

ABRÉVIATIONS – ACRONYMES

ACR	<i>American College of Rheumatology</i>
APA	<i>American Psychological Association</i>
CIM-10	<i>Classification Internationale des Maladies – 10^{ème} révision</i>
DN4	<i>Douleur neuropathique en 4 questions</i>
E.L.F.E	<i>Liste Européenne d'Évaluation de la Fibromyalgie</i>
EVA	<i>Échelle numérique analogique</i>
FIQ	<i>Questionnaire de mesure de l'impact de la fibromyalgie</i>
FIRST	<i>Fibromyalgia Rapide Screening Tool</i>
FM	<i>Fibromyalgie</i>
HAS	<i>Haute Autorité de santé</i>
IASP	<i>Association internationale pour l'étude de la douleur</i>
LANSS	<i>Échelle d'évaluation des signes et symptômes d'origine neuropathique de Leeds</i>
MeSH	<i>Medical Subject Headings</i>
OFSP	<i>Office Fédéral de la Santé Publique</i>
OMS	<i>Organisation Mondiale de la Santé</i>
Score WPI	<i>Score Widespread Pain Index</i>
Score SS	<i>Score de sévérité des symptômes</i>
SF-36	<i>Questionnaire short form health survey, physical component, mental component</i>

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	
REMERCIEMENTS	
DÉCLARATION	
ABRÉVIATIONS – ACRONYMES.....	
1 INTRODUCTION.....	1
1.1 PROBLÉMATIQUE	1
1.2 QUESTION DE RECHERCHE.....	4
1.3 BUT DE LA RECHERCHE.....	4
2 CADRE THÉORIQUE	5
2.1 CONCEPT DE LA FIBROMYALGIE	5
2.1.1 Définitions.....	5
2.1.2 Douleurs chroniques et symptômes associés	6
2.1.3 Diagnostic.....	7
2.1.4 Prise en charge, suivi et traitements	8
2.2 CONCEPT DE L'INTERPROFESSIONNALITÉ	9
2.2.1 Interdisciplinarité et interprofessionnalité	9
2.2.2 Importance du rôle infirmier	10
2.2.3 Impact sur la fibromyalgie.....	11
2.3 CONCEPT DE LA QUALITÉ DE VIE	12
2.3.1 Définitions.....	12
2.3.2 Fibromyalgie et qualité de vie	12
3 MÉTHODOLOGIE.....	14
3.1 DEVIS DE RECHERCHE	14
3.2 COLLECTE DES DONNÉES.....	14
3.3 SÉLECTION DES DONNÉES.....	16
3.3.1 Critères d'inclusion et d'exclusion des études.....	16
3.3.2 Pyramide des preuves scientifiques.....	16
3.3.3 Considérations éthiques	16
3.4 ANALYSE DES DONNÉES.....	16
3.5 ÉTUDES RETENUES.....	17
4 RÉSULTATS.....	18

4.1	ÉTUDE 1 - ÉVALUATION D'UNE APPROCHE INTERDISCIPLINAIRE PSYMEPHY ENVERS DES PATIENTS ATTEINTS DE FIBROMYALGIE	18
4.1.1	Description	18
4.1.2	Résultats	19
4.1.3	Validité méthodologique	19
4.1.4	Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle	20
4.2	ÉTUDE 2 - EFFET À COURT ET LONG TERME D'UNE APPROCHE INTERDISCIPLINAIRE ENVERS DES PATIENTS ATTEINTS DE FIBROMYALGIE.....	20
4.2.1	Description	20
4.2.2	Résultats	22
4.2.3	Validité méthodologique	22
4.2.4	Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle	23
4.3	ÉTUDE 3 - LE LEADERSHIP INFIRMIER AU SEIN D'UNE ÉQUIPE MULTIDISCIPLINAIRE.....	23
4.3.1	Description	23
4.3.2	Résultats	24
4.3.3	Validité méthodologique	25
4.3.4	Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle	26
4.4	ÉTUDE 4 - DÉVELOPPEMENT DE PROJET EN ÉQUIPE POUR UNE APPROCHE CENTRÉE SUR LE PATIENT	26
4.4.1	Description	26
4.4.2	Résultats	27
4.4.3	Validité méthodologique	28
4.4.4	Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle	29
4.5	ÉTUDE 5 - SENSIBILISATION ET APPROCHE THÉRAPEUTIQUE DE L'INFIRMIER-ÈRE DANS LA GESTION DE LA FIBROMYALGIE	30
4.5.1	Description	30
4.5.2	Résultats	30
4.5.3	Validité méthodologique	31
4.5.4	Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle	32
4.6	ÉTUDE 6 - OPINION DES PATIENTS ET DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ SUR LA PRISE EN CHARGE DE LA FIBROMYALGIE.....	32
4.6.1	Description	32
4.6.2	Résultats	33
4.6.3	Validité méthodologique	35

4.6.4	Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle	35
4.7	SYNTHÈSE DES PRINCIPAUX RÉSULTATS	36
5	DISCUSSION.....	37
5.1	DISCUSSION DES RÉSULTATS	37
5.1.1	Approche multimodale	37
5.1.2	Leadership et collaboration d'équipe	38
5.1.3	Relation entre les professionnels et les patients	39
5.2	DISCUSSION DE LA QUALITÉ ET DE LA CRÉDIBILITÉ DES ÉVIDENCES	40
5.3	LIMITES ET CRITIQUE DE LA REVUE DE LA LITTÉRATURE	41
6	CONCLUSION	42
6.1	PROPOSITIONS POUR LA PRATIQUE	42
6.2	PROPOSITIONS POUR LA FORMATION	42
6.3	PROPOSITIONS POUR LA RECHERCHE	43
	BIBLIOGRAPHIE	44
	ANNEXES	I
ANNEXE I	: TABLEAUX DE RECENSION	II
ANNEXE II	: CRITÈRES DE L'ACR (2010)	VIII
ANNEXE III	: QUESTIONNAIRE DE MESURE DE L'IMPACT DE LA FIBROMYALGIE (FIQ).....	X
ANNEXE IV	: FIBROMYALGIA RAPID SCREENING TOOL (FIRST)	XII
ANNEXE V	: PYRAMIDE DES PREUVES QUANTITATIVES ET QUALITATIVES.....	XIII
ANNEXE VI	: GLOSSAIRE DE CONTENU	XIV
ANNEXE VII	: GLOSSAIRE MÉTHODOLOGIQUE.....	XVI

1 INTRODUCTION

« La fibromyalgie existe, la fibromyalgie se traite ! Et en plus, elle se traite bien ! Comme la migraine ou la dépression » (Schwob, 2011, p. 16).

Tout individu, dans son histoire de vie, a déjà eu la sensation d'avoir "mal partout". Qu'advient-il si ce mal unique évolue en une souffrance quotidienne, sans compréhension ni de sa cause ni de sa provenance ? La fibromyalgie est la pathologie douloureuse chronique la plus importante en regard de la population générale avec une prévalence de 2 à 4 % et un ratio de 3,5 % de femmes pour 0,5 % d'hommes (Belgrand & So, 2011, p. 604). Depuis 1992, l'Organisation Mondiale de la Santé la reconnaît comme entité nosologique pourtant, elle demeure ignorée du grand public et même du monde médical (Schwob, 2011, p. 10). « La fibromyalgie fait beaucoup parler d'elle et suscite encore débats et controverses en 2015 » (Laroche & Guérin, 2015, p. 31). Les années du nouveau millénaire voient tout d'abord se déchaîner les "fibrosceptiques", se réveiller les "fibroconvaincus" et apparaître des "fibroconvertis" selon le rhumatologue Jean-François Marc (communication personnelle [document Word], 2006). C'est dans l'optique de développer la prise en charge des sujets atteints et d'accroître la reconnaissance de la fibromyalgie que cette revue de la littérature est réalisée.

1.1 PROBLÉMATIQUE

La prévalence mondiale de la fibromyalgie (FM) avoisine les 2,7 % avec un ratio de 3 : 1 en faveur des femmes. L'Europe affiche une prévalence à 2,5 % derrière les États-Unis (3,1 %) et devant l'Asie (1,7 %) (Queiroz, 2013, traduction libre, p. 2). En France, la FM touche 3 à 5 % de la population et essentiellement les femmes (Association Française de Lutte Anti-Rhumatismale, 2015, la fibromyalgie). En effet, la Haute Autorité de santé (HAS) (2010) a analysé des études françaises démontrant que ce syndrome* atteint les sujets féminins dans 80 à 90 % des cas. La tranche d'âge la plus concernée se situe entre 45 et 55 ans (p. 16). Plus localement, la Ligue suisse contre les rhumatismes (S.d.) ne dispose pas de chiffre fiable concernant le pourcentage d'habitants helvètes souffrant de fibromyalgie. Toutefois, une estimation large désigne 0,5 à 5 % de la population, représentant donc 40'000 à 400'000 personnes fibromyalgique en Suisse (la fibromyalgie). Des questions se posent ainsi : pourquoi les femmes sont-elles plus touchées que les hommes ? S'agit-il d'un dysfonctionnement du système nerveux central et/ou périphérique ou d'un dysfonctionnement neuroendocrinien* ? Un phénomène de prédisposition

généétique est-il à la source ? (Laroche & Guérin, 2015, p. 34-35). Ces multiples interrogations démontrent que la FM reste encore une énigme, même pour la science.

« Mal partout, mal tout le temps ! » (Association Suisse des Fibromyalgiques, 2013, Fibromyalgie). « La fibromyalgie représente le meilleur exemple d'un état douloureux chronique diffus sans cause nociceptive périphérique démontrable » (Belgrand & So, 2011, p. 604), d'origine non inflammatoire, associé à la présence de points douloureux reproduits à la palpation (Houvenagel & Ducoulombier, 2010, p. 148).

La FM suscite encore de nombreuses polémiques et parfois même un certain scepticisme (Jasson, 2007, p. 1), malgré sa reconnaissance par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 1992, puis en 2007 (Marc, 2015, année 2007). Des manifestations de la FM sont déjà mentionnées dans la littérature antique. Hippocrate, père de la médecine, expose en premier lieu les douleurs musculosquelettiques et rédige la « théorie du rheuma » traitant des troubles ostéoarticulaires (Schwob, 2011, p. 19). En l'an 300 av. J.-C., Théophraste décrit, quant à lui, la douleur diffuse (Schwob, 2011, p. 19). William Gower, neurologue britannique, mentionne, en 1904, des douleurs musculosquelettiques diffuses et chroniques et avance le terme de fibrosite (Jeffrey, McKenzie-Brown & McKenzie-Brown, 2015, traduction libre, p. 2). La notion de "fibromyalgie" est énoncée en 1976 par le médecin américain P.K Hench. Elle signifie littéralement « douleur des fibres musculaires » (comme cité par la Haute Autorité de santé, 2010, p. 27). L'American College of Rheumatology (ACR) établit les premiers critères diagnostiques de la FM en 1990. Ils sont révisés puis améliorés en 2010 (Jeffrey & al., 2015, traduction libre, p. 2). (cf. Annexe II). Dans la littérature, ce syndrome* peut être retrouvé sous la dénomination de syndrome* polyalgique idiopathique diffus, fibromyosite ou fibrosite.

Selon Houvenagel & Ducoulombier (2010), l'absence de signes cliniques objectivables et de marqueurs paracliniques spécifiques rend la pose du diagnostic complexe (p. 149). Cela soulève l'un des premiers problèmes en lien avec la FM. Le diagnostic n'a pas, de prime abord, un but d'exclusion ou d'élimination, il est avant tout clinique (Laroche & Guérin, 2015, p. 32). Les outils d'évaluation sont indispensables pour quantifier la douleur et les symptômes associés (Houvenagel & Ducoulombier, 2010, p. 149) ainsi que pour établir un suivi. Il existe trois méthodes évaluatives propres à la FM : le Questionnaire de l'Impact de la Fibromyalgie (FIQ) (cf. Annexe III), traduit en français en 2003, le Fibromyalgia Rapid Screening Tool (FiRST) (cf. Annexe IV) et la Liste Européenne d'Évaluation de la Fibromyalgie (E.L.F.E). Dans l'ouvrage de Martínez-Lavin & al. (comme cité par Houvenagel & Ducoulombier, 2010, p. 149), d'autres échelles non spécifiques sont utilisées, à savoir, l'échelle d'évaluation des signes et des symptômes d'origine neuropathique de Leeds (LANSS), le questionnaire pour les douleurs

neuropathiques (DN4) et le questionnaire short form health survey, physical component, mental component (SF-36) destiné à mesurer la qualité de vie .

Des difficultés supplémentaires apparaissent avec la notion de traitement. En effet, il n'y en a aucun qui soit propre à la FM. Différents ouvrages préconisent toutefois une approche pharmacologique et/ou non pharmacologique (Fitzcharles & al., 2012, traduction libre ; Haute Autorité de santé, 2010) pour tenter d'obtenir un plus grand champ d'action. Ces recommandations joignent l'obstacle à la prise en charge ainsi qu'au suivi des patients ; elles se justifient par le fait qu'il n'existe ni gold standard de diagnostic ni traitement spécifique, l'origine du mal n'étant pas clairement définie (Haute Autorité de santé, 2010, p. 20). Selon l'ouvrage de Schwob (2011), la FM fait partie des maladies "invisibles", sans cause préalable, tout comme la migraine par exemple. En revanche, les crises de migraine sont bien connues du grand public puisque 42 % des migraineux sont suivis par un spécialiste ou par un centre antimigraineux. Concernant la FM, seuls 20 % des malades bénéficient d'un suivi médical (p. 15-16). L'hôpital du Valais rapporte que la douleur représente la première cause de consultation (60 %) dans les cabinets de médecine générale. Il déclare également que l'organisation du système de santé et la gestion de la douleur en milieu hospitalier varient selon les régions. En Valais, il existe deux services spécialisés dans la prise en charge de la douleur qui optent pour un plan de traitement en équipe (S.d., centre du traitement de la douleur).

L'Association suisse des fibromyalgiques (2013) mentionne que la FM demeure non reconnue en Suisse et donc mal soutenue par l'Assurance Invalidité, entre autres. Les douleurs chroniques contraignent, à la longue, à adapter, diminuer, voire supprimer l'activité professionnelle notamment, sans pouvoir bénéficier d'une quelconque compensation financière. Comment poursuivre un traitement médical onéreux sans apport d'argent ? Les personnes concernées sont confrontées à une situation de détresse et de vulnérabilité, tant sur le plan matériel, physique que psychologique. Cela ne fait qu'accroître leur sentiment d'incompréhension, de rejet, de honte et d'isolement (Accueil).

La FM présentant des symptômes multiples accompagnés d'effets variés sur les fonctions de l'organisme, un médicament unique et efficace relève de l'utopie*. De même que, pour la prise en charge, le recours à un seul professionnel est inenvisageable. Une collaboration entre professionnels est nécessaire pour couvrir l'intégralité des besoins de l'individu et établir une vision holistique* de ce dernier. L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) lance d'ailleurs, en 2017, un programme de promotion de l'interprofessionnalité dans le domaine de la santé (www.bag.admin.ch/ppinterprof). Il est essentiel pour l'infirmier-ère de se positionner sur cette nouvelle approche. Le soignant doit

connaître et utiliser toutes les ressources dont il dispose pour prendre adéquatement en charge les patients. Une mauvaise connaissance peut empêcher une collaboration optimale entre les professionnels ainsi qu'avec les patients (Association suisse des infirmières & infirmiers, 2011, p. 19).

1.2 QUESTION DE RECHERCHE

La mise en évidence des problèmes cliniques a permis de formuler la question de recherche suivante, selon le modèle PICO :

« Quelle est l'efficacité d'une approche interprofessionnelle à l'intention des femmes adultes atteintes de fibromyalgie afin d'améliorer leur qualité de vie ? ».

1.3 BUT DE LA RECHERCHE

Les objectifs visés par cette revue de la littérature sont, en première intention, de reconnaître la souffrance des personnes atteintes d'un syndrome* douloureux chronique non objectivable puis d'évaluer l'efficacité d'une approche interprofessionnelle au niveau de la gestion de la FM, dans le but de permettre à ces patients d'accroître leur qualité de vie.

2 CADRE THÉORIQUE

Pour une meilleure compréhension du sujet, les concepts** de fibromyalgie (FM), interprofessionnalité et qualité de vie sont décrits dans cette section. L'intérêt de ces notions est de « fournir un résumé concis d'un ensemble de caractères distinctifs liés à un phénomène » (Fortin, 2010, p. 39). La FM touche différents pôles de l'organisme. Quant à l'approche interprofessionnelle, elle est étudiée à travers son efficacité à permettre aux sujets d'atteindre une meilleure qualité de vie.

2.1 CONCEPT DE LA FIBROMYALGIE

2.1.1 Définitions

« La fibromyalgie est la pathologie douloureuse chronique diffuse la plus fréquente. Elle touche 2 à 4 % de la population adulte. Sa prévalence est plus fréquente chez les femmes (3,5 % versus 0,5 %) » (Laroche, 2009, p. 529). Selon la Haute Autorité de santé (HAS) (2010), elle atteint une population jeune, de moins de 60 ans dans 90 % des cas. L'âge moyen se situe entre 45 et 55 ans quelles que soient les sources des données d'analyse (p. 16).

Pour l'American College of Rheumatology (ACR), le syndrome* de la FM est caractérisé par des douleurs musculosquelettiques diffuses, bénignes, chroniques et persistantes depuis au moins 3 mois (Schwob, 2011, p. 12). De plus, elle est définie par la présence de 11 points douloureux ou plus parmi 18 points spécifiques (p. 12) (cf. Annexe III). Par ailleurs, le Medical Subject Headings (MeSH) présente la FM comme un syndrome* de rhumatisme* non articulaire atteignant les femmes de 20 à 50 ans, caractérisé par une myalgie* et des points multiples de sensibilité musculaire à la palpation, associé à de la fatigue ainsi qu'à la dépression (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/?term=fibromyalgia>).

Il existe une multitude de définitions, reflétant la difficulté à cerner et catégoriser la FM. Des éléments communs ressortent toutefois, notamment les points douloureux lors de l'examen clinique ainsi que les symptômes associés. Depuis 2006, la fibromyalgie est identifiée comme une entité autonome dans la Classification internationale des maladies – 10^e révision (CIM-10) sous le code M79.7 : les maladies du système ostéoarticulaire, des muscles et du tissu conjonctif ; à la section des autres affections des tissus mous, non classées ailleurs (Haute Autorité de santé, 2010, p. 7).

Depuis 2015, le mécanisme physiopathologique le plus ancré semble être une sensibilisation centrale de la douleur* (Henriquez & Peck, 2015, traduction libre, p. 25). Geisser & al., (2008) expliquent que les patients font l'expérience d'un changement

sensoriel global incluant une hypersensibilité* dans toutes les régions du corps ainsi qu'une diminution du seuil de la douleur. Ces changements ne sont en outre pas exclusivement liés à des stimulus* pénibles (traduction libre, p. 417). Selon Schmidt-Wilcke & Clauw (comme cité par Henriquez & Peck, 2015, traduction libre, p. 25), des études démontrent des défauts structuraux de l'encéphale antérieur impliqué dans le traitement de la douleur, ainsi qu'au niveau du thalamus*, du striatum* et du cortex insulaire*. Il a aussi été relevé qu'une insuffisance de la voie inhibitrice descendante du système nerveux central empêche la libération des neurotransmetteurs (Henriquez & Peck, 2015, traduction libre, p. 25).

2.1.2 Douleurs chroniques et symptômes associés

L'Association internationale pour l'étude de la douleur (IASP) la traduit par « une sensation et une expérience émotionnelle désagréables en réponse à une atteinte tissulaire réelle ou potentielle ou décrites en ces termes » (<http://www.sfetd-douleur.org/definition>). La FM est définie par un syndrome* douloureux chronique (Houvenagel & Ducoulombier, 2010, p. 148). La HAS (2008) mentionne une douleur chronique et persistante ou récurrente au-delà de ce qui est habituel pour la cause initiale, associée à un processus pathologique intermittent ou chronique répondant mal au traitement médical, accompagnée d'une altération significative et durable du statut fonctionnel (p. 20).

La douleur chronique représente le symptôme principal de la FM. Elle peut être diffuse, persistante et variable dans l'intensité ainsi que dans la localisation (Haute Autorité de santé, 2010, p. 7). Les patients manifestent une diminution du seuil de la douleur et une perception anormale de la douleur pouvant amener à un état d'hyperalgésie* ou d'allodynie* généralisée (Henriquez & Peck, 2015, traduction libre, p. 27). Dans l'article de Yunus (comme cité par la Haute Autorité de santé, 2010, p. 7), il est stipulé que la douleur peut débuter au cou et aux épaules pour s'étendre au reste du corps. Elle est permanente, aggravée par les efforts, le froid, l'humidité, les émotions et le manque de sommeil, et s'accompagne d'une raideur matinale.

Les patients témoignent de douleurs parfois ressenties comme venant des muscles, des articulations ou étant plus profondes (Rhumato.info, 2012, la fibromyalgie). Cela concorde précisément avec la définition de la douleur citée précédemment, au vu des sensations perçues et d'une localisation quasi individuelle. Ces personnes éprouvent fréquemment une fatigue chronique, des perturbations du sommeil et des bouleversements émotionnels, comme constaté chez les populations de patients douloureux chroniques (Macfarlane & al., 2016, traduction libre, p. 1 ; Wolfe & al., 1990, traduction libre, p. 165).

Après la douleur chronique, la plainte la plus récurrente (90 %) est la fatigue chronique. Elle peut contribuer à l'affaiblissement fonctionnel (Mease & al., comme cité par

Fitzcharles & al., 2012, traduction libre, p. 9). Le sommeil présente des perturbations, dues au fait qu'il est fragmenté, réduit, latent (Moldofsky, 2008, traduction libre, p. 401). Les troubles du sommeil participent à l'exacerbation de la fatigue et de la douleur (Hamilton & al., 2008, traduction libre, p. 490). Une étude expérimentale a été menée, durant laquelle une personne saine a été partiellement privée de sommeil. Elle a démontré une interaction entre les troubles du sommeil et la diminution du seuil douloureux induit, à long terme, des douleurs chroniques (Guinot & al., 2015, p. 2). Epstein & al. (comme cité par Fitzcharles & al., 2012, traduction libre, p. 10) dans leur étude, affirment que les perturbations émotionnelles, y compris la dépression et/ou l'anxiété, sont présentes chez les trois-quarts des patients atteints de FM.

La douleur et les symptômes associés créent un cercle vicieux entre douleurs chroniques, dépression et fatigue chronique. Est-ce la douleur chronique qui est responsable de la dépression et de la fatigue chronique ou l'inverse ? La douleur chronique et les symptômes associés permettent de mieux comprendre l'impact sur la qualité de vie de la personne. Non traités, ces troubles deviennent des obstacles à un état de santé optimal (Fitzcharles & al., 2012, traduction libre, p. 12).

