

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ACR	American College of Rheumatology
AI	Assurance invalidité
AINS	Anti-inflammatoires non stéroïdiens
AMSTAR	A MeaSurement Tool to Assess systematic Reviews.
AOS	Assurance Obligatoire des Soins
ASFF	Approche des soins fondée sur les forces
ASFM	Association Suisse des Fibromyalgiques
BEST	Bureau d'Echange des Savoirs pour des praTiques exemplaires de soins
CE	Comité d'éthique
DCI	Dénomination Commune Internationale
EBP	Evidence Based Practice
EULAR	European League Against Rheumatism
EVA	Echelle Visuelle Analogique
FM	Fibromyalgie
GC	Groupe Contrôle
GI	Groupe Intervention
HAS	Haute Autorité de Santé
HEdS	Haute Ecole de Santé - Genève
HDRS	Echelle d'hétéroévaluation de dépression de Hamilton
IMC	Indice de Masse Corporelle
IRM	Imagerie par Résonance Magnétique
IRSNA	Inhibiteurs de la Recapture de la Sérotonine et de la Noradrénaline
ISRS	Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine
MTC	Médecine Traditionnelle Chinoise
MCA	Médecine Complémentaire et Alternative
OBSAN	Observatoire suisse de la santé
OFSP	Office Fédéral de la Santé Publique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
RME	Registre de médecine empirique
SFM	Syndrome de la fibromyalgie
SIG	Services Industriels de Genève
SS	Statistiquement Significative
TCA	Thérapies Complémentaires et Alternatives

TCC	Thérapie Cognitivo-Comportemental
TCCT	Thérapie Cognitivo-Comportemental par téléphone
WPI	Widespread Pain Index

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Traitements médicamenteux recommandés par EULAR (2016)	16
Tableau 2 : Traitements non médicamenteux recommandés par EULAR (2016)	17
Tableau 3 : Terminologie PICO	25
Tableau 4 : Démarche de traduction des mots clés	25
Tableau 5 : Tableau synoptique des articles selon les thèmes abordés	26
Tableau 6 : A Systematic Overview of Reviews for Complementary and Alternative Therapies in the Treatment of the Fibromyalgia Syndrome	33
Tableau 7 : Effect of Music as Nursing Intervention for People Diagnosed with Fibromyalgia.....	34
Tableau 8 : Acupuncture for fibromyalgia in primary care : a randomised controlled trial	35
Tableau 9 : Cognitive behavior therapy, exercise, or both for treating chronic widespread pain	37
Tableau 10 : Nurse Practitioner's Education, Awareness, and Therapeutic Approches for the management Of fibromyalgia.....	39
Tableau 11 : Effects of Reflexology on Pain in Patients With Fibromyalgia	40
Tableau 12 : Historique de recherche documentaire	55

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Diagramme de flux décrivant le processus d'identification des articles	27
Figure 2 : Niveau d'interprétation des preuves	28

TABLE DES MATIÈRES

Déclaration	ii
Remerciements	iii
Résumé.....	iv
Liste des abréviations.....	v
Liste des tableaux	vi
Liste des figures	vi
Table des matières.....	7
Introduction	9
1. Problématique	11
1.1. Épidémiologie	11
1.2. Contexte et impacts clés	11
1.3. Question de recherche initiale	13
2. État des connaissances.....	14
II.3 La fibromyalgie et les soins infirmiers.....	14
2.1. La gestion de la douleur chez les personnes atteintes de fibromyalgie	14
2.2. Les approches non médicamenteuses	18
3. Modèle théorique.....	19
3.1. Modèle théorique retenu	19
3.2. Ancrage disciplinaire	19
3.2.1. Hiérarchie des connaissances.....	20
3.2.2. Paradigme.....	20
3.2.3. École de pensée	21
3.2.4. Métaconcepts.....	21
3.2.5. Postulats	23
3.3. Question de recherche finale.....	24
4. Méthode	25
4.1. Sources d'information et stratégie de recherche documentaire	25
4.2. Diagramme de flux	27
5. Résultats	28
5.1. Analyse critique des articles retenus	29
5.2. Tableau comparatif	32
6. Discussion	42
6.1. Fibromyalgie et soins infirmiers	42

6.2.	Gestion de la douleur chez la personne atteinte de fibromyalgie	44
6.2.1.	Les interventions non pharmacologiques	45
7.	Conclusion.....	48
7.1.	Limites du travail	48
7.2.	Recommandations	49
8.	Références	50
9.	Annexes	53
9.1.	Les critères de l'ACR 2010.....	53
9.2.	Historique de recherche documentaire	55
9.3.	Fiche de lecture.....	56
9.3.1.	Démarche descriptive	56
9.3.2.	L'objet de l'article et le cadre théorique	57
9.3.3.	Méthodologie de la recherche	58
9.3.4.	Présentation résultats	59
9.3.5.	Éthique.....	60
9.3.6.	Démarche interprétative	60

INTRODUCTION

Parmi toutes les maladies chroniques existantes, il y en a une qui ne se voit pas. Ni physiquement, ni avec des tests sanguins ou encore avec un scanner ou une imagerie par résonance magnétique, plus connus sous le nom d'IRM. Par conséquent, la pose du diagnostic prend du temps. Ce délai peut même aller jusqu'à 5 à 10 ans selon la Ligue suisse contre le rhumatisme (2018). De plus, les personnes atteintes par ce syndrome sont souvent heurtées à des préjugés, comme le fait d'être un « malade imaginaire » ou encore « d'inventer ses symptômes » (Ligue suisse contre le rhumatisme, 2018). Pourtant, elle existe et elle porte le nom de fibromyalgie ou syndrome de fibromyalgie. Cette maladie entraîne des douleurs chroniques et diffuses accompagnées de plusieurs signes et symptômes tels que des troubles du sommeil, d'épuisement et de dépression (Ligue suisse contre le rhumatisme, 2018). Or, elle reste méconnue du grand public et même de certains professionnels. C'est pourquoi, à l'occasion de la journée mondiale de la fibromyalgie qui a eu lieu le samedi 12 mai 2018, la ville de Genève a participé à cette journée en illuminant son emblématique jet d'eau en bleu. L'objectif était de « sensibiliser les gouvernements, les institutions et les médias sur la situation des personnes qui souffrent de cette maladie » (Services industriels de Genève [SIG], 2018).

Il convient de mentionner que la fibromyalgie est un problème de santé publique qui se reflète en premier lieu par des douleurs chroniques diffuses. Pourtant, elle n'est pas reconnue par l'assurance invalidité [AI] en Suisse. Or, cette maladie occasionne plusieurs répercussions sur la personne atteinte, que ce soit au niveau de son entourage, comme la famille, mais également sur le plan financier.

De plus, la complexité de la pose du diagnostic amène cette population à consulter divers professionnels, et ce à de nombreuses reprises. De même que dans le contexte d'investigation de leurs symptômes, ils sont amenés à être hospitalisés. C'est donc une population qui est prédisposée à être en contact avec des professionnels de la santé, dont les infirmiers.

Dans cette perspective, il est important que ces soignants puissent être capables de bien prendre en soins cette population et surtout, d'accompagner ces personnes en particulier au niveau de leurs douleurs chroniques. En effet, l'infirmier a un rôle essentiel dans la gestion de ce symptôme. De ce fait, il est important d'explorer cette dimension à travers des interventions infirmières non médicamenteuses, particulièrement dans un contexte hospitalier où les actes médico-délégués dominent. Par ailleurs, cette approche

permet par la même occasion de développer le rôle propre de cette profession. D'autre part et compte tenu du contexte, inclure un ancrage théorique infirmier sur l'approche des soins fondée sur les forces [ASFF] pourrait permettre à l'infirmier de collaborer de manière positive avec le patient atteint de douleurs chroniques.

Ainsi, le premier chapitre de ce travail sera consacré au cheminement de la problématique présente au cœur de cette revue littérature, en développant l'impact de cette pathologie ainsi que le contexte associé.

Ensuite, un second chapitre permettra de mieux comprendre et mettre en évidence l'état des connaissances actuelles. Il abordera cette problématique en trois parties : les soins infirmiers, la gestion de cette maladie ainsi que les interventions infirmières non pharmacologiques.

Puis, afin de mettre en lumière l'importance de la discipline infirmière dans cette problématique, le chapitre trois sera dédié à l'ancrage théorique de ce travail. À savoir, l'ASFF de Gottlieb et Gottlieb (2014), qui prône la collaboration entre le soignant et la personne soignée en se basant sur les forces et les ressources de cette dernière. Cet ancrage permettra également d'enrichir et affiner la question de recherche de cette revue.

Le chapitre quatre quant à lui sera consacré à la méthodologie de ce travail de Bachelor, permettant la compréhension de la sélection des six articles qui ont été retenus et analysés.

Tandis que le chapitre cinq mettra en lumière les résultats obtenus à partir de ces six articles. L'analyse critique de chaque étude sera également détaillée durant ce chapitre.

Finalement, la dernière partie mettra en avant une discussion en lien avec les résultats du chapitre en amont et l'ASFF afin de donner des recommandations pour l'enseignement, la pratique ainsi que la recherche.

1. PROBLÉMATIQUE

1.1. Épidémiologie

La fibromyalgie fait partie des pathologies entraînant des douleurs chroniques les plus présentes en Suisse (Myhandicap, 2012). Cette maladie encore méconnue du grand public touche entre 2% et 8% de la population mondiale (Cohen, 2017, traduction libre, p. 116). Au niveau européen, elle est estimée entre 2.9% et 3.8% (Wolfe et al., 2010 cité par Lauche, Cramer, Häuser, Dobos & Langhorst, 2015).

À ce jour, il n'existe pas de chiffres helvétiques fiables sur le taux d'incidence de la fibromyalgie. On l'estime entre 0,5% et 5%, ce qui représente 40'000 à 400'000 personnes en Suisse (Ligue suisse contre le rhumatisme, 2018). Le diagnostic étant difficile à poser (Skear & Kwong, 2017), on peut imaginer qu'il existe certainement plus de personnes atteintes de cette maladie. Par ailleurs, comme le soutient l'Association Suisse des Fibromyalgiques [ASFM] (2013), ainsi que Firestone, Holton, Mist, Wright et Jones (2012), cette pathologie touche principalement les femmes, dès 30 ans environ. Ces dernières représentent près de 80 à 90% de la population diagnostiquée.

1.2. Contexte et impacts clés

D'abord considérée en tant que maladie psychiatrique, elle fut reconnue par l'Organisation mondiale de la santé [OMS] en 1992, comme étant une maladie rhumatismale (ASFM, 2014). C'est seulement en 2006 que la fibromyalgie sera acceptée comme une maladie à part entière (Haute autorité de santé [HAS], 2010), sauf en Suisse (ASFM, 2014). Par ailleurs, l'étiologie de ce syndrome est encore inconnue (Hughes, Adair, Feng, Maciejewski & Sharma, 2016, p. 317). Selon Cohen (2017), le défi serait de parvenir à un consensus d'experts sur la définition et la pose du diagnostic.

À l'heure actuelle, il n'existe aucun test de laboratoire ou technique d'imagerie permettant de dépister le syndrome de fibromyalgie. De plus, aucune anomalie structurelle n'a été observée dans le système musculo-squelettique de ces patients pouvant justifier cette maladie. L'American College of Rheumatology [ACR] a proposé de nouveaux critères de diagnostic en 2010, sous la forme d'un questionnaire de 31 points, disponibles en annexe dans le chapitre 9.1, page 53. Ces derniers ont remplacé les originaux publiés en 1990 (Vas et al., 2016, traduction libre, p. 257).

Bien que les douleurs chroniques diffuses soient le principal symptôme de la fibromyalgie, cette dernière est aussi responsable de fatigues chroniques, de migraines,

de troubles gastriques, de dépressions, d'angoisses et encore bien d'autres symptômes (Ligue suisse contre le rhumatisme, 2018). Les effets de cette maladie amènent cette population non seulement à utiliser le réseau de soins, mais également à être hospitalisée, et ce indépendamment des services.

Dans ce contexte, les infirmiers sont souvent les premiers fournisseurs de soins à rencontrer ces personnes lorsqu'elles entrent dans le système de prestation de santé. Par ailleurs, ils peuvent apporter une contribution significative en participant à la prise de décision concernant la douleur chronique (Taylor, 1988, cité par Onieva-Zafra, Castro-Sánchez, Matarán-Peñarrocha & Moreno-Lorenzo, 2013, traduction libre, p. 40).

Il convient de mettre en évidence que selon l'ASFM (2014), un grand nombre de ces personnes ne peuvent reprendre leur activité professionnelle ni assumer leur rôle au sein de la sphère familiale. Ceci a un impact conséquent sur la famille, mais également au niveau financier. D'ailleurs, il a été constaté que la capacité de travail chez les personnes atteintes de fibromyalgie est influencée en fonction de la gravité des symptômes de cette dernière (Palstam & Mannerkorpi, 2017). D'autre part, il est important de préciser que la fibromyalgie est un problème de santé publique et le fait qu'elle ne soit toujours pas reconnue en Suisse, engendre des problématiques comme l'impossibilité pour ces personnes d'être soutenues par l'AI (ASFM, 2014).

D'un point de vue économique, l'étude « Economic cost and epidemiological characteristics of patients with fibromyalgia claims » de Robinson (2003), montre que les coûts annuels s'élèvent à 6000 dollars par année pour chaque patient, soit deux fois plus cher que la population générale. Les coûts directs liés aux traitements de cette maladie ne représentent que 6% de cette somme. Tandis que les coûts indirects représentent 94% des coûts totaux. Les coûts indirects comprennent surtout les interruptions de travail, retraites anticipées et soins informels aux malades (Observatoire suisse de la santé [OBSAN], 2015, p. 21).

En Suisse, comme cette maladie n'est pas reconnue, il n'existe de ce fait aucune information concernant les coûts qu'elle engendre. Cependant, si l'on porte un regard général sur le coût des maladies non transmissibles, qui regroupe les maladies chroniques et donc la fibromyalgie, le constat est à l'opposé de l'étude de Robinson (2013) concernant la différence des coûts directs et indirects. En effet, le coût direct est très élevé. En 2011, il représentait 80% des coûts de la santé, soit plus de 51 milliards de francs. Les coûts indirects ne peuvent pas encore être chiffrés avec précision, mais ils sont évalués à un ordre de grandeur annuel de 30 à 40 milliards de francs (OBSAN, 2015, p. 21). Dans les deux cas, les coûts généraux restent très élevés.

Concernant la gestion de la fibromyalgie, le traitement est souvent difficile, en raison de l'absence de consensus à propos de l'étiologie et des mécanismes physiopathologiques de cette maladie (Onieva-Zafra et al., 2013). Par ailleurs, les médicaments semblent avoir des effets limités et de nombreux patients attendent de meilleurs résultats de la part des médecines complémentaires (Neerinckx, 2000, cité par Onieva-Zafra et al., 2013, traduction libre, p. 40). Dans cet ordre d'idée, il est également recommandé d'axer un traitement personnalisé à chaque personne dans la prise en soins de la douleur chronique et donc, de la fibromyalgie (GoldenBerg, 2014, cité par Onieva-Zafra et al., 2013, traduction libre, p. 40).

Selon Vas et al. (2016), 91% des patients atteints de fibromyalgie ont essayé une forme de médecine complémentaire et alternative [MCA]. De plus, les lignes directrices interdisciplinaires allemandes, canadiennes et israéliennes recommandent fortement l'exercice aérobique, la TCC et la thérapie multi composante, c'est-à-dire une combinaison d'exercices thérapeutiques avec au moins une thérapie psychologique (Ablin et al., 2013, traduction libre, p. 03).

D'ailleurs, des revues systématiques récentes suggèrent que la TCC et les approches telles que le massage, l'hydrothérapie et l'acupuncture peuvent être bénéfiques dans le traitement de la fibromyalgie (Vas et al., 2016).

Dans cette perspective, il semble donc important que les soignants puissent importer dans leurs pratiques des interventions fiables, en se basant sur des preuves scientifiques, afin de renseigner, d'accompagner et de prendre en soins ces personnes. Cette pratique fondée sur les preuves est également connue sous le nom de l'Evidence-Based Practice [EBP]. Elle est basée « sur l'utilisation consciencieuse, explicite et judicieuse des résultats de recherche » (Bureau d'Echange des Savoirs pour des pratiques exemplaires de soins [BEST], 2018). « La pratique fondée sur les données probantes signifie que la prise de décision est continuellement informée au moyen d'une utilisation critique et consciencieuse des plus récents résultats de recherche démontrés par la conduite répétée d'études rigoureuses » (Goulet et al., 2004, cité par Fortin & Gagnon, 2016, p. 472).

