supports audio de relaxation.
- Fiches pratiques.

Lieu de pratique

Cabinet de psychologue, centre de la douleur.

Téléconsultation complète ou format hybride selon la situation clinique et les préférences du patient. Les séances centrées sur l'éducation, la restructuration cognitive, la relaxation et la consolidation sont particulièrement adaptées à la téléconsultation. Les composantes d'exposition à l'activité (semaine 4) et de reprise d'activités sociales (semaine 7) peuvent être réalisées à distance avec supervision visuelle et exercices pratiques guidés (Hedman-Lagerlöf 2025).

Bonnes pratiques de mise en œuvre

- Adapter les exercices au niveau de fatigue.
- Favoriser un rythme régulier.
- Évaluer la douleur et la détresse à chaque séance.
- Renforcer l'auto-efficacité et l'implication du patient.
- Choisir la réalisation de l'INM en présentiel ou distanciel en fonction de la préférence du patient et de la pertinence clinique (Hedman-Lagerlöf 2025).

Bonnes pratiques de pérennisation

- Encourager l'auto-pratique des techniques de relaxation et restructuration cognitive.

- Proposer des séances de rappel mensuelles.
- Intégrer la TCC dans un suivi pluridisciplinaire (rhumatologie, médecine de la douleur).

Précautions

- Surveiller la tolérance émotionnelle lors des exercices d'exposition.
- Précautions en cas de comorbidité psychiatrique sévère.

Caractéristiques réglementaires

Pratique réservée aux psychologues cliniciens et psychiatres formés.

Initiateur principal

Aaron T. Beck, Université de Pennsylvanie, États-Unis.

Qualification requise

Psychologue clinicien ou psychiatre formé à la TCC de la douleur chronique, avec compétences en restructuration cognitive, activation comportementale, relaxation et gestion du stress.

Pour les volets impliquant une activité physique structurée, une coordination avec un kinésithérapeute ou un professionnel de l'activité physique adaptée est obligatoire.

La pratique isolée sans formation documentée à la TCC de la douleur chronique est contre-indiquée.

Bibliographie

Étude prototypique
Thieme K et al. Psychological pain treatment in fibromyalgia syndrome: efficacy of operant behavioural and cognitive behavioural treatments. Arthritis Res Ther. 2006;8(4):R121. https://doi.org/10.1186/ar2010

Études mécanistiques
Jensen KB et al. Cognitive Behavioral Therapy increases pain-evoked activation of the

prefrontal cortex in patients with fibromyalgia. Pain. 2012 Jul;153(7):1495-1503. https://doi.org/10.1016/j.pain.2012.04.010
Prados G et al. Effect of Cognitive-Behavioral Therapy on Nocturnal Autonomic Activity in Patients with Fibromyalgia: A Preliminary Study. Brain Sci. 2022 Jul 20;12(7):947. https://doi.org/10.3390/brainsci12070947

Études interventionnelles

Alda M et al. Effectiveness of cognitive behaviour therapy for the treatment of catastrophisation in patients with fibromyalgia: a randomised controlled trial. Arthritis Res Ther. 2011;13(5):R173. https://doi.org/10.1186/ar3496
Glombiewski JA et al. (2025). Cognitive behavioural therapies versus treatment as usual for fibromyalgia. Cochrane Database Syst Rev. https://doi.org/10.1002/14651858.CD008699.pub2
Luciano JV et al. Cost-utility of cognitive behavioral therapy versus U.S. Food and Drug Administration recommended drugs and usual care in the treatment of patients with fibromyalgia: an economic evaluation alongside a 6-month randomized controlled trial. Arthritis Res Ther. 2014 Oct 1;16(5):451. https://doi.org/10.1186/s13075-014-0451-y

Étude d'implémentation en Europe

Macfarlane GJ et al. EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia. Annals of the Rheumatic Diseases 2017;76:318-328. https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2016-209724

Recommandations et guidelines

Haute Autorité de Santé, juin 2025. Haute Autorité de Santé - Fibromyalgie de l'adulte : Conduite diagnostique et stratégie thérapeutique
Expertise collective : Fibromyalgie. INSERM, 2020. Fibromyalgie (2020) · Inserm, La science pour la santé

Autres publications

Alda M et al. Effectiveness of cognitive behaviour therapy for the treatment of catastrophisation in patients with fibromyalgia: a randomised controlled trial. Arthritis Res Ther. 2011;13(5):R173. https://doi.org/10.1186/ar3496
Ang DC et al. Cognitive-behavioral therapy attenuates nociceptive responding in patients with fibromyalgia: a pilot study. Arthritis Care Res (Hoboken). 2010 May;62(5):618-23. https://doi.org/10.1002/acr.20119
Bernardy K et al. Efficacy of cognitive-behavioral therapies in fibromyalgia syndrome – A systematic review and metaanalysis of randomized controlled trials. J Rheumatol. 2010;37(10):1991-2005. https://doi.org/10.3899/jrheum.100104
Bernardy K et al. Efficacy, acceptability and safety of cognitive behavioural therapies in

fibromyalgia syndrome - A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Eur J Pain. 2018 Feb;22(2):242-260. https://doi.org/10.1002/ejp.1121
European League Against Rheumatism (EULAR). EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia. Ann Rheum Dis. 2017;76(2):318-328. https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2016-209724
Lee J et al. A Randomized Controlled Neuroimaging Trial of Cognitive Behavioral Therapy for Fibromyalgia Pain. Arthritis & Rheumatology 2024;76(1):130-140. https://doi.org/10.1002/art.42672
Lizet Fernandez, Évaluation longitudinale de l'efficacité d'un programme cognitivo-comportemental de groupe pour l'autogestion de la fibromyalgie. Thèse de doctorat, Université de Tours. 2016 These-LFJammet-SUDOC-fev-2017

