

**Faculté des sciences de la motricité**

**La fibromyalgie et le Trouble  
Déficient de l'Attention avec  
ou sans Hyperactivité : relation  
et implications cliniques**

Production d'une brochure

Auteures : Nina Duytschaever et Marine Monnier  
Promotrice : Christine Detrembleur  
Année académique 2023-2024  
Master en kinésithérapie et réadaptation [60.0] – KINE2M

## TABLE DES MATIÈRES

<b>REMERCIEMENTS</b> .....	3
<b>LISTE DES ABRÉVIATIONS</b> .....	4
<b>PRÉAMBULE</b> .....	5
<b>Partie I : Revue narrative de la littérature : la relation entre le TDA/H et la fibromyalgie</b> .....	7
<b>1. INTRODUCTION</b> .....	7
1.1. La fibromyalgie.....	7
1.2. Le Trouble Déficitaire de l'Attention avec ou sans Hyperactivité.....	8
1.3. Objectif.....	9
<b>2. METHODE</b> .....	9
2.1. Bases de données .....	9
2.2. Critères d'éligibilité .....	11
2.3. Sélection des études .....	11
<b>3. RÉSULTATS</b> .....	11
3.1. Sélection des études .....	11
<b>4. DÉVELOPPEMENT</b> .....	13
4.1. Prévalence et critères diagnostics .....	13
4.2. Impact de la relation sur la qualité de vie .....	19
4.3. Le rôle des dimensions de l'inattention et de l'hyperactivité/impulsivité .....	20
4.4. Troubles cognitifs comorbides.....	20
4.5. Troubles psychiatriques comorbides.....	21
4.6. Autres comorbidités associées .....	22
4.7. Physiopathologie.....	23
<b>5. CONCLUSION</b> .....	25
<b>6. PERSPECTIVES</b> .....	26
<b>Partie II : Pistes d'adaptation pour la prise en charge de patients atteints de fibromyalgie et du TDA/H</b> .....	27
<b>1. MÉTHODE</b> .....	27
1.1. L'élaboration du guide d'entretien .....	27
1.2. Collecte de données .....	28
1.3. Retranscription.....	28
1.4. Analyse des données .....	29
<b>2. DÉVELOPPEMENT</b> .....	29
2.1. La fibromyalgie.....	30
2.2. Le TDA/H .....	41
2.3. Recommandations des professionnels .....	45
2.4. Conclusion générale.....	47
<b>Partie III : La brochure</b> .....	48
<b>1. INTRODUCTION</b> .....	48
<b>2. PROBLÉMATIQUE</b> .....	48
<b>3. RÉFLEXION SUR L'UTILITÉ D'UNE BROCHURE</b> .....	49
<b>4. OBJECTIFS</b> .....	49
<b>5. MÉTHODE DE CONCEPTION DE LA BROCHURE</b> .....	49
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	51
<b>ANNEXES</b> .....	60

## REMERCIEMENTS

Au cours de l'élaboration de notre mémoire, nous avons été profondément touchées par le soutien et l'expertise généreusement partagés par de nombreuses personnes, sans lesquelles ce travail n'aurait pas été possible. Nous aimerions leur dire merci.

Tout d'abord, nous souhaitons exprimer notre profonde gratitude envers les professionnels qui ont consacré leur temps et leur expertise à notre projet.

Nous tenons également à remercier chaleureusement notre promotrice, Christine Detrembleur, dont les conseils avisés, la bienveillance et la disponibilité ont été des piliers essentiels tout au long de la rédaction de notre mémoire.

Nous adressons également nos remerciements à l'Université catholique de Louvain pour la qualité de son enseignement. Nous sommes reconnaissantes d'avoir pu évoluer dans un environnement propice à l'apprentissage et à la recherche.

Un immense merci à nos amis, nos familles, et notamment Madeleine Siméon, Claire Siméon, et Marie-Laure Fauconnier, qui méritent une mention spéciale pour leur soutien indéfectible et leur contribution inestimable tout au long de la création de notre mémoire. Leur investissement et leurs relectures ont grandement enrichi la qualité de notre travail.

Enfin, nous sommes reconnaissantes envers le jury pour l'attention portée à notre mémoire.

## **LISTE DES ABRÉVIATIONS**

- FM= Fibromyalgie
- TDA/H= Trouble Déficitaire de l'Attention avec ou sans Hyperactivité
- TDAH= Trouble Déficitaire de l'Attention avec Hyperactivité
- ACR= American College of Rheumatology
- IDD= Index de douleurs diffuses
- SS= Échelle de sévérité des symptômes (SS)
- APA= American Psychiatric Association
- DSM-IV= Quatrième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux
- DSM-5= Cinquième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux
- WHO= World Health Organization
- OMS= Organisation Mondiale de la Santé
- ASRS= Adult ADHD Self-Report Scale
- ADHD= Attention Deficit Hyperactivity Disorder
- DIVA= Diagnostic interview for ADHD in adults
- WURS= Wender Utah Rating Scale
- QdV= Qualité de vie
- SNC= Système nerveux central
- SJSR= Syndrome des jambes sans repos
- IRM= Imagerie par résonance magnétique
- EULAR= European League Against Rheumatism

## PRÉAMBULE

En mars 2023, nous avons entamé nos recherches sur le sujet de notre mémoire. L'une d'entre nous a un frère atteint de Trouble Déficitaire de l'Attention avec Hyperactivité (TDAH) et a remarqué que son impulsivité, son inattention et son hyperactivité le rendaient plus sujet aux accidents et aux blessures que la normale. Ainsi, nous avons pris la décision d'explorer le sujet du Trouble Déficitaire de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDA/H). Plusieurs questions nous sont alors venues à l'esprit : les patients atteints de TDA/H sont-ils plus susceptibles de subir des blessures nécessitant une rééducation kinésithérapeutique que la normale? Faut-il adapter leur prise en charge? Un programme de kinésithérapie pourrait-il être bénéfique pour les enfants TDA/H ayant des problèmes moteurs? La kinésithérapie pourrait-elle améliorer les symptômes du TDA/H?

Nous avons donc commencé notre recherche documentaire pour répondre à ces interrogations. Nous avons utilisé des mots-clés tels que "trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité", "TDA/H", "kinésithérapie", "accidents", "blessures", "contrôle moteur", "activité physique", "fonction motrice", "traumatisme", "exercice", "fonction exécutive", etc. Malheureusement, bien que ces questions avaient attiré notre attention, la littérature étant encore limitée, nous n'avons pas pu les sélectionner pour le choix du sujet de notre mémoire.

Cependant, nos recherches nous ont permis de constater que le TDA/H était associé à toute une série de comorbidités, tels que l'épilepsie, l'anxiété, l'asthme, les troubles liés à la consommation de substances, l'obésité, les troubles de la coordination, la dépression, les troubles du sommeil, et aussi la fibromyalgie. Cette dernière a particulièrement retenu notre attention.

Nous avons noté qu'un nombre significatif de patients atteints de fibromyalgie présentaient également un TDA/H, une relation peu connue des professionnels de la santé. En effet, ces conditions relèvent de spécialités différentes, l'une se concentrant principalement sur la sphère du bien-être physique chez l'adulte, alors que l'autre se focalise essentiellement sur le bien-être psychologique, surtout chez les enfants. Ceci implique qu'il y a peu d'interactions entre les deux spécialités.

Nous avons pris conscience de l'importance de sensibiliser davantage les professionnels de la santé à cette relation pour que les patients puissent être correctement diagnostiqués et pris en charge. De plus, la dualité corps-esprit présente dans ces deux troubles nous a fort intriguées, ce qui nous a naturellement amenées à choisir ce sujet pour notre mémoire.

Nous avons décidé de diviser ce dernier en 3 parties. En effet, notre mémoire comporte plusieurs objectifs et nous voulons les traiter au mieux ainsi qu'assurer une cohérence pour le lecteur.

La première partie consiste en une revue narrative qui traite de la relation entre la fibromyalgie et le TDA/H. Son but est de la définir et de la rendre plus visible et compréhensible aux yeux des professionnels de la santé.

La deuxième partie aborde les pistes d'adaptation à envisager pour prendre en charge les patients atteints de fibromyalgie et de TDA/H. Cette partie est basée sur une recherche documentaire appuyée par des entretiens qualitatifs effectués avec des professionnels de la santé.

Enfin, la troisième se concentre sur la création d'une brochure informative à destination des professionnels de la santé. Cette dernière a pour objectif de conscientiser les professionnels sur l'existence d'une relation entre ces deux conditions et de leur proposer des suggestions d'adaptation pour améliorer leur prise en charge.

## *Partie I : Revue narrative de la littérature : la relation entre le TDA/H et la fibromyalgie*

Cette première partie du mémoire se base sur la question de recherche : « Quelle est la nature et l'ampleur de la relation entre le Trouble Déficitaire de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDA/H) et la fibromyalgie (FM) chez les adultes, en termes de prévalence, de comorbidité, de physiopathologie, et d'impact sur les symptômes et la qualité de vie ? ».

### **1. INTRODUCTION**

#### **1.1. La fibromyalgie**

La fibromyalgie est un trouble fréquent du système musculo-squelettique (Yılmaz & Tamam, 2018). En effet, après l'arthrose, la FM est la plus souvent rencontrée chez les rhumatologues (Golimstok et al., 2015). Ce syndrome se présente comme un trouble de la sensibilité centrale (Bou Khalil et al., 2018), accompagné de douleurs chroniques diffuses, de troubles du sommeil, de fatigue, de troubles cognitifs et de symptômes psychiatriques (Goldenberg, s. d.; Wolfe et al., 2016).

Il est plus courant de diagnostiquer la FM chez les individus âgés entre 20 et 55 ans, avec un ratio de 6 femmes pour 1 homme (Goldenberg, s. d.). La prévalence dans la population se situe entre 2 et 5% (Wolfe et al., 1995).

La complexité de ce trouble de la douleur est qu'il est accompagné de diverses comorbidités. Parmi celles-ci, les patients rapportent fréquemment des troubles cognitifs tels que des altérations de la mémoire et de la vigilance mentale, des oublis, et des difficultés d'attention, regroupés sous le terme de 'fibro fog' (Bou Khalil et al., 2018; Glass, 2008; Türkoğlu, 2021). Une méta-analyse a indiqué que les difficultés cognitives sont un groupe de symptômes significatifs dans la FM (Bell et al., 2018). La douleur serait responsable des perturbations cognitives mais il est également envisageable que les difficultés cognitives puissent contribuer au maintien ou à l'aggravation des problèmes de douleur dans la FM (Glass, 2008).

Les personnes atteintes de FM sont aussi plus susceptibles de recevoir un diagnostic de maladie psychiatrique que les personnes en bonne santé (Yılmaz & Tamam, 2018). Parmi les problèmes psychiatriques courants chez ces patients se trouvent les troubles anxieux et la dépression (Elboğa, 2020). Aussi bien l'anxiété que la dépression sont des facteurs bien connus augmentant le risque de souffrir de douleur et d'invalidité chez les patients souffrant de FM (Karaş et al., 2020).

### **1.2. Le Trouble Déficitaire de l'Attention avec ou sans Hyperactivité**

Le Trouble du Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDA/H) est un trouble neurodéveloppemental qui survient dès l'enfance (Pallanti et al., 2021; Türkoğlu, 2021). Classiquement, il se manifeste soit par une présentation prédominante d'hyperactivité/impulsivité, soit par une présence majoritaire d'inattention, ou alors par une combinaison mixte de ces symptômes (Bou Khalil et al., 2018; van Rensburg et al., 2018).

Même si le TDA/H est souvent observé chez les enfants, il est important de noter que ce trouble persiste également à l'âge adulte (Baji et al., 2023), surtout pour la dimension d'inattention (van Rensburg et al., 2018). En effet, environ deux tiers des personnes diagnostiquées avec le TDA/H durant leur enfance conservent ce trouble à l'âge adulte (Yılmaz & Tamam, 2018), avec une prévalence dans la population de 2,5% (Simon et al., 2009).

Tout comme la FM, le TDA/H est associé à des difficultés cognitives (Arnsten, 2006; van Rensburg et al., 2018) et à des comorbidités psychiatriques telles que l'anxiété et la dépression (Choi et al., 2022; Fayyad et al., 2007).

Les individus atteints de TDA/H ont des niveaux de douleur considérablement plus élevés et une douleur plus diffuse par rapport à ceux sans TDA/H (Stray et al., 2013; Türkoğlu, 2021). Il est possible que cela soit causé par des problèmes d'inhibition motrice et à une augmentation du tonus musculaire que l'on retrouve chez les personnes atteintes de ce trouble (Stray et al., 2013). Le mode de vie des personnes atteintes de TDA/H pourrait également les rendre plus vulnérables face à certaines affections somatiques (Instanes et al., 2018).

### **1.3. Objectif**

Cette revue narrative de la littérature vise à explorer la relation entre la fibromyalgie (FM) et le Trouble Déficitaire de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDA/H). Cette association reste relativement peu étudiée et peu connue dans le domaine médical en raison de l'écart entre les spécialités concernées. De plus, la FM prédomine chez les femmes adultes tandis que le TDA/H est plus souvent diagnostiqué chez les garçons pendant l'enfance, ce qui accentue donc encore l'écart entre ces deux conditions pathologiques. Néanmoins, cette association pourrait avoir des répercussions significatives sur la prise en charge clinique et le traitement des patients atteints des deux affections.

Par conséquent, cette revue narrative a pour objectif d'approfondir cette relation en étudiant sa prévalence, ses comorbidités, son impact sur la qualité de vie et les caractéristiques communes de la physiopathologie. Ces aspects sont passés en revue afin d'avoir une vision plus globale de ce qui relie ces deux conditions.

## **2. METHODE**

### **2.1. Bases de données**

La recherche bibliographique portant sur la relation entre la FM et le TDA/H s'est principalement effectuée à l'aide de deux bases de données : PubMed et Embase. Pour garantir l'exhaustivité, nous avons inclus d'autres articles pertinents à notre question de recherche qui ne proviennent pas de ces bases de données. De plus, nous avons également utilisé des références supplémentaires pour renforcer théoriquement nos observations. La période de recherche s'est déroulée entre mai 2023 et mars 2024 inclus.

Le développement de l'équation de recherche a été basé sur la méthode PICO (**Tableau 1**).

*Tableau 1 : Critères PICO utilisés pour l'équation de recherche*

<b>Critères PICO</b>	<b>En français</b>	<b>MeSH en anglais</b>	<b>Termes anglais associés</b>
<b>« Population » : Patient ou Problème</b>	Adulte, Fibromyalgie, Trouble du Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité, TDA/H	Adult, Fibromyalgia, Attention Deficit Hyperactivity Disorder, ADHD	Adult, Adults, Fibromyalgia, Fibromyalgias, Attention deficit disorder with hyperactivity, Attention, deficit, hyperactivity, disorder, Attention deficit hyperactivity disorder, ADHD
<b>« Intervention »</b>			
<b>« Comparator » : Critères de jugement</b>			
<b>« Outcome » : Critère de jugement</b>			

Ce qui a découlé à l'équation de recherche suivante utilisée dans « PubMed » :

("attention deficit disorder with hyperactivity"[MeSH Terms] OR ("attention"[All Fields] AND "deficit"[All Fields] AND "disorder"[All Fields] AND "hyperactivity"[All Fields]) OR "attention deficit disorder with hyperactivity"[All Fields] OR ("attention"[All Fields] AND "deficit"[All Fields] AND "hyperactivity"[All Fields] AND "disorder"[All Fields]) OR "attention deficit hyperactivity disorder"[All Fields] OR ("attention deficit disorder with hyperactivity"[MeSH Terms] OR ("attention"[All Fields] AND "deficit"[All Fields] AND "disorder"[All Fields] AND "hyperactivity"[All Fields]) OR "attention deficit disorder with hyperactivity"[All Fields] OR "adhd"[All Fields])) AND ("fibromyalgia"[MeSH Terms] OR "fibromyalgia"[All Fields] OR "fibromyalgias"[All Fields]) AND ("adult"[MeSH Terms] OR "adult"[All Fields] OR "adults"[All Fields] OR "adult s"[All Fields])

## 2.2. Critères d'éligibilité

Nous avons défini des critères d'inclusion et d'exclusion afin d'obtenir une sélection finale des articles qualitative et pertinente quant à notre question de recherche (**Tableau 2**).

*Tableau 2 : Critères d'inclusion et d'exclusion*

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
→ Porte sur la question de recherche	→ Ne traite pas du sujet
→ En anglais	→ Autre langue que l'anglais
→ Inclut des sujets adultes (>18 ans)	→ Porte sur des sujets enfants/adolescents (<18 ans)
	→ Pas d'accès au texte intégral

## 2.3. Sélection des études

Les articles obtenus sur Embase et PubMed, provenant de l'équation de recherche, ont été exportés vers le logiciel Zotero 6. Ceux-ci ont été regroupés et les doublons ont été éliminés. Un premier tri a ensuite été effectué par les deux auteures séparément à partir des titres et/ou résumés en se basant sur les critères d'éligibilité déterminés auparavant. Les deux auteures ont parcouru entièrement les articles choisis comme pertinents à la question de recherche pour faire la sélection finale et déterminer les études qui seraient incluses dans cette revue de littérature. Des références supplémentaires traitant de la relation entre les deux conditions et d'autres permettant d'enrichir les découvertes ont également été ajoutées.

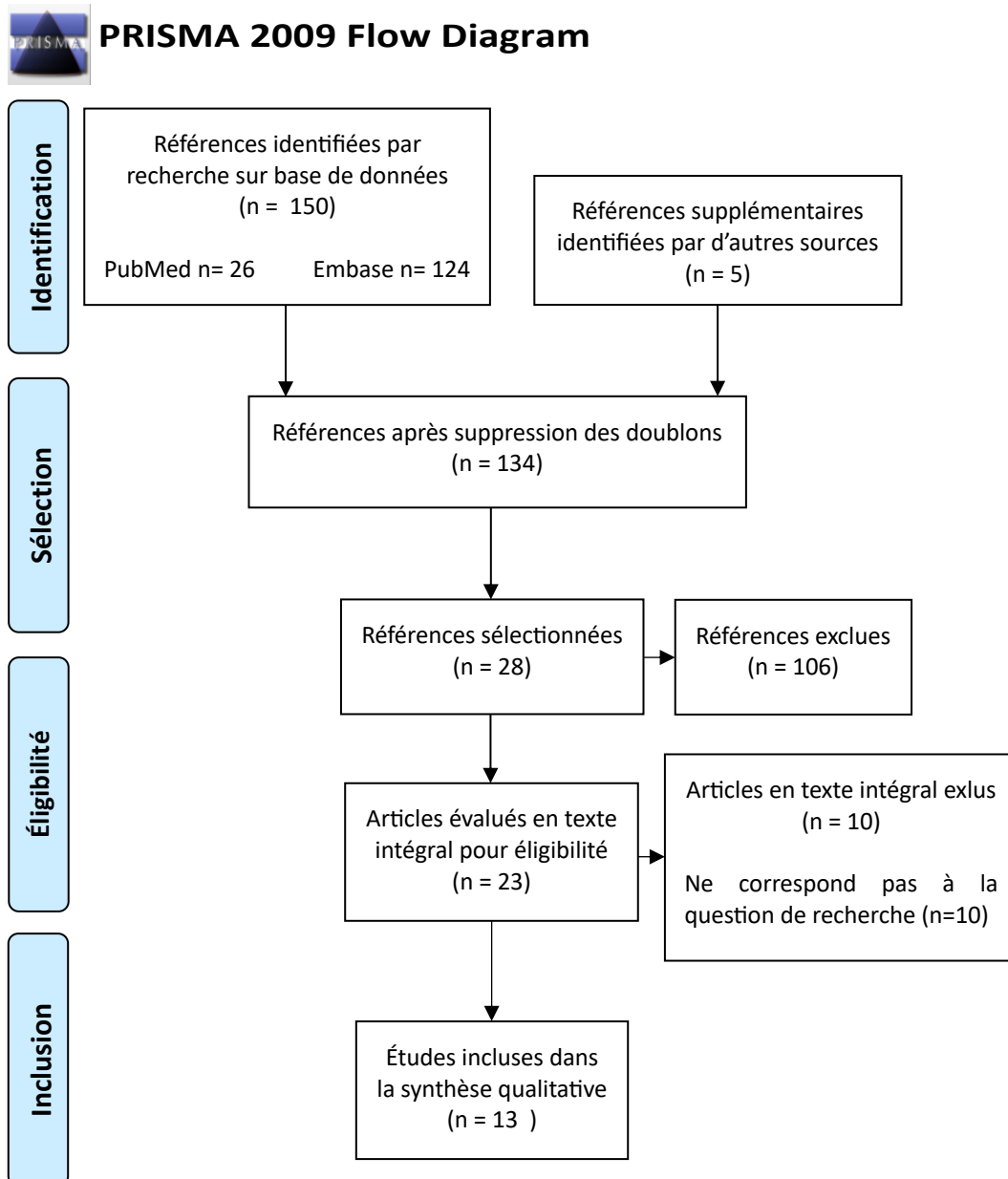
# 3. RÉSULTATS

## 3.1. Sélection des études

L'équation de recherche utilisée dans PubMed et Embase a généré respectivement 26 et 124 résultats, totalisant ainsi 150 références. Pour assurer une sélection exhaustive, cinq références supplémentaires ont été ajoutées. Après avoir éliminé les 16 doublons identifiés par le logiciel Zotero 6, il restait 134 références. Une première sélection basée sur les titres et les résumés effectuée par les deux auteures a abouti à un résultat de 28 références. Parmi celles-ci, l'accès au texte intégral de 5 articles n'était pas disponible. Finalement, les deux auteures ont lu intégralement

23 articles pour déterminer leur éligibilité. Après un accord entre elles, 13 études ont été incluses dans cette revue de littérature. Cela est détaillé sur le diagramme de flux PRISMA (**Figure 1**). D'autres références ont aussi été ajoutées pour détailler les observations.