1.3. Question de recherche initiale

Quelles interventions infirmières non pharmacologiques peuvent être mises en place pour gérer les douleurs de la personne atteinte de fibromyalgie ?

2. ÉTAT DES CONNAISSANCES

II.3 La fibromyalgie et les soins infirmiers

Bien que l'on retrouve de la littérature à ce sujet, la fibromyalgie reste encore approximativement méconnue des soignants, alors qu'ils ont un rôle important dans la prise en soins de cette population. De plus, sa non-reconnaissance en Suisse n'est pas propice à faire évoluer la situation.

Selon Cranford et King (2011), les soignants sont sceptiques face au syndrome de la fibromyalgie. La difficulté de diagnostiquer cette maladie ainsi que les attitudes, croyances et préjugés ont pour conséquence d'influencer les soins et les traitements auprès de cette population, et par la même occasion, d'empêcher certains patients de recevoir un traitement adapté à leurs besoins (pp. 170-171). Quant à Cranford et King (2011), ils relèvent que les infirmiers ont besoin d'une formation plus centrée sur les douleurs dues au syndrome de la fibromyalgie, afin de se sentir mieux préparés pour gérer ce symptôme (p. 176). De ce fait, il semblerait que les infirmiers n'aient pas assez d'informations et par conséquent les outils nécessaires pour une prise en soins de qualité auprès de ces patients. D'où l'importance de faire de la recherche afin d'apporter des outils et ainsi être dans une pratique fondée sur des preuves.

En ce qui concerne la nomenclature de la fibromyalgie, il existe à ce jour plusieurs termes pour parler de celle-ci. Comme il n'existe pas d'examen à l'heure actuelle pour diagnostiquer cette maladie, elle repose donc sur un ensemble de symptômes, d'où le terme de « syndrome » de la fibromyalgie. Or, dans ce travail et afin d'harmoniser cette nomenclature, le terme de « syndrome » sera utilisé pour faire référence à la personne présentant les signes et symptômes de la fibromyalgie, mais sans que le diagnostic ait été établi. Le terme « maladie » fera quant à lui référence à la pose du diagnostic.

2.1. La gestion de la douleur chez les personnes atteintes de fibromyalgie

Selon l'European League Against Rheumatism [EULAR] (2016), la prise en soins de cette population doit viser à améliorer la qualité de vie et à équilibrer les avantages et les risques thérapeutiques. De ce fait, une combinaison de différentes sortes de traitements médicamenteux et non médicamenteux pourra être convenue entre le médecin et le patient.

En lien avec la médication, selon l'étude « Nurse Practitioners' Education, Awareness, and Therapeutic Approaches for the Management of Fibromyalgia » de

Hughes et al. (2016), parmi les trois médicaments les plus prescrits aux USA, les anti-inflammatoires non stéroïdiens [AINS] se trouvent en tête avec un taux de prescription de 70%. Il représente la classe thérapeutique la plus prescrite par les infirmiers praticiens, qui rappelons-le, peuvent diagnostiquer et prescrire des traitements dans ce pays, en fonction de leurs formations post-graduées. Pourtant, selon Carville et al. (2008), cité par Hughes et al. (2016), les AINS se montrent peu efficaces (p. 318). En revanche, les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine-noradrénaline [IRSNA] qui arrivent en seconde place avec un score de 61% montrent des résultats très positifs selon la revue systématique et méta-analyse de Hauser, Wolf, Tolle, Uceyler et Sommer (2012) (Hughes et al., 2016, p. 318). En troisième position, se trouve les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine [ISRS] prescrits dans 51% des cas. Or, les résultats de ce traitement n'apparaissent pas dans l'étude de Hughes et al. (2016).

Le prix de ces différents traitements varie en fonction du pays et de la marque. Néanmoins, au niveau helvétique, les prix d'une boîte sont compris dans une fourchette de 6 à 20 CHF pour les AINS, de 16 à 46 CHF pour les IRSNA, et de 9 à 100 CHF pour les ISRS (Compendium, 2018).

Cependant, d'après l'ASFM (2013), les traitements médicamenteux pour traiter les symptômes de cette pathologie sont peu efficaces et dans certains cas, ils ne semblent pas démontrer d'effets bénéfiques sur certaines personnes atteintes. Néanmoins, il existe plusieurs thérapies complémentaires qui complètent les traitements pharmacologiques. Selon l'étude « Optimizing fibromyalgia management » de Firestone et al. (2012), il faut souvent une approche pluridisciplinaire et collaborative dans la gestion du syndrome de la fibromyalgie, comprenant des médicaments, de l'exercice, des stratégies cognitives et un esprit ouvert. D'ailleurs, les interventions non pharmacologiques sont suggérées pour soulager les symptômes de la fibromyalgie telles que le tai-chi, le yoga, l'acupuncture, la chiropratique et la massothérapie. Toutefois, ces thérapies complémentaires et alternatives justifient une recherche plus approfondie chez les patients atteints de fibromyalgie (Crofford, 2013, cité par Hughes et al., 2016).

Dans cet ordre d'idée, l'EULAR (2016) a mis à jour, ces dernières recommandations dans la prise en soins de la fibromyalgie, à l'aide d'un groupe de 18 experts. Cette organisation propose des recommandations afin de conseiller les médecins, infirmières et les patients sur la meilleure façon de prendre en soins la population présentant des maladies rhumatismales (EULAR, 2016). Depuis 2016, elle propose 10 recommandations, divisées en deux parties : les traitements

pharmacologiques et les non pharmacologiques (EULAR, 2016), disponibles dans le Tableau 1 et le Tableau 2 page 16 et 17.

Ces recommandations sont basées sur des preuves scientifiques disponibles dans la littérature ou par des opinions d'experts (EULAR, 2016). Plus une recommandation est élevée en nombre d'étoiles, plus les preuves sont solides selon EULAR (2016).

- Une étoile* : preuves limitées
- Deux étoiles** : présence de preuves
- Trois étoiles*** : présence élevée de preuves
- Quatre étoiles**** : recommandation soutenue par beaucoup de preuves.

Tableau 1 : Traitements médicamenteux recommandés par EULAR (2016)

Nom du DCI (Dénomination Commune Internationale)	Classe thérapeutique	Indication	Information
Amitriptyline **	Antidépresseur	Pour réduire la douleur et la fatigue, ainsi qu'améliorer la qualité du sommeil.	Il doit être pris en petite dose allant jusqu'à 25mg par jour
Duloxétine ou Milnacipran **		Pour diminuer la douleur	Il doit être considéré chez les personnes souffrant de douleurs sévères
Tramadol **	Analgésique opioïde		
Prégabaline **	Anticonvulsivant	Pour réduire la douleur et améliorer le sommeil	Il doit être considéré chez les personnes souffrant de douleurs sévères ou de troubles du sommeil en lien avec la fibromyalgie
Cyclobenzaprine **	Myorelaxant	Soulage le spasme musculaire qui suit les états douloureux aigus Aide à améliorer le sommeil	Les effets secondaires sont souvent présents. Il doit être considéré chez les personnes souffrant des troubles du sommeil en lien avec la fibromyalgie

*Preuves limitées ; **Présence de preuves ; ***Présence élevée de preuves ;
****Recommandation soutenue par beaucoup de preuves

Tableau 2 : Traitements non médicamenteux recommandés par EULAR (2016)

Thérapie	Information
Exercices aérobiques et de renforcement ****	Exercice qui fonctionne et renforce les muscles du corps, sur terre ou dans l'eau, peut réduire la douleur. Bien que cela puisse augmenter la douleur au début, la musculation avec des poids peut également être bénéfique.
TCC ***	C'est une thérapie verbale qui apprend à défier les idées négatives. Cela peut aider à changer la façon de penser et de se comporter. Elle pourrait aider à gérer la douleur de la fibromyalgie et donner des moyens d'y faire face.
Thérapies multi-composantes **	Elles peuvent inclure différentes combinaisons d'exercices, d'éducation, de relaxation ou d'autres traitements spécifiques tels que le Tai-chi ou les massages qui peuvent améliorer la douleur et la fatigue à court terme.
Acupuncture ou l'hydrothérapie **	L'acupuncture traditionnelle ou électrique peut aider à améliorer la douleur lorsqu'elle est ajoutée à d'autres traitements. Les séances d'hydrothérapie ou de cure thermale peuvent apporter des améliorations pouvant durer jusqu'à 14 semaines.
Activités méditatives du mouvement et réduction du stress basée sur la pleine conscience **	Les techniques de mouvement méditatif comme le Qigong, le Yoga ou le Tai Chi ou la pratique de la pleine conscience et de la réduction du stress peuvent aider à améliorer le sommeil et la fatigue.

*preuves limitées ; **présence de preuves ; ***Présence élevée de preuves ; ****recommandation soutenue par beaucoup de preuves

Il convient de constater que les médicaments le plus souvent prescrits dans l'étude de Hughes et al. (2016), ne correspondent pas à ceux recommandés par l'EULAR (2016). De plus, dans la pratique, il semblerait que la gestion de la douleur chronique ait souvent une approche médicamenteuse. Or, EULAR (2016) recommande en premier lieu de se concentrer sur les traitements non médicamenteux. D'ailleurs, les personnes atteintes de fibromyalgie déclarent généralement préférer une approche non pharmacologique (EULAR, 2016). En effet, le manque de connaissances au sujet du traitement de la fibromyalgie, un pronostic défavorable associé à la chronicité des symptômes, amène les patients à se tourner vers des thérapies complémentaires et alternatives (Akin Korhan, Uyar, Eyigör, Yönt & Khorshid, 2016).

De plus, le soignant a un rôle essentiel dans la gestion de ce syndrome, ainsi qu'au sein de l'équipe pluridisciplinaire. De ce fait, il est important qu'il puisse, par son rôle autonome, donner de l'espoir et orienter les patients loin des traitements non sécuritaires vers un plan de traitement plus sain et individualisé (Firestone et al., 2012). Dans cette optique, avoir une approche non médicamenteuse pour la gestion des douleurs chroniques dues à la fibromyalgie semble être essentiel.

Il convient de mentionner qu'actuellement, les prestations relevant de la médecine anthroposophique¹, de la pharmacothérapie, de la médecine traditionnelle chinoise [MTC], de l'homéopathie et de la phytothérapie sont provisoirement prises en charge par l'assurance obligatoire des soins [AOS] (Office fédéral de la santé publique [OFSP], 2017). Cependant, les prestations fournies par des thérapeutes qui ne sont pas des médecins relèvent des assurances complémentaires et non de l'AOS (OFSP, 2017).

2.2. Les approches non médicamenteuses

À propos des traitements liés à la gestion non médicamenteuse par l'infirmier, l'utilisation de techniques de massage, comme la libération myofasciale semblerait prometteuse. Ce type de massage réduit l'anxiété et la douleur, tout en améliorant les habitudes de sommeil et la qualité de vie. De plus, les d'exercices qui incorporent naturellement l'attention comme certaines séances de yoga et le Tai Chi ont démontré l'amélioration de nombreux symptômes du syndrome de la fibromyalgie, dont la douleur (Firestone et al., 2012).

Avec la popularité des thérapies complémentaires dans les soins de santé au cours de ces deux dernières décennies, la musicothérapie n'a cessé d'augmenter l'intérêt de l'utilisation de la musique comme une intervention infirmière pour les patients souffrant de douleur (Onieva-Zafra et al., 2013). D'ailleurs d'un point de vue historique, Florence Nightingale, pionnière des soins infirmiers, a utilisé l'écoute de la musique comme une intervention infirmière (McCaffrey et Locasin, 2002 cités par Onieva-Zafra et al., 2013, p. 40).

Il existe également la réflexologie dont le principe est de briser les cristaux d'acide urique pour aider le patient à être en meilleure santé (Akin Korhan et al., 2016). En réflexologie, une variété de techniques de massage des pieds sont utilisées en utilisant le pouce et l'index. À partir des points sensibles du patient, une pression va être fournie pour travailler ces zones douloureuses. À noter que la réflexologie est différente du massage puisqu'elle implique un contact plus superficiel et une pression plus profonde (Akin Korhan et al., 2016).

Plusieurs approches existent et dans cette perspective de maladie chronique, ce serait un atout que le patient ou un membre de sa famille puisse également apprendre ces techniques dans le but de les reproduire chez lui.

¹ Médecine complémentaire à la médecine classique. Elle « s'oriente vers la nature profonde de l'homme et ses exigences psychiques et spirituelles individuelles et essaie de rendre les processus de la nature accessibles sur le plan thérapeutique » (Registre de médecine empirique [RME], 2018).

3. MODÈLE THÉORIQUE

3.1. Modèle théorique retenu

Plusieurs théories pourraient s'associer avec le thème de la douleur chronique chez la personne atteinte de fibromyalgie. Cependant, un modèle donne une orientation de la problématique centrée sur l'expérience et les forces de la personne : l'Approche des Soins Fondée sur les Forces [ASFF] de Gottlieb et Gottlieb (2014).

3.2. Ancrage disciplinaire

En effet, dans le cadre de ce travail, il serait pertinent d'avoir un apport théorique qui appuie la réflexion suivante : lorsque la personne est atteinte de douleurs chroniques telles que dans la fibromyalgie, elle a déjà toute une expérience en lien avec sa maladie. Cela inclut des actions qu'elle a pu mettre en place et qui se sont avérées positives ou négatives. Dans ce cas, il serait judicieux que l'infirmier soit dans une prise en soins individualisée et qu'il travaille avec le patient à partir des connaissances et des expériences spécifiques de ce dernier.

Autrement dit, il est donc essentiel que patients et infirmiers collaborent. Le rôle de l'infirmier dans cette situation serait d'accompagner le patient à travers sa maladie et d'éviter de lui donner des solutions toutes faites qui ne seront pas adaptées à ses besoins. Cette approche permet de promouvoir la décision du patient, ce qui laisse de l'autonomie et donc l'empowerment à la santé de celui-ci. De plus, dans ces situations chroniques, il semble important que l'infirmier ait également un regard et une approche positive. Dans cette optique, une approche basée sur les forces et les ressources propres à la personne face à lui semble être la plus adaptée pour y parvenir. Ainsi il pourra mettre en place des interventions avec le patient, en fonction des objectifs et des priorités de ce dernier.

D'ailleurs, selon Gottlieb et Gottlieb (2014), l'ASFF est composée de quatre approches : des soins centrés sur la personne, un mouvement d'autonomisation, la promotion de la santé et le partenariat de collaboration. En effet, ce modèle met en avant le fait qu'il faut valoriser la personne et ses forces, dans le but de « créer un système de santé plus humain, qui place la personne au tout premier rang et qui répond à ses besoins » (Gottlieb & Gottlieb, 2014, p. 25). L'ASFF place donc le patient au cœur de ses propres soins, donnant à la personne le pouvoir d'agir de façon à ce qu'elle puisse atteindre ses propres buts et trouver un nouveau sens à sa vie. Elle s'appuie sur une

relation de collaboration entre le professionnel de la santé et la personne, en tenant compte des forces et ressources de cette dernière sur les plans biologiques, intrapersonnel, interpersonnel et social de façon à ce qu'elle puisse relever les défis, atteindre ses buts et fonctionner comme une personne entière et intégrée (Gottlieb & Gottlieb, 2014).

3.2.1. Hiérarchie des connaissances

L'approche des soins fondée sur les forces peut être utilisée dans plusieurs situations différentes, par le fait qu'elle ne soit pas très spécifique à un domaine. Néanmoins, certains concepts seront plus exploités que d'autres, en fonction de la situation. De ce fait, ce modèle se situerait dans les modèles conceptuels, selon la hiérarchie de Fawcett et DeSanto-Madeya (2013).

3.2.2. Paradigme

Parmi les trois grands paradigmes selon Pepin, Kérouac et Ducharme (2010), soit : la catégorisation, l'intégration et la transformation, l'ASFF pourrait se situer entre celui de l'intégration et de la transformation. Le paradigme de l'intégration est basé sur une relation circulaire et interactionnelle incluant la notion d'expérience de la personne, la famille et des soins psychosocioculturels. Le soignant fait avec le patient (Pepin, et al., 2010). Le paradigme de la transformation, lui, décrit qu'un phénomène est unique et ne peut ressembler à un autre et qu'il est en interaction avec le monde qui l'entoure. Le soignant doit comprendre le patient et ne pas l'influencer. Il est avec ce dernier (Pepin et al., 2010).

