



**Ministère de la Santé
et des Services sociaux**

**Algorithme de prise en charge
de la fibromyalgie**

L'élaboration du cheminement clinique pour la prise en charge de la fibromyalgie
été possible grâce à la précieuse collaboration des personnes suivantes :

Auteures principales :

D^{re} Nathalie Clément,
professeure adjointe d'enseignement
clinique, Département de médecine
de famille, Université de Sherbrooke
et omnipraticienne, Centre d'expertise
en gestion de la douleur chronique
– CIUSSS de l'Estrie-CHUS

Chantal Doré,
ergothérapeute, Centre d'expertise
en gestion de la douleur chronique
– CIUSSS de l'Estrie – CHUS

Sylvie Lamoureux,
psychologue, Centre d'expertise
en gestion de la douleur chronique
– CIUSSS de l'Estrie – CHUS

Collaborateurs :

D^r Ariel Masetto,
rhumatologue, professeur agrégé
Université de Sherbrooke

Robert Thiffault,
pharmacien

**Le groupe de travail tient à remercier
les personnes suivantes qui ont agi
à titre de réviseurs :**

D^r Étienne de Médicis,
anesthésiste, directeur médical
du centre d'expertise en gestion
de la douleur chronique

D^{re} Julie Blanchard,
médecin de famille

Marie-Ève Luc,
ergothérapeute au Centre
de réadaptation de l'Estrie

Valérie St-Onge,
physiothérapeute au Centre
de réadaptation de l'Estrie

Édition :

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Le présent document s'adresse spécifiquement aux intervenants du réseau québécois de la santé
et des services sociaux et n'est accessible qu'en version électronique à l'adresse :

www.msss.gouv.qc.ca section **Documentation, rubrique **Publications****

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2021

Bibliothèque et Archives Canada, 2021

ISBN : 978-2-550-89919-8

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

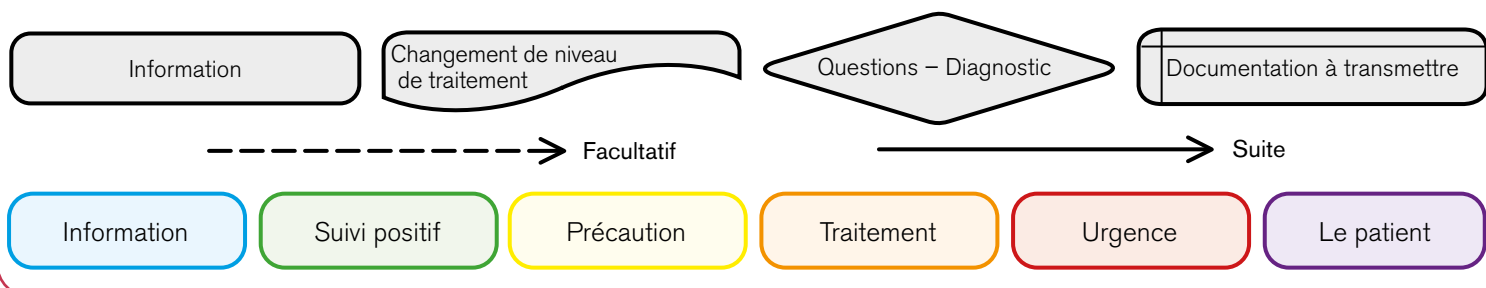
Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document,
même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction
de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales,
sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2021

FIBROMYALGIE

Plan de prise en charge interdisciplinaire

Légende



CET ALGORITHME DE TRAITEMENT NE SE SUBSTITUE PAS AU JUGEMENT CLINIQUE

Questionnaire :

- Douleurs:
 - Diffuses qui perdurent plus que 3 mois
 - Supérieures et inférieures à la ceinture
 - Hémi-corps G et D
- Peuvent être exacerbées par :
 - Inactivité et trop d'activité physique, froid, manque de sommeil, émotions
- Sans autres conditions pour mieux expliquer les symptômes (questionner diagnostic)

Présence de manifestations associées :

- Fatigue, trouble du sommeil, anxiété/ dépression, céphalées, troubles cognitifs, colon irritable, dysménorrhées, cystite, interstitielle, apnée du sommeil...

A

+

Examen physique

- Neurologique : possible de retrouver allodynie, trouble d'équilibre et sensibilité aux 9 paires de points douloureux (pas obligatoire pour poser diagnostic)
- Articulaires : devrait être normal
- Tout ce qui est pertinent pour confirmer ou infirmer une autre condition

B

+

Bilan d'exclusion : FSC, CRP, CPK, TSH

- Maladies chroniques, syndrome métabolique, obésité peuvent augmenter légèrement la CRP
- CRP > 20 considérer investigation supplémentaire
- Tout autre investigation doit être justifiée par trouvailles au questionnaire ou à l'examen objectif

C

Diagnostic Fibromyalgie

Interventions non pharmacologiques

Education et rassurance

- Association fibromyalgie régionale et Association québécoise de la douleur chronique (www.douleurchronique.org)

Psychothérapie si:

- Anxiété/dépression
- Trouble d'adaptation à la condition de douleur chronique
- Trouble du sommeil

Exercices physiques et autogestion

- Marche
- Yoga
- Aquaforme
- Relaxation
- Méditation
- Autres

Traitement pharmacologique : approche par symptôme

- 1- Antidépresseur 3 cycliques
- 2- SNRS ou gabapentinoïdes
- 3- Combiner, au besoin

Éviter les opiacés et les benzo*

Adhérence à l'exercice physique et autogestion ?

NON

- Physiothérapie
- Programme enseignement court terme (PEGASO)
- Programme enseignement long terme Passage-Fibro

Présence de problématique complexe en lien avec le travail?

OUI

Référer en ergothérapie, réadaptation interdisciplinaire ou services spécialisés de main d'oeuvre (selon les besoins)

Suivi suggéré:

Réévaluer les comorbidités et les facteurs pronostiques, favoriser prise en charge autonome, inciter le patient à demeurer en emploi ou l'encourager à y retourner avec des recommandations facilitant son fonctionnement au travail.

* Note : il existe un questionnaire pour le diagnostic et la sévérité des symptômes de la fibromyalgie. Il est en annexe des *Lignes directrices canadiennes 2012 pour le diagnostic et la prise en charge du syndrome de fibromyalgie*.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
MANIFESTATIONS CLINIQUES	1
DOULEUR.....	1
INTENSITÉ	2
TYPES.....	2
FACTEURS D'EXACERBATION.....	2
FATIGUE	2
TROUBLES DU SOMMEIL	2
TROUBLES DE L'HUMEUR ET TROUBLES ANXIEUX.....	2
CHANGEMENTS COGNITIFS.....	3
CÉPHALÉES	3
AUTRES SYNDROMES CLINIQUES ASSOCIÉS	3
EXAMEN PHYSIQUE	3
DIAGNOSTIC	4
DIAGNOSTICS DIFFÉRENTIELS (LISTE NON EXHAUSTIVE)	6
TRAITEMENTS	7
APPROCHES NON PHARMACOLOGIQUES	7
ENSEIGNEMENT.....	8
EXERCICES.....	8
DÉTERMINATION DE L'APTITUDE AU TRAVAIL DANS UN CADRE MÉDICO-ADMINISTRATIF OU LÉGAL.....	26

INTRODUCTION

La fibromyalgie peut survenir à tout âge. Toutefois, c'est généralement chez l'adulte d'âge moyen qu'elle fait son apparition (Fitzcharles et Ste-Marie, 2013). Une infection virale, un traumatisme, un stress physique ou émotionnel peuvent précipiter l'apparition des symptômes (Abdi, Shefner et Eichler, 2016) alors que des facteurs génétiques pourraient expliquer la forte prédisposition familiale (Clauw, 2015). Bien que la cause de la fibromyalgie demeure inconnue (Fitzcharles et Ste-Marie, 2013), plusieurs études ont mis en évidence des modifications dans le traitement de l'information douloureuse au niveau du système nerveux central chez les patients souffrant de cette condition. Ces modifications seraient responsables de plusieurs des caractéristiques de la fibromyalgie (Abdi, Shefner et Eichler, 2016).

Avec l'utilisation des critères diagnostics de 1990 qui mettaient l'accent sur le nombre de points douloureux à l'examen physique, la maladie semblait presque exclusivement féminine (Clauw, 2015) avec un ratio homme-femme de 1:6 (Abdi, Shefner et Eichler, 2016), les femmes étant plus sensibles à la palpation des points douloureux. Depuis l'arrivée des critères diagnostics de 2010 où l'utilisation des points douloureux n'est plus requise pour poser un diagnostic, un ratio homme-femme de 1:2 est maintenant rapporté (Clauw, 2015). Les études rapportent une prévalence canadienne d'environ 1 à 5 %.

MANIFESTATIONS CLINIQUES

Le syndrome de fibromyalgie se définit d'abord par une douleur corporelle diffuse (Clauw, 2015; Fitzcharles et autres, 2012) qui perdure depuis plus de trois mois (Wolfe et autres, 2010; Fitzcharles et autres, 2012), et ce, en l'absence de toutes autres conditions pouvant mieux expliquer les symptômes (Goldenberg, 2016b). Cette douleur s'accompagne de fatigue et souvent de troubles du sommeil, de changements cognitifs ainsi que de troubles de l'humeur (Clauw, 2015; Wolfe et autres, 2010; Fitzcharles et autres, 2012). Différentes manifestations somatiques telles que le côlon irritable, la cystite interstitielle et autres y sont fréquemment associées (Clauw, 2015; Wolfe et autres, 2010; Fitzcharles et autres, 2012).

Douleur

Localisation : la douleur diffuse est le symptôme cardinal de la fibromyalgie. Elle doit se manifester dans les deux côtés du corps et être présente tant au-dessus de la ceinture, qu'en dessous (Wolfe et autres, 1990). L'atteinte est principalement axiale, mais il est fréquent d'observer des symptômes au niveau des mains et des pieds (Bennett, 2009). La douleur est de nature migratoire (Fitzcharles et autres, 2012; Clauw, 2009).

Intensité

La douleur est variable en intensité dans le temps chez un même individu ainsi que d'un individu à l'autre (Fitzcharles et autres, 2012; Clauw, 2009).

Types

Les gens se plaignent principalement de douleur musculaire, mais des douleurs articulaires peuvent également être présentes (Bennett, 2009; Goldenberg, 2009). Chez certains patients, la douleur peut revêtir un caractère neuropathique (Fitzcharles et Ste-Marie, 2013) et se présenter sous forme de brûlures (Fitzcharles et autres, 2012; Goldenberg, 2016b), d'engourdissements, de picotements (Goldenberg, 2016b; Bennett, 2009) et/ou de fourmillements (Goldenberg, 2009, 2016b), et ce, en présence d'une évaluation neurologique normale.

Une sensation d'œdème, généralement articulaire, peut également être rapportée par des patients, bien qu'elle ne soit pas objectivable à l'examen physique (Bennett, 2009; Goldenberg, 2009). De plus, la raideur matinale est fréquente chez cette population (Bennett, 2009; Goldenberg, 2009).

Facteurs d'exacerbation

Le froid, l'humidité, le stress (Fitzcharles et autres, 2012; Bennett, 2009), l'inactivité, ainsi qu'un effort physique minimal peuvent tous être responsables d'une exacerbation de la douleur (Goldenberg, 2016b; Bennett, 2009).

Fatigue

Elle est présente chez plus de 90 % des patients (Fitzcharles et autres, 2012) et est prédominante au lever, mais également marquée en milieu d'après-midi (Goldenberg, 2016b).

Troubles du sommeil

La plainte d'un sommeil léger et non réparateur est fréquente au sein de cette population (Goldenberg, 2016b; Bennett, 2009). Plus de 75 % des patients ayant la fibromyalgie auraient des difficultés d'endormissements et/ou un sommeil fragmenté ou perturbé (Fitzcharles et Ste-Marie, 2013).

Le syndrome des jambes sans repos et l'apnée du sommeil seraient plus prévalents chez les gens souffrant de fibromyalgie que dans la population générale (Goldenberg, 2016b; Bennett, 2009).

Troubles de l'humeur et troubles anxieux

Le taux de comorbidités psychiatrique estimé est de 30 à 60 % chez les gens atteints de fibromyalgie (Clauw, 2009). La dépression et l'anxiété sont présentes chez 30 à 50 % des patients au moment du diagnostic (Goldenberg, 2016b) et se manifesteront chez 75 % des patients souffrant de fibromyalgie (Fitzcharles et Ste-Marie, 2013) à un moment ou un autre. Leur présence devrait donc être régulièrement recherchée (Arnold, 2006). Les patients souffrant de fibromyalgie sont

également plus sujets à présenter des troubles obsessionnels-compulsif et des états de stress post-traumatiques (Clauw, 2015; Bennett, 2009).

Changements cognitifs

On observe chez la majorité des patients souffrant de fibromyalgie des troubles cognitifs (Goldenberg, 2009, 2016b), tels que des troubles de mémoire, de concentration, d'attention partagée, de fluidité verbale, de rappel libre, etc. Les auteurs expliquent ces déficits comme étant le résultat d'une combinaison de facteurs tels que la fatigue, la douleur et la dépression (Fitzcharles et autres, 2012; Goldenberg, 2016b; Bennett, 2009).

Céphalées

Elles sont présentes chez plus de 50 % de la population atteinte de fibromyalgie et peuvent être de type migraine ou céphalée de tension (Goldenberg, 2016b).

Autres syndromes cliniques associés

Les patients peuvent également présenter une variété de syndromes douloureux tels que le côlon irritable, la cystite interstitielle, la vulvodynie, la douleur pelvienne, le syndrome des jambes sans repos, la fatigue chronique, les troubles de l'articulation temporo-mandibulaire, etc. (Wolfe et autres, 2010; Goldenberg, 2016b). Pour plusieurs auteurs (Clauw, 2015; Bennett, 2009; Goldenberg, 2009), ces syndromes fonctionnels peuvent être considérés comme faisant partie d'un même spectre et comme étant la manifestation d'un trouble de sensibilisation centrale.

La prévalence de la fibromyalgie dans ces syndromes varie de 20 à 50 % et 30 à 70 % des patients ayant la fibromyalgie présentent les critères diagnostics de fatigue chronique et de côlon irritable (Goldenberg, 2016b).

EXAMEN PHYSIQUE

Une attention particulière doit être portée aux examens neurologiques et musculo-squelettiques.

