

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

ESSAI PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN ERGOTHÉRAPIE

PAR
JO-ANNE DUPÉRÉ

FENÊTRE SUR L'ÉVALUATION DES PERSONNES ATTEINTES DE LA
FIBROMYALGIE EN ERGOTHÉRAPIE

AOÛT 2012

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

SOMMAIRE

Problématique : La prise en charge des personnes atteintes de la fibromyalgie est un défi en soi pour les professionnels de la santé. En ce moment, il n'existe aucun traitement curatif pour cette pathologie. Les personnes qui en souffrent présentent un grand nombre de symptômes invalidants comme de la douleur et de la fatigue. Ces symptômes ont de nombreuses répercussions sur le rendement occupationnel de ces personnes.

Objectif : Cet essai critique a eu pour but de concevoir un répertoire de pratique des évaluations pouvant être utilisées en ergothérapie auprès des femmes atteintes de la fibromyalgie.

Méthode : La méthode utilisée pour répertorier les évaluations est une recension des écrits.

Résultats : Plusieurs outils d'évaluation ont été recensés et catégorisés en fonction des difficultés éprouvées par les personnes atteintes de cette pathologie, selon le Modèle Canadien du Rendement Occupationnel- Participation (MCRO-P) (Townsend, Polatajko et Craik, 2008) .

Discussion : Les forces et les limites d'un tel répertoire sont discutés. Il sera possible de compléter ce répertoire à mesure que de nouvelles évaluations seront traduites et validées auprès de cette clientèle. Par ailleurs, le processus de recherche menant à la

conception de celui-ci a permis d'approfondir la réflexion sur l'évaluation des personnes atteintes de la fibromyalgie en ergothérapie.

Mots clés : fibromyalgie, évaluation, répertoire, évaluation fonctionnelle et ergothérapie.

Keys words : *fibromyalgia, evaluation, repertoire, functional assessment and occupational therapy.*

LISTE DES TABLEAUX

| | |
|--|----|
| Tableau 1 : Synthèse des outils d'évaluation de la fibromyalgie pour la dimension de l'occupation du MCRO-P incluant les manifestations cliniques et les aspects fonctionnels de la fibromyalgie..... | 34 |
| Tableau 2 : Synthèse des outils d'évaluation de la fibromyalgie pour la dimension de la personne du MCRO-P incluant les manifestations cliniques et les aspects fonctionnels de la fibromyalgie | 36 |
| Tableau 3 : Synthèse des outils d'évaluation de la fibromyalgie pour la dimension de l'environnement du MCRO-P incluant les manifestations cliniques et les aspects fonctionnels de la fibromyalgie..... | 38 |

LISTE DES ABRÉVIATIONS

| | |
|--------|--|
| ACE | Association canadienne des ergothérapeutes du Canada |
| ACR | <i>American College of Rheumatology</i> |
| ÉVA | Échelle visuelle analogue |
| FIQ | <i>Fibromyalgia Impact Questionnaire</i> |
| FIQR | <i>Fibromyalgia Impact Questionnaire-Revised</i> |
| FHAQ | <i>Fibromyalgia HAQ</i> |
| HAQ | <i>Health Assessment Questionnaires</i> |
| LTPAI | <i>Leisure Time physical Activity Instrument</i> |
| MCRO | Modèle canadien du rendement occupationnel |
| MCRO-P | Modèle canadien du rendement occupationnel-participation |
| MFI-20 | <i>Multidimensional Fatigue Inventory</i> |
| PAHWI | <i>Physical Activity at Home and Work Instrument</i> |
| QWB | <i>Quality of Well-Being Scale</i> |
| QWB-SA | <i>Quality of Well Being Self-Administered Scale</i> |
| SS | <i>Symptom severity Score</i> |
| UQTR | Université du Québec à Trois-Rivières |
| WPI | <i>Widespread Pain Index</i> |

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|--|------|
| SOMMAIRE | ii |
| LISTE DES TABLEAUX | iv |
| LISTE DES ABRÉVIATIONS | v |
| REMERCIEMENTS | viii |
| 1. INTRODUCTION | 1 |
| 2. PROBLÉMATIQUE | 3 |
| 2.1 Manifestations cliniques de la fibromyalgie | 3 |
| 2.2 L'impact sur les occupations au quotidien | 5 |
| 2.3 L'évaluation des personnes ayant la fibromyalgie | 6 |
| 2.3.1 L'évaluation diagnostique | 6 |
| 2.3.2 L'évaluation en ergothérapie | 7 |
| 3. OBJECTIF | 9 |
| 4. CADRE CONCEPTUEL | 10 |
| 5. MÉTHODE | 12 |
| 6. RÉSULTATS | 14 |
| 6.1 Dimension de l'occupation | 15 |
| 6.1.1 Évaluations globales des occupations | 15 |
| 6.1.2 Soins personnels | 19 |
| 6.1.3 Productivité | 21 |
| 6.1.4 Loisirs | 22 |
| 6.2 Dimension de la personne | 23 |
| 6.2.1 Physique | 23 |
| 6.2.2 Cognitif | 30 |
| 6.2.3 Affectif | 30 |
| 6.3 Dimension de l'environnement | 32 |
| 7. DISCUSSION | 39 |
| 7.1 La dimension de l'occupation | 39 |

| | |
|---|----|
| 7.2 La dimension de la personne | 40 |
| 7.3 La dimension de l'environnement | 42 |
| 7.4 Forces et limites de l'essai..... | 43 |
| 8. CONCLUSION | 46 |
| RÉFÉRENCES | 47 |
| ANNEXE 1 : MCRO-P | 55 |

REMERCIEMENTS

L'auteure désire exprimer sa reconnaissance à son directeur de recherche, Madame Ginette Aubin, professeure au département d'ergothérapie de l'Université du Québec à Trois-Rivières, pour ses conseils pratiques et son soutien tout au long de la réalisation de cet essai critique. Elle souhaite, aussi, remercier une autre professeure de ce même département d'ergothérapie, Madame Noémi Cantin, pour son temps et ses recommandations concernant la sélection du sujet de cette recherche.

1. INTRODUCTION

Les personnes qui souffrent de douleur chronique vivent souvent avec des atteintes à l'ensemble de leurs occupations. La douleur chronique persistant plus de six mois et demeurant présente même lorsque l'événement déclencheur est résolu, n'a aucune utilité : cette douleur est pathologique (Marchand, 2009). Une des maladies connues pour générer ce type de douleur est la fibromyalgie. Elle est décrite par Rooks et coll. (2007) comme étant : « une condition fréquente et peu comprise avec des options de traitements limités » [traduction libre]. D'ailleurs, Bodin (2009) soulève que : « tous les symptômes ressentis sont estimés extrêmement perturbants (douleurs, fatigue, anxiété, perte de mémoire, désintérêt, perte de mobilité...) pour les activités professionnelles, la vie sociale et les relations familiales ». Les symptômes peuvent être autant physiques (douleur, perte de mobilité), cognitifs (perte de mémoire) qu'affectifs (désintérêt, anxiété). De plus, les personnes qui en souffrent ont des perturbations qui sont estimées sur l'ensemble de leurs occupations. Conséquemment, l'évaluation des besoins et des difficultés occupationnelles de ces personnes est fort probablement une tâche complexe. Comment faciliter l'évaluation holistique des nombreux besoins et difficultés occupationnelles des personnes atteintes de la fibromyalgie par les ergothérapeutes? Cet essai critique a pour but de concevoir un répertoire des évaluations identifiées à partir de la littérature existante sur la fibromyalgie et pouvant être utilisé par les ergothérapeutes. Il comprend une recension des écrits pour mettre en lumière la problématique de l'évaluation de personnes atteintes de la fibromyalgie, l'objectif de cet essai critique, la

présentation du cadre de conceptuel sur lequel se base cette recherche, la méthode utilisée pour atteindre l'objectif déterminé, la présentation des résultats obtenus, la discussion des résultats ainsi que la conclusion de cet essai.

2. PROBLÉMATIQUE

Dans cette section, différents thèmes sont abordés : la description des manifestations cliniques de la fibromyalgie, l'impact sur les occupations au quotidien, l'évaluation d'une personne atteinte de la fibromyalgie en ergothérapie.

2.1 Manifestations cliniques de la fibromyalgie

La fibromyalgie est une pathologie fréquente et peu comprise (Rooks et coll., 2007). D'une manière générale, la fibromyalgie se caractérise par une douleur musculo-squelettique chronique et généralisée, de la raideur, de la paresthésie, des troubles du sommeil ainsi que par de la fatigue combinée avec de nombreux points sensibles [traduction libre] (Fauci et coll., 2009). La manifestation des symptômes de la fibromyalgie est chronique et d'intensité variable dans le temps, sans pour autant être évolutive (Statistique Canada, 2006). Cette pathologie affecte principalement les femmes dans un rapport de 9:1 par rapport aux hommes (Fauci et coll.). La majorité des personnes atteintes de la fibromyalgie sont âgées de 30 à 50 ans (Fauci et coll.). Concernant la prévalence, environ 3 % de la population canadienne est atteinte de la fibromyalgie (Da Costa, Dobkin, Dritsa et Fitzcharles, 2001).

Cette pathologie présente des répercussions sur l'ensemble de la personne au niveau physique, cognitif et affectif. Sur le plan physique, les personnes se réveillent

fréquemment la nuit et éprouvent des difficultés à se rendormir (Fauci et coll.). De plus, ces symptômes sont aussi accompagnés de points de tension douloureux multiples, lesquels sont distribués symétriquement sur le corps (Fauci et coll.). Les personnes atteintes peuvent vivre des épisodes de vertiges et de légers maux de tête (Fauci et coll.). Sur le plan affectif, les personnes souffrant de la fibromyalgie peuvent, aussi, présenter une comorbidité psychiatrique, ce qui peut avoir un impact sur leur cognition (Glass). Les troubles les plus fréquents chez les personnes atteintes de fibromyalgie sont les troubles de l'humeur et l'anxiété (Rose et coll., 2009 ; Uguz et coll., 2010). Sur le plan cognitif, une revue porte justement sur le dysfonctionnement cognitif auprès de cette clientèle. Selon celle-ci, les difficultés cognitives sont bien réelles (Glass, 2009). Jusqu'à présent, les problèmes identifiés affectent la mémoire de travail¹ et le contrôle de l'attention (Fauci et coll., 2009 ; Glass). D'ailleurs, le dysfonctionnement cognitif ne peut être attribué uniquement à la présence d'une comorbidité psychiatrique (Glass et Park, 2001).

Sur le plan de l'environnement, l'invisibilité des symptômes (fatigue, douleur, etc.) fait en sorte que l'on peut douter de leur véracité et, ainsi, compromettre la relation de confiance avec l'entourage du client ou, même, avec le thérapeute (Cunningham et Jillings, 2006). Les personnes atteintes de cette maladie mentionnent, lors d'une étude,

¹ « La mémoire de travail est un système d'emmaganage et de gestion de l'information temporaires qui est requis pour mener à bien des tâches cognitives complexes comme l'apprentissage, le raisonnement et la compréhension. » [traduction libre] (MedicineNet, 2011).

de se sentir peu informé sur la maladie à la suite de l'émission du diagnostic ainsi que discriminer et stigmatiser en raison d'un manque de sensibilisation auprès de la population générale au sujet de cette maladie (Lempp, Hatch, Carville et Choy, 2009). De plus des facteurs de l'environnement comme le stress, l'anxiété, le froid et les températures humides exacerbent souvent les symptômes des personnes atteintes de la fibromyalgie (Fauci et coll., 2009 ; Statistique Canada, 2006).