Selon Gottlieb et Gottlieb (2014), par l'évolution de cette approche, plusieurs changements ont eu lieu. L'ASFF a une orientation vers la santé, la capacité de faire face à la situation et le développement plutôt que vers la maladie et les problèmes. Elle met un accent sur la personne et sur son intégralité plutôt que sur le praticien et l'organisation. Elle reconnaît que la personne est un être humain unique qui a le droit d'être traité respectueusement et dignement. Chaque personne, famille et communauté possède des forces réelles et potentielles. De ce fait, l'ASFF est centrée sur les forces et non pas sur les problèmes à résoudre avec une approche holistique de la personne. L'infirmier l'accompagne en fonction de ses besoins, ses buts, ses priorités, ses attentes et ses objectifs et surtout, c'est la personne qui prend des décisions. Ces éléments

tendent à mettre l'ASFF dans le paradigme de la transformation ou de l'action simultanée selon Fawcett et DeSanto-Madeya (2013).

3.2.3. École de pensée

Les écoles de pensée permettent de regrouper les théories selon la vision du soin. Parmi les six écoles de pensée, l'ASFF pourrait appartenir à l'école de l'apprentissage de la santé selon Pepin et al. (2010). Les modèles s'inscrivant dans cette école mettent l'accent sur « l'apprentissage qui devient une nouvelle façon de vivre, de se développer et d'assumer des responsabilités » (Pepin et al., 2017, p. 64), ce qui correspond à l'ASFF.

De plus, selon Gottlieb et Gottlieb (2014) :

L'ASFF est une condition préalable au changement et un impératif pour faciliter les autosoins, qui encourage la personne à se prendre en charge et à être responsable de sa propre santé, de son rétablissement et de sa guérison (promotion de la santé, prévention de la maladie et autosoins) (p. 25).

3.2.4. Métaconcepts

Gottlieb et Gottlieb (2014), définissent les quatre métaconcepts de la discipline infirmière à partir de ses postulats qu'elle a regroupé en fonction de ces derniers qui sont : la personne, le soin, l'environnement et la santé.

3.2.4.1. La personne

Selon Gottlieb et Gottlieb (2014), la personne est unique et fonctionne comme un tout intégré. Elle crée ses propres significations qui l'aident à se comprendre et à donner un sens à son environnement et à ses expériences. Elle a la capacité de croître, de se transformer et de se guérir. Pour cela, les forces lui sont nécessaires, car elles aident la personne à s'adapter à son environnement et à composer avec des problèmes de santé. Tel est le cas chez le patient atteint de douleurs chroniques comme dans la fibromyalgie puisque cette pathologie va lui demander d'aller chercher en lui des forces et des ressources pour s'adapter à celle-ci. De plus, la famille fait également partie de la personne selon Gottlieb et Gottlieb (2014), et ce syndrome aura un impact sur cette dernière qui aura un rôle différent en fonction de chaque situation. Ainsi, il est important de pouvoir les inclure dans le processus de soins en fonction de leur demande.

3.2.4.2. Le soin

Les soins infirmiers sont basés sur une relation de collaboration et de partenariat avec la personne. Le rôle de l'infirmier est d'entourer les individus, les familles, les communautés et de les aider à rester en santé en composant avec leurs problèmes, de favoriser le rétablissement et de diminuer la souffrance (Gottlieb & Gottlieb, 2014). De plus, il soutient les individus et leur environnement pour cibler et développer les forces qui appuient la promotion de la santé et facilitent la guérison. Par sa présence et ses interventions, l'infirmier fait partie de l'environnement de la personne et de la famille (Gottlieb & Gottlieb, 2014). En lien avec cette problématique, il est important que ce professionnel instaure un climat de confiance avec le patient et son entourage dans le but de réduire les symptômes (Hughes et al., 2016, traduction libre p. 321). Ainsi, il est nécessaire que l'infirmier s'adapte et collabore avec la personne face à lui, en fonction des objectifs, attentes et priorités de ce dernier. Pour ce faire, il doit s'appuyer sur les forces et les ressources de cette personne avant de pouvoir lui proposer des interventions infirmières non médicamenteuses en lien avec les douleurs provoquées par la fibromyalgie.

3.2.4.3. La santé

Selon Gottlieb et Gottlieb (2014), « la santé est présente et persiste tout le temps, même lorsque le corps est vaincu par une maladie, un accident ou une infirmité » (p. 71). De plus, « les individus, les familles et les communautés aspirent à une meilleure santé et à la guérison et ils sont motivés par elles » (Gottlieb & Gottlieb, 2014, p. 68). Cette définition correspond et met bien en avant le fait que, malgré la maladie, comme la fibromyalgie, la personne peut toujours être en santé. Elle a son rôle d'autodétermination, et donc, elle peut choisir de recevoir une intervention pour améliorer sa douleur. L'infirmier pourra la soutenir, créer des conditions favorables aux changements et l'encourager.

3.2.4.4. L'environnement

D'après Gottlieb et Gottlieb (2014), « les environnements contiennent des énergies puissantes, qui agissent sur des forces ou sur des déficits particuliers qui détermineront la façon dont une personne survit et croit ou succombe et s'étirole dans un environnement donné » (p. 68). En effet, la personne évolue dans de nombreux environnements et les expériences découlent des transactions entre la personne et ce concept. D'ailleurs, « l'environnement et la personne ne font qu'un » (Bronfenbrenner, 1979, cité par Gottlieb & Gottlieb, 2014, p. 97). En lien avec la problématique, il est

important que l'infirmier prenne en compte cet aspect de la personne, étant donné que le patient tire ses expériences de la transaction entre lui et son environnement. L'attitude de la personne face à sa gestion de la douleur dépend de son vécu et de son expérience. C'est pourquoi il est important qu'elle puisse bénéficier d'un soutien qui favorise ses forces, renforce ses stratégies d'apprentissage, développe son évolution ainsi que son autonomie.

3.2.5. Postulats

Parmi les 15 postulats de Gottlieb et Gottlieb (2014), ceux qui soutiennent la problématique sont :

1. Chaque personne est unique. Son unicité se reflète dans sa façon de surmonter les défis liés à la santé et à la guérison et de répondre tant physiquement que mentalement aux traitements et aux interactions cliniques.
2. Chaque personne a en elle le pouvoir de se guérir. Ce pouvoir est une force par elle-même.
3. Les forces permettent aux gens de s'adapter à divers milieux et de composer avec les expériences de la vie, les aidant ainsi à surmonter une vaste gamme de défis en matière de santé.
4. Les soins infirmiers ont la mission d'entourer les individus, les familles et les communautés, de les aider à rester en santé et à composer avec leurs problèmes, de favoriser le rétablissement et la guérison et de diminuer la souffrance.

(Gottlieb & Gottlieb, 2014, p. 67)

En ce qui concerne la douleur liée à la fibromyalgie, chaque personne est unique et a donc une histoire et des expériences personnelles. D'ailleurs, comme le mentionne Firestone et al. (2012), la gestion de cette maladie est hautement individualisée et comme le traitement est complexe, il faut souvent un essai et une erreur pour trouver une combinaison de modalités pour atténuer les symptômes (Firestone et al., 2012). Ce qui rejoint l'idée que chacune de ces personnes, dans le but de surmonter ces douleurs, a sûrement mis en place plusieurs actions, en faisant appel à ses forces pour s'adapter au mieux à ces dernières et en tenant compte de ses expériences passées, ce qui rejoint ces postulats. De plus, dans cette situation, l'infirmier apporte un soutien à la personne et son entourage dans le vécu de la maladie.

D'ailleurs, Firestone et al. (2012) mettent bien en évidence dans leur étude « Optimizing fibromyalgia management » que la gestion de la fibromyalgie doit être centrée sur le patient et être individualisée. Concept que l'on retrouve dans l'ASFF puisque le soignant est centré sur le patient, sur ses besoins à lui.

Mais encore, l'ASFF met l'accent « sur les moyens qu'a trouvés la personne pour faire face à l'adversité et rebondir » (Gottlieb & Gottlieb, 2014, p. 28), faisant référence avec l'étude « Effects of Reflexology on Pain in Patients With Fibromyalgia » de Akin Korhan et al. (2016), qui met en évidence le virage des patients vers des thérapies alternatives. D'ailleurs, toujours d'après cet article, la réflexologie effectuée par les infirmiers diminue les douleurs et l'anxiété des patients, améliorant ainsi leur qualité de vie. C'est une notion qui rejoint l'ASFF puisque l'infirmier entoure les personnes ainsi que les familles pour les aider à rester en santé et de favoriser le rétablissement en diminuant la souffrance (Gottlieb & Gottlieb, 2014).

De plus, l'étude de « Nurse Practitioners' Education, Awareness, and Therapeutic Approaches for the Management of Fibromyalgia » de Hughes et al. (2016), insiste sur l'importance du niveau de formation des infirmiers dans la prise en soins de la fibromyalgie. Selon le concept de l'ASFF, l'infirmier doit partir des forces du patient qui possède un savoir sur sa maladie. L'infirmier peut donc s'en inspirer afin d'étayer ses connaissances.

3.3. Question de recherche finale

Quelles interventions infirmières non pharmacologiques peuvent être mises en place avec la collaboration de la personne atteinte de fibromyalgie pour gérer ses douleurs ?

4. MÉTHODE

4.1. Sources d'information et stratégie de recherche documentaire

Afin de cibler des études les plus pertinentes pour répondre à la question de recherche, l'acronyme PICO a été utilisé. Cette technique qui consiste à décomposer la problématique en mots clés est décrite dans le tableau ci-dessous.

Tableau 3 : Terminologie PICO

P	I	C	O
Population	Intervention	Comparateur	Outcome
Personnes atteintes de fibromyalgie	Interventions infirmières non médicamenteuses	Milieu hospitalier	La gestion des douleurs

À partir de ces mots clés, une équation de recherche a été posée. Pour ce faire, ces mots ont été préalablement traduits et transformés en « Terme Mesh » à l'aide de la plateforme « HeTOP ». Cette démarche permet d'effectuer une recherche documentaire sur des bases de données reconnues et fiables. Elle est explicitée dans le tableau ci-dessous.

Tableau 4 : Démarche de traduction des mots clés

PICO	En français	HeTOP	
	Mots clés	En français	En anglais [Termes Mesh]
Population	Personnes atteintes de fibromyalgie	Fibromyalgie	Fibromyalgia
Intervention	Interventions infirmières non médicamenteuses ; méditation	Soins infirmiers ; non médicamenteuse ; gestion de la douleur ; méditation	Nursing care ; nurses ; Pain management ; meditation
Contexte	Milieu hospitalier	Hospitalier	Hospitals
Outcome	La gestion des douleurs	Résultat thérapeutique	Treatment outcome

Les bases de données scientifiques privilégiées dans ce travail sont « Pubmed » et « CINAHL ». Plusieurs équations de recherche ont été utilisées avec l'utilisation de l'opérateur booléen « AND », avant de trouver des articles pertinents. L'équation retenue pour chaque base de données est :

« **Pubmed** » : « ((fibromyalgia[MeSH Terms]) AND pain management[MeSH Terms]) AND treatment outcome[MeSH Terms] »

« **CINAHL** » : « (meditation) AND (fibromyalgia) »

En lien avec la problématique, la base de données « Pubmed » contenait des articles plus ciblés sur la fibromyalgie ainsi que des interventions non pharmacologiques afin de gérer les douleurs chez ces personnes. Alors que la base de données « CINAHL » regroupait des articles plus axés sur la pratique infirmière en lien avec la fibromyalgie.

La recherche d'article s'est effectuée du 14 mars au 26 novembre 2017. Elle a été réduite aux articles datant de moins de 5 ans afin d'obtenir des résultats proches de l'actualité. De plus, les articles complets en ligne ont été favorisés. Ceux choisis dans ce travail ont été retenus sur la base des critères de la problématique et de l'acronyme PICO, soit les critères suivants : les interventions utilisées ne sont pas pharmacologiques, la population cible est la personne atteinte de fibromyalgie, les interventions sont pratiquées par des infirmiers. Il devait au moins obtenir deux des trois de ces critères pour être retenu.

Ils ont ensuite été regroupés par thèmes, afin de vérifier que chaque thématique soit abordée. Les thématiques sont exposées dans le tableau ci-dessous.

Tableau 5 : Tableau synoptique des articles selon les thèmes abordés

	Akin Korhan et al., 2016	Hughes et al., 2016	Vas et al., 2016	Onieva- Zafra et al., 2013	Lauche et al., 2015	McBeth et al., 2012
Fibromyalgie et soins infirmiers	✓	✓		✓		
Gestion de la fibromyalgie	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Intervention non médicamenteuse	✓	✓	✓	✓	✓	✓

4.2. Diagramme de flux

Dans le cadre de ce travail, un total de 154 articles a été identifié dans les deux bases de données. Ceux datant de plus de 5 ans, soit 144, n'ont pas été retenus. Sur les 10 études restantes, 5 ont été exclus sur la base du titre ou du résumé pour les raisons suivantes : texte intégral indisponible, l'intervention ne se portait pas sur des patients atteints de fibromyalgie, elle n'était pas réalisable dans un contexte hospitalier ou elle ne pouvait pas être réalisée par des infirmiers. Une étude a également été trouvée par la méthode « boule de neige » lors d'une recherche d'information hors base de données, qui a été faite en parallèle. En fin de compte, 6 études ont été retenues.

Le processus d'identification des articles est fourni dans le diagramme de flux présenté dans la Figure 1 et un historique de recherche documentaire est présenté à l'Annexe 9.2, Tableau 12, page 55.

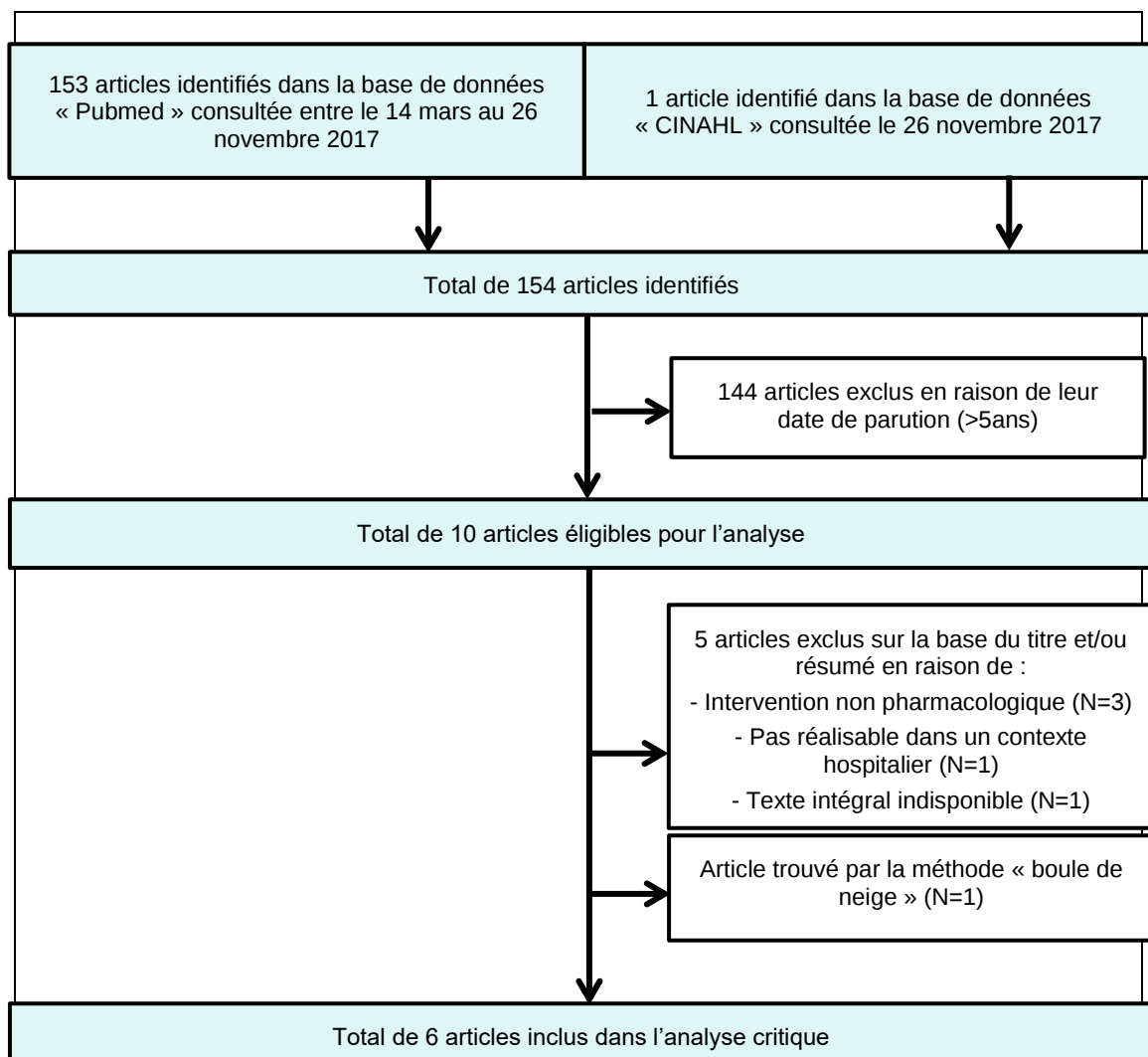


Figure 1 : Diagramme de flux décrivant le processus d'identification des articles

