

***Le syndrome du côlon irritable :
son impact sur la qualité de vie des
personnes atteintes***

Travail de Bachelor

Bernard Sastia, N° 18544643

Bramato Sabina, N° 18544163

Moldoveanu Rebecca, N° 18544221

Directrice : Terraneo Fabienne - Maître d'enseignement HES

Membre du jury externe : Anne-Sophie Marque, Infirmière certifiée en soins palliatifs et
DU douleur

Genève, le 15 juillet 2021

DÉCLARATION

« Ce travail de Bachelor a été réalisé dans le cadre d'une formation en soins infirmiers à la Haute école de santé - Genève en vue de l'obtention du titre de *Bachelor of Science HES-SO en Soins infirmiers* ». L'utilisation des conclusions et recommandations formulées dans le travail de Bachelor, sans préjuger de leur valeur, n'engage ni la responsabilité des auteurs, ni celle du directeur du travail de Bachelor, du juré et de la HEdS.

Nous attestons avoir réalisé seuls/seules le présent travail sans avoir plagié ou utilisé des sources autres que celles citées dans la bibliographie ».

Fait à Genève, le 15 juillet 2021

Bernard Sastia

Bramato Sabina

Moldoveanu Rebecca

REMERCIEMENTS

Tout au long de cette rédaction, le soutien et l'encouragement de plusieurs personnes nous ont permis d'avancer et de rédiger ce travail de Bachelor, c'est pourquoi il est important pour nous de les remercier.

Pour commencer, un grand merci à Madame Fabienne Terraneo, notre Directrice de travail de Bachelor, pour son accompagnement bienveillant et de bonne volonté. Le partage de son savoir et ses conseils nous ont guidées tout au long de ce processus. Nous remercions également, et chaleureusement, Madame Carole Guex qui a su accompagner notre Directrice avec des pistes de réflexions pertinentes. Ces interventions nous ont permis d'améliorer notre rédaction.

Ensuite, il nous tenait à cœur de remercier Anne-Sophie Marque, la jury de notre soutenance, qui a accepté de nous évaluer et de s'intéresser à notre écrit en tant qu'experte du terrain. Son aide pour les recommandations de la pratique nous a été précieuse.

De plus, nous remercions sincèrement Catherine Jertila pour la relecture de notre travail, sans qui l'orthographe et la syntaxe n'auraient pas été aussi fluides.

Pour terminer, nous remercions nos familles et amis. Grâce à leur patience et soutien, nous avons pu rédiger un travail de fin d'étude dont nous sommes fières.

RÉSUMÉ

Ce travail de Bachelor est une revue de la littérature, portant sur le syndrome du côlon irritable (SCI). Une problématique est exposée en regard de plusieurs concepts dont la chronicité et la qualité de vie. En effet, lors des recherches d'articles scientifiques sur le sujet, la qualité de vie des personnes atteintes est très vite apparue comme étant diminuée à cause des symptômes que provoque cette maladie.

De ce fait, nous nous sommes interrogées sur comment, à notre niveau, en tant que futures soignantes, nous pourrions agir auprès de cette population à travers des interventions infirmières, telles que l'éducation thérapeutique. Pour répondre à cette question, neuf articles scientifiques – trouvés dans la base de données PubMed – ont été utilisés, ainsi que la théorie de l'Approche des Soins Fondée sur les Forces (ASFF) de Laurie N. Gottlieb.

Les résultats des articles analysés mettent en avant les différents symptômes du SCI et mettent en évidence le fait que les interventions infirmières jouent un rôle certain dans la gestion de ceux-ci et l'amélioration de la qualité de vie.

Mots-clés :

Syndrome du côlon irritable / Irritable bowel syndrom

Douleurs abdominales / abdominal pain

Qualité de vie / Quality of life

Interventions infirmières / Nursing care

Gottlieb

Avis aux lecteurs :

Dans ce travail, le mot « infirmière » est utilisé pour représenter à la fois les professionnels masculins et féminins.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

HEdS	Haute École de Santé - Genève
HES	Hautes Écoles Spécialisées
OMS	Office Mondial de la Santé
OFSP	Office Fédéral de la Santé Publique
ASFF	Approche des Soins Fondée sur les Forces
IMC	Indice de masse corporelle
SII	Syndrome de l'intestin irritable
SCI	Syndrome du côlon irritable
GI	Gastro-intestinal
SNC	Système nerveux central
OMG	Organismes génétiquement modifiés
TCC	Thérapie cognitivo-comportementale
ETP	Éducation thérapeutique
FODMAP	Fermentable oligo-, di-, mono-, saccharides and polyols
SCI-C	Sous-type constipation du syndrome du côlon irritable
SCI-D	Sous-type diarrhée du syndrome du côlon irritable
SCI-M	Sous-type mixte du syndrome du côlon irritable
SCI-A	Sous-type inclassable du syndrome du côlon irritable
IC	Intervalle de confiance

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Comparaisons entre les critères de Manning et de Rome.....	17
Tableau 2. Comparaisons entre les critères de Rome III et Rome IV	18
Tableau 3. Résultats par thèmes.....	27
Tableau 4. Tableau comparatif des études retenues.....	33

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Axe cerveau-intestin	10
Figure 2. Prévalence du SCI selon les pays	12
Figure 3. Diagramme de flux	26

TABLE DES MATIÈRES

Déclaration.....	ii
Remerciements.....	iii
Résumé.....	iv
Liste des abréviations.....	v
Liste des tableaux.....	v
Liste des figures.....	v
Table des matières.....	6
Introduction.....	8
1. Problématique.....	9
1.1. Physiopathologie.....	9
1.2. Épidémiologie.....	11
1.3. Conséquences.....	12
1.4. Question de recherche.....	13
2. État des connaissances.....	14
2.1. L'éducation thérapeutique.....	14
2.2. La qualité de vie.....	15
2.3. Symptomatologie.....	16
2.4. Critères de diagnostics.....	16
2.5. Traitements.....	18
3. Laurie N. Gottlieb.....	20
3.1. Ancrage disciplinaire.....	20
3.1.1. Métaconcepts.....	21
3.2. Question de recherche finale.....	22
4. Méthode.....	23
4.1. Sources d'information et stratégie de recherche documentaire.....	23
4.1.1. PICO.....	23
4.1.2. Mesh Terms / Mots clés.....	24
4.1.3. Équations de recherche.....	24
4.1.4. Diagramme de flux.....	26
5. Résultats.....	27
5.1. Analyse critique des articles retenus.....	27
5.1.1. Symptômes abdominaux.....	27
5.1.2. Qualité de vie.....	28

5.1.3.	Interventions infirmières.....	29
5.1.4.	Éducation thérapeutique.....	29
5.1.5.	Traitements pharmacologiques	31
5.1.6.	Traitements non pharmacologiques.....	31
5.1.7.	Symptômes extra-abdominaux.....	31
5.2.	Tableau comparatif	33
6.	Discussion.....	40
7.	Apports et limites du travail	45
7.1.	Apports	45
7.2.	Limites	45
8.	Recommandations.....	45
8.1.1.	Recommandations pour la pratique	45
8.1.2.	Recommandations pour la recherche	47
8.1.3.	Recommandations pour l'enseignement des soins infirmiers	49
9.	Conclusion	51
10.	Références.....	52
11.	Annexes	59
11.1.	Tableaux originaux en anglais.....	59
11.2.	Fiches de lecture.....	60

INTRODUCTION

Le syndrome du côlon irritable est une maladie chronique de plus en plus présente dans notre société, mais encore bien négligée par le système de santé. Jusqu'à l'apparition des premiers critères de diagnostic en 1978, son diagnostic n'était posé que sur l'exclusion d'autres maladies.

Les symptômes abdominaux de ce syndrome impactent de manière conséquente la qualité de vie des personnes atteintes. De plus, ces derniers provoquent des symptômes extra-abdominaux physiologiques et psychologiques, ce qui rend complexe sa prise en soins. Un des questionnements de ce travail est de savoir si les interventions infirmières, telles que l'éducation thérapeutique, peuvent avoir un impact positif sur la gestion de la maladie et le vécu des personnes malades.

Les soins infirmiers sont représentés par plusieurs théories qui permettent aux professionnels de s'identifier à une école de pensée. Tout au long de notre formation, nous avons été initiées à ces différentes visions de la pratique, c'est pourquoi il est pertinent d'inclure une théorie dans ce travail de Bachelor. En effet, l'Approche des Soins Fondée sur les Forces (ASFF) de Laurie N. Gottlieb nous a guidées à travers certains concepts, l'empowerment faisant partie du suivi de la maladie chronique.

Ce travail aborde plusieurs thèmes, qui ont permis de mettre en lumière la problématique du syndrome du côlon irritable et d'aboutir à notre question de recherche portant sur une population spécifique.

Plusieurs articles scientifiques ont été analysés et ont mené à la rédaction de résultats. Nous avons terminé notre travail par une discussion qui met en lumière l'analyse des neuf articles en lien avec notre réflexion. Des recommandations concernant la pratique, la recherche ainsi que l'enseignement des soins infirmiers ont été établies.

1. PROBLÉMATIQUE

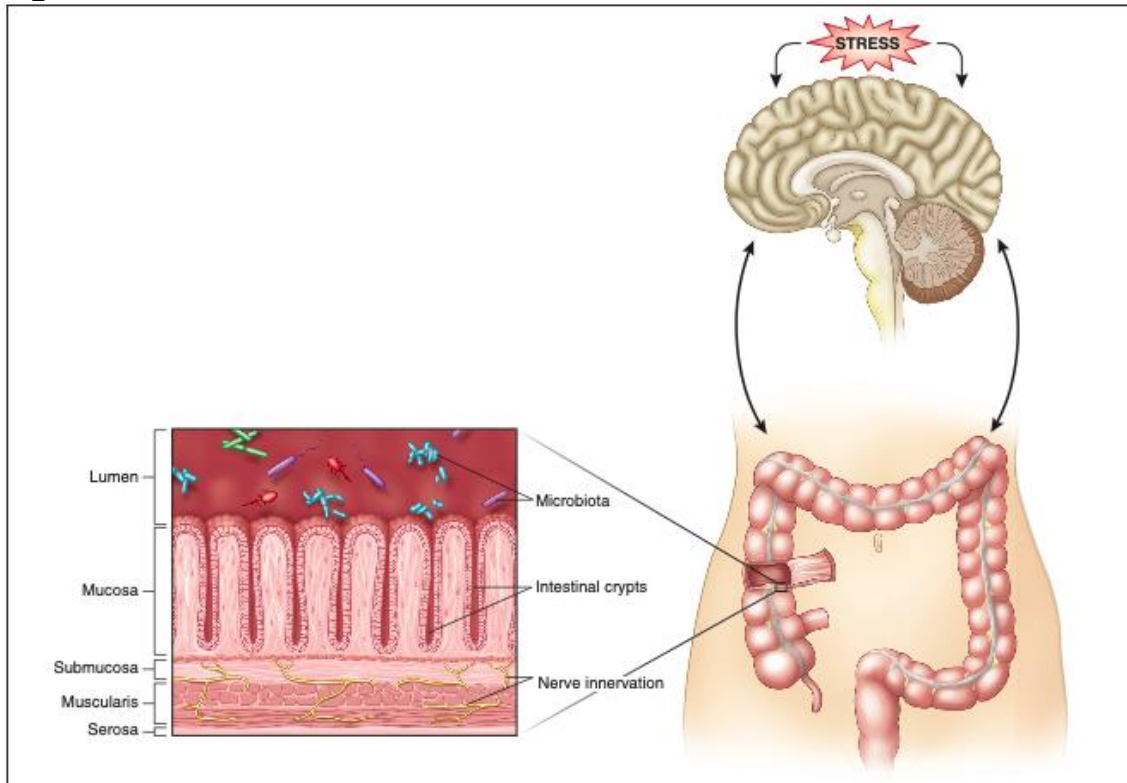
1.1. Physiopathologie

Le syndrome de l'intestin irritable (SII), plus communément appelé syndrome du côlon irritable (SCI), est d'après Zisimopoulou & Guessous (2012) : « un trouble gastro-intestinal (GI) caractérisé par des douleurs abdominales chroniques et des altérations du transit, en l'absence de substrat organique identifiable ». Malgré les différentes observations et discussions sur les causes de ce trouble, aucune théorie claire sur la physiopathologie du SCI n'a été validée. En effet, sa véritable cause reste inconnue à ce jour (Drossman, 2016). Selon Hungin et al. (2005), il s'agit d'un trouble chronique, avec des patients ayant des symptômes pendant de nombreuses années, la moyenne s'élevant à dix ans ou plus.