2.2 L'impact sur les occupations au quotidien

La fibromyalgie présente aussi des répercussions sur l'ensemble des occupations de la personne. D'une manière générale, la présence constante de l'ensemble des symptômes limite et perturbe de façon élevée l'engagement et l'accomplissement des activités de la vie quotidienne, du travail et de certains loisirs, incluant les activités sociales et familiales (Bodin, 2009 ; Cunningham et Jilling, 2006 ; Wolfe et Hawley, 1991). Il est donc fort probable que le rendement occupationnel² des personnes atteintes de cette maladie en soit grandement affecté. De plus, la planification et la réalisation des activités sont pratiquement impossibles en raison de la variabilité de l'intensité des symptômes (Cunningham et Jillings). Par ailleurs, le niveau d'activité physique réalisé

² Le rendement occupation se définit comme étant : « la capacité d'une personne de choisir, d'organiser et de s'adonner à des occupations significatives qui lui procurent de la satisfaction. Ces occupations, définies sur le plan culturel et correspondant à son groupe d'âge, lui permettent de prendre soin d'elle, de se divertir et de contribuer à l'édifice social et économique de la communauté » (Law, Polatajko, Baptiste, Townsend, 2002).

par une personne peut exacerber la présence des symptômes (Fauci et coll., 2009; Statistique Canada, 2006). Une légère atteinte à la mémoire de travail peut avoir de larges répercussions dans la performance d'une tâche étant donné qu'elle a des conséquences sur d'autres aspects de la cognition (Glass, 2009). D'un point de vue économique, la fibromyalgie impose un fardeau significatif en ce qui concerne les coûts de santé et les absences ou la cessation du travail (White et coll., 2008).

2.3 L'évaluation des personnes ayant la fibromyalgie

2.3.1 L'évaluation diagnostique

L'évaluation diagnostique de cette pathologie est un processus complexe et frustrant pour les professionnels tant que pour les personnes atteintes de cette pathologie (Bodin, 2009; Bigatti et Cronan, 2002). Cela peut s'expliquer par l'absence de marqueur biologique ou de signe objectif distinctif pour diagnostiquer la fibromyalgie (Bodin ; Bigatti et Cronan). De ce fait, la méthode diagnostique utilisée est celle du diagnostic différentiel³ (Bodin ; Bigatti et Cronan). Par ailleurs, la définition clinique de la fibromyalgie occasionne de nombreux débats dans l'immédiat (Laroche, 2009). Les critères diagnostiques de la fibromyalgie ont changé en 2010 afin qu'ils soient plus pratiques à utiliser en clinique pour les médecins (Wolfe et coll., 2010). Toutefois, une

³ Il s'agit d'un long processus visant à exclure tous les autres diagnostics pouvant correspondre aux symptômes observés (Bodin ; Bigatti et Cronan).

étude a permis de constater que les nouveaux critères établis ne permettent pas de diagnostiquer l'entière des personnes atteintes la fibromyalgie comparativement avec l'ancienne méthode, qui est les critères établis par l'*American College of Rheumatology* (ACR) en 1990 (Wolfe et coll.). Ces critères impliquent la perception d'une douleur à la palpation d'au moins 11 points douloureux sur les 18 qui sont répartis symétriquement sur le corps depuis plus de trois mois (Wolfe et coll., 1990).

2.3.2 L'évaluation en ergothérapie

Outre l'évaluation diagnostique, les personnes atteintes de fibromyalgie peuvent être aussi évaluées en ergothérapie. L'ergothérapie fait partie des thérapies non pharmacologiques contribuant au traitement de la fibromyalgie (Radomski et Latham, 2008). L'évaluation en ergothérapie est une tâche complexe qui ne consiste pas uniquement à identifier ce qui ne va pas, mais comprendre les difficultés fonctionnelles de la personne au quotidien (Fawcett, 2007). Selon l'Association canadienne des ergothérapeutes du Canada (ACE), les ergothérapeutes ont la compétence de considérer la personne dans son ensemble et non seulement l'aspect physique de leur problématique (ACE, 2012). De plus, ils peuvent aider le client à surmonter la douleur engendrée par la fibromyalgie en élaborant des stratégies avec le client pour l'aider à mieux gérer la douleur au quotidien (ACE). Par ailleurs, Radomski et Latham identifient différents aspects pouvant être pris en charge en ergothérapie : l'hygiène du sommeil, la gestion de la fatigue, l'éducation (par exemple : la gestion de la fatigue les changements de styles

de vie, les interventions pour les dysfonctions cognitives, la gestion de la douleur, la gestion du stress, etc. Toutefois, l'ergothérapeute, avant d'intervenir sur ces aspects, doit faire une synthèse des résultats des évaluations et se servir de son raisonnement clinique en vue d'élaborer un plan d'action ciblé (Craik, Davis et Polatajko, 2007). Une recherche de guide de pratique a été effectuée via les agences de recherche et de qualité en soins de santé suivantes : *Canadian Medical Association*, *National Guideline Clearinghouse* et *National Institute for Health and Clinical Excellence*. Un guide a été trouvé en provenance du *National Guideline Clearinghouse*, il s'intitule le *Management of fibromyalgia syndrome in adults*. C'est un guide qui couvre l'évaluation diagnostique, la gestion et le traitement de la maladie. Toutefois, il ne fait pas mention des évaluations fonctionnelles des personnes atteintes de la maladie. Comment faciliter l'évaluation holistique ainsi que la synthèse des résultats des personnes atteintes de la fibromyalgie puisqu'aucun répertoire d'évaluations ou de guide de pratique n'est disponible pour guider les évaluations en ergothérapie? L'évaluation du rendement occupationnel des personnes atteintes de la fibromyalgie est assurément une problématique qui vaut la peine d'être explorée en ergothérapie. Or, quelles sont les évaluations accessibles aux ergothérapeutes, pouvant être utilisées auprès d'une clientèle adulte, âgée de 18 à 65 ans, atteintes de la fibromyalgie ?

3. OBJECTIF

Afin de répondre à cette problématique, l'objectif de cet essai critique est de concevoir un répertoire des évaluations pouvant être utilisées par des ergothérapeutes du Québec auprès des personnes atteintes de la fibromyalgie. Enfin, ce répertoire documente les évaluations pouvant être utilisées avec les personnes souffrant de la fibromyalgie et âgées de 18 à 65 ans et ce répertoire d'évaluation est organisé selon le Modèle canadien du rendement occupationnel-participation (MCRO-P) (Townsend, Polatajko et Craik, 2008).

4. CADRE CONCEPTUEL

Dans ce répertoire d'évaluation, le cadre conceptuel retenu pour cet essai est le Modèle canadien du rendement occupationnel-participation (MCRO-P) qui est la version révisée du Modèle canadien du rendement occupationnel (MCRO) (Townsend, Polatajko et Craik, 2008). Le MCRO fournit un cadre de référence qui s'utilise avec tous types de clientèles (Law, Polatajko, Baptiste et Townsend, 2002). Il peut donc s'appliquer avec une clientèle présentant la fibromyalgie. C'est un modèle qui se préoccupe d'avoir une pratique centrée sur le client afin d'optimiser le rendement occupationnel (Law et coll.). Une difficulté concernant le rendement occupationnel survient quand il y a un changement ou une incompatibilité au niveau de la personne, de l'occupation et/ou de l'environnement (Law et coll.). Les auteurs conceptualisent le rendement occupationnel comme le résultat d'une relation dynamique entre la personne, l'environnement et l'occupation tout au long de la vie (Law, Polatajko, Baptiste et Townsend). Ce modèle a été développé originalement pour guider la pratique en ergothérapie au Canada : il a maintenant des influences au niveau international (Townsend et Polatajko, 2008).

À partir de la représentation graphique du MCRO-P (voir annexe 1), il est possible de constater que chaque concept fait référence à différents éléments.

Premièrement, le triangle représente la personne. Celui-ci comprend les dimensions affective, cognitive et physique ainsi que la spiritualité qui est l'essence de l'être. Le cercle intérieur est l'occupation : « L'occupation est l'ensemble des activités et des tâches de la vie quotidienne auxquelles les individus et les différentes cultures donnent un nom, une structure, une valeur et une signification.[...] » (Townsend et Polatajko, 2008). L'occupation comprend les soins personnels, la productivité et les loisirs. Les soins personnels sont ce qu'une personne fait pour prendre soin de sa personne. La productivité, ce sont les occupations contribuant à l'édifice social et économique d'une communauté alors que les loisirs sont des occupations ayant pour but le divertissement. Finalement, le grand cercle extérieur correspond à l'environnement. Il comprend des éléments culturels, institutionnels, physiques et sociaux (Townsend, Polatajko et Craik, 2008).

D'autre part, le terme évaluation, dans le cadre de cet essai critique, comprend les entrevues ainsi que : « [...] des tests individualisés et normalisés, des médias créatifs, de l'observation, l'utilisation de méthodes d'évaluation communautaire ou en groupe (groupe de discussion, sondage, observation des participants) et l'étude de documentation » (Davis, Craik et Polatajko, 2008).

5. MÉTHODE

Tout d'abord, le devis utilisé afin de répondre à cet objectif est un répertoire de pratiques (Paillé, 2007). Celui-ci consiste en un recueil détaillé de toutes les évaluations pouvant être utilisées en ergothérapie pour une clientèle atteinte de la fibromyalgie en vue de fournir aux ergothérapeutes un inventaire des pratiques et des ressources disponibles (Paillé). La stratégie de recherche utilisée pour répertorier les évaluations est une recension des écrits dans les ressources documentaires disponibles et dans les bases de données suivantes : Cochrane library, Medline et Cinahl. Le mot et les combinaisons de mots clés utilisés étaient « fibromyalgia » dans la base de données de Cochrane Library ainsi que « fibromyalgia AND clinical assessment tools » et « fibromyalgia AND fonctional assessment OR patient assessment » sur celles de Medline et Cinahl. Dans le but de circonscrire les résultats sur Medline et Cinahl, des critères d'exclusions au niveau de la recherche d'articles ont été émis (par exemple : « NOT Alternative Therapies »), c'est-à-dire que les articles traitant des évaluations en lien avec un traitement pharmacologique et des médecines parallèles et complémentaires ont été exclus. Les critères d'inclusion étaient que les informations soient disponibles en français ou en anglais. De plus, les évaluations devaient s'utiliser en ergothérapie auprès d'une clientèle adulte, âgée de 18 à 65 ans, atteinte de la fibromyalgie. D'autres documents ont aussi été consultés : ceux de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec et de l'Association canadienne des ergothérapeutes.