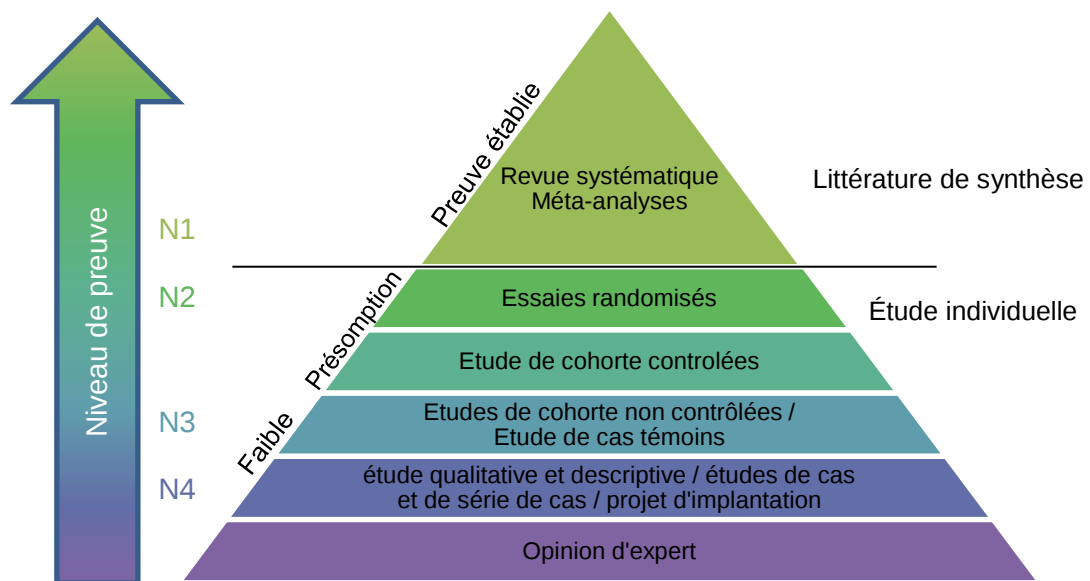
5. RÉSULTATS

Pour ce travail de Bachelor, six études ont donc été retenues. Parmi celles-ci, se trouvent une revue systématique et cinq études dont trois expérimentales et deux à devis mixte. Elles ont été analysées en fonction de leur niveau de preuve, afin d'élucider la problématique de départ.

En fonction de la force de l'étude, celle-ci est classée dans une hiérarchie de preuves à six niveaux, connue sous le nom de « niveaux d'interprétation des preuves » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 473), représentée sous la Figure 2 ci-dessous.

Cette hiérarchie sert à déterminer les études qui présentent les meilleurs devis pour répondre à une question clinique. Le degré de preuve le plus élevé correspond aux revues systématiques d'essais randomisés contrôlés. Le plus faible quant à lui se rapporte aux opinions d'experts (Fortin & Gagnon, 2016, p. 473).

Figure 2 : Niveau d'interprétation des preuves



Basé à partir du Centre Cochrane Français (2011) et de Fortin et Gagnon (2016, p. 473)

Après analyse de ces études, les bains dans des piscines chauffées, les programmes d'exercices, les TCC, la relaxation et le soutien psychologiques sont des thérapies présentant des preuves positives dans la gestion des douleurs chez les patients atteints de fibromyalgie, selon la revue systématique de Lauche et al. (2015). Cette revue comporte peu de limites, ce qui représente un fort niveau de preuve (N=1). Cependant, les auteurs précisent qu'il existe toujours des défauts méthodologiques limitant les conclusions définitives concernant leur efficacité et leur innocuité (Lauche et al., 2015).

En ce qui concerne les interventions infirmières pouvant être mises en place avec la collaboration du patient, la musicothérapie ressort en tête de liste avec l'étude de Onieva-Zafra et al. (2013). Cet essai randomisé contrôlé présente peu de limites (N=2). Concernant l'étude de Vas et al. (2016) sur l'acupuncture, celle-ci démontre également qu'il s'agit d'une intervention prometteuse (N=2). Cependant, cet essai randomisé contrôlé contient certaines limites, qui seront développées dans le sous-chapitre 5.1, page 29. En outre, l'acupuncture est une intervention aussi préconisée par les infirmières selon l'étude de Hughes et al. (2015). Or, cette dernière est une étude à devis mixte présentant ainsi un faible niveau de preuve (N=4). En ce qui touche la TCC, recommandée par Lauche et al. (2015), elle a été réalisée par téléphone dans l'essai randomisé contrôlé non aveuglé de McBeth et al. (2012) (N=3). Cette étude révèle également des résultats positifs pour cette thérapie. Finalement, la réflexologie, étudiée dans l'étude expérimentale sans groupe témoin de Akin Korhan et al. (2016) (N=4) pourrait aussi être une thérapie prometteuse dans la gestion de la douleur chez les personnes atteintes de la fibromyalgie.

5.1. Analyse critique des articles retenus

Dans l'aperçu systématique des revues de Lauche et al. (2015), sept revues ont été incluses en lien avec l'acupuncture : quatre d'entre elles portaient sur les effets de l'acupuncture dans le syndrome de la fibromyalgie. Tandis que trois autres on inclut cette thérapie. Or, les résultats varient entre les revues. Des preuves solides ont été démontrées parmi trois d'entre elles, mais dans deux autres, aucune preuve a été établie. Concernant les deux revues restantes, elles ont des résultats non concluants, donnant ainsi une constatation hétérogène. Cependant, les auteurs constatent que dans les dernières revues qui ont été publiées, il y a eu plus d'essais qui ont été inclus, permettant ainsi l'augmentation des méta-analyses. Ce phénomène permet d'avoir des résultats de plus en plus concluants. D'ailleurs, la qualité des revues était diversifiée. Il convient de mentionner qu'il existe une tendance sur le fait que les revues de meilleure qualité démontrent une conclusion positive. Les auteurs supposent donc que l'acupuncture pourrait être efficace pour le syndrome de la fibromyalgie. La revue incluait également d'autres thérapies, mais qui n'ont pas été analysées dans le cadre de ce travail, puisqu'elles n'étaient pas pertinentes ou adaptées à la problématique ainsi qu'au contexte de cette revue de littérature.

Au sujet de l'étude de Onieva-Zafra et al. (2013) sur l'effet de la musique comme intervention infirmière pour les personnes diagnostiquées avec la fibromyalgie démontre

que cette thérapie utilisée en tant qu'intervention infirmière diminue la douleur, mais aussi les symptômes dépressifs. Par ailleurs, cette étude inclut la théorie de Rogers de l'être humain unitaire donnant une plus-value pour les soins infirmiers en lien avec cette intervention. Néanmoins, cet essai randomisé contrôlé comporte une limite. En effet, il n'est pas indiqué si les participants prenaient éventuellement des traitements médicamenteux ou suivaient une autre thérapie en parallèle, ce qui pourrait constituer un biais d'information, ainsi qu'un biais de réponse.

En ce qui concerne l'étude de Vas et al. (2016), elle se portait sur l'acupuncture comme traitement individualisé pour les personnes atteintes de fibromyalgie. Elle a conclu que l'application d'un protocole d'acupuncture individualisé a significativement réduit les perceptions de l'intensité de la douleur, tout en améliorant la capacité fonctionnelle et la qualité de vie après l'intervention et pendant la période de suivi des patients. Cependant, à la fin de la période de suivi (T3 = 12mois), les participants utilisaient une quantité significativement plus élevée d'antidépresseurs. Les résultats obtenus pour ce moment doivent être interprétés avec prudence. D'ailleurs, dans le groupe intervention, le pourcentage de participant prenant des doses élevées d'antalgiques était plus important que dans le groupe intervention. Cette constatation aurait pu amplifier l'amélioration observée dans les scores de douleur dans ce groupe. L'auteur précise que ce déséquilibre mineur était un résultat aléatoire de la randomisation et n'était pas significatif et donc pas susceptible d'indiquer un biais.

Il est également important de souligner que les critères de diagnostics proposés par l'ACR utilisés dans cet essai randomisé contrôlé ne sont pas les plus récents, mais ceux publiés en 1990. D'autre part, le personnel de santé impliqué n'était pas aveuglé à l'intervention, ce qui pourrait être un biais d'enquêteur. Mais les évaluations ont été enregistrées par des infirmières de recherche aveuglées aux groupes de traitement. De plus, les professions représentées dans le personnel de santé qui ont pratiqué les interventions ne sont pas clairement explicitées. En outre, bien que l'étude précise que l'acupuncture a été utilisée comme une intervention infirmière, il est seulement indiqué que ces dernières ont participé à cette étude pour recueillir les données et donc aider à analyser ces résultats, mais il n'y a pas d'information concernant l'intervention. De même que l'étude ne contient pas de cadre théorique qui pourrait mettre en lumière le rôle infirmier avec cette intervention.

À propos de l'étude de McBeth et al. (2012) sur l'efficacité clinique de la thérapie cognitivo-comportementale par téléphone [TCCT], de séances d'exercice ou encore d'une intervention combinant ces deux thérapies chez des personnes atteintes de

fibromyalgie, démontre des résultats positifs à la fin de l'intervention, soit à six mois, ainsi qu'au neuvième mois. L'étude conclut que la TCCT et le programme sportif étaient associés à des améliorations statistiquement significatives sur la santé globale verbalisée des participants. Les deux thérapies associées n'étaient pas meilleures que lorsqu'elles étaient utilisées en traitement unique. Du moins, plusieurs limites sont présentes dans cet essai randomisé contrôlé non aveuglé. Premièrement, la profession des thérapeutes n'est pas clairement définie. Ainsi, il n'est pas possible de savoir si des infirmiers ont pu participer directement à l'intervention. Par ailleurs, les patients ont été recrutés dans des centres de première ligne de Grande-Bretagne. Or, parmi les quatre thérapeutes offrant les séances de TCCT, trois d'entre eux étaient basés en France, au Canada ou en Irlande, laissant un peu perplexe.

D'autre part, le fait de se voir offrir gratuitement l'aide d'un spécialiste pourrait entraîner un impact positif et même un sentiment de gratitude chez certains patients. Ce qui aurait pu influencer les réponses en faveur des thérapies offertes. Pour finir, les évaluations ont été réalisées jusqu'à la fin de l'intervention, soit au sixième mois, ainsi que trois mois plus tard. Ce suivi est relativement court pour une pathologie chronique où les effets à long terme sont importants.

L'étude de Hughes et al. (2015), quant à elle, porte sur l'évaluation de la sensibilisation des praticiens et des approches thérapeutiques pour la prise en soins de la fibromyalgie. Elle démontre que les infirmiers veulent et ont besoin d'une formation complémentaire sur la fibromyalgie. Bien qu'ils sachent que ce syndrome affecte la qualité de vie du patient, 95% d'entre eux déclarent avoir des difficultés pour reconnaître les signes et symptômes de la fibromyalgie. Cette étude à devis mixte met en évidence que ce manque d'information est particulièrement évident pour le traitement pharmacologique, puisqu'ils ont des références différentes. Concernant l'approche non pharmacologique, on peut observer que plus de la majorité d'entre elles préconisent, en plus des traitements pharmacologiques, des interventions alternatives comme de l'exercice, des TCC, la nutrition, la physiothérapie et l'acupuncture. Il est également important de retenir que seulement 27% de la population cible a rejoint l'étude, ce qui représente un faible taux de participation. De plus, il n'y a eu aucun test de fiabilité et de validité qui a été réalisé sur cette enquête et il n'a pas été précisé dans le sondage si les critères de diagnostic de l'ACR s'agissaient de ceux de 2010 ou de 1990.

L'étude expérimentale de Akin Korhan et al. (2016) sur l'effet de la réflexologie sur la douleur chez les patients atteints de fibromyalgie démontre que cette thérapie dans la routine de soins de ces patients pourrait fournir aux infirmières une pratique

efficace pour réduire l'intensité de la douleur auprès de cette population. En effet, les scores de douleurs ont été réduits de façon significative après l'intervention. Elle constitue un moyen fiable, non invasif et sans effets secondaires nocifs pour les patients. Cependant, il est important de relever que le design de cette étude est très peu précis. En effet, les auteurs précisent qu'il s'agit d'une étude expérimentale prospective et évoquent la notion de groupe au pluriel, laissant sous-entendre qu'il y en a eu plusieurs pour effectuer cette étude. Or, ils n'expliquent à aucun moment le nombre de groupes, les modalités de répartition ainsi que le nombre de participants dans chacun d'entre eux, laissant penser que cette étude a finalement été réalisée sur un seul groupe. De plus, à aucun moment il n'est précisé si cette étude est incluse dans une plus grande étude. Ainsi, plusieurs biais existent. Compte tenu du fait que l'infirmière de recherche n'ait pas été « aveuglée », cela constitue un biais d'enquêteur. Quant à la diminution favorable sur la douleur en lien avec cette intervention, le fait de n'avoir pas comparé deux groupes peut constituer un biais de réponse, laissant ainsi perplexe sur la validité interne de l'étude.

5.2. Tableau comparatif

Les résultats de l'analyse critique des six études sont synthétisés dans les tableaux ci-dessous². Ils sont classés en fonction de leur niveau de preuve dans un ordre décroissant, c'est-à-dire du plus haut au plus bas niveau de preuve.

² Plusieurs abréviations sont utilisées dans les tableaux afin d'optimiser l'espace. Veuillez vous référer à la Liste des abréviations située à la page v.

Tableau 6 : A Systematic Overview of Reviews for Complementary and Alternative Therapies in the Treatment of the Fibromyalgia Syndrome

Auteurs Année	Population / Type étude But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites/ commentaires
Lauche et al., (2015)	Type d'étude : Revue systématique (sur 25 revues systématiques) But : Résumer les preuves et la qualité méthodologique des revues systématiques de la médecine complémentaire et alternative [MCA] pour le syndrome de la fibromyalgie [SFM]. Pays : Allemagne	Critères d'inclusion : <u>Les revues :</u> - Prétendant être systématiques avec ou sans méta-analyse, ainsi qu'une recherche systématique de la littérature visant à un aperçu complet des preuves. - Portant sur les effets des TCA, ciblant que les patients atteints de FM et se concentrant sur une seule thérapie ou sur la MCA en général. - Évaluant au moins l'une de ces mesures centrées sur le patient : la douleur, la qualité de vie, la qualité du sommeil, la fatigue, la détresse psychologique, le bien-être et/ou la sécurité. - Publiées en documents complets, en anglais ou allemand et dans des revues évaluées par des pairs. Critères d'exclusion : - Revues indiquant explicitement avoir choisi seulement des essais sélectionnés, par exemple, par préférence personnelle. - Revues comprenant des thérapies pour les classes de maladies comme les maladies rhumatismales en général en incluant la FM. Méthode : - Les bases de données suivantes ont été consultées : PubMed / MEDLINE, Scopus et la bibliothèque Cochrane depuis leur création jusqu'au 25 septembre 2013. - Recherche documentaire construite autour du terme « syndrome de la fibromyalgie » « revu » et « méta-analyse » adaptée pour chaque base de données. - Les doublons ont été supprimés. - Les résumés des articles ont été examinés par 2 examinateurs individuellement. - Les revues ont été vérifiées en détail. - Les examinateurs ont extrait indépendamment les données sur les caractéristiques des revues (intervention, comparateur, types d'études incluses, nombre d'étude et de patients, informations sur la méta-analyse, évaluation du risque de biais et de sécurité). Les désaccords ont été vérifiés auprès d'un 3^{ème} examinateur et résolus par un accord. Les articles éligibles ont été inclus dans cette revue. Instrument de mesure : La qualité méthodologique des revues a été déterminée à l'aide de l'outil de mesure AMSTAR.	Principaux résultats sur les massages : Une seule revue sur les massages a été incluse. Celle-ci a été jugée de qualité très basse. Principaux résultats sur les interventions mentales /corporelles : Des preuves limitées ont été trouvées sur les interventions de mind-body (esprit-corps) et la réflexologie, mais pas pour l'entraînement autogène. Principaux résultats sur l'acupuncture : 4 revues portaient sur les effets de l'acupuncture dans le syndrome de la fibromyalgie et 3 revues complètes l'ont inclus. Les résultats varient entre les revues : 3 démontrent des preuves solides sur la douleur, 2 ne trouvent aucune preuve et 2 autres ont des résultats non concluants.	Commentaires : <u>Cadre théorique :</u> Cette revue n'inclut pas les soins infirmiers dans les thérapies. Limites : <u>Selon les auteurs :</u> - Critères d'inclusions : des revues incluaient explicitement des thérapies de MCA, mais d'autres ont mené des revues complètes pour la MCA en général. La définition de la MCA n'est pas toujours cohérente, conduisant à une probable direction différente de chaque revue et une influence sur les résultats. - Les principales lacunes méthodologiques comprenaient les détails manquants sur le processus d'extraction des données, les études incluses ou exclues, les détails de l'étude et l'adaptation des conclusions fondées sur l'évaluation de la qualité.

