



## En forme avec la fibromyalgie : l'exercice physique aide-t-il à atténuer la douleur ou à améliorer la fonction chez les fibromyalgiques?

### QUESTION CLINIQUE

**Chez les fibromyalgiques, l'exercice physique améliore-t-il la douleur, la qualité de vie ou la fatigue?**

### CONCLUSION

**Les bienfaits de l'exercice physique pour le traitement de la fibromyalgie restent incertains en raison du manque de données probantes de haute qualité. Bien que des améliorations soient constatées par rapport aux valeurs de départ, les changements cliniquement significatifs par rapport aux résultats du groupe témoin sont rares. En outre, une analyse des répondants — un indicateur d'amélioration plus fiable — n'a pas été évaluée. Toutefois, l'exercice physique procure plusieurs bienfaits secondaires.**

### DONNÉES PROBANTES

- Revues systématiques comparant l'exercice avec un groupe témoin inactif. Les résultats sont statistiquement significatifs, sauf indication contraire. Patients : plus de 90 % de femmes, âge d'environ 51 ans. Échelle d'intensité de la douleur, questionnaire d'impact de la fibromyalgie

(QIF) et échelle de la fatigue : les trois vont de 0 à 100. Plus le score est élevé, plus la situation est pire. Différence minimale cliniquement importante envisagée : 15/100<sup>1</sup>.

- Exercices aquatiques (2 revues systématiques, 6 et 16 essais cliniques randomisés [ECR], 271 et 881 patients)<sup>2,3</sup>. Résultats selon la revue la plus exhaustive<sup>2</sup> : 1 à 4 séances par semaine pendant 4 à 32 semaines.
  - Douleur : d'environ 70 au départ à environ 61 par rapport à environ 68 (groupe témoin).
  - QIF : d'environ 64 au départ à 58 par rapport à 63 (groupe témoin).
  - Fatigue : aucune différence.
  - Une autre revue systématique a fait les mêmes constatations<sup>3</sup>.
- Exercices aérobiques (3 revues systématiques, de 4 à 17 ECR, de 202 à 1 095 patients)<sup>1,4,5</sup>. Les scores au départ n'ont pas été rapportés. Dans la plupart des cas, il y a eu 2 ou 3 séances de 45 à 60 minutes par semaine, pendant 6 à 24 semaines.
  - Douleur<sup>1,4,5</sup> : Le groupe des exercices aérobiques a connu une amélioration d'environ 11 points par rapport au groupe témoin.
  - QIF<sup>4</sup> : Le groupe des exercices aérobiques a connu une amélioration de 8 points par rapport au groupe témoin.
  - Fatigue<sup>4,5</sup> : Le groupe des exercices aérobiques a connu une amélioration de 6 points par rapport au groupe témoin.
- Entraînement contre résistance/musculation (3 revues systématiques, de 9 à 11 ECR, de 443 à 839 patients)<sup>5-7</sup>. Les scores au départ n'ont pas été rapportés. Environ 2 séances par semaine pendant 8 à 21 semaines.
  - Douleur<sup>6</sup> : Le groupe de l'entraînement contre résistance a connu une amélioration d'environ 10 points par rapport au groupe témoin.
  - QIF<sup>6</sup> : Le groupe de l'entraînement contre résistance a connu une amélioration de 19 points par rapport au groupe témoin.
  - Fatigue<sup>6</sup> : On a rapporté la différence moyenne standard. Il est impossible d'interpréter les résultats.
- Combinaison d'exercices (au moins deux types parmi les exercices aérobiques, les exercices aquatiques, l'entraînement contre résistance et les étirements) (2 revues systématiques<sup>5,8</sup>, 11 et 29 ECR, 523 et 2 088 patients). Les valeurs au départ n'ont pas été rapportées. Deux ou trois séances de 45 à 60 minutes par semaine, pendant environ 12 semaines.
  - Douleur<sup>8</sup> : 53 (groupe de la combinaison d'exercices) par rapport à 59 (groupe témoin).
  - QIF<sup>8</sup> : 49 (groupe de la combinaison d'exercices) par rapport à 56 (groupe témoin).
  - Fatigue<sup>8</sup> : 59 (groupe de la combinaison d'exercices) par rapport à 72 (groupe témoin).
- Événements indésirables : rarement rapportés.
- Limites : Aucune étude n'a rapporté d'analyse des répondants (nombre de personnes participantes ayant atteint une réduction de la douleur cliniquement significative). Études de petite taille, incohérence au niveau de l'insu, diversité d'interventions et de témoins.