La sélection de la documentation s'est effectuée à l'aide du titre et des résumés des articles. Les articles déjà compris dans les revues systématiques ou les méta-analyses ont été exclus étant donné que leurs résultats étaient déjà intégrés et analysés dans ces dernières. Les articles portant sur des évaluations en lien avec des thérapies alternatives et complémentaires ou les évaluations des traitements pharmacologiques ainsi que l'établissement du diagnostic n'ont pas été retenus puisque le présent répertoire des évaluations s'adresse aux ergothérapeutes. De plus, l'évaluation en vue de l'établissement du diagnostic ne fait pas partie de leur champ d'expertise. Dans le cas où certaines évaluations n'étaient pas bien présentées dans un article, des recherches plus approfondies sur certaines évaluations trouvées étaient faites.

La catégorisation des informations recueillies a été faite selon les différentes dimensions du Modèle canadien du rendement occupationnel-participation (MCRO-P) (Townsend, Polatajko et Craik, 2008). Une description de chaque outil trouvé est incluse dans ce répertoire. De plus, une spécification sur la validation de l'utilisation des évaluations auprès de cette clientèle ainsi que la disponibilité d'une traduction française des différents outils. Pour ce, des tableaux synthèses incluant aussi la combinaison des manifestations cliniques et des aspects fonctionnels rapportés dans la problématique ont été utilisés. Cela a facilité l'analyse de contenu, c'est-à-dire de vérifier si des évaluations ont été recensées pour l'ensemble des difficultés présentes chez les personnes atteintes de la fibromyalgie.

6. RÉSULTATS

À partir de la méthode établie, voici une synthèse des résultats obtenus. Le mot clé « fibromyalgia » dans la base de données *Cochrane Library* a permis d'identifier 17 articles. Toutefois, aucun article n'a été retenu en raison des critères d'exclusion établis. Par contre, la recherche à l'aide des combinaisons de mots clés sur les bases de données, Cinalh et Medline, a permis d'identifier un total de 14 articles. Toutefois, cinq articles ont été rejetés en puisqu'il s'agissait d'articles concernant l'évaluation diagnostique, de documents en lien avec un congrès et d'un éditorial. Par ailleurs, trois livres de référence sur la fibromyalgie sont retenus (Bodin, 2009; McCarberg et Clauw, 2009; Radomski et Latham, 2008). Aucune publication spécifique à la fibromyalgie n'est répertoriée sur le site de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec. Voici les résultats obtenus et classés selon le MCRO-P :

Dans un premier temps, les outils d'évaluations ont été regroupés selon leurs correspondances à la catégorie de la personne, de l'occupation ou de l'environnement. Dans chacune des dimensions du MCRO-P, une description générale des outils d'évaluation et leur objectif sont présentés ainsi que les caractéristiques et propriétés de ces outils. Puis une synthèse de l'ensemble des outils d'évaluation, des manifestations cliniques et des caractéristiques de ceux-ci sont présentées dans trois différents

tableaux : un tableau pour chacune des dimensions du MCRO-P (l'occupation (tableau 1), la personne (tableau 2) et l'environnement (tableau 3)).

6.1 Dimension de l'occupation

Certaines évaluations permettent d'évaluer d'une façon globale la dimension de l'occupation alors que d'autres ciblent davantage une catégorie de l'occupation (par ex. : soins personnels, productivité et loisirs). Ces évaluations globales ne sont pas classées spécifiquement dans une catégorie spécifique de la dimension de l'occupation du MCRO-P afin d'éviter de les répertorier à plusieurs endroits. Par la suite, les évaluations portant sur les dimensions de l'occupation, soit les soins personnels, la productivité et les loisirs, sont présentées.

6.1.1 Évaluations globales des occupations

L' *Occupational Profile* consiste en description de l'horaire occupationnel d'une personne à travers une période de 24 h (Radomski et Latham, 2008). Elle permet d'identifier les heures de la journée où la personne est habituellement à son plus haut niveau d'énergie pour accomplir ses occupations (Radomski et Latham). Cette évaluation peut être combinée avec un journal des activités quotidiennes permettant de recueillir de l'information sur la fatigue, le trouble du sommeil, le dysfonctionnement cognitif, l'humeur, les symptômes musculo-squelettiques et les autres problèmes liés à la

pathologie (Radomski et Latham). Selon Turk, Monarch et Williams (2002 ; cité dans Radomski et Latham), l'entrevue doit inclure les questions suivantes [traduction libre] : «Que faisiez-vous quand la douleur s'est emparée de vous? Qu'est-ce qui aggrave vos symptômes? Que faites-vous, qui vous faites sentir mieux?»

Le Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ) et le *Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQR)* ou le Questionnaire d'impact de la fibromyalgie (version française du FIQ) évaluent trois aspects de la fibromyalgie, soient des aspects fonctionnels, des impacts généraux de la pathologie et des symptômes. Le client doit répondre aux questions selon les 7 derniers jours. Le questionnaire d'impact de la fibromyalgie permet : « une évaluation plus globale des symptômes (douleur, fonction, fatigue, raideur, gêne à la marche en escaliers, difficultés au travail, anxiété, dépression, jours non travaillés, jours de bonne qualité dans la semaine écoulée) » (Laroche, 2009). Il existe maintenant une version révisée, soit le *Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQR)*. Le FIQR a été conçu afin de diminuer les limitations du FIQ, surtout au niveau de la façon de comptabiliser les résultats, tout en préservant les propriétés essentielles de la version originale (Bennett, Friend, Jones, Ward, Han et Ross, 2009). Cette version comprend 21 questions et possède de bonnes propriétés métrologiques (Bennett, Friend, Jones, Ward, Han et Ross). Le FIQ se remplit en 5 minutes (Bennett, 2005) alors que le FIQR prend moins de 2 minutes à remplir (Bennett,

Friend, Jones, Ward, Han et Ross). Il y a une version française du FIQ disponible, soit le questionnaire d'impact de la fibromyalgie (Bennett, 2005). Toutefois, aucune version française du FIQR n'est disponible pour l'instant.

Le *Quality of Well-Being Scale (QWB)* est une évaluation générale reliée à la qualité de vie (Kaplan, Schmidt et Cronan, 2000). Elle mesure la présence ou l'absence de 27 différents symptômes ou problèmes quotidiens ainsi que la mobilité, les activités physiques ainsi que les activités sociales par une série de questions en tenant compte des six derniers jours avant l'évaluation (Bigatti, Cronan, Frederick et Kaplan, 2007). Elle évalue aussi des comportements comme la conduite auto, le fait de rester au lit, le travail, etc.). Le questionnaire autoadministré du *Quality of Well Being Self-Administered (QWB-SA) Scale* (Sieber, Groessler, David, Ganiats et Kaplan, 2008) est validé auprès d'une clientèle présentant des maladies rhumatoïdes, dont la fibromyalgie (Frosch, Kaplan, Ganiats, Groessler, Sieber et Weishman, 2004). Cette évaluation peut être aussi utilisée avec un proche de la personne atteinte de la fibromyalgie comme le conjoint (Bigatti, Cronan, Frederick et Kaplan, 2007). Toutefois, cette mesure est plus juste et requise quand la personne atteinte de la fibromyalgie est dans un pauvre état de santé (Bigatti, Cronan, Frederick et Kaplan).

La Mesure canadienne du rendement occupationnel est conçue par des ergothérapeutes afin de détecter les changements de perception des clients envers leur rendement occupationnel au cours du temps (Radomski et Latham, 2008 ; Law, Baptiste, Carswell, McColl, Polatajko, et Pollock, 2005). Elle permet aussi d'évaluer le rendement et la satisfaction associés aux difficultés relevées (Law et coll.). Elle s'utilise avec des clientèles présentant diverses incapacités et à tous stades de développement (Law et coll.). Cet outil est basé sur le MCRO et une version française de l'outil est disponible ; l'évaluation se complète en 20 à 40 minutes (Law et coll.).

Le Health Assessment Questionnaire (HAQ) est un questionnaire se remplissant entre 20 à 30 minutes qui évalue d'une façon globale les aspects fonctionnels des personnes atteintes d'une maladie rhumatoïde incluant la fibromyalgie (*The Health Assessment Questionnaire*, 2001). Il comporte quatre dimensions qui sont les incapacités, les inconforts et la douleur (présence et sévérité), les effets secondaires aux médicaments et les coûts financiers (direct et indirect). Les incapacités sont évaluées selon les 8 catégories suivantes : manger, hygiène, marcher, s'habiller, activités quotidiennes, préhension, transfert de position et manutention d'objets (*The Health Assessment Questionnaire*). Concernant les inconforts et la douleur, le client rapporte la présence ou l'absence de symptômes somatiques, qui sont similaire à ceux rapporter dans les critères diagnostic de 2010 (Wolfe et coll., 2010 ; cité dans Wolfe, Hassett,

Katz, Michaud et Walitt, 2011). Au niveau des effets secondaires aux médicaments, le client classifie les effets selon leurs sévérités (*The Health Assessment Questionnaire*).

Le Fibromyalgia HAQ (FHAQ) provient de 8 items du HAQ qui ont été sélectionnés à la suite d'une analyse de Rasch en lien avec une clientèle atteinte de la fibromyalgie (Wolfe, Hawley, Goldenberg, Russell, Buskila et Neumann, 2000). Ces 8 items sont la flexibilité, l'habillage, se laver, entrer et sortir d'une voiture, passer l'aspirateur, se lever d'une chaise, faire des courses et l'atteinte d'objets au-dessus de la tête. Ce test démontre des propriétés métrologiques adéquates et devrait être pertinent pour être utilisé auprès des personnes atteintes de la fibromyalgie (Wolfe et coll.). Aucune version française n'est disponible pour le moment. Le FHAQ et le HAQ présentent une bonne validité de construit et la corrélation entre ses deux outils est élevée (Esteve-Vives, Rivera, Vallejo et le groupe ICAF, 2009).

6.1.2 Soins personnels. Les outils trouvés concernent principalement le sommeil comme activité de soins personnels.

Le *Medical Outcomes Study Sleep Scale* (MOS) (Stewart, Hays et Ware, 1998: cité dans Mease 2008) identifie les problèmes de sommeil des personnes atteintes de la

fibromyalgie (Cappelleri et coll., 2009). Il comporte 12 questions concernant le sommeil : l'initiation et le maintien du sommeil, la respiration durant le sommeil, la quantité de sommeil, la perception de la qualité du sommeil et la somnolence (Cappelleri et coll.). Aucune version française n'est disponible pour l'instant.

L'utilisation du questionnaire *Jenkins sleep scale* est validée auprès d'une population atteinte de la fibromyalgie (Jenkins, Stanton, Niemcryk et Rose, 1988). Le questionnaire informe sur le nombre de fois au cours du mois dernier, où le client a éprouvé des troubles à s'endormir, est resté endormi, s'est réveillé plusieurs fois par nuit ainsi que le nombre de fois il s'est réveillé fatigué ou épuisé après sa quantité habituelle de sommeil (Jenkins et coll.). Des informations sur le nombre d'heures, moyen, de sommeil par nuit sont également demandées (Jenkins et coll.). Aucune version française n'est disponible actuellement.