Outre une sensibilité excessive des tissus mous au toucher, qui se présente parfois sous forme d'hyperalgésie, ou parfois sous forme d'allodynie diffuse, l'examen physique est généralement sans particularité en fibromyalgie (Fitzcharles et autres, 2012; Clauw, 2009; Goldenberg, 2009). Chez certains patients, l'examen neurologique peut révéler des troubles sensitifs et moteurs mineurs. Ces troubles sont en corrélation avec l'un ou l'autre des symptômes suivants : un équilibre précaire, une diminution de la coordination, des sensations de fourmillements, d'engourdissements ou de faiblesse dans les membres supérieurs ou inférieurs, et ce, en l'absence de maladies neurologiques bien définies (Goldenberg, 2016a). L'évaluation des neuf paires de points douloureux n'est donc plus nécessaire pour poser le diagnostic (Wolfe et autres, 2010).

L'œdème au niveau des petites articulations des mains et des pieds, caractéristique de la polyarthrite rhumatoïde, ne peut jamais être considéré comme une manifestation de la fibromyalgie (Goldenberg, 2009).

Il est important de rechercher et d'identifier, chez ces patients, les pathologies concomitantes possibles, telles que la gonarthrose ou une radiculopathie, et de mettre en place les traitements recommandés pour ces conditions (Goldenberg, 2009).

DIAGNOSTIC

Le diagnostic est clinique, basé sur les symptômes du patient. Le questionnaire et l'examen physique cherchent à la fois à mettre en évidence les symptômes de la fibromyalgie et ses conditions associées et à s'assurer qu'une autre pathologie n'expliquerait pas mieux les symptômes du patient. En clinique, la fibromyalgie doit être suspectée chez tous les patients présentant des douleurs généralisées depuis plus de trois (3) mois et qui ne sont pas complètement explicables par un traumatisme ou un état inflammatoire (Clauw, 2015; Goldenberg, 2016b).

Pour établir un diagnostic de fibromyalgie, il n'est pas nécessaire que le patient réponde exactement aux critères établis par l'*American College of Rheumatology* (Annexe 1) puisqu'ils ont d'abord été élaborés pour des fins de recherche et parce que la sévérité des symptômes est variable chez un même individu (Fitzcharles et Ste-Marie, 2013). Par contre, les critères peuvent être utilisés pour soutenir le diagnostic, et particulièrement ceux de la version de 2010 où l'examen des points douloureux n'est plus nécessaire. Cette version a été conçue pour faciliter l'utilisation des critères diagnostiques par les cliniciens et pour y incorporer une échelle de sévérité des symptômes (Annexe 2) (Wolfe et autres, 2010). En 2016, une révision de ces critères a été proposée. Cette nouvelle version entre autres, suggère des critères de douleur généralisée (Annexe 3), mais dans un cas comme dans l'autre, les critères doivent toujours être appliqués une fois que l'évaluation médicale a réduit l'éventail des diagnostics possibles (Wolfe et autres, 2016).

Il n'est pas nécessaire d'adresser le patient à un spécialiste pour confirmer le diagnostic. Il est plutôt suggéré de diriger le patient en spécialité, seulement si au cours du questionnaire ou de l'examen physique un autre diagnostic méritant l'attention d'un spécialiste est soupçonné (Fitzcharles et Ste-Marie, 2013; Clauw, 2015; Fitzcharles et autres, 2012).

À ce jour, aucune analyse de laboratoire et aucune imagerie ne permet de confirmer le diagnostic de fibromyalgie. Toutefois, il est suggéré de faire un simple bilan sanguin de base comprenant FSC, CRP, TSH et CK afin de permettre d'éliminer des conditions dont les symptômes peuvent s'apparenter à ceux de la fibromyalgie (Fitzcharles et autres, 2012). Sachant que la sensibilité et la spécificité des examens de laboratoire varient en fonction du contexte clinique, tout autre examen complémentaire doit être appuyé par des trouvailles au questionnaire et/ou à l'examen physique justifiant sa pertinence. Cela afin d'éviter d'entraîner le patient

dans une spirale d'examens et de consultations inutiles dont le point de départ a simplement été un faux positif à un résultat de laboratoire (Goldenberg, 2009).

À noter qu'une légère élévation des CK et de la CRP est fréquente dans la population générale. À titre d'exemple, l'obésité viscérale ou le syndrome métabolique peuvent provoquer une légère élévation de la CRP. Le jugement clinique est donc de mise.

Il s'avère intéressant de garder à l'esprit que les symptômes de la fibromyalgie peuvent s'apparenter à ceux d'autres pathologies (voir la section sur les diagnostics différentiels) et qu'elle peut survenir de façon concomitante à d'autres conditions. Par exemple, environ 20 à 25 % des patients souffrant d'arthrite rhumatoïde ou d'une maladie inflammatoire systémique tels que le lupus érythémateux systémique ou la spondylite ankylosante vont également, au cours de leur évolution, présenter les critères diagnostics de la fibromyalgie (Goldenberg, 2016b, Clauw, 2009).

DIAGNOSTICS DIFFÉRENTIELS (LISTE NON EXHAUSTIVE)

(Fitzcharles et autres, 2012; Goldenberg, 2009, 2016b; Lanthier, 2013)

Diagnostic	Symptômes distinctifs
Polyarthrite rhumatoïde	<ul style="list-style-type: none"> • Œdème articulaire, augmentation CRP
Lupus érythémateux disséminé	<ul style="list-style-type: none"> • Atteinte multisystémique absente en fibromyalgie : <ul style="list-style-type: none"> - Anomalies à la FSC - Atteinte rénale - Ulcères buccaux - Manifestations cutanées - Synovite - Sérosité
Polymyalgia rheumatica	<ul style="list-style-type: none"> • 50 ans • Augmentation CRP • Douleur aux épaules bilatérale
Spondylite ankylosante	<ul style="list-style-type: none"> • Diminution de la mobilité lombaire et du cou • Augmentation CRP
Hypothyroïdie	<ul style="list-style-type: none"> • Peut être difficile à distinguer de la fibromyalgie cliniquement, mais généralement, les douleurs sont moins importantes qu'en fibromyalgie • TSH augmentée
Myopathie aux statines	<ul style="list-style-type: none"> • Douleurs musculo-squelettiques peuvent mimer la fibromyalgie, mais les patients n'ont pas les autres symptômes associés. • CK augmenté • Association temporelle avec le traitement aux statines
Maladie de Lyme	<ul style="list-style-type: none"> • Œdème articulaire • Rash cutané caractéristique
Arthrose	<ul style="list-style-type: none"> • Douleur localisée au niveau des articulations atteintes • Absence des autres symptômes associés à la fibromyalgie
Myosite Myopathie	<ul style="list-style-type: none"> • Faiblesse et fatigue musculaire prédominant • Généralement pas de douleur diffuse • CK augmenté
Désordre neurologique	<ul style="list-style-type: none"> • Douleur diffuse inhabituelle dans les conditions neurologiques • Anormalité à l'examen neurologique

TRAITEMENTS

À ce jour, il n'existe pas de traitement pour guérir la fibromyalgie. Toutefois, différentes approches ont été développées dans le but d'atténuer les symptômes et afin d'aider les gens atteints à mieux vivre avec leur condition. Pour tout patient recevant un diagnostic de fibromyalgie, l'approche initiale devrait inclure une ou plusieurs séances d'information ainsi qu'un programme d'exercices (Goldenberg, 2016c). Si le contrôle des symptômes s'avère insatisfaisant avec les mesures non pharmacologiques, des essais médicamenteux peuvent être tentés. Ceux-ci devraient, idéalement, se faire d'abord en monothérapie, puis en combinaison si nécessaire (Goldenberg, 2016d). À noter que l'approche multimodale est encouragée (Goldenberg, 2016c) et plus efficace. Certaines approches complémentaires et alternatives ont aussi été étudiées et peuvent être envisagées selon les intérêts et l'évolution du patient.

APPROCHES NON PHARMACOLOGIQUES

Les approches non pharmacologiques les plus étudiées et ayant démontré le plus d'efficacité sont l'enseignement, l'exercice physique et la thérapie cognitivo-comportementale qui ont tous un fort niveau d'évidence (1A) pour la fibromyalgie (Clauw, 2015). La combinaison de ces approches est plus efficace que chacune d'elles prise individuellement (Hauser et autres, 2004).

On comprend donc qu'un programme interdisciplinaire, d'approche cognitivo-comportementale, d'exercices et d'éducation, sur plusieurs semaines, soit environ 10 semaines est souhaitable. Toutefois, en l'absence de ce type d'intervention, des bénéfices considérables ont également été observés avec des programmes de courte durée (2 jours) (Saral et autres, 2016).

L'objectif général à atteindre est de faire évoluer le patient d'une attitude passive vers une prise en charge active de sa condition (Fitzcharles et Ste-Marie, 2013; Fitzcharles et autres, 2012). Ceci devrait permettre l'acquisition d'un plus grand sentiment de contrôle intrinsèque par le patient et aura, habituellement, comme effet de diminuer la sévérité de ses symptômes et d'augmenter sa participation à des activités physiques (Dobkin et autres, 2010). Inversement, un faible sentiment d'efficacité personnelle est associé à un pauvre pronostic de même que la présence de pensées catastrophiques (Menzies, 2012).

Dès le début du traitement, il faut **encourager le patient à se fixer des objectifs précis en regard de son état de santé et de sa qualité de vie** (Fitzcharles et autres, 2012; Ablin et autres, 2013). Ceux-ci devraient être orientés non seulement sur le changement des symptômes tel que la douleur, mais également sur l'amélioration du fonctionnement de la personne. Les objectifs doivent être spécifiques, réalistes, mesurables et signifiants pour le patient (Arnold et autres, 2012).

Enseignement

L'enseignement devrait faire partie des premières étapes d'intervention (Ablin et autres, 2013). Il peut rassurer le patient et favoriser l'acceptation ainsi que l'autoprise en charge (**Annexe 4**) (Arnold et autres, 2012).

L'enseignement devrait inclure (Goldenberg, 2016c) :

- Un discours rassurant et reconnaissant que la maladie est réelle et de nature bénigne.
- Une explication sur le lien entre les différents neurotransmetteurs impliqués dans la douleur, la fatigue, le sommeil et l'humeur. Ceci peut clarifier les relations entre ces facteurs et leur impact sur la condition du patient et faciliter sa compréhension envers les choix pharmacologiques.
- De l'information sur les troubles de l'humeur associés (Clauw, 2015).
- Des stratégies d'hygiène du sommeil (Annexe 5 et Fitzcharles et autres, 2012).
- Les bienfaits des techniques de gestion du stress, incluant la respiration diaphragmatique qui contribue à diminuer la douleur et son aspect désagréable ainsi que les techniques de relaxation et/ou de méditation (Fitzcharles et autres, 2012; Dobkin et autres, 2010; Theadom et autres, 2009; Lauche et autres, 2015; Zutra et autres, 2010).
- Le rôle de l'exercice et son importance.
- De l'information sur le pronostic.
- Des stratégies d'adaptation à éviter et à adopter.
- D'encourager le patient à maintenir un style de vie le plus normal possible (Fitzcharles et autres, 2012).
- L'adoption de saines habitudes de vie telle que la cessation de consommation de tabac (Goesling et autres, 2015; Weingarten, 2009).

Exercices

L'exercice devrait être recommandé pour tout patient souffrant de douleur chronique, même chez les gens qui souffrent de douleur sévère. L'exercice contribue à diminuer la douleur et la fatigue ainsi qu'à améliorer l'humeur, le sommeil et les capacités physiques (Ambrose et Golightly, 2015; Dobson, McMillan et Li, 2014; Bidonde et autres, 2014b). De plus, une meilleure condition physique aide à faciliter l'autonomie (Jones, Dupree, et Liptan, 2009). **« L'activité physique devrait être prescrite au même titre qu'un médicament : c'est efficace, bon marché et présente peu d'effets secondaires. »** (Beaulieu, 2013) Pour ce faire, il est possible d'utiliser

l'outil « Prescription d'exercices et demande de consultation » proposé par le groupe de travail de l'EMC (Annexe 6).

Type :

Trois types d'exercices sont généralement présents dans la gestion de la fibromyalgie, les exercices aérobiques, de renforcement et d'étirements.

Les activités aérobiques seraient globalement plus bénéfiques que les exercices de renforcement (Brosseau et autres, 2008) qui sont eux-mêmes plus efficaces que ceux d'étirements (Busch et autres, 2013). Toutefois, ces derniers ont, tout de même, un rôle important puisqu'ils permettent de corriger la posture et de diminuer les points gâchettes.

Le patient devrait être encouragé à pratiquer les trois types d'exercices puisqu'ils apportent chacun leurs utilités et leurs bénéfices (Nelson, 2015).

Les exercices faits dans l'eau ainsi que ceux faits hors de l'eau ont démontré une efficacité comparable. À noter que les activités en eau chaude semblent inciter l'individu à une meilleure adhérence (Bidonde et autres, 2014a; Häuser et autres, 2010; Busch et autres, 2011).

Intensité et progression :

La fenêtre thérapeutique de l'exercice physique est étroite :

- La sédentarité augmente la douleur et la fatigue (Segura-Jiménez et autres, 2015)
- Trop peu d'exercice ne permet pas d'obtenir de gains (Jones et autres, 2009)
- Trop d'exercice augmente la douleur (Jones et autres, 2009)

La clé du succès est dans le dosage!

L'exercice ne devrait pas créer une augmentation de la douleur égale ou supérieure à 2 points sur l'échelle visuelle analogue post-exercices. Si l'augmentation de

douleur est supérieure, ne pas s'inquiéter, mais diminuer les paramètres (durée, intensité, fréquence [PÉGASO]).

Par la suite, la progression devrait être d'un maximum de 10 % par semaine (Kisner et Colby 2002: population saine), ou aux deux semaines selon la tolérance du patient : ex. un patient qui marche 10 minutes pourra donc ajouter 1 minute à son parcours la semaine suivante (Busch et autres, 2011, Häuser et autres, 2010).

Débuter lentement (basse intensité) et progresser lentement et régulièrement limite les exacerbations de douleur tout en favorisant l'adhérence. Peu importe l'intensité et la durée, toute augmentation d'activités physiques est souhaitable (Ambrose et Golightly, 2015). Par exemple, les patients sévèrement atteints peuvent débuter par des marches dans la maison d'une à deux minutes, une à deux fois par jour (Rooks, 2008). Selon certaines études, après quatre semaines d'une activité physique aérobique de légère à modérée (deux à trois fois par semaine) des gains significatifs peuvent être observés (Hauser et autres, 2010). Les patients qui sont en mesure d'augmenter graduellement leur niveau d'activité physique jusqu'à une intensité variant de modérée à intense ont une meilleure amélioration de leurs symptômes que ceux qui ne peuvent atteindre ces niveaux (Kaleth et autres, 2013).