Figure 1 : diagramme de flux PRISMA



## 4. DÉVELOPPEMENT

### 4.1. Prévalence et critères diagnostics

#### *Prévalence*

Dans un premier temps, pour mieux comprendre l'ampleur de la relation entre le TDA/H et la FM, nous présenterons les résultats d'études portant sur cette question. Quatre d'entre elles ont analysé le nombre de patients atteints de TDA/H au sein d'un groupe de personnes atteintes de FM (**Tableau 3**), tandis qu'une autre a étudié le pourcentage de patients avec la FM au sein d'un groupe atteint de TDA/H (**Tableau 4**).

Les résultats de ces études ont révélé une fréquence de co-occurrences de ces deux conditions allant de 24,5 % à 44,72 %, une relation principalement observée chez les femmes. D'autres études, non incluses dans notre sélection en raison de l'indisponibilité du texte intégral, ont également évalué cette relation et ont trouvé des résultats similaires selon les résumés consultés.

#### *Diagnostic de la fibromyalgie*

Toutes ces études ont utilisé les critères de l'American College of Rheumatology (ACR) pour établir le diagnostic de la FM. Cependant, une seule a adopté les critères les plus récents, datant de 2016, élaborés par Wolfe et al. (2016), qui requièrent que trois conditions soient remplies pour poser le diagnostic :

- Symptômes présents à ce niveau pendant au moins 3 mois
- Index de douleurs diffuses (IDD)  $\geq 7$  et échelle de sévérité des symptômes (SS)  $\geq 5$  ou IDD entre 4-6 et échelle SS  $\geq 9$
- Douleurs généralisées définies par la présence de douleurs dans au moins 4 des 5 régions. Les douleurs des mâchoires, de la poitrine et de l'abdomen ne sont pas incluses dans la définition de douleur généralisée. De plus, le diagnostic de FM est validé indépendamment d'autres diagnostics. Celui de FM n'exclut pas d'autres maladies cliniquement importantes.

A la différence des critères précédents, les critères de l'ACR 2016 demandent la présence de zones douloureuses plutôt que des points sensibles à la pression, éliminant ainsi la nécessité d'un examen physique, ce qui simplifie le diagnostic. Ils prennent également en compte la symptomatologie globale du patient, allant de la

douleur et de la fatigue, aux troubles du sommeil et aux symptômes cognitifs, ce qui permet une approche plus exhaustive dans l'approche diagnostique (Wolfe et al., 2016).

Trois autres études ont utilisé les critères de l'ACR 2010 qui demandent 3 conditions :

- Symptômes présents à ce niveau pendant au moins 3 mois
- Index de douleurs diffuses (IDD)  $\geq 7$  et échelle de sévérité des symptômes (SS)  $\geq 5$  ou IDD entre 3-6 et échelle SS  $\geq 9$
- Une douleur qui ne peut pas être expliquée par un autre trouble.

Ces critères, par rapport à ceux de 1990, privilégient l'identification d'une douleur généralisée plutôt que la présence de points sensibles à la pression. De plus, ils intègrent la notion de durée des symptômes, absente dans les critères de l'ACR 1990 (van Rensburg et al., 2018).

Finalement, la dernière étude s'est basée sur les critères de l'ACR 1990 (Wolfe et al., 1990), qui ne prennent pas en compte les symptômes cognitifs. Cela a été délibérément choisi car les auteurs ont émis l'hypothèse que le meilleur moyen d'évaluer la relation entre la FM et le TDA/H était d'éliminer la sphère des symptômes cognitifs. Ces critères demandent :

- Une histoire de douleurs diffuses
- La présence de 11 points sensibles à la palpation sur 18, avec une douleur chronique diffuse dans les 4 quadrants du corps du patient.

### *Diagnostic du TDA/H*

Pour le diagnostic du TDA/H, les études incluses ont utilisé différentes méthodes d'évaluation :

- Les critères publiés par l'American Psychiatric Association (APA) du DSM-5 : selon la cinquième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, le diagnostic du TDA/H chez l'adulte nécessite le respect des critères suivants :

- Présence d'au moins 5 des 9 critères liés aux déficits d'attention et/ou d'au moins 5 des 9 critères concernant l'hyperactivité et l'impulsivité, et que ceux-ci ont persisté au moins 6 mois.
- Apparition de certains symptômes avant l'âge de 12 ans.
- Présence de plusieurs symptômes dans deux environnements ou plus.
- Preuves évidentes de l'impact des symptômes sur le fonctionnement social, académique ou professionnel.
- Les symptômes ne peuvent être mieux expliqués par une autre condition médicale ou un trouble mental.

Les critères, publiés par l'APA pour détecter le TDA/H chez les enfants sont similaires à ceux utilisés pour les adultes, mais nécessitent la présence de 6 critères dans les domaines du déficit de l'attention et/ou de l'hyperactivité/impulsivité au lieu de 5.

- DIVA 2.0 : le DIVA est un guide d'entretien diagnostique pour le TDA/H chez l'adulte, basé sur les critères du DSM-IV (Pallanti et al., 2021).
- WHO ASRS : l'échelle d'auto-évaluation du TDA/H chez l'adulte a été développée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Ce questionnaire évalue les symptômes chez les adultes (Kessler et al., 2005). Il a une spécificité élevée de 99.5%. (van Rensburg et al., 2018).
- WURS : la Wender Utah Rating Scale sert à évaluer la présence et la sévérité du TDA/H pendant l'enfance, de façon rétrospective chez les adultes. Elle est utilisée comme un outil complémentaire dans l'évaluation du diagnostic du TDA/H chez les adultes. (Ward et al., 1993).
- DSM-IV : le DSM-IV est la version précédente du DSM-5. Les principales différences entre les deux versions sont les détails de la subdivision en différents sous-types, avec le DSM-5 qui apporte de nouvelles informations. Une autre distinction concerne l'âge d'apparition des symptômes : avant 7 ans pour le DSM-IV et avant 12 ans pour le DSM-5.

### *Conclusion*

La co-occurrence entre le TDA/H et la FM est significative comme en témoigne les études qui ont étudié cette relation. Cependant, les comorbidités somatiques du TDA/H n'ont pas encore reçu suffisamment d'attention (Instanes et al., 2018), tandis que les plaintes cognitives sont souvent négligées chez les patients souffrant de FM en raison du manque de critères diagnostiques (Bou Khalil et al., 2018; Türkoğlu, 2021). Dès lors, cette relation a été largement sous-estimée et nécessite davantage d'attention ainsi que la mise en place de critères de diagnostic plus précis pour mieux évaluer son ampleur.

Il est nécessaire de diagnostiquer correctement à la fois le TDA/H et la FM chez un patient. En effet, fournir un traitement standard pour la FM sans prendre connaissance du TDA/H du patient pourrait entraîner une réponse sous-optimale au traitement. Porter une attention particulière à l'égard des deux affections pendant la prise en charge pourrait entraîner des résultats bénéfiques, soulignant ainsi l'importance d'une communication étroite entre les professionnels de la santé qui traitent à la fois le TDA/H et la FM.

**Tableau 3 : Prévalence du TDA/H chez les personnes atteintes de la FM**

Auteurs + date	Diagnostique	Caractéristiques	Participants	Contrôle	FM	Contrôle + TDA/H	FM + TDA/H
(Türkoğlu, 2021)	FM : critères de l'ACR 2016  TDA/H : critères du DSM-5	<b>Nombre</b>	N= 153	N= 40 (26%)	N= 113 (74%)	N= 2 (5%)	N= 44 (38.9%)
		<b>Sex-Ratio</b>	Femmes N=153 (100%)	Femmes N= 40 (100%)	Femmes N= 113 (100%)	Femmes N= 2 (100%)	Femmes N=44 (100%)
		<b>Age (années)</b>	18-65	40.52 ± 10.72	41.38 ± 9.86	NC	NC
(Pallanti et al., 2021)	FM : critères de l'ACR 2010  TDA/H : DIVA 2.0	<b>Nombre</b>	N= 106	/	N= 106	/	N= 26 (24.5%)
		<b>Sex-Ratio</b>	Hommes N= 11 (10.4%) Femmes N= 95 (89.6%)	/	Hommes N= 11(10.4%) Femmes N= 95 (89.6%)	/	Hommes N=0 (0%) Femmes N= 26 (100%)
		<b>Age (années)</b>	41.70 ± 8.18	/	41.70 ± 8.18	/	47.65 ± 8.56
(Yılmaz & Tamam, 2018)	FM : critères de l'ACR 2010  TDA/H adulte : critères du DSM-5  TDA/H enfant : critères APA du DSM-5	<b>Nombre</b>	N= 132	N= 54 (41%)	N= 78 (59%)	TDA/H adulte N= 4 (7.4%)  TDA/H enfant N=6 (11.1%)	TDA/H adulte N= 23 (29.5%)  TDA/H enfant N=26 (33.3%)
		<b>Sex-Ratio</b>	Femmes (100%)	Femmes (100%)	Femmes (100%)	Femmes (100%)	Femmes (100%)
		<b>Age (années)</b>	18-55	39.9 ± 8.92	40.3 ± 9.39	NC	NC
(van Rensburg et al., 2018)	FM : critères de l'ACR 2010  TDA/H : WHO ASRS	<b>Nombre</b>	N= 123	/	N= 123	/	N= 55 (44.72%)
		<b>Sex-Ratio</b>	Hommes N= 15 (12.02%) Femmes N=108 (87.80%)	/	Hommes N= 15 (12.02%) Femmes N=108 (87.80%)	/	NC
		<b>Age (années)</b>	49.89 ± 12.08	/	49.89 ± 12.08	/	NC

*Note : NC= non communiqué ; TDA/H= Trouble du Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité ; FM= fibromyalgie ; DSM= Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux ; ACR= American college of rheumatology ; DIVA= entretien diagnostique pour le TDAH chez l'adulte ; APA= American Psychiatric association ; WHO ASRS= échelle d'auto-évaluation des TDAH chez l'adulte de l'organisation mondiale de la santé*

*Tableau 4 : Prévalence de la FM chez les personnes atteintes du TDA/H*

<b>Auteurs + date</b>	<b>Diagnostique</b>	<b>Caractéristiques</b>	<b>Participants</b>	<b>Contrôle</b>	<b>TDA/H</b>	<b>Contrôle + FM</b>	<b>TDA/H + FM</b>
(Golimstok et al., 2015)	TDA/H : critères du DSM-IV et WURS  FM : critères de l'ACR 1990	<b>Nombre</b>	N= 487 (contrôle + TDA/H + CC)	N= 71	N= 154	N= 0 (0%)	N= 38 (24.7%)
		<b>Sex-Ratio</b>	Hommes N= 192 (39.4%) Femmes N= 295 (60.6%)	Hommes N= 29 (40.8 %) Femmes N= 42 (59.1%)	Hommes N= 58 (37.7%) Femmes N= 96 (62.3%)	NC	NC
		<b>Age (années)</b>	60-86	60-83	60-83	NC	NC

*Note : NC= non communiqué ; TDA/H= Trouble du Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité ; FM= fibromyalgie ; DSM= Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux ; WURS= échelle d'évaluation de Wender-Utah ; ACR= American college of rheumatology ; CC= plaintes cognitives sans TDA/H.*

#### **4.2. Impact de la relation sur la qualité de vie**

La présence des symptômes du TDA/H chez les patients atteints de FM rend leurs symptômes plus sévères et compromet leur qualité de vie (QdV) (Pallanti et al., 2021; Türkoğlu, 2021; van Rensburg et al., 2018). Cet impact est d'autant plus important en présence de dépression (van Rensburg et al., 2018). Cependant, contrairement à la plupart des études, Karaş et al. (2020) ont trouvé que seuls les symptômes du TDA/H pendant l'enfance étaient associés à l'impact de la maladie et à l'exacerbation des symptômes chez les patients atteints de FM, le tout étant médié par la dépression et l'anxiété, tandis que les symptômes du TDA/H de l'adulte n'affecteraient pas la FM (Karaş et al., 2020).

L'existence des symptômes du TDA/H dans la FM est aussi associée à une altération de la fonctionnalité, surtout en présence de dépression et d'anxiété (Karaş et al., 2020; Pallanti et al., 2021). En effet, la gravité des symptômes du TDA/H impacte les domaines de la santé générale, de la santé psychologique, de la santé physique et de l'environnement (Türkoğlu, 2021), ce qui suggère qu'elle a un large spectre d'effets sur la QdV des patients. D'autres résultats proposent que le TDA/H influence également les activités professionnelles et sociales des patients (Pallanti et al., 2021). En revanche, une étude remet en question cette diminution de la fonctionnalité en indiquant que les symptômes du TDA/H ne sont pas directement liés à l'incapacité dans le contexte de la FM (van Rensburg et al., 2018).

Par ailleurs, la présence simultanée de ces deux troubles semble entraîner une utilisation plus fréquente d'opioïdes et des troubles liés à l'usage de sédatifs, d'hypnotiques ou d'anxiolytiques (Pallanti et al., 2021) ce qui peut mener à un phénomène de dépendance qui pourrait altérer la QdV.

Les études à venir devraient évaluer plus précisément l'ampleur de l'impact des symptômes liés au TDA/H sur la sévérité des symptômes et sur la fonctionnalité des personnes atteintes de FM. Cette approche offrirait une meilleure compréhension de la mesure dans laquelle la relation entre la FM et le TDA/H impacte la QdV des patients.

### **4.3. Le rôle des dimensions de l'inattention et de l'hyperactivité/impulsivité**

Plusieurs études ont étudié la relation entre la FM et le TDA/H, se concentrant particulièrement sur la sous-dimension de l'inattention du TDA/H en estimant que cet aspect prédomine chez les patients atteints de FM. Une étude s'est intéressée à la dimension de l'hyperactivité/impulsivité chez les patients souffrant de FM et a suggéré que non seulement la dimension de l'inattention, mais aussi celle de l'hyperactivité/impulsivité du TDA/H, joue un rôle dans la FM et qu'il est nécessaire d'évaluer ces dimensions de manière adéquate (Yılmaz & Tamam, 2018). Il serait donc intéressant que de futures études se penchent plus spécifiquement sur chacune de ces dimensions et leur implication dans la FM.

### **4.4. Troubles cognitifs comorbides**

Les personnes atteintes de FM peuvent présenter des altérations cognitives, en plus des douleurs articulaires et musculaires généralisées, de la fatigue et du sommeil agité (Wolfe et al., 2016). En effet, les patients déclarent régulièrement des dysfonctionnements cognitifs tels que des oublis, des difficultés d'attention, un temps de réaction ralenti, une incapacité à ignorer les informations non pertinentes, des problèmes de mémoire de travail et de vigilance mentale, ainsi que l'incapacité à effectuer plusieurs tâches simultanément, tous qualifiés sous le terme de « fibrofog » (Bou Khalil et al., 2018; Glass, 2008; Pallanti et al., 2021; Türkoğlu, 2021), pouvant être plus perturbants que la douleur (Türkoğlu, 2021). Les dysfonctionnements cognitifs, sont souvent ignorés en raison du manque de critères diagnostiques ou interprétés à tort comme étant seulement des conséquences de la dépression et de l'anxiété et non un trouble à part entière (Bou Khalil et al., 2018). Cependant les troubles cognitifs peuvent avoir un impact considérable sur la vie des patients (Türkoğlu, 2021).

Même si la douleur chronique a un effet interrupteur sur l'attention (Bou Khalil et al., 2018), les altérations cognitives dans la FM ne peuvent pas être entièrement expliquées par la douleur (Glass, 2008). De cette façon, il est nécessaire de trouver la véritable origine des symptômes cognitifs dans la FM (Golimstok et al., 2015) et de vérifier s'ils ne pourraient pas être partiellement expliqués par un TDA/H comorbide. En effet, les symptômes cognitifs occupent une place centrale dans la clinique du TDA/H et de la FM, et le « fibrofog » observé chez les patients atteints

de FM serait très similaire au TDA/H (Yılmaz & Tamam, 2018). Plusieurs études ont déjà entamé des recherches concernant cette association des troubles cognitifs dans la FM et le TDA/H.

Une d'entre elles, réalisée par Elboğa (2020) s'est principalement penchée sur l'alexithymie qui est un déficit dans la capacité à ressentir et à exprimer les émotions et qui est considérée comme un trouble lié aux dysfonctions cognitives. Ils ont révélé qu'elle est plus fréquemment observée chez les patients atteints de FM que chez un groupe sain. Ils ont émis comme hypothèse qu'une des raisons de cette fréquence élevée d'alexithymie chez les patients avec la FM pourrait être la présence d'un TDA/H comorbide, dans lequel on retrouve des processus émotionnels dysfonctionnels.

En plus de l'alexithymie, une étude a révélé que les difficultés de concentration et les troubles de la mémoire, qui sont des symptômes clés du TDA/H, étaient présentes respectivement chez 95% et 93% des patients FM (Zachrisson et al., 2002).

Une autre étude a indiqué que les symptômes cognitifs et émotionnels du TDA/H qui se retrouvent chez les patients atteints de FM pourraient amener au développement de symptômes dépressifs (Türkoğlu, 2021).

En conclusion, la FM et le TDA/H semblent partager toute une série de troubles cognitifs. Il est essentiel que de futures études approfondissent ce sujet pour déterminer l'étendue et l'origine de ce chevauchement des troubles cognitifs entre ces deux conditions.

#### **4.5. Troubles psychiatriques comorbides**

Chez les patients atteints de FM, on observe un taux significativement plus élevé de diagnostics de troubles psychiatriques, notamment de dépression et d'anxiété, par rapport à un groupe sain, que ce soit un diagnostic ultérieur à la FM ou actuel (Elboğa, 2020; Yılmaz & Tamam, 2018). Thieme et al. (2004) ont observé une comorbidité d'anxiété et de dépression chez respectivement 32,30% et 34,80% des patients atteints de FM. Cette comorbidité semble encore plus prononcée chez les

patients atteints à la fois de FM et de TDA/H. En effet, une étude a indiqué une fréquence plus élevée de dépression et d'anxiété dans un groupe présentant les deux conditions par rapport à un groupe atteint uniquement de FM, avec un taux atteignant jusqu'à 90,91 % dans le groupe FM + TDA/H qui ont été diagnostiqués avec de l'anxiété (van Rensburg et al., 2018). Cependant, contrairement à la plupart des recherches, une autre étude a rapporté que les troubles anxieux étaient plus fréquents chez les patients souffrant uniquement de FM par rapport à un groupe atteint à la fois de FM et de TDA/H (Pallanti et al., 2021). Il serait donc intéressant de continuer à étudier la prévalence et les mécanismes de cette relation dans les études à venir.

Des résultats montrent que plus le déficit d'attention augmente, plus la sévérité de la dépression augmente chez les patients atteints de FM (Elboğa, 2020). Cependant, l'anxiété et la dépression sont des facteurs qui augmentent le risque de douleur et d'incapacité liés à la FM, tout en diminuant la QdV (Karaş et al., 2020; Türkoğlu, 2021). Par conséquent, tous les patients doivent être méticuleusement évalués pour ces conditions lors du traitement afin de mettre en place la meilleure prise en charge possible centrée sur le patient.

#### **4.6. Autres comorbidités associées**

Les personnes atteintes de TDA/H présentent fréquemment plusieurs comorbidités, avec en moyenne trois conditions associées (Baji et al., 2023). De même, la FM est également associée à de nombreuses comorbidités.

D'autres comorbidités que les troubles cognitifs, anxieux, et dépressifs sont souvent observées à la fois dans la FM et le TDA/H. Parmi celles-ci, on peut retrouver le syndrome de fatigue chronique, un taux plus élevé d'accidents, des troubles sensoriels, ainsi que des troubles de l'humeur (Baji et al., 2023; Bou Khalil et al., 2018; Yılmaz & Tamam, 2018; Young & Redmond, 2007). Une étude a également montré que l'association de la FM et du TDA/H décuple la prévalence des troubles liés à l'usage de substances et principalement d'opioïdes, passant de 3,8 % pour ceux seulement atteints de FM à 38,5 % pour ceux atteints des deux conditions (Pallanti et al., 2021).

De plus, ces affections présentent une série de symptômes non spécifiques similaires, tels que des problèmes de sommeil, un manque d'énergie, une fatigue inexplicée, des troubles gastro-intestinaux, des douleurs musculosquelettiques généralisées, des symptômes cardiaques, des allergies, de l'agitation, etc. (Bou Khalil et al., 2018; Young & Redmond, 2007).

Des études futures pourraient se pencher plus précisément sur l'ensemble des comorbidités partagées par ces deux troubles et sur leurs implications dans la prise en charge. En effet, en raison de ces similitudes cliniques, ces deux affections pourraient partager des cibles thérapeutiques communes.

#### **4.7. Physiopathologie**

Une étude suggère que la FM ne constitue pas une affection totalement homogène, ce qui laisse penser qu'au moins un sous-groupe de patients atteints de FM partage la même origine étiologique que le TDA/H (Yılmaz & Tamam, 2018). En effet, la co-occurrence élevée du TDA/H et de la FM laisse entendre qu'il y a une convergence de mécanismes physiopathologiques entre ces deux affections (Karaş et al., 2020; Türkoğlu, 2021), d'autant plus que le système nerveux central (SNC) joue un rôle crucial dans les deux (Yılmaz & Tamam, 2018). Même si l'étiologie de la FM n'a pas encore été totalement élucidée (Bou Khalil et al., 2018; Pallanti et al., 2021; Türkoğlu, 2021), la sensibilisation centrale, correspondant à une augmentation de l'activité neurale dans la corne dorsale de la moelle épinière avec une inhibition des voies inhibitrices descendantes, est désormais considérée comme faisant partie de ce syndrome (Jay & Barkin, 2015).

Les dysfonctions de neurotransmissions similaires et la dysrégulation émotionnelle (incluant la dépression et l'anxiété) présente dans la FM et le TDA/H sont suggérées comme participant à la physiopathologie des deux affections (Karaş et al., 2020; Yılmaz & Tamam, 2018). Hudson et al. (2004) ajoutent que ces troubles partagent des facteurs de risques génétiques et des anomalies physiologiques qui peuvent également participer à une même source étiologique entre le TDA/H et la FM.