2.1.3 Diagnostic

En 2011, la National Pain Foundation a estimé le délai de diagnostic à 5 ans (Arnold & al., comme cité par Laroche & Guérin, 2015, p. 32). Jusqu'à présent, aucune anomalie biologique, inflammatoire, immunologique ou encore enzymatique n'a été mise en évidence (Haute Autorité de santé, 2010, p. 8). Guedj & al. (comme cité par Houvenagel & Ducoulombier, 2010, p. 148) mentionnent que les anomalies objectivées par les neuro-imageries ne revêtent un intérêt que pour la compréhension de la FM. Ce n'est donc pas un outil diagnostique de routine. Plusieurs recherches vont dans le même sens, révélant que le diagnostic est principalement clinique (Haute Autorité de santé, 2010, p. 8 ; Laroche & Guérin, 2015, p. 32 ; Fitzcharles & al., 2012, traduction libre, p. 9).

En 1990, l'ACR a établi des critères diagnostiques sur la base de 558 sujets. Ceux-ci devaient présenter une douleur diffuse avec une durée d'évolution supérieure à 3 mois et la présence d'au moins 11 des 18 points douloureux à la pression digitale d'environ 4 kg (cf. Annexe II). L'association de ces deux critères note une sensibilité** de 88,4 % et une spécificité** de 81,1 % en faveur du diagnostic de FM à partir d'une comparaison entre un groupe de patients fibromyalgiques et un autre de sujets présentant des manifestations douloureuses chroniques musculosquelettiques de causes diverses (Wolfe & al., 1990, traduction libre, p. 160-172). En outre, Laroche & Guérin (2015) démontrent que le critère

des points de douleur à la pression mentionné plus haut est difficile à déterminer. Ceci proviendrait du fait que ces points sont temporellement fluctuants (d'un jour à l'autre) et potentiellement majorés par le stress (p. 33). Les critères de l'ACR ont été modifiés par Wolfe & al. (2010) dans une étude préliminaire**. La présence de la douleur est conservée alors que le concept des points de douleur à la pression a été abandonné pour laisser place à une auto-évaluation du patient par le biais du score Widespread Pain Index (WPI), combiné à un score de sévérité des symptômes (SS) (traduction libre, p. 608) (cf. Annexe II). Bien que n'étant pas définis comme un gold standard, les critères de classification de l'ACR sont proposés à titre diagnostique dans la plupart des guidelines (Haute Autorité de santé, 2010, p. 12).

Concernant le dépistage de la FM, il est envisageable, mais cependant imprécis car succinct, à l'aide du questionnaire FiRST (Laroche & Guérin, 2015, p. 2) (cf. Annexe IV). C'est un auto-questionnaire simple de 6 questions qui présente une sensibilité** à 90.05 % et une spécificité** à 85.7% (Perrot, Bouhassira, & Fermanian, 2010, traduction libre, p. 254). Il s'adresse aux patients souffrant de douleurs diffuses depuis plus de 3 mois.

2.1.4 Prise en charge, suivi et traitements

Les malades souffrent souvent de partout et depuis très longtemps, comme mentionné à la section précédente, en raison notamment d'un délai de diagnostic particulièrement long. Pour Halder (comme cité par la Haute Autorité de santé, 2010, p. 34-35), la pose du diagnostic déclenche un soulagement dans la mesure où les patients parviennent à nommer leurs maux et gagner une légitimité sociale. Toutefois l'effet inverse pourrait également se produire, c'est-à-dire un cas où les patients se focaliseraient sur leurs souffrances, empêchant la mise en place des stratégies de coping* pour améliorer leur santé.

Laroche & Guérin (2015) mentionnent qu'au moment de la prise en charge, le modèle biopsychosocial permet de comprendre et considérer de façon plus globale toutes les maladies chroniques. Afin d'éviter la mise en échec, tant au niveau des patients que des soignants (p. 31), une analyse des croyances et des peurs est indispensable, avant même d'envisager toute stratégie thérapeutique (p. 35). La guérison n'est pas un objectif thérapeutique réaliste, tout comme la notion "douleur zéro" (p. 35).

Dans la méta-analyse** de Rossy & al. (comme cité par Fitzcharles et al., 2012, traduction libre, p. 17), la prise en charge idéale réunit des traitements à la fois pharmacologiques et non pharmacologiques. La HAS (2010) propose la même approche, compte tenu du fait que l'étiologie n'est pas connue. Les traitements médicamenteux proposés sont symptomatiques (p. 39). De plus, la gamme prescrite varie d'un médecin à

l'autre. En parallèle, des interventions non pharmacologiques sont envisagées, à savoir, la relaxation et la méditation, l'hypnose, les thérapies cognitivo-comportementales, la balnéothérapie, l'exercice physique, etc. (Laroche, 2009, p. 533-534). Les traitements non pharmacologiques ont démontré des effets positifs par des améliorations s'appliquant sur le statut physique et psychologique, les symptômes fibromyalgique et la qualité de vie (Fitzcharles et al., 2012, traduction libre, p. 17).

La mesure du score SS (cf. Annexe II) et l'utilisation du questionnaire QIF (cf. Annexe II) revêtent une importance pour l'orientation de la prise en charge et l'intégrité de son efficacité. Ils permettent de comparer l'état présent du patient à son état antérieur (Haute Autorité de santé, 2010, p. 12). L'intensité de la douleur est évaluée par les échelles visuelles analogiques (EVA) (Laroche & Guérin, 2015, p. 35). D'autres échelles non spécifiques peuvent également être utilisées, comme stipulé dans la section problématique. De plus, la mise en place d'un agenda de bord pour les douleurs (Laroche & Guérin, 2015, p. 35) offre la possibilité de suivre les variations de la douleur et, pour certains patients, le fait d'écrire leur mal-être peut les aider à se sentir mieux. Dobkin & al. (comme cité par Fitzcharles & al., 2012, traduction libre, p. 17) démontrent que l'auto-efficacité et l'adhésion aux recommandations de traitement influencent favorablement le résultat.

2.2 CONCEPT DE L'INTERPROFESSIONNALITÉ

2.2.1 Interdisciplinarité et interprofessionnalité

Selon Aiguier, le concept d'interdisciplinarité* est plus largement utilisé que celui d'interprofessionnalité. Les deux termes sont souvent employés comme synonymes. L'interdisciplinarité* désigne la tentative de faire des ponts entre les différentes disciplines qui structurent les interventions professionnelles (2014, p. 649), ce qui laisse sous-entendre l'existence d'une barrière professionnelle entre les différents titres de formations.

L'interprofessionnalité* exprime, au premier degré, une collaboration « entre les professions » (Bayle & Maisch, 2014, p. 39). Concrètement, ce sont des acteurs issus de professions différentes qui travaillent ensemble dans un intérêt commun (Bayle & Maisch, 2014, p. 39). L'objectif collectif est ici de produire une diminution des symptômes et une amélioration de la qualité de vie des patients atteints de FM. Une profession est davantage qu'une articulation de disciplines, elle est constituée de savoir théorique et de savoir-faire qui garantissent des valeurs, des aptitudes et la reconnaissance sociale (Aiguier, 2014, p. 649). Manière, Aubert, Mourey & Outata, (2005) énoncent l'interprofessionnalité comme

les processus et modalités d'organisation de travail et de communication sociale permettant à des professionnels d'horizons, de cultures et de pratiques différents d'échanger, et éventuellement de mettre en commun

des connaissances, des informations, des opinions, des vécus personnels en vue d'analyser et de comprendre toutes les situations professionnelles auxquelles chacun est susceptible d'être confronté (diagnostic situationnel médico-social, décision de prise en charge, élaboration d'un document de référence...). Ce travail en équipe, fondé sur la recherche de représentations et de valeurs compatibles, permet la coordination des rôles et la répartition des tâches en vue d'élaborer des projets et des plans d'action et de donner une signification partagée au sein de l'action collective (p. 23).

Ce concept est non négligeable, comme le démontrent Gallant & al. (2010), il existe une réelle nécessité d'exercer en réseau (p. 42). Cette notion a également été reprise par Aiguier (2014), considérant que le travail en équipe est devenu une modalité consubstantielle* des pratiques de soins et cela pour diverses raisons. Tout d'abord, sur le plan clinique, afin d'obtenir une meilleure qualité des soins (p. 647). Ensuite, pour suppléer la pénurie actuelle du personnel de la santé ainsi que les restrictions budgétaires (Gallant et al., 2011, p. 42). Enfin, dans l'optique d'agir pour la sécurité (Aiguier, 2014, p. 647) et le vieillissement de la population (Gallant et al., 2011, p. 42).

L'OFSP (2016) a mis en place un programme de promotion de l'interprofessionnalité* dans le domaine de la santé. Ce dernier débutera en 2017. Son but est de renforcer la collaboration entre les professionnels en proposant des formations dispensées dans la majeure partie de la Suisse. Les raisons de la création d'un tel projet sont, entre autres, de pallier la pénurie des praticiens de la santé, l'augmentation des maladies chroniques et l'évolution démographique (www.bag.admin.ch/ppinterprof).

2.2.2 Importance du rôle infirmier

Depuis deux décennies, les infirmiers-ères et autres professionnels de la santé sont appelés à exercer une pratique interprofessionnelle (Bilodeau, Dubois, & Pepin, 2013, p. 44). La pratique infirmière se situe dans le paradigme de la transformation* (Pepin, Kérouac, & Ducharme, 2010, p. 30). Selon Newman & al. (comme cité par Bilodeau et al., 2013, p. 44), le savoir infirmier peut autant influencer les pratiques des autres disciplines que celles des sciences infirmières.

Dans l'élaboration d'une collaboration interprofessionnelle, la composition d'une équipe est primordiale. Elle exige une coordination et une coopération entre les individus, tout en incluant des notions fondamentales de partage des connaissances et d'ouverture d'esprit de la part des membres de l'équipe (Aiguier, 2014, p. 647). La collaboration

interprofessionnelle, pour D'Amour (comme cité par Aiguier, 2014, p. 649), désigne un ensemble de relations et d'interactions qui permettent à des professionnels de comparer et partager leurs connaissances, afin que chacun de ces protagonistes puisse apporter ses spécificités et ses compétences à l'amélioration de la qualité de vie des personnes. Le point de départ est le patient ainsi que ses proches (Pepin et al., 2010, p. 99).

Le rôle infirmier se définit pleinement dans l'approche interprofessionnelle par son leadership. Une prise en charge de qualité requiert une approche holiste* du soin de nature médico-psycho-sociale en respectant et intégrant le patient (Aiguier, 2014, p. 647). Durant le cursus des soins infirmiers et des formations continues, les étudiants acquièrent ou développent des compétences spécifiques dans le travail en équipe (<https://www.hes-so.ch/fr/formation-continue-165.html>).

Les infirmiers-ères collaborent en permanence avec les autres professionnels (Association suisse des infirmières & infirmiers, 2011, p. 19). Ils-elles coordonnent et sont responsables de toutes les activités de soins réalisées par l'équipe soignante ainsi que de l'ensemble du processus de soins, afin d'en assurer la continuité (p. 20). De plus, ils-elles déterminent les besoins du patient à l'aide de l'évaluation clinique et de l'anamnèse du patient, planifient les mesures de soins et les réalisent pour ensuite estimer leur travail (p. 20). L'infirmier-ère consacre du temps au contact du patient. Cela lui donne l'opportunité de suivre le malade de manière continue, d'apprendre à le connaître, de côtoyer ses proches et de constater ses moindres progrès ou au contraire, les éventuelles régressions de son état (Association suisse des infirmières & infirmiers, 2011, p. 6).

2.2.3 Impact sur la fibromyalgie

La prise en charge de la FM est d'autant plus difficile que l'origine du mal n'est pas clairement définie. Afin d'obtenir un plus grand champ d'action, il est justifié d'inclure une approche interprofessionnelle selon l'expression consacrée « l'union fait la force ». Pour Aiguier (2014), appréhender l'individu dans sa globalité est une entreprise complexe qui ne peut reposer sur une seule approche et exige l'intervention de plusieurs acteurs issus de disciplines et de professions différentes (p. 647). Le travail en équipe vise le renforcement de l'attention à la personne soignée ainsi que sa reconnaissance comme sujet et acteur de sa propre vie. C'est aussi un levier pour l'organisation des soins (p. 647). Les résultats produits par le travail en équipe sur le patient s'inscrivent dans des suivis réguliers et étroits, un accroissement des compétences d'adaptation face à la maladie, un apprentissage de l'autogestion des symptômes et une estimation, avec les professionnels, de l'atteinte ou non des objectifs (Fitzcharles & al., 2012, traduction libre, p. 17).

L'interprofessionnalisation met en avant la notion d'approche « centrée sur le patient » (Bilodeau & al., 2013, p. 45). Cette dernière s'appuie sur la relation de partenariat

avec le sujet, ses proches et une équipe professionnelle pour aboutir à la construction d'une option de soin (Haute Autorité de santé, 2010, p. 1).

2.3 CONCEPT DE LA QUALITÉ DE VIE

2.3.1 Définitions

Le concept de qualité de vie n'est apparu que récemment dans le vocabulaire infirmier (Formarier, 2012, p. 260). Selon Bacro (2014), cette notion provient des sociologues et des psychologues, puis des médecins et des psychiatres ont ensuite contribué à l'expansion des recherches sur la qualité de vie (p. 8). Dans sa version moderne, ce concept** a émergé vers 1975 simultanément avec le développement des maladies chroniques, le vieillissement de la population et la multiplication des handicaps liés aux accidents graves (Formarier, 2007, p. 3). La qualité de vie s'insère en premier lieu dans les fondements des soins palliatifs. En 1994, l'OMS (comme cité par Barco, 2014, p. 8) définit la qualité de vie comme « la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes ».

Selon Cella (2007), la qualité de vie touche la subjectivité et la multidimensionnalité. La subjectivité indique une notion propre au patient. La multidimensionnalité fait référence à la prise en compte d'éléments comprenant le bien-être physique ainsi que le fonctionnel émotionnel et social (p. 26). Le caractère multidimensionnel de cette notion la rend particulièrement complexe à opérationnaliser et aucune définition ne semble faire consensus dans la littérature scientifique (Barco, 2014, p. 8).

Il s'agit d'un large champ conceptuel abstrait, englobant de manière complexe la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ses croyances personnelles et sa relation avec les spécificités de son environnement (Barco, 2014, p. 7). Actuellement, il ne suffit plus de traiter médicalement les patients, il s'agit de tout mettre en place pour qu'ils vivent le mieux possible (Formarier, 2007, p. 3).

2.3.2 Fibromyalgie et qualité de vie

La FM peut devenir un facteur de limitation, de marginalisation et d'inégalité sociale (Haute Autorité de santé, 2010, p. 20). En effet, elle peut engendrer diverses conséquences, notamment des répercussions familiales et sociales via la modification des rôles, ou un repli sur soi (Schwob, 2011, p. 27-28). Guinot & al. (2015) confirment que ces patients présentent souvent une altération sévère de la qualité de vie (p. 3). Dans l'ouvrage de Schwob (2011), il est indiqué que la société actuelle ne porte pas de regard complaisant

ou compréhensif sur celles et ceux qui souffrent, ce qui pourrait ajouter une douleur morale insidieuse puisqu'invisible (p. 27). Peu à peu survient un sentiment de délaissement, tant par le corps médical que par les membres de la famille, accompagné parfois même d'hostilité (p. 27). Les malades se retrouvent alors face à une souffrance individuelle. Les sujets atteints de FM ont besoin d'être écoutés et d'obtenir de la reconnaissance (Schwob, 2011, p. 28).

Un sujet est seul capable d'évaluer son niveau de qualité de vie selon ce qui lui est important, ses valeurs et ses croyances. De plus, au fil des années, pour une même personne, en fonction de son âge, de sa maturité, la perception de la qualité de vie peut fortement varier (Formarier, 2007, p. 3). Selon la HAS (2010), le syndrome* fibromyalgique est une perception individuelle. Elle influence la construction des représentations des sujets atteints et conditionne leur réponse en matière de stratégie pour y faire face et de recours aux soins. Les patients sont confrontés à des symptômes invisibles pour autrui mais profusément ressentis par eux-mêmes (p. 20).

L'intérêt de l'utilisation du questionnaire FIQ (cf. Annexe III) pour mesurer les variations de l'état des personnes après une prise en charge a été exposé, à partir de l'analyse de trois études contrôlées randomisées**, dans l'étude Bennett & al. (comme cité par la Haute Autorité de santé, 2010, p. 11). Selon Burckhardt & al. (comme cité par Houvenagel & Ducoulombier, 2010, p. 149) le questionnaire FIQ (cf. Annexe III) peut s'avérer pertinent dans la mesure où il prend en compte l'intensité des symptômes, les capacités fonctionnelles ainsi que les composants environnementaux et permet d'analyser l'évolution de la FM. Cet auto-questionnaire a été conçu par Burckhardt & al. (comme cité par la Haute Autorité de santé, 2010, p. 11) en 1971 puis traduit en 2010 par Perrot & al. Il a été validé, adapté et transcrit en français sous le nom de « questionnaire de mesure d'impact de la fibromyalgie ».

3 MÉTHODOLOGIE

Tout au long de la réalisation de ce travail, dans un souci d'optimisation et de véricité des informations, une méthodologie de rigueur a été nécessaire afin de cibler puis de sélectionner les éléments appropriés pour répondre à la question de recherche posée dans la section problématique. L'écriture de cette problématique a débuté en septembre 2016, suivie, sur une période de deux mois, de l'élaboration des buts et objectifs. Le choix des concepts** s'est opéré en regard de la question de recherche pour ainsi former le cadre théorique**, lui-même dirigé et rédigé en fonction des lectures de recherche scientifique permettant d'approfondir le sujet.

3.1 DEVIS DE RECHERCHE

Ce travail a été établi sur la base d'une analyse d'études empiriques en corrélation avec la thématique. Le devis** utilisé est une « revue de la littérature ». Il permet l'appui sur des résultats probants**, ceci dans le but d'améliorer la pratique (Loiselle, Profetto-McGrath, Polit, & Beck, 2007, p. 4). Afin de confirmer les informations formulées dans les concepts précédemment décrits et d'approfondir les connaissances, un recueil des différentes études en lien avec la question de recherche a été effectué. Six études primaires ont été mises en évidence, trois s'inscrivent dans un design** quantitatif et trois correspondent au design** qualitatif.

La méthode quantitative est issue du paradigme positiviste**. Selon Loiselle, Profetto-McGrath, Polit, & Beck, (2007), c'est une approche rigoureuse, ordonnée et systémique pour décrire l'information d'une réalité objective. Elle met l'accent sur l'aspect rationnel, scientifique, des choses et considère l'existence d'une réalité fixe, ordonnée et objective (p. 15). Les données empiriques** sont consignées en format numérique (p. 17).

La méthode qualitative appartient au paradigme naturaliste**. Selon Loiselle & al., (2007), elle aborde la complexité humaine de manière directe et met l'accent sur la compréhension de l'expérience humaine. Les informations sont transmises par des êtres humains telles qu'elles sont vécues par eux et selon eux. Le cadre du déroulement de l'étude est un terrain souple et évolutif. L'approche qualitative s'étend sur une période prolongée. Habituellement, les recueils d'analyses apparaissent sous une forme narrative et subjective (p. 18).

3.2 COLLECTE DES DONNÉES

La consultation des bases de données** s'est effectuée de mars à novembre 2016. Dans un premier temps, les mots-clés du vocabulaire MeSH « Fibromyalgia » et « Nursing Research » ont été inscrits dans les bases de données de recherche avec

l'opérateur booléen** « AND » (tableau 1). La date de publication est comprise entre 2011 et 2016, soit dans les 5 années précédant l'ébauche de ce travail. Il s'est avéré que les articles traitaient en majorité de l'étiologie de la FM. De fait, afin d'obtenir un plus grand nombre de sources et donc de mieux cibler le thème choisi, divers mots du vocabulaire MeSH (tableau 2) ont ensuite été inscrits dans les bases de données utilisées (tableau 3).

Tableau 1 : bases de données consultées durant la recherche d'articles :

« Fibromyalgia » AND « Nursing research » - 2011 à 2016	
Bases de données	Nombre d'articles trouvés
CINHAL	13
Cochrane Library	10
Pubmed	80

Tableau 2 : mots-clés MeSH utilisés pour la sélection des articles scientifiques :

	Anglais	Français
Mots-clés MeSH	Evaluation	Évaluation
	Fibromyalgia	Fibromyalgie
	Interdisciplinary	Interdisciplinaire
	Leadership	Leadership
	Nursing Research	Recherche Infirmière
	Pain	Douleurs
	Person – Centred approach	Approche centrée sur la personne
	Professional	Professionnel
	Treatment	Traitement

Tableau 3 : études sélectionnées dans les bases de données :

Base de données	Combinaison de mots-clés	Articles trouvés	Articles retenus
CINHAL	Nursing research AND Fibromyalgia	13	1
	Fibromyalgia AND professional	73	1
	Nursing research AND Leadership AND Pain	23	1
Pubmed	Fibromyalgia AND Interdisciplinary AND Evaluation	14	1
	Fibromyalgia AND Interdisciplinary AND Treatment	54	1
	Nursing research AND person-centred approach	177	1

3.3 SÉLECTION DES DONNÉES

3.3.1 Critères d'inclusion et d'exclusion des études

Les études ont été sélectionnées à partir de différents critères mûrement réfléchis.

Critères d'inclusion** des études :

- année de publication entre 2011 et 2016,
- études primaires publiées en langue anglaise ou française,
- personnes adultes
- au moins 4 études disciplinaires en science infirmière.

Critères d'exclusion** des études :

- études publiées avant 2011,
- études non primaires,
- études publiées dans une autre langue que l'anglais et le français.

3.3.2 Pyramide des preuves scientifiques

Elle est utilisée dans le but d'évaluer la puissance d'une étude. Cette puissance peut être traduite par la qualité des données ainsi que par la méthode d'élaboration. La pyramide des preuves permet d'estimer la capacité des études à répondre à une question de recherche (cf. Annexe V).

3.3.3 Considérations éthiques

Concernant la rédaction du travail, pour garantir l'absence de plagiat, les citations, paraphrases et documents d'inspiration sont tous référencés et listés dans la bibliographie selon la 6^e édition des normes de l'American Psychological Association (APA). De plus, les études sélectionnées ont été approuvées par un comité d'éthique et les chercheurs de chaque étude ont obtenu le consentement éclairé des sujets. L'anonymat des participants a été garanti par les chercheurs pour quatre études. Concernant celles de Dysvik & Furnes (2013) et de Larsson & Blomqvist (2014), les auteurs n'ont rien précisé.

3.4 ANALYSE DES DONNÉES

L'analyse consiste en une description de l'étude ainsi qu'une présentation des résultats, suivies d'une évaluation de chaque article de recherche selon différents critères : la validité méthodologique, la pertinence clinique et l'utilité pour la pratique professionnelle. Les études sont répertoriées dans des tableaux de recension (cf. Annexe I) afin de mettre les points essentiels en relief et obtenir une vision générale. Une pyramide des preuves a été utilisée pour chaque étude afin de classer les résultats probants selon leur fiabilité** et leur validité** (Loiselle & al., 2007, p. 463).