L'échelle linéaire est une ligne de 100 mm représentant un continuum, où une extrémité « le sommeil n'est pas un problème » alors qu'à l'autre « le sommeil est mon problème majeur » (Mease, 2008). Le client fait une marque sur la ligne à l'endroit sur ce continuum qui qualifie le mieux son sommeil. De plus, cette méthode d'évaluation peut être utilisée pour qualifier d'autres symptômes des personnes atteintes de la

fibromyalgie comme la raideur ressentie au réveil (Littlejohn, 1995 : cité dans Mease, 2008).

6.1.3 Productivité

Le *Physical Activity at Home and Work Instrument* (PAHWI) évalue les activités physiques faites à la maison ainsi que celles faites dans un milieu de travail sur une période d'une semaine. Concernant les activités à la maison, cette catégorie possède trois différents niveaux d'effort physique exigés par les activités (léger, modéré, vigoureux). Une courte description pour chaque niveau est incluse. Par exemple, le niveau léger inclus des tâches comme le repassage et cuisiner. Concernant les activités physiques faites au travail, cela inclut quatre catégories (sédentaire, léger, modéré et vigoureux) (Hernelid et Mannerkorpi, 2005). Une courte description pour chaque niveau est incluse. Par exemple, les activités sédentaires incluent le travail fait à l'ordinateur. Le nombre d'heures est additionné afin d'obtenir le nombre heures total d'activités physiques en lien avec la productivité par semaine (Hernelid et Mannerkorpi, 2005 ; Munguía-Izquierdo, Legaz-Arrese et Mannerkorpi, 2011). L'instrument présente une fidélité test-retest satisfaisante (Hernelid et Mannerkorpi). Il prend 5 à 10 minutes à compléter incluant aussi la passation du *Leisure Time physical Activity Instrument* (LTPAI) (Hernelid et Mannerkorpi, 2005). Aucune version française n'est disponible dans l'immédiat.

6.1.4 Loisirs

Le *Leisure Time physical Activity Instrument* (LTPAI) est un outil qui permet d'évaluer le temps moyen par semaine que la personne consacre au loisir au cours du dernier mois (Hernelid et Mannerkorpi, 2005 ; Munguía-Izquierdo, Legaz-Arrese et Mannerkorpi, 2011). C'est un outil similaire au *Physical Activity at Home and Work Instrument* (PAHWI) que l'on fait passer habituellement ensemble. Il comprend quatre catégories d'activités physiques qui sont : sédentaires, légères, modérées et vigoureuses (Hernelid et Mannerkorpi ; Munguía-Izquierdo et coll.). À noter qu'il y a une courte définition disponible dans le questionnaire pour les quatre niveaux d'intensité d'activités. Par exemple, les activités légères sont celles qui ne font pas augmenter votre rythme de cardio-respiratoire comme la marche lente (Hernelid et Mannerkorpi). Pour chaque catégorie (sédentaires, légères, modérées et vigoureuses), le client doit indiquer le nombre d'heures consacré entre : 0,5 à 1,5 heure/semaine, 2 à 4 heures/semaine et plus de 4 heures (Munguía-Izquierdo, Legaz-Arrese et Mannerkorpi). Lorsque c'est plus 4 heures, le client doit préciser le nombre de temps. L'instrument présente une fidélité test-retest satisfaisant (Hernelid et Mannerkorpi, 2005). Le résultat obtenu permet d'obtenir le temps par semaine que la personne consacre à des loisirs physiques pour chaque catégorie d'activité (sédentaires, légères, modérées et vigoureuses) ainsi que le total pour les différentes catégories (Munguía-Izquierdo, Legaz-Arrese et Mannerkorpi).

Il prend 5 à 10 minutes à compléter incluant aussi la passation du *Physical Activity at Home and Work Instrument* (PAHWI) (Hernelid et Mannerkorpi, 2005). Aucune version française n'est disponible pour l'instant.

6.2 Dimensions de la personne

6.2.1 Physique

Différents outils d'évaluations peuvent bonifier l'évaluation de la dimension physique de la personne. Pour faciliter la lecture, l'aspect physique de la personne est divisé en plusieurs sous-catégories qui sont la douleur, la fatigue, la dextérité, les amplitudes articulaires et l'endurance ainsi que les fonctions sexuelles.

Douleur :

Le journal de douleur combiné à l'échelle visuelle analogue (ÉVA) est la mesure de la douleur la plus communément utilisée (Mease, 2008). Celle-ci permet de collecter des données quotidiennes et d'en faire une moyenne hebdomadaire (Mease). Certains facteurs sont à considérer lors de l'utilisation de cet outil tel que l'erreur de mémoire lors de la compilation quotidienne et le changement de la valeur de l'intensité de la douleur (Mease). L'utilisation d'une version électronique diminue certains de ces facteurs de biais puisqu'elle permet de calculer en temps réel, ce qui est plus difficile avec la version papier (Gendreau, Hufford, et Stone, 2003 : cité dans Mease, 2008). D'ailleurs,

le journal permet aussi d'évaluer aussi les impacts de la douleur sur les activités de la vie quotidienne (Henriksson, 1994 : cité dans Mease, 2008). Il est possible de l'effectuer en français.

Le questionnaire de douleur McGill caractérise et décrit la sensation douloureuse à l'aide de groupes de mots (Melzack, 1975; cité dans Mease, 2008). Il permet de distinguer les personnes atteintes de la fibromyalgie de celles qui ont d'autres maladies rhumatoïdes, dont l'arthrite rhumatoïde et spondylarthrite ankylosante (Mengshoel et Forre, 1993). Il est possible de noter des divergences au niveau de la localisation de la douleur (Mengshoel et Forre). De plus, les personnes atteintes de la fibromyalgie résultent de douleur totale plus élevée comparativement aux autres groupes (Mengshoel et Forre). Il est aussi possible d'utiliser la version courte de cet instrument lorsque l'utilisation du questionnaire standard serait trop longue à administrer (Melzack, 1987). Par ailleurs, une version révisée, fidèle et valide, de cette version courte est maintenant disponible (Dworkin et coll., 2009). Cette nouvelle version est testée auprès de participants ayant différentes pathologies, dont la fibromyalgie (Dworkin et coll.). Il y a une version française de ce questionnaire. Toutefois, aucune version française de cette version révisée n'est disponible dans l'immédiat.

Le *Brief Pain Inventory* évalue la douleur selon différents aspects comme la présence de douleur, l'intensité de la douleur et l'impact de la douleur au niveau fonctionnel (exemple : l'humeur, la marche, les activités, les relations avec les autres, le sommeil...) (Williams et Arnold, 2011). Ce test de 15 items prend habituellement 5 minutes à être complété par questionnaire et par entrevue (Williams et Arnold). Il questionne le client concernant la dernière semaine. Il existe une version française qui a été validée auprès de vétérans canadiens souffrant d'un syndrome post-traumatisme (Brunet, Fikretoglu, Guay et Poundja, 2007). Cette traduction est intéressante, mais n'a pas encore été utilisée auprès des personnes atteintes de la fibromyalgie.

Fatigue :

Le *Multidimensional Fatigue Inventory* (MFI-20) est un questionnaire qui fournit de l'information sur les différentes dimensions de la fatigue suivantes : la fatigue générale, la fatigue physique, la fatigue mentale, la réduction de la motivation et la réduction d'activité (Bonke, De Haes, Garssen et Smet, 1996; cité dans Ericsson, et Mannerkorpi, 2007). Il a une bonne validité de construit. Une version française canadienne existe, elle est validée auprès d'une clientèle ayant le cancer (Fillion, Gélinas, Simard, Savard et Gagnon, 2003), mais pas auprès des personnes ayant la fibromyalgie.

Dextérité :

Le *Box and Block Test of Manual Dexterity* un test qui permet d'évaluer la dextérité manuelle grossière ainsi que l'efficacité des traitements d'un programme pour augmenter la dextérité manuelle grossière (Mathiowetz, Vol land, Kashman et Weber, 1985). Le client doit déplacer des blocs le plus rapidement possible durant une minute avec l'un de ses membres supérieurs (avec sa main dominante ainsi qu'avec sa main non dominante (Mathiowetz et coll.). Il est validé et fidèle auprès des personnes atteintes de la fibromyalgie (Canny, Thompson et Wheeler, 2009). De plus, il permet de comparer les résultats obtenus avec un groupe témoin en santé (Canny et coll.). Les résultats obtenus dans une étude avec les participants atteints de la fibromyalgie sont significativement inférieurs au groupe contrôle (en santé) et aux données normatives (Canny, Thompson et Wheeler). Cela confirme que les personnes atteintes de la fibromyalgie présentent aussi des difficultés au niveau de la dextérité manuelle grossière dans leur quotidien. Il prend environ 2 à 3 minutes à administrer (Mathiowetz et coll.). Un manuel d'instruction est fourni pour la passation de ce test.

Amplitudes articulaires et endurance :

Dans cette catégorie se trouvent différents tests dont l'utilisation a été validée auprès d'une clientèle souffrant de fibromyalgie dans l'étude de Mannerkorpi, Svantesson, Carlsson, et Ekdahl (1999). Le but de cette étude était d'évaluer les

limitations fonctionnelles des membres supérieurs et des membres inférieurs chez cette clientèle. Six des sept tests sont jugés pertinents. Par ailleurs, les auteurs recommandent de faire le test de l'échelle visuelle analogue avant et après avoir effectué chacune des évaluations énumérées dans cette section afin de mesurer l'intensité de la douleur (Mannerkorpi, Svantesson, Carlsson, et Ekdahl).

L'amplitude articulaire de l'épaule au niveau de la flexion et de l'abduction est mesurée à l'aide d'un goniomètre (Mannerkorpi, Svantesson, Carlsson, et Ekdahl, 1999).

Le *Hand-to-scapula* est un mouvement fonctionnel du bras qui est évalué sur une échelle à cinq points où zéro représente la fonction normale et le 4e niveau représente le niveau le plus bas (Mannerkorpi, Svantesson, Carlsson et Ekdahl, 1999). Au niveau quatre la personne est incapable de passer son membre supérieur à l'arrière de son tronc, au niveau 3 la main atteint le siège, au niveau 2 la main atteint la crête iliaque opposée, au niveau 1 la main atteint entre 6 et 15 cm en dessous de la scapula tandis qu'au niveau zéro le dos de la main atteint la scapula opposée en passant par le dos (Mannerkorpi, Svantesson, Carlsson et Ekdahl).

L'endurance des muscles abducteurs de l'épaule est un test qui consiste à mesurer le temps maximum que le client peut maintenir une charge d'un kilo qui est situé à la tête de l'ulna. Le test se fait en position assise, sur une chaise ayant un dossier, avec le membre supérieur à 90 degrés en abduction (Mannerkorpi, Svantesson, Carlsson et Ekdahl, 1999). Le client doit évaluer son taux d'effort perçu sur l'échelle des 15 points de Borg (Borg, 1982 : cité dans Mannerkorpi, Svantesson, Carlsson et Ekdahl, 1999).