Une des premières explications d'un chevauchement de la neurobiologie entre la FM et le TDA/H est qu'ils partagent des dysfonctions similaires au niveau des voies

de neurotransmissions, principalement en ce qui concerne les voies de la dopamine qui jouent un rôle central dans la modulation de la perception de la douleur (Bou Khalil et al., 2018; Türkoğlu, 2021; Yılmaz & Tamam, 2018). Des perturbations dans les circuits dopaminergiques du SNC ont été effectivement observées à la fois dans la FM et dans le TDA/H (Bou Khalil et al., 2018; Pallanti et al., 2021; Türkoğlu, 2021). En effet, dans la FM, on retrouve une diminution de la répétition du gène récepteur D4 de la dopamine (DRD4), qui est normalement caractérisé par 7 répétitions polymorphiques (Goldenberg, s. d.; Hudson et al., 2004), et l'état hypodopaminergétique est également une caractéristique du TDA/H (Türkoğlu, 2021). Le syndrome des jambes sans repos (SJSR), qui est un trouble neurologique rendant l'endormissement difficile (Instanes et al., 2018), est souvent présent chez les patients atteints de TDA/H et ceux atteints de FM, avec une prévalence de 33% et 31% respectivement (Lopez et al., 2019; Yunus & Aldag, 1996). On considère ce syndrome comme une perturbation de la régulation de la dopamine (Lopez et al., 2019).

Bou Khalil et al. (2018) ont indiqué que le partage de la physiopathologie des deux troubles découlerait directement des conséquences du TDA/H durant l'enfance. Selon eux, la dysrégulation émotionnelle associée au TDA/H amène l'enfant à faire face à des événements stressants dès son plus jeune âge. De plus, l'impulsivité et l'hyperactivité des enfants atteints de TDA/H les rendent plus vulnérables aux accidents physiques. Les dommages psychologiques et physiques endurés pendant l'enfance induiraient un phénomène de sensibilisation dans les circuits de régulation de la douleur, favorisant ainsi l'apparition ou l'aggravation des symptômes de la FM à l'âge adulte.

Ce partage de l'étiologie a des conséquences pharmacologiques importantes. En effet, Young & Redmond (2007) ont indiqué que les effets des traitements stimulants du SNC, tels que le méthylphénidate utilisé dans le traitement du TDA/H, ont révélé une amélioration notable de la douleur et des difficultés cognitives chez les patients souffrants de FM.

En résumé, le TDA/H et la FM ont des mécanismes neurobiologiques communs, ce qui peut en partie expliquer leur co-occurrence (Bou Khalil et al., 2018; Golimstok

et al., 2015). Dans de futures études, il serait pertinent d'approfondir les mécanismes physiopathologiques communs aux deux conditions afin de mieux comprendre dans quelle mesure la FM et le TDA/H se chevauchent. De plus, des recherches futures devraient se pencher sur les mécanismes d'action des médicaments utilisés pour traiter chacun des deux troubles et leur éventuel effet positif sur l'autre trouble. Comme le TDA/H et la FM partagent une partie de leur physiopathologie, il est possible qu'il existe des traitements communs aux deux pathologies.

## **5. CONCLUSION**

Les recherches évaluant la relation entre la FM et le TDA/H ont montré une prévalence significative de co-occurrences entre ces deux troubles, particulièrement chez les femmes. Cette association s'explique en partie par le partage d'une multitude de comorbidités, allant des troubles psychiatriques aux troubles cognitifs, en passant par les troubles liés à l'usage de substances et même aux troubles de la sensibilité. La présence de nombreuses comorbidités communes entre ces affections participe ainsi au chevauchement observé. De plus, une autre explication réside dans le partage de bases étiologiques. En effet, des altérations dopaminergiques ont été diagnostiquées dans les deux troubles, et il est également suggéré que les conséquences du TDA/H pendant l'enfance pourraient amener ces individus à développer ou à aggraver la FM à l'âge adulte, par le biais d'un phénomène de sensibilisation centrale. Cela a des répercussions pharmacologiques importantes, notamment avec des résultats prometteurs qui ont été observés en utilisant le méthylphénidate, un traitement souvent prescrit pour le TDA/H, pour soulager les symptômes de la FM. Enfin, la présence de TDA/H chez des patients qui souffrent de FM peut avoir un impact considérable sur leur QdV en exacerbant leurs symptômes et en impactant leur fonctionnalité dans la vie de tous les jours.

## 6. PERSPECTIVES

La relation entre la FM et le TDA/H reste méconnue dans le domaine médical, ce qui demande des études futures afin de la définir avec plus de précision et d'approfondir notre compréhension de la situation. Voici quelques pistes de recherche prometteuses à explorer et à approfondir :

- Réaliser des études avec des échantillons élevés de patients et des critères diagnostiques rigoureusement définis afin de déterminer précisément la fréquence de la co-occurrence entre le TDA/H et la FM.
- Mener des études axées sur les hommes pour étudier la relation entre la FM et le TDA/H étant donné que la plupart des études jusqu'à présent ont étudié cette relation avec des échantillons principalement constitués de femmes.
- Déterminer dans quelle mesure le TDA/H est un facteur de risque potentiel de développer la FM en raison de sa capacité à provoquer une sensibilisation centrale.
- Mener des études portant sur les différentes sous-dimensions du TDA/H et déterminer leur impact spécifique sur la FM.
- Conduire des études supplémentaires afin d'analyser de manière précise l'influence des symptômes du TDA/H sur la FM.
- Synthétiser les comorbidités communes à la FM et au TDA/H, tout en déterminant leur influence et leur degré d'implication dans la prise en charge de ces deux affections.
- Continuer à se pencher sur les mécanismes physiopathologiques qui sont communs à la FM et au TDA/H.
- Déterminer les effets potentiellement bénéfiques de la médication utilisée pour l'un des troubles sur l'autre.

## *Partie II : Pistes d'adaptation pour la prise en charge de patients atteints de fibromyalgie et du TDA/H*

Dans cette deuxième partie, nous nous sommes penchées sur l'identification des points d'attention spécifiques à prendre en considération lors de la prise en charge des patients présentant à la fois la FM et le TDA/H. Pour mener à bien cette démarche, nous avons réalisé des entretiens avec des professionnels de la santé travaillant dans ces deux domaines. Ensemble, nous avons exploré tout le processus de prise en charge de ces patients afin de recueillir leurs recommandations concernant la prise en charge et ses aspects spécifiques. Cette approche qualitative nous semble pertinente, car les professionnels interrogés sont en première ligne et sont donc mieux placés pour nous fournir des conseils basés sur leur expérience. Pour renforcer les résultats des entretiens, nous les avons confrontés à la littérature existante. Notre but est de partager ces conseils, à travers une brochure, avec l'ensemble des professionnels, afin qu'ils puissent adapter au mieux leur prise en charge.

### **1. MÉTHODE**

#### **1.1. L'élaboration du guide d'entretien**

Nous avons décidé de mener des entretiens individuels semi-directifs avec des professionnels de la santé spécialisés dans le TDA/H ou la FM. Pour cela, nous avons créé un guide d'entretien avec une version pour les experts de la FM et un pour les experts du TDA/H (**annexe 1 et 2**) que nous avons divisé en 4 parties. La première sert d'introduction et porte sur la FM ou sur le TDA/H en fonction du professionnel de la santé interrogé. Elle permet d'établir des bases communes et de démarrer la discussion. La deuxième partie aborde la kinésithérapie dans le contexte de la FM ou du TDA/H. La troisième partie, au cœur de notre sujet, traite des pistes d'adaptation à envisager lors de la prise en charge. Elle se concentre essentiellement sur les adaptations spécifiques à envisager en ce qui concerne la communication, l'éducation thérapeutique, le plan émotionnel et les aspects globaux de la prise en charge. Enfin, la dernière partie interroge le professionnel quant à ses connaissances concernant la relation entre la FM et le TDA/H. Au cours des entretiens, d'autres questions ont été également ajoutées selon le déroulement de la discussion afin de

clarifier et d'approfondir certains sujets qui semblaient totalement pertinents face à notre question de recherche.

En conclusion, nous avons recueilli, par le biais de ces entretiens semi-directifs, l'expertise des professionnels du TDA/H et de la FM qui nous ont prodigué des conseils sur les modifications à apporter dans la prise en charge sur la base de leur expérience professionnelle.

## **1.2. Collecte de données**

Nous avons réalisé les entretiens soit en personne, soit via un appel téléphonique, en fonction de la préférence du professionnel de la santé interrogé. Tous les entretiens ont été enregistrés à l'aide de deux enregistreurs audios pour s'assurer d'avoir une copie de l'enregistrement en cas de problème technique avec l'un d'entre eux. Cette méthode nous a également permis d'obtenir des enregistrements audios avec des qualités différentes, ce qui a été utile lorsque certaines parties n'étaient pas compréhensibles sur l'un des deux enregistrements. Nous avons supprimé les enregistrements à la fin de notre travail.

Nous avons privilégié la réalisation des entretiens par les deux auteures lorsque cela était possible. En effet, nous avons considéré que les entretiens gérés à deux étaient préférables car cela nous permettait d'avoir une auteure qui s'assurait du bon suivi du guide d'entretien et qui vérifiait que nous restions bien dans le sujet lors de l'entretien, pendant qu'une autre se concentrait pleinement sur la conversation avec son interlocuteur. Un autre avantage d'être à deux pour la réalisation de l'entretien réside dans la différence de nos approches, cela nous incitait donc à poser une gamme de questions plus variées, garantissant de cette manière une approche la plus complète possible.

## **1.3. Retranscription**

Tous les entretiens ont été, dans un premier temps, retranscrits à l'aide de l'outil « dictée » sur Word. Par la suite, l'une des deux auteures a vérifié cette retranscription manuellement afin d'en corriger les erreurs, d'ajouter la ponctuation, et de mettre en forme le texte de l'entretien. Pour finir, la deuxième auteure, qui n'a pas effectué cette étape, s'est systématiquement chargée de

procéder à la vérification finale pour s'assurer de l'exactitude de la retranscription. Grâce à ces étapes, nous avons obtenu une retranscription fidèle à l'entretien pour nous permettre d'avoir une vue d'ensemble et de réaliser l'analyse des données.

#### **1.4. Analyse des données**

Après la retranscription de chaque entretien, les deux auteures ont effectué une première lecture intégrale de chacun d'entre eux pour identifier les termes émergents. Ensuite, nous avons collaboré pour sélectionner les thèmes pertinents que nous avons intégrés dans un tableau Excel. Les auteures ont ensuite relu tous les entretiens individuellement afin de classer les extraits dans les catégories correspondantes. Par la suite, une mise en commun a eu lieu pour déterminer les extraits finaux sélectionnés dans chaque catégorie. Au terme de ce processus, près de 200 extraits ont été catégorisés dans le tableau Excel. Cette approche nous a permis d'obtenir une vue d'ensemble des différents thèmes abordés lors des entretiens et de mener une analyse complète prenant en compte l'ensemble des informations recueillies. Finalement, les extraits les plus représentatifs, détaillés et pertinents de chaque thématique ont été soigneusement choisis puis intégrés dans cette seconde partie.

## **2. DÉVELOPPEMENT**

Nous avons pu mener cinq entretiens avec des professionnels du domaine de la FM. En ce qui concerne le TDA/H, malgré de nombreuses demandes, seul un entretien a pu être réalisé avec une professionnelle. Cependant, nous avons réussi à ce qu'une neuropsychologue spécialisée dans le TDA/H remplisse le guide d'entretien par écrit.

Par conséquent, pour cette partie, nous avons entrepris, dans un premier temps, d'examiner le processus de prise en charge d'un patient atteint de FM, en mettant en parallèle les thèmes qui ont émergé lors des entretiens avec ce que dit la littérature. Dans un second temps, nous avons abordé le sujet du TDA/H chez l'adulte en nous appuyant sur la littérature : sa complexité, ses principaux symptômes, les défis rencontrés lors du parcours diagnostique, les effets de la prise en charge, etc. Cette section vise à identifier les obstacles rencontrés dans le parcours des adultes atteints de TDA/H ainsi que les difficultés engendrées par ce

trouble. Nous avons ensuite inclus à cela des extraits de l'entretien semi-directif et du guide d'entretien rempli à l'écrit afin de relier la littérature à la réalité clinique.

## 2.1. La fibromyalgie

Lors de l'analyse de nos entretiens, deux points principaux sont ressortis concernant la prise en charge des patients atteints de FM. Le premier point concerne la partie communication et relation avec le patient, et le second concerne les points d'attention à surveiller lors de la prise en charge kinésithérapeutique. Nous traiterons donc ces deux sujets.

### 2.1.1. La communication

La communication occupe une place importante dans la prise en charge de la FM avec un TDA/H associé. En effet, nous nous sommes rendu compte lors de nos entretiens qu'un point d'honneur devait être attribué à l'échange avec le patient compte tenu de leur parcours et des défis qu'ils ont traversés et qu'ils continuent à traverser.

En effet, le parcours des patients souffrant de FM est souvent caractérisé par une errance médicale, avec un diagnostic retardé ou même erroné, ce qui entraîne des consultations répétées et des retards dans le traitement (Larun & Malterud, 2007; Raymond & Brown, 2000). La difficulté des médecins et des thérapeutes à accepter la nature complexe de la maladie accentue ce long parcours (Santiago et al., 2017).

*“Les premiers mois et les premières années souvent ça va être une lutte pour essayer de comprendre, de comprendre quelle est la nature de leur douleur et d'avoir des traitements efficaces.” (QUALI 1)*

En raison de l'invisibilité de la douleur, les patients sont confrontés à des soupçons de simulation de la maladie (Quintner, 2020), ce qui renforce le poids de stigmatisation déjà élevé (Ko et al., 2022).

*“Vous vous rendez compte, vous souffrez de douleurs qui ne sont, qui ne sont pas reconnues par la médecine et qui, ensuite qui ne sont pas visuelles, donc il n'y a, il n'y a aucun test que ce soit prise de sang ou autre technique IRM ou autre qui pourraient définir la fibromyalgie... Les thérapeutes, hein qui ont une vision, euh, biomédicale, ont très difficile à accepter le patient...” (QUALI 2)*

Cette stigmatisation et ce manque de compréhension, tant de la part des professionnels de la santé que de l'entourage (Santiago et al., 2017), entraînent un sentiment de désespoir et d'embarras chez les patients qui doivent souvent faire face aux aspects psychologiques de leur maladie (Arnold et al., 2008).

*“C'est cette difficulté de... d'être compris, reconnu par rapport à la maladie, par rapport aux symptômes par rapport à l'entourage.” (QUALI 1)*

Une fois le diagnostic posé, les patients n'ont qu'une faible compréhension de ce qu'est la FM (Madden & Sim, 2006) et la stigmatisation n'aide pas le processus de compréhension. Comme l'a dit Einstein : « il est plus facile de désintégrer un atome qu'un préjugé ».

*“Et c'est aussi des gens qui se disent bah voilà, c'est une maladie qui est, qui s'est foutu, vous avez ça à vie, ce qui n'est pas la réalité des choses.” (QUALI 3)*

En soi, les barrières amenant à un diagnostic et un traitement optimal de la FM sont multiples et variées (Arnold et al., 2016). C'est pourquoi il est essentiel que les patients ressentent une compréhension et un soutien tout au long de leur expérience médicale (Haugli et al., 2004). Dans le parcours médical, la communication entre le professionnel de la santé et le patient est vraiment nécessaire. Pour cela, trois points primordiaux sont ressortis lors des entretiens concernant la communication : l'écoute active, la compréhension et l'éducation.

Dans le processus thérapeutique, il est essentiel que le patient bénéficie d'une écoute active (Briones-Vozmediano et al., 2013). Le patient doit se sentir entendu et pris en compte dans ses préoccupations et ses symptômes (Chen & Swaminathan, 2020).

*“Ce sont des patients qui sont euh, euh qui sont mal aimés par la société, et qui sont mal compris, euh, et, et dès que, dès qu'ils renc... je pense que dès qu'ils voient devant eux une personne qui les écoute, hein donc, qui les écoute et qui les prend en considération euh, combien de fois, combien de fois j'ai en consultation des patients qui me disent merci merci merci, euh parce que simplement je les ai écoutés... Oui, c'est c'est ne pas avoir euh, c'est ne pas avoir de préjugés, c'est c'est d'être à l'écoute, à l'écoute non pas passive hein, mais à l'écoute active du du du patient.” (QUALI 2)*

*“Le soignant soit, soit attentif, qu'il soit présent à l'écoute, non jugeant, chaleureux dans la mesure du possible.” (QUALI 1)*

Les patients sont également en attente d'une compréhension de la part des professionnels de la santé (Escudero-Carretero et al., 2010; Haugli et al., 2004; Matthias et al., 2010). En effet, ils ont besoin de se sentir compris et soutenus par les professionnels qui s'occupent d'eux mais ils expriment souvent une frustration face à l'absence de compréhension (Escudero-Carretero et al., 2010). Cependant, il a été mis en évidence qu'une compréhension et une tolérance lors de la prise en charge favorisent une relation à long terme fructueuse entre le patient et le professionnel (Chen & Swaminathan, 2020).

*“Ce sont des patients souffrants qui, qui sont rejetés par, par, par, par, euh, oui pour le corps médical euh, et puis voilà, aussi peut-être par leur, leur conjoint, peut-être aussi par l'entourage familial parce qu'ils, parce qu'ils, parce qu'ils ne comprennent pas. Et, et, et donc ces patients ont besoin, euh, ouais d'être d'être compris.”*  
(QUALI 2)

*“Je crois que, moi j'ai l'impression que ce qu'ils veulent entendre de notre bouche que simplement on les comprend. « oui je vous comprends » je vous comprends et ça ne résout pas le problème, mais ça les déstresse un fameux coup, hein. Du moment qu'ils ils, ils trouvent déjà une compréhension en face d'eux donc. Et dans la vie courante, ils ne rencontrent pas ça hein.”* (QUALI 4)

En ce qui concerne la FM, il est nécessaire d'éduquer les patients par rapport à leur condition (Antunes & Marques, 2022). Les explications sur la pathologie sont donc un point clé dans la communication clinique entre les professionnels de la santé et les patients atteints de FM (Chen & Swaminathan, 2020), car ces derniers sont des patients chroniques avec des symptômes qui ne peuvent pas être expliqués médicalement (Kenny, 2004). Il est essentiel d'éduquer les patients afin de leur permettre de comprendre, d'accepter, et de gérer leur condition de manière autonome (Antunes & Marques, 2022; Arnold et al., 2016; Kool et al., 2009). Selon Hyland et al. (2016), fournir une explication appropriée à chaque patient peut non seulement le responsabiliser, mais également lui permettre de progresser dans sa prise en charge. Les recommandations révisées de EULAR mettent un accent particulier sur cette éducation du patient (Macfarlane et al., 2017).

*“Ceux, c'est c'est l'incompréhension qui, qui, qui, qui, qui est surtout présente à chez chez tout le monde. (...) Donc ils ont tout à apprendre et ils sont très demandeurs de d'apprendre davantage sur la maladie, et comment la gérer, hein.”* (QUALI 4)

*“On a quand même la chance de de revoir les personnes régulièrement (...), et donc on on ne doit pas faire passer tous nos messages en une fois et ce n'est pas une assimilation je dirais, mais vraiment une théorie qui ferait répéter. (...) On a la la possibilité de répéter nos messages, de les remettre un petit peu dans le contexte de ce qu'on fait, et et donc avoir des exemples bien concrets par rapport aux conseils qu'on peut donner.”*  
(QUALI 4)

*“Passer d'un stade de précontemplation à se dire mais c'est pas le médicament qui va régler mon problème c'est, euh, ce qui va régler, améliorer mon problème de santé ou améliorer ma qualité de vie, c'est que je comprenne ce que c'est la fibromyalgie, c'est que je fasse de l'exercice tous les jours, tous les jours que je fasse du pacing, etc., et donc progressivement la personne se met dans un processus d'initiation puis d'action.”*  
(QUALI 5)

*“On peut l'expliquer de façon très créative. C'est important de, d'utiliser des schémas, des figures, des, des métaphores, etc.”* (QUALI 5)

Pour optimiser l'échange avec le patient, différentes méthodes peuvent être employées. L'humour, par exemple, constitue un moyen efficace de communiquer qui permet aux patients de faire abstraction de leur anxiété et leur douleur, même pour un court instant, et de favoriser la discussion concernant des problèmes difficiles (Bennett, 2003; Yusnaeni et al., 2019).

*“J'utilise toujours, c'est l'humour ! Euh, le rire est le meilleur traitement de la douleur ! la dédramatisation, etc. Donc la dédramatisation c'est toujours très bien, mais à l'inverse attention à la banalisation.”* (QUALI 5)

L'empathie est également essentielle, car elle favorise la confiance et la compréhension mutuelle entre le patient et le médecin (Matthias et al., 2010). Même s'il peut sembler difficile d'avoir une attitude empathique car cela peut entraîner une charge émotionnelle excessive (Kachaner et al., 2023), des études suggèrent que des niveaux élevés d'empathie sont liés à des résultats positifs pour les patients, notamment ceux qui souffrent de douleurs chroniques (Banja, 2008; Briones-Vozmediano et al., 2013; Cánovas et al., 2018; Larson & Yao, 2005).

*“Vraiment un terrain d'empathie et de compassion, ça c'est vraiment fondamental”*  
(QUALI 5)

*“L'empathie cognitive, ben elle est nécessaire, c'est de pouvoir essayer de se représenter intellectuellement quelque part les difficultés de vie du patient, et par contre l'empathie émotionnelle, c'est vraiment, je ressens à l'intérieur de moi des émotions en rapport à ce que le patient m'exprime et et je me laisse toucher par les choses quoi, ce qui n'est pas une bonne chose si on est un soignant.” (QUALI 1)*

De plus, un point essentiel est de créer une collaboration interdisciplinaire entre les différents professionnels pour offrir aux patients des stratégies cohérentes et des informations complètes lors de leur prise en charge (Cánovas et al., 2018; Larson & Yao, 2005). L'approche interdisciplinaire montre des résultats très satisfaisants dans la prise en charge d'un patient (Angst et al., 2006).