3.5 ÉTUDES RETENUES

	Auteurs	Année	Titre	Base de données	Niveau de preuve
Étude 1	Martín, J., Torre, F., Aguirre, U., González N., Padierna, A., Matellanes, B., & Quintana, J.M.	2014	Evaluation of the Interdisciplinary PSYMEPHY Treatment on Patients with Fibromyalgia : A Randomized Control Trial	Pubmed	IIb
Étude 2	Saral, I., Sindel, D., Esmailzadeh, S., Ozlem Sertel-Berk, H., Oral, A.,	2015	The effects of long and short term interdisciplinary treatment approaches in women with fibromyalgia : a randomized controlled trial	Pubmed	IIb
Étude 3	Dysvik, E., & Furnes, B.,	2013	Nursing leadership in a chronic pain management group approach	CINHAL	VI
Étude 4	Larsson, H., & Blomqvist, K.	2014	From a diagnostic and particular:approach to a person-centred approach : a development project	Pubmed	V
Étude 5	Hughes, L., Adaire, J., Feng, F., Maciejewisk, S., Sharma, H.	2016	Nurse Practitioner's Education, Awareness and Therapeutic Approaches for the Management of Fibromyalgia	CINHAL	VI
Étude 6	Briones-Vozmediano, E., Vives-Cases, C., Ronda-Pérez, E., Gil-González, D.	2013	Patients' and professionals' views on managing fibromyalgia	CINHAL	VI

4 RÉSULTATS

4.1 ÉTUDE 1 - ÉVALUATION D'UNE APPROCHE INTERDISCIPLINAIRE PSYMEPHY ENVERS DES PATIENTS ATTEINTS DE FIBROMYALGIE

Martín, J., Torre, F., Aguirre, U., González, N., Padierna, A., Matellanes, B., & Quintana, J. M. (2014). Evaluation of the Interdisciplinary PSYMEPHY Treatment on Patients with Fibromyalgia: A Randomized Control Trial. *Pain Medicine*, 15(4), 682-691.

4.1.1 Description

Il s'agit d'une recherche quantitative s'inscrivant dans le paradigme positiviste**. Cette recherche est un essai clinique** contrôlé prospectif** randomisé** de type longitudinal**. Publiée en 2014, elle a été réalisée en Espagne à l'unité de gestion de la douleur de l'hôpital Galdakao-Usansolo. Son objectif est d'évaluer l'efficacité d'une intervention interdisciplinaire* PSYMEPHY (psychologue-médecin-physiothérapeute-éducation) en vue d'estimer un changement sur le biopsychosocial et la qualité de vie des personnes atteintes de FM. L'intervention a duré six semaines. La comparaison se situe entre un groupe expérimental** composé de patients souffrant de FM et un groupe contrôle** formé de personnes atteintes de FM recevant le traitement de base utilisé en Espagne : antidépresseur tricyclique, opioïde analgésique central et analgésique.

La sélection de la population s'est effectuée au sein de l'unité de gestion de la douleur de l'hôpital Galdakao-Usansolo entre 2007 et 2009. Les chercheurs ont contacté par téléphone 194 patients référés à l'unité, tous atteints de FM. Le choix des sujets a été accompli suivant des critères d'inclusion tels que le fait d'avoir été diagnostiqués selon les critères de l'ACR ; l'un des critères d'exclusion étant, par ailleurs, de souffrir d'une maladie psychiatrique ou organique grave. Au total, 180 personnes ont accepté de participer à l'étude dont 93.5 % étaient des femmes de cinquante ans en moyenne. La répartition du groupe contrôle** (N= 90) et du groupe expérimental** (N=90) s'est faite de manière aléatoire**.

Le groupe expérimental** a participé durant six semaines, à l'intervention PSYMEPHY impliquant un médecin, un psychologue et un physiothérapeute expérimentés dans le traitement de la douleur chronique ; et a reçu en plus le même traitement pharmacologique que le groupe contrôle** (antidépresseur tricyclique, opioïde analgésique central et analgésique de base). Chaque patient a suivi deux séances de groupe (N=12) par semaine à raison d'une heure avec un psychologue et quarante-cinq minutes avec un médecin et un psychologue pour une activité pédagogique. Une autre session du

programme appliquait alors la variante suivante : une heure avec un psychologue et quarante-cinq minutes avec un physiothérapeute. Chaque session a été enregistrée.

Un médecin, lié à l'unité de gestion de la douleur mais n'intervenant pas dans l'étude, a récolté les données sociodémographiques incluant l'âge, le sexe, l'état-civil, le niveau d'enseignement ainsi que les antécédents médicaux. Les instruments de mesure utilisés sont des auto-questionnaires : le FIQ, l'EVA pour la douleur et le questionnaire de la douleur chronique. Les participants les ont remplis au début de l'essai clinique**, à six semaines et à douze mois après l'intervention. La valeur de significativité des effets de l'intervention a été fixée à $P < 0.05$.

4.1.2 Résultats

Au final, sur 180 personnes au départ, 56 du groupe contrôle et 54 du groupe expérimental** ont terminé l'étude. L'abandon de certains participants se justifie par une non-compliance à l'intervention ou est relative à leur situation professionnelle et/ou familiale. Comparativement au début du programme, six mois après l'intervention le groupe expérimental** manifestait une amélioration statistiquement significative** du score total du FIQ ($P^{**} = 0.04$). Les chercheurs ont observé que douze mois après l'intervention, le groupe expérimental** maintenait les réductions de la douleur et de la fatigue chronique dans le score du FIQ.

Pour des questions éthiques, les chercheurs ont proposé aux sujets du groupe contrôle** de rejoindre le programme ; 36 sujets ont participé au suivi des six semaines et répondu aux questionnaires six et douze mois après l'intervention du PSYMEPHY. Les résultats de ces derniers n'ont pas été inscrits dans la présente étude.

4.1.3 Validité méthodologique

Le Comité d'éthique de l'hôpital a approuvé l'étude. Chaque participant a signé un formulaire de consentement éclairé. Le protocole de l'intervention a été rédigé par trois membres du groupe de recherche.

La validité interne** de cette étude est élevée, de par le fait que les participants ont été assignés au hasard, à part égale, dans deux groupes. La randomisation** s'est opérée à l'aide d'un générateur électronique de nombre. Les chercheurs se sont basés sur la littérature pour connaître la taille d'échantillon** adéquat ($N=58$) pour chaque groupe, afin que la puissance de détection de différence dans le score du FIQ soit de 80 %. La validité interne est toutefois diminuée, compte tenu d'une perte de plus de 20 % des sujets. Les critères d'inclusion et d'exclusion définis ont permis une meilleure qualité de l'échantillon.

Les questionnaires ont été distribués par un chercheur ne participant pas à l'intervention, ceci pour éviter d'influencer les participants. Le questionnaire FIQ bénéficie

d'une fiabilité** et d'une validité** reconnues ce qui justifie son utilisation dans la pratique et la recherche clinique. Une version du FIQ a été traduite et validée en espagnol. L'EVA douleur est une échelle facile et rapide d'utilisation et de répétition pour obtenir l'évaluation individuelle des sujets. De plus, elle a été approuvée fiable et valide comme mesure de l'intensité de douleur. Le Chronic Pain Questionnaire (CAD-R), pour les stratégies de coping* et d'adaptation de la personne souffrant de douleur chronique, assure de bonnes propriétés psychométriques et une fiabilité** correcte. L'utilisation de ces instruments de mesure montre une triangulation** des méthodes. En outre, cette étude est de type longitudinal**, ce qui permet au chercheur d'estimer la stabilité et le changement des caractéristiques mesurées en lien avec l'efficacité au long terme. Le test Wilcoxon** a été utilisé pour évaluer les relations entre les groupes et les approches, et le test exact Fisher**, pour les données catégorielles. L'analyse statistique** a été inscrite sous forme de moyenne, d'écart-type**, de fréquences** et de pourcentages. Le système SAS version 9.2 a été employé pour les analyses statistiques.

4.1.4 Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle

Cette recherche est intéressante dans la mesure où elle démontre l'efficacité d'une approche interdisciplinaire* à l'égard d'une personne atteinte de FM. Les auteurs mentionnent également qu'il ne faut pas attendre de trouver l'étiologie de la FM mais aller de l'avant en testant l'association de différents moyens thérapeutiques.

L'approche interdisciplinaire* PSYMEPHY permet de diminuer certains symptômes de la FM. Ce résultat va dans le sens de la question de recherche. De plus, cette méthode présente l'avantage de considérer le sujet dans son ensemble, le côté biopsychosocial inclus. L'alliance entre professionnels présente donc des résultats satisfaisants voire prometteurs. En développant l'interprofessionnalisme au sein des hôpitaux, ce programme pourrait être appliqué.

4.2 ÉTUDE 2 - EFFET À COURT ET LONG TERME D'UNE APPROCHE INTERDISCIPLINAIRE ENVERS DES PATIENTS ATTEINTS DE FIBROMYALGIE

Saral, I., Sindel, D., Esmailzadeh, S., Sertel-Berk, H. O., & Oral, A. (2016). The effects of long- and short-term interdisciplinary treatment approaches in women with fibromyalgia : a randomized controlled trial. *Rheumatology International*, 36(10), 1379-1389.

4.2.1 Description

La recherche quantitative de Saral & al. s'intègre dans le paradigme positiviste**. Elle a été publiée en 2016. Il s'agit d'un essai clinique** contrôlé randomisé** prospectif** de type longitudinal** se déroulant sur une période de six mois dans le Département de

médecine physique et de réhabilitation de la Faculté de médecine d'Istanbul. Son but est de déterminer les effets d'une approche interdisciplinaire* à long et à court terme sur la réduction de la douleur, de la fatigue ainsi que des symptômes dépressifs, en envisageant l'accroissement de la qualité du sommeil, de la qualité de vie et des fonctions physiques chez les femmes souffrant de FM.

Ainsi, 86 patientes atteintes de FM ont été recrutées dans le Département de médecine physique et de réhabilitation de la Faculté de médecine d'Istanbul. Au total, 66 femmes ont été admises à l'étude car elles répondaient aux critères d'inclusion et d'exclusion, tels que le fait d'être diagnostiquées de la FM selon les critères ACR 1990 ou de ne pas souffrir de maladies endocriniennes, neuromusculaires, infectieuses ou inflammatoires. Les participantes ont été aléatoirement réparties par un programme informatique 1 : 1 : 1 dans un des trois groupes suivants : groupe long terme (n=22), groupe court terme (n=22) et groupe contrôle** (n=22).

Les patientes du groupe long terme ont participé à une session hebdomadaire de thérapie cognitivo-comportementale pendant dix semaines animées par un psychologue qualifié. Elles ont également assisté à une formation d'une journée traitant d'exercice physique et de relaxation. Elles ont ensuite été appelées à reproduire les mouvements à domicile, en répétant l'enchaînement complet à chaque fois, selon un schéma précis : vingt minutes trois fois par semaine d'exercices et deux séances quotidiennes de relaxation durant cinq jours consécutifs. L'enseignement pédagogique s'est déroulé sur une journée, dispensé par un des chercheurs.

Les patientes du groupe court terme ont, elles, rejoint un programme intensif composé de quatre heures d'enseignement pédagogique, quatre heures de formation sur l'exercice à domicile et trois heures de thérapie cognitivo-comportementale. Le tout s'est étalé sur deux jours consécutifs.

Quant aux patientes du groupe contrôle**, elles ont reçu l'instruction de poursuivre leurs traitements, sans procéder à aucun changement et en conservant leurs habitudes de vie. Les sujets ont été visités à domicile une fois par mois après la rencontre initiale. Toutes les patientes incluses avaient déjà des antécédents importants en matière de traitements pharmacologiques et non pharmacologiques. Afin de vérifier l'efficacité de leur approche, les chercheurs ont utilisé différentes échelles d'évaluations : l'EVA de la douleur, du sommeil et de la fatigue, les critères ACR 1990, un algomètre* pour le seuil de la douleur, le FIQ, l'inventaire de dépression de Beck, l'index de masse corporelle ainsi que le questionnaire short - form 36 pour la qualité de vie. Tous ces questionnaires ont été remplis au début de l'étude puis six mois après la fin de l'intervention.

4.2.2 Résultats

Au départ de l'étude, il n'apparaissait aucune différence significative entre les trois groupes à l'évaluation de base avec les instruments de mesure, excepté au niveau du score de l'EVA du sommeil. Les résultats montrent que le score de l'EVA de la douleur, de la fatigue et le questionnaire FIQ ont diminué dans le groupe à longue intervention et dans le groupe à courte intervention. Lors de la comparaison entre les trois groupes, la réduction de la douleur, de la fatigue ainsi que du FIQ s'est avérée statistiquement significative**, même entre les groupes à longue et à courte intervention. Concernant le score de l'EVA du sommeil, il a diminué dans le groupe à longue intervention et a augmenté dans le groupe à courte intervention. Ce dernier n'a pas montré de différence statistiquement significative** lors de la comparaison entre les trois groupes. Quant aux critères ACR sur les points de pression, ils montrent une réduction statistiquement significative** dans les groupes à longue et à courte intervention. Ils indiquent également une différence significative lors de la comparaison entre les trois groupes. Par ailleurs, le score du seuil de la douleur avec la mesure de l'algomètre* a augmenté dans les groupes à long et à court terme. Une différence significative a été constatée lors de la comparaison entre les trois groupes. Le score du questionnaire short - form 36 pour la qualité de vie a également augmenté dans les groupes à long et à court terme, même s'il n'a montré aucune différence statistiquement significative** lors de la comparaison entre les trois groupes.

4.2.3 Validité méthodologique

Le programme de la présente étude a été approuvé par le Comité d'éthique local. Tous les sujets ont signé un consentement éclairé avant leur participation. Les chercheurs ont défini des critères d'inclusion et d'exclusion permettant une meilleure qualité et crédibilité** de l'échantillon. Les participantes ont été réparties aléatoirement par l'ordinateur dans 3 groupes identiques en nombre ce qui augmente la validité interne** de la recherche. L'homogénéité a été vérifiée par le test Kruskal-Wallis**. Il n'existait aucune différence statistiquement significative** au départ, élément vérifié par le test Shapiro-Wilk**. Pour analyser les données recueillies, le logiciel de statistique des sciences sociales version 17.0 a été utilisé. Les comparaisons entre le pré et le posttest ainsi qu'entre les groupes ont été réalisées par le test de Wilcoxon**. La comparaison par paire s'est opérée à l'aide du test Mann-Whitney U**. La triangulation** des différents tests d'analyse statistique améliore la crédibilité des résultats. Le niveau de significativité s'est fixé à $P < 0.05$ **. L'un des atouts majeurs de l'étude se situe au niveau des entretiens de thérapie cognitivo-comportementale dans la mesure où ils ont été menés par un psychologue clinicien expérimenté puis supervisés par les enquêteurs. En revanche, pour le contrôle

des exercices physiques, les experts ont dû se baser sur les déclarations des patientes, ce qui peut apporter des limites à l'étude.

4.2.4 Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle

Le principal intérêt de cette étude provient du fait qu'une prise en charge interdisciplinaire* de la FM à court ou à long terme apporte des résultats satisfaisants au niveau de la réduction de la douleur et de l'augmentation du seuil de la douleur. Ce constat sous-entend que, quelle que soit la prise en charge, une amélioration de la santé du patient est déjà effective. À long terme, il n'a été souligné qu'une amélioration de la fatigue et un certain bienfondé de l'activité physique dans la vie quotidienne des patientes. L'étude démontre également que ces prises en charge n'ont aucune efficacité significative sur les symptômes dépressifs. Les auteurs ont mentionné que les participantes avaient auparavant déjà expérimenté différents traitements pharmacologiques et non pharmacologiques, ce qui tend à indiquer qu'une prise en charge soutenue (quasiment quotidiennement) rythmée par des séances d'exercice physique pourrait être bénéfique.

4.3 ÉTUDE 3 - LE LEADERSHIP INFIRMIER AU SEIN D'UNE ÉQUIPE MULTIDISCIPLINAIRE

Dysvik, E., & Furnes, B. (2012). Nursing leadership in a chronic pain management group approach. *Journal of Nursing Management*, 20(2), 187-195.

4.3.1 Description

L'étude de Dysvik & Furnes s'inscrit dans le paradigme naturaliste** par son design qualitatif. Publiée en 2012, elle a été élaborée en Norvège. Le but général de cette recherche est d'explorer le leadership infirmier en matière de gestion de la douleur chronique dans un programme de réhabilitation au sein d'une équipe multidisciplinaire*. Le choix du design* et de la méthode d'échantillonnage** s'est opéré grâce à l'élaboration d'un cadre théorique décrivant le concept de leadership infirmier selon différents auteurs tels que : Germain & Cummings (2010) et Yulk (2010). Différentes questions ont émergé :

- Comment l'infirmier leader général décrit-il la planification et l'organisation du programme de réhabilitation ?
- Comment les infirmiers-ères leaders de groupes de patients qualifient-ils-elles leurs expériences en équipe multidisciplinaire* lors de la planification du programme ?
- Quelles exigences les infirmiers-ères leaders de groupes de patients évoquent-ils-elles au sujet de l'exécution du programme ?

Lors de la conception de la recherche, les enquêteurs ont utilisé une méthode non probabiliste** d'échantillonnage, par choix raisonné**. L'infirmier leader général retenu pour l'étude possédait alors une expérience d'équipe multidisciplinaire* au sein de 40 groupes différents. Ensuite, 9 autres infirmiers-ères leaders ont été sélectionnés-es pour les groupes de patients. Ces soignants bénéficiaient d'une pratique de cinq à dix ans dans la gestion de la douleur chronique. Ils ont guidé treize groupes de personnes souffrant de douleurs chroniques. Les groupes étaient constitués de 9 à 13 personnes.

Le rôle de l'infirmier leader général s'est centré sur l'organisation et le côté administratif du programme de réhabilitation. Les infirmiers-ères leaders de groupes se sont chargés-es de la planification ainsi que de l'exécution du programme. L'équipe multidisciplinaire* était composée d'un-e infirmier-ère, d'un-e physiothérapeute, d'un-e psychologue, d'un-e médecin et d'un-e nutritionniste. Parmi les membres de l'équipe, l'infirmier-ère a assumé le rôle principal. Le programme de réhabilitation a duré huit semaines avec un total de dix sessions. Chaque séance s'est articulée en trois parties : discussion en lien avec la douleur, activité physique et éducation (« faire face »). La récolte des données s'est effectuée uniquement auprès des infirmiers-ères leaders.

Les chercheurs se sont entretenus avec eux par le biais d'une interview. Ils ont ensuite retranscrit les verbatim de l'infirmier leader général et rédigé un rapport d'une page pour chaque infirmier-ère leader de groupes de patients. Les chercheurs ont pris en compte les thèmes importants tels que les incidents, les questions thérapeutiques, les améliorations, etc.

4.3.2 Résultats

Le thème principal émergeant après l'analyse des transcriptions est la complexité du leadership infirmier. Des sous-catégories sont répertoriées afin de répondre au mieux aux questions des chercheurs :

Le challenge du leader général dans l'organisation

L'entrevue a mis en évidence un embarras de la part de l'infirmier quant à la planification du programme. Tout d'abord, au niveau de la sélection et de la répartition des patients dans les groupes du programme (même avec un pré-examen). Puisque l'aspect financier joue un rôle au niveau de la réhabilitation, selon l'infirmier leader général, l'appréciation multifacette est nécessaire : financière et professionnelle. Ensuite, pour la partie concernant la mise en action du programme, le témoignage de l'infirmier leader général soulève une incertitude à composer des groupes interactifs et motivés, les patients changeant d'humeur dans le temps. Enfin, la cohésion entre membres d'une équipe multidisciplinaire* n'étant pas automatique et spontanée, il est nécessaire d'œuvrer pour sa

mise en place. Dans une équipe de professionnels, le principal atout est la multicom pétence. Chaque membre apporte son savoir-faire et ses connaissances qu'il est toujours profitable de réunir et confronter régulièrement.

Le challenge du leadership dans le travail

Concernant les infirmiers-ères leaders des équipes de professionnels, il est indispensable de clarifier leur rôle respectif et fixer un objectif commun avant de débiter le programme. L'élaboration d'une plate-forme collective semble être une option intéressante en termes de partage des données. L'obtention d'une bonne dynamique entre les professionnels débute par une confiance mutuelle. Chaque intervenant doit d'abord identifier et reconnaître ses forces et ses faiblesses.

Le leadership dans le groupe de personnes malades

Selon les infirmiers-ères leaders des groupes de patients, au départ, les individus sont toujours motivés et satisfaits. Un climat de confiance doit donc rapidement être instauré. L'infirmier-ère leader des groupes de patients doit avoir la capacité de transmettre un message clair aux participants ainsi qu'aux membres de l'équipe de professionnels. Leur rôle central est d'assurer le bon déroulement de chaque cours, de motiver les membres et de gérer les émotions des participants. Les infirmiers-ères leaders de groupes ont mentionné le besoin d'être supervisés-es lors de situations complexes.

4.3.3 Validité méthodologique

L'étude a été approuvée par un Comité d'éthique. Tous les sujets étaient volontaires pour participer à cette étude. Ils ont donné leur accord après avoir été informés du déroulement et des méthodes utilisées. Les chercheurs leur ont garanti la confidentialité des données.

La validité interne** ou crédibilité** a été respectée dans le sens où le matériel empirique utilisé par les chercheurs s'est appuyé sur le modèle d'analyse qualitative de Graneheim & Lundman (2004) et de Kvale & Brinkmann (2009). L'analyse qualitative est constituée : 1) de transcriptions ; 2) d'une lecture indépendante par les deux auteurs suivie d'une discussion pour obtenir une impression globale des expériences des participants (triangulation) ; 3) de l'identification des thèmes ; 4) d'une catégorisation ; 5) de sous-thèmes ; 6) de réflexions et discussions pour approfondir la compréhension des résultats. Cette compréhension est renforcée par le fait que les chercheurs ont exploité leur objet d'étude (le personnel infirmier) dans son milieu naturel.

Concernant la validité externe** ou la transférabilité**, l'échantillon est représentatif de la problématique sur un point crucial : la complexité du leadership infirmier dans une

équipe multidisciplinaire*. En revanche, la description de la population étudiée s'avère imprécise, ce qui tend à diminuer la capacité de transférabilité** de l'étude. La notion de saturation des données** n'étant pas mentionnée, cela prête à croire qu'il n'y a pas eu de redondance. De plus, la technique de recueil des données n'a pas clairement été énoncée. Les chercheurs ont uniquement mentionné le fait que les infirmiers-ères avaient participé à un entretien.

4.3.4 Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle

L'expérience de la douleur chronique est individuelle et à l'intérieur du corps. Amener la personne à verbaliser cette douleur et lui fournir un traitement efficace relève du défi. La démarche la plus appropriée est une approche holistique*, englobant le bio-psycho-social et le spirituel. Les infirmiers-ères jouent un rôle prépondérant dans le bon fonctionnement d'un programme multidisciplinaire* de la gestion de la douleur, notamment par le fait d'être au centre des autres professions qui gravitent autour d'eux-elles. La recherche souligne l'importance, dans la pratique professionnelle, du leadership infirmier quant à l'approche de la douleur chronique. Les infirmiers-ères détiennent les compétences requises pour développer, organiser et coordonner (rôle essentiel) une équipe. Être leader d'un groupe thérapeutique est une activité complexe. Il s'agit notamment d'amener l'équipe à orienter le patient vers une nouvelle hygiène de vie visant à réduire l'incapacité que la douleur peut générer.

4.4 ÉTUDE 4 - DÉVELOPPEMENT DE PROJET EN ÉQUIPE POUR UNE APPROCHE CENTRÉE SUR LE PATIENT

Larsson, H., & Blomqvist, K. (2015). From a diagnostic and particular approach to a person-centred approach : a development project. *Journal of Clinical Nursing*, 24(3-4), 465-474.