À noter que pour la population générale, les directives canadiennes en matière d'activités physiques (2012) recommandent 150 minutes, par semaine, d'activités d'intensité modérée, soit de transpirer un peu et de respirer plus fort, par période d'au moins dix minutes. Considérant que deux périodes de dix minutes par jour donnent 140 minutes par semaine, la possibilité de répondre aux recommandations canadiennes s'avère être un objectif réaliste même pour une personne atteinte de fibromyalgie (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015).

Pour les patients ayant plus de difficultés ou moins d'intérêts dans les exercices, on peut les encourager à pratiquer des activités de nature physique dans la journée

(marche, utilisation des escaliers, jardiner, tâches domestiques) pour atteindre un minimum quotidien de 30 minutes Rooks, 2008.

La participation aux activités quotidiennes devrait être encouragée même si l'intensité est faible et que les périodes sont brèves (Hauser et autres, 2010).

Équilibre :

Ajoutons que certains patients atteints de fibromyalgie présentent des déficits d'équilibre. L'équilibre et l'analyse de la marche devraient donc être évalués et inclus dans les objectifs thérapeutiques aux besoins (Vaillant et autres, 2016).

Si vous jugez pertinent de recommander l'usage d'une canne pour contrer le problème d'équilibre, vous pouvez suggérer de varier régulièrement le mode d'utilisation de la canne : soit en modifiant la hauteur de celle-ci ou en changeant de main, et ceci afin de limiter les impacts négatifs au niveau des épaules (Jones, Dupree et Liptan, 2009).

Il y a présentement une revue Cochrane en cours concernant les exercices sur table vibrante pour la clientèle qui souffre de fibromyalgie. Des données actuelles indiquent que combinée à un programme d'exercices de 6 semaines, cette technique améliore l'équilibre chez les patients souffrant de fibromyalgie, réduit la douleur et la fatigue tout en étant sécuritaire (Sanudo et autres, 2012; Alentorn-Geli et autres, 2008).

Trucs pratiques :

- S'assurer que les recommandations d'activités physiques soient accompagnées de stratégies qui permettront de maintenir l'adhérence de la personne à cette activité (O'Connor et autres, 2015; Colbert, Hootman et Macera, 2000). Par exemple, encourager les patients à exercer une activité qu'ils aiment, facile à pratiquer et dans les limites de leur budget afin d'en optimiser l'adhérence (Fitzcharles et autres, 2012).

- La marche peut être une activité aérobique idéale considérant son accessibilité et son faible impact en plus d'être considérée comme sécuritaire pour les gens sédentaires (O'Connor et autres, 2015; Colbert, Hootman et Macera, 2000).
- L'utilisation de podomètre ou de journal de bord peut favoriser la motivation (Bidonde et autres, 2014a; Tudor-Locke et Lutes, 2009).
- Ne pas oublier de traiter les générateurs de douleurs périphériques (ex. : arthrose du genou, bursite, tendinopathie, etc.) (Jones, Dupree et Liptan, 2009).
- Les physiothérapeutes et/ou les kinésiologues sont de bonnes ressources pour guider le patient dans un programme d'exercice si l'autoprise en charge du patient est insuffisante ou inadéquate.
- L'utilisation de bandes élastiques s'avère être une bonne option pour les exercices de renforcement chez cette clientèle (Jones, Dupree et Liptan, 2009).

1) Thérapie cognitivo-comportementale (TCC)

La référence à un psychologue et/ou à un psychiatre s'avère pertinente lorsque les impacts négatifs des comorbidités psychiatriques qui peuvent être présentes nuisent et/ou sont considérés comme des contraintes majeures à l'efficacité des traitements ainsi qu'à l'adaptation de la personne à sa condition (Theadom et autres, 2009; Lauche et autres, 2015; MacFarlane et autres, 2017; Menzies, 2016; Sawynok et Lynch, 2014).

La démarche de psychothérapie a pour objectif de permettre l'acquisition de nouvelles habitudes, d'engendrer la modification des comportements néfastes et de favoriser des choix significatifs (Poirier, 2013). Les effets de la psychothérapie dans un contexte de fibromyalgie sont relativement petits, mais robustes et comparables aux autres types de traitements utilisés pour cette condition (Glombiewski et autres, 2010). L'approche cognitivo-comportementale s'avère être le type d'intervention qui

donne les meilleurs résultats (Theadom et autres, 2009; Glombiewski et autres, 2010; Bernardy et autres, 2013).

Le principal objectif de la TCC est de modifier les pensées et les émotions négatives en lien avec leur condition, afin de changer les comportements négatifs qui y sont associés. Cette approche permet à l'individu d'acquérir des habiletés et/ou des outils de gestion, tels que la relaxation, la respiration abdominale et la résolution de problèmes, pour mieux gérer sa douleur et par conséquent favoriser une attitude différente qui soit plus positive face à la problématique de douleur. Ce qui devrait aider au processus de deuil des capacités et à l'acceptation à la condition (Theadom et autres, 2009; Bernardy et autres, 2013).

De façon plus spécifique, elle permet d'intervenir sur le fonctionnement physique, sur la douleur et sur l'humeur (Theadom et autres, 2009; Bernardy et autres, 2013). Elle se réalise dans un cadre psychoéducatif où l'objectif de « comment faire face à la condition » se trouve au centre des interventions (Laroche, 2014). Son efficacité a été particulièrement démontrée au niveau de la modification de l'intensité de la douleur, de la catastrophisation, de la détresse psychologique, du fonctionnement, des troubles de sommeil, de la fatigue ainsi que sur la confiance en soi et le sentiment d'efficacité personnelle chez la clientèle atteinte de fibromyalgie. Le plus grand bénéfice de la TCC rapporté pour cette population est au niveau de l'amélioration du fonctionnement (Clauw, 2015). Un autre des impacts positifs de la thérapie cognitivo-comportementale s'observe dans la diminution des visites médicales (Ablin et autres, 2013; Glombiewski, 2010; Castel et autres, 2012; Thieme et Gracely, 2009; Goldenberg, 2008). À noter que l'utilisation des thérapies cognitives, comportementales et de la relaxation en contexte d'interdisciplinarité bonifie leur efficacité (Glombiewski, 2010; Castel et autres, 2012; Thieme et Gracely, 2009).

Les impacts de l'approche TCC sont à considérer puisque les effets d'une intervention TCC en présence face à face, dure généralement plus de six mois post-intervention, comparativement à un traitement médicamenteux tel que le

Milnacipran, médicament qui n'est pas disponible au Canada, mais aux États-Unis, dont l'effet positif dure environ deux semaines une fois cessé (Theadom et autres, 2015; Lauche et autres, 2015; MacFarlane et autres, 2017; Menzies et autres, 2016; Sawynok et Lynch, 2014; Bernardy et autres, 2013). Le suivi psychologique devrait être entre 5 et 25 heures d'intervention avec une moyenne de dix séances pour un équivalent d'environ 18 heures de psychothérapie (Bernardy et autres, 2013). Parmi les éléments pouvant interférer dans la démarche psychologique, il y a les comorbidités psychiatriques, mais généralement elles ont moins d'impacts que les effets secondaires de certaines médications (MacFarlane et autres, 2017; Bernardy et autres, 2013).

Les différentes modalités de l'approche TCC telle que la résolution de problèmes, la méditation de pleine conscience et le journal de bord peuvent être utilisées par différents intervenants.

Outil utile et efficace de la TCC : Le journal de bord!

Le journal de bord est un des principaux outils utilisés dans l'approche cognitivo-comportementale. Il peut être utilisé par divers intervenants. Il s'avère être une méthode simple, non dispendieuse, facilement accessible pour guider les recommandations et mesurer la réponse au traitement. De plus, il est modulable et adaptable pour chacun selon les informations et les objectifs (Maski, 2016).

Il contribue à améliorer le sentiment de contrôle et la compréhension de la condition. Toutefois, pour certains patients, le fait d'augmenter l'attention sur une donnée en particulier, comme la douleur, l'activation ou les capacités, peut engendrer des comportements inadéquats (Goldenberg et autres, 2008). De plus, l'intervenant doit garder une vigilance sur la validité des informations obtenues, car certains patients complètent leur journal de bord de façon rétrospective, ce qui est beaucoup moins fiable (Schülin, Sheemann et Zimmermann, 1989; Institute of Medicine, 1987).

Chez les patients souffrant de fibromyalgie, la distraction, la résolution de problème, la prescription de tâches, la réévaluation des projets, l'utilisation des ressources antérieures et l'humour sont également des exemples d'outils de l'approche

cognitive qui peuvent être suggérés et/ou utilisés. Quant à la portion comportementale, on pense à favoriser la réactivation physique, la relaxation, la gestion du stress, la gestion du sommeil et l'exposition progressive graduée (ex. : activités, exercices, socialisation, etc.). Il est important d'insister et de travailler sur le fait de rester actif, de trouver des positions de confort, de maintenir et/ou de trouver des loisirs, d'éviter l'isolement et d'encourager les techniques physiques antalgiques (chaleur, froid, etc.) (Laroche, 2014).

MÉDICATION SUGGÉRÉE

(Clauw, 2015; Fitzcharles et autres, 2012; Goldenberg, 2016c; Wolfe et autres, 2016; Ngian, Guymier et Littlejohn, 2011.)

RX	POSOLOGIE	Symptômes ciblés
<u>TRICYCLIQUE</u> Amitriptyline Nortriptyline Désipramine Cyclobenzaprine	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 5 à 75mg/jour ➤ Débuter 5mg, ➤ Aug. de 5mg aux 1 à 2 semaines ➤ Dose généralement efficace à partir de 20 à 30mg/jour <ul style="list-style-type: none"> ➤ 5 mg à 20mg HS ➤ Si toléré peut être donné 5 à 10mg Tid 	<ul style="list-style-type: none"> • Insomnie • Prophylaxies céphalées • Douleur
<u>SNRS</u> Duloxétine Venlafaxine	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 30 à 120mg/jour ➤ Dose usuelle 60mg/jour <ul style="list-style-type: none"> ➤ Débuter à 37,5mg et augmenter progressivement ➤ Efficacité a/n douleur à doses \geq à 150mg/jour 	<ul style="list-style-type: none"> • Humeur • Douleur • Fatigue <ul style="list-style-type: none"> • Idem • Prophylaxies céphalées

<p><u>GABAPENTINOÏDES</u></p> <p>Gabapentin</p> <p>Prégabalin</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Débuter à 100mg HS ➤ Aug. graduellement ad 800-2400mg/jour en doses divisées ➤ Débuter à 25 mg en soirée, 12 h avant l'éveil. ➤ Aug. de 25 – 50mg/jour chaque semaine ad dose max. de 300mg bid (ou 200mg TiD) 	<ul style="list-style-type: none"> • Douleur • Insomnie • Douleur • Insomnie • Anxiété
<p><u>ISRS</u> (Si intolérance au SNRS)</p> <p>Sertraline</p> <p>Paroxétine</p> <p>Fluoxétine</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Les vieux ISRS peuvent avoir un certain effet a/n de la douleur de par leur capacité à haute dose d'agir a/n de la noradrénaline ➤ Les nouveaux ISRS (Citalopram, Escitalopram, Desvenlafaxine) sont moins, voir inefficace, en douleur 	<ul style="list-style-type: none"> • Douleur • Humeur
<p><u>TRAMADOL</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Peut être utile pour les exacerbations 	
<p><u>TYLENOL/AINS</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Utile pour traiter les autres conditions telles que l'arthrose 	
<p><u>OPIACÉS</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Il n'y a pas d'évidence que les opiacés sont efficaces pour traiter la douleur en fibromyalgie. À l'heure actuelle, il apparait que les risques associés à ces médicaments dépassent les bénéfices qu'on peut en espérer pour cette population, et ce, selon certains auteurs, peu importe les mesures non pharmacologiques ou les autres traitements pharmacologiques tentés antérieurement. 	

PERLES CLINIQUES - MÉDICATION

Général

Il est fortement recommandé de débiter la médication à petites doses et de faire l'augmentation de façon lente et graduelle d'un seul médicament à la fois. Pendant la période d'ajustement de la médication, il est préférable d'effectuer un suivi mensuel.

Tricycliques

Les tricycliques sont des médicaments très efficaces en douleur et peu dispendieux. Voici quelques trucs pour diminuer les effets secondaires et augmenter leur efficacité :

- 1) Débiter à très petites doses et les augmenter lentement, ex : débutez à 5mg et augmenter de 5mg aux une à deux semaines;
- 2) La Désipramine a moins d'effet anticholinergique que l'Amitriptyline et est mieux tolérée;
- 3) La Désipramine occasionne peu de somnolence, elle peut donc, généralement, être prise le matin et ainsi avoir un meilleur effet sur la douleur au cours de la journée. Si par malchance, elle occasionne de la somnolence ou une sensation d'être « dans le brouillard », prendre au coucher;
- 4) Il est possible de combiner deux tricycliques. Par exemple : Amitriptyline HS, pour avoir un meilleur impact au niveau de sommeil, et Désipramine le matin. Cependant, en débiter un seul à la fois et respecter l'augmentation de 5mg aux 1 à 2 semaines.
- 5) En augmentant les doses, il est possible de diviser la dose totale par jour en deux ou trois prises, cela permet d'augmenter la tolérance au médicament et d'aller chercher des pics d'action différents;
- 6) Pour l'Amitriptyline, prendre la médication deux ou trois heures avant le coucher peut diminuer les effets secondaires du matin;

- 7) Aviser les patients anxieux de ne pas s'inquiéter avec la liste d'effets secondaires remise par le pharmacien, car les doses utilisées en douleur et en fibromyalgie ne sont pas les mêmes qu'en dépression majeure.

Avec les suggestions mentionnées ci-dessus, et aux doses utiles en douleur et en fibromyalgie, les principaux effets secondaires sont la bouche sèche et la constipation. À noter que la sensation de bouche sèche s'atténue généralement avec le temps, mais que la constipation tend à demeurer. Occasionnellement des étourdissements, qui s'estompent généralement en quelques jours ou quelques semaines, peuvent être ressentis.

Duloxétine

Pour débiter la Duloxétine à plus petite dose : demander au patient d'ouvrir la capsule de 30mg et de diviser la quantité de granules en deux (ou en trois) approximativement. Mettre les granules dans une cuillère de yogourt, compote ou pouding et avaler sans croquer les granules.

Pour diminuer les nausées ou la dyspepsie prendre au milieu d'un repas et s'assurer que le patient déjeune adéquatement si pris le matin. Si la dyspepsie persiste, ajouter un IPP die ou diviser la dose de Duloxétine en deux prises.

Pour diminuer, voir enrayer la majorité des effets secondaires, prescrire bid (ex. : au déjeuner et au souper) au lieu de die. Par exemple, 30mg po bid au lieu de 60mg po die.