Selon Surdea-Blaga et al. (2012), les facteurs psychologiques impactant le patient, telles que la dépression et l'anxiété, auraient un impact négatif sur la communication entre le système nerveux central (SNC) et le système nerveux entérique (partie du système nerveux contrôlant le système digestif). Cette mauvaise communication semble intervenir dans la manifestation du SCI. Selon Weaver et al. (2017), plusieurs aspects physiologiques et psychologiques entrent en compte dans les possibles étiologies et physiopathologie du SCI. Les résultats d'une étude faite par Riddle et al. (2016), notamment sur des militaires, ont démontré que le risque de développer un SCI était supérieur chez ceux qui font face à davantage de facteurs de stress au cours de leur vie.

En effet, toujours selon Weaver et al. (2017), le stress a été mis en avant dans plusieurs études (citées par Fichna & Storr, 2012) comme mécanisme dans l'apparition du SCI. Ces études se sont penchées sur les principaux composants du système de la réponse au stress et ces résultats relèvent l'interdépendance entre le cerveau et le système digestif dans le syndrome du côlon irritable. Cette connexion est appelée « axe cerveau-intestin » (Figure1), (Weaver et al., 2017, p. 50).

Figure 1. Axe cerveau-intestin



On peut voir sur cette image des couches de la paroi du côlon, ainsi que certaines structures qui peuvent être affectées (Weaver et al. 2017). Figure 1 : Tiré de : Weaver et al. (2017), p. 49.

Le tableau ci-dessus, représentant l'axe cerveau-intestin, « fait référence aux voies endocriniennes, neuronales et neuro-immunes qui facilitent la communication bidirectionnelle entre l'intestin, le système nerveux central, le système nerveux entérique, le système nerveux autonome et l'axe hypothalamo-hypophyséo-surrénalien » (Weaver et al., 2017, p. 50).

Chez les patients atteints du SCI, plusieurs fonctions de cet axe ont été décrites comme perturbées. Il s'agit notamment des fonctions autonomes et centrales, des hormones périphériques, peptides et des acides aminés (Weaver et al., 2017). Pour aller plus loin dans le mécanisme de cet axe, des études cliniques (citées par Fichna & Storr, 2012) ont été faites sur des imageries neurologiques. Les résultats ont démontré une différence dans les mécanismes de traitement central de l'axe cerveau-intestin, entre les sujets sains et ceux atteints par le SCI, dans la modification de la connectivité et réactivité fonctionnelles. Malgré l'importance de cet axe dans la compréhension du syndrome du côlon irritable, tous les mécanismes ne sont pas encore compris (Weaver et al., 2017).

1.2. Épidémiologie

Selon Canavan et al. (2014), le taux d'incidence du syndrome du côlon irritable est rarement calculé, dû à l'apparition progressive du SCI et l'absence de nécessité de soins médicaux. Aussi, la différence au travers des populations entre l'incidence de l'apparition des symptômes et le premier diagnostic fait que peu d'études ne la calculent.

Selon Weaver et al. (2017), les estimations de prévalence diffèrent entre les pays et parfois au sein d'un même pays. Selon une étude de Sperber et al., (2016), citée par Weaver et al. (2017), ces différences seraient en partie dues à une divergence d'utilisation et de choix des méthodes de diagnostic. Les méthodes utilisées sont le Rome I, II ou III ou les critères de Manning (cf. Annexes, p.59). Depuis 2016, il existe également les critères de Rome IV (Drossman, 2016 ; cf. Annexes, p.59). L'enquête de Sperber et al. (2016), reprenant 83 études communautaires conduites dans 41 pays, n'a pas pu déterminer le taux de prévalence mondial. Toutefois, ils l'estiment à 8.1% dans la plupart des continents. Grundmann & Yoon (2010), eux, affirment que le SCI touche entre 10 et 15% de la population européenne et d'Amérique du Nord, avec une prédominance pour les personnes âgées de moins de 45 ans.

Une méta-analyse effectuée par Lovell & Ford (2012), reprenant des études basées sur la population entre 1974 et 2011, démontre également que la prévalence du SCI ainsi que les méthodes de diagnostic sont variables en fonction des pays (Figure 2).

Lovell & Ford (2012) expliquent ces disparités par les différentes méthodes de diagnostic, mais également au niveau des critères d'éligibilité des études. En effet, certaines études englobent des personnes présentant des symptômes depuis trois mois, d'autres six mois ou encore plus d'un an. Les critères démographiques (âge, sexe, situation familiale, niveau d'étude, taille, poids) sont également divergent selon les recherches.

Sperber et al. (2016), cités par Weaver et al. (2017), ont pu déterminer que les femmes sont davantage touchées et Canavan et al. (2014) rapportent également un taux de femmes atteintes plus élevé que celui des hommes (de 1.5 à 3 fois plus). En effet, au niveau international, la prévalence globale chez les femmes est de 14% (IC 95% 11,0-16,0), alors qu'elle n'est que de 8.9% chez les hommes (IC 95% 7,3-10,5). Cependant, il existe des pays tels que l'Asie du Sud ou l'Amérique du Sud, où le taux de SCI chez les hommes se rapproche de celui de la femme et peut même être plus élevé. Ces différences pourraient s'expliquer par l'accès aux soins selon le sexe de l'individu, ainsi que la banalisation des symptômes dans certaines régions (Canavan et al., 2014).

En conclusion, selon Canavan et al. (2014) et Lovell & Ford (2012), la prévalence moyenne mondiale serait de 11%, avec de nombreuses disparités soulevées également par Weaver et al. (2017). Le SCI est présent à tout âge, avec toutefois une diminution de 25% de la prévalence chez les personnes de plus de 50 ans (Canavan et al., 2014).

Error! Reference source not found.. Prévalence du SCI selon les pays

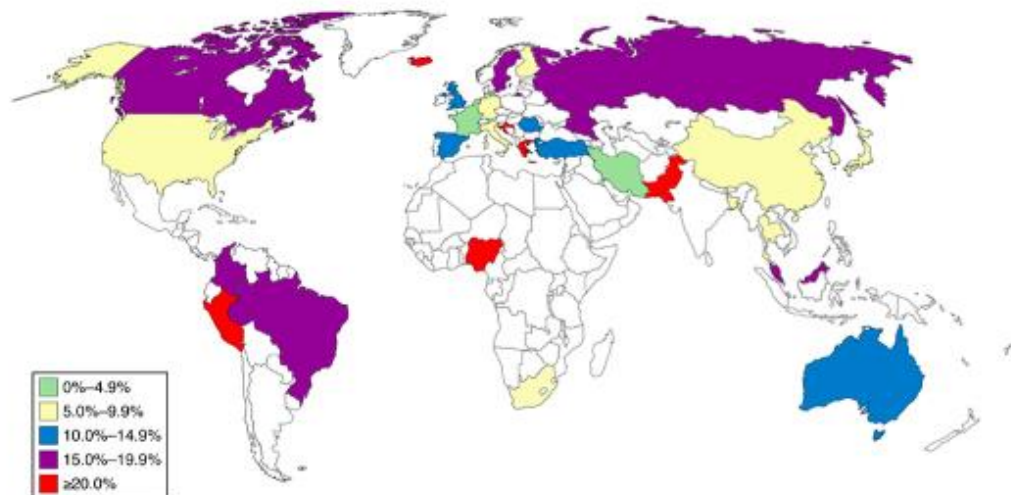


Figure tirée de Lovell & Ford (2012) p.714

1.3. Conséquences

Au fil des recherches, les notions des conséquences et de l'impact sur la qualité de vie des personnes atteintes de SCI sont prédominantes. Ballou et al. (2015) mettent en évidence les conséquences physiques qu'induisent les symptômes de la maladie, l'impact sur le mode de vie et sur les effets psychologiques. Ils expliquent également que le SCI peut entraîner d'autres pathologies associées qui nuiraient d'autant plus aux personnes atteintes.

Tout d'abord, d'après Hungin et al. (2005), les symptômes physiques tels que la constipation et les diarrhées provoquent des douleurs abdominales non négligeables pour la personne atteinte. Weaver et al. (2017) amènent en plus la notion de l'intolérance alimentaire : le gluten et le lactose augmenteraient les périodes de crises de la maladie en renforçant les symptômes de type diarrhée et constipation. En plus de la douleur, d'après Han et al. (2020), les symptômes de la maladie provoquent une fatigue intense quotidienne qui se répercute sur la qualité de vie.

Ensuite, concernant les conséquences sur le changement de mode de vie, Ballou et al. (2015) relèvent un taux d'absentéisme au travail supérieur à la norme, et la journée des personnes atteintes serait moins productive. En effet, cet article met en évidence que,

lors de l'apparition des symptômes, 74 % des personnes participant à cette étude sont incapables ou évitent d'aller travailler. De plus, les habitudes sociales et alimentaires de celles-ci sont perturbées : elles s'empêchent de faire des activités en fonction de leurs symptômes. Pour finir, elles remarquent une influence négative sur leurs relations intimes et elles ne parviendraient pas à effectuer des tâches simples du quotidien telles que le ménage.

Weaver et al. (2017) mettent également en évidence les conséquences psychologiques que provoquent le SCI. D'une part, 60 % des personnes atteintes souffrent également de dépression, de stress ou d'anxiété et ressentent les symptômes physiques de manière plus importante (constipation, ballonnements et diarrhée). D'autre part, les malades estiment ne pas être considérés à leur juste valeur dans le système de santé. Ils peuvent se sentir délaissés et offensés par les soignants et les proches aidants, ce qui provoque un facteur de plus à gérer dans la prise en charge de leur santé au quotidien. En somme, l'entourage banaliserait leurs symptômes et négligerait la souffrance des personnes atteintes de cette maladie chronique.

En outre, d'après Ballou et al. (2015), le SCI provoque d'autres pathologies qui s'associent à la maladie. Les auteurs expliquent que plus de la moitié des personnes participant à leur étude sont atteintes de douleurs dorsales chroniques, de problèmes d'ordre gynécologique et ont une qualité de sommeil diminuée.

Enfin, l'étude de Weaver et al. (2017) relève également les conséquences économiques du SCI sur le système de santé. Aux États-Unis, les dépenses liées de près ou de loin à la maladie chronique s'élevaient à plus d'un milliard de dollars en 2004. Ce chiffre englobe tout ce qui touche le système de santé, tel que les visites médicales, les examens réalisés ainsi que les traitements administrés.

1.4. Question de recherche

Étant donné qu'aucune théorie sur la physiopathologie du syndrome du côlon irritable n'a encore été validée à ce jour, le diagnostic et les traitements se basent sur les symptômes. Toutefois, la diminution de la qualité de vie des personnes atteintes a été prouvée. De ce fait, nous nous sommes questionnées sur le rôle des infirmières dans le contexte de la maladie chronique telle que le SCI. Ce raisonnement nous a mené à la question de recherche suivante :

- Dans le cadre d'une éducation thérapeutique, les interventions infirmières ont-elles un impact sur la qualité de vie des personnes de moins de 45 ans atteintes de symptômes abdominaux du syndrome du côlon irritable ?

2. ÉTAT DES CONNAISSANCES

2.1. L'éducation thérapeutique

Selon Haefliger et al. (2016), la prévention de la maladie comprend toutes les actions mises en place pour éviter l'apparition de maladies, mais elle permet aussi de réduire la gravité et les conséquences de celles-ci. Il existe trois types de préventions différentes : la prévention primaire, secondaire et tertiaire (Office fédérale de la Santé Publique [OFSP], 2016). En ce qui concerne le SCI, il est question de se baser sur l'axe de l'éducation thérapeutique, qui fait partie de la prévention tertiaire (Haefliger et al., 2016). En effet, la prévention tertiaire a pour but d'éviter l'évolution chronique d'une maladie et de ses séquelles chez des personnes déjà atteintes. Tout cela vise finalement à améliorer la qualité de vie (OFSP, 2016).