4.4.1 Description

Larsson & Blomqvist ont utilisé un design** qualitatif s'inscrivant dans le paradigme naturaliste**. Publiée en 2014, cette étude a été menée en Suède. Son objectif est d'étudier les changements chronologiques d'un groupe interdisciplinaire* développant un travail sur la douleur et l'évaluer dans un secteur de réadaptation. Les chercheurs ont utilisé un devis de recherche d'action participative** pour l'interprétation et un devis herméneutique** pour l'analyse, ceci afin d'être en mesure de comprendre l'expérience des personnes.

L'étude a été menée au sein d'un secteur de réadaptation spécialisé dans l'orthopédie, la rhumatologie et la traumatologie. La sélection des sujets s'est effectuée par participation volontaire. Le groupe se composait de trois infirmiers-ères, deux infirmiers-ères assistants-es et un-e physiothérapeute. Les chercheurs ont choisi un groupe

interdisciplinaire* pour garantir une hétérogénéité. Les participants ont été suivis durant sept sessions au cours d'une période de cinq mois entre janvier et juin 2010. Les sessions portaient sur la douleur et l'évaluation de cette dernière par une approche de recherche d'action participative **.

Lors des sessions 1 et 2, les chercheurs ont posé aux soignants deux questions ouvertes sur la douleur : comment rencontrez-vous les patients douloureux et comment agissez-vous sur leur douleur ? Les sessions 3 à 5 étaient axées sur le fait de soigner des patients douloureux, plus précisément sur les stratégies sélectionnées, la mesure d'évaluation ainsi que la réflexion autour de la douleur. Durant ces sessions, les participants ont conçu un plan de travail et pris la décision d'utiliser un formulaire d'évaluation de la douleur pour débiter leur travail. Pendant les deux sessions finales (6 et 7), les intervenants ont apprécié la forme d'évaluation de la douleur et continué à développer leur projet. Toutes les sessions ont débuté par un feed-back de la précédente. Les participants avaient la possibilité d'en examiner les données brutes. Chaque session a été enregistrée et retranscrite et a duré entre soixante et nonante minutes. Le groupe interdisciplinaire* a été maintenu à l'identique durant toute la recherche.

Lors de la partie analyse des données recueillies, les chercheurs ont utilisé l'approche herméneutique** inspirée par Nyström (2003), Gadamer & al. (2004) et Polit & Beck (2006). Au départ, une lecture préliminaire des séances retranscrites a été effectuée afin de mieux comprendre le déroulement de l'expérience. Dans l'analyse ultérieure des rapports, trois thèmes principaux sont ressortis : du patient à la personne, le rôle du professionnel et l'esprit d'équipe. Au fur et à mesure des lectures, les chercheurs ont noté un certain changement de la part des participants.

4.4.2 Résultats

Du patient à la personne

Au début du programme, l'interprétation reposait sur l'opinion que les participants se faisaient de leurs patients. Ils ont déclaré se concentrer sur le diagnostic. Initialement, sans réflexion, les professionnels n'impliquaient pas les patients dans la prise de décision concernant la direction de la gestion de la douleur. Progressivement, ils ont commencé à considérer les patients comme des entités propres, avec leurs pensées, désirs et capacités individuels. La perception des soignants à l'égard des malades s'est transformée. Auparavant elle était basée sur une généralisation, sur une approche de la patientèle dans sa globalité ; puis elle a évolué vers une tentative de familiarisation pour finalement s'appliquer à appréhender et comprendre chaque patient à titre individuel. Le malade est ainsi devenu un individu à part entière.

Le rôle du professionnel

L'interprétation révèle qu'au début, les participants n'avaient pas conscience de leur rôle dans la gestion de douleur. Cela s'explique par le fait qu'ils ne prenaient pas le temps de l'identifier, de la mesurer et de l'évaluer. Ils mentionnent qu'ils y prêtaient attention, mais soulignent aussitôt le rôle du médecin, autorisé à prescrire des analgésiques. Les soignants ont émis des doutes quant à leurs propres compétences concernant la douleur, la planification et la direction de douleur.

Au fil des séances, les participants ont peu à peu pris conscience de leur capacité à fournir des méthodes alternatives, en complément aux médicaments, pour soulager la douleur. Bien qu'ils aient auparavant déjà participé à la gestion de douleur, les intervenants semblent avoir, par le biais de cette étude, davantage pris conscience de leur propre engagement envers les patients pour améliorer la gestion de la douleur et ne sous-estiment plus leur propre contribution. En conséquence, la perception qu'ils ont de leur rôle de professionnel est devenue plus claire dans la gestion de la douleur du patient.

L'esprit d'équipe

L'interprétation de ce dernier item révèle une amplification de l'esprit d'équipe. Les participants ont évolué d'une approche individualiste à un raisonnement d'équipe tout en conservant l'objectif commun de trouver un traitement optimal pour soulager la douleur. Au départ, le raisonnement de l'équipe s'apparentait à « j'essaierai de », puis au fil des mois, le discours s'est plutôt articulé autour de « on va mettre en œuvre ». Cette évolution démontre une prise de conscience, au sein du groupe, de l'importance du rôle de chacun. Le sentiment initial, décrit par les participants comme le fait d'être impuissant, seul face au patient, a disparu.

À la fin de l'étude, les soignants témoignaient de la confiance à l'égard de leur projet, leur engagement respectif. Chacun des membres a relevé les efforts des autres. Pour terminer, les intervenants sont parvenus, de façon positive, à transférer et mettre en œuvre le projet avec d'autres collègues ne participant pas à l'étude.

4.4.3 Validité méthodologique

L'étude a été approuvée par le Comité d'éthique de l'Université de Kristianstad en Suède. Le consentement éclairé ainsi que les informations ont été transmis au groupe interdisciplinaire* avant chaque session. Les chercheurs ont informé les participants qu'ils avaient la possibilité de quitter la recherche à tout moment.

La validité interne** ou crédibilité** de l'étude a été respectée. Pour le devis de recherche d'action participative**, les chercheurs ont suivi les participants durant une période de cinq mois afin d'établir un lien puis instaurer un climat de confiance. Dans cette

étude, ils ont montré une grande implication par leur présence à toutes les sessions, à l'exception d'une personne à une séance. La crédibilité** de l'étude est renforcée par le fait que les chercheurs ont commencé chaque session par un feed-back (fidélité) de l'ancienne session dont les données brutes recueillies étaient laissées à disposition. Le choix d'un suivi de longue durée s'est opéré en raison de la nécessité d'étudier, dans le temps, le changement d'attitude des participants à l'égard de leur rôle respectif, du patient ainsi que du travail en équipe. L'utilisation d'une analyse herméneutique** est considérée comme appropriée pour atteindre le but de cette étude qualitative. Lors de l'interprétation, les chercheurs ont soumis les résultats de l'analyse aux participants, en vue d'une corroboration des événements (triangulation**) et de l'obtention d'une validité de signifiante des interprétations. Les données recueillies ont été lues dans leur ensemble plusieurs fois afin d'assurer une compréhension totale de ce qui s'est passé les entrevues. Les chercheurs ont déclaré s'être appliqués à rester vigilants quant à la cohérence interne** des déductions et à leur précompréhension, par le fait d'avoir confronté leur interprétation à celle d'autres chercheurs du domaine qualitatif.

Concernant la validité externe** ou la transférabilité** des résultats, les chercheurs ont décrit en détail la collecte des données ainsi que le contexte. L'approche utilisée dans l'analyse des entrevues transcrites a été inspirée de Nyström (2003) et de Nyström & al., (2003). L'échantillon considéré par les chercheurs est représentatif, ils ont souhaité un groupe interdisciplinaire* afin de garantir une variation des données.

4.4.4 Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle

Cette recherche révèle que la participation et la réflexion représentent des aspects clés pour parvenir à soulager les patients souffrant de douleurs. L'équipe de professionnels a finalement opté pour une approche holistique* centrée sur le patient, selon laquelle la prise en charge des malades n'est plus réduite à un diagnostic ou à une intervention. Les intervenants ont déclaré que le travail fourni durant l'étude leur avait permis de modifier leur attitude, d'une part, envers les personnes souffrant de douleurs dans leur vie quotidienne et, d'autre part, lors de l'évaluation des douleurs.

Un engagement dans le développement d'une approche centrée sur la personne peut devenir un moyen, pour le personnel, d'entrer en contact verbal avec le patient et possiblement une méthode pour comprendre l'expérience du malade en matière de douleurs.

4.5 ÉTUDE 5 - SENSIBILISATION ET APPROCHE THÉRAPEUTIQUE DE L'INFIRMIER-ÈRE DANS LA GESTION DE LA FIBROMYALGIE

Hughes, L., Adair, J., Feng, F., Maciejewski, S., & Sharma, H. (2016). Nurse Practitioners' Education, Awareness, and Therapeutic Approaches for the Management of Fibromyalgia: *Orthopaedic Nursing*, 35(5), 317-322.

4.5.1 Description

L'étude de Hughes & al. est quantitative et s'inscrit dans le paradigme positiviste**. C'est une étude en ligne, descriptive** transversale**. Publiée en 2016, elle a été réalisée aux Etats-Unis dans l'état du Midwest. De par la complexité du traitement, du diagnostic et des symptômes de la FM, il existe un réel besoin d'identifier le savoir infirmier. Cette recherche a pour but d'évaluer les infirmiers-ères praticiens-nes sur leurs connaissances éducationnelles, leur sensibilisation ainsi que leur pratique dans la gestion des patients atteints de FM. Le questionnaire utilisé a été distribué par voie électronique aux 242 infirmiers-ères membres de l'organisation des infirmiers-ères praticiens-nes de l'état du Midwest. Ainsi, 66 infirmiers-ères (65 femmes et 1 homme) ont rempli le questionnaire, le taux de réponse est donc de 27 %. La garantie de l'anonymat a été formulée dans une lettre jointe à l'envoi du document.

Le questionnaire comporte 24 items développés par des spécialistes médicaux de la firme Pfizer Inc. Le but premier de ce questionnaire est l'évaluation de la conscience des fournisseurs de soins de santé et de leur approche thérapeutique en matière de gestion de la FM. Le document est composé de quatre questions concernant l'éducation reçue sur la FM, onze questions relatives au niveau de sensibilisation de la FM, cinq se rapportant au traitement de la FM et quatre considérant des informations démographiques (âge, service d'activité, années d'expérience, nombre de patients atteints de FM pris en charge durant l'année précédente). Les moyennes relevées sont de 49 ans pour l'âge des infirmiers-ères et 10,4 ans pour la pratique infirmière. Sur les douze derniers mois, il ressort une moyenne de 14 patients atteints de FM pris en charge par infirmier-ère. Le secteur de pratique est dans 42 % des cas un cabinet de famille, 35 % un service de rhumatologie, 11 % de médecine interne, 9 % de santé mentale et 3 % relevant d'autres spécialités.

4.5.2 Résultats

Les résultats de l'étude sont répertoriés en trois sections : l'éducation, la sensibilisation à la FM et le traitement.

L'éducation

A hauteur de 71 %, les répondants mentionnent avoir reçu des informations sur la FM durant leurs études. En revanche, 51 % confient avoir besoin davantage d'informations

sur le sujet. Les trois-quarts indiquent ne pas avoir suivi de formation complémentaire durant les deux dernières années.

La sensibilisation de la FM

Il s'avère que 80 % des infirmiers-ères considèrent que la FM est un état tant somatique que psychologique. De plus, 20 % des répondants avouent ne pas être convaincus du tout de savoir reconnaître les symptômes de la FM, 39 % confient douter de leur capacité à identifier formellement les symptômes et les 41 % restants déclarent être en grande partie confiants dans l'investigation des symptômes. Aussi, 72 % des participants connaissent les critères ACR (pas de précision d'année - 1990 ou 2010). Enfin, 97 % des infirmiers-ères estiment que la FM altère la qualité de vie.

Le traitement

Seuls 3,4 % des praticiens se sentent complètement sûrs pour soigner des patients atteints de FM. Les autres répondants n'ont pas confiance dans les traitements. Près de 70 % des infirmiers-ères utilisent une échelle quantitative de la douleur avant de prescrire des médicaments, à savoir, des anti-inflammatoires non stéroïdiens (70 %), des inhibiteurs de la recapture de sérotonine et norépinephrine (61 %), des inhibiteurs sélectifs de la recapture de sérotonine (51 %), des myorelaxants (44 %), des antidépresseurs tricycliques (33 %), des anti-convulsants (26 %) et des opioïdes (5 %). Pour les thérapies non médicamenteuses, les soignants préconisent de l'exercice physique (88 %), des thérapies cognitivo-comportementales (58%), une aide à la nutrition (56%), de la physiothérapie (53 %), de l'acupuncture (33%) ainsi que des massages (23 %).

4.5.3 Validité méthodologique

L'étude a été approuvée par le Comité institutionnel du Nebraska Methodist College. Chaque courrier électronique envoyé était accompagné, en pièce jointe, d'une lettre garantissant l'anonymat. Les organisateurs ont considéré un accord tacite des participants par leur acte de renvoi du questionnaire.

Ce document n'a été testé ni sur sa validité** ni sur sa fiabilité** pour cette enquête, bien qu'il ait été établi pour les fournisseurs de soins. Tous les items de l'enquête sont des questions fermées de type dichotomique* et à choix multiple. L'avantage d'une telle structure est la précision et la rapidité des réponses. Les données ont été rassemblées grâce à un programme téléchargé (non précisé) en ligne. Ensuite, l'analyse des données et la création des tableaux ont été réalisées à l'aide du programme Excel.

4.5.4 Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle

Afin de mieux situer l'infirmier-ère dans la prise en charge de la gestion de la FM, cette étude a été menée de manière à déterminer les connaissances et les lacunes des infirmiers-ères et ainsi améliorer la pratique future. Il a été démontré que le niveau de connaissance, la prise en charge et le traitement de la fibromyalgie n'étaient pas acquis par la totalité des infirmiers-ères praticiens-nes.

En effet, les chercheurs ont constaté un manque de confiance dans le diagnostic notamment. Les hôpitaux doivent pouvoir offrir une prise en charge générale correcte aux personnes atteintes de fibromyalgie afin d'améliorer leur qualité de vie au quotidien. Cette enquête en ligne permet d'utiliser les informations recueillies pour améliorer l'enseignement aux futurs-es infirmiers-ères et diriger de prochaines études en lien avec les prescriptions médicamenteuses ou la prise en charge appropriée de cette population.

4.6 ÉTUDE 6 - OPINION DES PATIENTS ET DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ SUR LA PRISE EN CHARGE DE LA FIBROMYALGIE

Briones-Vozmediano, E., Vives-Cases, C., Ronda-Pérez, E., & Gil-González, D. (2013). Patients' and professionals' views on managing fibromyalgia. *Pain Research Management*, 18(1), 518-527.

4.6.1 Description

La présente étude est qualitative et s'inscrit dans le paradigme naturaliste**. Elle a été élaborée en Espagne durant l'année 2013. Elle vise à explorer trois aspects de la gestion de la FM : l'approche du diagnostic, la gestion thérapeutique et la relation entre les professionnels de la santé et les patients ; dans le but d'identifier les domaines déficients ou insatisfaisants.

L'échantillon total se compose de 21 personnes que les chercheurs ont recrutées par des méthodes non probabilistes**. Les 9 professionnels de la santé (médecin généraliste, rhumatologue, psychiatre, psychologue, physiothérapeute et médecins du travail) ayant tous exercé pour le Service de santé national espagnol ont été sélectionnés par effet boule de neige**. L'âge des professionnels se situe entre 40 et 55 ans. Les chercheurs ont parallèlement retenu 12 personnes (9 femmes et 3 hommes) atteintes de FM au moyen d'un échantillonnage par choix raisonné**. Le contact a été établi par le biais d'une association de patients atteints de FM habitant la région de Valence. Les sujets sont âgés de 29 à 61 ans.

La collecte des données s'est opérée à l'aide de 21 entrevues individuelles semi-structurées** jusqu'à saturation des données**. Les chercheurs ont établi un guide d'entrevue après avoir consulté la littérature et pris en compte l'expérience et les connaissances de l'équipe de recherche. Les interviews ont été menées par l'un des

auteurs de l'étude accompagné d'un spécialiste de recherche qualitative. Chaque entretien a été enregistré et a duré environ une heure. Les patients ont été entendus à domicile et les professionnels sur leur lieu de travail.

Durant l'entretien avec les professionnels de la santé, deux sections ont été élaborées : leur expérience avec des patients atteint de FM et les problèmes qui peuvent en découler ainsi que les interventions effectuées (traitements et degré de satisfaction). Au cours de l'entrevue avec les patients, l'accent a été mis sur les relations sociales, les facteurs aggravants de la maladie et l'amélioration de leur situation par les hôpitaux. Cette interview a également soulevé deux autres interrogations quant à la répercussion de l'annonce du diagnostic sur leurs vies quotidiennes et aux propositions pour améliorer la qualité de vie.

Les données ont été analysées via une approche d'analyse de discours basée sur le raisonnement inductif**. Chaque entretien a été retranscrit mot par mot et indépendamment par chacun des auteurs afin de recueillir des détails pertinents. Ils ont ensuite comparé et associé leurs résultats pour enfin les diviser par thèmes en trois catégories théoriques et créer des sous-rubriques en dernier lieu.

4.6.2 Résultats

Les résultats ont en effet été classés selon trois grandes catégories : l'approche de diagnostic, le management thérapeutique et l'évaluation de la relation entre professionnels et patients. Ensuite, les chercheurs ont développé trois sous-rubriques dans chacune des catégories : professionnels de la santé, patients puis les deux groupes associés.

L'approche de diagnostic

Les professionnels de la santé relatent une difficulté dans l'élaboration du diagnostic, en raison de l'inexistence d'examen objectifs, ce qui génère une incertitude constante. Ils déclarent que le diagnostic est obtenu par élimination, en tenant compte de l'histoire de vie du patient. Le fait que l'étiologie de la FM demeure inconnue rend le diagnostic incertain et, par conséquent, la potentialité de soigner les sujets amoindrie.

Les patients sont contraints à de très nombreux examens médicaux et rendez-vous chez des spécialistes avant d'être diagnostiqués. Tous les participants de l'étude ont consulté leur médecin généraliste en premier lieu puis ont été dirigés vers un rhumatologue qui a confirmé le diagnostic. A ce titre, un patient déplore ses années d'errance médicale, succession de trop nombreuses visites médicales et hospitalières.

Les deux groupes sont convaincus que la pose du diagnostic est un élément essentiel pour crédibiliser les symptômes et légitimer le patient. L'un des sujets exprime par

exemple le fait qu'il était soulagé, presque heureux de s'entendre confirmer que c'était réel et qu'il n'avait rien inventé. Selon un professionnel, ce constat peut susciter un apaisement.

Le management thérapeutique

Les professionnels de la santé mentionnent que la non-connaissance de l'étiologie de la FM reflète la prescription médicamenteuse actuelle. L'approche doit être individualisée et combinée dans la mesure où il n'existe pas de traitement spécifique et que l'intensité des symptômes diffère d'un patient à l'autre. Les soignants considèrent qu'il serait nécessaire de se concentrer sur la douleur afin de la diminuer même si, souvent, ça reste insuffisant. Les thérapies non pharmacologiques sont proposées par les professionnels, ils en déplorent toutefois la difficulté d'accès, au niveau des assurances maladies notamment.

Les patients déclarent que les rendez-vous chez les spécialistes leur procurent un mieux-être au début. Ils se plaignent ensuite d'un manque de connaissances des professionnels au sujet de la FM, ces derniers n'utilisant pas les mêmes méthodes de diagnostic ou dont le discours diffère. Certains patients reprochent aux professionnels de leur prescrire des médicaments dont les effets secondaires sont particulièrement désagréables. De plus, les thérapies non pharmacologiques sont souvent trop coûteuses.

Les deux groupes soulignent que les traitements génèrent davantage d'effets secondaires que d'améliorations. Chacun regrette l'absence d'un traitement spécifique et efficace et propose d'accroître l'effectif des professionnels dans la cadre de la gestion thérapeutique afin de composer une équipe multidisciplinaire*. Un patient souhaiterait d'ailleurs que tout le monde se rassemble afin de débattre du sujet.

L'évaluation des relations entre professionnels de santé et patients

Les professionnels de la santé ont conscience du mécontentement des patients. Ils attribuent les conflits avec les patients à la difficulté du diagnostic et à l'inefficacité des traitements. Les malades se sentent délaissés et leur degré de satisfaction est significativement bas, fondamentalement parce que les professionnels de la santé ne résolvent pas leur problème.

Les patients évaluent les soins fournis par les professionnels de façon négative car ils ressentent un manque d'empathie, d'attention et de soutien. Lors des consultations par exemple, ils ont perpétuellement l'impression de déranger, que leur crédibilité est remise en cause. Ils souhaiteraient une plus grande compréhension.

Les deux groupes dénoncent des relations problématiques mettant en péril une prise en charge efficace.

4.6.3 Validité méthodologique

Le Comité d'éthique de l'Université d'Alicante en Espagne n'a pas jugé nécessaire d'obtenir l'approbation des participants pour cette étude. Ils ont toutefois chacun reçu et signé un formulaire de consentement éclairé avant les entrevues. Concernant le respect de l'anonymat, rien n'a explicitement été mentionné par les auteurs. Cependant, dans les tableaux ainsi que lors de la retranscription des données, les sujets ont été numérotés.

La validité interne** ou crédibilité** de l'étude semble être représentative de la réalité. Les données ont été traitées avec la méthode d'analyse de contenu** visant à rendre compte des déclarations des participants de la façon la plus objective et la plus fiable possible. La stratégie utilisée est descriptive, interprétative et basée sur le raisonnement inductif**. L'intervieweur a fait appel à un autre intervieweur pour la retranscription et la catégorisation, permettant ainsi d'appuyer la validité** des données. Ils ont ensuite placé leurs résultats en commun (fidélité interjuge**). L'échantillon total revêt une taille correcte pour une étude qualitative. Par l'utilisation de la méthode effet boule de neige** et selon des critères de faisabilité et de pragmatisme*, les chercheurs ont mûrement réfléchi le choix des professionnels par lesquels ils allaient commencer.

La validité externe** ou transférabilité** a été respectée car les enquêteurs sont allés jusqu'à saturation des données**. La population étudiée a été décrite de façon à obtenir une précision des données. Une limite a cependant été notifiée par les chercheurs concernant le groupe des professionnels de la santé dans la mesure où il s'agit d'un ensemble hétérogène. Malgré cela ils souhaiteraient, dans une prochaine recherche, intégrer des infirmiers-ères et des assistants-es sociaux-les.

4.6.4 Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle

La présente étude révèle l'opinion des sujets sélectionnés. Elle a mis en évidence l'insatisfaction mutuelle des patients et des professionnels de la santé à l'égard de la gestion de la FM. Les raisons de ce mécontentement renferment une cause sous-jacente commune, à savoir, l'incertitude de la FM en raison de la méconnaissance de son étiologie. Les professionnels attribuent la difficulté de poser un diagnostic à une absence totale de tests objectifs. Du point de vue des malades, le manque de soutien moral des professionnels est une raison majeure de leur insatisfaction. Le principal défi réside en le fait de réformer l'opinion générale en indiquant et démontrant qu'il existe des thérapies palliatives.