Si la Duloxétine a un effet de somnolence, ou au contraire nuit à l'endormissement, changer le moment de la prise dans la journée peut régler le problème.

Venlafaxine

À petite dose, la Venlafaxine agit comme un ISRS. C'est à haute dose, vers 150mg die, qu'elle agit sur la noradrénaline et donc qu'elle commence à avoir un impact au niveau de la douleur.

Ce médicament est généralement bien toléré.

Wellbutrin

Certains cliniciens l'utilisent, au même dosage que pour la dépression, pour tenter d'augmenter le niveau d'énergie du patient.

Prégabaline

En Europe, le Prégabaline est également utilisé pour le traitement de l'anxiété. Il n'a pas reçu l'approbation pour cette indication au Canada, mais il est intéressant de le savoir.

Pour débiter à plus petite dose, la capsule de Prégabaline peut être ouverte et la poudre diluée dans un jus (pour enlever le goût amer). Prendre la moitié du verre vous donnera la moitié de la dose, jeter le reste, car il ne peut pas être conservé sous cette forme. Ce procédé permet également un début d'action plus rapide et peut être effectué pour la prise du médicament en entre-dose (ex. : avant la physiothérapie ou lors d'une exacerbation de douleur).

Pour diminuer les effets secondaires, si le patient est assidu à sa médication, diviser la dose quotidienne en tid au lieu de bid.

Si le patient présente de l'œdème ou une prise de poids importante, changer pour le Gabapentine.

Gabapentine

Pour diminuer les effets secondaires, débiter HS seulement la première semaine. Puis introduire la dose du matin et du midi (ou du souper).

Lors des augmentations subséquentes, augmenter la dose du coucher en premier.

Augmenter la dose quotidienne d'environ 200mg aux 1 à 2 semaines, selon les patients.

Divers

- 1) Se fixer des buts réalistes, viser une amélioration de l'aspect fonctionnel et non la « guérison ».
- 2) Si un médicament semble inefficace, la première chose à vérifier est l'assiduité du patient au traitement.
- 3) Pour évaluer l'efficacité d'un traitement, il peut être pertinent d'utiliser un journal de bord et de l'analyser avec le patient. Les symptômes peuvent être fluctuants en fibromyalgie, classiquement les patients ont tendance à se souvenir des moins bonnes journées et oublient les meilleures. Le journal de bord permet souvent de remettre les choses en perspective et de ne pas mettre en échec, trop rapidement, certains traitements.
- 4) Si un effet secondaire d'un médicament potentiellement efficace empêche son utilisation, pensez à retirer un autre médicament moins efficace ou moins recommandé, qui a fréquemment le même effet secondaire. Et ce, même si ce dernier était bien toléré seul : les effets secondaires des différents médicaments ont parfois un effet additif, retirer un médicament permet de mieux en tolérer un deuxième lorsque le profil d'effets secondaires est similaire. (Par exemple, s'il y a somnolence et que le patient prend une benzodiazépine et du prégabaline : diminuer graduellement la benzodiazépine et augmenter le prégabaline.)
- 5) Lorsqu'un médicament semble inefficace et que vous décidez d'en effectuer le sevrage, il est utile de faire le suivi du patient en cours de sevrage : c'est parfois lorsqu'on retire un médicament que le patient constate que finalement il avait une certaine efficacité.

Les approches complémentaires et alternatives

Il y a de plus en plus de revues d'études sur les thérapies complémentaires et alternatives en fibromyalgie. Certaines limites au niveau des méthodologies ne permettent pas de bien définir l'efficacité de toutes ces approches. Toutefois, plusieurs résultats d'études présentent des effets positifs concernant le yoga, le

Tai chi, le Pilates, le Qi-Qong, la méditation, la pleine conscience (mindfulness), l'hypnose et l'imagerie guidée ainsi que pour le biofeedback EMG, la balnéothérapie et l'hydrothérapie. De plus, il a été démontré qu'elles sont sécuritaires et qu'elles ont un potentiel pour compléter une intervention dans le traitement de la fibromyalgie (Theadom et autres, 2009; Lauche et autres, 2015; MacFarlane et autres, 2017; Menzies et autres, 2012; Sawynok et Lynch, 2014). Toutefois, la littérature n'indique pas de résultats concluants concernant l'homéopathie et la phytothérapie (Lauche et autres, 2015). Selon les lignes directrices allemandes, canadiennes et israéliennes, l'intervenant devrait encourager l'utilisation de stratégies d'autogestion et décourager l'utilisation des traitements « miracles » à visée curative ainsi que des traitements physiques passifs (R-20). Malgré l'absence d'évidence, concernant l'efficacité de certaines approches, le fait que le patient choisisse ses modalités de traitements et/ou de soulagement de la douleur, améliore la probabilité de la réponse placebo et du sentiment d'auto-efficacité. Celles-ci peuvent donc être bénéfiques pourvu qu'elles ne causent pas de dommages (Clauw, 2015; Ablin et autres, 2013; Busch et autres, 2011).

TENS

En raison de sa capacité de soulagement de la douleur musculaire, le TENS faciliterait la pratique de l'exercice physique (Mutlu et autres, 2012; Offenbächer et Stucki, 2000). Le TENS et l'application de chaleur ont démontré une efficacité comparable. De plus, ces 2 modalités sont peu dispendieuses et sécuritaires, elles peuvent donc être utiles dans la gestion de la fibromyalgie (Lögfren et Norrbrink, 2009).

Acupuncture

Une récente revue Cochrane conclue que l'acupuncture améliore la douleur, la rigidité, le bien-être général et la fatigue par rapport au non-traitement (évidence faible-moderée), mais tout autant que le placebo. L'acupuncture avec stimulation électrique serait plus efficace que le seuil aiguilletage. L'effet perdure à 1 mois, mais pas à 6 mois. Cette modalité semble sécuritaire et peut être recommandée aux

patients souffrant de fibromyalgie. Combinée à l'exercice, elle pourrait potentialiser l'effet sur la douleur (Deare et autres, 2013).

Musicothérapie

L'écoute de musique de relaxation ou de la musique préférée du patient peut alléger la douleur chronique. Elle peut générer des émotions positives, a un pouvoir de distraction et offre un plus grand sentiment de contrôle sur la douleur. La musique peut réduire jusqu'à 21 % l'intensité des douleurs, et jusqu'à 25 % les symptômes de dépression (Roy, Rainville et Peretz, 2004).

Technique de dosage des activités (Pacing)

Les méthodes de dosage d'activités peuvent améliorer le fonctionnement quotidien (Henriksson, Liedberg et Gerdle, 2005). Toutefois, il faut être prudent dans les recommandations puisque le dosage d'activités peut donner des résultats contradictoires. En effet, les études rapportent parfois une amélioration et parfois une détérioration des symptômes. Les techniques favorisant une **constance** dans le niveau d'activation, et ce, malgré les bonnes et moins bonnes journées, seraient les plus bénéfiques quant à la douleur, la fatigue, la dépression, l'évitement et les capacités physiques. Les approches visant plutôt une variation des activités en fonction de l'intensité de la douleur ressentie, telles que ralentir le rythme, prendre des pauses et décortiquer l'activité sont plutôt associées à une amplification des symptômes. Ces approches sont généralement utilisées en réponse à la douleur et ne permettent pas la prise de contrôle sur celle-ci (Antcliff et autres, 2017; Andrews, Strong et Meredith, 2012).

Les ergothérapeutes peuvent guider les patients qui éprouvent des difficultés à reprendre et/ou à maintenir leurs activités quotidiennes, en leur fournissant les renseignements nécessaires afin qu'ils puissent poursuivre leur progression de façon autonome.

Approches en investigations

Stimulation transcrânienne directe (*transcranial direct current stimulation* [tDCS])

La tDCS peut moduler l'activité du cerveau de façon non invasive. Elle est une approche prometteuse pour soulager la douleur (Fregni et autres, 2006; Roizenblatt et autres, 2007; Short et autres, 2011), augmenter la qualité du sommeil (Roizenblatt, 2007) et diminuer les symptômes dépressifs (Short et autres, 2011) chez les patients souffrant de fibromyalgie. Lefaucheur, J-P; Antal, A; Ayache, S.S. et autres dans leur étude concernant les lignes directrices sur l'utilisation thérapeutique de la tDCS suggère une efficacité de niveau B quant à l'effet d'analgésie de cette approche pour la population atteinte de fibromyalgie. Cette méthode peut être combinée à l'exercice aérobique pour en potentialiser l'effet (Mendonca et autres, 2016).

Thérapie par oxygénation hyperbare

Une étude préliminaire indique que cette thérapie pourrait être efficace pour diminuer les symptômes associés à la fibromyalgie, augmenter la qualité de vie et induire de la neuroplasticité (Efrati et autres, 2015).

Travail et fibromyalgie

Le travail, dans un contexte de fibromyalgie, peut être une bonne stratégie pour maintenir une bonne condition de santé (Reisine et autres, 2008).

Il fournit une identité, donne un sentiment d'être utile, favorise les occasions de contacts sociaux et donne une structure à l'horaire. Il permet également de nourrir le sentiment de contribuer à la société (Liedberg, 2004).

En effet, les femmes atteintes de fibromyalgie qui travaillent rapportent avoir une meilleure santé générale, appliquer des stratégies de gestion active de leur condition et avoir une attitude positive face à leur condition comparativement à celles qui ne travaillent pas, et ce, bien qu'elles aient des incapacités physiques similaires (Palstam, Bjersing et Mannerkorpi, 2012; Löfgren, Ekholm et Ohman, 2006).

La littérature rapporte des taux de participation au travail des gens atteints de fibromyalgie entre 34 et 77 % (Wolfe et autres, 1997; Walitt et autres, 2011; Henriksson, Liedberg et Gerdle, 2005).

Faciliter le maintien en emploi (Keysor et autres, 2016) :

- Intervenir avant qu'un arrêt survienne
- Identifier les barrières présentes et favoriser la résolution de problème

Tableau 1 – Facteurs influençant le maintien au travail des personnes ayant un syndrome de fibromyalgie (Antao et autres, 2013)

Facteurs facilitant le maintien au travail	Obstacles au maintien au travail
<ul style="list-style-type: none"> - Éducation sur : <ul style="list-style-type: none"> o la modulation des efforts dans les activités, le changement des activités; o la condition; o l'équilibre de vie. - Utilisation de stratégies d'adaptation; - Bonne conscience corporelle, modulation des efforts; - Emploi significatif pour la personne; - Tolérance à l'incertitude; - Utilisation d'aides compensatoires; - Modification des exigences physiques de l'emploi, adaptation de l'horaire, périodes de pause; - Demeurer actif, éviter le déconditionnement; - Être confiant et habile dans la défense de ses intérêts; - Présence de soutien social. 	<ul style="list-style-type: none"> - Inquiétudes liées à l'emploi; - Insatisfactions; - Perception de perte de contrôle; - Catastrophisme; - Symptômes incapacitants; - Effets secondaires de la médication; - Dépression, anxiété; - Détresse émotionnelle, trouble d'adaptation, autodépréciation et sentiment d'échec personnel, sentiment de culpabilité (ex. : peur d'être une charge pour ses collègues); - Perte des loisirs; - Caractéristiques de l'environnement de travail; - Manque de connaissance de l'employeur sur la maladie; - Préjugés, discrimination; - Règles du système d'assurance.

En cas d'arrêt de travail : (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015)

Un retour progressif avec des modifications de tâches peut être considéré et négocié. Des adaptations de différents aspects du travail peuvent être envisagées pour favoriser le retour telles que :

- **Horaire** - nombre d'heures de travail, journées par semaine, quart de travail, horaire flexible, télétravail;
- **Tâches** - quantité et étendue des tâches et des responsabilités, fréquence des tâches, ordre des tâches, rythme de travail, exigences de productivité, possibilité d'alterner entre les tâches plus exigeantes et les tâches plus légères;
- **Environnement/poste de travail** - aménagement plus ergonomique du poste de travail, possibilité de bouger au besoin, possibilité de s'asseoir au besoin, repartage des responsabilités avec les collègues, changement du port d'attache (pour diminuer le transport), etc.

Si le maintien en emploi s'avère impossible :

Explorer les intérêts. Cette étape est importante pour assurer une vie satisfaisante à la personne puisque l'identité, sans emploi, est alors menacée, l'estime de soi et la qualité de vie sont aussi influencées. Le bénévolat est alors une option. Il est possible de diriger les gens vers le centre d'action bénévole de leur région (Liedberg, 2004).

Lorsque la personne est sans emploi (R-90)

Vérifier son intérêt envers le marché du travail. Si cela est pertinent, l'encourager à élaborer un plan de retour sur le marché du travail et l'informer des ressources disponibles.

Lorsque la problématique est complexe, considérer la référence :

BESOINS	Analyse du fonctionnement au travail et interventions ciblées	Amélioration du fonctionnement au travail et global, adaptation à la condition * Avoir fait le programme <i>Passage</i> , avoir un bon potentiel d'amélioration et être motivé/disponible	Accès à des mesures de soutien (ex. : adaptation de poste, aide financière à l'employeur); Aide au placement à l'emploi * être capable de travailler au moins 15 h/semaine.
QUI?	Ergothérapeute	Réadaptation interdisciplinaire	Service spécialisé de main-d'œuvre (SEMO)
OÙ?	- bureau ou clinique privée - Centre de réadaptation en déficience physique (CRDP) ¹	- Clinique privée - Centre de réadaptation en déficience physique (CRDP) ⁴	Pour connaître le SEMO de votre région, consultez le site web du Regroupement des organismes spécialisés pour l'emploi des personnes handicapées : http://www.roseph.ca/

Les services sont gratuits en CRDP et en SEMO.

Détermination de l'aptitude au travail dans un cadre médico-administratif ou légal

Dans certains cas, malgré tout ce qui est tenté, on arrive à la conclusion d'une inaptitude au travail. L'évaluation de l'ergothérapeute qui aura été impliqué dans le processus de réadaptation ou de réintégration au travail peut être utilisée pour bien documenter les impacts fonctionnels. Cette évaluation peut donc être complémentaire à l'évaluation médicale. Dans les cas où le patient n'aurait pas participé à un processus de réadaptation ou de réintégration au travail, un avis par un ergothérapeute en pratique privée peut être obtenu, moyennant des frais pour le patient. Certains assureurs couvrent ces frais (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015).

Pronostic

Une majorité de patients vivent des vies normales et actives malgré la persistance des symptômes dans le temps. Généralement, la douleur et la fatigue demeurent présentes alors que les autres symptômes sont variables (Goldenberg, 2016c).