Sommer et al. (2016) affirment que :

L'éducation thérapeutique vise à faire acquérir et intégrer des connaissances au patient, afin qu'il agisse au plus près des recommandations du médecin pour mieux vivre avec sa maladie chronique. L'éducation est thérapeutique, car non seulement elle permet au patient d'en savoir davantage sur sa maladie, mais surtout, elle lui apprend à gérer lui-même son problème à long terme.

Grâce à l'éducation thérapeutique, le patient apprend à connaître sa maladie et tout ce qu'elle engendre. En outre, cela lui permettra de reconnaître les symptômes et d'apprendre à les gérer. En effet, il aura les clés pour appliquer certains comportements, en prévention de ceux-ci (Lagger et al., 2008a).

Le rôle du soignant dans l'éducation thérapeutique est de se mettre réellement à l'écoute du patient – sur ce qu'il vit et ressent – afin qu'une alliance thérapeutique puisse se construire. C'est à travers cette relation entre soignant-soigné que la personne malade pourra se sentir comprise et moins seule dans sa maladie (Lagger et al., 2017). Une fois cette relation de confiance établie, il ne s'agira pas simplement de lui expliquer la théorie de la gestion de sa maladie, mais de chercher dans les ressources personnelles de la personne soignée pour en émerger sa propre motivation interne (Lagger et al., 2008b). Les représentations, les croyances et les valeurs de la personne sont également nécessaires à prendre en compte pour déceler tout obstacle à l'efficacité de l'éducation thérapeutique (Sommer et al., 2016).

2.2. La qualité de vie

La qualité de vie est « la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lequel il vit en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes » (OMS, 1995 cité par Baud-Mermoud & Morin, 2016, p. 39). De ce fait, plusieurs facteurs sont à prendre en compte comme la santé physique et psychique de la personne, son niveau de vie sociale, son indépendance et la relation qu'elle a avec son environnement (Baud-Mermoud & Morin, 2016).

Selon Fougère et al. (2016) cités par Baud-Mermoud & Morin (2016, p. 40), la qualité de vie peut être définie comme l'écart entre ce qu'un individu souhaite pour sa propre vie et ce qu'il vit en réalité. En se basant sur les définitions de la qualité de vie décrites dans la littérature, il peut en être déduit que celle-ci est subjective. En effet, d'après Plummer & Molzahn (2009), la qualité de vie est une perception irrévocable et subjective d'une expérience vécue. Elle est synonyme de bien-être (Peplau, 1994 cité par Plummer & Molzahn, 2009, p. 136). La plupart des théories infirmières, comme Rogers et I. M. King, ont décrit la qualité de vie comme étant « la satisfaction à la vie », ce qui est encore une fois une définition subjective (Plummer & Molzahn, 2009).

Selon une étude menée sur l'expérience de patients vivant avec le SCI, plusieurs concepts ressortent du quotidien de ces derniers (Ronnevig et al., 2009). L'une de ces notions, qui est de vivre avec l'imprévisibilité, regroupe les phénomènes de perte de contrôle, de ne pas pouvoir faire confiance et de l'atteinte à la vie privée (Ronnevig et al., 2009). En effet, l'un des principaux symptômes du SCI étant la diarrhée, il est difficile de prévoir quand et combien de fois celle-ci se manifeste puisqu'elle se présente soudainement. Elle peut aussi bien apparaître à cause du stress (p.ex. à la suite d'un repas), que sans raison particulière. Cet exemple met en évidence le fait de ne pas pouvoir faire confiance à son corps, car il devient imprévisible et incontrôlable (Ronnevig et al., 2009).

Un autre concept qui ressort de l'expérience des patients atteints du SCI, est la préservation de la dignité. Pour cause, les symptômes de cette maladie faisant partie d'un sujet tabou de notre société, les individus tentent de préserver leur dignité réalisant des sacrifices. Ils peuvent être au niveau de la privation de certaines activités ou de certains aliments, jusqu'à l'abstention complète de repas avant un événement. Ces actions permettent de pouvoir éviter des situations embarrassantes (Ronnevig et al., 2009).

Une détresse psychologique est souvent décrite chez les personnes atteintes du SCI. La somatisation en fait partie, à travers des maux de tête, de dos, de la fatigue, des palpitations cardiaques ou encore un manque de sommeil et des douleurs musculaires (Motzer et al., 2003).

Tous les faits décrits ci-dessus peuvent provoquer une détresse émotionnelle chez les patients, une perte des capacités fonctionnelles et des coûts médicaux élevés, ce qui amène à une réduction de la qualité de vie (Ronnevig et al., 2009).

Concernant les soins, le SCI est souvent mal compris par les soignants. Les patients se retrouvent livrés à eux-mêmes, sans trop comprendre la situation (Motzer et al., 2003). À défaut de pouvoir expliquer la physiopathologie du syndrome, qui n'est pas encore claire aujourd'hui, il est important de prendre en considération toutes les plaintes des patients pour qu'ils se sentent entendus et compris (Bengtsson et al., 2006). De plus, il est nécessaire d'investiguer les représentations d'une bonne qualité de vie pour la personne afin d'adapter les stratégies de soins des soignants (Bengtsson et al., 2006).

2.3. Symptomatologie

Selon Hungin et al. (2005), il s'agit d'un trouble fonctionnel gastro-intestinal, qui se manifeste par des épisodes d'inconforts et de douleurs abdominales. Il est suivi de modifications des habitudes intestinales comme la constipation, qui nécessite un effort, des diarrhées, qui définissent l'urgence, ou encore une alternance des deux symptômes. De plus, d'autres inconforts comme les ballonnements ou la sensation d'évacuation incomplète peuvent être présents.

2.4. Critères de diagnostics

Selon Canavan et al. (2014), le sujet du SCI est apparu aux alentours du 19^e et 20^e siècle. Le diagnostic ne se posait qu'après de nombreuses investigations et une chirurgie était généralement prévue pour exclure des maladies graves (maladies malignes, inflammatoires ou infectieuses). Le diagnostic de syndrome du côlon irritable était posé par exclusion d'autres maladies et d'après cet article, le SCI n'a pas été correctement diagnostiqué ni compris jusqu'aux années 70.

Afin de pouvoir poser un diagnostic qui ne se base pas que sur des critères d'exclusion, Manning décide de créer en 1978 des critères formels permettant d'éviter les interventions chirurgicales (Canavan et al., 2014). Par la suite, ces thèmes ont été repris et développés à travers des essais, recherches et études par un groupe d'experts,

composé de plusieurs professeurs et de gastro-entérologues, pour créer « les critères de Rome » (Drossman, 2016).

Au fil des années, ces critères ont évolué – des critères de Rome I, aux critères de Rome III – et se sont spécialisés (cf. Tableau 1). Actuellement, les cliniciens utilisent les critères de Rome IV, mis à jour en 2016 (Drossman, 2016). Les principaux changements entre les critères de Rome III et IV (cf. Tableau 2) sont liés à la douleur. En effet, la douleur doit désormais être provoquée par la défécation, et non plus être améliorée par celle-ci (Weaver et al., 2017). De plus, elle doit apparaître dans un contexte de modification de la fréquence ou de la forme des selles (Weaver et al., 2017). On notera également que dans les critères de Rome IV, le mot « inconfort » n'apparaît plus. En effet, celui-ci a été supprimé, étant décrit comme ambigu et trop peu spécifique (Pietrzak et al., 2018).

Tableau 1. Comparaisons entre les critères de Manning et de Rome

Manning (1978)	Rome I (1989)	Rome II (1999)	Rome III (2006)
2 ou plus des symptômes suivants : <ul style="list-style-type: none"> - Distension abdominale - Soulagement de la douleur à la défécation - Selles fréquentes avec douleur - Selles plus molles avec douleur - Passage de mucus - Sensation d'évacuation incomplète 	Au moins 3 mois de douleurs abdominales continues ou récurrentes : <ul style="list-style-type: none"> - Soulagée par la défécation ou <ul style="list-style-type: none"> - Associée à une modification de la consistance des selles avec au moins 2 des éléments suivants pendant au moins 25 % des jours : <ul style="list-style-type: none"> - Modification de la fréquence des selles - Modification de la forme des selles - Modification du passage des selles - Passage de mucus - Ballonnement ou distension abdominale 	Au moins 12 semaines au cours des 12 derniers mois de douleurs ou de gêne abdominale continue ou récurrente avec au moins 2 des éléments suivants : <ul style="list-style-type: none"> - Soulagement à la défécation - Modification de la fréquence des selles - Modification de la forme des selles - Début des symptômes plus de 12 mois avant le diagnostic 	Au moins 3 jours par mois au cours des 12 dernières semaines de douleurs ou d'inconforts abdominaux continus ou récurrents, avec au moins 2 des symptômes suivants : <ul style="list-style-type: none"> - Soulagement à la défécation - Modification de la fréquence des selles - Modification de la forme des selles. Début des symptômes plus de 6 mois avant le diagnostic

Tiré de : Canavan et al. (2014), p. 72, traduction libre. Cf. Annexe, p.59 : tableau original en anglais

Tableau 2 : Comparaisons entre les critères de Rome III et IV.

Caractéristiques	Rome III	Rome IV
Délai de diagnostic	<ul style="list-style-type: none"> • Apparition des symptômes au moins six mois auparavant • Activité des symptômes au cours des trois derniers mois • Fréquence des symptômes au moins trois jours par mois 	<ul style="list-style-type: none"> • Apparition des symptômes au moins six mois auparavant • Activité des symptômes au cours des trois derniers mois • Fréquence des symptômes au moins un jour par semaine
Descriptions des symptômes	Gêne ou douleur abdominale	Douleur abdominale
Association de symptômes (2 ou plus)	<ul style="list-style-type: none"> • Amélioration avec la défécation • Apparition associée à un changement de la forme des selles • Apparition associée à un changement de la fréquence des selles 	<ul style="list-style-type: none"> • Relatif à la défécation • Associé à un changement dans la forme des selles • Associé à un changement dans la fréquence des selles
Profil prédominant des selles du sous-type IBS (IBS-C, IBS-D, IBS-M, IBS-U)	Type de selles basé sur les selles de tous les jours.	Type de selles basé sur les jours où les selles sont anormales
Outil de catégorisation des habitudes intestinales	Échelle de forme des selles "Bristol"	Échelle de forme des selles "Bristol"

Tiré de : Weaver et al. 2017, p.50, traduction libre. Cf. Annexe, p.59 : tableau original en anglais

Cependant, selon Canavan et al. (2014), malgré les avancées, il est encore difficile d'être certain du diagnostic de la maladie. Contrairement à certaines maladies qui peuvent être détectées via un biomarqueur, le SCI n'a pas d'indice fiable qui permettrait de poser un diagnostic précis. C'est pour cela que, selon Canavan et al. (2014), plusieurs experts continuent de suggérer un diagnostic d'exclusion, alors que d'autres se concentrent sur le renforcement du diagnostic positif en se basant sur les critères de Rome.

2.5. Traitements

D'après Ballou et al. (2015), aucun traitement n'existe pour soigner le SCI. Cependant, Pietzark et al. (2018) ainsi Weaver et al. (2017) constatent qu'une prise en charge multimodale peut empêcher l'apparition des symptômes de la maladie.

1. Médication

Pietrzak et al. (2018) abordent la résolution des symptômes physiques des personnes atteintes de SCI grâce aux antispasmodiques, anti-diarrhéiques et anti-constipants. Quant à l'aspect psychologique, l'utilisation des antidépresseurs est également possible lorsque la dépression est une pathologie associée. Selon cette étude, les personnes

malades ont une meilleure qualité de vie et ressentent moins les conséquences de la maladie lorsque les symptômes physiques et psychologiques sont traités en même temps.