La FM reste une gageure pour le système de santé, sa gestion exige des modifications dans la collaboration entre professionnels et dans la relation entre les professionnels et les patients.

4.7 SYNTHÈSE DES PRINCIPAUX RÉSULTATS

L'approche multimodale

Une prise en charge interdisciplinaire* de courte ou de longue durée est efficace (Martin & al., 2014 ; Saral & al., 2015). En effet, le symptôme principal, la douleur, a diminué de manière significative et la qualité de vie des patients, grâce à l'évaluation du questionnaire FIQ, s'est fortement améliorée (Martin & al., 2014 ; Saral & al., 2015). L'intervention à long terme permet de construire des bases solides pour apprendre à mieux gérer la FM (Saral & al., 2015). Dans les six recherches sélectionnées, sont impliqués des médecins issus de différentes spécialités, des psychologues, des physiothérapeutes, un-e nutritionniste et des infirmiers-ères. Cela démontre qu'autour du syndrome* gravite un partenariat de plusieurs entités professionnelles conduisant ainsi à une approche holistique*(Larsson & Blomqvist, 2015).

Le leadership infirmier et la collaboration d'équipe

L'intérêt d'une collaboration entre les professionnels a été démontré (Dysvik & Furnes, 2013 ; Larsson & Blomqvist, 2015), tout en soulignant la complexité du leadership infirmier (Dysvik & Furnes, 2013). La profession d'infirmier-ère revêt plusieurs fonctions. Assumer tous les rôles s'est en outre révélé compliqué (Dysvik & Furnes, 2013). Il est nécessaire d'instaurer un climat de confiance, de clarifier les rôles ainsi que les objectifs dès les prémices de la collaboration pour éviter que l'incertitude ne s'imisce et afin de garantir la qualité des soins (Dysvik & Furnes, 2013). Une démarche collective visant une approche centrée sur la personne est bénéfique pour le patient et gratifiante pour les professionnels (Larsson & Blomqvist, 2015). Une équipe interdisciplinaire* qui fonctionne congrûment revalorise tous les protagonistes impliqués (Larsson & Blomqvist, 2015). L'infirmier-ère leader doit s'assurer du bon déroulement du programme et motiver les intervenants (Dysvik & Furnes, 2013).

Les relations des professionnels et des patients

Il existe des incompréhensions entre les professionnels et les patients. (Briones-Vozemiadono & al., 2013). Le fait que l'étiologie soit inconnue place les professionnels au pied du mur et les amène à prescrire divers traitements. C'est en outre une démarche très chronophage que les patients ne perçoivent pas toujours de façon positive (Briones-Vozemiadono & al., 2013). Les infirmiers-ères (97 %) ont conscience que la FM altère la qualité de vie. Leur grande préoccupation réside en le fait que les patients puissent être considérés comme des personnes pénibles, plaintives, sans réelles douleurs et se retrouvent donc fichés d'une étiquette discriminante. Par ailleurs, 3,4 % d'entre-elles seulement, se sentiraient capables de dispenser des soins de qualité à cette population (Hughes, & al., 2016).

5 DISCUSSION

Dans cette section, l'implication des résultats décrits précédemment est discutée. Durant la synthèse de ces éléments, trois catégories ont émergé : l'approche multimodale, le leadership infirmier et la collaboration d'équipe, ainsi que la relation entre les professionnels et les patients. Ces trois thèmes sont repris dans la présente section. Ensuite, la qualité et la crédibilité des évidences seront présentées. Enfin, seront évoquées les limites de ce travail.

5.1 DISCUSSION DES RÉSULTATS

Les résultats obtenus permettent de formuler des recommandations pour améliorer la gestion du syndrome* ainsi que le partenariat entre professionnels et patients afin d'accroître la qualité de vie des sujets atteints de FM. Cette revue de la littérature ne répond que partiellement à la question de recherche : « Quelle est l'efficacité d'une approche interprofessionnelle à l'intention des femmes adultes atteintes de fibromyalgie afin d'améliorer leur qualité de vie ? ». Il n'existe pas encore d'articles scientifiques sur la prise en charge interprofessionnelle en lien avec la FM, de par le fait que le concept d'interprofessionnalité est récent et qu'il est souvent utilisé comme synonyme d'interdisciplinarité*. Il se trouve implicitement intégré dans chaque approche, qu'elle soit interdisciplinaire*, multidisciplinaire*, pluridisciplinaire* ou encore multimodale. Quant au concept de la qualité de vie, décrit dans le cadre théorique, il est repris dans chaque item ci-dessous.

5.1.1 Approche multimodale

En présence d'une divergence d'opinion entre la littérature, certaines guidelines et les articles scientifiques, il est plus judicieux de considérer une approche multimodale individualisée dans laquelle l'offre en soins comporte un plan thérapeutique pharmacologique et non pharmacologique ainsi que l'intervention de différentes professions. De plus, l'approche multimodale est recommandée dans des guidelines sur la FM (Fitzcharles et al., 2012, traduction libre ; McConn & Anitescu, 2015, traduction libre).

L'un des objectifs de ce travail était d'évaluer l'efficacité interprofessionnelle. Il en est ressorti le fait qu'une intervention avec différents professionnels travaillant conjointement avait une incidence sur la diminution des symptômes de la FM. Une intervention interdisciplinaire* diminue fortement la douleur et la fatigue et augmente le seuil à la douleur (Martin, & al., 2014 ; Saral, & al., 2016). La méta-analyse** de Huse, & al., (2009) démontre également l'efficacité d'une approche multicomposants à court terme sur les symptômes de la douleur, de la fatigue, de la dépression ainsi que sur l'amélioration de

la qualité de vie. Cette recherche demeure néanmoins décevante, car les progrès constatés se sont révélés éphémères (traduction libre). Dans le présent travail, les interventions à court ou à long terme n'ont pas été favorablement influentes sur les symptômes dépressifs. (Martin, & al., 2014 ; Saral, & al., 2016). En revanche, le bénéfice d'une intervention à long terme s'avère plus stable et durable (Martin, & al., 2014). L'ouvrage « Clinical Guideline and Treatment » préconise d'intégrer le biopsychosocial dans l'approche adoptée afin d'obtenir une vision holistique* de la personne (Hopcian & Lindsay, 2015, traduction libre), comme mentionné par l'infirmière Walker (2016, traduction libre) et cité dans le cadre théorique. De plus, la qualité de vie des sujets est améliorée, quelle que soit la durée des interventions, selon le constat d'une diminution du score FIQ (Martin, & al., 2014 ; Saral, & al., 2016). Ce questionnaire démontre également qu'il existe une corrélation négative** entre la qualité de l'approche et son efficacité. Aussi, avoir recours à l'évaluation par le biais de ce questionnaire dans le partenariat infirmiers-ères – patients permet de juger le degré de dépendance de la personne (Haute Autorité de santé, 2010) ainsi que son adhésion aux thérapies.

Dans certaines régions d'Espagne, on trouve des cliniques dédiées à la FM affiliées à des hôpitaux. Celles-ci facilitent la gestion et la collaboration interdisciplinaires* liées aux soins centrés sur le patient. En Valais, il existe également des centres de gestion de la douleur, mais sans affectation spécifique à la FM. Les patients atteints de FM sont pris en charge au même titre et dans le même service que toutes les autres personnes douloureuses chroniques (V. Fellay, communication personnelle [Entretien], 24 mars 2017).

5.1.2 Leadership et collaboration d'équipe

L'approche multimodale place les infirmiers-ères face à leurs compétences en termes de leadership et de management afin d'établir une collaboration optimale entre les professionnels impliqués et de faire la liaison avec le patient. Cette compétence s'est avérée complexe (Dysvik, & Furnes, 2012). En outre, l'infirmier-ère doit assumer des tâches polyvalentes associées aux soins et aux aspects administratifs et financiers (Dysvik, & Furnes, 2012 ; Mathieu, Bell, Ramelet & Morin, 2016), tout en incluant les connaissances de la FM, comme référencé dans le cadre théorique. Dans le présent travail, la majorité des infirmiers-ères praticiens-nes ont connaissance de la FM, seuls 20 % d'entre-elles déclarent ne pas savoir reconnaître les symptômes de la FM. Pourtant, une non-confiance en son rôle propre a pu être constatée, pouvant conséquemment déstabiliser la collaboration et la cohésion d'une équipe professionnelle ainsi que le partenariat avec le patient et empêcher la dispense de soins centrés sur la personne visant l'optimisation de sa santé (Dysvik, & Furnes, 2012). Les soignants doivent avoir pleinement conscience de leur rôle et de leurs

compétences propres (Larsson, & Blomqvist., 2015). Cette compétence de leader/manager peut être exercée durant le cursus scolaire (Mathieu & al., 2016).

Concernant la Suisse, l'Association suisse des infirmières & infirmiers argumente les diverses compétences affiliées à ce métier. Le leadership infirmier est associé à des effets positifs pour les patients, pour les systèmes de santé et pour la profession infirmière (Mathieu & al., 2016). Finalement, la présence du leadership infirmier et d'une collaboration dans l'organisation des soins ont été démontrés comme étant des variables agissant en interaction avec une meilleure satisfaction au travail pour les infirmières et une meilleure qualité des soins pour les patients (Mathieu & al., 2016).

5.1.3 Relation entre les professionnels et les patients

Le premier objectif de ce travail est une prise de conscience de la souffrance des patients atteints de FM pour une meilleure reconnaissance. Seuls 3,4 % des infirmiers-ères praticiens-nes se sentent en confiance pour se charger d'un patient souffrant de FM (Hughes, & al., 2016). Près de 41 % d'entre-eux/elles connaissent le syndrome* de la FM et les perturbations de la qualité de vie du malade qui en découlent (Hughes, & al., 2016). Il en est de même pour les étudiants-es infirmiers-ères qui comprennent que la qualité de vie des malades est altérée. Une attitude positive et un cursus éducationnel (soins centrés sur la personne), facilitent le partenariat avec les personnes atteintes de FM (Cranfort, & King, 2011, traduction libre). Par ailleurs, le scepticisme décrit dans le cadre théorique n'a pas été relevé dans les études analysées. Il demeure néanmoins présent chez les étudiants-es infirmiers-ères en raison d'une prise de position difficile quant aux causes, somatiques ou psychologiques (Cranfort, & King, 2011).

Une insatisfaction mutuelle de la part des patients et des professionnels de la santé est ressortie au sujet de la gestion globale de la FM. Cela est dû à l'incertitude, liée à la non-connaissance de son étiologie, (Briones-Vozmediano, & al., 2013) qui induit une pose de diagnostic lente, comme décrit dans le cadre théorique, ainsi qu'une certaine errance thérapeutique. Les infirmiers-ères déclarent qu'il s'avère difficile de soutenir les patients, entre autres car les professionnels de la santé sont parfois en désaccord (Larsson, & Blomqvist, 2014), à l'instar d'ailleurs de certaines guidelines. Celle de l'Allemagne est d'ailleurs la seule à ne pas recommander, dans le traitement pharmacologique, la prise d'opioïdes forts ou d'anti-inflammatoires non stéroïdiens, par exemple (Haute Autorité de santé, 2010). Aider à améliorer la qualité de vie de ces personnes est une tâche compliquée, sachant qu'il subsiste de nombreux désaccords et que ce concept est subjectif, multidimensionnel et propre à chaque individu.

Dans le contexte valaisan, l'infirmier-ère se trouve en contact direct avec les patients, lors de courts ou longs séjours en milieu hospitalier ou dans les unités de gestion de la douleur. Il est nécessaire d'améliorer la collaboration entre les professionnels (Hughes, & al., 2016) et d'approfondir la relation avec le patient, pour permettre l'obtention d'une offre en information correcte, de stratégies de diminution des symptômes cohérentes et d'un soutien moral essentiel. Un partenariat entre infirmiers-ères et patients peut apporter une contribution précieuse en matière de soins centrés sur la personne. Il peut diminuer le délai de diagnostic et ainsi accroître la satisfaction du malade. À travers l'éducation thérapeutique l'infirmier-ère favorise le patient à identifier des buts et des solutions réalistes pour atteindre une santé optimale et une meilleure qualité de vie (Association suisse des infirmières & infirmiers, 2011, p. 6).

L'étiquette discriminante que les patients risquent de revêtir à la suite du diagnostic préoccupe les infirmiers-ères (Hughes, & al., 2016). Du point de vue des malades, la crainte que la FM soit responsable de tous leurs maux et qu'ils puissent ne bénéficier d'aucune investigation efficace de la part des différents professionnels de la santé, infirmiers-ères et médecins compris, est largement présente. Les patients décrivent en outre un manque de soutien moral de la part des professionnels (Hughes, & al., 2016), ce qui rejoint les propos de Schwob (2011) auxquels s'ajoute le manque de soutien tendant à engendrer une nouvelle souffrance et de ce fait à diminuer la qualité de vie de la personne.

5.2 DISCUSSION DE LA QUALITÉ ET DE LA CRÉDIBILITÉ DES ÉVIDENCES

Les études sélectionnées sont quantitatives et qualitatives. Le choix de plusieurs designs** a été effectué dans le but d'obtenir un angle d'analyse large et ainsi répondre à la question de recherche à travers différents paradigmes**. Le niveau de preuve des études sélectionnées est variable. Il a néanmoins permis de détacher des résultats démontrant qu'un partenariat entre les différents acteurs est nécessaire pour justifier l'efficacité d'une approche multimodale de la FM et ainsi augmenter la qualité de vie de ces personnes. Une étude a mis en évidence la difficulté du leadership et du management infirmiers dans l'approche de la douleur chronique.

Tous les chercheurs ont appliqué une méthodologie adéquate pour le sujet traité. Les essais cliniques sont randomisés sans double-aveugle. Ils présentent des critères d'inclusion et d'exclusion similaires, ce qui indique des résultats pertinents pour répondre à la question de recherche. La valeur P** a été présentée dans les résultats afin d'assurer la validité interne**. À plusieurs reprises, le questionnaire FIQ a été mentionné et utilisé. Ce dernier a été traduit et validé dans la langue souhaitée. Ce document indique un coefficient alpha de Cronbach** de 0.83 (Iversen, 2003, traduction libre, p. 211). Dans les études

qualitatives, une rigueur concernant les méthodes d'analyse des verbatim a été constatée. Les résultats peuvent être considérés comme fiables, en prenant garde cependant à leur transférabilité** ou leur généralisabilité** dans d'autres contextes de soins ou pays. Dans ce travail, certaines études sont transversales** et d'autres longitudinales** afin d'évaluer la stabilité ou la variabilité des caractéristiques mesurées.

Concernant la taille de l'échantillon**, elle varie selon si les recherches sont qualitatives ou quantitatives. Le nombre de personnes participant aux recherches était correct en regard de ce que la littérature mentionne. Finalement, tous les articles sélectionnés ont apporté des réponses à la question de recherche.

5.3 LIMITES ET CRITIQUE DE LA REVUE DE LA LITTÉRATURE

Tout d'abord, l'aspiration originelle de ce travail était la réalisation d'une revue de la littérature traitant de l'efficacité d'une approche interprofessionnelle à l'intention des femmes adultes atteintes de fibromyalgie, dans le but de parvenir à améliorer leur qualité de vie. Cela, n'a pu être concrétisé en raison d'une insuffisance incontestable en matière de recherche infirmière et de documentation au sujet de l'interprofessionnalité en lien avec la FM. De plus, une ambiguïté persiste entre les termes interdisciplinaire*, multidisciplinaire*, pluridisciplinaire*, interprofessionnalité*, ce qui a grandement majoré la complexité des démarches.

Ensuite, un large choix d'études portant sur la FM a été identifié dans les diverses bases de données, cependant, nombre d'entre elles n'abordaient pas l'approche interprofessionnelle de la fibromyalgie, thème central de cette revue de la littérature, mais les hypothèses étiologiques ou biomédicales associées aux traitements. Une sélection laborieuse et une analyse critique des diverses études ont été nécessaires afin d'en ressortir l'intérêt pour ce présent travail axé sur l'amélioration de la qualité de vie.

Pour terminer, aucune des études analysées n'a été réalisée en Suisse. Les études sélectionnées ont été effectuées en Espagne, en Turquie, en Suède, aux Etats-Unis et en Norvège. Il est difficilement possible de généraliser** ou de transférer** les résultats provenant d'autres pays car les différences socio-culturelles et environnementales sont potentiellement influentes sur l'amélioration ou la péjoration des symptômes de la FM. Malgré cela, l'hypothèse selon laquelle ces résultats pourraient être utilisés en Suisse et plus précisément en Valais reste plausible.

6 CONCLUSION

Pour conclure cette revue de la littérature, il s'agit d'émettre des propositions en vue d'améliorer la situation de prise en charge des femmes atteintes de fibromyalgie dans les centres hospitaliers ou les unités de gestion de la douleur.

6.1 PROPOSITIONS POUR LA PRATIQUE

La première proposition consiste à former des infirmiers-ères spécialisés-es en fibromyalgie, tout comme il existe des infirmiers-ères spécialisés-es en stomathérapie, par exemple. Cette pratique leur conférerait un large champ d'autonomie. Ils-elles pourraient appliquer une approche multimodale dans les milieux de la gestion de la douleur en y créant un secteur spécifique, tel qu'en Espagne où il existe des cliniques, annexes aux hôpitaux, qui aide à soulager les personnes atteintes de FM. L'approche serait centrée sur le patient et, par définition, individualisée. Un partenariat entre professionnels et patients, suivant le degré de motivation des femmes, serait mis en place et l'infirmier-ère prendrait en compte les données sociodémographiques, environnementales et culturelles ayant un impact sur la FM. La démarche permettrait d'intervenir au plus près des besoins.

La seconde proposition consiste à faire débiter les nouveaux-les infirmiers-ères diplômés-es par un tournus de plusieurs jours au sein de différents services, et donc disciplines, présents dans un hôpital, tels que : physiothérapie, ergothérapie, diététique, médecine, etc. Cela leur procurerait une vision globale des compétences des autres thérapeutes et les aiguillerait dans leur rôle de leader et de manager pour une meilleure approche interprofessionnelle.

Pour terminer, il serait intéressant de mettre en place une approche interprofessionnelle lors de la pose du diagnostic de la FM, en collaboration avec un-e médecin, un-e infirmier-ère, un-e physiothérapeute, un-e psychologue ainsi qu'un-e diététicien-ne, ceci pour permettre de clarifier les compétences, connaissances et rôles de chacun envers la FM. Ensuite, l'établissement d'un plan d'action en présence du patient serait nécessaire afin d'éviter l'errance thérapeutique, de diminuer l'automédication et d'agir sur la fibromyalgie. Les différents professionnels et le patient se rencontreraient mensuellement pour ajuster le plan thérapeutique et disposer d'un temps de parole.

6.2 PROPOSITIONS POUR LA FORMATION

Durant la formation de Bachelor en soins infirmiers, les étudiants-es acquièrent une multitude de connaissances. Ils-elles bénéficient, tout au long de leur cursus, de plusieurs journées de cours sur la physiopathologie de la douleur ainsi que sur son évaluation. Le

quatrième semestre comporte un module sur les maladies chroniques. Néanmoins, le thème spécifique de la FM n'est pas abordé. Durant le cinquième semestre, le sujet de l'interprofessionnalité est évoqué, conjointement avec la présence d'intervenants de professions différentes. En Suisse romande, après l'obtention du Bachelor, les infirmiers-ères ont la possibilité de s'inscrire au Certificat d'Étude Avancées (CAS) sur la douleur et l'approche interdisciplinaire*.

La première proposition pour la formation est d'introduire le thème de la fibromyalgie au module des maladies chroniques, sur la base d'une demi-journée, afin d'apporter les connaissances nécessaires à la compréhension de ce syndrome* et donc d'en améliorer la prise en charge, outre le fait que l'étiologie soit inconnue et qu'une incertitude demeure au sujet du traitement médicamenteux.

La seconde proposition concerne l'intervention, depuis la deuxième année de formation, de personnes souffrant de douleurs chroniques, afin que les étudiants-es puissent apprendre à écouter ce que les malades ont à exprimer, induisant ainsi une meilleure qualité de soins.

La dernière proposition concrète prévoit la planification de plusieurs journées de cours axés sur la mise en pratique d'une approche interprofessionnelle, ceci par le biais d'une situation clinique et d'intervenants de différents secteurs, dans le but de développer la notion de collaboration. Idéalement, la démarche s'effectuerait avec des étudiants-es d'autres filières de la santé (physiothérapie, ergothérapie, diététique) et du social.

6.3 PROPOSITIONS POUR LA RECHERCHE

Durant l'élaboration de la partie méthodologique, il n'est pas ressorti, de la base de données, d'études concernant la population locale. Il n'existe aucune recherche randomisée** ou interprétative sur l'efficacité d'une approche interprofessionnelle effectuée sur le territoire suisse et/ou valaisan en lien avec la FM.

La première proposition tend vers la réalisation d'une recherche quantitative sur l'épidémiologie de la FM en Suisse, pour ainsi se rendre compte de son taux d'incidence de manière plus précise, comparativement au chiffre indiqué dans la section problématique.

La seconde proposition aspire à conduire une recherche qualitative sur l'approche interprofessionnelle, en incluant les infirmiers-ères dans le rôle de leader, afin de définir clairement les caractéristiques nécessaires au leadership infirmier et ainsi faciliter le travail en équipe professionnelle.

BIBLIOGRAPHIE

Livres – Rapports de Recherche et Guidelines

Aiguier, G. (2014). Travailler en équipe : position du problème. In Jacquemin Dominique et De Broucker Didier (Coord.), *Manuel de soins palliatifs* (p. 646-652). Paris : Dunod.

Association Française de lutte antirhumatismale. (2015). *La fibromyalgie*. Accès <http://www.aflar.org/la-fibromyalgie>

Association Suisse des Fibromyalgiques. (2013). *Présentation de la fibromyalgie*. Accès <http://www.suisse-fibromyalgie.ch/fr/>

Association suisse des infirmières et infirmiers. (2011). *Perspectives 2020*. Berne : SBL - ASI. Accès https://www.sbk.ch/fileadmin/sbk/shop_downloads/fr/Perspektive2020-fr.pdf

Barco, F. (Dir.). & Florin, A. (2014). Entre complexité et richesse : la diversité des défis liés à l'intérêt des chercheurs et des professionnels pour la qualité de vie. In B. Fabien (Dir.), *La qualité de vie : approches psychologiques* (p. 7-12). Rennes : Presses universitaires de Rennes.

Bayle, I., & Maisch, V. (2014). *UE 3.3 et 5.5 - Rôles infirmiers, organisation du travail et interprofessionnalité ; Mise en œuvre des thérapeutiques et coordination des soins*. Paris : Ed. DE BOECK-ESTEM.

Belgrand, L., & So, A. (2011). Critères de diagnostic de la fibromyalgie. *Revue Médicale Suisse*, 7(289), 604-608.

Bilodeau, K., Dubois, S., & Pepin, J. (2013). Contribution des sciences infirmières au développement des savoirs interprofessionnels. *Recherche en soins infirmiers*, 113(2), 43-51. <https://doi.org/10.3917/rsi.113.0043>

Briones-Vozmediano, E., Vives-Cases, C., Ronda-Pérez, E., & Gil-González, D. (2013). Patients' and professionals' views on managing fibromyalgia. *Pain Research Management*, 18(1), 518-527.