*“Que nous avons un même langage, que ce soit psy, kiné, infirmière ou médecin.” (QUALI 2)*

*“Et donc l'idéal à atteindre c'est le trans. Euh l'interdisciplinaire c'est déjà un bel idéal. Le multi, c'est la... le danger c'est la juxtaposition...c'est là où les résultats dans la littérature sont les meilleurs.” (QUALI 5)*

*“Il y a un concept qui est fondamental, c'est la cohérence. Et souvent ces patients ont été, euh, victimes, on va dire d'un, d'une médecine très parcellaire, compartimentée, euh, où chacun pense connaître la vérité mais ne regarde que dans sa propre spécialité. Et, et donc ils, ils sont souvent très frustrés de ça.” (QUALI 5)*

Ces différents éléments vont permettre de créer une alliance thérapeutique solide avec le patient. Cette dernière est importante car elle joue un rôle essentiel dans le traitement en favorisant une meilleure participation du patient et des améliorations dans les résultats de santé (Matthias et al., 2010).

*“Et ils m'apprennent beaucoup de choses sur cette maladie et leur résilience finalement par rapport aux difficultés, c'est, c'est, c'est une véritable école de la vie, donc euh. Mais eux ils peuvent me guider aussi pour me former encore davantage de ce que je peux faire avec les patients.” (QUALI 4)*

*“J'essaie de créer, euh ce qui est vraiment super important, c'est une alliance thérapeutique avec le, avec le patient ...et de lui expliquer que en fait tous les éléments de vie qu'il qu'il a eu, qu'il a subi, pfff voilà, peuvent avoir un un effet sur euh, sur euh, sur leurs douleurs.” (QUALI 2)*

La gestion des patients atteints de la FM doit être axée sur une approche centrée sur le patient, où ce dernier devient acteur de sa propre santé (Arnold et al., 2016; Kachaner et al., 2023). Placer le patient au cœur de sa prise en charge est considéré comme l'approche optimale pour la prise en charge de la douleur chronique (Matthias et al., 2010).

*“Donc l'objectif, c'est vraiment autonomiser ce patient, c'est vraiment (...), c'est le rendre acteur de sa santé.” (QUALI 2)*

*“Il y a effectivement, le patient devrait être au centre, c'est le, c'est lui vraiment le chef d'orchestre... Donc l'idée effectivement c'est qu'il gère lui-même au mieux son état de douleur chronique c'est fondamental de discuter avec lui les autres jours, de se dire « tiens qu'est-ce que vous avez fait tel jour tel jour tel jour » pour voir si c'est vraiment, il est dans un processus actif.” (QUALI 5)*

*“Pour, euh, arriver au but final qui est que le patient puisse s'autogérer et...là je sens que une fois qu'on a gagné la motivation des patients, ben eux ils vont finir par se prendre en charge tout seuls et c'est eux qui deviennent moteur.” (QUALI 4)*

En conclusion, les interactions entre les patients souffrants de FM et le corps médical sont souvent entravées par des obstacles (Chen & Swaminathan, 2020). Les patients, désirant être reconnus en tant qu'individus et voir leurs préoccupations concernant la douleur légitimées, se heurtent parfois à des attitudes et des objectifs divergents chez les prestataires de soins de santé qui accordent plus d'importance au diagnostic et au traitement (Escudero-Carretero et al., 2010; Frantsve & Kerns, 2007).

Les personnes souffrant de FM expriment souvent leur sentiment de ne pas être pleinement reconnues par le corps médical (Kachaner et al., 2023). Elles ont également fait part de leur insatisfaction quant au manque d'informations claires et pertinentes ainsi qu'à un manque de compréhension (Briones-Vozmediano et al., 2013). Ces lacunes dans la communication peuvent engendrer de la frustration et une dépendance excessive aux interventions pharmacologiques, tandis que des interactions positives pourraient encourager une meilleure gestion de la douleur (Lee et al., 2014).

Il est donc primordial que les professionnels de la santé favorisent une relation thérapeutique fondée sur des compétences en communication centrée sur le patient afin d'améliorer la qualité des soins, de réduire les frustrations et d'établir une relation plus étroite avec les patients (Kenny, 2004; Matthias et al., 2010). Une formation approfondie en compétences de communication est recommandée pour les professionnels de la douleur chronique afin de mieux comprendre leurs rôles et leurs responsabilités dans le traitement des patients souffrant de douleurs chroniques (Briones-Vozmediano et al., 2013; Chen & Swaminathan, 2020; Frantsve & Kerns, 2007).

En somme, il est essentiel d'avoir une communication ouverte et un échange d'informations entre les patients et les professionnels de la santé afin d'avoir un effet bénéfique sur la gestion de la douleur chronique (Chen & Swaminathan, 2020; Frantsve & Kerns, 2007).

#### 2.1.2. Les spécificités de la prise en charge kinésithérapeutique

Dans cette section, nous passerons en revue plusieurs points d'attention à prendre en considération lors de la prise en charge kinésithérapeutique, identifiés lors des entretiens.

##### 2.1.2.1. Le déconditionnement physique

La majorité des patients souffrant de FM présente un déconditionnement physique (Maquet et al., 2002). L'exacerbation des symptômes à la suite de l'activité physique peut en partie expliquer ce phénomène car cela (Gowans et al., 1999; Nijs et al., 2013) amène des pratiques d'évitement de l'exercice physique et de la kinésiophobie pour éviter d'aggraver la douleur (Nijs et al., 2013).

*“On voit surtout chez les patients qui ont, de peur d'avoir mal, cessent de bouger et qui par après en en bonus ,vont développer en plus de leur douleur, déconditionnement et une peur de bouger, et ont finalement une limitation de leurs activités et avec une perte de qualité de vie formidable du fait de l'impossibilité de d'accomplir encore des.. de, des efforts qui nous paraissent normaux.” (QUALI 4)*

*“Puisque bouger fait mal et fatigue on, ont tendance à de moins en moins bouger, certains sont légèrement déconditionnés d'autres très très forts mais quasiment tous ont... risque de perdre un petit peu leurs, leurs bonnes conditions physiques et donc évidemment que réentraîner la condition physique a, est tout à fait essentiel.” (QUALI 1)*

*“ En kiné vous vous ferez des observations souvent, parfois au cœur de comment le patient fonctionne, par exemple la, l'anxiété ou la kinésiophobie , ben c'est pas si facile à repérer parce que le patient lui, bah, ça lui semble normal de, de un moment donné de se protéger, mais vous allez peut-être vous bah dans les exercices que vous proposez voir que le patient se ben en fait n'ose plus faire toute une série de postures de mouvements, qui se protègent de trop par exemple, et donc voilà.” (QUALI 1)*

### 2.1.2.2. L'hyperactivité

Les patients souffrant de douleurs chroniques font souvent référence à un mode de vie hyperactif avant la maladie (Grisart et al., 2010), pouvant aller jusqu'à 70% des cas selon Van Houdenhove (1986). Des traits de personnalité tels qu'une motivation élevée à la réussite, des tendances obsessionnelles-compulsives, le perfectionnisme, et des tendances au sacrifice de soi, semblent être associés à ce mode de vie hyperactif. Ceux-ci semblent être un moyen de faire face à l'anxiété et la dépression qui sont des comorbidités fréquentes de la FM (Van Houdenhove, 1986).

*“Comme vous le disiez, ils ont une tendance hyperactive donc ils en font trop, donc nécessairement ils ont mal. Ils n'ont pas cette notion de progression par rapport à l'activité physique et donc ils se sont fait mal deux trois fois et ils sont très démotivés à refaire des des exercices.” (QUALI 3)*

*“La notion d'hyperactivité, euh de ne pas écouter son corps...Il faut, il faut, il faut les freiner parce qu'ils ils vont toujours un peu euh, un peu au-delà de leurs euh, de leurs capacités, ils sont souvent dans le, dans dans le rouge.” (QUALI 2)*

*“Donc dépassement, fameux dépassement des limites, c'est c'est vraiment quelque chose qu'on retrouve chez de nouveau 80% de nos patients.” (QUALI 5)*

*“On va plutôt les amener aussi à se dire : okay là je dois faire une..apprendre à respecter, écouter mon corps et respecter mes limites faire une pause, etc. Ça c'est ça c'est déjà un premier point.” (QUALI 1)*

### 2.1.2.3. La motivation

Les patients atteints de FM rencontrent souvent des difficultés pour adhérer à l'exercice (Ang et al., 2011), et pour y remédier, l'intervention motivante s'avère être une méthode efficace (Alperstein & Sharpe, 2016). Elle est basée sur le renforcement de la motivation et de l'engagement individuel envers le changement de comportement, en utilisant une relation thérapeutique de confiance et des techniques d'entretien motivationnel (Alperstein & Sharpe, 2016; Busch et al., 2009). En adoptant une approche collaborative et empathique, cette intervention aide les patients à explorer et à résoudre leur ambivalence vis-à-vis du changement de comportement (Treasure, 2004). Dans le contexte spécifique de la FM, où la construction de l'auto-efficacité à l'exercice est essentielle, l'intervention motivante apparaît comme une méthode prometteuse pour encourager les patients à initier et à maintenir des programmes d'exercices (Jones et al., 2004). La motivation joue vraiment un rôle clé pour maintenir l'engagement des patients dans leur thérapie (Prior & Walker, 2016).

*“ Donc de ce que c'est l'engagement de la personne et sa participation active est quelque chose de très compliqué à trouver dans une motivation interne qui n'ont pas nécessairement. Alors on met en place des motivations externes comme ici on met des groupes de fibromyalgies mais c'est pas pour autant que la motivation interne va suivre quoi.” (QUALI 3)*

*“ Ça s'appelle la théorie de l'autodétermination, euh, et donc 3 conditions doivent être remplies pour que quelqu'un maintienne une motivation. En premier c'est se sentir en sécurité, facilement compréhensible.(...) Ils veulent, euh, ils doivent se sentir compétents pour faire ce qu'on leur demande si je demande quelque chose où la personne ne se sent pas capable de le faire et et non et il sera généré un stress, il va se mettre en échec avant de commencer donc il va se sentir pour tout ce que je lui propose capable de faire ce que je lui propose. Donc, je dois être suffisamment progressif dans les exercices que j'amène dans les exigences que j'ai ou ou les buts que je fixe avec le patient. Et la 3ème condition pour maintenir la motivation c'est l'appartenance, se sentir euh pas un cas isolé.” (QUALI 4)*

### 2.1.2.4. Le pacing

Comme évoqué précédemment, il est fréquent d'observer des stratégies d'adaptation chez les patients atteints de FM, qu'il s'agisse de mécanismes d'évitement ou d'hyperactivité. Toutefois, ces deux phénomènes sont associés à un

déclin fonctionnel et à des résultats moins favorables pour les patients (Andrews et al., 2012). Pour lutter contre ce problème de sous-activité ou de suractivité, une approche largement utilisée dans la gestion de la FM est l'utilisation du pacing, qui vise à réduire la douleur et à améliorer le fonctionnement (Andrews et al., 2012; Hadzic et al., 2017). Une étude menée par Jamieson-Lega et al. (2013) définit le pacing comme : "Le pacing est une stratégie active d'auto-gestion où les individus apprennent à équilibrer le temps passé sur l'activité et le repos dans le but d'atteindre une fonctionnalité accrue et une participation accrue dans des activités significatives."

*"Toute la discussion du pacing renvoie à l'hyperactivité prémorbide en fait, hein."  
(QUALI 5)*

*"L'idée, c'est que cette perception de l'effort doit rester relativement modérée chez le patient. Et donc il doit garder ça en en repère. Et s'il dépasse euh, s'il va un peu dans l'orange ou le rouge, ben c'est, c'est la catastrophe après. D'où l'intérêt à associer le le concept de pacing activity. Donc je veux dire, de dire que dans les programmes d'exercices mais aussi dans la vie quotidienne, cette notion de, de fractionnement, de changement de rythme hein, (...), soit, soit vraiment, euh intégré dans le quotidien, autant pour les activités physiques mais aussi même pour les activités cognitives."  
(QUALI 5)*

*"Si je prends le pacing, nous, on, on va expliquer plutôt la théorie la théorie au patient apprendre à fractionner ses activités mais vous allez pouvoir les kinés, le mettre en pratique en séance en apprenant au patient à écouter quand même de faire un effort mais tout en écoutant son corps, et de savoir aussi repérer les limites quand elles sont atteintes quoi hein."  
(QUALI 1)*

#### 2.1.2.5. Les mouvements répétitifs

Dans le cadre de la FM, l'utilisation d'approches thérapeutiques qui impliquent une exposition à des activités physiques répétées pourrait accentuer la douleur ressentie par le patient (Lambin et al., 2011). En effet, il est possible que les contractions musculaires répétées, même de faible intensité, entraînent des zones d'ischémie focales dans les muscles qui peuvent entraîner une douleur musculaire (Katz et al., 2007).

*"Ces douleurs sont fortement influencées notamment par euh certains mouvements, par des douleurs de mouvements répétitifs. Et sont aussi fortement influencées par les postures prolongées."  
(QUALI 5)*

*“Certains exercices qui sont, qui sont excessivement toxiques, où on peut deviner que automatiquement ils vont provoquer la douleur. Dans les exercices types, ouais qui, qui vont faire mal, ben, c'est, des des exercices avec, à positionnement prolongé, des exercices à forte charge, et des exercices qui sont très répétitifs et longs.” (QUALI 4)*

#### 2.1.2.6. L'aspect cognitif

Les patients atteints de FM rapportent souvent des problèmes de mémoire et de concentration, qui se classent respectivement au cinquième et sixième rang des plus grands défis auxquels ils font face (Glass, 2008). Selon Leavitt & Katz (2006), il est possible que les problèmes de mémoire observés chez les patients souffrant de FM soient en partie causés par des perturbations de l'attention. En effet, les ressources attentionnelles sont souvent captées par les stimulations douloureuses, ce qui les épuise (Glass, 2008).

*“L'attention, euh, les ressources attentionnelles sont toujours quelque part captées par la douleur, et donc ...du coup ben les, les... ces ressources attentionnelles s'épuisent en fait beaucoup plus rapidement qu'une personne normale.” (QUALI 1)*

*“Bien se rappeler que ces patients ont des troubles cognitifs, donc ils oublient hein. Mais si la personne qui a en plus des troubles cognitifs, si on ne lui apprend pas à le faire de façon adaptée, on va droit à la catastrophe, ou la personne va oublier, ou elle ne sera plus compliant, ou elle va accentuer ses douleurs, euh, après. Et donc c'est c'est vraiment un, c'est un processus d'encadrement essentiel.” (QUALI 5)*

#### 2.1.2.7. Résumé

En conclusion, plusieurs aspects doivent être pris en considération pour adapter au mieux la prise en charge kinésithérapeutique. L'objectif principal est d'instaurer une motivation chez le patient pour sa rééducation, de gérer son effort de manière appropriée (ni trop intense, ni trop insuffisant) et de favoriser une compréhension de son propre fonctionnement. Tous ces éléments sont essentiels pour assurer une bonne adhérence au traitement et une prise en charge de qualité.

*“Et j'étais frappé surtout par la ...par le côté tout à fait imprévisible des réactions, et des, de l'état d'un patient fibromyalgique qui est excessivement variable d'une séance à l'autre, d'un rendez-vous à l'autre, et donc ça c'était la première surprise pour les patients.” (QUALI 4)*

### 2.1.3. Conclusion

Cette analyse souligne l'importance de la communication et des multiples aspects à prendre en considération lors de la prise en charge kinésithérapeutique des patients souffrant de FM. Il est essentiel de mettre en pratique tous ces éléments afin d'optimiser les résultats cliniques et la relation thérapeutique avec le patient. L'utilisation du modèle bio-psycho-social assure une prise en charge holistique du patient, sans se limiter uniquement sur l'aspect physique. Par exemple, d'après les résultats de Ceballos-Laita et al. (2021), l'association d'une éducation sur la douleur avec une thérapie par l'exercice physique semble plus efficace que l'exercice physique seul pour améliorer la fonction physique chez les femmes atteintes de FM à court terme. Finalement, l'essentiel est d'établir une relation solide avec le patient et de lui fournir une prise en charge adaptée à sa situation individuelle.

*“Non, non, encadrer ou accompagner, je préférerais le terme accompagner, c'est vraiment un processus de réhabilitation du patient hein, le modèle bio-psycho-social c'est le modèle du patient.” (QUALI 5)*

*“Une vision bio psychosociale dans un cadre multidisciplinaire, ça, c'est, euh, ça c'est le plus important...” (QUALI 2)*

## 2.2. Le TDA/H

L'objectif de cette partie est d'examiner les principaux symptômes observés chez les adultes souffrant de TDA/H afin de les repérer et de les inclure dans la prise en charge. Son but est également de mettre en évidence l'importance des comorbidités associées au TDA/H ainsi que les stratégies d'adaptation adoptées par les patients. Finalement, elle vise à mettre en évidence l'importance du diagnostic et de la prise en charge de ce trouble.

### 2.2.1. Symptômes

Le TDA/H se manifeste par des symptômes d'inattention et/ou d'hyperactivité/impulsivité. Il est essentiel de comprendre comment ces symptômes se présentent chez les adultes afin d'adapter efficacement la prise en charge des patients atteints de ce trouble.

Chez l'adulte atteint de TDA/H, l'inattention se manifeste par une distractibilité constante, une organisation déficiente, des retards fréquents, un sentiment d'ennui

récurrent, un besoin de variété, des difficultés à prendre des décisions, et une grande sensibilité au stress (S. J. Kooij et al., 2010). Ces individus peuvent également se perdre facilement dans des détails tangentiels, ce qui rend leurs interactions verbales longues et compliquées (J. J. S. Kooij et al., 2019). De plus, ils peuvent vivre des périodes d'"hyperfocus" lorsqu'ils s'engagent dans des activités qui captivent profondément leur intérêt ou offrent une gratification immédiate, ce qui rend difficile de les faire sortir de cet état intense de concentration (J. J. S. Kooij et al., 2019).

*“Selon moi, il faudrait toujours garder en tête que ces patients peuvent à tout moment se montrer distrait. (...) De plus, il serait important d’éviter de les placer volontairement en situation lors desquelles ils sont amenés à répartir leur attention sur plusieurs activités et/ou informations.” (QUALI 6)*

*“Veiller à ce que les séances se déroulent dans un endroit plutôt calme, disposant d’un minimum de distracteurs tant auditifs que visuels, en individuel voire en petits groupes. (...) Envisager des sessions courtes d’exercices et/ou de varier les exercices.” (QUALI 6)*

Quant à l'hyperactivité chez l'adulte TDA/H, elle se manifeste souvent de manière plus subtile que chez les enfants. Pour eux, elle se traduit souvent par une sensation de nervosité ou d'agitation persistante, une tendance à parler trop, un flux de pensées constant, et des difficultés à se détendre pleinement (J. J. S. Kooij et al., 2019; S. J. Kooij et al., 2010). Ces sentiments peuvent être parfois momentanément apaisés par une activité sportive intense, mais cela peut engendrer des problèmes de santé supplémentaires si le corps ne dispose pas du temps nécessaire pour se rétablir, ou peut causer de blessures récurrentes (J. J. S. Kooij et al., 2019).

*““À me poser à ne rien faire et à me détendre c'est compliqué”, et il y en a qui verbalisent même : j'aimerais pouvoir le faire mais j'y arrive pas en fait.” (QUALI 7)*

Un autre trait courant du TDA/H chez l'adulte est l'agitation mentale, qui peut engendrer des comportements impulsifs visant à apaiser cette agitation (J. J. S. Kooij et al., 2019; Seli et al., 2015). Cette impulsivité peut se présenter de différentes façons telles que l'impatience, l'action sans réfléchir et la quête de sensations (S. J. Kooij et al., 2010).

*“ L'inhibition, donc euh qui fait partie des fonctions exécutives, qui est ma capacité à me stopper, à m'arrêter, comme ça fonctionne moins bien, mais je peux effectivement avoir du mal à m'arrêter, d'en tout cas être dans ce truc-là, et ne peut-être même pas du coup écouter mon corps, et en arriver à des blessures, quoi.” (QUALI 7)*

En plus de ces 3 symptômes principaux, des manifestations du TDA/H chez les adultes attribuées à des déficits dans les fonctions exécutives peuvent se manifester de manière subtile (Biederman et al., 2000). Ceux-ci sont divers, incluant des difficultés d'organisation, d'inhibition, de concentration, de priorisation des tâches, de procrastination, de régulation émotionnelle, de mémoire de travail, ... (Brown, 2008).

*“ Souvent donc, du coup, ces fonctions exécutives ne fonctionnent pas bien et ça explique que ces des personnes qui vont du coup, euh, vont ne pas avoir de stop, ils vont avoir du mal donc à se contrôler, au niveau de l'agitation, vont être impulsifs, vont couper la parole, euh, vont, euh, vont agir sans réfléchir. Mais comme c'est aussi la zone qui finalement gère notre attention et notre concentration, ben, ils, ils vont avoir du mal à à résister, euh, à tous les stimuli qu'il y a autour d'eux. Euh, ils vont avoir du mal à persévérer dans, dans la tâche et comme c'est aussi une zone qui finalement gère notre comportement, on va, on constate souvent que la régulation est pas, euh, évidente chez, euh, chez ces personnes-là.” (QUALI 7)*

*“ Une certaine régularité, et tout. Ça, je me dis que ça pourrait les aider. Quitte pour ces patients-là, un petit SMS de rappel, alors que les autres pas forcément. (...) J'aurais envie de conseiller de leur dire, bah voilà, faites, en fait, le but c'est que ça devienne un peu une routine au quotidien, et donc, euh, de, de caler ça à un moment qui est déjà euh, style, euh, je sais pas moi, euh, avant le dîner, vous savez que vous devez faire, euh, vos dix minutes euh d'exercice.” (QUALI 7)*

*“ Les consignes, euh, on dit toujours courtes, claires et précises (...) Euh, euh pourquoi pas faire, euh, reverbaler, euh, la consigne, ou, euh, montrer, faire un modèle, montrer avec eux la première fois pour s'assurer qu'ils ont bien compris, enfin voilà.” (QUALI 7)*

*“ Euh, ben la tendance à procrastiner oui, je la retrouve souvent, ce..., la tendance à se laisser très vite, euh, se laisser euh dans les hobbies. Donc dès qu'en fait la nouveauté diminue, il y a un peu cette perte de motivation, voilà.” (QUALI 7)*

*“ Ils se plaignent (...) de ne pas arriver à évaluer l'ampleur de la tâche, de rencontrer des difficultés à établir un planning voire un fractionnement de leur travail, de se sentir débordés par ce qu'on leur demande de réaliser sur une durée déterminée.” (QUALI 6)*

### 2.2.2. Comorbidités

En plus des symptômes provoqués par le TDA/H, comme nous l'avons mentionné dans la première partie, les comorbidités chez les adultes atteints de TDA/H sont très courantes. Puisque le TDA/H est fréquemment lié à des pathologies comme les troubles de l'humeur, les troubles anxieux, les troubles liés à l'usage de substances, les troubles de la personnalité, et bien d'autres encore, il est essentiel que les adultes TDA/H soient évalués pour ces comorbidités afin de garantir une prise en charge optimale et adaptée de toutes les affections concernées (Katzman et al., 2017).