2. Traitement non-pharmacologique

Pietrzak et al. (2018) ainsi que Ballou et al. (2015) abordent également l'importance de la combinaison de plusieurs thérapies visant le bien-être psychologique. Celles-ci auraient un impact significatif sur la santé mentale qui, par conséquent, réduiraient les symptômes. Selon les auteurs, les thérapies cognitivo-comportementales (TCC), l'hypnose médicale et la psychothérapie devraient être incluses dans la prise en soin de la personne malade. Elles diminueraient le stress, qui est une des causes les plus fréquentes du SCI.

De plus, Pietrzak et al. (2018) abordent aussi l'utilisation des probiotiques. Ils permettraient de refaire la flore intestinale de manière régulière, ce qui empêcherait les symptômes physiques d'apparaître.

3. Modification de l'hygiène de vie

Pietrzak et al. (2018) ainsi que Weaver et al. (2017) avancent l'importance d'une activité physique régulière. Elle permettrait une réduction du stress, sur l'aspect psychologique et le maintien du IMC (Indice de Masse Corporelle) dans la norme, sur l'aspect physique. Ces deux aspects réduiraient l'apparition des symptômes de la maladie. Concernant l'alimentation, un régime adapté pourrait amener à une réduction des symptômes.

Weaver et al. (2017) expliquent également comment un changement d'hygiène de vie des personnes malades peut aider la gestion des symptômes. L'article met en évidence la mise en place d'un régime en supprimant les intolérances alimentaires qui auraient également un impact sur les symptômes psychologiques. En effet, un groupe contrôle de personnes atteintes de SCI se portant volontaires à manger sans gluten, pendant un peu plus d'un mois, a démontré une amélioration des symptômes physiques et psychologiques au cours de l'étude.

En outre, les auteurs de l'article affirment que la mise en place d'une activité physique régulière et un nouveau régime alimentaire (FODMAP, sans gluten ou sans lactose) est efficace.

3. LAURIE N. GOTTLIEB

3.1. Ancrage disciplinaire

L'Approche des Soins Fondée sur les Forces (ASFF) de Laurie N. Gottlieb est une des approches judicieuses concernant les personnes atteintes de SCI, car elle met en valeur les forces internes de la personne. Cette philosophie part du principe que la solution se trouve dans la maîtrise de la maladie et la capacité d'apprendre à vivre avec. La théoricienne explique qu'il faut se concentrer sur ce qui fonctionne. Ce processus permet une transformation de soi et pourrait aboutir à l'épanouissement du malade et de sa famille (Gottlieb & Gottlieb, 2014). En effet, ces patients seront contraints de vivre avec leur maladie au quotidien, c'est pour cela qu'apprendre à vivre avec est un atout majeur.

Selon Pépin et al. (2017), l'ASFF est une philosophie. En effet, le niveau d'abstraction est très élevé et peut être utilisé dans plusieurs modèles conceptuels. C'est une posture que le professionnel de santé peut avoir dans ses soins (Pépin, 2014).

Selon Pépin et al. (2017), cette philosophie se situe entre le paradigme de l'intégration et de la transformation. Le paradigme de l'intégration considère l'évaluation multidimensionnelle (l'identification des interactions entre multiples facteurs dans un environnement donné), alors que celui de la transformation se base sur des éléments en interaction continue, réciproque et simultanée. La transformation utilise la notion d'accompagner la personne durant cet apprentissage. En ce qui concerne l'école de pensée, elle se situe dans l'apprentissage de la santé (Alligood, 2014).

Les concepts centraux de l'Approche des Soins Fondée sur les Forces se basent sur 4 piliers fondamentaux : les soins axés sur le patient / la famille ; l'*Empowerment* ; la santé innée et la guérison ; les soins relationnels. Ces piliers agissent en cohésion les uns avec les autres afin d'avoir une prise en charge fonctionnelle de l'ASFF, qui permet à la personne de renforcer ses ressources et de créer des stratégies, en vue de se sentir en santé le plus souvent possible (Gottlieb & Gottlieb, 2014).

Cette philosophie se base également sur Huit Valeurs Universelles qui sous-tendent les soins infirmiers fondés sur les forces : La santé et guérison ; Unicité de la personne (chaque personne est unique et différente) ; Holisme et indivisibilité ; Réalité objective et subjective et significations créées ; Autodétermination ; La personne et son environnement ne font qu'un ; Apprentissage, dispositions pour apprendre et moment opportun ; Partenariat de collaboration entre l'infirmière et la personne. Elles sont le

fondement des valeurs de l'ASFF, car ce sont les postulats qui sont à l'origine de ces métaconcepts (Gottlieb & Gottlieb, 2014).

Il s'agit d'une philosophie pertinente, puisque dans sa conception des soins, elle se concentre sur le bien-être de la personne au lieu de se concentrer sur sa maladie. Elle est très intéressante dans le cadre de maladies chroniques. La pathologie fait partie intégrante du quotidien des personnes atteintes, il est donc important de comprendre comment vivre au mieux avec celle-ci (Gottlieb & Gottlieb, 2014). Une personne touchée par le SCI vit un quotidien instable. Elle doit vivre avec ce syndrome toute sa vie. En faisant appel à ses ressources, la personne malade pourrait mieux gérer les poussées de sa maladie et prendre en main sa santé. De plus, elle est active dans ce processus, ce qui lui permet de se sentir un peu mieux chaque jour.

3.1.1. Métaconcepts

3.1.1.1. La personne

D'après Gottlieb & Gottlieb (2014), la personne est vue comme une source de force. Chaque personne est unique et a vécu des expériences singulières. Le but pour celle-ci est de tendre vers un apprentissage d'auto-soin, qui lui permettrait de mieux comprendre ce qui l'aide et ce qui lui fait du bien, afin de pouvoir se concentrer sur le positif. Une personne atteinte de SCI a vécu des épreuves et difficultés qui font partie d'un processus, faisant lui-même partie de l'apprentissage. Le but final est de pouvoir améliorer sa qualité de vie, tout en vivant avec sa maladie.

3.1.1.2. Le soin

Dans ce métaconcept, la notion de promotion de la santé est primordiale : son rôle peut être déterminant, car elle accroît la capacité d'auto-soin de la personne. Plus la personne connaîtra sa maladie et ce que cette dernière engendre, mieux elle vivra avec ; le but des soins infirmiers est d'accroître l'autonomisation, c'est-à-dire *l'empowerment*. La personne prend sa santé en main grâce à l'accompagnement des professionnels. La notion de partenariat et du « être avec » est essentielle, car l'aboutissement de celle-ci permettra de créer une relation de confiance entre le soignant et le soigné. Cette notion est évidente dans une maladie chronique comme le SCI. Le fait de pouvoir être soutenu dans ce long processus par rapport aux doutes éprouvés, et de se sentir accompagné afin de pouvoir faire ressortir les forces nécessaires, est essentiel. Aux yeux des soignants, la personne n'est pas considérée comme malade mais comme une personne remplie de forces intérieures, ce qui permet à la personne soignée d'être actrice de sa santé (Gottlieb & Gottlieb, 2014).

3.1.1.3. *La santé*

D'après la théoricienne, la santé est vécue comme un concept subjectif qui est constamment en évolution. L'issue de cette expérience est un long processus et les changements permettent l'adaptation de la personne (Gottlieb & Gottlieb, 2014).

Dans le cas du SCI, les poussées de la maladie se font par phases. Par conséquent, le concept de « santé » évolue constamment. De plus, cela dépend de l'humeur et des émotions qu'éprouve la personne touchée. Il y a des jours où il sera plus facile pour elle de faire appel à ses ressources intérieures afin de se sentir le plus en santé possible, et d'autres où cela paraîtra plus difficile (Gottlieb & Gottlieb, 2014).

3.1.1.4. *L'environnement*

D'après l'ASFF, il y a quatre types d'environnement : externe, interne, interpersonnel et social. Premièrement, l'environnement externe, c'est-à-dire tout ce qui entoure la personne de manière physique, fait partie intégrante des ressources qu'elle peut mobiliser lorsque cela devient nécessaire. Elle deviendrait plus attentive à ce qui l'entoure pour en puiser des forces et faciliter la guérison.

Deuxièmement, l'environnement interne se rapporte à l'intérieur de l'être humain et de tout ce qu'il contient. Il est une ressource essentielle pour la personne atteinte de SCI, car mieux elle connaîtra son corps et son fonctionnement, mieux elle pourra puiser dans ses forces intérieures pour combattre la maladie.

Enfin, les environnements interpersonnels et sociaux correspondent à l'entourage familial et le rôle de l'infirmière dans la guérison de la maladie. Si les relations exercent une influence positive et sont maintenues sur une longue durée, il sera plus facile pour la personne de puiser dans ses forces afin de se sentir le mieux possible. La personne atteinte de SCI vit avec cette maladie toute sa vie. Le fait qu'elle puisse partager son vécu avec des membres de sa famille ou du personnel médical est une réelle plus-value concernant l'apparition des ressources qu'elle peut mettre en place et pour lui permettre de se sentir soutenue (Gottlieb & Gottlieb, 2014).

3.2. Question de recherche finale

Les symptômes abdominaux sont les principaux symptômes du SCI. Cependant, d'autres maux interviennent dans cette maladie et sont ainsi fortement liés à la péjoration de la qualité de vie des personnes atteintes. C'est pourquoi nous avons ciblé notre question de recherche comme suit :

- Dans le cadre d'une éducation thérapeutique, les interventions infirmières ont-elles un effet sur les symptômes impactant la qualité de vie des personnes de moins de 45 ans atteintes du syndrome du côlon irritable ?

4. MÉTHODE

L'élaboration de la problématique a mis en évidence l'impact qu'a le SCI sur la qualité de vie des patients atteints par cette maladie. Lors de nos premières recherches, nous avons ciblé les symptômes abdominaux du SCI faisant partie des symptômes principaux.

Cependant, après de longues recherches, nous nous sommes rendu compte que la plupart des articles et études les mettent en lien avec d'autres symptômes extra-intestinaux. En effet, ceux-ci ont également une importance considérable dans la diminution de la qualité de vie des personnes atteintes de SCI. De ce fait, nous avons décidé d'élargir notre question de recherche.

Concernant la population cible, nous nous sommes penchées sur les données épidémiologiques disponibles. Il en est ressorti que les personnes de moins de 45 ans sont les plus touchées par la problématique.

Afin de compléter notre PICO (cf. 4.1.1), nous avons fait le lien avec le rôle infirmier. En effet, les notions d'éducation thérapeutique et d'interventions infirmières ressortent dans plusieurs articles et sont mises en lien avec l'amélioration de la qualité de vie de la population atteinte de SCI.

Nous avons également repris ces notions lors de nos recherches d'articles, à travers des MeSh Terms (mots clés, cf. 4.1.2) ainsi que d'autres mots clés, ce qui nous a permis de trouver neuf articles pertinents pour ce travail.

Nous avons choisi de n'utiliser que la base de données PubMed pour nos recherches car les articles présents sur les autres bases de données (Embase, CINAHL, Google Scholar), étaient selon nous, moins pertinents.

Les critères d'exclusion pour la recherche d'articles étaient les suivants : la date de l'article, la population, le type d'étude et le sujet de la recherche.