Le *chair test* est un test qui permet d'évaluer les membres inférieures. Il consiste à compter le nombre de fois que le client se lève debout d'une chaise standard de 45 cm de hauteur avec un dossier sans appui-bras pendant une minute (Mannerkorpi, Svantesson, Carlsson et Ekdahl, 1999). Lors de l'exécution de ce test, le client doit avoir les membres supérieurs sur son torse et les pieds doivent rester au sol (Mannerkorpi, Svantesson, Carlsson et Ekdahl). Il est à noter que le client doit se lever en position debout complètement d'une manière répétitive le plus vite possible (Mannerkorpi, Svantesson, Carlsson et Ekdahl).

Le *6-minute walk test* est un test de marche s'effectuant sur une ligne de 25 mètres sur laquelle l'individu doit parcourir la plus grande distance possible en faisant des aller-retour sur cette ligne, en six minutes (Mannerkorpi, Svantesson, Carlsson et Ekdahl, 1999). La distance parcourue après trois et six minutes est notée. De plus, le

rythme cardiaque est noté au début et à la fin du test (Mannerkorpi, Svantesson, Carlsson et Ekdahl). Le client doit évaluer son taux d'effort perçu sur l'échelle de 15 points de Borg (Borg, 1982 : cité dans Mannerkorpi, Svantesson, Carlsson et Ekdahl, 1999). Ce test permet de mesurer la distance totale parcourue en six minutes ainsi que mesurer la fatigue et la dyspnée avec une échelle visuelle analogue (Enright, 2003). Ce test évalue la marche ce qui est une composante importante dans la qualité de vie. Selon Enright et Sherrill (1998), ce test procure un aperçu des capacités de la personne à entreprendre ses activités quotidiennes. Par ailleurs, il est possible de comparer le résultat obtenu avec des données normatives disponibles pour des personnes adultes en santé qui sont disponibles par équation mathématique (Enright et Sherrill).

Fonctions sexuelles :

L'*Arizona Sexual Experiences Scale* est un questionnaire qui évalue cinq aspects du fonctionnement sexuel: la pulsion sexuelle, l'excitation sexuelle, l'humification vaginale, l'orgasme et la satisfaction sexuelle (Ablin, Gurevitz, Cohen et Buskila, 2011). Ce questionnaire comporte une question par aspect que le client doit coter sur une échelle d'un à six (McGahuey et coll., 2000 : cité dans Mease, 2008). Un résultat total est élevé signifie la présence d'un dysfonctionnement à ce niveau (McGahuey et coll. : cité dans Mease). L'évaluation des fonctions sexuelles est importante en raison des effets secondaires que peuvent avoir les médicaments sur celles-ci ainsi que pour relever

s'il y a une difficulté occupationnelle à ce niveau (Mease, 2008). L'*Arizona Sexual Experiences Scale* est validée auprès de cette clientèle (Gendreau et coll., 2005, cité dans Mease, 2008 ; McGahuey et coll.). Aucune version française n'est disponible dans l'immédiat.

6.2.2 Cognitif

Le *Multiple Ability Self-Report Questionnaire* permet d'évaluer les composantes suivantes : le langage, la perception visuelle, la mémoire verbale, la mémoire visuelle, l'attention et la concentration (Haltiner, Hermann, Seidenberg, Taylor et Wyler, 1994). Chaque sous-échelle comporte huit questions dont le résultat est attribué sur une échelle de cinq points (Le Gal, Mainguy, Le Lay, Nadjar, Allain et Galissié, 2010). Une version française est maintenant disponible, mais la qualité psychométrique de cette version n'est pas évaluée à ce jour (Le Gal et coll.).

6.2.3 Affectif

Le *State-Trait Anxiety Inventory* comporte différentes sous-échelles dont la « Y1 et la Y2 » qui sont les plus fréquemment utilisées pour évaluer l'anxiété chez une clientèle adulte (Le Gal, Mainguy, Le Lay, Nadjar, Allain et Galissié, 2010). Cet outil

permet de distinguer l'anxiété temporaire comparativement à celle plus généralisée et à celle durable (Le Gal et coll.). Cet outil est traduit en français et l'équivalence des concepts a été évaluée (Le Gal et coll.). Toutefois, l'évaluation des propriétés métrologiques et l'établissement de données normatives de cette version traduite restent à faire (Le Gal et coll.).

Mease (2008) a identifié l'ensemble des outils d'évaluations de Beck, soient l'inventaire d'anxiété et l'inventaire de dépression, à titre d'outils de dépistage pour les cliniciens et les chercheurs (Beck, Ward, Mendelson, Mock et Erbaugh, 1961 ainsi que Sheehan et coll., 1998 : cités dans Mease, 2008). Une nouvelle version du questionnaire autoadministré, le *Beck Depression Inventory-II* est disponible (Le Gal, Mainguy, Le Lay, Nadjar, Allain et Galissié, 2010). Des items portent sur « [...] des symptômes dépressifs (par exemple désespoir et irritabilité), cognitifs (par exemple, culpabilité ou sentiments de punition) et physiques (par exemple, fatigue, perte de poids et absence d'intérêt pour le sexe) » (Le Gal et coll.) Cette nouvelle version se base sur les critères de dépression du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders—Fourth Edition* (Pearson Education, 2012). Il y a quelques différences entre cette version révisée et l'ancienne. Un nouveau barème de cotation remplace les articles qui traitent de la perte de poids, des changements dans l'image corporelle, et des préoccupations somatiques (Pearson Education). De plus, l'item de la première version concernant la difficulté au travail a été révisé afin d'examiner la perte d'énergie alors que les items

concernant le sommeil et l'appétit perte ont été révisées afin d'évaluer les augmentations et les diminutions de sommeil et la perte d'appétit (Pearson Education). Cette nouvelle version est traduite en français et l'équivalence des concepts a été évaluée, mais l'évaluation des propriétés métrologiques de cette version traduite reste à faire (Le Gal et coll.).

Le Patient Global Impression Of Change évalue la perception globale de changement des personnes sur une échelle en sept points:(1) *very much improved*; (2) *much improved*; (3) *minimally improved*; (4) *no change*; (5) *minimally worse*; (6) *much worse*; (7) *very much worse*. Cet outil a pour but afin de détecter l'effet des traitements de la fibromyalgie (Le Gal, Mainguy, Le Lay, Nadjar, Allain et Galissié, 2010). Une version française est disponible (Le Gal et coll.).

6.3 Dimension de l'environnement

Aucune évaluation concernant l'environnement physique, social, culturel et institutionnel n'a été trouvée à la suite de la recherche documentaire en lien directement avec la fibromyalgie.

Les trois tableaux suivants fournissent une synthèse des propriétés et des caractéristiques des évaluations répertoriées incluant aussi la combinaison des

manifestations cliniques et des aspects fonctionnels rapportés dans la problématique. Il y a un tableau pour chaque dimension du MCRO-P (occupation (tableau 1), personne (tableau 2) et environnement (tableau 3)). L'environnement est aussi présenté, malgré l'absence d'outils afin d'illustrer les manifestations cliniques qui ne sont pas évaluées.

Tableau 1

Synthèse des outils d'évaluation de la fibromyalgie pour la dimension de l'occupation du MCRO-P incluant les manifestations cliniques et les aspects fonctionnels de la fibromyalgie

| Dimension de l'occupation | Évaluations | Type | Durée (min) | Version française | formation | Manifestations cliniques et aspects fonctionnels |
|---------------------------|--|------------------------|--------------|-------------------|-------------------|--|
| Global | <i>occupational profile</i> | Entrevue journal | Non spécifié | -- | Non spécifié | Limitation élevée dans la réalisation des activités de la vie quotidienne, du travail et de certains loisirs, incluant les activités sociales et familiales (Bodin, 2009 ; Cunningham, et Jilling, 2006; Hawley et Wolfe ,1991). |
| | FIQ | Questionnaire | 5 | oui | Non spécifié | |
| | FIQR | Questionnaire | 2 | non | Non spécifié | |
| | <i>QWB</i> | Entrevue Questionnaire | Non spécifié | oui | Non spécifié | Les symptômes sont souvent exacerbés par le niveau d'activité physique, par exemple lors de surmenage (Fauci et coll., 2009; Statistique Canada). |
| | Mesure canadienne du rendement occupationnel | Entrevue | 20 à 40 | oui | Manuel disponible | |
| | HAQ | Questionnaire | Non spécifié | non | Non spécifié | |
| | FHAQ | Questionnaire | Non spécifié | non | Non spécifié | |
| Soins personnels | L'échelle linéaire de 100-mm | Questionnaire | Non spécifié | oui | Non spécifié | Sommeil perturbé (Fauci et coll., 2009). |
| | <i>Medical Outcomes sleep scale</i> | Questionnaire | Non spécifié | non | Non spécifié | Limitation dans l'accomplissement des activités de la vie quotidienne (Bodin, 2009; Cunningham, et Jilling, 2006; Hawley et Wolfe ,1991). |
| | <i>Jenkins sleep scale</i> | Questionnaire | -- | non | Non spécifié | |

| | | | | | | |
|---------------------|--------------|---------------|----------------------|-----|--------------|--|
| Productivité | <i>PAHWI</i> | Questionnaire | 5 à 10 avec le LTPAI | non | Non spécifié | La présence constante de l'ensemble des symptômes limite et perturbe de façon élevée l'engagement du travail (Bodin, 2009 ; Cunningham et Jilling, 2006; Wolfe et Hawley ,1991). |
| Loisirs | <i>LTPAI</i> | Questionnaire | 5 à 10 avec le PAHWI | non | Non spécifié | Limitation de la réalisation de certains loisirs, ce qui inclut les activités sociales et familiales (Bodin, 2009 ; Cunningham, et Jilling, 2006; Hawley et Wolfe ,1991). |