### 2.2.3. Mécanismes d'adaptation

En soit, le TDA/H chez l'adulte présente une variabilité clinique complexe (Katzman et al., 2017). En effet, la manifestation du TDA/H chez l'adulte démontre une large diversité en termes de symptômes et de comorbidités (Johnson et al., 2020). De plus, tout au long de leur vie, les individus peuvent développer des compétences adaptatives ou compensatoires qui masquent ainsi les problèmes comportementaux plus évidents liés au TDA/H (J. J. S. Kooij et al., 2019).

*“Souvent, ils ont déjà mis pas mal de choses en place aussi spontanément, en fait, parce que quand c'est des patients adultes qui arrivent, qui ont, euh, je sais pas moi, la, la, la quarantaine mais indirectement à un moment donné, ils ont mis un truc, ils ont mis en place euh, des, des adaptations pour; euh, palier, en fait, à leur; à leur fonctionnement.”*  
(QUALI 7)

*“ Qu'est-ce qu'on pourrait mettre en place ensemble pour vous faciliter, euh, la réalisation de l'exercice et mettre toutes les chances de votre côté pour que les exercices qu'on vous donne soient faits ? Euh, ça peut peut-être être intéressant aussi finalement de débriefer avec le patient.”* (QUALI 7)

### 2.2.4. Diagnostic et prise en charge

Le sous-diagnostic du TDA/H chez les adultes est un problème fréquent, souvent associé à un défaut de traitement (Johnson et al., 2020; Katzman et al., 2017). Divers facteurs sont à l'origine de ce phénomène, tels que le manque de sensibilisation médicale, l'évolution de la présentation des symptômes avec l'âge, et les stratégies de compensation adoptées par les patients (Johnson et al., 2020; Katzman et al., 2017; S. J. Kooij et al., 2010). De plus, les personnes diagnostiquées

tardivement déplorent fréquemment le défaut de traitement précoce et éprouvent l'impression que cela aurait pu modifier leur parcours (S. J. Kooij et al., 2010).

Reconnaître et gérer adéquatement le TDA/H est essentiel en raison de ses effets délétères sur la santé globale (Katzman et al., 2017). Il est donc essentiel de sensibiliser les experts en santé à l'identification du TDA/H chez les adultes afin qu'ils puissent les guider vers des services spécialisés pour le diagnostic et le traitement (Johnson et al., 2020).

Malgré les défis liés à la reconnaissance du TDA/H chez les adultes présentant des tableaux cliniques complexes, une fois correctement diagnostiqué, ce trouble répond de façon favorable au traitement (Johnson et al., 2020). En effet, le traitement du TDA/H chez l'adulte peut induire des améliorations notables tant sur le plan clinique que fonctionnel, ainsi que dans la gestion des troubles comorbides (Katzman et al., 2017; Murphy & Barkley, 1996; Torgersen et al., 2006).

#### 2.2.5. Conclusion

Les symptômes du TDA/H chez l'adulte sont variés et souvent accompagnés de nombreuses comorbidités, ce qui rend le diagnostic et la prise en charge du TDA/H complexes. De plus, cette variabilité clinique est amplifiée par les mécanismes adaptatifs et compensatoires développés au fil du temps par les individus. En dépit de ces difficultés, la prise en charge du TDA/H a prouvé son efficacité, mettant en évidence l'importance essentielle d'un diagnostic précoce et précis. Il est donc essentiel de sensibiliser les professionnels de la santé à reconnaître les signes du TDA/H chez les adultes, afin de garantir une prise en charge adaptée et optimale aux patients. Par ailleurs, il est important que des études à venir portent une attention particulière au tableau clinique et aux conséquences du TDA/H chez les adultes, afin de combler le fossé entre les études menées sur les enfants et celles menées sur les adultes.

### **2.3. Recommandations des professionnels**

Pendant nos entretiens, les professionnels nous ont fait part de leurs recommandations basées sur leur expérience. Nous avons choisi de regrouper ces conseils dans diverses catégories dans un tableau afin d'avoir une vision globale des propositions émises par les experts.

Tableau 5: Propositions d'adaptation émises lors des entretiens

	<b>Éducation par rapport à la condition</b>	<b>Communication</b>	<b>Plan émotionnel</b>	<b>Motivation</b>	<b>Pluri disciplinarité</b>	<b>Éducation</b>	<b>Autonomie</b>
<b>FM</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explication créative</li> <li>• Répétition</li> <li>• Utilisation d'outils de référence pour le patient et le thérapeute</li> <li>• Présence d'un proche lors de la consultation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Écoute active et bienveillante</li> <li>• Croire le patient</li> <li>• Exprimer de l'empathie</li> <li>• Utilisation de l'humour</li> <li>• Créer une alliance thérapeutique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prendre en compte les facteurs de dépression et d'anxiété</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proposer des exercices réalisables au domicile</li> <li>• Progressivité des exercices en intensité et fréquence</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oui, idéalement vers un modèle interdisciplinaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestion des efforts physiques et cognitifs (pacing)</li> <li>• Gestion des émotions</li> <li>• Acceptation du diagnostic</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rendre le patient acteur de sa santé</li> </ul>
<b>TDA/H</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psychoéducation</li> <li>• Prendre des exemples concrets pour illustrer les propos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consignes courtes et simples</li> <li>• Environnement calme lors des explications</li> <li>• Prendre connaissance des mécanismes d'adaptation adoptés par le patient</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prendre en compte l'impulsivité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Varier les exercices</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oui</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestion des efforts physiques (pacing)</li> <li>• Gestion des rendez-vous et de l'organisation</li> </ul>	

## **2.4. Conclusion générale**

Dans cette deuxième partie, nous avons examiné les aspects clés à prendre en considération lors de la prise en charge des adultes atteints de FM et de TDA/H. Les principaux éléments sont en fonction du parcours clinique du patient, de ses symptômes et de ses caractéristiques.

Étant donné la diversité des présentations cliniques, il est non pertinent de se baser sur une approche uniquement théorique, mais il est également essentiel d'analyser les mécanismes d'adaptation que les patients ont développés eux-mêmes. Il est donc nécessaire d'établir un dialogue ouvert avec le patient afin de créer une relation thérapeutique solide et d'explorer les stratégies qu'il a mises en œuvre pour faire face à ses difficultés quotidiennes. En effet, pour assurer des soins de qualité et favoriser son adhérence au traitement, il est important d'adopter une approche centrée sur le patient, en intégrant ses mécanismes de fonctionnement. Cela requiert une communication efficace et une collaboration active. Dans l'ensemble, compte tenu de la variété des manifestations cliniques, il est essentiel d'inclure les stratégies autonomes du patient dans le plan de traitement, mettant ainsi en évidence l'importance de les étudier lors des échanges thérapeutiques.

Malgré l'analyse approfondie du processus de prise en charge et la complexité de la présentation clinique, cette partie ne traite pas de tous les aspects. Il faudra mener des études ultérieures pour approfondir ces divers domaines et élaborer des directives plus complètes et adaptées aux patients atteints de FM et de TDA/H.

## Partie III : La brochure

### **1. INTRODUCTION**

Le sous-ensemble d'individus présentant simultanément la FM et le TDA/H chez l'adulte est mal connu des professionnels de la santé même si leur co-occurrence est significative. Pourtant, ces deux affections ont des processus physiopathologiques et des manifestations cliniques similaires, ce qui suggère donc des conséquences thérapeutiques importantes dans leur prise en charge.

### **2. PROBLÉMATIQUE**

Le TDA/H a été proposé comme un indicateur possible du développement de la FM, étant donné sa fréquente présence chez les patients atteints de cette dernière (Antunes & Marques, 2022). Cette suggestion est renforcée par le fait que, jusqu'à présent, la prévalence de co-occurrences entre le TDA/H et la FM, telle que rapportée par les études, a probablement été sous-estimée (Türkoğlu, 2021). En effet, les symptômes du sous-type inattentif du TDA/H sont souvent dissimulés par ceux de la dépression et de l'anxiété, ce qui complique leur identification précise et contribue à cette sous-estimation (van Rensburg et al., 2018).

Néanmoins, plusieurs études mettent en évidence l'importance d'évaluer de manière clinique la présence et la gravité des symptômes passés et/ou actuels du TDA/H chez les patients souffrant de FM (Karaş et al., 2020; van Rensburg et al., 2018). En effet, ceux-ci ont un impact sur la sévérité de la FM, d'où l'importance de les repérer et de les traiter en parallèle avec la FM pour amener les patients à des résultats thérapeutiques plus prometteurs (Yılmaz & Tamam, 2018). Effectivement, d'après Türkoğlu (2021), il est possible que les patients atteints de FM ne répondent de façon idéale à leur traitement en présence d'un TDA/H associé, ce qui renforce l'importance de le prendre en compte lors de la prise en charge.

En conclusion, il est nécessaire de détecter précocement le TDA/H chez les patients atteints de FM, car il a un impact sur la sévérité de la FM, sa manifestation clinique et sa réponse au traitement. Par conséquent, les approches thérapeutiques mises en place pour les patients atteints à la fois de FM et de TDA/H vont présenter quelques particularités par rapport à celles utilisées pour la prise en charge de la FM seule.

### **3. RÉFLEXION SUR L'UTILITÉ D'UNE BROCHURE**

En effectuant nos recherches, nous avons constaté que peu de professionnels de la santé avaient connaissance de la co-occurrence entre la FM et le TDA/H. Toutefois, comme nous l'avons indiqué, cette relation a des conséquences cliniques majeures. C'est la raison pour laquelle nous avons jugé intéressant de créer une brochure (**annexe 4**) à destination des professionnels de la santé, dans le but de les sensibiliser à cette relation. De cette manière, les patients pourront être plus vite diagnostiqués du TDA/H, car les professionnels seront au courant de cette co-occurrence et seront donc plus enclins à évaluer le patient pour ce trouble. De plus, nous encourageons une collaboration entre les experts de la FM et ceux du TDA/H pour assurer un traitement complet et adapté aux besoins du patient. Un objectif supplémentaire est de proposer des suggestions d'adaptation de la prise en charge pour le groupe de patients atteints à la fois du TDA/H et de la FM, compte tenu des spécificités qui se retrouvent dans ce sous-ensemble de patients. Ainsi, notre objectif est de suggérer aux professionnels des pistes d'adaptation pour améliorer leur prise en charge.

### **4. OBJECTIFS**

La brochure a donc deux objectifs principaux. Dans un premier temps, son objectif est de sensibiliser les professionnels de la santé à la relation entre le TDA/H et la FM. Grâce à cette sensibilisation, les patients pourront bénéficier d'une prise en charge plus efficace. De plus, la brochure a pour but de proposer aux professionnels de la santé des pistes d'adaptation spécifiques. Ces recommandations aideront les professionnels lorsqu'ils prennent en charge des patients souffrant à la fois de la FM et du TDA/H.

### **5. MÉTHODE DE CONCEPTION DE LA BROCHURE**

Dans cette section, nous procédons à une revue détaillée ainsi qu'à une justification de toutes les parties abordées dans notre brochure.

Initialement, nous avons effectué un tri minutieux parmi toutes les informations recueillies au cours de nos recherches, afin de sélectionner les données les plus pertinentes à transmettre à travers la brochure aux professionnels concernés.

Premièrement, les entretiens ont mis en lumière les conséquences du cloisonnement des disciplines médicales. En effet, les spécialistes de la FM n'avaient pas une connaissance détaillée et actuelle du TDA/H, et vice versa. Par conséquent, il nous a semblé nécessaire de fournir des définitions claires de la FM et du TDA/H afin de conceptualiser notre approche. De cette manière, les professionnels pourront distinguer les présentation des deux conditions, car ils seront familiarisés avec leurs symptômes caractéristiques.

Pour compléter cette introduction, nous avons abordé la relation entre le TDA/H et la FM. Dans un souci de clarté, nous avons divisé cette partie en cinq sections : les mécanismes physiopathologiques, les troubles psychiatriques, les troubles cognitifs, les aspects physiques liés aux douleurs corporelles, et les comorbidités communes.

Ensuite, l'avant-dernière section du dépliant explore les concepts pratiques clés à mettre en place lors de la prise en charge d'un patient atteint de FM.

Enfin, le prospectus se clôture avec des adaptations pratiques concrètes à mettre en place dans le cadre de la prise en charge d'un patient présentant les deux conditions. Cette dernière partie est structurée en trois points clés : l'environnement de prise en charge, l'organisation des activités ainsi que la gestion de l'inattention et de l'hyperactivité.

## BIBLIOGRAPHIE

### *Partie 1 et 3:*

- Arnsten, A. F. T. (2006). Fundamentals of attention-deficit/hyperactivity disorder : Circuits and pathways. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 67 Suppl 8, 7-12.
- Baji, I., Túri, A., Nagy, D. L., & Sterczer, A. (2023). Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) syndrome across ages. *Developments in Health Sciences*, 1(aop). <https://doi.org/10.1556/2066.2023.00050>
- Bell, T., Trost, Z., Buelow, M. T., Clay, O., Younger, J., Moore, D., & Crowe, M. (2018). Meta-analysis of cognitive performance in fibromyalgia. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 40(7), 698-714. <https://doi.org/10.1080/13803395.2017.1422699>
- Bou Khalil, R., Khoury, E., & Richa, S. (2018). The Comorbidity of Fibromyalgia Syndrome and Attention Deficit and Hyperactivity Disorder from a Pathogenic Perspective. *Pain Medicine*, 19(9), 1705-1709. <https://doi.org/10.1093/pm/pny142>
- Choi, W.-S., Woo, Y. S., Wang, S.-M., Lim, H. K., & Bahk, W.-M. (2022). The prevalence of psychiatric comorbidities in adult ADHD compared with non-ADHD populations : A systematic literature review. *PloS One*, 17(11), e0277175. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0277175>
- Elboğa, G. (2020). Alexithymia and attention deficit and their relationship with disease severity in fibromyalgia syndrome. *Turkish Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 66(2), 134-139. <https://doi.org/10.5606/tftrd.2020.2926>
- Fayyad, J., De Graaf, R., Kessler, R., Alonso, J., Angermeyer, M., Demyttenaere, K., De Girolamo, G., Haro, J. M., Karam, E. G., Lara, C., Lépine, J.-P., Ormel, J., Posada-Villa, J., Zaslavsky, A. M., & Jin, R. (2007). Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. *British Journal of Psychiatry*, 190(5), 402-409. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.034389>
- Glass, J. M. (2008). Fibromyalgia and cognition. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 69 Suppl 2, 20-24.
- Goldenberg, D. L. Clinical manifestations and diagnosis of fibromyalgia in adults. <https://www.ciberdolor.org/wp-content/uploads/2022/12/Clinical-manifestations-and-diagnosis-of-fibromyalgia-in-adults.pdf>. Consulté le 10/03/2024
- Golimstok, A., Fernández, M., MM, G., García Basalo, M., Cámpora, N., Berrios, W., Rojas, J., & Cristiano, E. (2015). Adult Attention-Deficit and Hyperactivity Disorder and Fibromyalgia : A Case-Control Study. *Neuro - Open Journal*, 2, 61-66. <https://doi.org/10.17140/NOJ-2-114>

- Hudson, J. I., Arnold, L. M., Keck, P. E., Auchenbach, M. B., & Pope, H. G. (2004). Family study of fibromyalgia and affective spectrum disorder. *Biological Psychiatry*, 56(11), 884-891. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2004.08.009>
- Instanes, J. T., Klungsøyr, K., Halmøy, A., Fasmer, O. B., & Haavik, J. (2018). Adult ADHD and Comorbid Somatic Disease : A Systematic Literature Review. *Journal of Attention Disorders*, 22(3), 203-228. <https://doi.org/10.1177/1087054716669589>
- Jay, G. W., & Barkin, R. L. (2015). Fibromyalgia. *Disease-a-Month*, 61(3), 66-111. <https://doi.org/10.1016/j.disamonth.2015.01.002>
- Karaş, H., Çetingök, H., İlişer, R., Çarpar, E., & Kaşer, M. (2020). Childhood and adult attention deficit hyperactivity disorder symptoms in fibromyalgia : Associations with depression, anxiety and disease impact. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 24(3), 257-263. <https://doi.org/10.1080/13651501.2020.1764585>
- Kessler, R. C., Adler, L., Ames, M., Demler, O., Faraone, S., Hiripi, E., Howes, M. J., Jin, R., Secnik, K., Spencer, T., Ustun, T. B., & Walters, E. E. (2005). The World Health Organization adult ADHD self-report scale (ASRS) : A short screening scale for use in the general population. *Psychological Medicine*, 35(2), 245-256. <https://doi.org/10.1017/S0033291704002892>
- Lopez, R., Micoulaud Franchi, J.-A., Chenini, S., Gachet, M., Jaussent, I., & Dauvilliers, Y. (2019). Restless legs syndrome and iron deficiency in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Sleep*, 42(5), zsz027. <https://doi.org/10.1093/sleep/zsz027>
- Pallanti, S., Porta, F., & Salerno, L. (2021). Adult attention deficit hyperactivity disorder in patients with fibromyalgia syndrome : Assessment and disabilities. *Journal of Psychiatric Research*, 136, 537-542. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.10.027>
- Simon, V., Czobor, P., Bálint, S., Mészáros, Á., & Bitter, I. (2009). Prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder : Meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 194(3), 204-211. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.048827>
- Stray, L. L., Kristensen, Ø., Lomeland, M., Skorstad, M., Stray, T., & Tønnessen, F. E. (2013). Motor regulation problems and pain in adults diagnosed with ADHD. *Behavioral and Brain Functions*, 9(1), 18. <https://doi.org/10.1186/1744-9081-9-18>
- Thieme, K., Turk, D., & Flor, H. (2004). Comorbid Depression and Anxiety in Fibromyalgia Syndrome : Relationship to Somatic and Psychosocial Variables. *Psychosomatic medicine*, 66, 837-844. <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000146329.63158.40>

- Türkoğlu, G. (2021). Attention-deficit hyperactivity disorder symptoms and quality of life in female patients with fibromyalgia. *Turkish Journal of Medical Sciences*, 51(4), 1747-1755. <https://doi.org/10.3906/sag-2010-29>
- van Rensburg, R., Meyer, H. P., Hitchcock, S. A., & Schuler, C. E. (2018). Screening for Adult ADHD in Patients with Fibromyalgia Syndrome. *Pain Medicine (Malden, Mass.)*, 19(9), 1825-1831. <https://doi.org/10.1093/pm/pnx275>
- Ward, M. F., Wender, P. H., & Reimherr, F. W. (1993). The Wender Utah Rating Scale: An aid in the retrospective diagnosis of childhood attention deficit hyperactivity disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 150(6), 885-890. <https://doi.org/10.1176/ajp.150.6.885>
- Wolfe, F., Clauw, D. J., Fitzcharles, M.-A., Goldenberg, D. L., Häuser, W., Katz, R. L., Mease, P. J., Russell, A. S., Russell, I. J., & Walitt, B. (2016). 2016 Revisions to the 2010/2011 fibromyalgia diagnostic criteria. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 46(3), 319-329. <https://doi.org/10.1016/j.semarthrit.2016.08.012>
- Wolfe, F., Ross, K., Anderson, J., Russell, I. J., & Hebert, L. (1995). The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the general population. *Arthritis & Rheumatism*, 38(1), 19-28. <https://doi.org/10.1002/art.1780380104>
- Wolfe, F., Smythe, H. A., Yunus, M. B., Bennett, R. M., Bombardier, C., Goldenberg, D. L., Tugwell, P., Campbell, S. M., Abeles, M., Clark, P., Fam, A. G., Farber, S. J., Fiechtner, J. J., Michael Franklin, C., Gatter, R. A., Hamaty, D., Lessard, J., Lichtbroun, A. S., Masi, A. T., ... 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/10.1002/art.1780330203>
- Yılmaz, E., & Tamam, L. (2018). Attention-deficit hyperactivity disorder and impulsivity in female patients with fibromyalgia. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 14, 1883-1889. <https://doi.org/10.2147/NDT.S159312>
- Young, J. L., & Redmond, J. C. (2007). Fibromyalgia, chronic fatigue, and adult attention deficit hyperactivity disorder in the adult: A case study. *Psychopharmacology Bulletin*, 40(1), 118-126.
- Yunus, M. B., & Aldag, J. C. (1996). Restless legs syndrome and leg cramps in fibromyalgia syndrome: A controlled study. *BMJ*, 312(7042), 1339. <https://doi.org/10.1136/bmj.312.7042.1339>
- Zachrisson, O., Regland, B., Jahreskog, M., Kron, M., & Gottfries, C. G. (2002). A rating scale for fibromyalgia and chronic fatigue syndrome (the FibroFatigue scale). *Journal of Psychosomatic Research*, 52(6), 501-509. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(01\)00315-4](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(01)00315-4)