Cella, D. F. (2007). Le concept de qualité de vie : les soins palliatifs et la qualité de vie. *Recherche en soins infirmiers*, 88(1), 25-31. <https://doi.org/10.3917/rsi.088.0025>

Cranford, C & King, C.R., (2011). Nurse practitioner students' perceptions of fibromyalgia pain and quality of life. *Medsurg Nursing*, 20(4), 169-177.

Dysvik, E., & Furnes, B. (2012). Nursing leadership in a chronic pain management group approach: Nursing leadership in chronic pain management. *Journal of Nursing - Management*, 20(2), 187-195. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2011.01377.x>

Fitzcharles, M.-A., Ste-Marie, P. A., Goldenberg, D. L., Pereira, J. X., Abbey, S., Choinière, M., ... Shir, Y. (2012). *Management | Canadian Guidelines for the Diagnosis and Management of Fibromyalgia*. Montréal, QC : Société Canadienne de rhumatologie. Accès <http://fmguidelines.ca/>

Formarier, M. (2007). La qualité de vie pour des personnes ayant un problème de santé. *Recherche en soins infirmiers*, 88(1), 3-3. <https://doi.org/10.3917/rsi.088.0003>

- Formarier, M., & Jovic, L. (Dir.). (2012). *Les concepts en sciences infirmières* (2^e éd.). Lyon : Mallet Conseil.
- Fortin, M.F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche : Méthode quantitatives et qualitatives* (2^e éd.). Montréal : Chenelière Education.
- Gallant, S., Clerc, M., Gachoud, D., & Morin, D. (2011). Apprendre ensemble pour travailler ensemble : l'éducation interprofessionnelle, un mythe ou une réalité ? *Recherche en soins infirmiers*, 106(3), 40. <https://doi.org/10.3917/rsi.106.0040>
- Geisser, M. E., Glass, J. M., Rajcevska, L. D., Clauw, D. J., Williams, D. A., Kileny, P. R., & Gracely, R. H. (2008). A Psychophysical Study of Auditory and Pressure Sensitivity in Patients With Fibromyalgia and Healthy Controls. *The Journal of Pain*, 9(5), 417-422. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2007.12.006>
- Guinot, M., Launois, A., Favre-Juvin, C., & Maindet-Dominici, C. (2015). Fibromyalgie : physiopathologie et accompagnement thérapeutique, 8-8. [http://doi.org/10.1016/S1283-0887\(14\)60207-3](http://doi.org/10.1016/S1283-0887(14)60207-3)
- Hamilton, N. A., Affleck, G., Tennen, H., Karlson, C., Luxton, D., Preacher, K. J., & Templin, J. L. (2008). Fibromyalgia : The role of sleep in affect and in negative event reactivity and recovery. *Health Psychology*, 27(4), 490-497. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.27.4.490>
- Häuser, W., Eich, W., Herrmann, M., Nutzinger, D. O., Schiltenswolf, M., & Henningsen, P. (2009). Fibromyalgia syndrome : classification, diagnosis, and treatment. *Deutsches Ärzteblatt International*, 106(23), 383-391. <http://doi.org/10.3238/arztebl.2009.0383>
- Haute Autorité de santé. (2008). *Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique l'évaluer et orienter le patient*. Saint-Denis La Plaine CEDEX : HAS. Accès www.has-sante.fr
- Haute Autorité de santé. (2010). *Syndrome fibromyalgique de l'adulte* (rapport d'orientation). Saint-Denis La Plaine CEDEX : HAS. Accès www.has-sante.fr
- Henriquez, O. H., & Peck, D. (2015). Fibromyalgia Diagnosis. In L. Erin (Eds), & W. Mark. S (Eds), *Fibromyalgia: Clinical Guidelines and Treatments* (p. 23-33). Suisse : Springer International
- Hopcian, J.T., & Lindsay, D.R. (2015). Psychological Treatment for Fibromyalgia. In L. Erin (Eds), & W. Mark. S (Eds), *Fibromyalgia: Clinical Guidelines and Treatments* (p. 1-21). Suisse : Springer International
- Hôpital du Valais. (S.d.). *Centre du traitement de la douleur*. Accès <http://www.hopitalduvalais.ch/fr/disciplines-medicales/disciplines-de-a-a-z/anesthesiologie-et-reanimation/centre-du-traitement-de-la-douleur.html>
- Houvenagel, É., & Ducoulombier, V. (2010). Fibromyalgie : critères de diagnostic et de suivi. *Revue du Rhumatisme Monographies*, 77(2), 148-151. <https://doi.org/10.1016/j.monrhu.2010.01.004>
- Hughes, L., Adair, J., Feng, F., Maciejewski, S., & Sharma, H. (2016). Nurse Practitioners' Education, Awareness, and Therapeutic Approaches for the Management of Fibromyalgia : *Orthopaedic Nursing*, 35(5), 317-322. <https://doi.org/10.1097/NOR.0000000000000277>



- Jasson, M.-C. (2007), Mieux connaître et diagnostiquer la fibromyalgie par l'étude de la symptomatologie clinique. Accès http://www.parcours-fibromyalgie.be/images/articles/pdf/fibromyal_mci.pdf
- Jeffrey, L., McKenzie-Brown, C., & McKenzie-Brown, A. M. (2015). The Epidemiology and Prevalence of Fibromyalgia (FMS). In L. Erin (Eds), & W. Mark. S (Eds), *Fibromyalgia: Clinical Guidelines and Treatments* (p. 1-21). Suisse : Springer International
- Laroche, F. (2009). Actualités de la fibromyalgie. *Revue du Rhumatisme*, 76(6), 529-536. <https://doi.org/10.1016/j.rhum.2009.02.001>
- Laroche, F., & Guérin, J. (2015). Fibromyalgie : où en est-on en 2015 ? *Douleur et Analgésie*, 28(1), 31-39. <https://doi.org/10.1007/s11724-015-0407-2>
- Larsson, H., & Blomqvist, K. (2015). From a diagnostic and particular approach to a person-centred approach : a development project. *Journal of Clinical Nursing*, 24(3-4), 465-474. <https://doi.org/10.1111/jocn.12628>
- Ligue suisse contre le rhumatisme. (S.d.). *La fibromyalgie*. Accès <https://www.ligues-rhumatisme.ch/rhumatismes-de-a-a-z/fibromyalgie>
- Loiselle, C. G., Profetto-McGrath, J., Polit, D. F., & Beck, C. T. (2007). *Méthode de recherche en sciences infirmières : approches quantitatives et qualitatives*. Saint-Laurent : ERPI.
- Macfarlane, G. J., & al. (2016). EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia. *Ann Rheum Dis*. 0. p. 1-11. Accès <http://ard.bmj.com/content/early/2016/07/04/annrheumdis-2016-209724>
- Manière, D., Aubert, M., Mourey, F., & Outata, S. (2005). *Interprofessionnalité en gérontologie, travailler ensemble : des théories aux pratiques*. Ramonville Saint-Agne : Erès
- Marc, J.-F. (ed.), (2015). *La saga fibromyalgie 2 : la décennie 2005 – 2015*. Laboratoire de Rhumatologie Appliquée. Accès <http://www.labrha.fr/2016/10/05/fibromyalgie-saga-2005-2015/>
- Martín, J., Torre, F., Aguirre, U., González, N., Padierna, A., Matellanes, B., & Quintana, J. M. (2014). Evaluation of the Interdisciplinary PSYMEPHY Treatment on Patients with Fibromyalgia : A Randomized Control Trial. *Pain Medicine*, 15(4), 682-691. <https://doi.org/10.1111/pme.12375>
- Mathieu, L, Bell, L, Ramelet A.-S., & Morin, D, (2016). Les compétences de leadership pour la pratique infirmière avancée : proposition d'un modèle de développement pour la formation et la pratique clinique. *Revue francophone internationale de recherche infirmière*, 57(9). <http://dx.doi.org/10.1016/j.refiri.2016.04.003>
- McConn, R. D., & Anitescu, M. (2015). Prognosis. In L. Erin (Eds), & W. Mark. S (Eds), *Fibromyalgia : Clinical Guidelines and Treatments* (p. 51-69). Suisse : Springer International
- Moldofsky, H. (2008). The significance of the sleeping–waking brain for the understanding of widespread musculoskeletal pain and fatigue in fibromyalgia syndrome and allied syndromes. *Joint Bone Spine*, 75(4), 397-402. <https://doi.org/10.1016/j.jbspin.2008.01.021>

- Pepin, J., K rouac, S., & Ducharme, F. (2010). *La pens e infirmière* (3   d.). Montréal, QC : Cheneli re Education
- Perrot, S., Bouhassira, D., & Fermanian, J. (2010). Development and validation of the Fibromyalgia Rapid Screening Tool (FiRST). *Pain*, 150(2), 250-256.
<https://doi.org/10.1016/j.pain.2010.03.034>
- Queiroz, L. P. (2013). Worldwide epidemiology of fibromyalgia. *Current Pain and Headache Reports*, 17(8), 356. <https://doi.org/10.1007/s11916-013-0356-5>
- Rhumato.info. (2012). *La fibromyalgie*. Accès
<http://www.rhumato.info/cours-revues2/98-fibromyalgie/1664-la-fibromyalgie>
- Saral, I., Sindel, D., Esmailzadeh, S., Sertel-Berk, H. O., & Oral, A. (2016). The effects of long- and short-term interdisciplinary treatment approaches in women with fibromyalgia: a randomized controlled trial. *Rheumatology International*, 36(10), 1379-1389.
<https://doi.org/10.1007/s00296-016-3473-8>
- Schwob, M. (2011). *Lutter contre la fibromyalgie - Douleurs musculaires et fatigue chronique : reconnaître et traiter une maladie invisible*. Paris : Robert Laffont
- Walker, J., (2016). Fibromyalgie: clinical features, diagnosis and management. *Nursing Standard*, 31(5), 51-60. <http://dx.doi.org/10.7748/ns.2016.e10550>
- Wolfe, F., Clauw, D. J., Fitzcharles, M.-A., Goldenberg, D. L., Katz, R. S., Mease, P., ... Yunus, M. B. (2012). The American College of Rheumatology Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia and Measurement of Symptom Severity. *Arthritis Care & Research*, 62(5), 600-610. <https://doi.org/10.1002/acr.20140>
- Wolfe, F., Smythe, H. A., Yunus, M. B., Bennett, R. M., Bombardier, C., Goldenberg, D. L., ... Sheon, R. P. (1990). The american college of rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. *Arthritis & Rheumatism*, 33(2), 160-172.
<https://doi.org/101002/art.1780330203>

ANNEXES

ANNEXE I : TABLEAUX DE RECENSION

Étude 1 :

Martín, J., Torre, F., Aguirre, U., González, N., Padierna, A., Matellanes, B., & Quintana, J. M. (2014). Evaluation of the Interdisciplinary PSYMEPHY Treatment on Patients with Fibromyalgia : A Randomized Control Trial. *Pain Medicine*, 15(4), 682-691. <https://doi.org/10.1111/pme.12375>

<p>Type d'étude : Essai clinique** contrôlé randomisé** prospectif** longitudinal**</p> <p>Devis** : Quantitatif</p> <p>Paradigme** : Positiviste **</p> <p>Niveau de preuve : Ib</p>	<p>Echantillon** : La population choisie (n = 180) rassemble des patients référés dans une unité de gestion de la douleur de l'hôpital Galdakoa-Usansolo en Espagne. La procédure de randomisation** a été réalisée par un programme.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Groupe contrôle** (n = 90) reçoit le traitement standard utilisé en Espagne. - Groupe expérimental** (n = 90) reçoit le traitement standard ainsi que l'intervention PSYMEPHY durant 6 semaines. <p>Échantillonnage** : Échantillonnage aléatoire simple**.</p> <p>Critères d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diagnostic FM avec critères de l'ACR. - Âge > 18 ans. - Douleurs chroniques > 6 mois. <p>Critères d'exclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Refus de participer à l'étude. - Grave trouble psychiatrie ou organique. - Implications juridiques dans leur emploi liées à la FM. 	<p>But, objectifs : Évaluer l'efficacité d'une approche interdisciplinaire*, durant 6 semaines, coordonnant la psychologie, le médical, l'éducatif et la physiothérapie par rapport à un traitement pharmacologique, afin de constater ou non une amélioration du biopsychosocial et de la qualité de vie des personnes atteintes de FM.</p> <p>Question de recherche : Non mentionné par les auteurs.</p> <p>Hypothèse : Aucune hypothèse n'est émise.</p>	<p>Concepts** - Cadre théorique** :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Modèle biopsychosocial de Lindström & Eriksson (2005). - Étude de Bennett & al., (1998) pour la taille de l'échantillon. - Recommandations de Bennett et Nelson (2006) pour les composantes psychologiques. 	<p>Méthode de collecte des données :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Le recrutement s'est déroulé de 2007 à 2009 par contact téléphonique. 2. Données sociodémographiques et cliniques recueillies par un médecin de l'unité de la gestion de la douleur. 3. Auto-questionnaires remis aux patients par un chercheur ne participant pas à l'étude. Pour le groupe expérimental** -> à remplir au début du programme, à 6 semaines, à 6 mois et à 12 mois après l'intervention ; pour le groupe contrôle** -> à remplir au début de l'étude et à 6 mois. <ul style="list-style-type: none"> - QIF traduite et validée en espagnol. - Échelle analogique visuelle pour l'intensité de la douleur. - Questionnaire de la douleur chronique. <p>Chaque session du groupe expérimental** a été enregistrée.</p> <p>Ethique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Approbation du Comité d'éthique de l'hôpital Galdakoa-Usansolo. - Formulaire de consentement éclairé. - Proposition au groupe contrôle**, à la fin de l'étude, de bénéficier du programme PSYMEPHY. 	<p>Méthode d'analyse :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pour analyser les données sociodémographiques et les caractéristiques cliniques, les chercheurs ont utilisé des moyennes et des écart-types** ainsi que des fréquences** et des pourcentages. - Pour analyser les relations entre les groupes, ils ont appliqué le Test Wilcoxon** ainsi que le Test exact de Fisher** pour les catégories. - L'analyse des questionnaires a été accomplie avant l'intervention puis 6 et 12 mois après. Les chercheurs ont effectué leurs calculs à l'aide de moyennes et d'écart-types**. Le test Wilcoxon** a servi à calculer la différence de score entre les groupes. - Les effets ont été jugés statistiquement significatifs** si $P < 0,05^{**}$. <p>Logiciel statistique : Toutes les analyses statistiques ont été développées à l'aide du programme SAS version 9.2.</p>	<p>Résultats : Sur 180 personnes au départ, 56 du groupe contrôle** et 54 du groupe expérimental** ont terminé l'étude. La perte s'explique par une non-compliance des sujets. Dans l'étude, 93,5 % des participants étaient des femmes avec un âge moyen de 50 ans. Le groupe expérimental** montre une sensible amélioration dans le score total du FIQ (P = 0.04) surtout à l'item de la douleur (P = 0.03). Une baisse minime dans les autres items est ressortie. 12 mois après l'approche PSYMEPHY, le groupe expérimental** maintient les changements relevés après 6 mois.</p> <p>Conclusion : Les résultats indiquent que l'approche interdisciplinaire* PSYMEPHY est efficace face à la FM. Elle apporte des améliorations durables sur différents plans du système biopsychosocial ainsi que sur la qualité de vie. La recherche devrait davantage se concentrer à créer et évaluer les interventions les plus efficaces.</p> <p>Forces de l'étude :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Méthodologie et choix du design mûrement réfléchis. - Taille d'échantillon raisonnable. - Présence d'un groupe de contrôle. - Mesure de l'intervention à court et long terme. <p>Limites de l'étude : La généralisation des résultats est difficile, car les patients proviennent tous de l'unité de gestion de la douleur de l'hôpital Galdakoa-Usansolo en Espagne</p> <p>Recommandations pour le futur :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Composer un groupe de comparaison recevant 2 heures d'enseignement sur la FM. - Déterminer les coûts directs et indirects de l'intervention ainsi que l'économie potentielle.
---	---	--	--	--	--	--

Étude 2 :

Saral, I., Sindel, D., Esmaeilzadeh, S., Ozlem Sertel-Berk, H., Oral, A., (2015). The effects of long- and short-term interdisciplinary treatment approaches in women with fibromyalgia : a randomized controlled trial. *Rheumatology Int.* (36):1379-1389. <https://doi.org/10.1007/s.00296-016-3473-8>

<p>Type d'étude : Essai clinique** contrôlé randomisé** prospectif** longitudinal**</p> <p>Devis** : Quantitatif</p> <p>Paradigme** : Positivist**</p> <p>Niveau de preuve : IIb</p>	<p>Echantillon : 86 patients qui étaient référés au département de médecine physique et de réhabilitation de la Faculté de médecine d'Istanbul. 66 participants correspondaient aux critères d'inclusion et d'exclusion. La répartition des 66 patients s'est faite aléatoirement dans l'un des trois groupes avec un programme de nombres aléatoires générés par ordinateur. Ratio de répartition de 1 : 1 : 1.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Groupe contrôle** (n = 22), n'a participé à aucun programme et a été invité à poursuivre le traitement standard. - Groupe long terme (n = 22), a participé à une session hebdomadaire de thérapie cognitivo-comportementale pendant dix semaines, une journée de formation sur l'exercice physique et une journée d'enseignement pédagogique. - Groupe court terme (n = 22), a suivi deux jours consécutifs de formation avec des éléments pédagogiques, un entraînement physique et une session de thérapie cognitivo-comportementale. <p>Les sujets ont reçu une visite de contrôle mensuelle à partir de l'évaluation de départ.</p> <p>Échantillonnage** : Échantillonnage aléatoire simple**.</p> <p>Critères d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Femmes atteintes de FM âgées de 25 à 60 ans. - Diagnostic selon les critères de l'ACR. - Suivi > 6 mois après le diagnostic de FM - Intensité de la douleur > 5 sur l'EVA malgré le traitement existant. - 5 années ou plus d'enseignement primaire. - Avoir reçu un type de médicament décrit dans l'étude ainsi qu'une approche non pharmacologique. <p>Critères d'exclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diagnostic antérieur d'une maladie endocrinienne, neuromusculaire, infectieuse ou inflammatoire. - Présence d'une maladie hépatique ou rénale. - Tumeur maligne. - Antécédents de traumatisme grave. - Maladie psychiatrique et comorbidité physique. - Grossesse. 	<p>But, objectifs : Déterminer les effets à long et à court terme d'une approche interdisciplinaire* pour réduire la douleur, la fatigue ainsi que les symptômes dépressifs et améliorer la qualité du sommeil, la qualité de vie ainsi que les fonctions physiques chez les femmes atteintes de FM n'ayant pas répondu à d'autres méthodes de traitement.</p> <p>Question de recherche : Non mentionné par les auteurs.</p> <p>Hypothèse : Aucune hypothèse n'est émise.</p>	<p>Concepts** Cadre de référence - Cadre théorique** : Non mentionné par les auteurs.</p>	<p>Méthode de collecte des données : Recueil des données sociodémographiques et antécédents médicaux.</p> <p>Toutes les mesures ont été effectuées au début de l'étude et 6 mois après la fin de l'intervention.</p> <ul style="list-style-type: none"> - EVA pour l'intensité de la douleur : score 0-10. - EVA de la sévérité de la fatigue et du sommeil : score 0-10. - Critère ACR 1990 pour la sensibilité de la douleur. - Algomètre* pour le seuil de douleur à la pression. - Questionnaire FIQ. - Échelle de l'inventaire des symptômes dépressifs. - Évaluation de la qualité de vie par le biais du questionnaire généraliste SF-36. <p>Ethique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le protocole d'intervention a été approuvé par le Comité d'éthique local. - Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts. - Le consentement éclairé a été obtenu de la part de tous les participants individuels inclus dans l'étude. 	<p>Méthode d'analyse : Les tests non paramétriques** ont été utilisés pour toutes les analyses statistiques.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Test de Shapiro-Wilk pour la normalité de la distribution. - Test de Kruskal-Wallis pour évaluer l'homogénéité entre les trois groupes. - Test de Wilcoxon pour les comparaisons pré et posttest. - Test de Mann-Whitney U pour les comparaisons par paire. <p>Pour l'analyse des tableaux, les chercheurs ont également utilisé les moyennes et des déviations standard. <i>P</i> a été fixé selon les tests, soit : < 0.05, < 0.01, < 0.001.</p> <p>Logiciel statistique : Toutes les analyses ont été conduites via l'utilisation d'un package statistique pour les sciences sociales. La version 17.0 de Windows a été employée.</p>	<p>Résultats : Lors de l'analyse individuelle du groupe à long et à court terme, une diminution significative dans toutes les échelles d'évaluation est notable. Les comparaisons établies entre les groupes à long et à court terme face au groupe contrôle** montrent des différences statistiquement significatives ($P < 0.016$), sauf pour l'échelle du sommeil, des symptômes dépressifs et de la qualité de vie qui sont non évaluables.</p> <p>Conclusion : L'étude démontre une efficacité dans les deux approches de traitement interdisciplinaire* à long et à court terme sur : la réduction de l'intensité de la douleur, le contrôle de l'activité de la maladie et l'amélioration de l'état fonctionnel du patient.</p> <p>Limites de l'étude :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sessions de thérapie cognitivo-comportementale menées par groupe. - Impossibilité de déterminer de façon précise à quelle fréquence les patients ont pratiqué à la maison les exercices prescrits, idem pour la relaxation, ceci malgré la visite mensuelle. <p>Recommandations pour le futur : Effectuer d'autres études considérant un plus grand nombre de patients et des périodes de suivi plus longues, en incorporant au programme la qualité du sommeil cible et l'état mental.</p>
--	---	--	---	--	---	---

Etude 3 :

Dysvik, E., & Furnes, B. (2012). Nursing leadership in a chronic pain management group approach : Nursing leadership in chronic pain management. *Journal of Nursing Management*, 20(2), 187-195. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2011.01377.x>