## CONTEXTE

- Les lignes directrices canadiennes<sup>9</sup> recommandent de laisser au patient le choix du programme progressif d'exercices.
- Indirectement, l'amélioration des scores de douleur moyens (environ 8 %) est semblable à celle engendrée par la duloxétine<sup>10</sup>.
- L'exercice physique réduit le risque cardiovasculaire<sup>11</sup>, l'arthrose et la dorsalgie<sup>12</sup>, ainsi que la dépression<sup>13</sup>.

## RÉFÉRENCES

1. Casanova-Rodríguez D, Ranchal-Sánchez A, Rodríguez RB et al. Eur J Pain. 2025 Feb;29(2):e4783.
2. Bidonde J, Busch AJ, Webber SC et al. Cochrane Database Syst Rev. 2014 Oct 28;2014(10):CD011336.
3. Correyero-León M, Medrano-de-la-Fuente R, Hernando-Garijo I et al. Explore (NY). 2024 Jan-Feb;20(1):27-38.
4. Bidonde J, Busch AJ, Schachter CL et al. Cochrane Database Syst Rev. 2017 Jun 21;6(6):CD012700.
5. Albuquerque MLL, Monteiro D, Marinho DA et al. Rheumatol Int. 2022 Nov;42(11):1893-1908.
6. Vilarino GT, Branco JHL, de Souza LC et al. Ir J Med Sci. 2023 Aug;192: 2001-2014.
7. da Silva JM, de Barros BS, Almeida GJ et al. Rheumatol Int. 2022 Mar;42(3):413-429.
8. Bidonde J, Busch AJ, Schachter CL et al. Cochrane Database Syst Rev. 2019 May 24;5(5):CD013340.
9. Fitzcharles MA, Ste-Marie PA, Goldenberg DL et al. Pain Res Manag. 2013 May-Jun;18(3):119-126.
10. Lunn MP, Hughes RA, Wiffen PJ. Cochrane Database Syst Rev. 2014 Jan 3;2014(1):CD007115.
11. Kolber M R., Klarenbach S, Cauchon M et al. Can Fam Physician. 2023 Oct;69(10),e189-e201.
12. Korownyk CS, Montgomery L, Young J et al. Can Fam Physician. 2022 Mar;68(3):e63-e76.
13. Lindblad A, Klein D, Dhawan S. Outils pour la pratique n° 130 : Faire de l'exercice pour sortir de la dépression : cela est-il efficace? Publié le 19 janvier 2015. Lien : <https://cfpclearn.ca/tfp130/?lang=fr>. Consulté le 29 avril 2025.

## AUTRICES

**Jess Kirkwood**, M.D., CCMF-MT  
**Jennifer Young**, M.D., CCMF-MU

*Les autrices n'ont aucun conflit d'intérêts à déclarer.*

---

## OUTILS POUR LA PRATIQUE

RENDU POSSIBLE PAR



EN PARTENARIAT AVEC



Les articles **Outils pour la pratique** sont des articles révisés par les pairs qui résument les données médicales pouvant transformer la pratique de première ligne. Coordonnés par la **Dre Adrienne Lindblad**, ils sont rédigés par le groupe PEER (Patients, Experience, Evidence, Research), avec l'appui du Collège des médecins de famille du Canada, et des Collèges des médecins de famille de l'Alberta, de l'Ontario et de la Saskatchewan. Les commentaires sont les bienvenus à l'adresse [toolsforpractice@cfpc.ca](mailto:toolsforpractice@cfpc.ca). La version française de la bibliothèque d'Outils pour la pratique de CMFCAApprendre est en cours de construction. Elle sera disponible en 2025.

*Cette communication exprime l'opinion des auteurs et ne reflète pas nécessairement le point de vue ni la politique du Collège des médecins de famille du Canada.*