4.1. Sources d'information et stratégie de recherche documentaire

4.1.1. PICO

Population	Personnes atteintes de symptômes du syndrome du côlon irritable
Intervention	Interventions infirmières à travers l'éducation thérapeutique
Comparé à	Personnes atteintes ne recevant pas d'intervention
Outcomes	Améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de SCI

4.1.2. Mesh Terms / Mots clés

Mots Clés	Mesh Terms
Syndrome du côlon irritable	Irritable bowel syndrome
Symptômes	Symptoms
Douleur abdominale	Abdominal pain
Diagnostic	Diagnosis
Soins infirmiers	Nursing care
Prise en soin de la maladie	Disease management
Qualité de vie	Quality of life
Essai contrôlé randomisé	Randomized controlled trial

4.1.3. Équations de recherche

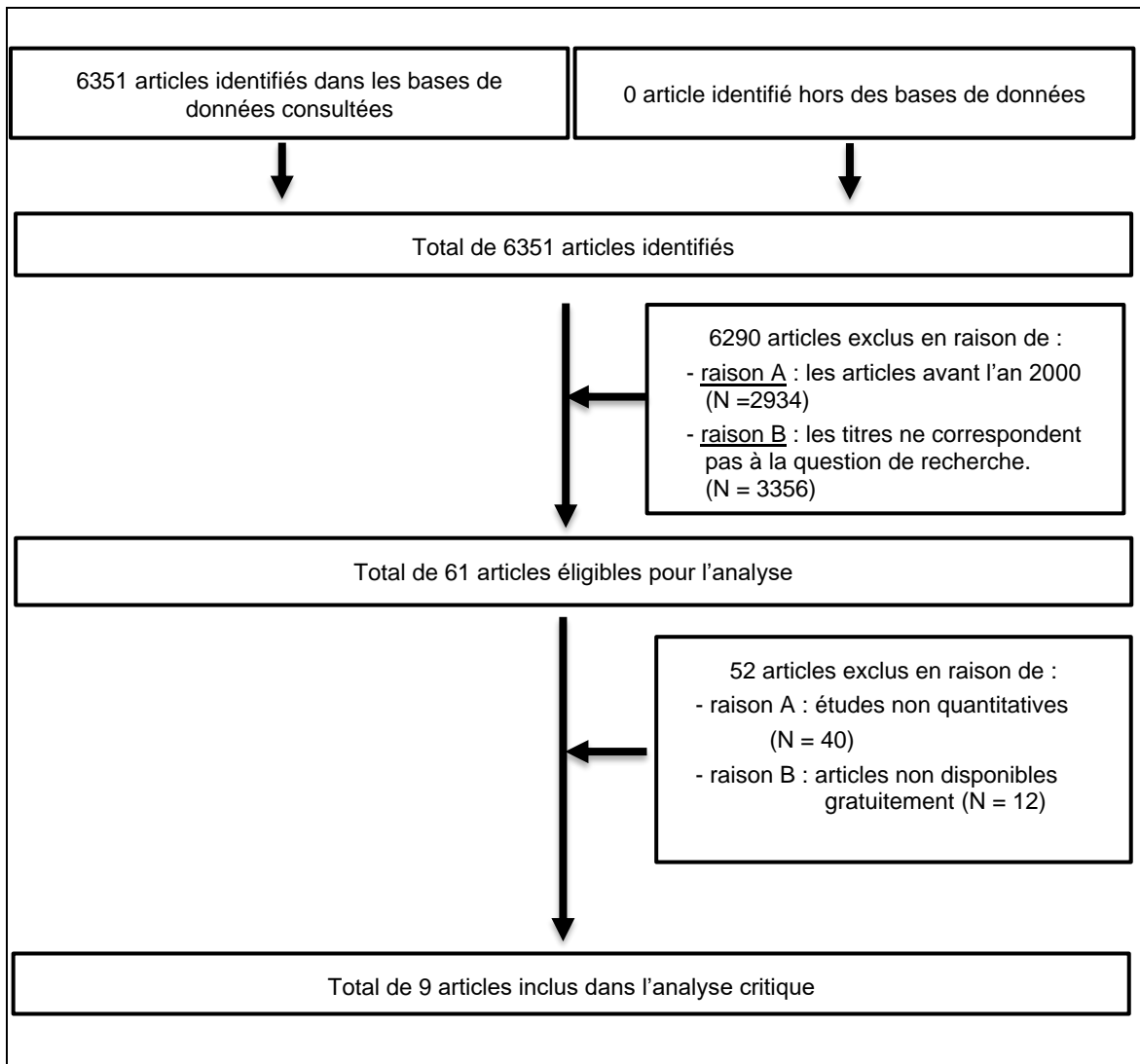
Base de données : PubMed

Équations de recherche	Date de recherche	Filtre(s)	Résultats	Validés selon abstract	Retenus dans le travail
(nursing care) AND (irritable bowel syndrome)	24.11.20	-	313	15	4
((nursing care) AND (irritable bowel syndrome)) AND (symptoms) AND (disease management)	24.11.20	-	132	1	0
((irritable) AND (bowel) AND (syndrome)) AND (management) AND (nurs*)	03.12.20	-	164	2	0
((irritable) AND (bowel) AND (syndrome)) AND (management) AND (nurs*)	03.12.20	Randomized Controlled Trial, Nursing journals	7	2	1
((irritable) AND (bowel) AND (syndrome)) AND (management) AND (nurs*)	03.12.20	Nursing journals	95	7	1

(((irritable[Title/Abstract]) AND (bowel[Title/Abstract])) AND (syndrom[Title/Abstract])) AND (nurs*[Title/Abstract])) AND (management[Title/Abstract])	03.12.20	Nursing journals	34	4	0
(((irritable) AND (bowel)) AND (syndrom)) AND (management)	03.12.20	-	2376	10	1
((abdominal pain) AND nursing care) AND quality of life	29.03.21	-	125	3	1
((abdominal pain) AND nursing care) AND quality of life	29.03.21	published in the last 5 years	58	2	0
(((abdominal pain) AND nursing care) AND quality of life) AND randomized controlled	29.03.21	published in the last 5 years	18	0	0
((irritable bowel syndrome) AND diagnosis) AND Rome	16.04.21	-	525	3	0
(diagnostic criteria) AND irritable bowel syndrome	16.04.21	-	1888	6	0
(diagnostic criteria) AND irritable bowel syndrome	16.04.21	published in the last 5 years	560	2	0
(((Irritable bowel syndrome) AND (education)) AND (randomized trial)) AND (symptoms)	29.04.21	published in the last 5 years	56	4	1

4.1.4. Diagramme de flux

Figure 3. Diagramme de flux décrivant le processus de recherche d'articles



5. RÉSULTATS

Tableau 3. Résultats par thèmes

Thèmes	Articles								
	Niesen et al. (2016)	Ghiyasvandian et al. (2016)	Han et al. (2020)	Kamp et al. (2019)	Sherwin et al. (2017)	Lindfors et al. (2021)	Sierzanowicz et al. (2020)	Smith et al. (2006)	Weaver et al. (2018)
Symptômes abdominaux	x	x	x	x	x		x	x	x
Qualité de vie	x	x	x		x		x	x	x
Interventions infirmières	x	x	x				x	x	x
Éducation thérapeutique	x	x		x		x	x	x	
Traitements pharmacologiques								x	
Traitements non pharmacologiques	x	x		x		x	x	x	x
Symptômes extra-abdominaux	x	x	x	x		x	x	x	x

5.1. Analyse critique des articles retenus

Les résultats ci-dessus découlent des neuf articles que nous avons retenus pour ce travail. Tous ont été publiés en langue anglaise entre 2005 et 2021. Nous avons choisi d'en extraire sept thèmes, qui rejoignent la question de recherche.

5.1.1. *Symptômes abdominaux*

Selon Niesen et al. (2018), les symptômes abdominaux dans le SCI sont présents en permanence ce qui caractérise ce syndrome pour Sherwin et al. (2017) et Kamp et al. (2019). En effet, ces derniers rapportent que le SCI est défini par un dysfonctionnement abdominal accompagné par des douleurs de cette zone.

Selon Han & al. (2020), les symptômes abdominaux comprennent les douleurs abdominales ainsi que d'autres symptômes gastro-intestinaux, tels que la présence de gaz intestinaux, de ballonnements et d'épisodes de diarrhée. Les douleurs abdominales constituent le principal critère de diagnostic du SCI et apparaissent comme étant le symptôme le plus important de ce trouble.

Ghiyasvadian et al. (2016) ainsi que Sierzantowicz et al. (2020) indiquent également que les symptômes types du SCI sont la modification du transit et la présence de douleurs abdominales, d'intensité variable, qui impactent la vie des personnes atteintes.

Pour Weaver et al. (2018), les symptômes abdominaux font également partie intégrante des critères de diagnostic du SCI. De plus, ils les divisent en quatre sous-groupes : le SCI-C (constipation prédominante), le SCI-D (diarrhée prédominante), le SCI-M (mixte), ainsi que le SCI-A (inclassable), ce qui démontre la prédominance des symptômes abdominaux dans le SCI.

Selon Fourie & al. (2016), cité par Weaver & al. (2018), il y aurait une relation entre la gravité des symptômes abdominaux dans le SCI et un poids corporel au-dessus des normes.

5.1.2. Qualité de vie

Selon Han et al. (2020), les douleurs abdominales impactent fortement la qualité de vie des personnes atteintes du syndrome du côlon irritable. De plus, ces symptômes augmentent la détresse psychologique, liée étroitement à la qualité de vie. Sur ce point, Scherwin et al. (2017), Smith (2006) ainsi que Weaver et al. (2018) le confirment. En effet, dans leurs études, la qualité de vie de personnes atteintes de SCI et d'autres étant désignées comme témoins sains a été calculée à l'aide du questionnaire « Irritable Bowel Syndrome- Quality of Life » (IBS-QOL). Les résultats ont confirmé que les scores totaux des personnes atteintes de SCI étaient significativement plus faibles ($p < 0.001$) que les témoins sains, dans chacune des études. Cela montre une claire diminution de la qualité de vie chez les patients présentant des symptômes de cette maladie.

Sierzantowicz et al. (2020), ont employé dans leur étude, une autre mesure de la qualité de vie. Il s'agissait d'une enquête, composée de 36 questions, réparties en huit catégories. Les scores de ce questionnaire ont permis d'évaluer les composantes physiques et mentales qui composent le score total de la qualité de vie. Ce score a également été comparé entre des personnes atteintes du SCI et des témoins sains. Les résultats de cette mesure rejoignent les données des autres études citées ci-dessus. En effet, les scores de qualité de vie étaient significativement plus bas ($p < 0.01$) chez les personnes vivant avec le SCI.

5.1.3. Interventions infirmières

Afin de vérifier l'efficacité des interventions infirmières dans l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de SCI, Smith (2006) a décidé de mener une étude dirigée par une infirmière, sur les bienfaits de l'hypnothérapie. Les résultats de cette étude ($p < 0.001$) montrent effectivement que les infirmières ont un rôle important à jouer dans la gestion du SCI, notamment par l'hypnothérapie, citée dans cet article.

Niesen et al. (2018), ont également mené une étude sur les interventions infirmières, cette fois-ci afin de savoir si une participation active des infirmières (dans un programme d'autogestion de la santé) améliorerait ou non l'efficacité des soins et la satisfaction des patients atteints de SCI. A la fin de l'étude, les participants ont évalué le programme, en affirmant que ce dernier les avait fortement convaincus. En effet, la plupart d'entre eux ont pu gérer leurs problèmes de façon plus efficace. Cet accompagnement d'autogestion mené par des infirmières a permis la réduction de l'intensité des douleurs abdominales ($p = 0.004$), d'améliorer les aspects psychologiques de la maladie ($p = 0.004$) ainsi que de réconcilier certains patients avec les soins. En effet, selon Ghiyasvadian et al. (2016), les patients mettent en avant le fait de ne pas recevoir assez d'informations sur l'autogestion de la maladie par les différents prestataires de la santé qu'ils consultent.

Ghiyasvadian et al. (2016) ont eux aussi mené une étude sur l'effet d'un programme d'auto-soins auprès de personnes atteintes de SCI par des infirmières, le rôle de celles-ci étant notamment le soutien et la formation. Après analyses, les résultats montrent là aussi que les interventions infirmières dans le domaine du SCI améliorent de manière significative la qualité de vie ($p < 0.0001$) et diminuent la gravité des symptômes ($p < 0.0001$) des personnes vivant avec le SCI. De plus, selon Han et al. (2020), les interventions infirmières, comme la formation de l'autogestion de la santé, peuvent en plus d'agir sur la douleur et la détresse psychologique, réduire la fatigue caractérisée dans le SCI.

En conclusion, les infirmières jouent un rôle nécessaire dans la planification et la mise en œuvre d'interventions en formant les patients et en leur proposant des programmes leur permettant d'autogérer leur maladie. En effet, ces interventions peuvent nettement améliorer la santé des individus atteints par le SCI (Ghiyasvadian et al., 2016).