## Partie 2:

- Alperstein, D., & Sharpe, L. (2016). The Efficacy of Motivational Interviewing in Adults With Chronic Pain : A Meta-Analysis and Systematic Review. *The Journal of Pain*, 17(4), 393-403. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2015.10.021>
- Andrews, N. E., Strong, J., & Meredith, P. J. (2012). Activity Pacing, Avoidance, Endurance, and Associations With Patient Functioning in Chronic Pain : A Systematic Review and Meta-Analysis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 93(11), 2109-2121.e7. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2012.05.029>
- Ang, D. C., Kaleth, A. S., Bigatti, S., Mazzuca, S., Saha, C., Hilligoss, J., Lengerich, M., & Bandy, R. (2011). Research to Encourage Exercise for Fibromyalgia (REEF): Use of motivational interviewing design and method. *Contemporary Clinical Trials*, 32(1), 59-68. <https://doi.org/10.1016/j.cct.2010.08.014>
- Angst, F., Brioschi, R., Main, C. J., Lehmann, S., & Aeschlimann, A. (2006). Interdisciplinary Rehabilitation in Fibromyalgia and Chronic Back Pain : A Prospective Outcome Study. *The Journal of Pain*, 7(11), 807-815. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2006.03.009>
- Antunes, M. D., & Marques, A. P. (2022). The role of physiotherapy in fibromyalgia : Current and future perspectives. *Frontiers in Physiology*, 13. <https://doi.org/10.3389/fphys.2022.968292>
- Arnold, L. M., Crofford, L. J., Mease, P. J., Burgess, S. M., Palmer, S. C., Abetz, L., & Martin, S. A. (2008). Patient perspectives on the impact of fibromyalgia. *Patient Education and Counseling*, 73(1), 114-120. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.06.005>
- Arnold, L. M., Gebke, K. B., & Choy, E. H. S. (2016). Fibromyalgia : Management strategies for primary care providers. *International Journal of Clinical Practice*, 70(2), 99-112. <https://doi.org/10.1111/ijcp.12757>
- Banja, J. D. (2008). Toward a More Empathic Relationship in Pain Medicine. *Pain Medicine*, 9(8), 1125-1129. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4637.2008.00459.x>
- Bennett, H. J. (2003). Humor in medicine. *Southern Medical Journal*, 96(12), 1257-1261. <https://doi.org/10.1097/01.SMJ.0000066657.70073.14>
- Biederman, J., Mick, E., & Faraone, S. V. (2000). Age-Dependent Decline of Symptoms of Attention Deficit Hyperactivity Disorder : Impact of Remission Definition and Symptom Type. *American Journal of Psychiatry*, 157(5), 816-818. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.5.816>

- Briones-Vozmediano, E., Vives-Cases, C., Ronda-Pérez, E., & Gil-González, D. (2013). Patients' and Professionals' Views on Managing Fibromyalgia. *Pain Research and Management*, 18(1), 19-24. <https://doi.org/10.1155/2013/742510>
- Brown, T. E. (2008). ADD/ADHD and Impaired Executive Function in Clinical Practice. *Current Psychiatry Reports*, 10(5), 407-411. <https://doi.org/10.1007/s11920-008-0065-7>
- Busch, A., Overend, T., & Schachter, C. (2009). Fibromyalgia treatment : The role of exercise and physical activity. *International Journal of Clinical Rheumatology*, 4, 343-380. <https://doi.org/10.2217/ijr.09.23>
- Cánovas, L., Carrascosa, A.-J., García, M., Fernández, M., Calvo, A., Monsalve, V., Soriano, J.-F., & Empathy Study Group. (2018). Impact of Empathy in the Patient-Doctor Relationship on Chronic Pain Relief and Quality of Life : A Prospective Study in Spanish Pain Clinics. *Pain Medicine*, 19(7), 1304-1314. <https://doi.org/10.1093/pm/pnx160>
- Ceballos-Laita, L., Mingo-Gómez, M. T., Estébanez-de-Miguel, E., Bueno-Gracia, E., Navas-Cámara, F. J., Verde-Rello, Z., Fernández-Araque, A., & Jiménez-del-Barrio, S. (2021). Does the Addition of Pain Neurophysiology Education to a Therapeutic Exercise Program Improve Physical Function in Women with Fibromyalgia Syndrome? Secondary Analysis of a Randomized Controlled Trial. *Journal of Clinical Medicine*, 10(11), 2518. <https://doi.org/10.3390/jcm10112518>
- Chen, A. T., & Swaminathan, A. (2020). Factors in the Building of Effective Patient–Provider Relationships in the Context of Fibromyalgia. *Pain Medicine*, 21(1), 138-149. <https://doi.org/10.1093/pm/pnz054>
- Escudero-Carretero, M. J., García-Toyos, N., Prieto-Rodríguez, M. Á., Pérez-Corral, O., March-Cerdá, J. C., & López-Doblas, M. (2010). Fibromyalgia : Patient perception on their disease and health system. Qualitative research study. *Reumatología Clínica (English Edition)*, 6(1), 16-22. [https://doi.org/10.1016/S2173-5743\(10\)70005-8](https://doi.org/10.1016/S2173-5743(10)70005-8)
- Frantsve, L. M. E., & Kerns, R. D. (2007). Patient–Provider Interactions in the Management of Chronic Pain : Current Findings within the Context of Shared Medical Decision Making. *Pain Medicine*, 8(1), 25-35. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4637.2007.00250.x>
- Glass, J. M. (2008). Fibromyalgia and cognition. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 69 Suppl 2, 20-24.
- Gowans, S. E., deHueck, A., Voss, S., & Richardson, M. (1999). A randomized, controlled trial of exercise and education for individuals with fibromyalgia. *Arthritis Care & Research*, 12(2), 120-128. [https://doi.org/10.1002/1529-0131\(199904\)12:2<120::AID-ART7>3.0.CO;2-4](https://doi.org/10.1002/1529-0131(199904)12:2<120::AID-ART7>3.0.CO;2-4)

- Grisart, J., Masquelier, E., Desmedt, A., Scaillet, N., & Luminet, O. (2010). Behavioral and Representational Components of “Hyperactivity” in Fibromyalgia Syndrome Patients. *Journal of Musculoskeletal Pain*. <https://doi.org/10.3109/10582450903568563>
- Hadzic, R., Sharpe, L., & Wood, B. M. (2017). The Relationship Between Pacing and Avoidance in Chronic Pain : A Systematic Review and Meta-Analysis. *The Journal of Pain*, 18(10), 1165-1173. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2017.04.008>
- Haugli, L., Strand, E., & Finset, A. (2004). How do patients with rheumatic disease experience their relationship with their doctors? : A qualitative study of experiences of stress and support in the doctor–patient relationship. *Patient Education and Counseling*, 52(2), 169-174. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(03\)00023-5](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(03)00023-5)
- Hyland, M. E., Hinton, C., Hill, C., Whalley, B., Jones, R. C., & Davies, A. F. (2016). Explaining unexplained pain to fibromyalgia patients : Finding a narrative that is acceptable to patients and provides a rationale for evidence based interventions. *British Journal of Pain*, 10(3), 156-161. <https://doi.org/10.1177/20494637166642601>
- Jamieson-Lega, K., Berry, R., & Brown, C. A. (2013). Pacing : A concept analysis of the chronic pain intervention. *Pain Research & Management*, 18(4), 207-213. <https://doi.org/10.1155/2013/686179>
- Johnson, J., Morris, S., & George, S. (2020). Attention deficit hyperactivity disorder in adults : What the non-specialist needs to know. *British Journal of Hospital Medicine*, 81(3), 1-11. <https://doi.org/10.12968/hmed.2019.0188>
- Jones, K. D., Burckhardt, C. S., & Bennett, J. A. (2004). Motivational interviewing may encourage exercise in persons with fibromyalgia by enhancing self efficacy. *Arthritis Care and Research*, 51(5), 864-867. <https://doi.org/10.1002/art.20684>
- Kachaner, A., Harim, M., Combier, A., Trouvin, A. P., Avouac, J., Ranque, B., & Piot, M.-A. (2023). Management perspectives from patients with fibromyalgia experiences with the healthcare pathway : A qualitative study. *Frontiers in Medicine*, 10. <https://doi.org/10.3389/fmed.2023.1231951>
- Katz, D. L., Greene, L., Ali, A., & Faridi, Z. (2007). The pain of fibromyalgia syndrome is due to muscle hypoperfusion induced by regional vasomotor dysregulation. *Medical Hypotheses*, 69(3), 517-525. <https://doi.org/10.1016/j.mehy.2005.10.037>
- Katzman, M. A., Bilkey, T. S., Chokka, P. R., Fallu, A., & Klassen, L. J. (2017). Adult ADHD and comorbid disorders : Clinical implications of a dimensional approach. *BMC Psychiatry*, 17, 302. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1463-3>

- Kenny, D. T. (2004). Constructions of chronic pain in doctor–patient relationships : Bridging the communication chasm. *Patient Education and Counseling*, 52(3), 297-305. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(03\)00105-8](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(03)00105-8)
- Ko, C., Lucassen, P., van der Linden, B., Ballering, A., & Olde Hartman, T. (2022). Stigma perceived by patients with functional somatic syndromes and its effect on health outcomes – A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 154, 110715. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2021.110715>
- Kooij, J. J. S., Bijlenga, D., Salerno, L., Jaeschke, R., Bitter, I., Balázs, J., Thome, J., Dom, G., Kasper, S., Nunes Filipe, C., Stes, S., Mohr, P., Leppämäki, S., Casas, M., Bobes, J., Mccarthy, J. M., Richarte, V., Kjems Philipsen, A., Pehlivanidis, A., ... Asherson, P. (2019). Updated European Consensus Statement on diagnosis and treatment of adult ADHD. *European Psychiatry*, 56, 14-34. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.11.001>
- Kooij, S. J., Bejerot, S., Blackwell, A., Caci, H., Casas-Brugué, M., Carpentier, P. J., Edvinsson, D., Fayyad, J., Foeken, K., Fitzgerald, M., Gaillac, V., Ginsberg, Y., Henry, C., Krause, J., Lensing, M. B., Manor, I., Niederhofer, H., Nunes-Filipe, C., Ohlmeier, M. D., ... Asherson, P. (2010). European consensus statement on diagnosis and treatment of adult ADHD : The European Network Adult ADHD. *BMC Psychiatry*, 10(1), 67. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-10-67>
- Kool, M. B., van Middendorp, H., Boeije, H. R., & Geenen, R. (2009). Understanding the lack of understanding : Invalidation from the perspective of the patient with fibromyalgia. *Arthritis Care & Research*, 61(12), 1650-1656. <https://doi.org/10.1002/art.24922>
- Lambin, D. I., Thibault, P., Simmonds, M., Lariviere, C., & Sullivan, M. J. L. (2011). Repetition-induced activity-related summation of pain in patients with fibromyalgia. *PAIN*, 152(6), 1424-1430. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2011.02.030>
- Larson, E. B., & Yao, X. (2005). Clinical Empathy as Emotional Labor in the Patient-Physician Relationship. *JAMA*, 293(9), 1100-1106. <https://doi.org/10.1001/jama.293.9.1100>
- Larun, L., & Malterud, K. (2007). Identity and coping experiences in Chronic Fatigue Syndrome : A synthesis of qualitative studies. *Patient Education and Counseling*, 69(1), 20-28. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2007.06.008>
- Leavitt, F., & Katz, R. S. (2006). Distraction as a key determinant of impaired memory in patients with fibromyalgia. *The Journal of Rheumatology*, 33(1), 127-132.
- Lee, J., Ellis, B., Price, C., & Baranowski, A. P. (2014). Chronic widespread pain, including fibromyalgia : A pathway for care developed by the British Pain Society. *BJA: British Journal of Anaesthesia*, 112(1), 16-24. <https://doi.org/10.1093/bja/aet351>

- Macfarlane, G. J., Kronisch, C., Dean, L. E., Atzeni, F., Häuser, W., Fluß, E., Choy, E., Kosek, E., Amris, K., Branco, J., Dincer, F., Leino-Arjas, P., Longley, K., McCarthy, G. M., Makri, S., Perrot, S., Sarzi-Puttini, P., Taylor, A., & Jones, G. T. (2017). EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 76(2), 318-328. <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2016-209724>
- Madden, S., & Sim, J. (2006). Creating meaning in fibromyalgia syndrome. *Social Science & Medicine*, 63(11), 2962-2973. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.06.020>
- Maquet, D., Croisier, J.-L., Renard, C., & Crielaard, J.-M. (2002). Muscle performance in patients with fibromyalgia. *Joint Bone Spine*, 69(3), 293-299. [https://doi.org/10.1016/S1297-319X\(02\)00373-1](https://doi.org/10.1016/S1297-319X(02)00373-1)
- Matthias, M. S., Parpart, A. L., Nyland, K. A., Huffman, M. A., Stubbs, D. L., Sargent, C., & Bair, M. J. (2010). The Patient–Provider Relationship in Chronic Pain Care: Providers’ Perspectives. *Pain Medicine*, 11(11), 1688-1697. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4637.2010.00980.x>
- Murphy, K., & Barkley, R. A. (1996). Attention deficit hyperactivity disorder adults: Comorbidities and adaptive impairments. *Comprehensive Psychiatry*, 37(6), 393-401. [https://doi.org/10.1016/S0010-440X\(96\)90022-X](https://doi.org/10.1016/S0010-440X(96)90022-X)
- Nijs, J., Roussel, N., Van Oosterwijk, J., De Kooning, M., Ickmans, K., Struyf, F., Meeus, M., & Lundberg, M. (2013). Fear of movement and avoidance behaviour toward physical activity in chronic-fatigue syndrome and fibromyalgia : State of the art and implications for clinical practice. *Clinical Rheumatology*, 32(8), 1121-1129. <https://doi.org/10.1007/s10067-013-2277-4>
- Prior, Y., & Walker, N. (2016). Rheumatology occupational therapy-led fibromyalgia self- management education using motivational interviewing and mindfulness based cognitive therapy : A new approach. *British Journal of Occupational Therapy*, 30(1). <https://salford-repository.worktribe.com/output/1396733>
- Quintner, J. (2020). Why Are Women with Fibromyalgia so Stigmatized? *Pain Medicine*, 21(5), 882-888. <https://doi.org/10.1093/pm/pnz350>
- Raymond, M. C., & Brown, J. B. (2000). Experience of fibromyalgia. Qualitative study. *Canadian Family Physician*, 46(5), 1100-1106.
- Santiago, M. G., Marques, A., Kool, M., Geenen, R., & Silva, J. A. P. da. (2017). Invalidation in Patients with Rheumatic Diseases: Clinical and Psychological Framework. *The Journal of Rheumatology*, 44(4), 512-518. <https://doi.org/10.3899/jrheum.160559>

- Seli, P., Smallwood, J., Cheyne, J. A., & Smilek, D. (2015). On the relation of mind wandering and ADHD symptomatology. *Psychonomic Bulletin & Review*, 22(3), 629-636. <https://doi.org/10.3758/s13423-014-0793-0>
- Torgersen, T., Gjervan, B., & Rasmussen, K. (2006). ADHD in adults : A study of clinical characteristics, impairment and comorbidity. *Nordic journal of psychiatry*, 60, 38-43. <https://doi.org/10.1080/08039480500520665>
- Treasure, J. (2004). Motivational interviewing. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10(5), 331-337. <https://doi.org/10.1192/apt.10.5.331>
- Van Houdenhove, B. (1986). Prevalence and psychodynamic interpretation of premorbid hyperactivity in patients with chronic pain. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 45(4), 195-200. <https://doi.org/10.1159/000287948>
- Yusnaeni, Y., Erika, K. A., & Rachmawaty, R. (2019). Effect of Humor Therapy on Chronic Pain : A Literature Review. *Journal Of Nursing Practice*, 2(2), 97-101. <https://doi.org/10.30994/jnp.v2i2.51>

## ANNEXES

### Annexe 1 : guide d'entretien pour les professionnels de la fibromyalgie

#### Guide d'entretien pour les professionnels de la fibromyalgie

Pouvez-vous vous présenter ?

#### **Introduction à la fibromyalgie**

1. Pour débiter, pourriez-vous fournir une brève description de la fibromyalgie ainsi qu'énoncer ses symptômes principaux ?
2. Quels sont les défis spécifiques qui apparaissent dans la vie quotidienne d'une personne atteinte de fibromyalgie et comment sont-ils abordés ? Quel en est l'impact sur leur qualité de vie ?
3. Dans votre pratique, quelle est votre approche pour aider le patient atteint de fibromyalgie à bien comprendre sa condition ?

#### **La kinésithérapie dans un contexte de fibromyalgie**

4. Selon vous, quelle place occupe la kinésithérapie dans le cadre de la prise en charge des patients atteints de fibromyalgie ?
5. Quelles modalités d'exercice sont considérées comme les plus adaptées à un patient souffrant de fibromyalgie ?
6. Selon votre perspective, quel impact la kinésithérapie a sur l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de fibromyalgie ?

#### **Suggestions de pistes d'adaptation lors de la prise en charge des patients**

7. Quelles adaptations spécifiques recommanderiez-vous lors de la prise en charge d'un patient atteint de fibromyalgie ? Y a-t-il des points particuliers sur lesquels notre attention doit être portée ?
8. Les adaptations à prendre sont-elles différentes selon les stades de ce syndrome ?
9. En ce qui concerne la communication avec les patients souffrant de fibromyalgie, quels conseils donneriez-vous et quels aspects devraient être pris en considération ?
10. En matière d'éducation thérapeutique, quels conseils devraient être prodigués aux patients atteints de fibromyalgie ?
11. Sur le plan émotionnel, y a-t-il des particularités chez les patients atteints de fibromyalgie ? Si oui, auriez-vous des conseils pour adapter la prise en charge de ce point de vue chez les patients atteints de fibromyalgie ?

12. Avez-vous d'autres recommandations spécifiques à partager avec les kinésithérapeutes traitant des patients atteints de fibromyalgie ?

### **La relation entre la fibromyalgie et le TDA/H**

13. Dans le cadre de votre pratique clinique, avez-vous eu des expériences avec des patients présentant à la fois la fibromyalgie et le TDA/H ?
- Si oui, pourriez-vous développer vos connaissances sur les interactions entre le TDA/H et la fibromyalgie ?
  - Si non, avez-vous déjà entendu parler de cette interaction entre ces deux conditions ? Si oui, pourriez-vous développer ?

### Si le professionnel a des connaissances sur l'interaction entre la fibromyalgie et le TDA/H :

14. Pensez-vous que, lors d'une prise en charge kinésithérapeutique pour la fibromyalgie, il est pertinent de prendre également en compte l'aspect du TDA/H chez un patient présentant ces deux conditions ? Pourquoi ?
15. Auriez-vous des recommandations spécifiques concernant la prise en charge d'un patient présentant à la fois le TDA/H et la fibromyalgie ?

## **Annexe 2 : guide d'entretien pour les professionnels du TDA/H**

### **Guide d'entretien pour les professionnels du TDA/H**

Pouvez-vous vous présenter ?

#### **Introduction au TDA/H**

1. Pour débiter, pourriez-vous fournir une brève description du TDA/H ainsi qu'énoncer ses symptômes principaux, en mettant particulièrement l'accent sur les manifestations chez l'adulte ?
2. Quels sont les défis spécifiques qui apparaissent dans la vie quotidienne d'un adulte atteint de TDA/H et comment sont-ils abordés ? Quel en est l'impact sur leur qualité de vie ?
3. Dans votre pratique, quelle est votre approche pour aider le patient atteint de TDA/H à bien comprendre sa condition ?

#### **La kinésithérapie dans un contexte de TDA/H**

4. Selon vous, quelle place occupe la kinésithérapie dans le cadre de la prise en charge des adultes atteints de TDA/H, s'il y en a une ?
5. Quelles modalités d'exercice sont considérées comme les plus adaptées pour un patient adulte atteint de TDA/H ?
6. Selon votre perspective, pensez-vous qu'une prise en charge kinésithérapique adaptée peut avoir un impact positif sur la qualité de vie des patients adultes atteints du TDA/H ?

#### **Suggestions de pistes d'adaptation lors de la prise en charge des patients**

7. Quelles adaptations spécifiques recommanderiez-vous lors de la prise en charge d'un adulte atteint du TDA/H ? Y a-t-il des points particuliers sur lesquels notre attention doit être portée ?
8. En ce qui concerne la communication avec les adultes atteints de TDA/H, quels conseils donneriez-vous et quels aspects devraient être pris en considération ?
9. En matière d'éducation thérapeutique, quels conseils devraient être prodigués aux adultes atteints de TDA/H ?
10. Sur le plan émotionnel, y a-t-il des particularités chez les patients atteints de TDA/H ? Si oui, auriez-vous des conseils pour adapter la prise en charge de ce point de vue chez les patients atteints de TDA/H ?
11. Avez-vous d'autres recommandations spécifiques à partager avec les kinésithérapeutes traitant des patients adultes atteints du TDA/H ?

## **La relation entre la fibromyalgie et le TDA/H**

12. Dans le cadre de votre pratique clinique, avez-vous eu des expériences avec des patients présentant à la fois la fibromyalgie et le TDA/H ?
  - Si oui, pourriez-vous développer vos connaissances sur les interactions entre le TDA/H et la fibromyalgie ?
  - Si non, avez-vous déjà entendu parler de cette interaction entre ces deux conditions ? Si oui, pourriez-vous développer ?

Si le professionnel a des connaissances sur l'interaction entre la fibromyalgie et le TDA/H :

13. Pensez-vous que, lors d'une prise en charge kinésithérapeutique pour la fibromyalgie, il est pertinent de prendre également en compte l'aspect du TDA/H chez un patient présentant ces deux conditions ? Pourquoi ?
14. Auriez-vous des recommandations spécifiques concernant la prise en charge d'un patient présentant à la fois le TDA/H et la fibromyalgie ?

### **Annexe 3 : exemple de retranscription d'un entretien**

M.M: Alors, euh, donc on va poser plusieurs questions si ça va pour vous.

J.D: Oui.

M.M: Euh tout d'abord on va partir, euh, d'un cadre un peu plus global, hein, en ce qui concerne la fibromyalgie et petit à petit, euh, on va affiner nos questions si ça va.

J.D: D'accord !

M.M: Donc, tout d'abord est-ce que vous pourriez faire, euh, une brève description de ce qu'est la fibromyalgie, énoncer ses symptômes, voilà ?

J.D: C'est une question très complexe, hein.

M.M: Ouais.

J.D: C'est très complexe, euh. Voilà, comme je vous l'ai dit au cours, euh, euh, donc ce sont ce sont des patients, oui, douloureux chroniques, euh, avec des douleurs nociplastiques et une composante de sensibilisation centrale qui ont comme, euh, comment ? Des, des, des signes majeurs qui sont évidemment la douleur, euh, qui sont les troubles du sommeil, qui sont la, la fatigabilité, et euh, des douleurs post-effort. Voilà donc ça c'est je pense que ce sont des signes, des signes primaires. Et puis, ensuite y a tous tous, tous, tous les autres signes où il y a une hypersensibilité aux bruits, aux odeurs euh, euh, euh. Donc douleurs diffuses persistantes. Oui, euh. C'est, c'est, c'est complexe hein.