Tableau 2

Synthèse des outils d'évaluation de la fibromyalgie pour la dimension de la personne du MCRO-P incluant les manifestations cliniques et les aspects fonctionnels de la fibromyalgie

| Dimension de la personne | Évaluations | Type | Durée (min) | Version française | formation | Manifestations cliniques et aspects fonctionnels |
|--------------------------|--|--------------------------------------|--------------|---|--------------|--|
| Physique | Échelle visuelle analogue Journal de douleur | Questionnaire Entrevue Journal | Non spécifié | Non spécifié | Non spécifié | Douleur musculo-squelettique (Fauci et coll., 2009). |
| | Questionnaire de douleur McGill | Questionnaire | Non spécifié | oui | Non spécifié | |
| | questionnaire révisé de douleur McGill | Questionnaire | Non spécifié | non | Non spécifié | |
| | <i>Brief Pain Inventory</i> | Questionnaire | Non spécifié | Oui, mais pas validé auprès de personne atteinte de la fibromyalgie | Non spécifié | |
| | <i>Multidimensional Fatigue Inventory (MFI-20)</i> | Questionnaire | Non spécifié | Oui, mais pas validé auprès de personne atteinte de la fibromyalgie | Non spécifié | Fatigue |

| | | | | | | |
|-----------------|--|----------------------|--------------|-------------------------------------|--------------|---|
| | <i>Box and Block (B et B) Test of Manual Dexterity</i> | Tâche observation | 2-3 | -- | Non spécifié | Dextérité |
| | <i>goniomètre</i> | observation | Non spécifié | -- | Non spécifié | Amplitudes articulaires et endurance |
| | <i>Hand-to-scapula</i> | Observation | Non spécifié | non | Non spécifié | |
| | <i>Endurance of the shoulder abductor muscles</i> | Observation Tâche | Non spécifié | -- | Non spécifié | |
| | <i>Chair test</i> | Tâche observation | 1 | -- | Non spécifié | |
| | <i>6-minute walk test</i> | Tâche observation | 6 | -- | Non spécifié | |
| | <i>Arizona Sexual Experiences Scale</i> | Questionnaire | Non spécifié | non | Non spécifié | |
| cognitif | <i>Multiple Ability Self-Report Questionnaire</i> | Questionnaire | Non spécifié | Oui, mais elle reste à être validée | Non spécifié | Difficulté à se concentrer et perte de la mémoire de travail (Fauciet coll., 2009 ; Glass, 2009). |
| affectif | <i>State-Trait Anxiety Inventory</i> | Questionnaire | Non spécifié | Oui, mais elle reste à être validée | Non spécifié | Peuvent présenter une comorbidité psychiatrique comme les troubles de l'humeur et l'anxiété (Rose et coll., 2009 ; Uguzet coll., 2010). |
| | <i>Inventaires d'anxiété de Beck</i> | Questionnaire | Non spécifié | oui | Non spécifié | |
| | <i>L'inventaire de dépression de Beck</i> | Questionnaire | Non spécifié | oui | Non spécifié | Les symptômes sont souvent exacerbés par le stress, l'anxiété (Fauciet coll., 2009; Statistique Canada, 2006). |
| | <i>Beck Depression Inventory-II</i> | Questionnaire | Non spécifié | non | Non spécifié | |
| | <i>Patient Global Impression Of Change</i> | Questionnaire | Non spécifié | oui | Non spécifié | |

Tableau 3

Synthèse des outils d'évaluation de la fibromyalgie pour la dimension de l'environnement du MCRO-P incluant les manifestations cliniques et les aspects fonctionnels de la fibromyalgie

| Dimension de l'environnement | Évaluations | Manifestations cliniques et aspects fonctionnels |
|---|----------------------------|---|
| Physique, social, culturel et institutionnel | Aucune évaluation recensée | <p>Le froid et les températures humides affectent l'intensité des symptômes (Fauciet coll., 2009; Statistique Canada, 2006).</p> <p>Relation de confiance pouvant être compromise avec les autres (Cunningham et Jillings).</p> <p>Discrimination et stigmatisation par la population générale (Lempp, Hatch, Carville, et Choy, 2009).</p> |

7. DISCUSSION

L'objectif de cet essai critique est de concevoir un répertoire des évaluations pouvant être utilisées par des ergothérapeutes du Québec auprès des personnes atteintes de la fibromyalgie. Le répertoire d'évaluation est organisé selon le Modèle canadien du rendement occupationnel-participation. Voici une analyse plus détaillée concernant les différentes dimensions du MCRO-P. Ce répertoire regroupe différents outils d'évaluations pouvant être utilisés par des ergothérapeutes auprès d'une clientèle souffrant de la fibromyalgie.

7.1 La dimension de l'occupation

Au plan des occupations, le peu d'évaluation des activités productives est surprenant. Une étude de Gunilla et Henriksson (2002) sur les facteurs qui influencent la décision de rester au travail pour les femmes atteintes de fibromyalgie, mentionne que le travail est une possibilité de faire sa part dans la société pour les femmes atteintes de fibromyalgie, d'être en relation avec les autres et d'être apprécié pour ce qu'elles font (Gunilla et Henriksson). La cessation d'emploi a des impacts importants sur le sentiment d'identité personnelle et occasionne une difficulté à organiser son temps (Gunilla et Henriksson). L'étude conclut que la possibilité de garder leur emploi ne dépend pas

seulement des capacités de travail de la personne, mais aussi la capacité de la société à adapter l'environnement et les tâches de travail (Gunilla et Henriksson). Les ergothérapeutes ont un rôle à jouer dans cette sensibilisation ainsi que dans l'adaptation de l'environnement et des tâches de travail. Le répertoire fait valoir qu'il y a toujours un besoin pour des évaluations spécifiques pour les activités de travail.

Outre que la catégorie de la productivité, il n'y qu'une seule évaluation concernant le loisir et trois évaluations pour les soins personnels. D'autre part, il a plusieurs tests concernant l'évaluation de l'occupation de façon globale. La catégorie des occupations de façon générale comprend des items dans les différentes catégories de l'occupation MCRO-P. Par exemple, le FIQ possède de question sur la préparation de repas, la visite d'amis, la conduite auto, faire du jardinage, faire les courses... (Larochelle, 2009). Ce sont des activités pouvant se retrouver dans la productivité (faire du jardinage, faire les courses, conduite auto), dans les loisirs (visite d'amis) et les soins personnels (préparation de repas). Cela compense le peu de tests dans les autres catégories.

7.2 La dimension de la personne

Concernant l'évaluation des dimensions de la personne, la présence de plusieurs évaluations concernant l'aspect physique peut s'expliquer par le fait que la fibromyalgie se définit principalement par ses symptômes physiques. Certains outils sont plus spécifiques à certains aspects physiques comme la douleur et la fatigue. Concernant les difficultés cognitives, il est intéressant de savoir qu'un outil est validé auprès de cette clientèle et qu'une traduction française, non validée auprès de cette clientèle, existe. Toutefois, le rôle de l'ergothérapeute dans l'évaluation des fonctions cognitives a été précisé dernièrement par la loi 21 : « l'ergothérapeute peut procéder à une appréciation des fonctions mentales supérieures uniquement dans le but de porter un jugement clinique sur les habiletés fonctionnelles d'une personne, et ce, dans tous les contextes de soins » (Office des professions du Québec, 2012). Il n'est resté pas moins que cette partie de l'évaluation est importante en raison qu'un dysfonctionnement à ce niveau peut avoir plus d'impacts fonctionnels que les autres symptômes (Mease, 2008). À propos de l'évaluation de l'affect, différents outils sont disponibles. En cas de doute sur la présence de comorbidité psychiatrique, il faut recommander aux professionnels appropriés une investigation à ce sujet. Sinon, l'ergothérapeute a la fonction « d'évaluer les habiletés fonctionnelles d'une personne atteinte d'un trouble mental ou neuropsychologique attesté par un diagnostic ou par une évaluation effectuée par un professionnel habilité » (Office des professions du Québec).

7.3 La dimension de l'environnement

À propos de la dimension de l'environnement, aucun outil d'évaluation n'est recensé et validé auprès de cette clientèle. Pourtant, la quantité et, surtout, la qualité du soutien social chez les femmes atteintes de la fibromyalgie ont de l'impact sur leur bien-être psychologique et physique (Heather, Terry et Karen, 2004). La qualité perçue du réseau de soutien social est associée à des niveaux inférieurs de dépression, de sentiment d'impuissance, de troubles de l'humeur, de l'impact de la maladie, ainsi qu'à des niveaux plus élevés des aspects fonctionnels, de la gestion des symptômes et du bien-être psychologique (Heather, Terry et Karen). De ce fait, l'évaluation de l'environnement n'est pas à sous-estimer. De plus, il y a aussi les aspects physique, culturel et institutionnel de l'environnement qui peuvent avoir des répercussions sur les occupations des personnes. Il existe probablement des évaluations de l'environnement pouvant être validé auprès de cette clientèle comme la Mesure de la qualité de l'environnement qui vise à évaluer l'influence de l'environnement sur la réalisation des activités d'une personne en lien avec ses capacités et ses limites (Fougeyrollas, Noreau, St-Michel et Boschen, 2008). Sinon, il est aussi possible d'évaluer cette dimension par entrevue auprès de l'entourage comme évaluer leurs connaissances sur la pathologie afin de prévenir la discrimination des personnes atteintes. De plus, il est possible de demander au client, s'il fait partie d'une association de personnes atteintes de la fibromyalgie.

Concernant l'environnement institutionnel, il est possible de questionner le client à savoir s'il utilise d'autres services de santé comme les services de médecine non traditionnelle. D'ailleurs, c'est un point à discuter avec les personnes atteintes de fibromyalgie puisqu'ils sont populaires auprès de cette population et cela, peu importe les croyances et les expériences du professionnel par rapport à ces traitements (McCarberg et Clauw, 2009).

7.4 Forces et limites de l'essai

Les forces de cet essai critique sont que l'utilisation d'un modèle théorique permet d'être mieux préparé à l'évaluation d'une personne atteinte de la fibromyalgie ou toutes autres clientèles présentant des difficultés occupationnelles complexes. De plus, cet essai permet d'être mieux informé sur la pathologie de la fibromyalgie. De ce fait, cela permet au thérapeute et au client de cibler des objectifs de plan d'intervention plus réalistes. Un exemple d'objectif non réaliste est que la personne retrouve son rendement occupationnel antérieur alors que la pathologie est chronique. En ayant des attentes plus réalistes autant chez le thérapeute que chez le client, cela peut faciliter le maintien d'une bonne relation thérapeutique.

Un autre point intéressant de cet essai critique est que la recherche sur cette pathologie méconnue permet d'en apprendre davantage à son sujet. C'est-à-dire que certaines études, visant à valider l'utilisation de certaines évaluations, permettent de recueillir les nouvelles connaissances sur cette pathologie. Par exemple, j'ai appris que les personnes atteintes de la fibromyalgie peuvent présenter aussi des difficultés sur le plan de la dextérité et de leurs fonctions sexuelles. Celles-ci n'avaient pas été recensées dans les manifestations cliniques et les aspects fonctionnels des personnes atteintes dans la problématique. Il est important que les recherches sur cette pathologie connue à faire évoluer les connaissances afin de pouvoir mettre en place des plans et des stratégies d'intervention plus efficaces.

Toutefois, ce répertoire d'évaluations possède plusieurs limites. D'abord, la recherche effectuée ne tient pas compte de ce qui est fait dans les milieux cliniques en ergothérapie au Québec. De ce fait, il se peut qu'il y ait d'autres moyens d'évaluations utilisés, lors de la prise en charge en ergothérapie, qui n'ont pas été inclus dans ce répertoire tel que des entrevues, des observations, des mises en situation ou d'autres tests standardisés. Concernant l'application clinique du répertoire, plusieurs outils ne sont pas disponibles en français ce qui les rend difficilement applicables auprès d'une clientèle québécoise et francophone. Une autre limite est le fait que la recherche n'a pas été

effectuée sur toutes les bases de données existantes. De ce fait, il se peut que certains outils d'évaluation n'aient pas été recensés dans le répertoire d'évaluations.