5.1.4. Éducation thérapeutique

Selon Ghiyasvadian et al. (2016), l'éducation thérapeutique (ETP) se base sur l'apprentissage des patients à autogérer leur santé, ainsi que sur la familiarisation des

facteurs aggravant les symptômes, comme une mauvaise hygiène de vie ou un régime alimentaire inadapté. Ces deux éléments s'apprennent par la compréhension de la maladie, la connaissance des traitements ainsi que l'apprentissage d'un mode de vie sain avec entre autres une activité physique régulière.

Plus précisément, selon Kamp et al. (2019), l'autogestion se base sur l'apprentissage de la maladie et de ces symptômes afin de permettre une meilleure gestion. L'autogestion comporte également des notions sur les habitudes de sommeil. En effet, la fatigue peut entraîner une exacerbation des symptômes. Les stratégies telles que la relaxation, l'adaptation du régime alimentaire ainsi que les stratégies cognitivo-comportementales permettent de créer des schémas de pensée sains et de résoudre des problématiques par soi-même. Les résultats de l'étude menée par Kamp et al. (2019), montrent que les bienfaits de l'autogestion, dans le cadre d'une éducation thérapeutique, sont significatifs concernant la fatigue ($p < 0.001$), la qualité du sommeil ($p < 0.011$) et son effet réparateur ($p < 0.009$), les douleurs articulaires ($p < 0.029$), de tête ($p < 0.039$) et de dos ($p < 0,019$).

L'étude de Sierzantowicz et al. (2020) portant sur les effets d'un programme éducatif, a montré que l'éducation thérapeutique a un effet positif sur la qualité de vie psychique et physique des personnes atteintes de SCI, en lien avec une intensité des symptômes diminuée ($p < 0,01$). Cette ETP était basée sur une sensibilisation du patient à la pathologie, à ses symptômes et aux traitements possibles ainsi que sur le mode de vie recommandé pour améliorer sa qualité de vie (régime alimentaire, recommandation diététique, exercice physique, importance du sommeil). De plus, des méthodes de gestion du stress ont été apportées.

Lindfors et al. (2021) sont également partis du principe que l'éducation thérapeutique a un effet positif sur la qualité de vie des personnes atteintes du SCI. En effet, cette étude visait à comparer une éducation en présentiel et une éducation en ligne. Ces enseignements portaient sur les connaissances des symptômes et des traitements, sur les recommandations diététiques ainsi que sur les processus psychologiques tels que des méthodes de relaxation agissant sur le stress. Les résultats de cette recherche n'ont pas montré de différence significative entre ces deux moyens d'aborder l'éducation thérapeutique (le p variant entre 0.116 et 0.948 selon les items décrivant la qualité de vie). Cependant, les résultats ont démontré qu'une augmentation de l'auto-évaluation des connaissances a un impact significatif sur la gestion individuelle des symptômes. En résumé, la majorité des articles prenant en compte l'éducation du patient met en avant les bienfaits de celle-ci sur la qualité de vie de celui-ci.

5.1.5. Traitements pharmacologiques

Smith et al. (2006) expliquent que jusqu'à présent, aucun traitement n'a été utile pour soigner la maladie du côlon irritable. Les traitements existants sont symptomatiques : les recherches menées jusqu'alors se concentraient sur ce qui améliore les symptômes de la maladie, comme pour la plupart des maladies chroniques. Le type de médicaments dépend des symptômes ressentis. L'utilisation d'antispasmodique, d'anti-diarrhéique ou un traitement de type laxatif est alors préconisé, ce qui soulage de manière temporaire les personnes atteintes.

5.1.6. Traitements non pharmacologiques

La notion des traitements non pharmacologiques est revenue à plusieurs reprises dans la plupart des neufs articles. Pour commencer, Niesen et al. (2016), Ghiyasvandian et al. (2016), Kamp et al. (2016) ainsi que Sierzantowicz et al. (2020) mettent en avant l'impact des thérapies cognitivo-comportementales (TCC) sur la maladie chronique qu'est le SCI. Ces études pointent l'importance de l'accompagnement fait par l'infirmière. Pour chacun de ces articles, les résultats sont nettement différents avant et après l'intervention : le bien-être et la qualité de vie des malades est nettement améliorée grâce à la TCC ($p < 0,01$).

Ensuite, Smith et al. (2006), Niesen et al. (2016), Ghiyasvandian et al. (2016) ainsi que Kamp et al. (2016) soulignent l'importance des thérapies de relaxation et de l'hypnothérapie. À pratiquer au quotidien et sur le long terme, les résultats mettent en évidence une nette amélioration des symptômes des personnes atteintes du SCI ($p < 0,01$).

Pour finir, Kamp et al. (2016) ainsi que Lindfors et al. (2021) abordent la notion de l'hygiène de vie comme traitement non-pharmacologique. Ils expliquent comment un nouveau régime alimentaire et une activité physique régulière peuvent améliorer la gestion des symptômes. Ces études démontrent un résultat positif sur le bien-être des malades après les interventions mises en place.

5.1.7. Symptômes extra-abdominaux

Smith et al. (2006), Ghiyasvandian et al (2016), Han et al. (2019) ainsi que Lindfors et al. (2021) avancent tous dans leurs articles la dépression et l'anxiété. Selon eux, ces symptômes sont prédominants, ce qui interfère sur la qualité de vie des personnes atteintes de SCI. Ils sont liés aux difficultés d'organiser leur quotidien, quand les symptômes abdominaux sont difficiles à gérer et se répercutent sur un repli sur soi, ce

qui peut justement entraîner de l'anxiété ou une dépression. De plus, étant une maladie encore méconnue, les personnes atteintes considèrent qu'il peut être difficile d'en parler et d'être compris dans ce qu'ils vivent, renforçant les symptômes psychologiques extra-abdominaux.

Toutes ces études établissent un lien étroit entre cette maladie chronique et ces symptômes psychologiques. Cependant, les auteurs avancent la même conclusion : avec une prise en soin adaptée, les symptômes peuvent être nettement diminués.

De plus, Lindfors et al. (2021) indiquent d'autres pathologies associées d'ordre physique : les personnes atteintes du SCI peuvent souffrir de troubles touchant le système rénal et endocrinien, d'épuisement chronique et de fibromyalgie ou de céphalées. D'après cette recherche, la santé de ces patients peut également être améliorée grâce à une éducation thérapeutique combinée à la thérapie non pharmacologique, telle que la relaxation ou l'amélioration de l'hygiène de vie.

5.2. Tableau comparatif

Tableau 4. Tableau comparatif des études retenues pour l'analyse critique

Auteurs- Année	Population / Type étude	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
<p>Ghiyasvandian, S., Ghorbani, M., Zakerimoghadam, M., Purfarzad, Z., & Kazemnejad, A. (2016).</p>	<p>N = 119 Essai clinique contrôlé randomisé</p>	<p>Déterminer les effets d'un programme d'auto-soins sur la gravité des symptômes et la qualité de vie des patients atteints du SCI.</p>	<p>Le groupe expérimental (N=60) a reçu une formation sur un programme d'autogestion de la santé, alors que le groupe témoin (N=59) n'a reçu aucune intervention.</p> <p>Les patients ont rempli deux questionnaires, avant et 2 mois après l'intervention. Pour la mesure de la qualité de vie, il s'agit du "IBS-QOL" et du « IBS-SSS » pour la gravité des symptômes.</p> <p>Les données ont été analysées avec le logiciel SPSS, version 16.</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Avant l'intervention : pas de différence significative entre les deux groupes concernant la gravité des symptômes ($p = 0.48$) et la qualité de vie ($p = 0.87$). – Après l'intervention, les deux groupes étaient significativement différents ($p < 0.0001$). – Le programme d'auto-soins a amélioré la qualité de vie et réduit la gravité des symptômes du groupe expérimental ($p < 0.0001$), contrairement au groupe témoin, ($p = 0.06$) pour la gravité des symptômes et ($p = 0.35$) pour la qualité de vie. 	<p>Ce qui peut affecter la coopération et la responsabilité des patients : les caractéristiques psychologiques, les différences individuelles, la personnalité et les facteurs comme l'éducation, les attitudes ou la culture. Facteurs qui échappent au contrôle du chercheur et donc pas pris en compte dans l'étude</p>

<p>Han, C. J., Jarrett, M. E., & Heitkemper, M. M. (2020)</p>	<p>N = 356 Analyse secondaire des données de référence de deux essais contrôlés randomisés antérieurs.</p>	<p>Examiner les relations temporelles (la douleur a-t-elle un impact sur la fatigue des jours suivants et vice versa) entre la douleur abdominale et la fatigue chez les femmes souffrant de SCI. Déterminer si la détresse psychologique intervient dans les relations temporelles entre la douleur abdominale et la fatigue chez les femmes souffrant de SCI.</p>	<p>Pas le biais d'un journal de 28 jours, rempli par chacune des femmes, lors de la récolte de données. Les analyses ont été faites avec IBM SPSS Statistics for Windows, version 22. Un test bootstrapped a été réalisé avec le logiciel R-3.2.2</p>	<p>Toutes les femmes souffrant de SCI (N = 356) ont signalé au moins des douleurs abdominales « légères », de la fatigue et une détresse psychologique. - Une corrélation positive statistiquement significative a été trouvée entre les douleurs abdominales et la fatigue ($p < 0.001$), entre les douleurs abdominales et la détresse psychologique ($p < 0.001$) et entre la détresse psychologique et la fatigue ($p < 0.001$). - Les relations intra-femmes entre la douleur abdominale et la fatigue étaient positives et significatives dans les modèles A et B ($p < 0.001$). La fatigue n'a pas prédit la douleur abdominale du lendemain dans le modèle C ($p = 0.060$). - Les douleurs abdominales sont liées positivement à la détresse psychologique ($p < 0.01$). - Une douleur abdominale plus importante le jour précédent entraîne une plus grande fatigue le jour suivant. Le contrôle de la détresse psychologique le jour précédent réduit la fatigue du jour suivant chez les femmes.</p>	<p>-Il n'a pas été déterminé si, dans une même journée, les douleurs abdominales existaient avant l'apparition de la détresse psychologique. -Le sexe était limité aux femmes et l'origine ethnique était principalement caucasienne, ce qui limite la généralisation des résultats au-delà des femmes blanches. -Il peut y avoir des différences dans la déclaration des symptômes en fonction de la motivation à participer à un essai clinique. Cette méthode d'auto-sélection limite potentiellement la généralisation de nos résultats, cependant, il s'agit d'une analyse secondaire de deux RCT.</p>
---	--	---	---	--	---