Tableau 7 : Effect of Music as Nursing Intervention for People Diagnosed with Fibromyalgia

Auteurs Année	Population / Type étude But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites/ commentaires
Onieva-Zafra et al., (2013).	Population : 55 personnes de 45 à 65 ans, atteints de FM depuis 3 ans. Type d'étude : Étude expérimentale prospective (longitudinale), interventionnelle : essai randomisé contrôlé But : Étudier les effets de la musicothérapie sur la douleur et de dépression dans un contexte de FM, en utilisant la théorie de Roger de l'être humain unitaire comme cadre théorique. Pays : Les participants ont été recrutés dans 3 associations de FM établies en Andalousie (sud de l'Espagne).	Population : 70 participants, hommes et femmes, âgés de 45 à 65 ans, atteints de FM depuis 3 ans. 10 ont été exclus sur les critères d'exclusion et 5 n'ont pas terminé l'étude : 3 du groupe contrôle [GC] et 2 du groupe intervention [GI], ce qui a donné lieu à un échantillon final de 55 participants. Critères d'inclusion : Être diagnostiqué avec FM depuis 3 ans et être âgé entre 16-65 ans. Critère d'exclusion : État psychiatrique majeur, incapacité à comprendre ou à suivre les instructions, incapacité à lire et à écrire en espagnol, surdité Données démographiques : Âge, sexe, état matrimonial, année de diagnostic de la FM Modalité de distribution : 30 patients ont été affectés au GI musical et 30 au GC. Intervention : - Les patients ont reçu des instructions pour écouter un CD chez eux : 4 jours la 1^{ère} semaine et tous les jours pendant la 2^{ème} semaine. - Ils ont également reçu un cahier avec une échelle visuelle analogique [EVA] à remplir tous les jours au coucher et un journal pour annoter les jours où le CD a été utilisé. - Une fois ces 2 semaines terminées, le patient a eu une autre séance avec l'investigateur pour recevoir un 2^{ème} CD. - Le CD a été donné au patient avec les mêmes instructions que pour le 1^{er}. - Des mesures répétées ont été prises au départ et après la 4^{ème} semaine. - Le style de musique utilisée était un mix de musique classique et de salsa. - Les participants ont été suivis pendant 4 semaines. Instrument de mesure : 3 instruments normalisés ont été utilisés dans cette étude : l'EVA pour la dépression et la douleur, la forme longue du questionnaire sur la douleur de l'Université McGill : McGill Pain Questionnaire MPQ-LF (r=0.70-0.90, donc fiable) et l'inventaire de la dépression de Beck = Beck Depression Inventory BDI (r= 0.93).	- L'étude a démontré des différences significatives entre les 2 groupes au niveau du changement de douleur éprouvé pendant 4 semaines (p = 0.042). - Les 28 participants du GI ont rapporté une réduction significative de la douleur (douleur au mouvement : p = 0,002, douleur au repos : p = 0,001) à la 4^{ème} semaine par rapport aux résultats de base. - Les participants du GC ne notaient aucune réduction de la douleur à la 4^{ème} semaine (douleur au mouvement : p = 0,42, douleur au repos : p = 0,08) par rapport aux scores de base. - Les différences dans le GI concernant l'EVA au départ et à la semaine 4 sont également significatives (p = 0,041). - Le GI a également montré une amélioration significative de la douleur mesurée par MPQ-LF : catégories sensorielles (p = 0.039), affectives (p=0.096) et évaluatives (p= 0.018). - Le GC n'a montré aucun changement significatif dans les scores MPQ-LF par rapport aux résultats de base.	Commentaires : <u>Cadre théorique :</u> L'étude s'appuie sur la théorie de Rogers de l'être humain unitaire permettant de mettre en lumière le rôle de l'infirmière dans cette intervention. <u>Éthique :</u> approuvée par le comité d'éthique [CE] de l'Université d'Almeria. Aucune incitation financière n'a été offerte. Limites : Absence d'information concernant la prise éventuelle de traitement ou le suivi d'une autre thérapie en parallèle des participants. <u>Selon auteurs :</u> Il y a un manque de preuves concernant d'autres symptômes spécifiques de FM (migraine, fatigue et la raideur matinale).

Tableau 8 : Acupuncture for fibromyalgia in primary care : a randomised controlled trial

Auteurs Année	Population / Type étude But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites/ commentaires
Vas et al., (2016)	Population : 153 patients âgés de plus de 17 ans, ayant reçu un diagnostic de FM selon les critères ACR de 1990. (Le recrutement des participants a débuté en octobre 2010 et s'est achevé en décembre 2012). Types d'étude : <u>Devis mixte :</u> - Étude expérimentale prospective (longitudinale), interventionnelle : essai randomisé contrôlé - Approche qualitative But : Évaluer l'efficacité d'un protocole individualisé d'acupuncture pour les patients atteints de FM. Pays : 3 centres de soins primaires dans le sud de l'Espagne	Caractéristiques : les participants n'avaient jamais reçu d'acupuncture auparavant. Ils ont été référés par leur médecin généraliste à l'un des 3 centres de l'étude. Ils ont tous été diagnostiqués selon les principes de la MTC par l'expert médical du centre de santé. Les participants prenaient en parallèle les traitements pharmacologiques habituels prescrits par leur médecin traitant. Sur les 164 participants, 153 l'ont terminé. Critère d'exclusion : maladie chronique liée à une pathologie autre que la FM. L'utilisation d'anticoagulant, d'opiacés, être enceinte, allaiter, être impliqué dans un litige professionnel en lien avec la FM. Données démographiques : l'âge, sexe, nationalité, IMC, profession, revenu, activité lucrative, nombre de mois écoulé depuis le diagnostic, fumeur, comorbidité, douleur, dépression sévère, la spécialisation du personnel de santé qui a effectué le diagnostic. Modalité de distribution : Les participants ont été affectés aléatoirement à l'un des 2 groupes de l'étude : le groupe intervention [GI] qui a reçu l'intervention réelle et le groupe contrôle[GC]. Intervention : Les participants à l'étude ont reçu 9 séances d'acupuncture de 20 minutes (réelles ou simulées) à raison d'une par semaine. Le GI a reçu de l'acupuncture individualisée basée sur le diagnostic MTC en utilisant un algorithme de sélection de points personnalisés basé sur les caractéristiques de chaque patient Le GC a reçu une simulation d'acupuncture sur les régions dorsale et lombaire avec des tubes de guidages pour le même type d'aiguille que l'acupuncture réelle.	L'analyse a révélé une réduction de l'intensité à la douleur plus importante dans le GI ($p=0.001$). Cette réduction a persisté sur la période de suivi avec des différences significatives ($p < 0,01$) en faveur du GI. Sur les autres items (fatigues ($p.001$), anxiété ($p.0.01$) et dépression (0.01)) il y a eu des améliorations pour le GI à T1. La diminution de l'intensité de la douleur à (T1) était plus grande ($p = 0,001$) dans le GI que dans le GC.	Commentaires : <u>Données démographiques :</u> l'échantillon est représentatif, car 98.8% étaient des femmes. Il n'y avait aucune différence entre les groupes dans la distribution des variables cliniques démographiques et de base. <u>Ethique :</u> validation par le CE et consentement éclairé obtenu pour tous les participants. <u>Cadre théorique :</u> l'étude ne contient pas de cadre théorique qui pourrait mettre plus en lumière le rôle infirmier avec cette intervention. Limites : - Absence d'indication concernant les professions représentées dans le personnel de santé qui ont pratiqué les interventions. <u>Intervention en simple aveugle :</u> - Étant donnée la nature des interventions réalisées, le personnel de santé impliqué n'était pas aveuglé à l'allocation, mais toutes les évaluations ont été enregistrées par des infirmières de recherche aveuglées aux groupes de traitement - Ces mêmes infirmières ont fourni toute l'aide requise avec les questionnaires autoadministrés. Les psychiatres spécialistes appliquant la HDRS étaient également aveugles à l'allocation, de même que le personnel responsable de l'analyse statistique.

Auteurs Année	Population / Type étude But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites/ commentaires
		Le temps consacré au traitement et à l'évaluation des participants était identique dans les 2 groupes. Les données ont été recueillies durant une période de 12 mois par des infirmières de recherche aveuglées au groupe de traitement. Le personnel de santé qui a fourni les soins a reçu au moins 300 heures de formation dans le domaine et avait plus de 3 ans d'expérience pratique. Instruments de mesure : Les données nécessaires pour évaluer l'efficacité du traitement ont été recueillies au moyen d'entretien, de questionnaires autoappliqués et de mesures physiques au départ (T0) et à 10 semaines (T1), 6 mois (T2) et 12 mois (T3) après que l'intervention a commencé. <u>Plusieurs variables ont été évaluées :</u> <u>Quantitatif :</u> la principale était sur le changement de l'intensité de la douleur évaluée à l'aide de l'EVA à plusieurs reprises. Le changement du niveau de dépressions était également évalué par l'échelle d'hétéroévaluation de dépression de Hamilton [HDRS]. <u>Qualitatif :</u> les autres variables comprenaient, la qualité de vie liée à la santé évaluée par le questionnaire de santé abrégé SF-12, l'amélioration perçue par le participant, le changement dans l'utilisation des médicaments. L'influence de la structure familiale sur la dépression a également été évaluée à l'aide d'une interview semi-structurée à l'aide de la technique du génogramme.		<u>Critère de diagnostics :</u> - Les critères utilisés de diagnostics proposés par l'ACR, ne sont pas les plus récentes, mais ceux publiés en 1990.

Tableau 9 : Cognitive behavior therapy, exercise, or both for treating chronic widespread pain

Auteurs Année	Population / Type étude But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites/ commentaires
McBeth et al., (2012)	Population : 442 patients ≥ 25 ans, souffrant de douleurs chroniques généralisées [DCG] dans le cadre d'une FM, répondant aux critères de l'ACR 1990 et inscrits à l'un des 8 centres de pratiques générales (soit $< 1\%$ de la population ciblée). Type d'étude : Étude expérimentale prospective interventionnelle : randomisée, contrôlée, non aveuglé. But : Évaluer l'efficacité et l'efficacité d'une TCCT, de séances d'exercices ou d'une intervention combinant les 2 précédentes versus un traitement habituel [TH] seul. Pays : Les participants ont été recrutés dans 8 centres de première ligne de pratique générale (1 en Écosse et 7 en Angleterre).	Population cible : - Toutes les personnes âgées d'au moins 25 ans inscrites à l'un des 8 centres de pratiques générales = 45 994 patients - Ils ont tous reçu un bref questionnaire de dépistage par voie postale - Ce bref questionnaire était basé sur la douleur (localisation, distribution, fréquence), en plus du questionnaire de grade de douleur chronique, du Questionnaire Général sur la Santé et l'ostéoarthrite diagnostiquée ou l'arthrite rhumatoïde). 878 le complètent et sont éligibles. Ils ont rapporté une DCG (<i>classée selon la définition utilisée dans les critères de l'ACR pour la FM</i>) pour laquelle ils avaient consulté leur médecin au cours de l'année écoulée. Critère d'exclusion : trouble psychiatrique sévère (suicidaire ou psychotique), incapacité de participer à l'intervention, contre-indication à l'exercice ou à l'intervention, douleur thoracique à l'effort, syncope, épilepsie, fracture récente. Donnée démographique : âge moyen : 55 à 57 ans et 72 à 80% sont des femmes. Modalité de distribution : Randomisation électronique individuelle à des interventions actives ou TH, stratifié par 2 prédicteurs importants de résultat, a été mené au Centre for Healthcare Randomized Trials, Aberdeen. Intervention : 4 groupes a donc été créés : 1. TH proposé par le médecin de famille, mais non enregistré (n=109) 2. TCCT en plus du TH : évaluation initiale, 7 séances hebdomadaires (de 30 à 45 minutes), puis 1 séance à 3 mois et 1 à 6 mois, distribution d'un manuel (n=112) 3. Programme d'exercices de gymnastique (durée recommandée de 20 à 60 minutes, au moins 2 x/semaine) +TH. Une séance initiale puis 6 séances mensuelles conduites par un instructeur pour le suivi (n=109) 4. Intervention combinée : TCCT + exercices de gymnastique + TH (n=112)	Les pourcentages rapportant un résultat positif à 6 et 9 mois étaient respectivement : - Groupe TH, 8% et 8% - Groupe TCCT, 30% et 33% - Groupe d'exercice, 35% et 24% - GI combiné, 37% et 37% (p < 0,001). Après ajustement, les interventions délivrées ont amélioré les résultats par rapport à TH. À 6 et 9 mois, l'intervention combinée était associée à des améliorations du score de la composante physique du questionnaire SF-36 et à une réduction des stratégies	Commentaire : <u>Éthique</u> : validation par le CE et consentement éclairé obtenu. <u>Cadre théorique</u> : l'infirmière ne fait pas partie des professionnels qui ont donné ces interventions et de ce fait, il n'existe pas de cadre théorique donnant une plus-value pour la profession des soins infirmiers avec cette intervention dans cette étude. Limites : - Le TH prescrit par le médecin traitant n'était pas précisé. - Les patients ont été recrutés dans des centres de première ligne de Grande-Bretagne, mais 3 des 4 thérapeutes offrant les séances par téléphone étaient basés en France, au Canada ou en Irlande. - Le critère de jugement primaire est peut-être subjectif. - Des questions sur l'acceptabilité des thérapies par téléphone dans d'autres contextes, dans d'autres cultures, ainsi que leur

Auteurs Année	Population / Type étude But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites/ commentaires
		Durée des interventions : 6mois Méthode : - Les TCCT ont été donnés par 4 thérapeutes (situés en France, au Canada, en Irlande et en Angleterre) accrédités par l'Association britannique pour le comportement et les psychothérapies cognitives (moyenne d'expérience, 11 ans [extrêmes, 2-20 ans]). - Les thérapeutes ont reçu 3 jours de formation spécifique à l'essai, un manuel de thérapeute et une supervision clinique bimensuelle. - Toutes les séances ont été enregistrées numériquement pour une utilisation dans la supervision du thérapeute. Instrument de mesure : <u>Critères de jugements primaires</u> : échelle d'auto-évaluation pour mesurer le changement de santé en 7 points (de beaucoup plus mal à beaucoup mieux), scores 6 (mieux) et 7 (beaucoup mieux) jugés comme une amélioration cliniquement significative. <u>Critères de jugements secondaires</u> : - Questionnaire sur le grade de la douleur chronique (CPG) - L'échelle d'évaluation de la fatigue - Vanderbilt pain management inventory (VPMI) (évalue les stratégies de coping) - Questionnaire général sur la santé (GHQ) - L'échelle de sommeil - Questionnaire Tampa (TSK) (évalue la kinésiphobie) - Questionnaire de santé version abrégé (SF-36) pour la santé mentale (SF-36 MCS) et physique (SF-36 PCS) - Qualité de vie (QoL) <u>Résultats mesurés par questionnaire</u> envoyé par voie postale ou réalisée par téléphone en insu du traitement suivi, 6 mois et 9 mois après la randomisation <u>Calculs des Odds Ratio</u> avec un intervalle de confiance à 95% ajusté en fonction de l'âge, du sexe, de la CPG de base, des scores GHQ et du centre d'étude.	d'adaptation passive. - Les conclusions sur le rapport coût-efficacité étaient sensibles aux données manquantes.	possibilité de financement peuvent se poser. - Les critères de jugement secondaire sont très nombreux que le fait de trouver des résultats significatifs est probablement pas très fiable. <u>Selon les auteurs :</u> - En raison de la nature des interventions, ni les patients ni les thérapeutes n'étaient aveuglés à l'attribution du traitement. Cependant, les données sur les résultats ont été recueillies, entrées, codées, nettoyées et analysées à l'insu de l'attribution du traitement. - Le taux d'abandons est relativement élevé (près de 20% dans le bras TCCT), malgré une gratuité. - Les interventions proposées aux patients ont pu influencer les propositions du médecin traitant et le suivi de celles-ci. - L'amélioration est d'ailleurs semblable dans les 3 groupes avec ajout d'un traitement.