Glombiewski JA et al. Psychological treatments for fibromyalgia: a meta-analysis. Pain. 2010 Nov;151(2):280-295. https://doi.org/10.1016/j.pain.2010.06.011
Glombiewski JA et al. Cognitive behavioural therapies versus treatment as usual for people with fibromyalgia syndrome. Cochrane Database of Systematic Reviews 2025, Issue 4. Art. No.: CD009796. https://doi.org/10.1002/14651858.CD009796
Hedman-Lagerlöf M et al. Cost-effectiveness and cost-utility of exposure-based vs. traditional cognitive behavior therapy for fibromyalgia: Results from a randomized controlled trial. J Pain. 2025 May;30:105375. https://doi.org/10.1016/j.jpain.2025.105375
INSERM. Synthèse et recommandations sur la fibromyalgie (expertise collective). Paris, INSERM, 2020. Lien https://www.inserm.fr/expertise-collective/fibromyalgie/
Karlsson B et al. Decline of substance P levels after stress management with cognitive behaviour therapy in women with the fibromyalgia syndrome. Scand J Pain. 2019 Jul 26;19(3):473-482. https://doi.org/10.1515/sjpain-2018-0324
Kashikar-Zuck S et al. Cognitive behavioral therapy for the treatment of juvenile fibromyalgia: a multisite, single-blind, randomized, controlled clinical trial. Arthritis Rheum. 2012 Jan;64(1):297-305. https://doi.org/10.1002/art.30644
Kundakci B et al. International, multidisciplinary Delphi consensus recommendations on non-pharmacological interventions for fibromyalgia. Semin Arthritis Rheum. 2022 Dec;57:152101. https://doi.org/10.1016/j.semarthrit.2022.152101
Lee J et al. A Randomized Controlled Neuroimaging Trial of Cognitive Behavioral Therapy for Fibromyalgia Pain. Arthritis Rheumatol. 2024 Jan;76(1):130-140. https://doi.org/10.1002/art.42672
Miró E, Lupiáñez J, Martínez MP, Sánchez AI, Díaz-Piedra C, Guzmán MA, Buela-Casal G. Cognitive-behavioral therapy for insomnia improves attentional function in fibromyalgia syndrome: a pilot, randomized controlled trial. J Health Psychol. 2011 Jul;16(5):770-82. https://doi.org/10.1177/1359105310390544
Perrot S et al. Recommandations françaises pour la prise en charge de la fibromyalgie. Rev Med Interne. 2016;37(8):546-553. https://doi.org/10.1016/j.revmed.2016.02.012

Rometsch C et al. Predictors of Treatment Success of Psychotherapy in Functional Disorders: A Systematic Review of the Literature. Clin Psychol Psychother. 2025 Mar-Apr;32(2):e70075. https://doi.org/10.1002/cpp.70075
Van Koulil S et al. Barriers to participation in cognitive-behavioral therapy for fibromyalgia patients. Arthritis Care Res. 2010;62(9):1377-1383. https://doi.org/10.1002/acr.20262
Van Koulil S et al. Cognitive-behavioral mechanisms in a pain-avoidance and a pain-persistence treatment for high-risk fibromyalgia patients. Arthritis Care Res (Hoboken). 2011 Jun;63(6):800-7. https://doi.org/10.1002/acr.20445
Williams ACC et al. Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2020 Aug 12;8(8):CD007407. https://doi.org/10.1002/14651858.CD007407

Auteur(s) de la fiche

NPIS (comité scientifique)

Date de création : **04/05/2026**
Date de révision : **11/05/2026**
Version : **V01**

Thérapie cognitivo-comportementale pour la fibromyalgie, Référentiel NPIS des INM, Fiche code NPIS-0000000117, Version V01, 2026.

Lien vers la fiche online : cliquez-ici.

Suggérez une amélioration : Rendez-vous sur sa fiche numérique de la plateforme du Référentiel NPIS des INM en cliquant-ici.

Contacter la NPIS
5, rue des Reculettes, 75013 Paris - France
Tél. : +33 (0)1 56 79 17 91
Non Pharmacological Intervention Society - Société savante d'intérêt général à but non lucratif

Nos soutiens

Nos partenaires

Information réglementaire et précaution :
Toute exploitation ou reproduction nécessite une autorisation préalable de la NPIS. Toute référence et toute citation doit faire mention du Référentiel NPIS des INM.

Le lecteur reconnait utiliser ces informations sous sa responsabilité exclusive.

La NPIS n'a pas vocation à répondre à des questions sur un cas personnel ou celui d'un proche. Celles-ci doivent être posées à un professionnel de santé. Rien ne remplace la consultation d'un médecin.

La fiche INM contient des liens bibliographiques vers d'autres sources dont la NPIS décline toute responsabilité quant à leur contenu.

Tous droits réservés © 2026 NPIS