<p>Kamp, K. J., Weaver, K. R., Sherwin, L. B., Barney, P., Hwang, S. K., Yang, P. L., Burr, R. L., Cain, K. C., & Heitkemper, M. M. (2019)</p>	<p>N = 243 (ECR 1 = 161, ECR 2 = 82)</p> <p>Essais cliniques contrôlés randomisés (ECR) à deux volets.</p>	<p>Comparer les effets d'une intervention d'autogestion complète (CSM) à une intervention de contrôle (soins habituels = UC) sur la douleur extra-intestinale, la fatigue et les troubles du sommeil chez les patients atteints du SII. ECR 1 se déroule de 2003 à 2008, ECR 2 de 2009 à 2012.</p>	<p>Pour ECR 1 et ECR 2, l'intervention CSM se concentre sur l'amélioration de la gestion des symptômes du SII et couvre quatre grands thèmes : l'éducation, le régime alimentaire, la relaxation et les stratégies cognitives et comportementales. Il s'agit d'un essai randomisé contrôlé : Des journaux de symptômes quotidiens ont été recueillis au début de l'étude, puis 3 et 6 mois après la randomisation.</p>	<p>Une différence significative des scores de maux de dos ($p = 0,024$ et $p = 0,019$, respectivement) et de maux de tête ($p = 0,055$ et $p = 0,039$, respectivement) existait entre le groupe CSM et le groupe UC à 3 et 6 mois, mais pas les scores de douleurs musculaires ($p = 0,45$ et $p = 0,85$, respectivement). Les participants du groupe CSM ont connu une réduction significative des douleurs articulaires à 3 mois ($p = 0,029$) mais pas à 6 mois ($p = 0,92$). La prise en compte de l'âge n'a pas modifié les conclusions de manière significative (résultats non montrés).</p>	<p>L'homogénéité des populations investiguées ne permettent pas d'étendre les résultats à des populations plus diverses en termes d'ethnie, de niveau d'éducation, de sexe.</p> <p>- L'analyse des données regroupées de deux études contrôlées randomisées. Alors que l'ECR 1 utilisait les critères de Rome II et l'ECR 2 les critères de Rome III.</p>
<p>Lindfors, P., Axelsson, E., Engstrand, K., Störsrud, S., Jerlstad, P., Törnblom, H., Ljótsson, B., Simrén, M., & Ringström, G. (2021)</p>	<p>ECR 1 : N = 141</p> <p>Essai 2 : N = 155</p> <p>1 Essai randomisé contrôlé et 1 étude descriptive transversale</p>	<p>Comparer une éducation en ligne et une éducation face à face.</p>	<p>ECR : un groupe avait une formation via internet et le deuxième, une formation « face à face ».</p> <p>Dans l'essai 2, les patients ont pu choisir s'ils préféraient une éducation en ligne ou une éducation « face à face ». Les 2 essais se sont déroulés sur une période de 13 mois. Pour les 2 essais, les patients ont dû remplir un questionnaire avant et après l'étude concernant l'échelle (de 0 à 500) de gravité du syndrome du SII en fonction des différents symptômes.</p>	<p>Dans l'ECR, les patients ayant bénéficié de la formation en « face à face » possédaient un score de gravité moins élevé (- 12,2 points) que les patients ayant reçu la formation en ligne. Pour l'essai basé sur les préférences, ce score était également moins élevé de 14.7 points chez les patients ayant reçu l'éducation « face à face ». Cependant, la différence entre une intervention « face à face » vs internet n'est pas significative, (p variant entre 0.116 et 0.948). Il n'y a donc pas de différence entre ces deux interventions.</p>	<p>Pas de groupe témoin inactif ce qui ne permet pas d'évaluer l'amélioration des participants.</p> <p>Aucun des deux essais ne possédait de condition de contrôle pouvant explorer la signification des effets non spécifiques à l'intervention telle qu'une rémission spontanée.</p> <p>La généralisation des résultats est compliquée car il y a peu d'informations sur</p>

					<p>l'historique des traitements, les facteurs socio-économique et la chronicité.</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'adhésion délivrée en ligne n'a été évalué qu'à mi-parcours - Aucune donnée sur les effets indésirables n'a été recueillie de manière systématique ce qui implique qu'il n'est pas possible d'assurer que les formats de traitements étaient identiques en termes d'inconvénients. <p>Il n'y a pas d'informations recueillies sur d'autres traitements.</p> <p>Il n'y a pas d'informations recueillies sur d'autres traitements pris en parallèle de l'étude.</p>
<p>Niesen, C. R., Olson, D. M., Nowdesha, K. D., Tynsky, D. A., Loftus, C. G., & Meiers, S. J. (2018)</p>	<p>N = 12 Projet pilote pré et post interventionnel.</p>	<p>Démontrer qu'une approche par TCC (thérapie cognitivo-comportementale) peut avoir un impact sur l'amélioration de la qualité de vie des patients souffrant de douleurs abdominales chroniques.</p>	<p>12 patients ont reçu une éducation de TCC par une infirmière spécialisée dans le but d'auto gérer la douleur et les symptômes associés au syndrome des douleurs abdominales fonctionnelles (FAP). Un questionnaire pré et post TCC a été fourni aux patients pour évaluer l'efficacité de la TCC.</p>	<p>Les résultats des questionnaires ont démontré qu'après avoir reçu une éducation de TCC, les patients avaient amélioré leur bien-être physique ($p = 0.001$), leur niveau d'activités sociales ($p = 0.02$), la fréquence des douleurs ($p = 0.005$), la sévérité de la douleur ($p = 0.004$), le niveau de fatigue ($p < 0.001$) ainsi que le niveau d'anxiété ($p = 0.004$).</p>	<p>L'utilisation d'un CD de relaxation en début de projet s'est avérée obsolète car certains patients ne disposaient pas du matériel nécessaire pour l'utiliser.</p>

<p>Sherwin, L. B., Ozoji, O. M., Boulineaux, C. M., Joseph, P. V., Fourie, N. H., Abey, S. K., Zhang, X., & Henderson, W. A. (2017).</p>	<p>N = 41 personnes atteintes de SCI et 74 volontaires sains.</p> <p>Essai randomisé contrôlé</p>	<p>Évaluer la relation entre le sexe, l'IMC et la qualité de vie telle qu'elle est ressentie chez les personnes atteintes de SCI soigneusement phénotypées par rapport à des témoins sains.</p>	<p>115 participants ont participé à l'analyse des données. Tous les participants ont été évalués selon les critères de Rome III adulte et pédiatrique pour poser le diagnostic du SCI. Les participants ont fait l'objet d'exams spécifiques afin d'exclure d'autres pathologies gastro-intestinales. Une analyse transversale a été réalisée sur les données des participants recrutés. L'IMC, le pourcentage de graisse corporelle et les questionnaires ont été recueillis lors de visites ambulatoires qui ont eu lieu de janvier 2009 à décembre 2015. Une auto-déclaration a été faite à l'aide du questionnaire sociodémographique du « Center for Research in Chronic Disorders, University of Pittsburgh School of Nursing (1999) ».</p> <p>- L'IMC a été calculé en mesurant le poids des patients à trois reprises, afin d'en faire une moyenne. La taille a été prise à deux reprises, puis la moyenne a été calculée. Ensuite, la formule "poids divisé par le mètre au carré" afin de calculer l'IMC des participants a été utilisée.</p> <p>- une pléthysmographie par déplacement d'air sur l'ensemble du corps (Bod Pod™) a été effectuée par une infirmière sur</p>	<p>Il n'y a pas de différences significatives concernant l'âge, le sexe et le poids entre les participants atteints du SCI et le groupe témoins sains (p inconnu). L'indice de masse corporelle ne différait pas entre le groupe SCI et le groupe témoin sain. Les personnes atteintes de SCI ont une qualité de vie inférieure à celle du groupe témoin sain (p < 0.001).</p>	<p>- Les participants se sont adressés d'eux-mêmes à l'étude, ce qui peut avoir une conséquence dans les biais de sélection.</p> <p>- Cette méthode de recrutement a entraîné une grande homogénéité géographique parmi les participants ; la région où la plupart des participants ont résidé peut ne pas refléter la population plus générale du SCI.</p>
---	---	---	---	---	---

			tous les patients afin de déterminer le pourcentage de graisse corporelle. Le questionnaire (IBS-QOL) a été utilisé pour mesurer la qualité de vie des participants.		
Sierzantowicz, R., Lewko, J., & Jurkowska, G. (2020)	N = 150 patients âgés de 18 à 80 ans (écart type : 48,5 +/- 15,77) atteints du SCI et 100 personnes considérées comme saines pour le groupe contrôle. Essai randomisé contrôlé	Examiner l'effet d'un programme éducatif combiné à des éléments de thérapie comportementale, individualisé pour chaque patient, sur la qualité de vie et la sévérité de la douleur des patients atteints de SCI.	150 patients atteints du SCI et 100 personnes en bonne santé du groupe témoin ont été inclus. La qualité de vie (Short Form Health Survey, SF-36) et la sévérité de la douleur (Échelle Visuelle Analogique) ont été mesurées au départ et six mois après l'éducation des patients atteints de SCI. Le groupe témoin a reçu la même intervention. Afin de diagnostiquer les patients, les critères de Rome III ont été utilisés.	Dans le groupe SCI, des scores plus élevés pour la composante physique et mentale ont été notés chez les patients âgés de 35 à 50 ans par rapport aux autres patients. Six mois après l'éducation et la thérapie comportementale, il y a une amélioration significative de la qualité de vie ($p < 0,01$) et une diminution significative de la perception subjective de l'intensité de la douleur ($p < 0,01$).	- L'évaluation des effets à long terme du programme individuel mené chez les patients atteints du SCI devrait être répétée un an ou deux après sa fin. Le plus grand nombre de femmes dans l'étude est une limite. - L'utilisation d'un générateur de séquence aléatoire aurait fourni une forme de randomisation beaucoup plus fiable.
Smith G. D. (2006)	N = 75 (55 femmes et 20 hommes entre 18 et 54 ans) Étude descriptive transversale	Mesurer l'impact de l'hypnothérapie sur des personnes atteintes du SCI dirigée par une infirmière.	75 personnes souffrant du SCI ont suivi une hypnothérapie dirigée vers l'intestin, par une infirmière en utilisant l'éducation thérapeutique. Un tableau se basant sur la sévérité des symptômes, sur une période de 7 jours, et un questionnaire standard IBS-QoL ont été utilisés, afin de déterminer la qualité de vie. Le questionnaire Hospital Anxiety and Depression (Zigmond and Snaithe, 1983) et l'apprentissage de l'autohypnose ont été mis en place. Les patients ont reçu des cassettes audios à	Les symptômes physiques : la qualité de vie et l'anxiété se sont améliorées après l'hypnothérapie ($p < 0,001$). Les résultats pour la dépression sont similaires avant et après l'intervention ($p < 0,05$).	La majorité des symptômes sont subjectifs et difficiles à mesurer. - L'étude n'a pas inclus de groupe contrôle qui aurait pu ne subir aucun traitement, soit recevoir une forme alternative de thérapie standard. Les difficultés de l'une ou l'autre approche ne sont pas négligeables ; un groupe sans traitement

			<p>utiliser chez eux pour renforcer les effets de l'hypnothérapie.</p> <p>L'expérience a duré trois mois. Les patients ont reçu entre 5 à 7 heures et demie de séances d'hypnothérapie.</p>		<p>aurait probablement été à la fois contraire à l'éthique et inacceptable pour les patients et aucun traitement pharmacologique n'a fait ses preuves pour le SCI.</p> <p>- l'article date de 2006.</p>
<p>Weaver, K. R., Melkus, G. D., Fletcher, J., & Henderson, W. A. (2018).</p>	<p>N = 101</p> <p>Étude transversale, sous-étude d'une recherche plus vaste.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Examiner les conséquences physiologiques du stress présent chez les personnes atteintes du SCI. - Explorer l'association entre ce stress perçu et leur qualité de vie, - Examiner les influences des données démographiques, des facteurs socio-économiques et de l'indice de masse corporelle (IMC) sur les marqueurs physiologiques objectifs de la réponse au stress des patients atteints par le SCI. 	<p>Inventaire d'auto-évaluation, comprenant un questionnaire qui répertoriait l'âge, le sexe, la race, le nombre d'années d'éducation et le revenu annuel total du foyer si celui-ci permet de subvenir aux besoins. Il comprenait également les échelles de stress perçu (PSS) et de mesure de la qualité de vie (IBS-QOL).</p> <p>L'analyse statistique des données a été faite à l'aide du logiciel SPSS, version 24.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pas de différence en termes de variables démographiques, socio-économiques ($p = 0.436$) et physiologiques. Par contre : scores plus élevés pour les niveaux de stress perçu ($p = 0.006$) et plus faibles pour la qualité de vie ($p = 0.001$) chez les personnes SCI. Effet de sexe mis en évidence : Hommes ($p = 0.023$), Femmes : ($p = 0.153$). - Pas de différences pour les niveaux de cortisol ($p = 0.906$) et ACTH ($p = 0.897$). - Le cortisol ($p = 0.015$) et le diagnostic ($p = 0.005$) sont des prédicteurs significatifs du stress perçu. Les scores PSS augmentent les chances de diagnostic ($p = 0.007$). - Chez les patients SCI, association positive entre l'IMC et mesure psychologique du stress ($p = 0.027$). 	<p>En utilisant IBS-QOL comme mesure de qualité de vie, il est possible que certains facteurs pertinents la concernant, chez les témoins sains, n'aient pas été pris en compte, ce qui a créé un plafond dans ce groupe-là. Les scores totaux de l'IBS-QOL n'ont pas différé chez les patients atteints de SCI, en fonction de la race ou du sous-type, mais les différences potentielles dans les huit facteurs composant la mesure n'ont pas été explorées.</p>

6. DISCUSSION

Au fil de l'analyse des articles choisis, nous avons pu constater un lien entre les résultats des différentes études. En effet, toutes les interventions utilisées (TCC, hypnothérapie, apprentissage de la pathologie et régime alimentaire adapté) ont eu un impact bénéfique sur les symptômes et, par conséquent, ont amené une meilleure qualité de vie. Dans une autre mesure, si les interventions utilisées diffèrent selon les articles, cela montre surtout l'étendue des possibilités de l'éducation thérapeutique et illustre la complémentarité de nos articles. Toutes ces études nous ont permis de constater que les symptômes abdominaux (diarrhée, constipation, douleurs abdominales), extra-abdominaux (douleurs musculaires, fatigue, douleurs articulaires, maux de tête et/ou dorsales) et psychologiques (stress, anxiété, dépression) du SCI impactent grandement la qualité de vie des personnes atteintes.