M.M: Oui, ben euh enfin ça, ça, revient euh, les troubles du sommeil euh, les douleurs post-effort, ça revient assez souvent, la fatigabilité aussi. Euh, bon, ce sont des défis assez, euh, enfin qui arrivent, euh, dans la vie de tous les jours pour des patients atteints de fibromyalgie. Est-ce qu'il y aurait d'autres défis assez spécifiques que des patients fibromyalgiques, euh, rencontrent dans leur vie ?

J.D: Oui donc la, la, la notion d'hyperactivité, euh, de ne pas écouter son corps. Euh, voilà. Alors, euh, avec évidemment, enfin d'autres, d'autres signes où il y a une sensibilité euh... Enfin, donc oui, alors j'oublie aussi, hein, donc la, la ; l'allodynie qui fait partie des, des critères, euh, que je trouve, euh, primaires. Puis ensuite, euh, euh, les personnes qui qui ont, qui sont également sensibles au chaud, au froid, plus, plus par rapport au, au, au, froid. Euh voilà et puis bon vous vous avez d'autres, euh, enfin d'autres signes qui sont, qui sont plutôt plutôt secondaires. Mais c'est surtout le, maintenant vous allez, je suppose que vous allez me poser la question là si, si, si il y a des causes, une étiologie ?

M.M: Oui.

N.D: Ouais.

J.D: Donc elle est, elle est, euh, enfin c'est.... Euh, je sais pas si vous vous rappelez au cours je vous ai parlé de la fleur euh...

N.D et M.M: La fleur du mal (x2).

J.D: Du prof...Du professeur B.

M.M: Oui, oui, oui !

N.D: Oui, oui tout à fait !

J.D: En fait, il y a beaucoup, il y a beaucoup de facteurs, euh, favorisants. Je, je, je pense facteurs favorisants, moi, c'est vous voyez l' l'histoire, enfin l'histoire de vie, la, les, les, euh ces personnes, euh, aussi qui auraient eu un burnout, une dépression, ou une maladie euh dans, dans l'enfance euh, ou euh, enfin des, des, des problèmes dans l'enfance. Enfin c'est c'est, je, je pense que ce sont tous, des tous, des facteurs euh, euh favorisants. J'ai bien dit tous, hein. Euh. Il n'y a pas qu'un qu'un seul facteur, qui peuvent, euh, amener cette, cette composante de douleur, euh, nociplastique avec une dysrégulation probablement des cellules gliales comme, euh, le professeur M. vous en a parlé.

M.M: Oui.

N.D: Et alors, euh, du coup ici on a parlé un peu de composantes physiques, on a parlé, enfin y a aussi une composante cognitive qui est importante et euh...

J.D: Oui, oui, oui, oui.

N.D: Là, euh ; vous avez énoncé aussi, euh, une composante émotionnelle qui peut, euh, apparaître, enfin qui, qui est très souvent présente. Est-ce que euh, ce genre de choses vous l'intégrez systématiquement dans votre prise en charge et est-ce que, euh, du coup vous vous adaptez, euh, spécifiquement votre prise en charge à, euh, à tous points de vue, c'est-à-dire, euh, même dans votre façon de vous adresser aux patients, est-ce que vous prenez ces éléments en compte, euh, d'une manière ou d'une autre ?

J.D: Oui, là... en fait, je, je, donc, quand je travaille à Mont-Godinne. Mais alors aussi ce que je voudrais dire également ce sont, ce sont les, les, les « fibrofogs » donc ce sont les troubles de l'attention, ce sont souvent des troubles cognitifs, ce sont souvent les patients qui vont vous parler et puis, pfff, il va y avoir un un, un, un blanc.

N.D: Oui justement c'est, c'est exactement là où...

J.D: Et donc ça ça aussi on retrouve, on retrouve chez, euh, chez ces personnes. Et donc en fait quand, quand, quand je reçois notamment à Mont-Godinne des, des, des patients pour pour un bilan, euh, donc j'ai j'ai un body chart pain, voir un peu le, leur, leur douleur, souvent ce sont des douleurs persistantes diffuses, souvent symétriques hein sur l'hémicorps supérieur, sur l'hémicorps inférieur euh... d'une part. Donc un body chart pain. Et puis ensuite je, je, je pars, euh, aussi un peu de toutes, tous ces éléments qui auraient pu favoriser cette, cette, cette, cette ces douleurs persistantes, hein, et, et j'ai donc tout un, tout un schéma où le patient doit, doit pouvoir un peu se, enfin s'y, s'y euh, comment euh... s'y, s'y, s'y représente, à savoir, euh, est-ce que c'est un patient qui a un accident de voiture, un genre de, de, de Whiplash, est-ce que c'est un patient qui a eu un problème dans l'enfance,

ou est-ce que c'est un patient qui aurait eu aussi des, des problèmes, des problèmes familiaux, des problèmes de, d'harcèlement, des problèmes, enfin, etc, etc. Et en fait, donc tout cela peut, peut, peut avoir un impact sur, sur leurs, sur leurs douleurs. Et donc à partir, à partir de là, j'essaie de créer, euh, ce qui est vraiment super important, c'est une alliance thérapeutique avec le, avec le patient, euh, parce que généralement le patient, le, le patient vient, euh, donc en douleur chronique, en centre de douleur chronique, il aura fait donc toute une, tout un itinéraire : rhumatologue, neurologue, ou autre. Et donc il vient avec des examens, je dirais de, enfin d'exclusion. Euh et d'un autre côté j'en, j'en suis satisfait parce que tous les Red Flags sont, sont éliminés mais là, le patient se dit mais alors qu'est-ce que j'ai ? Si, si je n'ai pas un problème rhumato, si je n'ai pas un problème neuro. Et donc c'est là qu'il faut, qu'il faut, il faut dialoguer, hein. Il faut, il faut essayer hein de de d'avoir une alliance thérapeutique avec le patient et de lui expliquer que en fait tous les éléments de vie qu'il qu'il a eu, qu'il a subi, pfff voilà peuvent avoir un, un effet sur euh, sur euh, sur leurs douleurs.

N.D: Et alors, euh, spécifiquement sur le les troubles de, de l'attention dont vous parliez, euh est-ce que vous mettez des choses en place par rapport, euh... enfin est-ce que vous, vous essayer de de faire en sorte que, euh... de vous assurer que le patient, euh, ait retenu, euh les consignes que vous, vous lui avez données ? Euh, est-ce que vous essayez de vous assurer qu'il ait bien compris, euh, les modalités de, de, de l'exercice que vous, vous lui, vous lui, vous lui donnez ? Euh, comment vous vous adaptez, euh, par rapport à ce point particulier du trouble, du trouble de l'attention ?

J.D: En fait la, la, la chance que nous avons au sens que nous sommes une équipe pluridisciplinaire donc kiné, psy, ergo, infirmière, euh, assistant social, et on... Admettons donc le, le patient, quand nous avons un patient en groupe, généralement il a une prise en charge kiné et une prise en charge aussi psychothérapeutique et, et tout se passe un peu dans, dans, dans l'éducation et dans les, dans les exercices. Euh en fait, c'est, c'est refaire les exercices d'une part dans, dans, au centre mais aussi qu'ils puissent le refaire à, à domicile. Et euh, et donc il y a, à chaque fois, un peu un, comment, un, un, une mise à jour si vous voulez où, le, le où je demande au patient de, de le faire à domicile et, et, et qu'il revienne vers moi si jamais, bah, si

jamais il oublie ou si jamais il ne sait pas que faire quoi. Et donc par rapport, par rapport à cela, jadis, j'ai écrit un livre, euh dont j'ai une certaine fierté, qui a été publié, où, euh, ce sont que des exercices., principalement, des exercices qui sont, euh, qui sont réalisables, euh, à, à domicile. Et euh parce que, parce que le, le patient me revenait en disant mais voilà les exercices que nous faisons avec vous, euh, en, en kiné mais quand on arrive chez nous, on a oublié.

N.D: Ouais c'est intéressant ça.

J.D: Donc à partir de ce constat j'ai, j'ai, j'ai construit un, un, un, élaboré un bouquin par rapport, euh, par rapport à ça. Et donc, et donc effectivement il faut... Donc l'objectif c'est vraiment autonomiser ce patient c'est vraiment faire en sorte, c'est le rendre acteur de sa santé en disant, voilà, on n'a, on n'a pas de solution miracle, on n'a pas de médicaments pour le moment. Par contre, on peut, on peut avoir un impact sur votre qualité de vie, sur votre qualité fonctionnelle, certainement pas, enfin en tout cas pas moi, sur votre guérison, mais voilà on va, on va travailler ensemble. Et, euh, et généralement, enfin voilà au centre ça se passe bien. Pourquoi ça se passe bien ? Mais parce que nous sommes toute une équipe et qu'ils savent que, que nous sommes là quoi. Ce qui serait peut-être moins vrai si, euh, si, si j'avais ces patients seuls à, au, au cabinet.

N.D: Oui tout à fait ! Et, alors, euh, est-ce que vous, ça arrive euh, enfin et du coup votre façon euh de, de vous adapter par rapport, euh, au fait que les patients, euh, puissent potentiellement oublier, ça a été de de créer euh votre, euh votre ouvrage...

J.D: Oui.

N.D: ... si je comprends bien.

J.D: Oui.

N.D: Euh et donc, quand vous vous l'avez créé, qu'il a été publié, vous avez remarqué une, une nette différence par rapport à, à avant, euh, le, le, enfin par rapport à...

J.D: Oui, oui, donc au début, au début, oui, puis, puis, à un moment donné, ces, ces, ces patients si, si, si je n'ai pas, parce que généralement c'est vrai que les patients, nous avons un suivi voilà, enfin actuellement d'une quinzaine de séances, et puis, ensuite, euh, pour les autonomiser. Mais, si, si, il y a pas un retour, ou s'l y a pas un retour en...envers moi, bah à un moment donné, ils, ils laissent tomber, quoi. Mais ils laissent tomber non, non, pas par, pour problème cognitif mais tout simplement parce qu'ils sont, ils sont repris par les, les, par le, le rush de la vie. Généralement ce sont des femmes donc qui ont, qui ont, qui ont une famille, enfin des, des enfants, et, et, et alors on laisse moins de temps, moins de temps pour, pour leurs exercices, hein. Même s'ils savent que ça leur fait du bien mais voilà ils, ils n'ont plus ce dynamisme. Quand, quand ils viennent au centre, généralement ils viennent au centre ils sont, ils sont 4-5, ils sont tout, tout un groupe hein, donc il y a, il y a une auto, euh, motivation qui se crée.

N.D: Ah oui, oui, oui, oui!

J.D: Une fois à domicile ils, ils n'ont plus cela.

N.D: Oui c'est ça !

J.D: Par contre ils ont d'autres choses : ils ont leur manne de linge, ils ont ci, ils ont ça et donc euh... ils font de moins en moins d'exercices et puis, et puis il y a ces douleurs qui est là et puis et puis voilà ils ne, et après, ils ne font plus rien, quoi.

N.D: Oui.

J.D: Et donc, je, je les, je les pousse, je les pousse non seulement donc à faire de l'exercice chez eux, mais mais aussi, mais aussi aller auprès de, de, de, de, de thérapeutes, de, de kinés pour pou... pouvoir suivre leur, euh, leurs séances. Mais voilà, maintenant, euh il y a toujours un peu le, le coût de la vie aussi, hein, euh...

M.M: Ouais, c'est sûr !

J.D: Donc ça, ça, ça pourrait être euh, ça pourrait être un, un bémol. Hier où je leur dis, ben écoutez, vous pouvez faire de la piscine mais disons oui, mais vous savez, euh, quand on va à la piscine municipale, l'eau, l'eau est très froide enfin voilà. Et donc c'est, c'est, euh, c'est, c'est assez diff... Tant, tant qu'on est en rel... en relation, euh, ça va, mais une fois que, hein, comme on dit loin des yeux loin du cœur, ça, ça fonctionne moins bien quoi.

M.M: Donc la kinésithérapie, je crois que maintenant c'est plus que prouvé, elle a une, une place super importante dans, euh, le traitement d'un patient fibromyalgique. Euh, selon vous, quelles seraient les modalités d'exercices euh...

J.D: Oui.

M.M: ...qui sont les plus adaptées pour un patient fibromyalgique et qui fonctionnent le mieux euh...

J.D: Donc ce que dit, ce que dit la littérature, c'est, c'est d'abord l'éducation, ça c'est vraiment super important l'éducation. Et, et, dans, dans l'exercice, ce que dit également la littérature, ce sont des exercices de, de, aérobic et euh de renforcement musculaire. Ça c'est ce qui, c'est ce qui revient. Après, après vous avez, euh, tout le reste hein, tout le reste euh à savoir... enfin tout ce qui massothérapie, tout ce qui est peut-être électrothérapie, enfin tout ce qui est aussi peut-être thérapies alternatives, mais sur la littérature c'est vraiment... Prenez prenez le, l'éducation et, et prenez, euh, la, le, le reconditionnement à l'effort aérobic, et, euh, vos exercices de renforcement musculaire.

M.M: Et vous parlez d'éducation là maintenant mais dans un tout premier temps, donc le patient arrive, euh, vous voir, est-ce que, euh, il comprend directement c'est quoi la fibromyalgie ? Parce qu'on sait que c'est très stéréo...stéréotypé dans notre, euh, euh, société, ça, ça a pas toujours... c'est pas toujours pris dans le bon sens. Comment vous éduquer le patient à mieux comprendre dans quelle condition il se trouve ?

J.D: Donc encore une fois, je vous parle au niveau du centre, donc là où je travaille depuis euh, ça, ça fait, euh, enfin ça fait maintenant 22 ans que j'y travaille, on a vraiment la chance d'avoir des traits d'équipe avec le même langage. Et donc quand... avant de nous, de nous voir ils ont vu, euh, par exemple le professeur M., euh, qui, qui donne déjà une certaine explication, et puis ensuite, ben ce, ce, ce patient va se rendre compte, ben voilà que les, que les explications sont, sont, ce sont les mêmes, que nous avons un même langage, que, que ce soit psy, kiné, infirmière ou médecin. Et donc là aussi, je, je prends le cas du professeur M. le... s'il doute, il enverra, il enverra le patient auprès de, auprès de, enfin voilà de, de, des, des, des thérapeutes et avoir leur retour, euh... Donc voilà c'est au centre, c'est c'est l'avantage de travailler avec toute une équipe. Euh ce qui serait moins vrai si, si, si la prise en charge est plutôt individuelle dans un cabinet euh, dans un cabinet libéral.

M.M: Ouais, donc cette prise en charge, est-ce que vous pensez qu'elle est, euh, pluridisciplinaire ? Est-ce que vous pensez que c'est vraiment quelque chose d'essentiel, euh, dans le traitement, euh, de la fibromyalgie ? Parce que ça revient très souvent, euh, qu'il faut vraiment être pluridisciplinaire. Et comme vous disiez tout à l'heure que chacun adopte, euh, le même discours face aux patients ?

J.D: Oui, ben je, je, je dirais pour conclure, enfin si je devais conclure la, la, la, la réplique, hein, c'est, c'est, c'est, c'est, c'est, c'est une vision bio-psycho-sociale dans un cadre multidisciplinaire. Ça, c'est euh, ça c'est le plus important....

M.M: Ok.

J.D: ...pour ma part. Et, et, de là, et, et de là, euh, le, le psychologue travaillera sa, sa, sa partie cognitivo-comportementale donc du pacing, apprendre à gérer et, etc. et etc., le kiné eh bien travaillera dans tout ce que je viens de dire : reconditionnement de l'effort, et et donc quelque part apprendre à gérer leur douleur à travers, euh, à travers l'effort et, et généralement ça, j'ai, j'ai, j'ai, euh, pas beaucoup de (INAUDIBLE), généralement ça se passe euh, ça se passe plutôt, euh, plutôt bien.

N.D: Euh...

J.D: Mais mais quand je reçois le patient, quand je reçois le patient une première fois, ça, ça, ça dure plus d'une heure, parce que je fais, je fais des tests avec lui : je fais des tests physiques, des tests, euh, psychométriques, pour me rendre compte, tiens est-ce que c'est une douleur nociplastique ou bien y-a-t-il aussi une composante de douleur neuropathique voyez-vous? Donc ce sont tous les tests, et ça, ça prend, ça prend beaucoup, beaucoup de temps. Et en fait, il y a un échange aussi avec le, avec le patient. Et généralement le patient, euh, euh, adhère, non seulement parce qu'il s'est dit, waw, euh, je, je ne suis pas remballé, hein, on m'écoute. Euh, et donc tout ça, tout ça est est, est positif.

N.D: Et du coup on a, on a reparlé du coup un petit peu de la, l'importance de la prise en charge pluridisciplinaire, euh, la, le, l'approche EBP donc, euh, pour le patient, euh mais n'empêche que, euh, nous en tant que kiné, je pense qu'on a quand même, euh, un rôle aussi à jouer dans notre, dans notre discours et notre façon de communiquer avec le patient, et du coup je voulais juste revenir, euh, par rapport, euh, enfin, à quand on, on discutait, euh, au sujet du, du plan émotionnel du patient, on, on expliquait que, euh, voilà, euh, souvent des dépressions étaient associées, euh, un surmenage, euh, voilà. Et donc moi, je voulais savoir euh, quel était votre discours face aux patients pour essayer de, euh, avoir un, un, un rôle face à ça, euh même si c'est pas notre euh... nous en première ligne, bien, bien entendu. Mais euh je pense que quand le patient euh vient chez le kiné euh, il ne vient pas juste pour se faire soigner euh, bah, je vais dire, euh, de façon, euh, ben biologique, je vais dire ça comme ça, et donc, euh, nous on doit aussi avoir notre discours. Comment, comment vous adaptez votre façon de, de lui parler ? Comment euh, quels sont les mots que vous utilisez pour, euh, essayer qu'il soit motivé par, euh, les exercices justement ? On en parlait aussi, euh, quand il rentre chez lui, qu'il ait une motivation ? Euh c'est quoi un petit peu votre approche ?

J.D: Oui ça, ça, mais en fait oui, c'est, c'est, c'est... C'est quand vous recevez le patient hein, c'est, c'est, c'est un moment très, très important et puis il faut voir aussi, il faut voir aussi comment, comment, enfin dans dans quel état émotionnel également est le, est le, est le patient, euh, parce que vous avez des patients qui sont,

qui sont très, très négatifs, ou des patients qui sont très, très, très, euh, très, très psy, ça c'est vraiment très difficile. Donc ça je les envoie auprès de, de, de collègues psy... psychologues. Ou sinon, je, je pense que le, le premier temps est essentiel par rapport à ces patients en fait, de le, de les écouter, sont des patients qui sont euh, euh, qui sont malaimés par la société, et qui sont mal compris, euh, et et dès que, dès qu'ils renc... je pense que dès qu'ils voient devant eux une personne qui les écoute, hein donc, qui les écoute et qui les prend en considération euh, combien de fois, combien de fois j'ai en consultation, des patients qui me disent merci, merci, merci, euh parce que simplement je les ai écoutés et que je, je, en fait je ne... Voilà je, je pense, pour, pour répondre à vos questions, je pense que le, le thérapeute ne doit pas avoir de préjugés.

M.M: Oui.

N.D: Ok donc partir vraiment euh sur quelque chose de, de, de, de...

M.M: D'être ouvert.

N.D: ...serein, de sain, à l'écoute, à l' l'... oui ouvert c'est ça.

J.D: Oui, c'est, c'est, ne pas avoir, euh, c'est ne pas avoir de préjugés, c'est, c'est d'être à l'écoute, à l'écoute non pas passive hein, mais à l'écoute active du, du, du patient. Et, et il y a aussi croire, croire en en ses paroles, croire en ses, en ses douleurs.

M.M: Oui.

J.D: Parce que c'est, ce n'est pas évident hein. Vous vous rendez compte, vous souffrez de douleurs qui ne sont, qui ne sont pas reconnues par la médecine et qui, ensuite, qui ne sont pas visuelles, donc il n'y a, il n'y a aucun test que ce soit prise de sang ou autre technique IRM ou autre qui pourraient définir la fibromyalgie. Le jour où ça sera possible, mais je dirais cocorico, mais là pour le moment non, donc, euh. C'est, les, les médecins, les médecins qui ont une vision euh, enfin les

thérapeutes, hein, qui ont une vision, euh, biomédicale, ont très difficile à accepter le patient, très, très, très difficile.

M.M: Oui, donc vous pensez qu'il faut vraiment, euh, être, pour qu'un patient fibromyalgique soit bien pris en charge face à un thérapeute qui est euh, qui est ouvert, et limite mettre en premier plan dans un premier temps, euh, cette, cette écoute et, euh, et cette compréhension de l'autre c'est ça ?

J.D: Oui, parce que ce sont des patients souffrant dans tous les sens du terme, hein, que ce soit physique, émotionnel, euh. Enfin, euh, des, des, des, des, des patients qui ont une allodynie sévère mais enfin... Moi, je, je, je me rappelle de deux patients qui, qui mettaient, euh, qui mettaient leurs chaussettes à l'envers parce que la couture leur faisait mal quoi. Oui donc pour ce, pour, pour, pour, pour vous dire hein. Oui euh, ils sont, ils sont, ils sont, euh, ils sont, ils sont, enfin c'est complexe, c'est vraiment très, très complexe mais ces, ces, ces patients doivent aussi être pris aussi, aussi en charge par une prise en charge psychothérapeutique. Je pense que seul, seul le kiné, euh, serait insuffisant. Enfin bon quand je dis psychologue, médecin enfin toute, toute l'équipe, hein.

N.D: Oui, oui, oui, oui.

J.D: Mais individuellement prendre ces, ces patients en charge c'est plutôt, euh, c'est plutôt difficile.

M.M: Oui, c'est très intéressant, euh, donc, ici, on a parlé, euh, du plan émotionnel, on a parlé de l'éducation thérapeutique, et on a parlé de la communication. Euh, est-ce que vous auriez en tête d'autres adaptations plus spécifiques auxquelles on n'aurait pas pensé parler jusque-là ?

J.D: Donc... Oui, donc, croire aux, croire aux paroles du, du patient donc je veux dire pas, pas y mettre de préjugés. Euh, une écoute, euh, une écoute active. Euh, favoriser l'alliance thérapeutique. Communication je dirais orientation, euh, positive.