<p>Type d'étude-Devis** : Étude qualitative transversale**</p> <p>Paradigme** : Naturaliste**</p> <p>Niveau de preuve : IV</p>	<p>Echantillon** : Sélection des sujets en Norvège.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 infirmier leader général. - 9 Infirmiers-ères leaders des groupes. - 13 groupes de 9 à 13 personnes, toutes atteintes de douleurs chroniques. <p>L'équipe multidisciplinaire* se constitue d'un-e infirmier-ère, d'un-e physiothérapeute, d'un-e psychologue, d'un-e médecin et d'un-e nutritionniste.</p> <p>Échantillonnage** : Non probabiliste** par choix raisonné</p> <p>Critères d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Expérience de collaboration dans 40 groupes pour le leader général. - Expérience de 5 à 10 ans dans la gestion de la douleur chronique pour les leaders de groupes. <p>Critères d'exclusion : Non mentionné.</p>	<p>But, objectifs : Explorer le rôle du leader infirmier dans l'organisation et la planification de groupes, dans le cadre d'une réadaptation pour les personnes souffrant de douleurs chroniques.</p> <p>Question de recherche :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comment l'infirmier leader général décrit-il la planification et l'organisation du programme de réhabilitation ? - Comment les infirmiers-ères leaders des groupes de patients qualifient-ils-elles leurs expériences de travail en équipe multidisciplinaire* lors de la planification du programme ? - Quelles exigences les infirmiers-ères leaders des groupes de patients évoquent-ils-elles au sujet de l'exécution du programme ? <p>Hypothèse : Aucune hypothèse n'est émise.</p>	<p>Concepts** - Cadre de référence - Cadre théorique** :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le leadership infirmier selon différents auteurs tels que : Germain & Cummings (2010), et Yulk (2010). - Modèle d'analyse qualitative de Graneheim & Lundman (2004) et de Kvale & Brinkmann (2009). 	<p>Méthode de collecte des données :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Interview de tous les leaders. - Regroupement des enregistrements. - Rapport d'une page des auteurs sur les leaders de groupes, mettant en évidence des thèmes, les incidences, les questions thérapeutiques et les commentaires d'amélioration. <p>Éthique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les chercheurs ont procuré les informations nécessaires concernant l'étude et la méthode. - Tous les participants étaient volontaires. - L'anonymat a été garanti. - Approuvé par un Comité d'éthique (nom non mentionné par les auteurs). 	<p>Méthode d'analyse : Les données ont été analysées selon une approche d'analyse de contenu visant une compréhension des réponses des leaders au sujet de leur expérience dans l'organisation du programme de réhabilitation.</p> <p>Le processus analytique de Graneheim & Lundman (2004) et de Kvale & Brinkmann (2009) s'est déroulé en six étapes :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Transcription mot par mot des entretiens dans des sessions et des groupes. 2. Lecture individuelle des entretiens par les deux chercheurs et échanges oraux pour obtenir une impression globale des participants. 3. Identification des modèles. 4. Catégorisation des données. 5. Création de thèmes et sous-thèmes. 6. Réflexions et discussions. <p>Logiciel statistique : Aucun logiciel utilisé.</p>	<p>Résultats : Le thème principal représente la complexité du leadership des infirmiers-ères. Trois sous-thèmes ont ensuite été dégagés à la fin de l'analyse des données :</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Le challenge du leader général dans l'organisation</i> ; du point de vue de la sélection des participants ainsi que des groupes. - <i>Le challenge du leadership dans le travail</i> ; d'où l'importance de clarifier les rôles de chacun des intervenants et d'instaurer une confiance mutuelle. - <i>Le leadership dans le groupe de personnes malades</i> ; l'élément principal étant la mise en place d'un climat de confiance à l'égard du groupe et au sein du groupe. <p>Conclusion : Dans l'ensemble, il est nécessaire de bénéficier d'une certaine expérience pour organiser et planifier un programme ainsi que pour gérer une équipe.</p> <p>Forces et faiblesses de l'étude : Non mentionné par les auteurs.</p>
---	---	--	--	--	--	---

Étude 4 :

Larsson, H., & Blomqvist, K. (2015). From a diagnostic and particular approach to a person-centred approach : a development project. *Journal of Clinical Nursing*, 24(3-4), 465-474. <https://doi.org/10.1111/jocn.12628>

<p>Type d'étude : Recherche – action participative** herméneutique**</p> <p>Devis** : Qualitatif</p> <p>Paradigme** : Naturaliste**</p> <p>Niveau de preuve : V</p>	<p>Echantillon** : L'étude a été réalisée au sein d'un service spécialisé dans les soins d'orthopédie, de rhumatologie et de traumatismes.</p> <p>Pour cette étude, les chercheurs ont sélectionné : - 3 infirmiers-ères - 2 assistants-es infirmiers-ères - 1 physiothérapeute</p> <p>Ce choix a été effectué dans le but de former un groupe interdisciplinaire* de 6 personnes.</p> <p>Échantillonnage** : Participation volontaire.</p> <p>Critères d'inclusion et d'exclusions : Non mentionné par les auteurs.</p>	<p>But, objectifs : Etudier les changements au fil du temps, dans un groupe interdisciplinaire* participant à un travail pour le développement d'une prise en charge de la douleur et de son évaluation.</p> <p>Question de recherche : Non mentionné par les auteurs.</p> <p>Hypothèse : Aucune hypothèse n'est émise.</p>	<p>Concepts** - Cadre de référence - Cadre théorique** : Approche herméneutique** inspirée par Nyström, (2003), Gadamer & al, (2004) et Polit & Beck, (2006).</p> <p>La technique de transcription dans l'analyse des entretiens a été inspirée de Nyström (2003) et de Nyström & al., (2003).</p>	<p>Méthode de collecte des données : Le groupe a été suivi durant sept sessions, d'une durée de 60 à 90 minutes, sur une période de cinq mois, de janvier à juin 2010. Les chercheurs ont mené toutes les sessions en posant des questions et en invitant le groupe à participer. Les questions portaient sur la douleur et l'évaluation de la douleur.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1^{ère} et 2^e sessions, deux questions ouvertes sur la douleur. - 3^e à 5^e sessions, questions sur le fait de soigner des patients douloureux et le développement du projet autour de la prise en charge de la douleur. - 6^e et 7^e sessions, évaluation du projet. <p>Toutes les sessions ont débuté par un feed-back de la session précédente, avec la possibilité, pour les participants, d'en examiner les données brutes.</p> <p>Ethique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'étude a été approuvée par le Comité d'éthique de l'Université de Kristianstad en Suède. - Le consentement éclairé ainsi que les informations ont été transmis au groupe interdisciplinaire * avant chaque session. - Les chercheurs ont informé les participants qu'ils pouvaient quitter la recherche à tout moment du programme. 	<p>Méthode d'analyse : Pour l'analyse des données recueillies, les chercheurs ont choisi une approche herméneutique** inspirée par Nyström, (2003), Gadamer & al, (2004) et Polit & Beck, (2006).</p> <p>Chaque session a été enregistrée et retranscrite (Nyström, 2003 ; Nyström & al., 2003).</p> <p>Au départ, une lecture préliminaire des séances retranscrites a été effectuée afin de comprendre leur contenu et déroulement précis.</p> <p>Logiciel statistique : Aucun logiciel utilisé.</p>	<p>Résultats : Le groupe interdisciplinaire* a été maintenu intact pendant toute la recherche. Les résultats ont été divisés en trois catégories :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Du patient à la personne : l'interprétation a montré qu'au début du programme, les participants considéraient leurs patients avec une perspective d'extérieur, en se concentrant sur les détails et les diagnostics. Le patient est, par la suite, devenu un ensemble. - Un rôle de professionnel : au début de l'étude, les participants n'avaient pas conscience de leur propre rôle dans la gestion de la douleur et mentionnaient d'office celui du médecin. En conséquence, la notion de leur rôle de professionnels est devenue plus claire en termes de gestion de la douleur du patient. - L'esprit d'équipe : l'interprétation de ce dernier item a révélé une amplification de l'esprit d'équipe. Le sentiment initial décrit par les participants comme celui d'être impuissants, de se sentir seuls face aux patients, a disparu. <p>Conclusion : Les notions de participation et de conscience représentent des aspects essentiels pour favorablement transférer la connaissance dans l'action et enclencher le changement. Les participants ont participé aux séances, partagés activement leurs expériences et exprimé de la fierté à l'égard du travail qu'ils ont accompli. De plus, l'approche pourrait être considérée comme une contribution majeure au travail d'équipe et à l'amélioration du degré de satisfaction relative au travail.</p> <p>Forces et faiblesses de l'étude : Non mentionné par les auteurs.</p>
---	---	--	---	---	--	--

Étude 5 :

Hughes, L., Adair, J., Feng, F., Maciejewski, S., & Sharma, H. (2016). Nurse Practitioners' Education, Awareness, and Therapeutic Approaches for the Management of Fibromyalgia: *Orthopaedic Nursing*, 35(5), 317-322. <https://doi.org/10.1097/NOR.0000000000000277>

<p>Type d'étude : Étude descriptive** transversale**</p> <p>Devis** : Quantitatif</p> <p>Paradigme** : Positiviste**</p> <p>Niveau de preuve : VI</p>	<p>Echantillon : 242 infirmiers-ères praticiens-nes membres de l'organisation du personnel infirmier praticien de l'état du Midwest. Après envoi du questionnaire de l'enquête, seuls-es 66 infirmiers-ères ont répondu au questionnaire.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 homme - 65 femmes <p>Échantillonnage** : Non mentionné par les auteurs.</p> <p>Critères d'inclusion : Non mentionné par les auteurs.</p> <p>Critères d'exclusion : Non mentionné par les auteurs.</p>	<p>But : Évaluer les infirmiers-ères praticiens-nes sur leurs connaissances éducationnelles, leur sensibilisation ainsi que leur pratique dans la gestion des patients atteints de FM.</p> <p>Objectif : Pouvoir utiliser les résultats en fin d'étude afin de guider les futures études et étudiants-es vers une meilleure prise en charge de la population atteinte de FM.</p> <p>Question de recherche : Non mentionné par les auteurs.</p> <p>Hypothèse : Aucune hypothèse n'est émise.</p>	<p>Concepts** - Cadre de référence - Cadre théorique** : Non mentionné par les auteurs.</p>	<p>Méthode de collecte des données : Un courrier électronique a été transmis à 242 infirmiers-ères praticiens-nes.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 4 questions dichotomiques* ont été posées sur l'éducation reçue concernant la FM. - 11 questions à choix multiple sur la sensibilisation des infirmiers-ères quant à la FM. - 5 questions à choix multiple sur le traitement de la FM. <p>Le questionnaire a été développé par des spécialistes médicaux de la firme Pfizer Inc.</p> <p>Les informations démographiques évaluées concernent la pratique primaire, la profession, le sexe, l'âge, les années de pratique et le nombre de patients atteints de fibromyalgie traités au cours de l'année précédente (4 questions).</p> <p>Ethique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'étude a été approuvée par la Commission de révision institutionnelle du Nebraska Methodist College. - Chaque participant a reçu une lettre jointe à l'enquête et garantissant l'anonymat. - Les chercheurs ont déclaré ne pas avoir eu de conflit d'intérêts. 	<p>Méthode d'analyse : Après la réception-retour des messages électroniques envoyés aux différents infirmiers-ères, les données ont été analysées à l'aide d'un format en ligne téléchargé et installé ainsi qu'avec le programme Excel.</p> <p>L'analyse a englobé le questionnaire envoyé et les données sociodémographiques de chaque participant.</p> <p>Les données ont été converties sous forme de pourcentages et de moyennes.</p> <p>Logiciel statistique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Format en ligne (non mentionné). - Programme Excel. 	<p>Résultats : Le taux de réponse est de 27%. La tranche d'âge des infirmiers-ères se situe entre 30 et 66 ans avec une moyenne de 49 ans. Le temps moyen de pratique professionnelle est de 10.4 ans.</p> <p>Concernant les résultats du questionnaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Education : 71 % des infirmiers-ères indiquent avoir reçu des informations sur la FM durant le cursus scolaire mais, en revanche, pas suivi de programme éducatif durant les deux dernières années. - Sensibilisation : 80 % estiment que la FM à une composante somatique et psychologique. 95 % considèrent qu'il est, dans la majeure partie des cas, difficile de poser le diagnostic. Seuls 3,4 % déclarent être en confiance totale avec leur patient. - Traitement : 97 % admettent une répercussion sur la qualité de vie. De plus ils-elles s'inquiètent de la potentialité d'une attribution d'étiquette péjorative aux patients. <p>Conclusion : Cette étude démontre qu'il existe des lacunes infirmières dans la prise en charge de la FM. Un besoin de formation continue est évident, de par le fait notamment qu'il n'existe pas de traitement pharmacologique adéquat et que la gestion de la FM est encore très laborieuse.</p> <p>Limites de l'étude : Les auteurs mentionnent qu'aucun test de validité** et de fiabilité** n'a été effectué à propos du questionnaire.</p> <p>Recommandations : Les plans futurs de l'équipe de recherche s'inscrivent dans le développement d'un enseignement en ligne au sujet de la FM et la conception d'une étude de l'exercice physique et des protocoles de sommeil concernant les personnes atteintes de FM.</p>
---	--	---	--	---	---	---

Étude 6 :

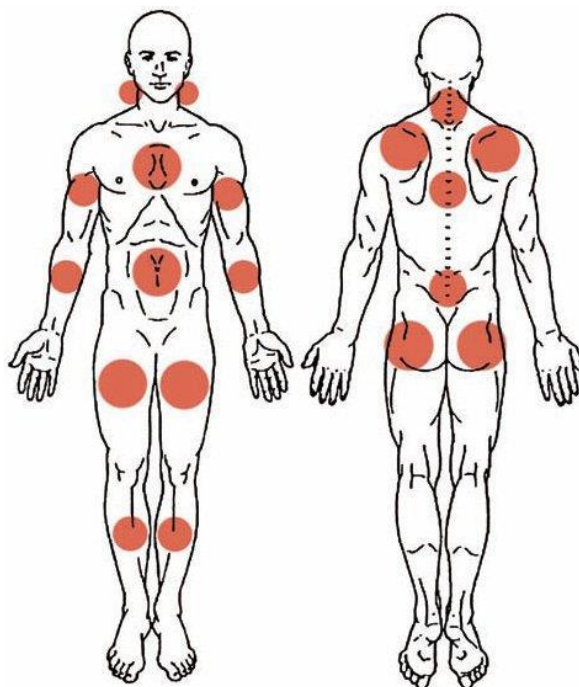
Briones-Vozmediano, E., Vives-Cases, C., Ronda-Pérez, E., & Gil-González, D. (2013). Patients' and professionals' views on managing fibromyalgia. *Pain Research & Management: The Journal of the Canadian Pain Society*, 18(1), 19-24

<p>Type d'étude-Devis** : Étude qualitatif transversale**</p> <p>Paradigme** : Naturaliste**</p> <p>Niveau de preuve : VI</p>	<p>Echantillon : N total : 21 sujets :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 9 professionnels de la santé (généraliste, rhumatologue, psychiatre, psychologue, physiothérapeute et médecins du travail), tous impliqués dans le traitement des patients atteints de FM ; - 12 patients atteints de fibromyalgie (9 femmes et 3 hommes). <p>Échantillonnage** : Non probabiliste**</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recrutement des professionnels de la santé par échantillonnage boule de neige**. Le processus de sélection du premier informateur a été effectué selon des critères pragmatiques et de faisabilité (non mentionné). - Recrutement par choix raisonné** pour les patients : prise de contact avec une association de personnes atteintes de FM dans la province de Valence en Espagne. <p>Critères d'inclusion et d'exclusion : Non mentionné par les auteurs.</p>	<p>But, objectifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Explorer les trois aspects de la gestion clinique de la fibromyalgie : - approche diagnostique, - gestion thérapeutique, - relations professionnelles et avec les patients. <ul style="list-style-type: none"> - Identifier, du point de vue des professionnels de la santé et des patients atteints de FM, les domaines spécifiques ou le processus de soins déficient ou insatisfaisant. <p>Question de recherche : Non mentionné par les auteurs.</p> <p>Hypothèse : Aucune hypothèse n'est émise.</p>	<p>Concepts** - Cadre de référence - Cadre théorique** :</p> <p>Non mentionné par les auteurs.</p>	<p>Méthode de collecte des données : La collecte des données s'est effectuée par le biais d'entrevues individualisées semi-structurées d'une heure. L'un des chercheurs a mené les entretiens avec un spécialiste du domaine qualitatif. L'interview des patients a eu lieu à domicile et celle des professionnels sur leur place de travail.</p> <p>Les entrevues ont été menées jusqu'à saturation des données**.</p> <p>Entrevue des professionnels :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1^{ère} partie : expérience avec des patients atteint de FM. - 2^e partie : problèmes qui peuvent en découler et les interventions effectuées (traitements et degré de satisfaction). <p>Entrevue des personnes souffrant de FM :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1^{ère} partie : relations sociales. - 2^e partie : facteurs aggravants. - 3^e partie : amélioration de leur situation par les hôpitaux. <p>Cette entrevue a également soulevé deux autres interrogations : la répercussion de l'annonce du diagnostic sur leurs vies quotidiennes et les propositions pour améliorer la qualité de vie.</p> <p>Ethique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une approbation a été demandée au Comité d'éthique de l'Université d'Alicante qui a estimé qu'elle n'était pas nécessaire pour procéder à cette étude. - Une séance d'explication du but et du protocole de l'étude (déclaration de Helsinki et de Belmont Report) a été proposée aux participants qui ont, à cette occasion, eu la possibilité de s'informer davantage si nécessaire en posant des questions. - Un consentement éclairé a été remis à chaque participant avant l'entrevue. 	<p>Méthode d'analyse : Les données ont été analysées en utilisant une approche d'analyse du discours. Elles sont descriptives**, interprétatives et basées sur le raisonnement inductif**.</p> <p>Chaque entretien a été enregistré et retranscrit mot pour mot, indépendamment par chacun des auteurs, afin d'obtenir des détails pertinents. Ils ont ensuite comparé et combiné leurs analyses pour, enfin, les diviser en trois catégories/thèmes théoriques et en extraire des sous-rubriques.</p> <p>Le matériel a été contrôlé, tout d'abord afin de valider les questions prévues puis dans le but d'en entendre de vive voix la pertinence et enfin de s'assurer de la qualité sonore de l'enregistreur.</p> <p>Logiciel statistique : Pas de logiciel employé.</p>	<p>Résultats : Approche diagnostique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - incertitude de l'exactitude du diagnostic, - errance thérapeutique, - besoin de crédibilité. <p>Prise en charge thérapeutique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - traitement individualisé, - manque de connaissance, - multicomposante. <p>Évaluation de la relation entre patients et professionnels :</p> <ul style="list-style-type: none"> - frustration et impasse, - insatisfaction et négation. <p>Conclusion : Cette étude a révélé une insatisfaction mutuelle de la part des patients et des professionnels de la santé. La prise en charge de la FM demeure encore un défi.</p> <p>Forces de l'étude :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Confronte les opinions des deux parties, professionnels et patients. - Contribue à comprendre pourquoi la gestion de la FM n'est actuellement ni efficace, ni satisfaisante. <p>Limites de l'étude : L'hétérogénéité de l'échantillon des professionnels.</p> <p>Recommandations :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Envisager une étude en intégrant les infirmiers-ères et les travailleurs-ses sociaux-les. - Améliorer la collaboration entre les professionnels de la santé et les patients pour leur permettre d'obtenir, respectivement, une meilleure qualité de travail et une meilleure qualité de vie.
--	--	--	---	---	---	--

Annexe II : critères de l'ACR (2010)

1. Le *Widespread pain index* (WPI)

Il représente les points douloureux reproductibles à la pression (selon les critères de l'ACR 1990) que le patient a identifiés durant la semaine précédant la consultation médicale. Il comporte un score allant de 0 à 19.



2. *Echelle de sévérité des symptômes* (SSS) (2A+2B)

a. Intensité des 3 symptômes = 2A

Elle consiste à évaluer, sur une échelle de 0 à 9 et pour chacun des 3 symptômes ci-dessous, le niveau de sévérité relevé par le patient durant la semaine précédente.

Échelle de Likert	Fatigue	Somnolence	Symptômes cognitifs
0 = pas de problème			
1 = problèmes légers ou modérés, généralement modérés ou intermittents			
2 = problème modérés, considérables, souvent présents et/ou à niveau modéré			
3 = problèmes importants, persistants, continus, handicapants au quotidien			

b. Nombre de symptômes associés = 2B

Pour le déterminer, il s'agit de cocher ci-dessous les cases correspondant aux symptômes associés qui se sont manifestés durant la semaine précédant la consultation médicale.

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Douleurs musculaires | <input type="checkbox"/> Céphalées | <input type="checkbox"/> Fatigue |
| <input type="checkbox"/> Pb mémoire, concentration | <input type="checkbox"/> Engourdissements, picotements | <input type="checkbox"/> Douleurs/crampes abdominales |
| <input type="checkbox"/> Faiblesse musculaire | <input type="checkbox"/> Dépression | <input type="checkbox"/> Vertiges |
| <input type="checkbox"/> Insomnie | <input type="checkbox"/> Douleurs abdominales hautes | <input type="checkbox"/> Nervosité |
| <input type="checkbox"/> Constipation | <input type="checkbox"/> Diarrhée | <input type="checkbox"/> Nausées |
| <input type="checkbox"/> Douleurs thoraciques | <input type="checkbox"/> Fièvre | <input type="checkbox"/> Bouche sèche |
| <input type="checkbox"/> Vision floue | <input type="checkbox"/> Syndrome de Raynaud | <input type="checkbox"/> Démangeaisons |
| <input type="checkbox"/> Sifflement respiratoire | <input type="checkbox"/> Vomissements | <input type="checkbox"/> Urticaire |
| <input type="checkbox"/> Acouphènes | <input type="checkbox"/> Perte ou modification du goût | <input type="checkbox"/> Brûlures thoraciques |
| <input type="checkbox"/> Aphtes buccaux | <input type="checkbox"/> Oppression respiratoire | <input type="checkbox"/> Crise d'épilepsie |
| <input type="checkbox"/> Yeux secs | <input type="checkbox"/> Hypersensibilité au soleil | <input type="checkbox"/> Perte d'appétit |
| <input type="checkbox"/> Éruption cutanée | <input type="checkbox"/> Perte de cheveux | <input type="checkbox"/> Tr. de l'audition |
| <input type="checkbox"/> Ecchymoses faciles | <input type="checkbox"/> Spasmes de la vessie | <input type="checkbox"/> Mictions fréquentes |
| <input type="checkbox"/> Douleurs à la miction | | |
| <input type="checkbox"/> Syndrome intestin irritable | | |

Le résultat 2B se calcule selon le nombre de cases cochées ci-dessus.

- 0 = score de 0
- de 1 à 10 = score de 1
- de 11 à 24 = score de 2
- 25 ou plus = score de 3

Le résultat final de l'échelle SSS correspond à l'addition du score 2A et du score 2B et doit se situer entre 0 et 12 pour intégrer le diagnostic de la fibromyalgie. L'interprétation considère qu'un patient répond positivement aux critères de diagnostic de la fibromyalgie lorsque les trois critères suivants sont réunis :

- l'indice de douleur généralisée (WPI) est ≥ 7 , le score de sévérité des symptômes (SSS) est ≥ 5 ou WPI 3-6 et le résultat de l'échelle SSS est ≥ 9 ,
- les symptômes sont présents à un niveau similaire depuis ≥ 3 mois,
- le patient ne présente aucun autre problème pouvant expliquer la douleur.

Bibliographie : informations extraites des pages 2 et 3 du document de Piano, V. (2015).