Finalement, il s'agit définitivement d'une problématique pertinente telle que le démontrent les articles récents parus après cette recension des écrits, en lien avec l'évaluation des personnes atteintes de la fibromyalgie. Un article qui s'intitule *Measures of fibromyalgia* a pour objectif de recenser les outils d'évaluations permettant de voir un changement dans les manifestations cliniques en lien avec la médication (Williams et Arnold, 2011). Il est possible de constater que certains outils recensés dans le répertoire sont présentés comme le *FIQ*, le *MOS*, le *BPI*, le *MFI-20* et le *Brief Pain Inventory* tandis que d'autres n'y sont pas comme le *Multiple Ability Self-Report Questionnaire*, le *Short Form 36*, l'*Hospital Anxiety et Depression Scale*. Ils seraient intéressants de savoir si certaines de ces évaluations pourraient être ajoutées au répertoire des évaluations et si elles pourraient être pertinentes à utiliser en ergothérapie. De ce fait, l'évaluation des personnes atteintes de la fibromyalgie est un sujet d'actualité dans la recherche et qu'il importe d'aller voir les données probantes pour connaître les derniers développements à ce sujet.

8. CONCLUSION

Pour conclure, ce travail avait pour but de développer un répertoire des évaluations pouvant être utilisées en ergothérapie auprès des personnes adultes, surtout les femmes, présentant la fibromyalgie. Ce répertoire comporte de nombreuses limites qui font en sorte qu'il est difficile de l'employer dans un milieu clinique, principalement en lien avec la disponibilité des outils d'évaluation en français. De ce fait, le répertoire pourra être complété à mesure que les nouvelles évaluations seront traduites et validées auprès de la clientèle. Néanmoins, la conception de celui-ci a permis de mettre en lumière les différents outils d'évaluation pertinents à utiliser pour l'évaluation des manifestations cliniques et des aspects fonctionnels de cette clientèle. Cet essai critique à recenser différents outils pouvant être utile concernant l'évaluation des nombreuses difficultés et besoins de cette clientèle. Par ailleurs, il aurait été intéressant de comparer les résultats obtenus aux pratiques d'évaluations en ergothérapie au Québec.

Par ailleurs, le présent répertoire d'évaluations pour une clientèle atteinte de fibromyalgie recense des évaluations qui gagneraient à être connues. Enfin, les professionnels, particulièrement les ergothérapeutes désireux de répondre aux besoins occupationnels de personnes atteintes de fibromyalgie font face à des défis importants, dont celui de se tenir à jour sur les connaissances de la pathologie, les évaluations et les meilleures pratiques lors de la prise en charge des personnes atteintes de fibromyalgie.

RÉFÉRENCES

- Ablin, J. N. , Gurevitz, I., Cohen, H., et Buskila, D. (2011). Sexual dysfunction is correlated with tenderness in female fibromyalgia patients. *Clinical and experimental rheumatology*, 29 (6 (69), S44-8.
- Adsuar, J. C., Olivares, P. R., Pozo-Cruz, B. D., Parraca, J. A., et Gusi, N. (2011). Test-Retest Reliability of Isometric and Isokinetic Knee Extension and Flexion in Patients With Fibromyalgia: Evaluation of the Smallest Real Difference. *Archives of Physical Medicine et Rehabilitation*, 92(10), 1646-1651.
- Association Canadienne des ergothérapeutes (2012, n.d.). *Benefits of occupational therapy*. Extrait du site web le 4 janvier 2012 : <http://www.caot.ca/default.asp?pageid=290>
- Bennett R. (2005). The Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ): a review of its development, current version, operating characteristics and uses. *Clinical and experimental rheumatology*, 23 (Suppl. 39), S154-S162.
- Bennett, R.M., Friend, R., Jones, K.D., Ward R., Han, B. K., et Ross, R. L. (2009). The Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQR): validation and psychometric properties. *Arthritis Research et Therapy*, 11, R120.
- Bigatti, S. M., et Cronan, T. A. (2002). A comparison of pain measures used with patients with fibromyalgia. *Journal of Nursing Measurement*, 10(1), 5-14.
- Bigatti, S. M., Cronan, T. A., Frederick, H., et Kaplan, R. M. (2007). Spouse of women with fibromyalgia syndrome as proxy raters of health status. *Journal of Musculoskeletal Pain*, 15(3), 9-17.
- Bodin, L. (2009). *La fibromyalgie et le syndrome de fatigue chronique*. Paris: Dauphin.
- Brunet A., Fikretoglu D., Guay S., et Poundja J. (2007). Validation of the French version of the brief pain inventory in Canadian veterans suffering from traumatic stress. *Journal of Pain and Symptom Management*, 33(6), 720-6.
- Cappelleri, J. C., Bushmakin, A. G., McDermott, A. M., Dukes, E., Sadosky, A., Petrie, C. H., et Martin, S. (2009). Measurement properties of the Medical Outcomes Study Sleep Scale in patients with fibromyalgia. *Sleep Medicine*, 10 (7), 766–770.

- Canny, M. L., Thompson, J. M., et Wheeler, M. J. (2009). Reliability of the Box and Block Test of Manual Dexterity for Use With Patients With Fibromyalgia : Brief Report. *The American Journal of Occupational Therapy*, 63 (4), 506-510.
- Cohen, P. S. (2009). Overcoming obstacles : barriers to care in fibromyalgia treatment. *Johns Hopkins Advanced Studies in Medecine*, 9(4), 115-121.
- Cunningham, M.M., et Jillings, C. (2006). Individuals' descriptions of living with fibromyalgia. *Clinical Nursing Research*, 15(4), 258-73.
- Craik, J., Davis, J. et Polatajko, H. J. (2007, octobre). *Profil de la pratique de l'ergothérapie au Canada*. Extrait du site web le 22 mai 2012 : <http://www.caot.ca/pdfs/otprofilefr.pdf>
- Da Costa, D., Dobkin, P.L., Dritsa, M., et Fitzcharles, M-A. (2001). The relationship between exercise participation and depressed mood in women with fibromyalgia. *Psychology, Health and Medicine*, 6 (3), 301-311.
- Davis, J., Craik, J., et Polatajko, H. J. (2008) Présentation du Cadre conceptuel du processus de pratique canadien (CCPPC) : Développer le contexte. Dans : Townsend, E., et Polatajko, H. J. (2008). *Faciliter l'occupation : l'avancement d'une vision de l'ergothérapie en matière de santé, bien-être et justice à travers l'occupation*. Ottawa: Association canadienne des ergothérapeutes. pp. 261-280.
- Dworkin, R. H., Turk, D. C., Revicki, D. A., Harding, G., Coyne, K. S., Peirce-Sandner, S., Bhagwat, D., Everton, D., Burke, L. B., Cowan, P., Farrar, J. T., Hertz, S., Max, M. B., Rappaport, B. A., et Melzack, R. (2009) Development and initial validation of an expanded and revised version of the Short-form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ-2). *Pain*, 144(1), 35-42.
- Enright, P. L. (2003). The Six-Minute Walk Test. *Respiratory care*, 48 (8), 783-785.
- Enright, P. L., et Sherrill, D. L. (1998). Reference equations for the six-minute walk in healthy adults. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 158 (5(1)), 1384-1387.
- Ericsson, A., et Mannerkorpi, K. (2007). Assessment of fatigue in patients with fibromyalgia and chronic widespread pain. Reliability and validity of the Swedish version of the MFI-20. *Disability et Rehabilitation*, 29(22), 1665-1670.

- Esteve-Vives, J., Rivera, J., Vallejo, M. A. et le groupe ICAF (2009). Assessment of functional capacity in fibromyalgia. Comparative analysis of construct validity of three functional scales. *Reumatologia clinica*. 6(3), 141-144.
- Fauci, A., Braunwald, E., Kasper, D., Hauser, S., Longo, D., Jameson, J., et Loscalzo, J. (2009). *Fibromyalgia*. Extrait du site web le 26 octobre 2011 : <http://accessmedicine.com/content.aspx?aid=2863176>
- Fawcett, A. J. L. (2007). Principles of assessment and outcome measurement for occupational therapists and physiotherapists. Chichester, West Sussex, Angleterre ; Hoboken, N.J.: John Wiley et Sons.
- Fillion, L., G elinas, C., Simard, S., Savard, J., et Gagnon, P.(2003). Validation Evidence for the French Canadian Adaptation of the Multidimensional Fatigue Inventory as a Measure of Cancer-related Fatigue. *Cancer Nursing*, 26 (2), 143-154.
- Fougeyrollas, P. Noreau, L., St-Michel, G. et Boschen, K. (2008). Mesure de la qualit e de l'environnement : version courte. Extrait du site web le 27 juillet 2012 : http://www.ripph.qc.ca/documents/MQE-courte_FR_repro-interdite.pdf
- Frosch, D. L., Kaplan, R.M., Ganiats, T. G., Groessl, E. J., Sieber, W. J., et Weishman M. H. (2004). Validity of self-administered quality of well-being scale in musculoskeletal disease. *Arthritis et rheumatism (Arthritis Care et Research)*, 51(1), 28-33.
- Glass, J. M. (2009). Review of cognitive dysfunction in fibromyalgia : a convergence on working memory and attentional control impairments. *Rheumatic diseases clinic of North America.*, 35(2), 299-311.
- Glass, J. M., et Park, D.C. (2001). Cognitive dysfunction in fibromyalgia. *Current Rheumatology Reports*, 3(2), 123-7.
- Gunilla, M. L. et Henriksson, C. M. (2002). Factors of Importance for Work Disability in Women With Fibromyalgia: An Interview Study. *Arthritis et Rheumatism (Arthritis Care et Research)*, 47 (3), 266 –274.
- Haltiner, A., Hermann, B.B., Seidenberg, M., Taylor, M.A., et Wyler, A. (1994). Development and validation of a Multiple Ability Self-Report Questionnaire. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 16(1), 93-104.

- Heather, M. F., Terry, A. C. et Karen, O. (2004). Social support in women with fibromyalgia: Is quality more important than quantity? *Journal of Community Psycholog*, 32 (4), 425-438.
- Hernelid, C. et Mannerkorpi, K. (2005). Leisure Time Physical Activity Instrument and Physical Activity at Home and Work Instrument : Development, face validity, construct validity and test-retest reliability for subjects with fibromyalgia. *Disability and Rehabilitation*;27(12), 695-701.
- Jenkins, C.D., Stanton, B.A., Niemcryk, S.J., et Rose, R.M. (1988). A scale for the estimation of sleep problems in clinical research. *Journal of Clinical Epidemiology* 41, 313-321.
- Jenner, C. A. (2007, juillet). *Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs (LANSS)*. Extrait du site web london pain clinic le 30 mai 2012: http://www.londonpainclinic.com/articles/2007/07/05/leeds_assessment_of_neuropathic_symptoms_and_signs_lanss/
- Kaplan, R.M., Schmidt, S.M., et Cronan, T.A. (2000). Quality of well being in patients with fibromyalgia. *The Journal of Rheumatology*, 27(3): 785-789.
- Kielhofner, G. (2004). *Conceptual foundations of occupational therapy* (3rd éd.). Philadelphia, Penns.: F. A. Davis Co.
- Laroche, F. (2009). Actualités de la fibromyalgie. *Revue du Rhumatisme*, 76, 529–536.
- Le Gal, M., Mainguy, Y., Le Lay, K., Nadjar, A., Allain D., et Galissié, M. (2010). Validation linguistique en 12 langues de six échelles PRO destinées à des patients fibromyalgiques. *Revue du rhumatisme*, 77, 194–200.
- Lempp, H. K., Hatch S. L., Carville S. F., et Choy E. H. (2009). Patients' experiences of living with and receiving treatment for fibromyalgia syndrome: a qualitative study. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 10, 124.
- Law, M., Baptiste, S., Carswell, A., McColl, M. A., Polatajko, H., et Pollock, N. (2005, mai). *COPM : Canadian Occupational Performance Measure*. Extrait du site web le 25 mars 2012 : <http://www.caot.ca/copm/index.htm>
- Law, M. Polatajko, H., Baptiste, S. et Townsend, E. (2002). Concepts de base de l'ergothérapie. Dans Townsend, E. et Association canadienne des ergothérapeutes. (2002). Promouvoir l'occupation : une perspective de

l'ergothérapie (Ed. rév. éd., pp 33-64). Ottawa: Association canadienne des ergothérapeutes.