M.M: On parlait aussi qu'il y avait ce trait d'hyperactivité qui revenait chez les patients, est-ce que vous trouveriez un moyen de, de, d'adapter aussi en fonction de si vous vous retrouvez face à un patient, hyper, hyperactif ?

J.D: Oui, en fait les, l' l'exercice, hein. L'exercice leur permet de de, gé gé généralement ce sont des, des, euh donc des, des, des patients, enfin si, si, en tout cas les personnes, euh hyperactives, euh, auront toujours... enfin il faut, il faut, il faut les freiner en fait.

M.M: Ok.

J.D: Il faut, il faut, il faut les freiner parce qu'ils, ils vont toujours un peu, euh, un peu au-delà de leurs, euh, de leurs capacités, ils sont souvent dans le, dans, dans le rouge. Et en fait, la, la la kinésithérapie leur, leur apprend aussi à, à, à gérer cette, cette, cette hyperactivité à travers l'exercice en fait.

N.D: Et, et justement bah du coup pour les, les exercices à la maison. Euh comment vous vous assurez qu'ils les font euh enfin de, de la bonne manière et, et sans partir dans le, le, sur, sur exercice, euh, ou dans le trop quoi ?

J.D: Oui mais ça c'est une bonne, euh, oui non c'est une très bonne question des, les... Donc en fait je parle, je prends toujours l'exemple du, euh, du, du, du centre, euh... Donc je, je leur donne, je, je leur donne avant tout des exercices à... En fait donc tous les exercices que, que, qui sont réalisés, enfin que je réalise avec ces, ces patients sont réalisables, euh, à, à domicile. Parce que si je commence à faire euh des, des exercices et, et, qui ne sont pas réalisables, ils ne le feront pas. Déjà c'est difficile...

N.D: Oui, oui, oui.

J.D: ...enfin qu'ils puissent les, les, les refaire. Mais je donne vraiment des, euh, des exercices euh, euh, réalisables et, et donc avec un, un, du, du matériel, euh, peu, peu coûteux : à savoir un tapis à savoir un (INAUDIBLE : theramat ?), à savoir... Parce que bon ces, ces patients présentent aussi, hein, des problèmes, des problèmes

financiers donc un vélo c'est quand même, c'est quand même chero, un tapis roulant c'est quand même chero. Et, et, et donc il ne faut pas que tout cela soit, soit un frein. Mais, mais, c'est si difficile à à domicile parce qu'il faut, il faut, il faut une pièce. Au, au début, au début ils sont, ils sont motivés tant que je les ai, hein, au, avec moi au centre, et puis une fois qu'ils sont, euh, qu'ils, qu'ils ne viennent plus au centre, ah là, la motivation part très, très vite parce qu'ils sont, euh, rattrapés par les, bah, par la, la, la réalité de la vie enfin en tout cas dans, dans, dans, dans leur, dans leur domicile quoi.

M.M: Tout à l'heure, vous parliez, euh, du bénéfice de la kiné, euh, pour l'hyperactivité, euh quels sont les autres bénéfices que la kiné, elle apporte euh face à ces patients fibromyalgiques ?

J.D: Bah déjà sur, sur la, sur la douleur, hein. Bon, vous savez que le, le, en tout cas le, le, le réentraînement cardio, euh, vasculaire a, a des effets notamment en, en...endorphiniques. Et, et donc, ce sont des patients qui, euh, qui vont pouvoir euh gérer leur, euh, leur, leur douleur et à partir du moment où ils ont une, une meilleure fonctionnalité.

M.M: Oui.

J.D: Donc, euh, je dirais que, euh, bah, euh, cognitivement ils seront, ils seront mieux et donc ils seront mieux aussi à, à gérer leur, euh, leur, leur douleur. Et euh tout à l'heure, vous, vous me posiez la question aussi : euh comment être par rapport au, au, au patient ? J'ai, j'ai envie de dire aussi on va de l'humilité, l'empathie.

N.D: Ah ouais, ouais, ouais. Bah justement j'allais y venir parce que, euh, on a eu, euh, une discussion assez intéressante avec le, le professeur M., euh, à ce sujet. Et, euh, j'essayais de, de savoir ce qui était le mieux, euh, entre, euh, avoir un comportement empathique face à ces patients ou plus, euh, ressentir, euh, enfin avoir de la compassion, et donc, euh, ressentir vraiment les émotions du patient ? Euh, parce que c'est vrai que finalement, c'est je pense que c'est un, un impact, euh, qui est quand même, bah, assez, euh différent, euh, bah, sur, sur le patient l'un ou

l'autre. Bah, du coup, je voulais savoir un petit peu aussi quel était votre avis là-dessus ?

J.D: Oui ben je dirais d'avoir les 2 (rire). Euh, c'est vrai que pour ça M. parle maintenant de plus en plus de, de, du terme de compassion.

N.D: Ouais, ouais, ouais.

J.D: Euh, c'est, c'est, c'est...J'ai pas, enfin j'ai pas encore retrouvé, donc probablement dans les ann..., dans les, dans les moments à venir, hein, ce sera peut-être le terme qui sera le plus, le plus adapté, mais actuellement moins peut-être parce que les gens ne prenaient pas bien ce terme. Mais ici, la, la littérature parle d'avantage d'empathie.

N.D: Parce que finalement, euh, si on prend les besoins du patient de façon isolée sans, sans, sans nous prendre, euh, de, dans, dans l'équation, euh, qu'est-ce qu'ils ont le plus besoin entre une oreille attentive, quelqu'un qui les écoute, ou bien, euh, qui les écoute et qui les comprend, ou bien quelqu'un qui, euh, est activement avec dans l'émotion. C'est, c'est, qu'est-ce qu'ils cherchent en fait finalement, euh, émotionnellement parlant, ils, ils ont besoin de quoi en fait ?

J.D: Je, je pense qu'ils ont besoin d'être compris. Ils ont besoin d'être entendus, écoutés, et compris.

N.D: Ok.

J.D: Ce sont des patients souffrants, hein. Ce sont des patients souffrants qui, qui sont rejetés par, par, par, par, euh, oui pour le corps médical, euh, et puis voilà, aussi peut-être par leur leur conjoint, peut-être aussi par l'entourage familial parce qu'ils, parce qu'ils, parce qu'ils ne comprennent pas. Et, et, et donc ces patients ont besoin, euh, ouais, d'être d'être compris. Quand, quand je pose la question aux patients, quels, quels sont vos objectifs ? Souvent ce qui revient, en tout cas dans, dans le centre, souvent, ce qui revient c'est, euh, connaître l'origine de mes douleurs et comment gérer ces douleurs. Euh, et, et, moins, moins, je parle encore du centre, je

ne parle pas autre part, moins, j'ai, j'ai, j'ai moins de patients qui me disent je voudrais qu'on, qu'on me comprenne...

N.D: Oui.

J.D: ..., je voudrais être compris, moins. Mais par contre beaucoup, j'ai envie de dire plus de 90%, beaucoup, pourquoi est-ce que j'ai ces douleurs et, et comment les gérer ? Ca, c'est souvent, ça, c'est souvent, souvent, souvent.

N.D: Et donc ils, ils ont besoin de solutions au final ?

J.D: Mais je, je, je pense que, quand quand ils disent euh pourquoi j'ai ces douleurs, ils ont, ils ont besoin de comprendre, ils ont, ils ont besoin de comprendre de cela. Et puis, et puis quelque part oui, quelque part, euh avoir, avoir des solutions mais, mais, mais, euh, chez des patients moi je, enfin, oui, quand même 50% me disent, euh, mais enfin je, je, je, je voilà, je, je, je vivrai avec. Donc ils sont, ils sont dans ce cheminement en disant mais, enfin je n'en guérirai pas, quoi.

M.M: Ok euh nous on arrive tout doucement à la fin des questions. On a encore, euh... On voulait juste savoir si dans votre pratique, euh, vous aviez déjà eu des expériences avec des patients qui avaient à la fois la fibromyalgie et le TDA/H ou pas ?

J.D: Mais euh, maintenant que, maintenant que vous m'en parlez je vais, je vais faire très attention. Donc je vais vraiment faire très attention, donc je ne sais pas, ...

N.D: Oui, oui, oui, tout le monde nous a dit ça. (rire)

J.D: Oui, oui, oui, oui, oui, oui, non parce que d'après ce que vous me dites, euh, euh. Maintenant j' j'aimerais avoir des échelles, des échelles psychométriques validées, hein, euh TDA/H pour pouvoir reconnaître le, le, le patient parce que je, je pense, je pense, euh, si je vous écoute, mais je, je, je pense qu'il y a, oui, qu'il y en a. Maintenant j'ai, j'ai, euh, c'est pour ça que au tout début, je vous ai demandé

un peu votre définition du TDA/H pour qu'on soit dans, dans une même compréhension parce que bon j'ai ma définition et puis et là après dans ce que vous dites oui, euh... Le, le, le, est-ce que le patient est-il, euh, enfin hyperactif ou, ou, ou enfin TDA/H enfin voilà. C'est, c'est euh... Maintenant j'ai, j'ai, j'ai peu, j'ai, j'ai, j'ai enfin j'ai très, très peu voire aucune expérience au TDA/H. J'ai, euh, voilà maintenant que vous m'avez dit ça je vais faire très attention. Bon probablement que j'ai, j'ai des patients qui l'étaient mais comme je n'ai, comme je n'ai pas connaissance j'ai, j'ai, j'ai pas, enfin j'ai pas fait attention. Mais, euh, sincèrement, euh, si vous avez des échelles, euh, psychométriques à me, à me, à me conseiller, euh, je suis, je suis preneur.

M.M: Mais, pour le moment, euh pour faire cette relation, il n'y a pas encore, euh, grand-chose niveau échelle. Euh, par contre, euh, ils se sont rendus compte, selon les premiers trucs qui sont sortis, que parfois ça, enfin, et il y a eu des pourcentages jusqu'à 40-50% de patients atteints de fibromyalgies qui ont un TDA/H et qui ont été diagnostiqués du TDA/H après la fibromyalgie. Donc c'est pour ça que c'est tout nouveau et que ça ça commence à être...

J.D: Et pour, et pour vous, il y a, il y a un lien ?

N.D: Oui.

M.M: Alors un lien je ne sais pas si on peut dire ça comme ça...

N.D: Il y a, il y a une relation.

M.M: ...mais en tout cas avoir une relation, euh, et beaucoup de comorbidité en, en commun. Euh, rien que, euh, aller trop fort dans son effort et à chaque fois avoir des blessures, ...

N.D: Les douleurs chroniques, le sur effort, euh, l'impulsivité, euh, le, le trouble d'attention, les troubles du sommeil, euh...

J.D: Oui parce que ça, ça ça je, je, ça j'avais connaissance mais j'i, mais j'ignorais que ces patients pouvaient, enfin euh, pouvaient également avoir euh ces, ces signes douloureux chroniques en fait.

M.M: Oui si, si.

N.D: Ouais si si si tout à fait !

J.D: Ça je... oui fin voilà je...

N.D: Et qui sont d'ailleurs, euh, très souvent en lien direct avec leur sur effort de leur TDA/H en fait.

M.M: Voilà.

J.D: Oui mais donc, donc, euh si, parce que il y a un traitement pour le TDA/H ?

M.M: Oui.

N.D: Oui, oui, oui.

M.M: Voilà, et il y a une étude qui a déjà été réalisée je crois, il faut que je la retrouve mais, euh, où ils ont testé chez le fibromyalgique le traitement du TDA/H et ils auraient eu, euh, des résultats positifs mais on n'est pas encore sur des études assez qualitatives pour pouvoir, euh, confirmer tout ça.

J.D: Oui, mais oui, oui mais j'ai, j'ai, euh, vous voyez, j'ai, j'ai, j'ai peu, euh.... Oui j'ai, j'ai, j'ai, effectivement, j'ai, j'ai peu lu là, là, là-dessus. Bon, maintenant, ben évidemment je suis plus, plus orienté vers tout ce qui est « physical therapy » et donc moins au niveau, euh, enfin moins de lecture, je dirais d'ordre du, du psychologique. Euh, mais voilà, je, je, je ferai attention.

(rire)

J.D: Je, je ferai, non, je, je ferai attention. Je ferai attention. Mais alors euh, je pense, je pense ce serait vraiment intéressant, euh, que que, que, que je contacte cette personne, euh qui a, qui a la fibromyalgie, et, et à qui, euh, on aurait, euh, on aurait, euh, diagnostiqué un TDA/H aussi.

N.D: Oui. Ouais tout à fait, oui !

J.D: Et, et quand je vois cette personne, qui était une personne très proche, euh, euh, oui enfin elle est fort dans l'émotion, dans l'hyper, oui dans l'hyperactivité, aussi, oui. (rire) quand, quand, je la verrai, elle va me dire mais pourquoi, Jacques pourquoi, tu, tu es en train de me, de me dévisager là, qu'est-ce qui se passe ?

M.M : Oui, ça peut être très intéressant et euh...

N.D: Oui, oui tout à fait, vraiment !

M.M: ... de, d'avoir un cas concret parce qu'évidemment nous on n'en a pas encore euh...

N.D: on n'a pas encore euh...

M.M: ... rencontré des gens dans la situation...

J.D: Bah oui ben, écoutez, je vais, euh, euh... Mais je vais la, je vais la contacter, je vais la contacter ce soir, je vais la contacter ce soir.

M.M: Merci beaucoup !

N.D: Ok ben merci beaucoup en tout cas !

J.D: Je vais la contacter ce soir et je vais demander si, si je peux euh, euh enfin si, si vous pouvez la contacter.

N.D: Ah ben super ! Merci beaucoup en tout cas.

M.M: Merci !

J.D: De rien, mais je serai, je serai vraiment désireux de lire votre euh, votre euh, votre euh TFE quand, quand quand, euh vous l'aurez fait quoi !

N.D: Ah ben, c'est super gentil, merci beaucoup !

M.M: Merci beaucoup !

N.D: Merci beaucoup pour tout, pour votre temps et pour toutes ces informations.

J.D: C'est intéressant.

M.M: Oui c'était très intéressant.

N.D: Merci beaucoup !

J.D: Merci.

M.M: Merci.

N.D: Bonne soirée, merci.

J.D: A vous aussi, au revoir.

N.D: A bientôt. Au revoir.

*Note : Au vu du volume de page occupé par la retranscription des entretiens, nous avons opté pour l'inclusion d'une seule retranscription. Si vous souhaitez consulter les autres, nous vous invitons à nous contacter par mail à l'une des adresses suivantes :*

[nina.duytschaever@student.uclouvain.be](mailto:nina.duytschaever@student.uclouvain.be); [marine.monnier@student.uclouvain.be](mailto:marine.monnier@student.uclouvain.be)

## Annexe 4 : Brochure

Comment ?

1. **Écoute active** : s'assurer que chaque patient se sente entendu et que ses préoccupations et symptômes soient pleinement pris en considération.
2. **Compréhension et empathie**: les patients attendent une compréhension de la part des professionnels de santé et un soutien ; cela favorise une alliance thérapeutique fructueuse.
3. **Éducation**: informer les patients sur leur condition pour encourager l'autonomie et la gestion proactive.

### Prise en charge du patient FM

4. **L'humour**: outil de communication qui aide les patients à détourner leur anxiété et douleur, facilitant la discussion sur des sujets difficiles.
5. **Interdisciplinarité**: la collaboration entre divers professionnels de santé offre des prises en charge convergentes et optimisées, conduisant à de meilleurs résultats cliniques.
6. **Approche centrée sur le patient**: mettre le patient au centre du traitement, le rendant acteur de sa santé pour une meilleure gestion de sa douleur chronique.
7. **Motivation**: le maintien de la motivation est essentielle car les patients FM ont souvent du mal à adhérer aux exercices.
8. **Pacing**: l'apprentissage du pacing est important, car il aide à équilibrer l'activité et le repos, réduisant ainsi le risque d'exacerbation des symptômes douloureux.
9. **Autonomisation**: pour parvenir à cet objectif en fin de prise en charge, il est essentiel de fournir des exercices réalisables seul et au domicile. S'assurer d'une bonne assimilation des concepts de l'éducation thérapeutique par le patient est également important.

Une approche de prise en charge basée sur le modèle **bio-psycho-social** est essentielle pour traiter efficacement les patients atteints de FM.

## Gestion du TDA/H chez les patients FM : points clés

Adaptations pratiques face aux symptômes principaux

Environnement contrôlé:

- Organiser les séances dans un lieu **calme** avec le moins de distractions possibles (visuelles et auditives.)
- Opter pour des sessions **individuelles** pour favoriser la concentration.



- Structuration des activités:
- Privilégier des sessions **variées** pour maintenir l'engagement.
  - Intégrer une **régularité** et une **routine** dans les activités quotidiennes, par exemple, en associant les exercices à des moments spécifiques de la journée.

Gestion de l'inattention et de l'hyperactivité:

- Éviter de placer le patient dans des situations où il doit **diviser** son attention entre plusieurs tâches ou informations simultanément.
- Offrir des consignes **courtes, claires et précises**.
- Utiliser des **rappels**, tels que des SMS, pour aider à la gestion de la procrastination et renforcer l'engagement des patients.

*Cette brochure vise à sensibiliser les kinésithérapeutes à la relation complexe entre la FM et le TDA/H, ainsi que proposer des pistes d'adaptations pratiques afin d'améliorer la prise en charge des patients souffrant des deux conditions.*

## RELATION ENTRE LE TDA/H ET LA FIBROMYALGIE : APPROCHES THÉRAPEUTIQUES COMBINÉES POUR LES KINÉSITHÉRAPEUTES



## TDA/H et fibromyalgie : l'essentiel

La fibromyalgie (FM) est un trouble **musculo-squelettique** courant caractérisé par des:

- douleurs diffuses,
- troubles du sommeil et de la fatigue,
- symptômes cognitifs: principalement des troubles de la mémoire et d'attention,
- symptômes psychiatriques: principalement des troubles anxieux et dépressifs.

Le Trouble du Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDA/H) est un trouble **neurodéveloppemental**. Environ 2/3 des individus diagnostiqués TDA/H durant leur enfance conservent ce trouble à l'âge adulte, avec une prévalence estimée à 2,5% dans la population. Il est associé à:

- l'inattention: distractions fréquentes, difficultés organisationnelles, retards,
- l'hyperactivité/impulsivité: moins visible chez l'adulte, elle se traduit par une nervosité persistante, une propension à parler excessivement et des difficultés à se détendre,
- des comorbidités psychiatriques: anxiété et dépression,
- une sensibilité accrue à la douleur, celle-ci étant plus diffuse que celle sans ce trouble.

## Adopter un regard croisé

Un nombre notable d'adultes souffrant de FM sont également atteints par le TDA/H posant un **défi clinique** souvent sous-estimé. Les **similitudes** dans les manifestations **cliniques** et les processus **physiopathologiques** entre ces deux affections soulignent l'importance de leur reconnaissance conjointe pour une prise en charge optimale.

## Une relation ?

Des mécanismes physiopathologiques **communs**, notamment des altérations des circuits dopaminergiques et une sensibilisation du SNC, ont été identifiés dans la FM et le TDA/H. Le syndrome des jambes sans repos, lié à ces altérations, est d'ailleurs fréquent dans les deux conditions. Ces similitudes neurobiologiques pourraient expliquer leur co-occurrence.



Les troubles **psychiatriques** de la FM sont **davantage prévalents** chez les patients atteints à la fois de FM et de TDA/H. Ils peuvent **aggraver** la douleur et l'incapacité liées à la FM, affectant ainsi la qualité de vie des patients.

Les **altérations cognitives** des patients atteints de FM peuvent être **similaires** aux symptômes du **TDA/H**.



La présence du TDA/H chez les patients atteints de FM **aggrave** donc leurs **symptômes** et **diminue** leur **qualité de vie**, surtout en présence de dépression

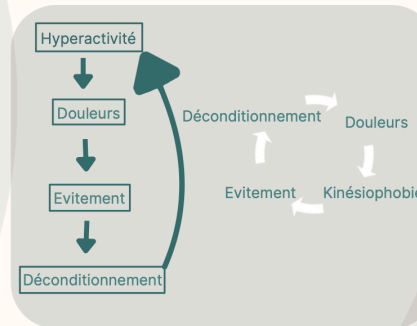
En plus des troubles cognitifs et psychiatriques, les deux conditions présentent souvent **d'autres comorbidités** en commun telles que le **syndrome de fatigue chronique, des accidents, des troubles sensoriels, des troubles de l'humeur**, etc.



## Vers une prise en charge adaptée de la FM : contexte et recommandations générales

### Contexte

De nombreux patients atteints de fibromyalgie présentent un **déconditionnement** physique, résultant de **deux profils** : l'**hyperactivité**, engendrant des douleurs extrêmes qui limitent leur fonctionnement, et la **kinésiophobie**, où l'activité physique est évitée pour prévenir les douleurs. Ces deux situations contribuent à un **cercle vicieux** de déconditionnement physique, aggravant la condition des patients.



### Communication avec le patient FM

Problème rencontré: les patients FM subissent souvent un parcours médical complexe.

- Conséquence: diagnostic et traitement retardés.

Facteurs aggravants:

- Manque de compréhension.
- Stigmatisation par les soignants et l'entourage.

Solution: Améliorer la **communication**.

## **Résumé**

La co-occurrence significative mais méconnue entre la fibromyalgie et le Trouble Déficitaire de l'Attention avec ou sans Hyperactivité constitue un sujet d'importance clinique. Dans ce mémoire, nous avons examiné cette relation, incluant sa prévalence, son impact sur la qualité de vie, les troubles comorbides associés et les mécanismes physiopathologiques sous-jacents. Nous avons également mené des entretiens qualitatifs semi-directifs avec des professionnels des deux domaines pour recueillir leurs expertises et leurs recommandations. Sur la base de nos recherches, nous avons élaboré une brochure visant à sensibiliser les kinésithérapeutes à cette relation et à fournir des pistes d'adaptation pour une prise en charge optimale. En conclusion, notre étude explore la relation entre la fibromyalgie et le TDA/H ainsi que ses implications cliniques, offrant des perspectives pour une meilleure prise en charge des patients.