¹ Les délais d'attente peuvent être plus ou moins longs selon des critères de priorité. Pour la liste des CRDP voir le site web de L'Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec :
<http://www.aerdpq.org/>

ANNEXE 12

Table 8. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia*

1. History of widespread pain.

Definition. Pain is considered widespread when all of the following are present: pain in the left side of the body, pain in the right side of the body, pain above the waist, and pain below the waist. In addition, axial skeletal pain (cervical spine or anterior chest or thoracic spine or low back) must be present. In this definition, shoulder and buttock pain is considered as pain for each involved side. "Low back" pain is considered lower segment pain.

2. Pain in 11 of 18 tender point sites on digital palpation.

Definition. Pain, on digital palpation, must be present in at least 11 of the following 18 tender point sites:

Occiput: bilateral, at the suboccipital muscle insertions.

Low cervical: bilateral, at the anterior aspects of the intertransverse spaces at C5–C7.

Trapezius: bilateral, at the midpoint of the upper border.

Supraspinatus: bilateral, at origins, above the scapula spine near the medial border.

Second rib: bilateral, at the second costochondral junctions, just lateral to the junctions on upper surfaces.

Lateral epicondyle: bilateral, 2 cm distal to the epicondyles.

Gluteal: bilateral, in upper outer quadrants of buttocks in anterior fold of muscle.

Greater trochanter: bilateral, posterior to the trochanteric prominence.

Knee: bilateral, at the medial fat pad proximal to the joint line.

Digital palpation should be performed with an approximate force of 4 kg.

For a tender point to be considered "positive" the subject must state that the palpation was painful. "Tender" is not to be considered "painful."

* For classification purposes, patients will be said to have fibromyalgia if both criteria are satisfied. Widespread pain must have been present for at least 3 months. The presence of a second clinical disorder does not exclude the diagnosis of fibromyalgia.

² WOLFE, Frederick, et autres. «The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia», *Arthritis and Rheumatism*, vol. 33, n° 2, février 1990, p. 171.

ANNEXE 2³

Table 4. Fibromyalgia diagnostic criteria

<p>Criteria</p> <p>A patient satisfies diagnostic criteria for fibromyalgia if the following 3 conditions are met:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Widespread pain index (WPI) ≥ 7 and symptom severity (SS) scale score ≥ 5 or WPI 3–6 and SS scale score ≥ 9. 2) Symptoms have been present at a similar level for at least 3 months. 3) The patient does not have a disorder that would otherwise explain the pain. 																											
<p>Ascertainment</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) WPI: note the number areas in which the patient has had pain over the last week. In how many areas has the patient had pain? Score will be between 0 and 19. <table border="0"> <tr> <td>Shoulder girdle, left</td> <td>Hip (buttock, trochanter), left</td> <td>Jaw, left</td> <td>Upper back</td> </tr> <tr> <td>Shoulder girdle, right</td> <td>Hip (buttock, trochanter), right</td> <td>Jaw, right</td> <td>Lower back</td> </tr> <tr> <td>Upper arm, left</td> <td>Upper leg, left</td> <td>Chest</td> <td>Neck</td> </tr> <tr> <td>Upper arm, right</td> <td>Upper leg, right</td> <td>Abdomen</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Lower arm, left</td> <td>Lower leg, left</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Lower arm, right</td> <td>Lower leg, right</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <ol style="list-style-type: none"> 2) SS scale score: <ul style="list-style-type: none"> Fatigue Waking unrefreshed Cognitive symptoms <p>For the each of the 3 symptoms above, indicate the level of severity over the past week using the following scale:</p> <ol style="list-style-type: none"> 0 = no problem 1 = slight or mild problems, generally mild or intermittent 2 = moderate, considerable problems, often present and/or at a moderate level 3 = severe: pervasive, continuous, life-disturbing problems <p>Considering somatic symptoms in general, indicate whether the patient has:*</p> <ol style="list-style-type: none"> 0 = no symptoms 1 = few symptoms 2 = a moderate number of symptoms 3 = a great deal of symptoms <p>The SS scale score is the sum of the severity of the 3 symptoms (fatigue, waking unrefreshed, cognitive symptoms) plus the extent (severity) of somatic symptoms in general. The final score is between 0 and 12.</p> 				Shoulder girdle, left	Hip (buttock, trochanter), left	Jaw, left	Upper back	Shoulder girdle, right	Hip (buttock, trochanter), right	Jaw, right	Lower back	Upper arm, left	Upper leg, left	Chest	Neck	Upper arm, right	Upper leg, right	Abdomen		Lower arm, left	Lower leg, left			Lower arm, right	Lower leg, right		
Shoulder girdle, left	Hip (buttock, trochanter), left	Jaw, left	Upper back																								
Shoulder girdle, right	Hip (buttock, trochanter), right	Jaw, right	Lower back																								
Upper arm, left	Upper leg, left	Chest	Neck																								
Upper arm, right	Upper leg, right	Abdomen																									
Lower arm, left	Lower leg, left																										
Lower arm, right	Lower leg, right																										
<p>* Somatic symptoms that might be considered: muscle pain, irritable bowel syndrome, fatigue/tiredness, thinking or remembering problem, muscle weakness, headache, pain/cramps in the abdomen, numbness/tingling, dizziness, insomnia, depression, constipation, pain in the upper abdomen, nausea, nervousness, chest pain, blurred vision, fever, diarrhea, dry mouth, itching, wheezing, Raynaud's phenomenon, hives/welts, ringing in ears, vomiting, heartburn, oral ulcers, loss of/change in taste, seizures, dry eyes, shortness of breath, loss of appetite, rash, sun sensitivity, hearing difficulties, easy bruising, hair loss, frequent urination, painful urination, and bladder spasms.</p>																											

³ WOLFE, Frederick, et autres. « The American College of Rheumatology Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia and Measurement of Symptom Severity », *Arthritis Care & Research*, vol. 62, n° 5, mai 2010, p. 607.

ANNEXE 3 – Critères de douleur généralisée⁴

Table 3
Fibromyalgia criteria—2016 revision

Criteria		
A patient satisfies modified 2016 fibromyalgia criteria if the following 3 conditions are met:		
(1) Widespread pain index (WPI) ≥ 7 and symptom severity scale (SSS) score ≥ 5 OR WPI of 4–6 and SSS score ≥ 9 .		
(2) Generalized pain, defined as pain in at least 4 of 5 regions, must be present. Jaw, chest, and abdominal pain are not included in generalized pain definition.		
(3) Symptoms have been generally present for at least 3 months.		
(4) A diagnosis of fibromyalgia is valid irrespective of other diagnoses. A diagnosis of fibromyalgia does not exclude the presence of other clinically important illnesses.		
Ascertainment		
(1) WPI: note the number of areas in which the patient has had pain over the last week. In how many areas has the patient had pain? Score will be between 0 and 19		
<i>Left upper region (Region 1)</i>	<i>Right upper region (Region 2)</i>	<i>Axial region (Region 5)</i>
Jaw, left ^a	Jaw, right ^a	Neck
Shoulder girdle, left	Shoulder girdle, right	Upper back
Upper arm, left	Upper arm, right	Lower back
Lower arm, left	Lower arm, right	Chest ^a
		Abdomen ^a
<i>Left lower region (region 3)</i>	<i>Right lower region (Region 4)</i>	
Hip (buttock, trochanter), left	Hip (buttock, trochanter), right	
Upper leg, left	Upper leg, right	
Lower leg, left	Lower leg, right	
(2) Symptom severity scale (SSS) score		
Fatigue		
Waking unrefreshed		
Cognitive symptoms		
For the each of the 3 symptoms above, indicate the level of severity over the past week using the following scale:		
0 = No problem		
1 = Slight or mild problems, generally mild or intermittent		
2 = Moderate, considerable problems, often present and/or at a moderate level		
3 = Severe: pervasive, continuous, life-disturbing problems		
The symptom severity scale (SSS) score: is the sum of the severity scores of the 3 symptoms (fatigue, waking unrefreshed, and cognitive symptoms) (0–9) plus the sum (0–3) of the number of the following symptoms the patient has been bothered by that occurred during the previous 6 months:		
(1) Headaches (0–1)		
(2) Pain or cramps in lower abdomen (0–1)		
(3) And depression (0–1)		
The final symptom severity score is between 0 and 12		
The fibromyalgia severity (FS) scale is the sum of the WPI and SSS		

The FS scale is also known as the polysymptomatic distress (PSD) scale.

^a Not included in generalized pain definition.

⁴ WOLFE, Frederick, et autres. « 2016 Revisions to the 2010/2011 fibromyalgia diagnostic criteria », *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, vol. 46, n° 3, décembre 2016, p. 326.

ANNEXE 4

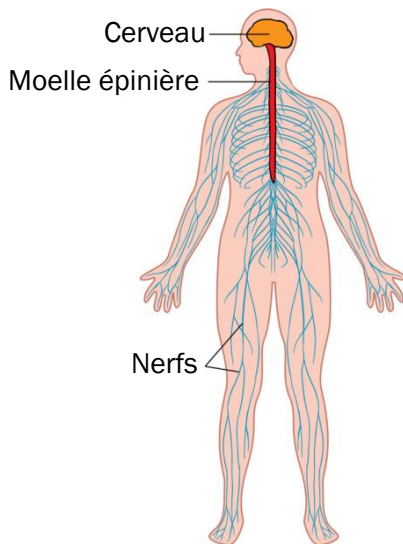
La fibromyalgie : mieux la connaître pour mieux la gérer

Vous avez reçu un diagnostic de fibromyalgie. Ce document a pour objectif de compléter les informations que votre médecin vous a données, en vous fournissant des renseignements supplémentaires et une liste des ressources disponibles pour mieux gérer votre condition. Nous espérons qu'il vous aidera à mieux comprendre votre maladie et vous encouragera à vous impliquer dans sa prise en charge.

Qu'est-ce que la fibromyalgie?

La fibromyalgie est une condition chronique qui cause de la douleur aux tissus conjonctifs, comme les muscles, les tendons et les ligaments et une sensibilité extrême à plusieurs endroits du corps. La plupart des individus ressentent aussi d'autres symptômes comme de la fatigue, de la difficulté à dormir, des maux de tête, de l'anxiété ou des humeurs dépressives, des maux de ventre parfois associés à la constipation (côlon irritable) ou de légers troubles cognitifs (ex. : trouble de la concentration, mémoire, attention).

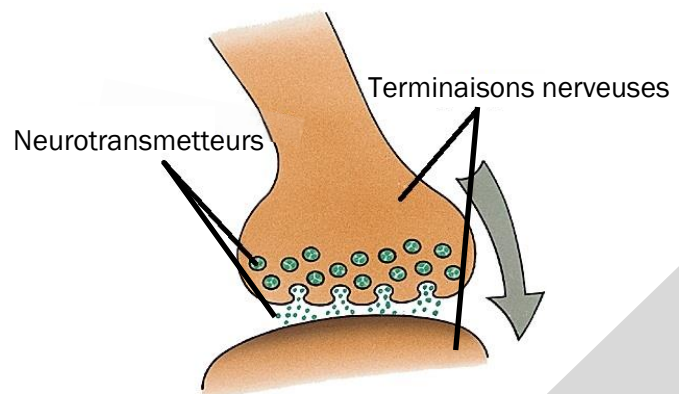
Plusieurs chercheurs ont tenté de comprendre pourquoi les personnes avec fibromyalgie ressentent plus de douleurs. Les recherches se poursuivent toujours. Voici les explications les plus plausibles à ce jour.



La douleur, ainsi que la fatigue et le sommeil sont contrôlés par le système nerveux. Celui-ci comprend le cerveau, la moelle épinière et les nerfs. Ces structures nerveuses sont branchées entre elles comme un réseau électrique.

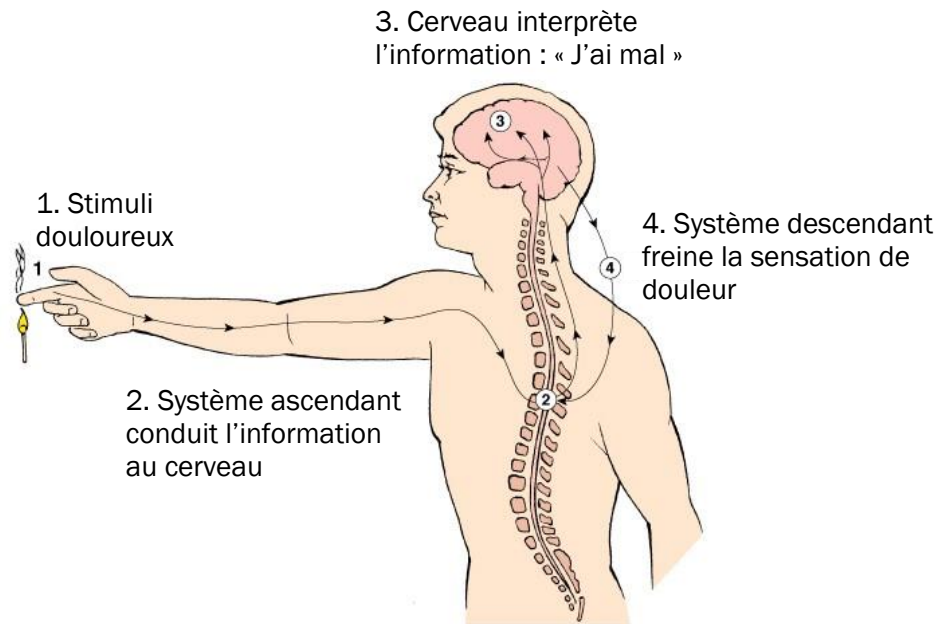
Elles communiquent entre elles par des substances chimiques appelées neurotransmetteurs.

Il y a un réseau nerveux qui part, par exemple, du bout des doigts et



se dirige jusqu'au cerveau en passant par la moelle épinière. C'est le *système ascendant (qui monte) de la douleur*. Ce système conduit l'information de douleur et le cerveau interprète l'information : « J'ai mal ».

Il y a un deuxième réseau, qui part du cerveau et se dirige vers les extrémités (ex. : du cerveau vers le bout des doigts), appelé le *système descendant de la douleur*. Celui-ci s'occupe de freiner la sensation de douleur pour permettre à la personne de poursuivre ses activités.



Chez une personne sans fibromyalgie, ce système ascendant et descendant est équilibré. Donc, lorsque survient un événement douloureux, par exemple à la suite d'un coup, la douleur est temporaire, disparaissant au fur et à mesure que les systèmes de douleur ascendants et descendants se rééquilibrent. Dans la fibromyalgie, ces systèmes ne fonctionnent pas bien : il y a un déséquilibre, de sorte que les mécanismes qui conduisent la sensation de douleur sont augmentés et ceux qui freinent la douleur sont diminués. En d'autres mots, vous ressentez une douleur plus forte pour une même stimulation et la ressentez plus longtemps.