Tableau 10 : Nurse Practitioner's Education, Awareness, and Therapeutic Approches for the management Of fibromyalgia

Auteurs Année	Population / Type étude But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites/ commentaires
Hughes et al., (2016)	Population : 66 infirmières praticiennes membres de l'Organisation des infirmières et infirmiers praticiens dans un État du Midwest ont participé sur un total de 242. Type d'étude : <u>Devis mixte</u> - Quantitatif : expérimental - Approche qualitative But : Évaluer la formation et la sensibilisation des infirmières praticiennes à la FM et évaluer les pratiques des infirmières praticiennes pour la prise en soins de la FM Pays : USA	Critère d'inclusion : Infirmière praticienne membre de l'organisation des infirmières et infirmiers dans un état du Midwest. Critère d'exclusion : Aucun Intervention : Un sondage descriptif en ligne de 24 questions a été utilisé pour évaluer la sensibilisation des infirmières praticiennes en ce qui concerne leurs connaissances et leurs capacités à reconnaître et à traiter la FM. Méthode : - Le sondage a été envoyé par mail à 242 infirmières praticiennes membres de l'Organisation des infirmières et infirmiers praticiens dans un État du Midwest. - Sur les 24 questions : 4 concernaient la formation sur la FM, 11 questions sur la sensibilisation à la FM et 5 questions sur le traitement de la FM. - Une lettre précisant que le sondage est anonyme a été également envoyée aux participants. - Cette étude « Évaluation de la sensibilisation des praticiens et des approches thérapeutiques pour la prise en charge de la fibromyalgie » a été élaborée par les spécialistes des résultats médicaux de Pfizer et a été utilisée par la société pour évaluer la prise en charge des patientes fibromyalgies. Données démographiques : pratique principale, profession, sexe, âge, années de pratique et le nombre de patients atteint de FM traités au cours de l'année précédente. Instrument de mesure : le sondage de 24 questions	Principaux résultats : - 66 infirmiers ont répondu, ce qui donne un taux de réponse de 27% - 65 infirmiers étaient des femmes - L'âge moyen était de 49 ($\pm$ 9.9) ans - Le temps moyen de pratique était de 10.4 ans (extrême de 1 à 30 ans) - Sur les 12 derniers mois, le nombre moyen de patients atteint de FM traité par chaque infirmière praticienne était de 14. Principaux résultats sur la formation : - 71% des infirmiers ont reçu de l'enseignement sur la FM pendant leurs études. - Sur les 2 dernières années, 73% n'avaient pas participé à un programme éducatif sur la FM. 76% se sont formés et 55% ont besoin de plus d'information. Principaux résultats sur la sensibilisation : - 25% des infirmières étaient totalement ou presque en confiance pour différencier la FM d'une autre affection. 51% sont plutôt confiante et 7% ne le sont pas. - 62 % connaissent les critères de l'ACR. - 70% utilisent l'EVA pour évaluer la douleur. Les thérapies non médicamenteuses : - 88% recommandent des exercices : 58% pour la TCC ; 56% pour la nutrition ; 53% la kinésithérapie ; 33% pour l'acupuncture et 23% pour une thérapie alternative comme l'aqua thérapie et massage.	Commentaire : <u>Éthiques :</u> : L'achèvement du formulaire par les participants a indiqué un consentement éclairé. - Absence de vraies questions pour demander aux participants s'ils souhaitent intégrer l'étude. <u>Cadre théorique :</u> Absence de théorie infirmière qui pourrait élucider le rôle de l'infirmière dans cette problématique. Limites : - Aucun test de validité et de fiabilité n'a été réalisé sur cette enquête. - Seulement 27% de la population cible a répondu. - Les critères de diagnostic de l'ACR n'avaient pas été précisés dans le sondage s'il s'agissait de ceux de 2010 ou de 1990. - Sur les 24 questions, 4 d'entre elles ne sont pas détaillées.

Tableau 11 : Effects of Reflexology on Pain in Patients With Fibromyalgia

Auteurs- Année	Population / Type étude But de l'étude Pays	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites/ commentaires
Akin Korhan et al., (2016).	Population : 30 femmes de 18-70ans hospitalisées dans l'unité d'algologie de l'hôpital universitaire entre le 01/01/2012 et le 01/11/2012 ayant reçu un diagnostic de FM selon les critères de l'ACR (1990). Type d'étude : Expérimentale prospective (longitudinale), interventionnelle But : Évaluer l'effet de la réflexologie sur l'intensité de la douleur chez les patientes atteintes de FM, appliqué par des infirmiers. Lieu/Pays : Izmir (Turquie)	Critères d'inclusion : Ne pas avoir reçu de traitement non pharmacologique ou de thérapie intégrative avant l'intervention de réflexologie. (Seul le traitement pharmacologique était spécifié dans les protocoles de traitement des patients. La sélection des patients reposait sur leurs déclarations au cours des entretiens qu'ils n'avaient pas reçus de thérapie d'intégration de leur propre choix). Critère d'exclusion : - Avoir une maladie psychiatrique, neurologique et un problème de latéralité. - Ils n'avaient pris aucun somnifère ou médicament sédatif, n'avaient reçu aucun traitement par des méthodes complémentaires ou alternatives. Données démographiques : recueillies à partir des dossiers médicaux des patients. Ils comprenaient les années écoulées depuis la pose du diagnostic de douleurs neuropathiques, l'âge, le sexe et niveau d'éducation, durée de la douleur, fréquence et intensité de la douleur vécue par le patient. Intervention : - Avant le 1^{er} traitement, des informations étaient données aux patients sur la réflexologie et les effets attendus durant le traitement. - Chaque session était réalisée dans une chambre individuelle de la clinique. - Les patientes bénéficiaient de sessions de réflexologie dans une position allongée allant de 12 à 60 minutes, et ce sur une période de 6 semaines. - Elles ont reçu 1 séquence de réflexologie sous forme de massage par pression dans le but de stimuler plusieurs points réflexes spécifiques sur les pieds associés à des organes de	Après avoir comparé les résultats des EVA de chaque patient à la minute 0 et à la 60^{ème} minute, il en ressort que : - Les différences de scores EVA moyens pour 0min et 60min comparés en interne sont statistiquement significatives [SS] ($p < 0.05$) - Il y a eu une différence SS entre les semaines dans les scores EVA moyens ($p < 0,05$). - Un examen de la différence du score moyen d'EVA pour chaque semaine montre qu'il n'y avait pas de différence SS entre les scores EVA moyens de la 1^{ère} et de la 2^{ème} semaine ($p > 0,05$), mais qu'il y avait une différence SS entre les valeurs des semaines 3, 4, 5 et 6. Les scores moyens d'EVA chez les patients de la 2^{ème} semaine n'étaient pas significativement différents.	Commentaire : <u>Éthique :</u> approuvée par le CE. Consentement éclairé obtenu <u>Cadre théorique :</u> L'étude ne contient pas de cadre théorique qui pourrait mettre plus en avant le rôle infirmier en lien avec cette intervention. Limites : - Cette étude expérimentale prospective semble avoir été réalisée sur un seul groupe et tous les participants ont reçu l'intervention. - S'il y a eu plusieurs groupes : Absence d'information sur le nombre de groupe, les modalités de distribution, ainsi que le nombre de participants dans ces groupes. <u>Biais :</u> 1. Le fait que l'infirmière de recherche n'ait pas été "aveuglée" constitue un biais d'enquêteur. 2. Même s'il y a une diminution favorable sur la douleur en lien avec cette intervention, le fait de n'avoir pas comparé deux groupes peut constituer un biais de réponse, laissant ainsi perplexe sur la validité interne de l'étude.

		tout le corps. Cette méthode était basée sur celle d'Eunice Ingham qui est soutenue par l'institut international de la Réflexologie. - Les autres séances ont été appliquées bilatéralement aux mains et aux pieds des patients, à l'aide de la technique du pouce et du doigt. Instrument d'une mesure : la douleur a été évaluée pour chaque patient à l'aide de l'EVA allant de 0 à 10, avant et après la session et à chaque séance pendant les 6 semaines. Les données ont été collectées sur une période de 10 mois en l'an 2012.		
--	--	--	--	--

6. DISCUSSION

Il existe à ce jour, plusieurs traitements non pharmacologiques pour améliorer la gestion de la douleur chez les personnes atteintes de fibromyalgie. Que ce soit dans un contexte hospitalier avec la collaboration de l'infirmière, mais également dans une situation à domicile où le patient pourrait effectuer lui-même ces interventions non médicamenteuses.

Les résultats des études sont prometteurs pour gérer la douleur chez les personnes touchées par la fibromyalgie. Cependant, il faudrait mener davantage de recherches sur une plus grande durée avec un échantillon plus vaste, afin d'obtenir des conclusions plus probantes.

6.1. Fibromyalgie et soins infirmiers

Concernant les connaissances des infirmières sur ce syndrome, l'étude de Hughes et al. (2016) démontre bien le besoin d'enseignement à ce sujet. Il serait donc intéressant d'intégrer cette maladie dans le cursus de formation de base des étudiants en soins infirmiers. Si l'on prend l'exemple de l'enseignement à Genève, il serait possible de l'intégrer dans le module des maladies chroniques, comme le diabète et l'oncologie.

À propos des connaissances sur les traitements, cette étude révèle une lacune plus marquée sur l'approche médicamenteuse. Or, elle démontre aussi qu'une grande majorité des infirmières préconise de plus en plus les interventions non pharmacologiques dans leur pratique. Ceci met bien en évidence la présence d'une évolution dans la vision des soins et du virage de paradigme au sein de la profession infirmière. À noter que cette étude repose sur une enquête réalisée aux USA. Or, il n'existe pas à ce jour de documentations sur les connaissances des infirmiers en lien avec la fibromyalgie en Suisse, ce qui complique l'évaluation du besoin dans ce pays.

Dans ce contexte, hormis le manque d'information pour la Suisse, il est primordial de travailler avec le patient pour l'orienter sur des thérapies qui lui conviennent et ceci, en fonction de ses besoins et de son expérience, ce qui fait sens avec l'ASFF. Dès lors, il semble aussi important d'intégrer dès le cursus de formation des notions d'interventions infirmières non pharmacologiques basées sur des données probantes. En effet, toujours au niveau de la formation à la HEEdS, il serait intéressant de développer un cours plus spécifique en lien avec les thérapies non pharmacologiques, lors du module qui intègre les douleurs chroniques. De plus, il serait intéressant d'inclure un atelier spécifique, comme une initiation sur les thérapies de l'esprit telles que l'hypnose

et les TCC, ainsi que la musicothérapie ou encore des massages avec des points de réflexologie, et ce, en fonction des recherches qui sont faites en parallèle. Cette démarche permettrait non seulement aux étudiants de développer ces approches, de mieux les outiller pour leur entrer en fonction en tant que professionnel, mais encore de développer le rôle propre de l'infirmier. De ce point de vue, cela permettrait également de répondre à la demande en augmentation des approches alternatives pour diminuer les douleurs chroniques. Dans un second temps, s'ils le souhaitent, les infirmiers diplômés auront la possibilité de suivre une formation spécialisée sur l'hypnose, par exemple.

Dans cette perspective, inclure ces approches alternatives aurait également des répercussions positives d'un point de vue économique. En effet, quand on sait les coûts qu'engendrent ces maladies chroniques, il serait possible de diminuer ces frais en intégrant des interventions non pharmacologiques, dont les coûts sont moins élevés. D'ailleurs, le fait de les dispenser par des infirmiers permettrait à bien plus de patients d'avoir accès à ces interventions. Surtout lorsque l'on sait que certaines personnes n'ont pas d'assurance complémentaire qui prenne en charge ce genre de thérapie. En vue de tous ces éléments, la société, les assurances et surtout le patient seraient bénéficiaires de cette approche alternative délivrée par la profession des soins infirmiers.

En ce qui touche la recherche, comme le dit Akin Korhan et al. (2016), les infirmiers sont dans une position primordiale pour mener des études, notamment sur la réflexologie. En effet, le contexte holistique est en phase avec les philosophies derrière cette thérapie, ainsi qu'avec l'ASFF. Or, ce n'est pas la seule thérapie à rentrer dans ce contexte. En effet, la musicothérapie, les TCC et l'hypnose ont également cette philosophie. Il serait d'ailleurs intéressant et judicieux de commencer par une étude qualitative, surtout en Suisse, où la documentation est très pauvre à ce sujet. Cette recherche permettrait dans un premier temps de recueillir l'avis de la population concernée en lien avec les interventions non pharmacologiques. Soit les personnes atteintes de la fibromyalgie, ainsi que des professionnels de la santé qui prennent en soins ces personnes, en particulier les infirmiers de l'équipe douleurs, pour le milieu hospitalier. Dans un second temps et en fonction des résultats recueillis et analysés, il serait intéressant de faire des études quantitatives à devis expérimental sur les thérapies qui sont ressorties dans les études qualitatives. De plus, il serait pertinent d'intégrer une théorie infirmière afin d'associer les soins infirmiers au but de l'étude.

En effet, un cadre théorique permettrait non seulement de mettre en lumière le rôle de l'infirmier dans ces interventions, mais aussi d'aiguiller l'étude en regard de la

théorie choisie. Par exemple, l'utilisation de l'ASFF, qui est inclus dans ce travail de Bachelor, permettrait dans une étude expérimentale d'orienter les interventions dans une approche individualisée et donc adaptée à la personne. Dans cette optique, l'infirmier, qui a le rôle de collaborateur envers le patient dans cette théorie, pourra proposer, selon les EBP, des interventions en s'appuyant sur les expériences, forces et ressources de la personne en face d'elle, en lui laissant le choix. Ce qui fait totalement sens avec le contexte des douleurs chroniques dues à la fibromyalgie. Ce cadre donne ainsi une vraie plus-value à cette profession.

En liaison avec l'étude expérimentale, cette dernière permettrait en plus d'évaluer l'impact de ces interventions au niveau suisse. Il serait également important d'effectuer ces recherches sur un plus vaste échantillon et sur une durée plus longue que les études actuelles, étant donné que cette maladie rentre dans un contexte de chronicité. À cette fin, cela permettra de rendre ces études plus probantes.

Il semble également important de relever que dans certaines régions, comme dans l'étude de Hughes et al. (2016), qui se déroule aux USA, les infirmières praticiennes, soit celles qui ont une pratique avancée, peuvent diagnostiquer et prescrire des traitements dans certaines situations, notamment auprès de cette population. Or, en Suisse, les infirmiers qui possèdent un niveau de master ne peuvent diagnostiquer des maladies. D'autre part, les prescriptions faites par l'infirmier à domicile comme la douche ou les matériaux pour les pansements, par exemple, ne sont pas remboursées par l'assurance. Ils doivent être represcrits par le médecin pour être remboursés. Par conséquent, l'on pourrait se questionner sur ce qui explique une telle différence entre ces deux pays, sachant qu'en Suisse, le niveau de formation de base est reconnu par un Bachelor. Il y a donc des aspects politiques qui rentrent en ligne de compte et qui méritent qu'être soutenus pour améliorer la reconnaissance et ainsi les prestations des infirmiers.

6.2. Gestion de la douleur chez la personne atteinte de fibromyalgie

Plusieurs approches thérapeutiques permettant de gérer les douleurs liées à la fibromyalgie existent et ont évolué au cours des dix dernières années (Goldenberg, 2004 cité par Hughes et al., 2016). Du point de vue non pharmacologique, selon Lauche et al. (2015), les bains dans des piscines chauffées, des programmes d'exercices, la TCC, la relaxation et un soutien psychologique sont majoritairement recommandés. Or, même si le nombre de preuves scientifiques augmente sur la prise en soins de ces personnes par des thérapies de MCA, il existe toujours des défauts méthodologiques qui limitent les

conclusions définitives concernant leur efficacité et leur innocuité (Lauche et al., 2015). Néanmoins, des résultats encourageants ont été remarqués dans des interventions basées sur la pensée comme le tai-chi, le yoga, la méditation, l'hypnose, l'imagerie guidée et sur des activités plus axées sur le corps comme la balnéothérapie et l'hydrothérapie (Lauche et al., 2015).

Cependant, ces thérapies ne peuvent pas toutes être pratiquées par des infirmières. Toutefois, il semble quand même important qu'elles connaissent ce qui existe dans le réseau et surtout, qu'elles sachent celles qui sont recommandées par les EBP pour pouvoir orienter le patient en fonction de ses besoins.

6.2.1. Les interventions non pharmacologiques

À ce jour, les interventions que l'infirmière peut utiliser avec la collaboration du patient pour gérer la douleur se montrent encourageantes. Elles ont été abordées ci-dessous, par thématique.