Mannerkorpi, K., Svantesson, U., Carlsson, J., et Ekdahl, C. (1999). Tests of functional limitations in fibromyalgia syndrome: a reliability study. *Arthritis Care et Research*, 12(3), 193-199.

Mathiowetz, V., Vol land, G., Kashman, N., et Weber K. (1985) Adult Norills for the Box and Block Test of Manual Dexterity (hand evaluation, hand, motor skills , occupational therapy, tests) *American Journal of Occupational Therapy*, 39 (6), 386-39.

Marchand, S. (2009). *Le phénomène de la douleur (2e éd.)*. Montréal: Chenelière-éducation.

McCarberg, B. H., et Clauw, D. J. (2009). *Fibromyalgia*. New York: Informa Healthcare.

Mease, P. J. (2008). Assessment of patients with fibromyalgia syndrome. *Journal of Musculoskeletal Pain*, 16(1-2), 75-83.

MedicineNet (2011, avril) Working memory. Extrait du site web le 24 mai 2012 : <http://www.medterms.com/script/main/art.asp?articlekey=7138>

Melzack R. (1987) The short-form McGill Pain Questionnaire. *Pain*, 30,191-7.

Mengshoel, A. M. et Forre, O. (1993)Pain and fatigue in patients with rheumatic disorders. *Clinical rheumatology*, 12 (4), 515-522.

Munguía-Izquierdo, D., Legaz-Arrese, A., et Mannerkorpi, K. (2011). Transcultural adaptation and psychometric properties of a spanish-language version of physical activity instruments for patients with fibromyalgia. *Archives of Physical Medicine et Rehabilitation*, 92(2), 284-294.

Office des professions du Québec (2012, mai) Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le dimension de la santé mentale et des relations humaines : guide explicatif. Extrait du site web le 23 juillet 2012 : <http://www.opq.gouv.qc.ca/actualites/communiqués/detail/article/guide-explicatif-du-pl-21/>

- Paillé, P. (2007). La méthode de recherche dans un contexte de recherche professionnalisante : douze devis méthodologiques exemplaires. *Recherches qualitatives*, 27 (2), 133-151.
- Pearson Education (2012). Assessment & information: Beck Depression Inventory®–II (BDI®–II). Extrait du site web le 24 juillet 2012 : <http://www.pearsonassessments.com/HAIWEB/Cultures/en-us/Productdetail.htm?Pid=015-8018-370>
- Quevauvilliers, J., Somogyi, A., et Fingerhut, A. (2009). *Dictionnaire médical* (6e éd. éd.). Issy-les-Moulineaux : Elsevier/Masson.
- Radomski, M. V., et Latham, C. A. T. (2008). *Occupational therapy for physical dysfunction* (6th éd.). Philadelphia : Lippincott Williams et Wilkins.
- Réseau de recherche en santé et en sécurité de travail. (2007). *Le Guide sur le transfert des connaissances : À l'intention des chercheurs en Santé et Sécurité du Travail*. Extrait du site web le 10 mai 2012 : http://ptc.uquebec.ca/ptc/rqis/sites/www.uquebec.ca.ptc.rqis/files/Sophie%20Duchaine/Guide_transfert_RRSSTQ.pdf
- Rooks, D. S., Gautam, S., Romeling, M., Cross, M. L., Stratigakis, D., Evans, B., Goldenberg, D. L., Iversen, M. D., et Katz, J. N. (2007). Group exercise, education, and combination self-management in women with fibromyalgia: a randomized trial. *Archives Of Internal Medicine*, 167(20), 2192-2200.
- Rose, S., Cottencin, O., Chouraki, V., Wattier, J.-M., Houvenagel, E., Vallet, B., et Goudemand, M. (2009). Study on personality and psychiatric disorder in fibromyalgia. *Presse Medicale*, 38(5), 695-700.
- Sieber, W. J., Groessl, E. J., David, K. M., Ganiats, T. G., et Kaplan. R. M. (2008). *Quality of Well Being Self-Administered (QWB-SA) Scale: User's Manual*. Extrait du site web le 23 mai 2012: <https://hoap.ucsd.edu/qwb-info/QWB-Manual.pdf>
- Statistique Canada (2006, avril). *Fibromyalgie*. Extrait du site web le 21 octobre 2011 : <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-619-m/2006003/4144159-fra.htm>
- The Health Assessment Questionnaire*. (2001, juillet). Extrait du site web le 24 juillet 2012 <http://www.chcr.brown.edu/pcoc/ehaqdescrsoringhaq372.pdf>

- Townsend, E., et Polatajko, H. J. (2008). *Faciliter l'occupation : l'avancement d'une vision de l'ergothérapie en matière de santé, bien-être et justice à travers l'occupation*. Ottawa: Association canadienne des ergothérapeutes.
- Townsend E. A., Polatajko, H. J., et Craik, J. (2008). Modèle canadien du rendement occupationnel et de participation (MCRO-P). Dans *Faciliter l'occupation : l'avancement d'une vision de l'ergothérapie en matière de santé, bien-être et justice à travers l'occupation*. Polatajko H. J., Townsend, E.A., p. 27. Ottawa, Ontario : Publications ACE.
- Uguz, F., Çiçek, E., Salli, A., Karahan, A. Y., Albayrak, I., Kaya, N., et Ugurlu, H. (2010). Axis I and Axis II psychiatric disorders in patients with fibromyalgia. *General Hospital Psychiatry, 32*(1), 105-107.
- White, L. A., Birnbaum, H., G., Kaltenboeck, A., Tang, J., Mallett, D., et Robinson, R. L. (2008). Employees with fibromyalgia : Medical comorbidity, Healthcare costs, and work loss. *Journal of Occupational and Environmental Medicine, 50*(1), 13-24.
- Williams, D. A. et Arnold, L. M. (2011). Measures of Fibromyalgia. *Arthritis Care & Research, 63* (S11), S86-S97.
- Wolfe, F., Clauw, D. J., Fitzcharles M.-A., Goldenberg, D. L., Katz, R. S., Mease, P., Russell, A.S., Russell I. J, Winfield, J. B., et Yunus, M. B. (2010). The American College of Rheumatology Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia and Measurement of Symptom Severity. *Arthritis Care et Research. 62* (5), 600–610.
- Wolfe, F., Hassett, A. L., Katz, R. S., Michaud, K., & Walitt, B. (2011). Do We Need Core Sets of Fibromyalgia Domains? The Assessment of Fibromyalgia (and Other Rheumatic Disorders) in Clinical Practice. *Journal of Rheumatology, 38*(6), 1104-1112.
- Wolfe, F., et Hawley, D. J. (1991). Pain, disability, and pain/disability relationships in seven rheumatic disorders: a study of 1,522 patients. *The Journal Of Rheumatology, 18*(10), 1552-1557.
- Wolfe, F., Hawley, D. J., Goldenberg, D. L., Russell, I. J., Buskila, D., et Neumann, L. (2000). The assessment of functional impairment in fibromyalgia (FM): Rasch analyses of 5 functional scales and the development of the FM Health Assessment Questionnaire. *Journal of Rheumatology, 27*(8), 1989-1999.

Wolfe, F., Smythe, H. A., Yunus, M. B., Bennett, R.M., Bombardier, C., Golderberg et al. (1990). The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia: report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis & Rheumatism*, 1990; 33:160–72.

ANNEXE 1

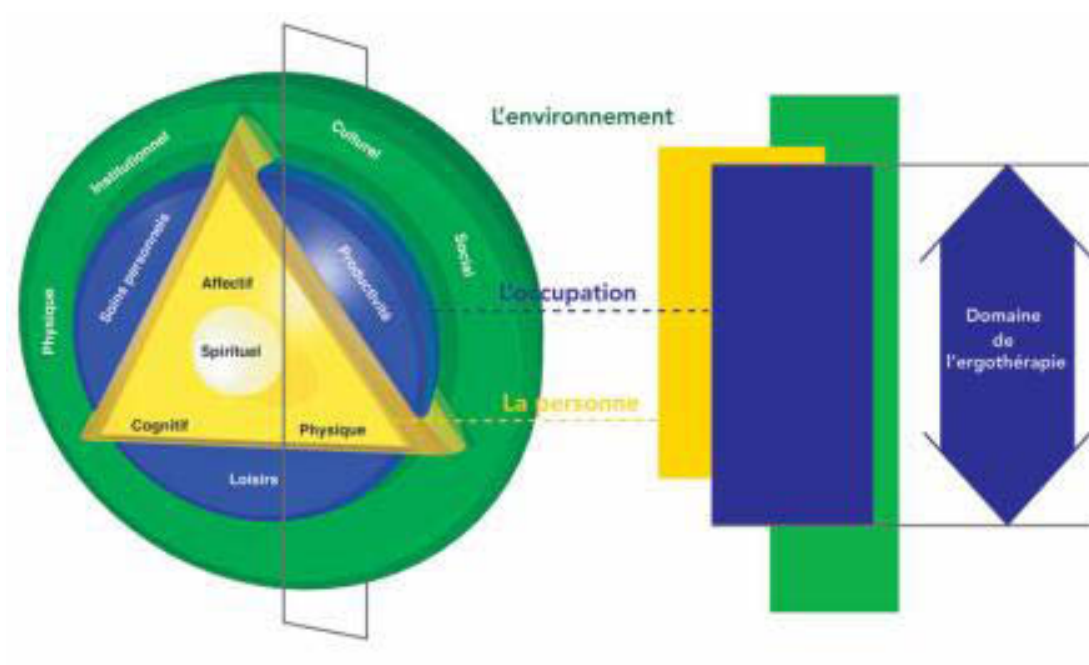


Figure 1 : Modèle canadien du rendement occupationnel – participation (MCRO-P).

Source : Townsend E. A., Polatajko, H. J., & Craik, J. (2008). Modèle canadien du rendement occupationnel et de participation (MCRO-P). Dans *Faciliter l'occupation : l'avancement d'une vision de l'ergothérapie en matière de santé, bien-être et justice à travers l'occupation*. Polatajko H. J., Townsend, E.A., p. 27. Ottawa, Ontario : Publications ACE.

Permission obtenue de l'Association canadienne des ergothérapeutes pour ajouter le graphique du modèle dans cet essai.