Chez les personnes avec fibromyalgie, à cause de la plus grande sensibilité à la douleur, les muscles et les tendons (ce qui attache les muscles aux os) sont plus facilement irrités par toute sorte de facteurs et déclenchent une sensation de douleur. Cette douleur est généralement ressentie comme une douleur profonde au niveau des muscles ou des articulations, ou encore comme une brûlure, ou des raideurs. Mais vous pouvez aussi ressentir des fourmillements ou des engourdissements au niveau des bras et des jambes. Même si la douleur est toujours présente, son intensité peut varier. Certaines conditions peuvent augmenter la douleur comme : le stress, la fatigue, le froid, trop d'activités physiques ou pas assez

d'activités physiques. Donc vous vivrez des moments où la douleur sera plus forte et d'autres où la douleur sera moins forte. Mais la fibromyalgie n'est pas une maladie dégénérative, ce qui veut dire que la fibromyalgie ne vous causera pas de dommages physiques : vous ne paralysez pas, vos doigts ne se déformeront pas...

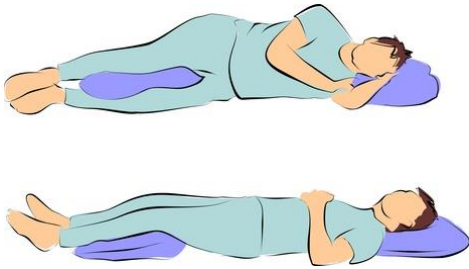
La cause de la fibromyalgie est encore inconnue à ce jour, mais une composante génétique est probable. Ce qui veut dire que certains individus seraient plus prédisposés que d'autres dès leur naissance. Par la suite, chez certaines personnes, un stress physique important (ex. : un accident, une blessure, une infection, un virus, une hospitalisation, un accouchement) ou un stress psychologique important (ex. : une séparation conjugale, un deuil, un abus) semble précipiter l'apparition des symptômes ou les aggraver.

Le diagnostic de fibromyalgie est clinique. C'est-à-dire qu'il est basé sur les réponses que vous donnez aux questions posées par votre médecin et sur l'examen physique. Il n'existe aucun test de laboratoire ni examen radiologique qui puisse confirmer le diagnostic. Votre médecin demandera souvent une prise de sang, incluant des tests simples, pour permettre d'éliminer certaines conditions médicales qui peuvent causer des douleurs semblables à celles de la fibromyalgie.

Le sommeil

Pour que le système nerveux récupère bien et demeure en équilibre, il faut d'abord bien dormir. L'insomnie ou le sommeil non réparateur est presque toujours présent chez les patients avec fibromyalgie, à différents degrés. Le premier objectif pour améliorer la douleur chronique et la fatigue est le traitement de l'insomnie, pas seulement avec des médicaments, mais aussi avec une bonne hygiène du sommeil.

Plusieurs modifications dans vos habitudes de vie et dans l'environnement de la maison peuvent vous aider à mieux dormir. Par exemple, vous devez éviter tout aliment et boisson contenant de la caféine (café, thé, chocolat, liqueur brune) en après-midi et en soirée; éviter l'écran des appareils électroniques (incluant la télévision, les tablettes, les téléphones intelligents et les ordinateurs) avant de vous coucher pour dormir; vous devez vous lever selon le même horaire tous les jours; éviter de faire des siestes pendant le jour ; vous coucher toujours à peu près à la même heure; faire des activités relaxantes (lecture, musique, détente) avant de vous coucher ; avoir une routine de préparation au coucher. Utiliser des oreillers ou des coussins pour améliorer votre alignement corporel peut aussi être stratégie. Pour en savoir plus sur l'hygiène du sommeil, vous pouvez consulter sur internet le site : <http://fondationsommeil.com/les-10-bonnes-habitudes-adopter/>.



Certains médicaments utilisés pour diminuer la douleur de la fibromyalgie, par exemple l'amitriptyline (Elavil), la cyclobenzaprine (Flexeril) et la pregabaline (Lyrica) peuvent vous aider à dormir et favoriser la récupération du système nerveux, amenant ainsi une diminution de la douleur et de la fatigue. Idéalement, ces médicaments doivent être pris environ 12 heures avant l'éveil, c'est-à-dire après le souper. Certains médicaments pour dormir, par exemple les benzodiazépines (clonazépam [rivotril], l'oxazepam [sérax], lorazépam [ativan]) et le zopiclone ne procurent pas un sommeil de bonne qualité et causent de la dépendance ; ils ne sont donc pas utiles, pouvant même être dommageables.

L'exercice physique

De très nombreuses études démontrent que la pratique régulière d'exercice physique est le meilleur remède pour combattre la fatigue et la douleur de la fibromyalgie. Tout comme le bon sommeil, l'exercice physique régulier augmente les bonnes substances chimiques (neurotransmetteurs) qui diminuent la sensation de douleur dans le système nerveux. L'activité physique ne causera pas de dommage à vos muscles. Au contraire, avec le temps, elle aidera à diminuer vos douleurs et vous permettra de faire vos tâches plus facilement.

Parce que vous êtes fatigué et souffrant, il est possible que vous ayez cessé l'activité physique. Vous avez peut-être aussi déjà ressenti plus de douleur ou de fatigue après l'activité physique. Comment faire pour remonter la côte et recommencer à faire de l'exercice? L'idéal est de commencer très, très doucement, à votre propre rythme. Des spécialistes recommandent une augmentation très lente de la durée d'exercice, d'environ 10 % par semaine ou même aux 2 semaines. En d'autres mots, disons qu'un patient commence par dix minutes de marche 3 à 4 fois par semaine, la durée de l'exercice pourrait être augmentée d'une minute additionnelle par semaine. Pas de problème, pas besoin d'être pressé! Vos symptômes sont probablement présents depuis plusieurs mois, voire des années; prenez votre temps. Cela permettra à votre corps de s'habituer progressivement à l'effort physique et de ressentir les effets bénéfiques. Éventuellement, il serait souhaitable de pouvoir faire 30 minutes d'exercices trois fois par semaine.



Tout type d'exercice est bénéfique, la marche et l'aquaforme sont très populaires. Des exercices physiques associés à la relaxation, comme le Tai Chi et le yoga sont aussi populaires et bénéfiques. L'Association de fibromyalgie de l'Estrie (www.fibromyalgie.ca) a des ententes avec plusieurs organismes qui offrent de l'entraînement physique pour les patients avec fibromyalgie, en vous offrant des prix très abordables. La Coopérative de physiothérapie CURE (www.coopcure.com) offre aussi des services individualisés ou en groupe pour vous soutenir dans la pratique progressive d'exercice physique à des prix abordables. Finalement, au Carrefour de l'Estrie de Sherbrooke vous pouvez aussi vous inscrire pour un club de marche à l'intérieur du centre d'achats, pour les journées où la température extérieure est plus difficile. Si vous habitez dans une autre ville, informez-vous, il y a fréquemment des groupes qui se réunissent pour la pratique d'exercices doux. L'important est de continuer à bouger, en réalisant une activité qui vous plaît, et à votre propre rythme.

Les traitements psychologiques

En plus de l'exercice physique et de la modification de certaines habitudes de vie, plusieurs techniques de relaxation peuvent vous aider. Par exemple, les exercices de respiration pour améliorer la cohérence cardiaque et les techniques de méditation (ex. pleine conscience) en sont de bons exemples. Il existe plusieurs sites internet et des applications pour téléphone intelligent pour vous guider dans l'utilisation de ces techniques. Certaines approches comme le Tai Chi et le yoga aident aussi à apprendre des techniques pour améliorer la concentration et la relaxation.

La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) a été démontrée efficace pour traiter certaines problématiques que vous pourriez vivre comme de l'anxiété, des symptômes dépressifs, un trouble de l'adaptation à votre condition de douleur, un trouble du sommeil. Il s'agit d'une thérapie brève, validée scientifiquement, qui vise à remplacer les idées négatives (par exemple, être centré constamment sur la douleur) par des pensées et des réactions positives (penser à d'autres sujets, vivre le moment présent, etc.). Vous pouvez trouver les coordonnées de psychologues spécialisés dans la TCC et même dans le traitement de la douleur chronique dans le site de l'ordre de psychologues du Québec : www.ordrepsy.qc.ca.



Les traitements médicamenteux

Une fois vos habitudes de vie modifiées (sommeil, activités physiques, gestion de stress, alimentation), si vos symptômes demeurent difficiles à contrôler, l'ajout de médication peut être envisagé.

Il n'existe aucun médicament pour guérir la fibromyalgie. Les médicaments peuvent seulement aider à diminuer certains symptômes ex. : douleur, trouble du sommeil, anxiété ou dépression. En ce qui concerne la douleur, la très grande majorité des patients ne vont répondre que partiellement aux médicaments. En fait, nous considérons qu'il y a une bonne réponse au traitement lorsque la douleur diminue d'environ 30 à 40 % ou qu'il vous permet d'être plus fonctionnel. Il n'y a pas de traitement efficace pour tous. Vous devez travailler avec votre médecin et vos intervenants à trouver le meilleur traitement pour vous.

Votre médecin va souvent vous demander, sur une échelle de 0 (aucune douleur) à 10 (la douleur la plus intolérable possible), à combien vous estimez votre douleur. Cette échelle, bien utilisée, vous aidera, à vous et votre médecin, à mettre en évidence l'efficacité du traitement.

Insérer échelle de douleur AQDC avec légende :

1-3 : douleur légère, supportable, que vous pouvez oublier lorsque vous êtes occupé.

4-6 : douleur modérée, que vous ne pouvez pas oublier et qui peut vous limiter dans vos activités.

7-10 : douleur sévère qui vous empêche de penser et d'agir.

Notez bien que c'est le niveau de douleur (légère, forte, insupportable...) que vous ressentez qui doit être noté et non l'intensité des émotions (colère, découragement, etc.) que cette douleur vous fait vivre.

Plusieurs médicaments peuvent être utiles pour le soulagement de la fibromyalgie. Les médicaments les plus indiqués présentement sont ceux qui s'attaquent à la chimie de la douleur au niveau du cerveau ou de la moelle épinière. Certains de ces médicaments étaient à l'origine prescrits pour la dépression ou l'épilepsie avant que l'on découvre leur bienfait contre la douleur. Chacun de ces médicaments a ses avantages, mais aussi ses effets secondaires possibles. Votre médecin vous expliquera mieux les effets thérapeutiques et les effets secondaires potentiels de chacun de ces médicaments. Il faut faire très attention de ne pas se centrer uniquement sur les effets secondaires possibles des médicaments, et garder l'espoir

de ressentir leurs effets bénéfiques. Il faut aussi noter que la plupart des effets secondaires des médicaments sont habituellement temporaires et qu'ils disparaissent souvent après quelques jours ou semaines si on continue à les prendre. Tout médicament prescrit a d'abord été étudié chez des milliers de personnes avant d'être approuvé par les organismes publics de santé, dont Santé Canada. Pour être approuvés, les effets bénéfiques doivent toujours être supérieurs aux possibles effets indésirables.

Tout comme pour votre programme d'exercices physiques, une très bonne stratégie est de commencer les médicaments à une dose très faible et de les augmenter très lentement, à chaque semaine ou deux semaines.

Fibromyalgie et travail

Bien que l'impact de la fibromyalgie dans la vie de tous les jours peut être variable selon les individus, la majorité des gens souffrant de fibromyalgie sont capables de travailler. L'objectif central dans le traitement de la fibromyalgie est de vous permettre de mener une vie aussi normale que possible, en faisant des adaptations dans vos habitudes de vie sociale et professionnelle.

En présence de difficultés significatives au travail, des adaptations de différents aspects du travail doivent être envisagées avant de penser à un arrêt de travail. Par exemple :

- **Horaire** : adaptation du nombre d'heures de travail, journées par semaine, quart de travail, horaire flexible, télétravail.
- **Tâches** : ajustement de la quantité et de l'étendue des tâches et des responsabilités, fréquence des tâches, ordre des tâches, rythme de travail, exigences de productivité, possibilité d'alterner entre les tâches plus exigeantes et les tâches plus légères.
- **Environnement/poste de travail** : aménagement plus ergonomique du poste de travail, possibilité de bouger au besoin, possibilité de s'asseoir au besoin, partage des responsabilités avec des collègues, changement du port d'attache (pour diminuer le transport), etc.



Au besoin, vous pouvez demander l'aide d'un professionnel comme un ergonome ou un ergothérapeute pour vous aider. Certaines entreprises peuvent offrir du support, par exemple, par les comités de santé-sécurité. Informez-vous.

Bien qu'un arrêt de travail puisse parfois être nécessaire, il faut comprendre que le retrait du travail peut mener à l'isolement et à une perte du rôle de travailleur, et conduire à l'impression d'être inutile. Il faut également souligner que plus l'arrêt de travail sera long, plus il y aura une perte de la régularité des activités quotidiennes et plus le retour sera susceptible de générer de l'anxiété.

Conclusion

La fibromyalgie est un problème très fréquent pour lequel il n'existe pas de traitement « miracle ». En comprenant mieux la maladie et en se fixant des objectifs réalistes, il est généralement possible d'obtenir une amélioration significative. Même s'il est très rare que les douleurs disparaissent complètement et que le patient soit totalement guéri, les douleurs peuvent habituellement être contrôlées et permettre une vie active et satisfaisante. Surtout, la douleur peut cesser d'être l'élément central de votre vie. N'oubliez pas, l'activité physique est la pierre angulaire de votre traitement.

Voici une liste d'ouvrages et de sites pouvant être intéressants :

O'Donnell-Jasmin, L. (2010). *Faire équipe face à la douleur chronique - un ouvrage conçu pour les patients et écrit par leurs professionnels de la santé*. Laval : Les Productions Odon. www.productionsodon.com

On le trouve gratuitement en ligne :

https://douleurchronique.org/wp-content/uploads/2017/08/odon_FR_LR.pdf

Association québécoise de la douleur chronique. (2009). *Zoom sur la douleur chronique*.

Disponible gratuitement en ligne :

http://douleurchronique.org/wp-content/uploads/2017/08/ZOOMdouleur_4b.pdf

Marie-Josée Rivard (2012). *La douleur : de la souffrance au mieux-être*. Montréal : Éditions Trécarré.

Disponible en librairie et à la bibliothèque Éva-Sénécal.

ASSOCIATION DE LA FIBROMYALGIE DE L'ESTRIE

1013, rue Galt Ouest
Sherbrooke (Québec)
J1H 1Z9
Téléphone : 819-566-1067
Sans frais : 1-877-566-1067
Télécopieur : 819-566-0111
Courriel : info@fibromyalgie.ca

Site Web : <http://www.fibromyalgie.ca/>

GUIDE PRATIQUE À L'INTENTION DES PERSONNES AYANT REÇU UN DIAGNOSTIC DE FIBROMYALGIE

Disponible sur le site web de l'Association de la fibromyalgie région Île-de-Montréal.