L'acupuncture

Au sujet de l'acupuncture, c'est une intervention qui semble être bien connue par les infirmiers, puisqu'elle ressort dans plusieurs études. De plus, c'est une thérapie qui est proposée par de nombreux infirmiers selon l'étude de Hughes et al. (2016). Il est vrai que le traitement individualisé de la fibromyalgie par acupuncture dans les soins primaires s'est avéré efficace pour soulager la douleur et améliorer la qualité de vie des patients. L'effet a persisté pendant un an et les effets indésirables ont été légers et peu fréquents (Vas et al., 2016). D'autre part, Lauche et al. (2015) suppose sur la base de deux revues que l'acupuncture peut être efficace sur cette population. D'ailleurs, Vas et al. (2016) recommandent l'utilisation de l'acupuncture individualisée chez les patients atteints de fibromyalgie, ce qui fait sens avec la vision de l'ASFF. Ils mettent également en avant que les résultats contradictoires entre cette étude et les études précédentes, qui ont rapporté des résultats négatifs, peuvent être expliqués par des différences dans l'application de la technique, tels qu'une approche individualisée contre une approche standardisée.

Cependant, même si cette intervention a été réalisée par des professionnels de la santé et que l'implication des infirmières dans la procuration de l'intervention reste floue, il semble, d'un point de vue matérialiste et de temps compliqué de mettre cette intervention à l'accès de tous les infirmiers dans un milieu hospitalier. Néanmoins, d'un point de vue méthodologique, si ces professionnels sont spécifiquement formés à cette

thérapie et qu'ils ont un local dédié à l'acupuncture pour pouvoir accueillir des patients hospitalisés, serait un atout.

La réflexologie

Dans le même registre de zones corporelles sensibles à travailler pour diminuer les douleurs se trouve la réflexologie. L'étude d'Akin Korhan et al. (2016) a démontré que la réflexologie suggère une diminution de la douleur entre le début et la fin de la séance, et ce, également au fur du temps, en dépit du fait qu'il n'y a pas eu de groupe contrôle. C'est un résultat prometteur pour les patients atteints de fibromyalgie. D'ailleurs, c'est une intervention sûre qui ne nuit pas aux patients et qui a l'avantage de diminuer la douleur chez ces patients sans risque d'effets secondaires indésirables. Pour ce qui est de l'ASFF, c'est une intervention individualisée puisque les zones qui sont travaillées sont évaluées en amont en fonction des zones dites sensibles du patient. L'infirmier peut donc mettre en place cette intervention avec le patient et l'on pourrait imaginer qu'il puisse apprendre à ce dernier ou à un membre de son entourage la technique, ainsi que les zones sur lesquelles il pourrait appliquer les points de pression. Néanmoins, des recherches supplémentaires sont nécessaires, en incluant un groupe contrôle, pour étudier les effets de la durée de l'application et les zones auxquelles la réflexologie est appliquée (oreille, main ou pied) chez les patients souffrant du syndrome de la fibromyalgie.

Les auteurs évoquent que cette étude reflète un aperçu encourageant sur l'avenir de la réflexologie, mais d'autres études devraient être faites avec de plus grands échantillons pour en vérifier la véracité des résultats (Akin Korhan et al., 2016). D'ailleurs, il serait intéressant d'envisager de mesurer les effets de l'intervention sur une durée plus longue, comme six mois après l'intervention, étant donné que c'est une maladie chronique. Par contre, avant que la réflexologie ne soit utilisée en milieu hospitalier au profit des patients, des preuves de recherche plus empiriques sont nécessaires pour soutenir son utilisation (Akin Korhan et al., 2016).

L'hypnose

En ce qui concerne les thérapies mentales telles que l'hypnose, il existe peu d'études concernant l'impact de cette thérapie réalisée par des infirmiers sur la douleur chronique généralisée auprès de cette population, à ce jour. Toutefois, c'est une intervention qui est en voie de développement, notamment parmi les soins infirmiers. Effectivement, elle commence à être incluse dans des études comme c'est le cas dans la revue de Lauche et al. (2015). Néanmoins, dans cette revue, elle est intégrée dans un sous-groupe d'une approche alternative et elle n'est pas développée.

Pour ce qui est de la littérature actuelle, plusieurs études existent pour des approches avec cette intervention réalisée par des infirmiers. De plus, l'hypnose est pratiquée par ces professionnels de la santé formés à cette thérapie. D'ailleurs, c'est une intervention qui demande une collaboration entre le patient et le soignant et qui fait sens avec l'ASFF. Il serait donc intéressant d'effectuer des recherches approfondies à ce sujet.

Les TCCT

Concernant les TCCT, elles démontrent des résultats positifs à la fin de l'intervention associant des améliorations statistiquement significatives sur la santé globale verbalisée des participants dans l'étude de McBeth et al. (2012). Cependant, dans le cadre de la problématique de ce travail, il serait préférable d'inclure les TCC mais par contact direct et non par téléphone. De ce fait, il serait intéressant de réaliser une étude comparant la thérapie cognitive comportementale par téléphone versus par contact direct pour évaluer s'il existe une différence significative et la quel aurait un plus grand impact positif. Concernant, la TCC, c'est une thérapie qui est proposée par les infirmiers selon l'étude de Hughes et al. (2016). Dans ce cas, il serait intéressant de la mettre en place comme pour l'acupuncture. C'est-à-dire que l'infirmier spécialisé en TCC aurait une salle spécifique au sein de l'hôpital où les séances se dérouleraient, et ce sur rendez-vous, par exemple. Or, il faudrait faire d'autres recherches pour évaluer l'efficacité de cette thérapie sur les douleurs généralisées auprès des personnes atteintes de la fibromyalgie.

La musicothérapie

Au sujet de la musicothérapie, les résultats de l'étude de Onieva-Zafra et al. (2013) montrent qu'écouter de la musique au moins une fois par jour durant une demi-heure peut aider à contrôler la douleur chez les personnes atteintes de fibromyalgie. En effet, dans une étude quasi expérimentale à un groupe, Schoor (1993 cité par Onieva-Zafra et al., 2013) a constaté qu'une seule intervention d'écoute de morceaux sélectionnés par les patients d'une durée totale de vingt minutes réduisait la douleur chronique chez les femmes atteintes de polyarthrite rhumatoïde. Il a également trouvé une diminution de la douleur pendant et deux heures après la fin de l'intervention musicale, suggérant que la musique a un effet à la fois immédiat et persistant sur les mesures de la douleur. Selon les auteurs, elle mérite d'être encore plus étudiée, afin d'examiner tous les avantages potentiels de l'intervention musicale chez les patients atteints de fibromyalgie (Onieva-Zafra et al., 2013).

Étant donné que cette intervention est peu coûteuse et très accessible, elle pourrait être mise en place par tous les infirmiers dans un contexte hospitalier sans forcément avoir reçu des formations spécifiques. En plus, en lien avec le cadre théorique de l'ASFF c'est une intervention que le patient pourra utiliser et reproduire chez lui, à son rythme. Elle permet donc une autonomie du patient face à sa santé. Cependant, les auteurs mettent en évidence que des recherches futures sont nécessaires, pour étudier l'efficacité à long terme de cette thérapie, et ce dans des échantillons plus larges (Onieva-Zafra et al, 2013).

7. CONCLUSION

À ce jour, les résultats des études sont encourageants concernant les interventions non pharmacologiques dans la gestion de la douleur chez les personnes atteintes de la fibromyalgie. Par ailleurs, il existe plusieurs approches permettant d'adapter et de proposer des thérapies en fonction du besoin de la personne. Toutefois, peu sont des interventions infirmières pouvant être mises en place avec la collaboration du patient, et ce, dans un contexte hospitalier.

Néanmoins, parmi ces interventions et compte tenu de la réalité du terrain, la musicothérapie semble être la plus prometteuse à l'heure actuelle, en raison de sa facilité d'enseignement, sa reproductibilité en milieu hospitalier comme à domicile, sa méthodologie et ainsi que par son faible coût. Sans compter que l'acupuncture, les TCC et la réflexologie peuvent également être avantageuses si elles sont instaurées par des infirmiers ayant reçu une formation spécifique. Dans un futur proche, l'hypnose se place aussi comme une alternative très intéressante.

Toutefois, à l'heure actuelle, d'autres recherches méritent d'être menées sur une plus grande durée avec un échantillon plus vaste, afin d'obtenir des conclusions plus probantes. En attendant, il semble important que l'infirmier connaisse le réseau de soins en matière de médecine alternative, comme le tai-chi ou la balnéothérapie dans le but d'orienter la personne en fonction de ses besoins et de son expérience.

7.1. Limites du travail

En dépit des conclusions précédentes, il existe plusieurs limites dans ce travail. La première et qui est probablement l'une des principales limites, concerne la qualité des revues. En effet, dans la littérature actuelle, il existe peu d'articles concernant des interventions infirmières non pharmacologiques en lien avec la fibromyalgie, et ce, dans un contexte hospitalier. De ce fait, des études avec un niveau de preuve moyen ont été

incluses. Ainsi, certaines comportaient plusieurs limites importantes accompagnées d'un échantillon assez pauvre et une évaluation trop courte dans le temps, apportant des preuves limitées aux bénéfices de ces thérapies, telles que la réflexologie. De plus, seule une étude comportait un cadre théorique, ce qui représente un très faible taux pour donner une plus-value à cette profession.

La deuxième limitation concerne les critères d'inclusion des articles retenus. Due à la quantité assez faible des études, trois d'entre eux ont été inclus alors qu'ils ne correspondaient pas à tous les critères d'inclusion. Néanmoins, il devait au minimum comporter deux des trois critères requis détaillés au chapitre 4.1, page 26.

La dernière concerne les informations liées au contexte suisse. Actuellement, il n'existe aucune recherche à ce sujet au niveau Helvétique et les études qui ont été analysées dans ce travail provenaient de pays étranger. Cette problématique a eu pour conséquence de relever des différences au sujet du cahier de charge de l'infirmier, comme c'est le cas dans l'étude de Hughes et al. (2016). En effet, les infirmières américaines disposent de la possibilité de poser des diagnostics et de prescrire des médicaments contrairement en Suisse où il s'agit d'une activité réservée au médecin.

7.2. Recommandations

En regard de la documentation encore peu fournie, il est essentiel de continuer à mener des études sur une durée plus longue, avec des échantillons plus larges et une grande assiduité dans le suivi des sujets. Sans oublier d'intégrer une théorie infirmière afin de donner une plus-value à cette profession. Ainsi, ces recherches permettraient d'avoir une base de données plus probante et de gagner en termes de niveau de preuves. Pour ce qui touche la formation, une documentation plus solide permettrait par la suite d'inclure l'enseignement du syndrome de la fibromyalgie ainsi que les traitements adaptés dans le cursus de formation des soins infirmiers. Des ateliers sur le travail de l'esprit comme la TCC et la médiation, ainsi que la musicothérapie pourraient être enseignées compte tenu de leur accessibilité et la possibilité de les utiliser auprès des personnes atteintes de douleurs chroniques généralisées, autres que dans le cadre de la fibromyalgie. La musicothérapie montrant déjà des résultats encourageants, elle peut en plus être facilement réalisée par le patient en collaboration avec l'infirmière. Il serait pertinent de constater les effets que peuvent apporter cette thérapie sur une plus grande durée de temps. Dans la pratique, ces interventions ne pourraient être mises en place par tous les infirmiers au sein d'un service hospitalier. Il serait donc pertinent de créer des locaux dédiés à ces thérapies telles que la réflexothérapie, l'acupuncture et les TCC au sein de l'hôpital, où les patients pourraient bénéficier de ces soins prodigués par des infirmiers spécialisés.

8. RÉFÉRENCES

- Ablin, J., Fitzcharles, M-A., Buskila, D., Shir J., Sommer, C. & Häuser, W. (2013) 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 : eCAM*, 2013, 7. <http://dx.doi.org/10.1155/2013/485272>
- Akin Korhan, E., Uyar, M., Eyigör, C., Yönt, G. H., & Khorshid, L. (2016). Effects of Reflexology on Pain in Patients With Fibromyalgia: *Holistic Nursing Practice*, 30(6), 351-359.
- Alparslan, G. B., Babadağ, B., Özkaraman, A., Yıldız, P., Musmul, A., & Korkmaz, C. (2016). Effects of music on pain in patients with fibromyalgia. *Clinical Rheumatology*, 35(5), 1317-1321.
- Association Suisse des Fibromyalgiques [ASFM]. (2013). *ASFM : Association Suisse des Fibromyalgiques*. Accès <http://www.suisse-fibromyalgie.ch/fr>
- Bureau d'échange des savoirs pour des pratiques exemplaires de soins. (2018). *Qu'est-ce que l'EBP?*. Accès <http://www.best-sante.ch/quest-ce-que-lebp/>
- Centre Cochrane Français. (2011). *Validité interne par type d'étude*. Paris : Cochrane France.
- Cohen, H. (2017). Therapeutic Advances in Musculoskeletal Disease. *Controversies and challenges in fibromyalgia: a review and a proposal*, 9(5), 115-127
- Compendium. (2018). *Compendium des Médicaments*. Accès www.compendium.ch
- Cranford, C., & King, C. R. (2011). Nurse practitioner students' perceptions of fibromyalgia pain and quality of life. *Medsurg Nursing : Official Journal of the Academy of Medical-Surgical Nurses*, 20(4), 169-177.
- European league against rheumatism. (2016). *Managing fibromyalgia*. Accès https://www.eular.org/myUploadData/files/2016_Mgt_Fibromyalgia_lay_summary.pdf
- Fawcett, J., & DeSanto-Madeya, S. (2013). Contemporary Nursing Knowledge : Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories (3rd ed.). Philadelphia : F.A. Davis.
- Firestone, K. A., Holton, K. F., Mist, S. D., Wright, C. L., & Jones, K. D. (2012). Optimizing fibromyalgia management. *The Nurse Practitioner*, 37(4), 12–21.

- Fortin, M.-F., Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : Méthodes quantitatives et qualitatives* (3^e éd.). Montréal : Chenelière Education
- Gottlieb, L., Gottlieb, B. (2014). *Les soins infirmiers fondés sur les forces : la santé et la guérison de la personne et de la famille*. Canada : De Boeck
- Haute autorité de santé. (2010). *Syndrome fibromyalgique de l'adulte*. Accès https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-10/syndrome_fibromyalgique_de_ladulte_-_rapport_dorientation.pdf
- Hughes, L., Adair, J., Feng, F., Maciejewski, S., & Sharma, H. (2016). Nurse Practitioners' Education, Awareness, and Therapeutic Approaches for the Management of Fibromyalgia. *Orthopedic Nursing*, 35(5), 317-322.
- Lauche, R., Cramer, H., Häuser, W., Dobos, G., & Langhorst, J. (2015). A Systematic Overview of Reviews for Complementary and Alternative Therapies in the Treatment of the Fibromyalgia Syndrome. *Evidence-based Complementary and Alternative Medicine : eCAM*, 2015(?), 13. <https://doi.org/10.1155/2015/610615>
- Ligue suisse contre le rhumatisme. (2018). *La Fibromyalgie*. Accès <https://www.liques-rhumatisme.ch/rhumatismes-de-a-a-z/fibromyalgie>
- McBeth, J., Prescott, G., Scotland, G., Lovell, K., Keeley, P., Hannaford, P., ... Macfarlane, G. J. (2012). Cognitive Behavior Therapy, Exercise, or Both for Treating Chronic Widespread Pain. *Jama Internal Medicine*, 172(1), 48-57. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2011.555>
- MyHandicap. (2012). *Douleur chronique : lorsque la douleur devient maladie*. Accès <https://www.myhandicap.ch/fr/sante/handicap-physique/douleur-chronique/>
- Observatoire suisse de la santé. (2015). *La santé en Suisse – le point sur les maladies chroniques : rapport national sur la santé 2015* [Bronchure]. Bern : Hogrefe. Accès <https://www.obsan.admin.ch/fr/publications/la-sante-en-suisse-le-point-sur-les-maladies-chroniques>
- Office fédéral de la santé publique. (2017). *Médecines complémentaires pratiquées par des médecins*. Accès <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/themen/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife/Aerztliche-Leistungen-in-der-Krankenversicherung/Aerztliche-Komplementaermedizin.html>
- Onieva-Zafra, M. D., Castro-Sánchez, A.M., Matarán-Peñarrocha, G. A. & Moreno-Lorenzo C. (2013). Effect of Music as Nursing Intervention for People Diagnosed with Fibromyalgia. *Pain Management Nursing*, 14(2), 39-46.