Outils : examen clinique en douleur chronique. Accès

<http://www.sfetd->

[douleur.org/sites/default/files/u3349/evaluation/outils_ats_douleur_chronique1.pdf](http://www.sfetd-douleur.org/sites/default/files/u3349/evaluation/outils_ats_douleur_chronique1.pdf)

ANNEXE III : QUESTIONNAIRE DE MESURE DE L'IMPACT DE LA FIBROMYALGIE (FIQ)

1. Durant la semaine dernière pouviez-vous :

	Toujours 0	Souvent 1	Parfois 2	Jamais 3
a) Faire le marché				
b) Faire la lessive				
c) Faire la cuisine				
d) Faire la vaisselle				
e) Passer l'aspirateur				
f) Faire les lits				
g) Marcher plus d'un km				
h) Visiter des amis				
i) Faire du jardinage				
j) Conduire une voiture				

2. Sur les 7 derniers jours, combien de jours vous êtes-vous senti(e) bien?
3. Sur les 7 derniers jours, combien de jours vous êtes-vous absenté(e) du travail ?
4. Quand vous travaillez, combien la douleur vous a-t-elle gêné(e) dans votre travail ?
Pas de difficulté ----- grande difficulté
5. Quel était votre degré de douleur ?
Pas de douleur ----- douleur très sévère
6. Quel était votre degré de fatigue ?
Pas de fatigue ----- très fatigué(e)
7. Comment vous sentiez-vous au lever le matin ?
Bien reposé ----- très fatigué(e)
8. Quel était votre degré de raideur ?
pas de raideur ----- très raide
9. Quel était votre degré de tension nerveuse et d'anxiété ?
Pas de tension ----- très tendu(e)
10. Quel était votre degré de dépression ?
Pas de dépression ----- très déprimé(e)

Mode de calcul :

- l'item 1, explorant la fonction, varie de 0 à 3 (moyenne des questions auxquelles le patient a répondu), puis est multiplié par 33.
- les items 2 et 3 varient de 0 à 7. Pour la question 2 il s'agit de donner 7 (chiffre annoncé par le malade) et pour la question 3, on note directement le chiffre annoncé, puis on les multiplie les deux par 143.
- les items 4 à 10 varient de 0 à 100.

Le FIQ indique l'impact du syndrome sur la personne. Plus le score est élevé plus le syndrome est présent dans la vie quotidienne de la personne. Un score avoisinant les 50 points démontre une atteinte moyenne. En revanche, lorsqu'il atteint les 70 points, les personnes sont sévèrement handicapées dans leur quotidien. Le score global varie entre 0 et 100 points.

Bibliographie : Burckhardt C.S. Clark S.R & Bennett RM. (1991). The Fibromyalgia Impact Questionnaire : Development and validation. *Journal of Rheumatology* 18(5), 728-733.

ANNEXE IV : FIBROMYALGIA RAPID SCREENING TOOL (FIRST)

C'est un questionnaire à l'intention de personnes souffrant de douleurs articulaires, musculaires ou tendineuses depuis au moins 3 mois. Il a pour but d'aider le médecin à mieux analyser la douleur et les symptômes. Les personnes doivent remplir ce questionnaire en répondant par oui ou par non (1 seule réponse possible) à chacune des questions suivantes en cochant la case correspondant à leur ressenti.

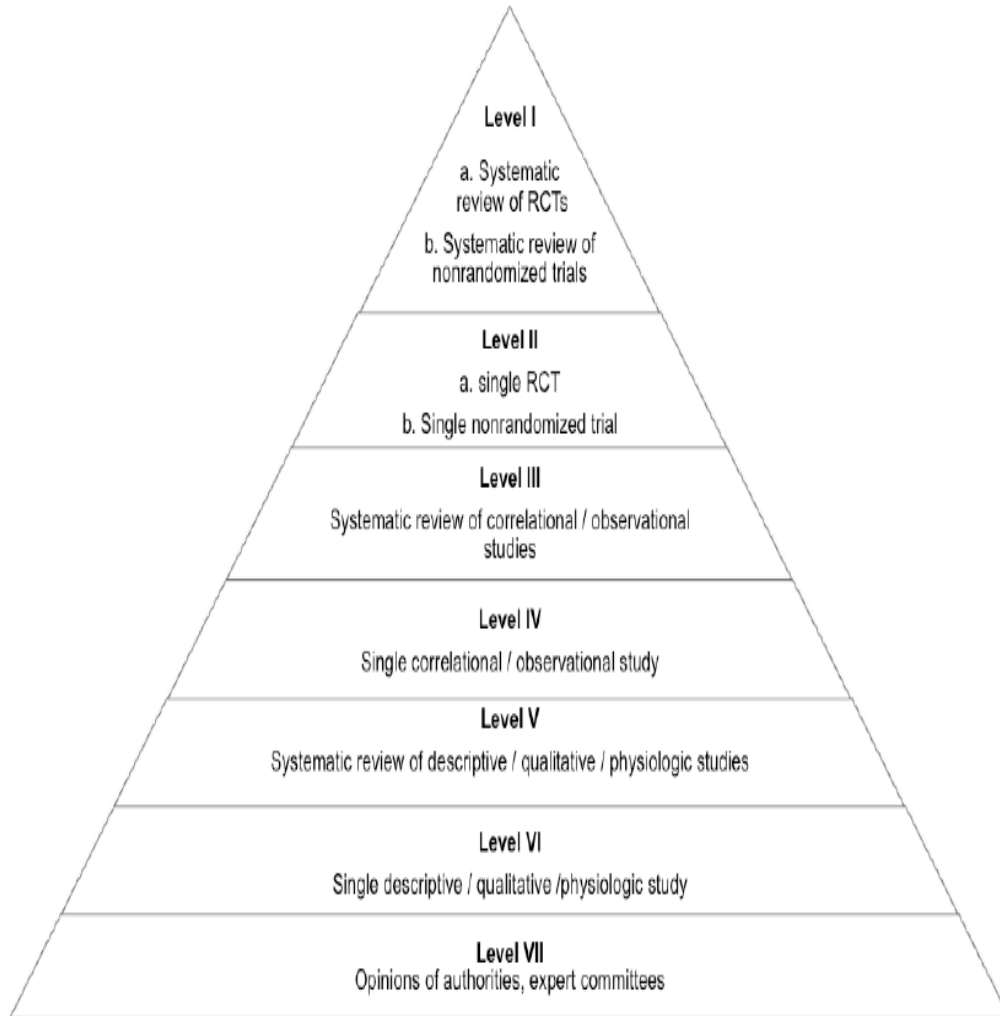
Items	OUI	NON
Mes douleurs sont localisées partout dans tout mon corps		
Mes douleurs s'accompagnent d'une fatigue générale permanente		
Mes douleurs sont comme des brûlures, des décharges électriques ou des crampes		
Mes douleurs s'accompagnent d'autres sensations anormales, comme des fourmillements, des picotements ou des sensations d'engourdissement dans tout mon corps		
Mes douleurs s'accompagnent d'autres problèmes de santé comme des problèmes digestifs, des problèmes urinaires, des maux de tête ou des impatiences dans les jambes		
Mes douleurs ont un retentissement important dans ma vie, en particulier sur mon sommeil, ma capacité à me concentrer et s'accompagnent d'une impression de fonctionner au ralenti		

Bibliographie : Perrot S, Dumont D, Guillemin F, Pouchot J, Coste J. (2003). For the French group of quality of life research. Quality of life in women with fibromyalgia syndrome : validation of the QIF, the French version of the fibromyalgia impact questionnaire. *J Rheumatol*, 30(5). 1054-1059. Accès

<http://www.fibromyalgie.ca/file/Questionnaire%20FIRST.PDF>

ANNEXE V : PYRAMIDE DES PREUVES QUANTITATIVES ET QUALITATIVES

La pyramide ci-dessous permet l'évaluation du niveau de preuve pour la hiérarchisation des études analysées dans cette revue de la littérature, selon leur qualité méthodologique.



Bibliographie : Polit, D., & Beck, C. (2012). *Nursing research : Generating and assessing evidence for nursing practice* (9e éd.). Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.

ANNEXE VI : GLOSSAIRE DE CONTENU

Les sources ci-dessous sont extraites principalement du site internet suivant : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais>.

Pour toutes les autres définitions, la source est rapportée en fin de phrase.

Algomètre : « appareil permettant de mesurer la sensibilité à la douleur ». <http://www.le-dictionnaire.com/definition.php?mot=algomètre>

Allodynie : « déclenchée par un stimulus, qui est normalement indolore ». <http://dictionnaire.academie-medecine.fr/?q=allodynie>

Consubstantielle : « d'une même substance ». <http://www.le-dictionnaire.com/definition.php?mot=consubstantielle>

Coping : « ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer des demandes spécifiques internes et/ou externes, vécues par le sujet comme menaçant, épuisant ou dépassant ses ressources », « *utilisé comme technique de thérapie comportementale, d'inspiration et d'application essentiellement américaine, le " coping " vise à renforcer la capacité de gestion de l'anxiété et de contrôle des peurs. Dans le cadre du traitement de l'état de stress posttraumatique, il s'associe aux chimiothérapies et aux thérapies de groupe* ». <http://dictionnaire.academie-medecine.fr/?q=coping>

Cortex insulaire ou insula : « région située en profondeur dans les replis du cortex cérébral qui déclencherait les émotions conscientes selon les états viscéraux. Elle intégrerait l'information relative à l'état du corps et rendrait cette information disponible pour des processus cognitifs et émotionnels d'ordre supérieur ». <http://www.psychomedia.qc.ca/lexique/definition/insula>

Dichotomique : « qui se divise et se subdivise de deux en deux, qui repose sur une division binaire. *Classification dichotomique* ».

Holistique : « conception des divers aspects de la vie sociale comme formant un ensemble solidaire, dont les divers éléments n'ont de sens que par la globalité qui leur donne une signification » (Fortin, 2010, p. 599).

Hyperalgésie : « exagération de la sensibilité à la douleur ».

Hypersensibilité : « sensibilité exagérée ou extrême ».

Interdisciplinaire : « l'interdisciplinarité doit se comprendre comme l'utilisation, l'association et la coordination des disciplines appropriées, dans une approche intégrée des problèmes (Clary et Giolitto, 1994) ». <https://www.usherbrooke.ca/litt-et-maths/fondements/inter-trans-multi-pluri-ou-intradisciplinarite/>

Myalgie : « douleur musculaire ». <http://dictionnaire.academie-medecine.fr/?q=myalgie>

Multidisciplinaire : « le recours à plusieurs disciplines autour d'un même thème, en abordant un objet d'étude selon les différents points de vue de spécialistes, en faisant

coexister plusieurs domaines, dans un objectif de complémentarité pour la résolution d'un problème, où chaque spécialiste conserve la spécificité de ses concepts et méthodes. »
<https://www.usherbrooke.ca/litt-et-maths/fondements/inter-trans-multi-pluri-ou-intradisciplinarite/>

Neuroendocrinien : « relatif à la neuroendocrinologie », « discipline qui étudie les relations entre les systèmes nerveux et endocrinien ».

Paradigme de la transformation : « un phénomène est unique en ce sens qu'il ne peut pas ressembler tout à fait à un autre. Chaque phénomène peut être défini par une structure, un pattern unique ; c'est une unité globale en interaction réciproque et simultanée avec une unité globale plus large, c'est-à-dire le monde qui l'entoure ».
<http://rechercheensoinsinfirmiers.com/2014/05/18/les-principaux-paradigmes-en-sciences-infirmieres/>

Pluridisciplinaire : « juxtaposition de deux ou plusieurs disciplines (Lenoir, 2003 : De Landsheere, 1979). Enseignement simultané de sciences appartenant à des domaines différents et faisant habituellement l'objet de cours dans des établissements séparés (Office québécois de la langue française, 2002) ».
<https://www.usherbrooke.ca/litt-et-maths/fondements/inter-trans-multi-pluri-ou-intradisciplinarite/>

Pragmatisme : « doctrine qui prend pour critère de vérité le fait de fonctionner réellement, de réussir pratiquement (Charles S. Peirce puis William James en furent les promoteurs). Attitude de quelqu'un qui s'adapte à toute situation, qui est orienté vers l'action pratique ».

Rhumatisme : « affection articulaire et périarticulaire caractérisée par des douleurs, une gêne à la mobilisation et des phénomènes inflammatoires pouvant faire partie d'une maladie systémique. *Le mot est réservé aux affections articulaires inflammatoires ou dégénératives dont la cause est encore inconnue. Dans les autres cas, il est remplacé par "arthrite" ou accolé à sa cause, arthropathie, tendinopathie, enthésite, etc.* ».
<http://dictionnaire.academie-medecine.fr/?q=rhumatisme>

Sensibilisation centre à la douleur : « altération dans le traitement des signaux de la douleur par le système nerveux central (lequel inclut le cerveau et la moelle épinière) entraînant une sensibilisation (amplification de la perception de la douleur), une hypersensibilité sensorielle ainsi que d'autres symptômes ».
<http://www.psychomedia.qc.ca/lexique/definition/sensibilisation-centrale>

Stimulus : « tout élément physique, chimique ou biologique capable de déclencher des phénomènes dans l'organisme, notamment nerveux, musculaires ou endocriniens ».

Striatum : « ensemble constitué par les deux noyaux gris centraux, le noyau caudé et le putamen. Il intervient dans la régulation motrice essentiellement pour le contrôle des mouvements lents ».

Syndrome : « ensemble de symptômes et signes cliniques et de modifications pathologiques, toujours associés, dont les causes ou les mécanismes peuvent être différents et qui permettent d'individualiser une affection ».
<http://dictionnaire.academie-medecine.fr/?q=syndrome>

Thalamus : « gros noyau gris, pair, situé à la base du cerveau, jouant un rôle dans la transmission des messages sensitifs au cortex ».

Utopie : « projet dont la réalisation est impossible, conception imaginaire ».

ANNEXE VII : GLOSSAIRE MÉTHODOLOGIQUE

Les sources du glossaire méthodologique sont principalement tirées de l'ouvrage : Loielle, C. G., Profetto-McGrath, J. Polit, D.F., & Beck, C.T. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières : Approches quantitatives et qualitatives*. Saint-Laurent : ERPI.

Seuls les numéros de page sont mentionnés. Pour les autres définitions, la source est rapportée en fin de phrase.

Analyse statistique : « classement et traitement de données quantitatives à l'aide de tests statistiques, notamment de tests descriptifs ou inférentiels » (p. 61).

Cadre théorique : « structure qui traduit une perspective et qui s'appuie sur celle-ci pour cerner les phénomènes et préciser les relations anticipées entre les différents concepts » (Fortin, 2010, p. 595).

Coefficient alpha de Cronbach : « indice de fidélité destiné à mesurer la cohérence interne ou l'homogénéité d'une mesure composée de plusieurs éléments ou sous-parties » (p. 332).

Cohérence interne : « en tant que mesure de la fidélité d'un instrument, degré auquel les énoncés de cet instrument évaluent toutes le même attribut d'un concept » (p. 331).

Concept : « abstraction reposant sur l'observation de comportements ou de caractéristiques » (p. 35).

Corrélation négative : « relation entre deux variables dans laquelle des valeurs élevées d'une variable ont tendance à s'associer à des valeurs plus faibles de l'autre variable (par exemple, au fur et à mesure que la température ambiante augmente, la productivité des employés diminue) ; on parle aussi de *corrélation inverse* » (p. 365).

Crédibilité : « critère d'évaluation de la qualité des données dans une étude qualitative renvoyant à la confiance que l'on peut avoir dans la véracité des données » (p. 44).

Devis de recherche ou design : « plan global destiné à répondre à une question de recherche ; il s'agit notamment des spécifications visant à améliorer l'intégrité de l'étude » (p. 60).

Devis longitudinal : « étude conçue pour recueillir les données à plusieurs reprises, contrairement à un devis transversal » (p. 198).

Devis prospectif : « devis qui commence par examiner les causes présumées du phénomène étudié (la consommation de cigarette, par exemple) et se poursuit dans le temps afin de permettre aux chercheurs d'observer les effets anticipés (le cancer du poumon, par exemple) » (p. 193).

Devis transversal : « devis dans lequel on ne recueille les données qu'une fois » (p. 197).

Données empiriques : « données enracinées dans la réalité objective, qu'on recueille à l'aide des cinq sens et qu'on utilise comme point de départ de la production des connaissances » (p. 17).

Écart-type : « statistique majoritairement utilisée pour mesurer la variabilité dans un ensemble de scores » (p. 361).

Échantillon : « sous-ensemble d'une population donnée, sélectionné pour participer à une étude » (p. 60).

Échantillonnage : « processus de sélection d'une partie de la population, de telle sorte que cette partie représente la réalité » (p. 265).

Echantillonnage aléatoire simple : « type d'échantillonnage probabiliste le plus simple, dans lequel on crée une base d'échantillonnage en énumérant tous les membres d'une population et en sélectionnant par la suite un échantillon, à partir de la base d'échantillonnage et grâce à des techniques tout à fait aléatoires » (p. 270).

Échantillonnage non probabiliste : « sélection dans une population d'unités d'échantillonnage (participants, par exemple) à l'aide de techniques non aléatoires, comme dans les échantillonnages accidentels, par choix raisonné ou par quotas » (p. 267).

Échantillonnage boule de neige : « échantillonnage de participant à partir des recommandations d'autres participants qui appartiennent à l'échantillon » (p. 267).

Échantillonnage par choix raisonné : « méthode d'échantillonnage non probabiliste dans laquelle le chercheur sélectionne, d'après le jugement qu'il s'en fait, les personnes les plus représentatives ou les plus sujettes à livrer une grande quantité d'informations ; on parle aussi d'*échantillonnage discrétionnaire* » (p. 269).

Entrevue semi-structurée : « entretien dans lequel le chercheur s'est muni d'une liste de sujets à aborder plutôt que de questions précises à poser » (p. 297).

Essai clinique : « étude conçue pour évaluer l'efficacité d'un nouveau traitement ou médicament ; il comprend parfois plusieurs phases, dont l'une est un essai clinique aléatoire reposant sur un devis expérimental et, souvent, effectué sur un vaste échantillon de participants hétérogènes » (p. 242).

Étude descriptive : « étude dont le principal objectif est de dresser un portrait précis des caractéristiques d'une personne, d'une situation ou d'un groupe, ou de la fréquence à laquelle certains phénomènes se produisent » (p. 194).

Fiabilité : « critère d'évaluation de la qualité des données dans une étude qualitative, renvoyant à l'uniformité des données, au fil du temps et dans différentes situations » (p. 340).

Fidélité interjuges ou fidélité interobservateurs : « mesure dans laquelle deux évaluateurs ou deux observateurs indépendants l'un de l'autre attribuent les mêmes scores ou les mêmes valeurs à un attribut mesuré ou observé » (p. 332).

Fréquence : « en statistique, on appelle fréquence d'une valeur le quotient obtenu en divisant l'effectif de cette valeur par l'effectif total. Ce quotient est inférieur ou égal à 1 et souvent exprimé en pourcentages ».

https://www.assistancescolaire.com/eleve/5e/maths/lexique/F-frequence-mc_f14

Généralisabilité : « degré depuis lequel les méthodes de recherche utilisées permettent de déduire que les conclusions sont vraies pour un groupe plus vaste que celui des sujets étudiés ; notamment, déduction que les conclusions peuvent être généralisées et appliquées à la population à partir de l'échantillon » (p. 47).

Groupe expérimental : « sujets d'une étude qui reçoivent le traitement ou font l'objet de l'intervention » (p. 182).

Groupe de contrôle ou groupe témoin : « sujets d'une expérimentation qui ne font pas l'objet du traitement expérimental et dont les résultats servent de référence pour mesurer les effets de ce traitement » (p. 185).

Herméneutique : « tradition de recherche qualitative qui s'inspire de la phénoménologie interprétative et met l'accent sur les expériences vécues par les êtres humains et sur la façon dont ceux-ci les interprètent » (p. 221).

Méta-analyse : « technique d'intégration quantitative des résultats de plusieurs études sur un sujet donné » (p. 150).

P : « dans un test statistique, probabilité que les résultats obtenus soient uniquement le fait du hasard ; probabilité de commettre une erreur dite de type I. $P < 0.05$ est considéré comme significatif » (p. 373).

Paradigme : « représentation d'un phénomène naturel qui s'appuie sur un ensemble de postulats philosophiques et sert de guide à la recherche » (p. 15).

Paradigme naturaliste : « paradigme qui diffère du paradigme positiviste traditionnel et postule l'existence de multiples interprétations de la réalité ; la recherche vise à comprendre la façon dont chacun construit la réalité dans le contexte qui lui est propre ; ce paradigme est souvent associé à la recherche qualitative » (p. 16).

Paradigme positiviste : « paradigme traditionnel qui sous-tend l'approche scientifique et dans lequel on suppose l'existence d'une réalité fixe et ordonnée qui se prête à une étude objective ; il souvent associé à la recherche quantitative » (p. 15).

Pratique fondée sur des résultats probants : « pratique qui consiste à prendre des décisions cliniques selon les meilleurs résultats probants disponibles en mettant l'accent sur les résultats issus d'une recherche méthodique » (p. 4).

Raisonnement inductif : « processus logique qui commence par des observations de cas particuliers pour aboutir à des règles plus générales » (p. 42).

Recherche d'action participative : « méthode de recherche s'inscrivant dans une perspective idéologique et axée sur la prémisse que l'utilisation et la production de connaissances peuvent être politiques et permettre d'exercer une certaine forme de pouvoir » (p. 232).

Répartition aléatoire ou randomisation : « affectation des sujets à différents traitements, de façon aléatoire, c'est-à-dire déterminée uniquement par le hasard » (p. 185).

Saturation des données : « dans une étude qualitative, collecte de données effectuée jusqu'au moment où le chercheur a le sentiment que les nouvelles données ne fournissent plus qu'une information redondante » (p. 279).

Sensibilité : « capacité des instruments à repérer correctement un « cas », c'est-à-dire à capter correctement un concept » (p. 336).

Spécificité : « capacité d'un instrument à repérer correctement un non-cas véritable » (p. 336).

Statistiquement significatif : « qui indique que les résultats de l'analyse des données ne sont probablement pas le fruit du hasard, à un niveau donné de probabilité » (p. 78).

Tests non paramétriques : « catégorie de tests statistiques inférentiels ne reposant pas sur des postulats rigoureux quant à la distribution des scores ; ils sont utilisés le plus souvent avec des données nominales ou ordinales » (p. 373).

Test Mann-Withney U : « test non paramétrique qui permet de vérifier la différence entre les rangs de scores de deux groupes indépendants » (p. 380).

Test Kruskal-Wallis : « test non paramétrique qui permet de vérifier la différence entre les rangs de scores de trois groupes indépendants ou plus » (p. 380).

Test exact Fisher : « test statistique utilisé pour l'analyse des tables de contingence ; il est généralement employé avec de faibles effectifs mais est valide pour toutes les tailles d'échantillon ».

https://fr.wikipedia.org/wiki/Test_exact_de_Fisher

Test Shapiro-Wilk : « évalue l'hypothèse nulle selon laquelle un échantillon x_1, \dots, x_n est issu d'une population normalement distribuée ».

https://fr.wikipedia.org/wiki/Test_de_Shapiro-Wilk

Test Wilcoxon : « test non paramétrique pour l'observation appariée qui permet de vérifier la différence entre les rangs quant aux scores de deux groupes liés » (p. 380).

Transférabilité : « degré à partir duquel les conclusions s'appliquent à d'autres contextes ou à d'autres groupes ; terme souvent utilisé en recherche qualitative et analogue au terme généralisabilité dans une étude quantitative » (p. 47).

Triangulation : « utilisation de plusieurs méthodes pour recueillir et interpréter des données portant sur un phénomène, de façon à les faire converger vers une représentation authentique de la réalité » (p. 338).

Validité : « degré auquel un instrument mesure ce qu'il doit mesurer » (p. 43).

Validité externe : « degré à partir duquel les résultats de l'étude peuvent être généralisés et appliqués à des situations ou à des échantillons autres que les situations ou les échantillons étudiés » (p. 206).

Validité interne : « degré à partir duquel on peut déduire que le traitement expérimental (ou la variable indépendante), plutôt que des facteurs parasites, est à l'origine des effets observés » (p. 204).