<http://www.afim.qc.ca>

ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DE LA DOULEUR CHRONIQUE

2030, boul. Pie-IX, bureau 403
Montréal (Québec) H1V 2C8
Téléphone : 514-355-4198
Sans-frais : 1-855-230-4198
Télécopieur : 514-355-4159

Site web : <http://www.douleurchronique.org/>

Annexe 5

Les stratégies d'hygiène du sommeil :

L'enseignement des stratégies d'hygiène du sommeil permet des changements de comportements qui amènent une diminution de douleur et de la fatigue, augmente la perception de la qualité du sommeil en plus de faciliter l'endormissement après les réveils nocturnes.

1. Éviter la lumière des écrans (lumière bleue) au moins 30 minutes avant le sommeil (Figueiro et autres, 2011).
2. Cacher l'heure (Arnold et autres, 2012).
3. Éviter les substances stimulantes (incluant les stimulants alimentaires) après 17 h.
4. Respecter des heures de coucher et de lever constantes chaque jour.
5. Éviter l'alcool près de l'heure du coucher.
6. Manger léger pour le souper.
7. Dormir dans un endroit sombre, frais et calme.
8. Utiliser la chambre uniquement pour dormir. Si on ne dort pas, se lever, faire des tâches répétitives ou inintéressantes et retourner au lit quand on s'endort.
9. Avoir une routine.
10. Pratiquer des exercices physiques, mais pas près de l'heure du coucher.
11. Prendre un bain chaud en soirée.
12. Avoir un matelas confortable (Orlandi et autres, 2012).

Annexe 6

Prescription d'exercices et demande de consultation



Nom _____

Date _____ Âge _____

Diagnostics pertinents _____

RÉDUIRE LES COMPORTEMENTS SÉDENTAIRES

Bouger plus / Moins assis / Plus d'escaliers / Moins d'écran

RECOMMANDATIONS D'ACTIVITÉS PHYSIQUES*

ACTIVITÉS AÉROBIES / CARDIOVASCULAIRES

Fréquence	2	3	4	5	6	7	jours / semaine
Intensité	Légère		Modérée			Élevée	
Temps (durée)	10	15	20	30	40	plus	minutes / séance
Type							

EXERCICES DE MUSCULATION

2 3 4 5 6 7 jours / semaine

Exemple

* DIRECTIVES CANADIENNES EN MATIÈRE D'ACTIVITÉ PHYSIQUE À L'INTENTION DES ADULTES DE 18 ANS ET PLUS

Pour favoriser la santé, les adultes devraient faire chaque semaine au moins 150 minutes d'activité physique aérobie d'intensité modérée à élevée par séances d'au moins 10 minutes. Il est aussi bénéfique d'intégrer des activités pour renforcer les muscles et les os et faisant appel aux groupes musculaires importants au moins deux jours par semaine. S'adonner à encore plus d'activité physique entraîne plus de bienfaits pour la santé.

DEMANDE D'ÉVALUATION ET DE RECOMMANDATIONS ADDITIONNELLES

Nom / coordonnées _____

Suivi / autres _____

VOTRE PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ

Nom

Signature

No de permis

QUE SAVONS-NOUS DE L'EXERCICE?

- **L'exercice apporte un sentiment de bien-être et peut être agréable!**
- **L'exercice est efficace** Si l'exercice était un médicament, il s'agirait de l'une des façons les plus efficaces et sécuritaires de prévenir et de traiter bon nombre de maladies chroniques comme les maladies cardiaques, l'hypertension, le diabète, l'ostéoporose, les troubles anxieux et la dépression!
- **L'exercice est sécuritaire pour vos articulations.** La pratique régulière d'exercices à faible impact et le renforcement graduel des muscles peuvent stabiliser et protéger vos articulations de l'arthrose et réduire les risques de chutes et de blessures associés à une mauvaise condition physique.
- **Améliorer sa condition physique est plus important que de perdre du poids.** La mauvaise condition cardiovasculaire est associée à un risque beaucoup plus élevé de maladies et de mortalité que l'excès de poids.
- **Marcher est une activité gratuite partout et en tout temps!**

À PROPOS DE L'INTENSITÉ DES EXERCICES AÉROBIE ET DE MUSCULATION.

Comment évaluer l'intensité de l'exercice aérobie?

- **L'exercice d'intensité légère** ne cause habituellement pas d'essoufflement et de sudation. Il est facile de discuter à cette intensité. La marche en est un exemple typique.
- **L'exercice d'intensité modérée** cause habituellement une respiration plus rapide et une sudation légère. Il est possible d'avoir une discussion en courtes phrases. Le vélo sur terrain plat et la marche rapide en sont des exemples typiques.
- **L'exercice d'intensité élevée** cause de l'essoufflement et de la sudation. Il est difficile d'avoir une conversation à cette intensité. Le jogging, la natation, le ski de fond ainsi que la marche ou le vélo en montagne en sont des exemples typiques.

Que sont les exercices de musculation?

- Les exercices de musculation font travailler vos muscles plus fort en ajoutant du poids ou de la résistance au mouvement.

Pour plus d'information

Consultez votre professionnel de la santé ou une professionnelle de l'exercice, ou visitez la page de ressources au exerciseismedicine.ca.



THE COLLEGE OF
FAMILY PHYSICIANS
OF CANADA



LE COLLÈGE DES
MÉDECINS DE FAMILLE
DU CANADA



CSEP | SCPE
THE GOLD STANDARD IN EXERCISE
SCIENCE AND PERSONAL TRAINING



Canadian
Physiotherapy
Association

Association
canadienne de
physiothérapie



**ROYAL COLLEGE OF CHIROPRACTIC
SPORTS SCIENCES (CANADA)**
**COLLEGE ROYAL DES SCIENCES SPORTS
CHIROPRACTIQUE (CANADA)**

RÉFÉRENCES

« La douleur en mouvement : Bénéfices de l'activité physique : accent sur la douleur chronique », dans BEAULIEU, Pierre. *La douleur en mouvement*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 2013, p. 27-31 (Thématique Art et littérature).

ABDI, Salahadin, Jeremy M. SHEFNER, et April F. EICHLER. *Complex regional pain syndrome in adults: Pathogenesis, clinical manifestations, and diagnosis*, [En ligne], 2016. [<https://www.uptodate.com/contents/complex-regional-pain-syndrome-in-adults-pathogenesis-clinical-manifestations-and-diagnosis>].

ABLIN, Jacob, et autres. « Treatment of fibromyalgia syndrome: recommendations of recent evidence-based interdisciplinary guidelines with special emphasis on complementary and alternative therapies », *Evidence Based Complementary and Alternative Medicine*, vol. 2013, n° 485272, p.1-7. doi : 10.1155/2013/485272.

ALENTORN-GELI, Eduard, et autres. « Six weeks of whole-body vibration exercise improves pain and fatigue in women with fibromyalgia », *Journal of alternative and complementary medicine*, vol. 14, n° 8, novembre 2008, p. 975-981. doi : 10.1089/acm.2008.0050.

AMBROSE, Kirsten R. et Yvonne GOLIGHTLY. « Physical exercise as non-pharmacological treatment of chronic pain: Why and when », *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, vol. 29, n° 1, février 2015, p.120-130. doi : 10.1016/j.berh.2015.04.022.

ANDREWS, Nicole E., Jenny STRONG, et Pamela J. MEREDITH. « Activity pacing, avoidance, endurance, and associations with patient functioning in chronic pain: a systematic review and meta-analysis », *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, vol. 93, n° 11, novembre 2012, p. 2109-2121. doi : 10.1016/j.apmr.2012.05.029.

ANTAO, Lilian, et autres. « Chronic pain in episodic illness and its influence on work occupations: A scoping review », *IOS Press*, vol. 44, n° 11, 2013, p. 11-36. doi : 10.3233/WOR-2012-01559.

ANTCLIFF, Deborah, et autres. « Activity Pacing is Associated with Better and Worse Symptoms for Patients with Long-term Conditions », *Clinical Journal of Pain*, vol.33, n° 3, mars 2017, p. 205-214. doi : 10.1097/AJP.0000000000000401.

ARNOLD, Lesley M., et autres. « A Framework for Fibromyalgia Management for Primary Care Providers », *Mayo Clinic proceedings*, vol. 87, n° 5, mai 2012, p. 488-496. doi : 10.1016/j.mayocp.2012.02.010.

ARNOLD, Lesley M., James I. HUDSON, et Paul E. KECK. « Comorbidity of fibromyalgia and psychiatric disorders », *The Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 67, n° 8, août 2006, p. 1219-1225.

BATISTA, Emmanuelle Dias, et autres. « Food intake assessment and quality of life in women with fibromyalgia », *Revista Brasileira de Rheumatologia*, vol. 56, n° 2, mars 2016, p. 105-110. doi : 10.1016/j.rbre.2015.08.015.

BENNETT, Robert M. « Clinical Manifestations and Diagnosis of Fibromyalgia », *Rheumatic diseases clinics of North America*, vol. 35, n° 2, juin 2009, p. 215-232. doi : 10.1016/j.rdc.2009.05.009.

BERNARDY, Kathrin, et autres. « Cognitive behavioural therapies for fibromyalgia », *Cochrane database of systematic reviews*, vol. 9, n° 9, septembre 2013.

BIDONDE, Julia, et autres. « Aquatic exercise training for fibromyalgia », *Cochrane database of systematic reviews*, octobre 2014. doi : 10.1002/14651858.CD011336.

BIDONDE, Julia, et autres. « Exercise for adults with fibromyalgia: An umbrella systematic review with synthesis of best evidence », *current rheumatology reviews*, vol. 10, n° 1, septembre 2014. doi : 10.2174/1573403X10666140914155304.

BROSSEAU, Lucie, et autres. « Ottawa Panel evidence-based clinical practice guidelines for aerobic fitness exercises in the management of fibromyalgia: Part 1 », *DARE*, vol. 88, n° 7, 2008, p. 857-871. doi : 10.1016/j.apmr.2012.01.024.

BUSCH, Angela J., et autres. « Exercise Therapy for Fibromyalgia », *Current pain headache reports*, vol. 15, n° 5, juin 2011, p. 358-367. doi : 10.1007/s11916-011-0214-2.

BUSCH, Angela J., et autres. « Resistance exercise training for fibromyalgia », *Cochrane database of systematic reviews*, vol. 12, n° 12, décembre 2013. doi : 10.1002/14651858.CD010884.

CASTEL, Antoni, et autres. « Multicomponent Cognitive-Behavioral Group Therapy with hypnosis for the treatment of fibromyalgia: Long-term outcome », *The Clinical*

journal of pain, vol. 13, n° 3, mars 2012, p. 255-265.
doi : 10.1016/j.jpain.2011.11.005.

CLAUW, Daniel J. « Fibromyalgia: A Clinical Review », *JAMA*, vol. 311, n° 15, avril 2015, p.1547-1555. doi : 10.1001/jama.2014.3266.

CLAUW, Daniel J. « Fibromyalgia: An Overview », *The American Journal of Medicine*, vol. 122, n° 12, décembre 2009, p. S3-S13.
doi : 10.1016/j.amjmed.2009.09.006.

COLBERT, Lisa H., Jennifer HOOTMAN et Carol MACERA. « Physical activity-related injuries in walkers and runners in the aerobics center longitudinal study », *Clinical Journal of Sport Medicine*, vol. 10, n° 4, octobre 2000, p. 259-263.

DEARE, John C., et autres. « L'acupuncture pour le traitement de la fibromyalgie », *Musculoskeletal Group*, 31 mai 2013.

DOBKIN, Patricia L., et autres. « Predictors of disability and pain six months after the end of treatment for fibromyalgia », *The Clinical journal of pain*, vol. 26, n° 1, janvier 2010, p. 23-29. doi : 10.1016/j.apergo.2017.11.011.

DOBSON, John L., James MCMILLAN et Li LI. « Benefits of exercise intervention in reducing neuropathic pain », *Frontiers in Cellular Neuroscience*, vol. 8, n° 1, 2014, p.102. doi : 10.3389/fncel.2014.00102.

DOWELL, Deborah et Tamara M. HAEGERICH. « CDC Guideline for Prescribing Opioids for Chronic Pain—United States », *JAMA*, vol. 315, n° 15, avril 2016, p.1624-1645. doi : 10.1001/jama.2016.1464.

EFRATI, Shai, et autres. « Hyperbaric oxygen therapy can diminish fibromyalgia syndrome - prospective clinical trial », *PLoS One*, vol. 10, n° 5, mai 2015.
doi : 10.1371/journal.pone.0127012.

FIGUEIRO, Mariana, et autres. « The impact of light from computer monitors on melatonin levels in college students », *Neuro endocrinology letters*, vol. 32, n° 2, avril 2011, p.158-163.

FITZCHARLES, Mary-Ann et Peter A STE-MARIE « La douleur en mouvement : Fibromyalgie : recommandations canadiennes » dans BEAULIEU, Pierre. *La douleur en mouvement*, Presses de l'Université de Montréal, 2013, p.67-71. (Thématique Art et littérature).

FITZCHARLES, Mary-Ann, et autres. *Lignes directrices canadiennes 2012 pour le diagnostic et la prise en charge du syndrome de fibromyalgie*, [En ligne]. [<https://cusm.ca/sites/default/files/2012CanadianFMGuidelinesFR.pdf>].

FREGNI, Felipe, et autres. « A randomized, sham-controlled, proof of principle study of transcranial direct current stimulation for the treatment of pain in fibromyalgia », *Arthritis & rheumatology*, vol. 54, n° 12, décembre 2006, p. 3988-3998. doi : 10.1002/art.22195.

GLOMBIEWSKI, Julia A., et autres. « Psychological treatments for fibromyalgia: A meta-analysis », *PAIN*, vol. 151, n° 2, novembre 2010, p. 280-295.

GOESLING, Jenna, et autres. « Associations Between Pain, Current Tobacco Smoking, Depression, and Fibromyalgia Status Among Treatment-Seeking Chronic Pain Patients », *Pain Med*, vol. 16, n° 7, juillet 2015, p. 1433-1442. doi : 10.1111/pme.12747.

GOLDENBERG, Don L. *Differential diagnosis of fibromyalgia*. [En ligne], 2016. [<https://www.uptodate.com/contents/differential-diagnosis-of-fibromyalgia>].

GOLDENBERG, Don L. « Diagnosis and Differential diagnosis of fibromyalgia », *The American Journal of Medicine*, vol. 122, n° 12, décembre 2009, p. S14-S22. doi : 10.1016/j.amjmed.2009.09.007.