- Pain management nursing. (2017). *Pain management nursing*. Accès <https://www.painmanagementnursing.org/>
- Palstam, A., & Mannerkorpi, K. (2017). Work ability in fibromyalgia: an update in the 21st century. *Current Rheumatology Reviews*.
- Pepin, J., K  rouac, S., & Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière* (3     d.). Montréal : Cheneli  re   ducation.
- Pepin, J., K  rouac, S., & Ducharme, F. (2017). *La pensée infirmière* (4     d.). Montréal : Cheneli  re   ducation.
- Psychomedia. (2016). *Rencontrez-vous les nouveaux critères de diagnostics de la fibromyalgie ?* Accès <http://www.psychomedia.qc.ca/tests/fibromyalgie-criteres-diagnostiques-acr-2010#footnote-1>
- Registre de médecine empirique. (2018). *Médecine anthroposophique*. Accès <http://www.rme.ch/rme-public/methode.las?c=0010>
- Robinson, R. L., Birnbaum, H. G., Morley, M. A., Sisitsky, T., Greenberg, P. E., & Claxton, A. J. (2003). Economic cost and epidemiological characteristics of patients with fibromyalgia claims. *The Journal of Rheumatology*, 30(6), 1318-1325.
- Services Industriels de Genève. (2018). *Actualit  *. Accès <https://ww2.sig-ge.ch/actualites/sig-illumine-le-jet-deau-journee-mondiale-de-la-fibromyalgie-et-journee-internationale>
- Skear, T.L., Kwong, W.J. (2017). Illness perceptions and burden of disease in fibromyalgia. *Expert Review Of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 17(1), 9-15.
- Vas, J., Santos-Rey, K., Navarro-Pablo, R., Modesto, M., Aguilar, I., Campos, M.   ., ... Rivas-Ruiz, F. (2016). Acupuncture for fibromyalgia in primary care: a randomised controlled trial. *Acupuncture in Medicine*, 34(4), 257-266. <https://doi.org/10.1136/acupmed-2015-010950>
- Wierwille, L. (2010). Fibromyalgia: Diagnosing and managing a complex syndrome. *Family Nurse Practitioner*. 24(4), 184-192.

9. ANNEXES

9.1. Les critères de l'ACR 2010

Selon la HAS (2010), les critères de l'ACR (2010) peuvent permettre de poser le diagnostic de fibromyalgie si le patient répond aux trois conditions suivantes :

1. Avoir un score égal ou supérieur à 7 au Widespread pain index [WPI] et avoir un score égal ou supérieur à 5 au Symptom Severity scale³ score ou bien avoir le WPI entre 3 et 6 et SS scale score ≥ 9 .
2. Présence des symptômes à la même intensité depuis au moins 3 mois
3. Absence d'une autre maladie qui pourrait expliquer la douleur (p. 10).

La WPI : signifie l'index de douleurs généralisées est une échelle qui permet de connaître sur 19 parties du corps du patient, le nombre de zones qui lui font mal. Ce score va donc de 0 à 19 (HAS, 2010, p. 10). Voici les 19 zones du corps compris dans cette échelle. Chaque zone représente 1 point.

- | | |
|--------------------------------------|----------------------------------|
| 1. Épaule gauche | 11. Jambe (sous le genou) gauche |
| 2. Épaule droite | 12. Jambe droite |
| 3. Bras (au-dessus du coude) gauche | 13. Mâchoire gauche |
| 4. Bras droit | 14. Mâchoire droite |
| 5. Avant-bras (sous le coude) gauche | 15. Poitrine (cage thoracique) |
| 6. Avant-bras droit | 16. Abdomen |
| 7. Hanche (fessier) gauche | 17. Cou |
| 8. Hanche (fessier) droit | 18. Haut du dos |
| 9. Cuisse gauche | 19. Bas du dos |
| 10. Cuisse droite | |

(Psychomédia, 2016)

Le Symptom Severity scale est le score de sévérité des symptômes. Il regarde les trois symptômes les plus souvent rapportés dans la littérature :

1. La fatigue
2. La sensation de non-repos au réveil
3. L'existence de symptômes cognitifs

Chacun de ces 3 symptômes est quantifié de 0 « pas de problème » à 3 « sévère » (HAS, 2010, p. 10).

³ La WPI et la Symptom Severity scale sont des échelles d'auto-évaluations (HAS, 2010).

De plus, elle regarde aussi parmi une liste de symptômes somatiques divers la quantité des symptômes présents qui est quantifiée de 0 « pas de symptômes » à 3 « beaucoup de symptômes » (HAS,2010).

- Douleur musculaire
- Syndrome du côlon irritable
- Fatigue
- Problème de mémoire ou cognitif
- Faiblesse musculaire
- Mal de tête
- Douleur/crampes à l'abdomen
- Engourdissement/picotements
- Étourdissements
- Insomnie
- Dépression
- Constipation
- Douleur dans le haut de l'abdomen
- Nausées
- Nervosité
- Douleur à la poitrine
- Vision floue
- Fièvre
- Diarrhée
- Bouche sèche
- Démangeaisons
- Respiration sifflante
- Phénomène de Raynaud
- Urticaire/trace cutanée
- Bourdonnements dans les oreilles
- Vomissements
- Brûlures d'estomac
- Ulcères buccaux
- Perte ou changement du goût
- Convulsions
- Yeux secs
- Essoufflement
- Perte d'appétit
- Éruption cutanée, rougeurs
- Sensibilité au soleil
- Difficultés d'audition
- Tendance aux ecchymoses
- Perte de cheveux
- Besoin fréquent d'uriner
- Miction douloureuse
- Spasmes de la vessie

(Psychomédia, 2016)

Le score de sévérité des symptômes correspond à la somme de chacun de ces 4 scores.
Le score final va de 0 à 12 (HAS, 2010, p. 10).

9.2. Historique de recherche documentaire

Tableau 12 : Historique de recherche documentaire

Date de recherche		23/11/2017	26/11/2017
Base de données		PubMed	Cinal
MeSH Terms	P	Fibromyalgia	Fibromyalgia
	I	Pain Management	meditation
	C	-	
	O	treatment outcome	
Equation de recherche		((fibromyalgia[MeSH Terms]) AND pain management[MeSH Terms]) AND treatment outcome[MeSH Terms]	(meditation) AND (fibromyalgia)
Résultats obtenus		96	57
Filtres		<5 years ; full texte	Full texte, <5years
Résultats obtenus		31	7
Articles ayant retenu l'attention		9	1
Articles retenus		4	1
Nom des articles		Effects of Reflexology on Pain in Patients With Fibromyalgia	A Systematic Overview of Reviews for Complementary and Alternative Therapies in the Treatment of the Fibromyalgia Syndrome
		Effect of music as nursing intervention for people diagnosed with fibromyalgia	
		Acupuncture for fibromyalgia in primary care: a randomised controlled trial.	
		Nurse Practitioner's Education, Awareness, and Therapeutic Approaches for the management Of fibromyalgia	

9.3. Fiche de lecture

Onieva-Zafra, M. D., Castro-Sánchez, A.M., Matarán-Peñarrocha, G. A. & Moreno-Lorenzo C. (2013). Effect of Music as Nursing Intervention for People Diagnosed with Fibromyalgia. *Pain Management Nursing*, 14(2), 39-46.

9.3.1. Démarche descriptive

9.3.1.1. Le contexte de réalisation et de publication de l'étude

Identité des auteurs : Cet article est écrit par 4 auteurs :

- María Dolores Onieva-Zafra est diplômée en soins infirmiers de l'Université de Cordoue. Elle est également diplômée du Master of Science en sciences infirmières de l'Université d'Almeria. Elle est au bénéfice d'un doctorat et est professeure adjointe à l'université de Castilla-La Mancha.
- Adelaida María Castro-Sánchez a obtenu en 2006 un doctorat européen en santé mentale à l'université de Grenade en Espagne ainsi qu'à la Morre's University de Liverpool en Angleterre.
- Guillermo A. Matarán-Peñarrocha obtient son doctorat de l'université de Grenade en 2012
- Carmen Moreno-Lorenzo est chargée de cours à l'École Universitaire de Physiothérapie de Grenade en 1998. En détention d'un doctorat depuis 2003.

Le nom et type de revue :

La revue « Pain management Nursing » offre un point de vue unique sur le domaine de la gestion de la douleur en ce qui concerne les soins infirmiers. Cette revue à comité de lecture propos des articles originaux et des articles de revue d'experts sur le terrain offre des perspectives clés dans les domaines de la pratique clinique, du plaidoyer, de l'éducation, de l'administration et de la recherche. Les fonctionnalités supplémentaires incluent des directives de pratique et des mises à jour de pharmacologie (Pain management nursing, 2017, traduction libre).

Le lieu de l'étude :

Le cadre institutionnel dans lequel a été réalisée l'étude implique trois associations pour fibromyalgiques établies en Andalousie (Espagne)

Les objectifs pratiques :

Suggérer l'importance de la musicothérapie en tant qu'intervention infirmière et justifier dans un deuxième temps des investigations de la musique comme une intervention que le patient peut lui-même utiliser pour réduire la douleur et la dépression (Onieva-Zafra et al, 2013).

9.3.2. L'objet de l'article et le cadre théorique

9.3.2.1. Objet de la recherche

Étudier les effets de la musique sur la douleur et la dépression chez les personnes ayant reçu un diagnostic de fibromyalgie.

9.3.2.2. Question de recherche

Elle n'est pas écrite explicitement, mais elle peut être déduite comme tel : Quels sont les effets de la musique sur la douleur et la dépression chez les personnes atteintes de fibromyalgie ?

9.3.2.3. Hypothèse de travail

Le but ultime du traitement de la fibromyalgie est de développer une thérapie de plusieurs modes. Ces dernières années, l'utilisation de la musique comme une intervention pour la gestion de la douleur et d'autres symptômes a augmenté (p. 39). Dans une approche non pharmacologique, la musicothérapie pourrait se montrer intéressante.

9.3.2.4. Cadre théorique de la recherche

Le cadre théorique utilisé pour cette étude est la théorie de Rogers de l'être humain unitaire. Les auteurs de l'étude justifient ce choix par le lien entre le but des soins infirmiers vu par Roger (qui est de promouvoir la santé et le bien-être) ainsi que l'accent qu'elle porte pour les soins infirmiers (comme l'étude des êtres humains dans un processus mutuel avec l'environnement) et le fait que la musique, qui est une méthode thérapeutique non invasive, est un type de modèle de terrain pour promouvoir les modèles de santé de l'être humain. De plus, selon les auteurs sur un point de vue holistique, apporter de nouveaux outils et méthodes aux patients pour favoriser la guérison peut être un moyen d'atteindre cet objectif (p. 40).

9.3.2.5. Principaux concepts et/ou notions utilisés

Le principal concept utilisé est le concept de champ d'énergie et des patterns qui est défini à la page 40 de l'étude.

9.3.3. Méthodologie de la recherche

9.3.3.1. Outil pour la récolte de données (exemple : questionnaires fermés)

Les auteurs ont utilisé trois instruments de mesure de type intervalle

- Une EVA pour la dépression et la douleur,
- McGill Pain questionnaire : MPQLF, ($r = 0.70-0.90$, donc fiable), axé sur la douleur
- Beck Depression Inventory : BDI ($r = 0.93$), pour évaluer la dépression.

9.3.3.2. Population de l'étude

55 personnes de 45 à 65 ans diagnostiquées avec le syndrome de la fibromyalgie. Les critères de sélections étaient :

- Être diagnostiqué avec le syndrome de fibromyalgie depuis 3 ans
- Être âgé entre 16-65 ans
- Être volontaire pour assister à des séances de thérapie

9.3.3.3. Type d'analyse

Il s'agit d'une recherche quantitative de type expérimentale interventionnelle et donc prospective puisqu'il y a eu plusieurs mesures au cours du temps. Les chercheurs ont fait un essai randomisé contrôlé.

Les données ont été analysées à l'aide du Paquet statistique pour les sciences sociales (SPSS) forWindows (version 18.0). L'homogénéité de la variance a été testée avec le test de Levene, obtenant un niveau de confiance de 95% et une valeur de $p > 0,05$ et confirmant l'égalité de variance. Après avoir effectué des statistiques descriptives des variables au départ, la distribution normale des variables a été déterminée en utilisant le test de Kolmogorov-Smirnov, exprimant des données continues par moyenne avec écart-type dans le texte et les tableaux.

L'efficacité du traitement a été analysée en utilisant un test t pour des échantillons appariés. Des tests t indépendants ont été appliqués aux scores de base pour déterminer si l'assignation aléatoire aux groupes contrôlait adéquatement les différences démographiques de base. Les changements de variables entre les groupes ont été mesurés en utilisant le test t apparié pour les échantillons de relation, et les changements de variables au sein de chaque groupe ont été mesurés en utilisant le test t apparié pour des échantillons indépendants. Un intervalle de confiance de 95% a été pris en compte dans tous les tests

9.3.4. Présentation résultats

9.3.4.1. Principaux résultats de recherche

L'étude a démontré des différences significatives entre les deux groupes au niveau du changement de douleur qu'ils ont éprouvé pendant 4 semaines ($p = 0.042$).

- **Pour le groupe intervention :**

- Les 28 participants ont rapporté une réduction significative de la douleur (douleur au mouvement : $p = 0,002$, douleur au repos : $p = 0,001$) à la semaine 4 par rapport à l'interview de référence.
- Les différences dans ce groupe concernant l'EVA au départ et à la semaine 4 sont également significatives ($p = 0,041$).
- Ce groupe a également montré une amélioration significative de la douleur mesurée par MPQ-LF : catégories sensorielles ($p = 0.039$), affectives ($p = 0.096$) et évaluatives ($p = 0.018$).

- **Pour le groupe contrôle**

- Les participants ne notaient aucune réduction de la douleur à la semaine 4 (douleur au mouvement : $p = 0,42$, douleur au repos : $p = 0,08$) par rapport aux scores de base.
- Le groupe contrôle n'a montré aucun changement significatif dans les scores MPQ-LF par rapport à la ligne de base.

Les scores moyens de dépression mesurés par le BDI entre le début et la 4ème semaine se sont améliorés pour le groupe intervention ($p = 0.016$). Cependant, les scores de dépression mesurés par EVA ne différaient pas significativement. Les scores de dépression ne différaient pas significativement dans le groupe contrôle avec le BDI ($p = 0.663$) ni avec le SVA pour la dépression ($p = 0.583$).

9.3.4.2. Conclusion générale

Selon les auteurs, cette étude démontre l'efficacité de la musique pour réduire l'intensité de la douleur et améliorer les symptômes de la dépression chez les personnes atteintes de fibromyalgie. Cependant, l'étude met également en évidence un manque de preuves concernant d'autres symptômes spécifiques de la fibromyalgie, tels que la migraine, la fatigue et la raideur matinale. Étant donné le faible coût de cette intervention, l'absence d'effets secondaires nocifs et la facilité relative de l'intervention, elle mérite d'être plus étudiée afin de connaître tous les avantages potentiels de l'intervention musicale par les infirmières chez les patients atteints de la fibromyalgie.

9.3.4.3. Particularité ou l'originalité de leur étude

Les patients ont reçu des consignes, mais c'était à eux d'exécuter l'intervention, donc d'écouter le CD et de noter dans un livret leurs scores EVA au moment du coucher sans supervision.

9.3.5. *Éthique*

L'étude a été approuvée par le comité d'éthique de l'université d'Almeria, aucune incitation financière n'a été offerte et les participants étaient tous volontaires.

9.3.6. *Démarche interprétative*

9.3.6.1. Apports de l'article

Cet article démontre que l'écoute de musique peut avoir des effets bénéfiques sur la douleur, mais également sur la dépression. Le temps à disposition, le faible coût et la possibilité de la faire par le patient permettraient d'orienter la pratique des infirmiers et de les encourager à éduquer les patients à cette pratique.

9.3.6.2. Limites

Des recherches futures sur l'effet de la musicothérapie comme intervention d'autogestion administrée par les infirmières pour réduire la douleur et la dépression chez les personnes atteintes de FM sont nécessaires pour étudier l'efficacité à long terme de cette thérapie dans des échantillons plus larges de patients atteints de FM. Des enregistrements de médicaments plus précis sont requis dans les futures études. La musique peut aussi produire d'autres résultats bénéfiques ; cependant, plusieurs de ces résultats nécessitent une enquête plus approfondie.

9.3.6.3. Piste de réflexion :

La plupart des sujets ont indiqué que la musique était utile pour gérer leur douleur et qu'ils avaient l'intention de continuer à utiliser la musique après la fin de l'étude. Ces résultats concordaient avec ceux d'autres études (Hitchcock et al., 1994 ; Seers et Friedeli, 1996) et appuyaient le besoin d'étudier l'utilisation d'interventions non pharmacologiques, comme la musique, comme traitement d'appoint pour la gestion de la douleur. Les infirmières sont censées aider et guider les patients ayant le traitement le plus efficace. Le temps et le faible coût monétaire de l'utilisation de la musique rendent cette modalité plus attrayante pour les infirmières en tant qu'intervention à prendre en compte lorsque l'on conseille les patients sur les méthodes d'autogestion des symptômes de la fibromyalgie.