GOLDENBERG, Don L. *Clinical manifestations and diagnosis of fibromyalgia in adults*. [En ligne], 2016. [<https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-fibromyalgia-in-adults>].

GOLDENBERG, Don L. *Initial treatment of fibromyalgia in adults*. [En ligne], 2016. [<https://www.uptodate.com/contents/initial-treatment-of-fibromyalgia-in-adults>].

GOLDENBERG, Don L. *Treatment of fibromyalgia in adults not responsive to initial therapies*. [En ligne], 2016. [<https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-fibromyalgia-in-adults-not-responsive-to-initial-therapies>].

GOLDENBERG, Don L., et autres. « Understanding Fibromyalgia and Its Related Disorders », *The Primary Care Companion to the journal of clinical psychiatry*, vol. 10, n° 2, 2008, p. 133-144.

GOTA, Carmen, William Samuel WILKE et Sahar KAOUK. « Fibromyalgia and Obesity: The Association Between Body Mass Index and Disability, Depression, History of Abuse, Medications, and Comorbidities », *Journal of clinical rheumatology: practical reports on rheumatic & musculoskeletal diseases*,

vol. 21, n° 6, septembre 2015, p. 289-295.
doi : 10.1097/RHU.0000000000000278.

GOUVERNEMENT DU CANADA. *Liste des opioïdes*, [En ligne].
[<https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/medicaments-produits-sante/rapports-publications/medeffet-canada/liste-opioides.html>].

HÄUSER, Winfried, et autres. « Efficacy of different types of aerobic exercise in fibromyalgia syndrome: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials », *Arthritis research & Therapy*, vol. 12, n° 3, 2010, p. R 79.
doi : 10.1186/ar3002.

HAUSER, Winfried, et autres. « Efficacy of multicomponent treatment in fibromyalgia syndrome », *JAMA*, vol. 292, n° 19, 2004, p. 2388-2395.
doi : 10.1002/art.24276.

HENRIKSSON, Chris, et Carol BURCKHARDT. « Impact of fibromyalgia on everyday life: a study of women in the USA and Sweden », *Disability and Rehabilitation*, vol. 18, n° 5, juin 1996, p. 241-248. doi : 10.3109/09638289609166308.

HENRIKSSON, Chris, Gunilla LIEDBERG, et Björn GERDLE. « Women with fibromyalgia: work and rehabilitation », *Disability & Rehabilitation*, vol. 27, n° 12, juillet 2005, p. 685-694. doi : 10.1080/09638280400009089.

INSTITUTE OF MEDICINE. « “Pain and Disability” Clinical, Behavioral, and Public Policy Perspectives », *The National Academies Press*, 1987. doi: 10.17226/991.

JONES, Kim DUPREE, et Ginevra L. LIPTAN. « Exercise interventions in fibromyalgia: clinical applications from the evidence », *Rheumatic diseases clinics of North America*, vol. 35, n° 2, juin 2009, p. 373-391. doi : 10.1016/j.rdc.2009.05.004.

KALETH, Anthony S., et autres. « Effect of moderate to vigorous physical activity on long-term clinical outcomes and pain severity in fibromyalgia », *Arthritis & Research*, vol. 65, n° 8, août 2013, p. 1211-1218.

KEYSOR, Julie, et autres. « The Work-It Study for people with arthritis: Study protocol and baseline sample characteristics », *WORK*, vol. 54, n° 2, juin 2016, p. 473-480. doi : 10.3233/WOR-162331.

KIM, Chulhyun, et autres. « Association of body mass index with symptom severity and quality of life in patients with fibromyalgia », *Arthritis Care & Research*, vol. 64, n° 2, février 2012, p. 222-228. doi : 10.1002/acr.20653.

KISNER, Carolyn, et Lynn Allen COLBY. *Therapeutic Exercises: Foundations and Techniques, 6th Edition*. Philadelphie, F.A. Davis Company, 2012, 1056 p.

LANTHIER, Luc. *Guide pratique de médecine interne, 6^e édition*. Trois-Rivières, FORMED, mai 2013.

LAROCHE, Françoise. « Douleur chronique. Thérapies comportementales et cognitives », *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, vol. 172, n° 2, mars 2014, p. 132-135. doi : 10.1016/j.amp.2014.01.017.

LAUCHE, Romy, et autres. « A systematic Overview of Review for Complementary and Alternative Therapies in the Treatment of the Fibromyalgia Syndrome », *Evidence-based Complementary and Alternative Medicine*, 2015. doi: 10.1155/2015/610615.

LEFAUCHEUR, Jean-Pascal, et autres. « Evidence-based guidelines on the therapeutic use of transcranial direct current stimulation (tDCS) », *Clinical Neurophysiology*, vol. 128, n° 1, janvier 2017, p. 56-92. doi: 10.1016/j.clinph.2016.10.087.

LIEDBERG, Gunilla. « Women with fibromyalgia : employment and daily life », *Linköping University Medical Dissertation*, n° 845, 2004.

LÖFGREN, Monika, et Cecilia NORRBRINK. « Pain relief in women with fibromyalgia: a cross-over study of superficial warmth stimulation and transcutaneous electrical nerve stimulation » *Journal of rehabilitation medicine*, vol. 41, n° 7, juin 2009, p. 557-562. doi: 10.2340/16501977-0371.

LÖFGREN, Monika, Jan EKHOLM, et Ann OHMAN. « “A constant struggle” : successful strategies of women in work despite fibromyalgia », *Disability and Rehabilitation*, vol. 28, n° 7, mai 2006, p. 447-455. doi : 10.1080/09638280500197891.

MACFARLANE Gary J., et autres. « EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia », *Annals of the rheumatic diseases*, vol. 76, n° 2, février 2017, p. 318-328. doi : 10.1136/annrheumdis-2016-20972.

MASKI, Kiran. *Insufficient sleep: evaluation and management*. [En ligne], 2016. [<https://www.uptodate.com/contents/insufficient-sleep-evaluation-and-management#!>].

MENDONCA, Mariana E., et autres. « Transcranial Direct Current Stimulation Combined with Aerobic Exercise to Optimize Analgesic Responses in Fibromyalgia: A Randomized Placebo-Controlled Clinical Trial », *Frontiers in Human Neuroscience*, 10 mars 2016. doi :10.3389/fnhum.2016.00068.

MENZIES, Victoria, et autres. « Effects of guided imagery on biobehavioral factors in women with fibromyalgia », *Journal of Behavioral Medicine*, vol. 37, n° 1, novembre 2012, p. 70-80. doi : 10.1007/s10865-012-9464-7.

MENZIES, Victoria. « Fibromyalgia Syndrome : Current Considerations in Symptom Management », *AJN, American Journal of Nursing*, vol. 116, n° 1, janvier 2016, p. 24-32. doi : 10.1097/01.NAJ.0000476162.13177.ae.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Algorithme de prise en charge de la fibromyalgie*, [En ligne], 2015. [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001056/>].

MUTLU, Berkin, et autres. « Efficacy of supervised exercise combined with transcutaneous electrical nerve stimulation in women with fibromyalgia: a prospective controlled study », *Rheumatology International*, vol. 33, n° 3, avril 2012, p. 649-355. doi: 10.1007/s00296-012-2390-8.

NELSON, Nicole. « Muscle strengthening activities and fibromyalgia: a review of pain and strength outcomes », *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, vol. 19, n° 2, avril 2015, p.370-376. doi : 10.1016/j.jbmt.2014.08.007.

NGIAN, Gene-Siew, Emma GUYMER, et Geoffrey. O LITTLEJOHN. « The use of opioids in fibromyalgia », *International Journal of Rheumatic Diseases*, vol. 14, n° 1, février 2011, p. 6-11. doi : 10.1111/j.1756-185X.2010.01567.x.

O'CONNOR, Sean R., et autres. « Walking exercise for chronic musculoskeletal pain: systematic review and meta-analysis », *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, vol. 96, n° 4, avril 2015, p. 724-734e3. doi: 10.1016/j.apmr.2014.12.003.

OFFENBÄCHER, Martin, et Gerold STUCKI. « Physical therapy in the treatment of fibromyalgia » *Scandinavian journal of rheumatology*, vol. 113, n° 113, février 2000, p. 78-85.

ORLANDI, Aline Cristina, et autres. « Improvement in pain, fatigue, and subjective sleep quality through sleep hygiene tips in patients with fibromyalgia », *Revista Brasileira de Rheumatologia*, vol. 52, n° 5, octobre 2012, p. 672-678. doi: 10.1590/S0482-50042012000500003.

PALSTAM, Annie, Jan L. BJERSING, et Kaisa MANNERKORPI. « Which aspects of health differ between working and nonworking women with fibromyalgia? A cross-sectional study of work status and health », *BMC Public Health*, 2012. doi: 10.1186/1471-2458-12-1076.

POIRIER, Mario. « La psychothérapie est efficace et rentable; des recherches et des analyses le confirment », *Psychologie Québec*, septembre 2003, p. 12-16.

REISINE, Susan, et autres. « Employment and health status changes among women with fibromyalgia: a five-year study », *Arthritis & Rheumatology*, vol. 59, n° 12, décembre 2008, p. 1735-1741. doi : 10.1002/art.24309.

ROIZENBLATT, Suely, et autres. « Site-specific effects of transcranial direct current stimulation on sleep and pain in fibromyalgia: a randomized, sham-controlled study », *Pain Practice*, vol. 7, n° 4, novembre 2007, p. 297-306. doi : 10.1111/j.1533-2500.2007.00152.x.

ROOKS, Daniel S. « Talking to patients with fibromyalgia about physical activity and exercise », *Current Opinion in Rheumatology*, vol. 20, n° 2, mars 2008. doi: 10.1097/BOR.0b013e3282f5687a.

ROY Mathieu, Pierre RAINVILLE, et Isabelle PERETZ. *Influence des émotions véhiculées par la musique sur la douleur*, Université de Montréal. Conférence donnée le 9 novembre 2004.

SANUDO, Borja, et autres. « Effect of Whole-Body Vibration Exercise on Balance in Women with Fibromyalgia Syndrome: A Randomized Controlled Trial », *Journal of alternative and complementary medicine*, vol. 18, n° 2, février 2012, p. 158-164. doi: 10.1089/acm.2010.0881.

SARAL, Ilknur, et autres. « The effects of long- and short-term interdisciplinary treatment approaches in women with fibromyalgia: a randomized controlled trial », *Rheumatology International*, vol. 36, n° 10, octobre 2016, p. 1379-1389. doi : 10.1007/s00296-016-3473-8.

SAWYNOK, Jana, et Mary LYNCH. « Qigong and fibromyalgia: randomized controlled trials and beyond », *Evidence-based Complementary and Alternative Medicine*, novembre 2014. doi : 10.1155/2014/379715.

SCHÜLIN, C., H. SEEMANN, et M. ZIMMERMANN. « Experiences with the use of pain diaries in the care of outpatients suffering from chronic pain », *Schmerz*, vol. 3, n° 2, septembre 1989, p. 133-139.

SEGURA-JIMÉNEZ, Victor, et autres. « Association of sedentary time and physical activity with pain, fatigue, and impact of fibromyalgia: the al-Ándalus study », *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports*, vol. 27, n° 1, décembre 2015. doi : 10.1111/sms.12630.

SHORT, Edward Baron, et autres. « Ten sessions of adjunctive left prefrontal rTMS significantly reduces fibromyalgia pain: a randomized, controlled pilot study », *Pain*, vol. 152, n° 11, juillet 2011, p. 2477-2484. doi: 10.1016/j.pain.2011.05.033.

SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PHYSIOLOGIE DE L'EXERCICE. *Les directives canadiennes en matière d'activité physique*, [En ligne], 2012. [www.csep.ca/directives. Cat. : HP10-16/3-2011F-PDF ISBN : 978-1-100-97620-4//07paap-fra.pdf].

THEADOM, Alice, et autres. « Mind and body therapy for fibromyalgia », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. 4, n° 4, octobre 2009. doi: 10.1002/14651858.CD001980.pub2.

THIEME, Kati, et Richard GRACEY. « Are psychological treatments effective for fibromyalgia pain? », *Current Rheumatology Reports*, vol. 11, no 16, décembre 2009, p. 443-450. doi : 10.1007/s11926-009-0065-6.

TOUSIGNANT LAFLAMME, Yannick et Patricia BOURGAULT. *Programme d'Éducation de Groupe pour l'Autogestion des Symptômes d'Ouloureux (PÉGASO)*.

TUDOR-LOCKE, Catrine, et Lesley LUTES. « “Why Do Pedometers Work? A Reflection upon the Factors Related to Successfully Increasing Physical Activity” », *Sports Medicine*, vol. 39, n° 12, décembre 2009, p. 981-993. doi: 10.2165/11319600-000000000-00000.

VAILLANT, Jacques, et autres. « Subjects with fibromyalgia syndrome have a reduction of balance performance », *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, vol. 59, supplément, septembre 2016, p. e111-e112. doi: 10.1016/j.rehab.2016.07.249.

WALITT, Brian, et autres. « The longitudinal outcome of fibromyalgia: a study of 1555 patients », *The Journal of Rheumatology*, vol. 38, n° 10, octobre 2011, p. 2238-2246. doi : 10.3899/jrheum.110026.

WEINGARTEN, Toby N., et autres. « Impact of tobacco use in patients presenting to a multidisciplinary outpatient treatment program for fibromyalgia », *The Clinical Journal of Pain*, vol. 25, n° 1, janvier 2009, p. 39-43. doi: 10.1097/AJP.0b013e31817d105e.

WOLFE, Frederick, et autres. « 2016 Revisions to the 2010/2011 fibromyalgia diagnostic criteria », *Seminars in arthritis and rheumatism*, vol. 46, n° 3, août 2016, p. 319-329. doi : 10.1016/j.semarthrit.2016.08.012.

WOLFE, Frederick, et autres. « The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Fibromyalgia. Report of the multicenter criteria committee », *Arthritis and Rheumatism*, vol. 33, n° 2, février 1990, p. 160-172.

WOLFE, Frederick, et autres. « The American College of Rheumatology Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia and Measurement of Symptom Severity », *Arthritis Care & Research*, vol. 62, n° 5, mai 2010, p. 600-610. doi: 10.1002/acr.20140.

WOLFE, Frederick, et autres. « Work and disability status of persons with fibromyalgia », *The Journal of Rheumatology*, vol. 24, n° 6, juin 1997, p. 1171-1178.

ZAUTRA, Alex J., et autres. « The effects of slow breathing on affective responses to pain stimuli: an experimental study », *Pain*, vol. 149, n° 1, avril 2010, p. 12-18. doi: 10.1016/j.pain.2009.10.001.