En revanche, à travers les recherches présentées, il a été difficile d'analyser les connaissances infirmières de base. Les articles scientifiques sont unanimes concernant la plus-value de l'intervention infirmière pour une maladie chronique comme le SCI, mais aucune information n'est donnée sur les connaissances des soignants sur cette maladie. La question serait alors de savoir si les infirmières, à l'heure actuelle, sont formées avec suffisamment de connaissances pour prodiguer une éducation thérapeutique dans le cadre du SCI.

En effet, la prise en soin par une infirmière permettrait d'améliorer le quotidien des patients à condition qu'elle dispose des connaissances nécessaires sur la pathologie et sur diverses thérapies alternatives (TCC, hypnothérapie). Avec un tel savoir, elle pourrait prodiguer une éducation thérapeutique adaptée et la prise en soin des personnes atteintes de SCI pourrait être optimisée.

Nos recherches nous ont permis de constater que ce sujet est très peu pris en compte dans les milieux de soins, alors qu'il semble s'être développé au fil des années. En effet, si l'on compare le nombre d'articles disponibles sur la base de données Pubmed entre 1977 et aujourd'hui, on peut voir qu'il ne cesse d'augmenter. En 1977, un seul article sur cette pathologie était disponible, et ce, jusqu'en 1979. Par la suite, une trentaine de recherches ont été publiées par année, jusqu'en 2006, où cette fois-ci, le chiffre s'agrandit, avec une centaine de publications pour une même période.

Nous n'avons pas de théorie sûre par rapport à ce phénomène d'augmentation, mais nous pouvons mettre en avant certaines hypothèses. La première pourrait être le fait que les patients consultent et parlent plus de leurs symptômes qu'auparavant, ce qui

amènerait les chercheurs à se poser davantage de questions. Deuxièmement, il existe désormais des critères de diagnostic plus clairs du SCI. En effet, jusqu'en 1978, le diagnostic du SCI n'était que l'exclusion d'autres maladies, mais sont apparus les différents critères (Manning, Rome I, II, III, jusqu'à IV, en 2016) qui ont permis de poser un diagnostic plus ciblé. De ce fait, est-ce que cet affinement des critères de diagnostic permettrait de détecter plus de cas et donc d'augmenter les recherches à ce sujet ?

Lors de nos recherches, nous avons eu des difficultés à trouver des chiffres épidémiologiques récents. En effet, beaucoup d'articles se reprennent entre eux. Toutefois, nous avons cherché des articles anciens et récents, afin d'avoir une idée sur le changement de prévalence du SCI dans le temps.

Dans un article publié en 1999, Talley (1999) estime la prévalence mondiale entre 10 et 15%. Vingt et un an plus tard, selon Han et al. (2020), elle serait de l'ordre de 9 à 24%. D'après les chiffres de ces deux articles, la prévalence semble avoir augmenté au fil des années. Cependant, là-aussi, aucune raison n'est mise en avant. Plusieurs hypothèses pourraient en être la cause. Le stress, étant un facteur déclencheur du SCI, devient de plus en plus présent dans la société ; cela pourrait-il expliquer cette augmentation de cas ? De plus, le mode de consommation ayant changé avec le temps, notamment avec l'introduction de plats pré-cuisinés, de fast-food, d'organismes génétiquement modifiés (OGM) et d'additifs, pourrait également avoir un lien avec l'augmentation de la prévalence du SCI. En effet, l'alimentation joue un rôle primordial dans cette maladie.

Selon Taft (2014), cité par Weaver & al. (2018), les femmes seraient plus touchées que les hommes. Une différence de perception de la maladie et de ses conséquences entre ces deux sexes pourrait expliquer ce phénomène.

Payne (2004) ressort de son analyse documentaire que le ratio hommes-femmes peut varier de 1:2 jusqu'à 1:5 selon les pays. Selon l'étude, cette variation peut également être le reflet d'une différence de perception. En effet, celle-ci pourrait être due à la représentation et au vécu de la maladie, qui diffèrent selon le sexe.

De plus, selon Payne (2004), le taux de consultation plus élevé chez la femme laisse supposer qu'elle serait plus encline à chercher de l'aide, et que les symptômes du SCI auraient un impact plus important sur sa vie quotidienne.

Hormis le caractère, des notions biologiques, telles que la sensibilité viscérale, le traitement de la douleur par le système nerveux central et le système hormonal, peuvent expliquer cette différence de ratio entre les sexes (Payne, 2004).

En outre, d'après Weaver et al. (2017), plusieurs personnes atteintes de SCI ont signalé que lorsqu'elles témoignent de leur maladie à leurs proches ou à des professionnels de santé, ceux-ci ne les prennent pas au sérieux, et la prise en soins n'est pas adaptée à ce qu'elles vivent. Ceci les pousse à ne plus consulter et ne plus en parler, même si les symptômes sont quotidiens, car elles ne se sentent plus légitimes.

Une étude qui pourrait résoudre en partie le problème de stigmatisation, est celle de Lindfors et al. (2021), qui s'est intéressée à la prise en soins en ligne. Avec la pandémie COVID-19, le système de santé a dû s'adapter. D'après les résultats de cet article, il n'y a pas de différence de plus-value en termes d'éducation thérapeutique faite à distance ou en présentiel. Cependant, il s'agit d'une piste qui pourrait être intéressante, car elle permettrait de prodiguer des soins à un plus grand nombre de personnes.

En effet, l'accès en ligne facilite l'accès à l'information, tout cela sans péjorer la qualité des informations et des enseignements transmis aux patients. De ce fait, les personnes étant plus réservées et n'osant pas affronter leur maladie en public peuvent avoir accès à des interventions adaptées à leur situation, sans devoir se déplacer et en restant dans leur zone de confort, à domicile. Aussi, en cas de crise ou de symptômes prononcés, ces dernières sont moins limitées quant aux déplacements. Tout ceci permet à cette population de pouvoir communiquer et parler de sa souffrance en se sentant moins stigmatisée dans l'affrontement de cette maladie.

Toutefois, cette approche en ligne ne convient pas à tout le monde. Effectivement, il peut être plus facile pour certains de se rencontrer et de partager avec d'autres personnes vivant des faits similaires. Selon Hakanson et al. (2012) cité par Ghiyasvadian et al. (2016), les patients ayant participé à des formations de groupe, composées de personnes ayant un vécu similaire, avaient permis la promotion d'un sentiment de bien-être. Cette façon de procéder peut également être un bon moyen de diminuer la stigmatisation des personnes atteintes de SCI et de rendre cette pathologie plus connue.

Lors de nos lectures, nous avons pu constater que le SCI est largement décrit comme une maladie chronique. Néanmoins, Canavan et al. (2014) relève un point important qui pourrait contredire cette information. En effet, les données épidémiologiques de Canavan et al. (2014) mettent en avant le fait que la prévalence du SCI est de 25% plus faible chez la population âgée que chez les moins de 35 ans. Or, 50% des personnes atteintes de SCI ont déclaré avoir eu leurs premiers symptômes pendant cette période. Cette information laisse penser que les symptômes pourraient disparaître avec le temps. D'une part, nous pourrions nous demander si la dénomination de maladie chronique est

réellement adaptée au SCI. De l'autre, nous pourrions nous interroger sur la prévalence du SCI : en effet, ne devrait-elle pas être en constante évolution avec une augmentation de l'âge ?

Cette contradiction nous amène à l'hypothèse suivante : si cette maladie était davantage prise en considération et que de réelles interventions infirmières étaient mises en place dans le but d'améliorer la gestion des symptômes, serait-il possible de diminuer la prévalence du SCI ?

Mais aussi, en lien avec l'âge, nous nous questionnons de la manière suivante : Les jeunes seraient-ils plus atteints à cause de certains facteurs environnementaux, comme le stress ou le travail ? L'alimentation et les facteurs externes ont-ils un impact sur le SCI ? En effet, malgré de multiples recherches, nous n'avons trouvé aucune information répondant à ces questions, ni d'articles scientifiques ayant étudié les causes d'une prévalence plus élevée chez les jeunes.

À la fin de notre recherche d'articles, nous nous sommes rendu compte de l'influence de l'ancrage disciplinaire sur le sujet choisi. L'Approche des Soins Fondée sur les Forces (ASFF) de Laurie N. Gottlieb est d'autant plus pertinente en ce qui concerne cette maladie chronique, car elle permettrait une intervention se basant sur les forces, ce qui renforcerait la confiance et les acquis des personnes souffrant de SCI. Ces dernières devront apprendre à vivre avec leur maladie tout au long de leur vie, c'est pourquoi le fait de guider le patient à s'appuyer sur ses propres ressources et lui montrer comment être acteur de sa santé pourrait changer la perception de sa maladie. En se concentrant sur ce qui fonctionne, cette philosophie pourrait permettre une meilleure gestion des symptômes et une qualité de vie améliorée.

De plus, comme nous avons pu le percevoir au fil de cette recherche, l'éducation thérapeutique et l'apprentissage de thérapies non-médicamenteuses ont une réelle influence sur le bien-être des personnes vivant avec un SCI. Selon nous, avec l'ASFF, la position infirmière renforcerait l'effet positif de la prise en soin et cette action apporterait une plus-value à l'apprentissage de la maladie.

En se référant aux métaconcepts avancés par la théoricienne, la personne est perçue comme étant sa propre ressource. Grâce à ses expériences vécues, elle peut apprendre d'elle-même et savoir comment s'appuyer sur sa propre force intérieure. Dans le cadre du SCI, il est tout à fait pertinent de mettre en avant une prise en soins infirmière en aidant la personne à s'auto-soigner. Celle-ci va vivre avec cette maladie chronique tout au long de sa vie : si elle se connaît et sait où puiser ses ressources, il est plus facile pour elle d'améliorer sa qualité de vie.

Le deuxième métaconcept est la santé. Selon Laurie N. Gottlieb, la personne se développe à travers un changement du système de pensée. Cette modification de perception permet aux personnes atteintes de SCI de reconsidérer leur maladie et d'améliorer les symptômes extra-abdominaux, qui auraient une influence sur les symptômes abdominaux. L'infirmière peut accompagner la personne atteinte de SCI dans ce processus à l'aide d'une éducation thérapeutique et l'insertion des traitements non-médicamenteux qui améliorerait la santé de la personne atteinte.

L'environnement prend également une place justifiée dans la maladie du SCI. Nous avons pu démontrer son importance à travers cette recherche et Laurie N. Gottlieb renforce la notion qu'une intégration de l'environnement externe de la personne facilite la gestion des symptômes et par conséquent, améliore la qualité de vie.

Pour finir, le soin, d'après l'ASFF, est déterminant pour la santé de la personne atteinte d'une maladie chronique comme le SCI. Effectivement, l'infirmière a pour but d'apporter les clés et l'accompagnement nécessaire à la personne atteinte, afin qu'elle puisse changer sa perception de sa maladie et, par conséquent, celle de sa santé. Si la personne atteinte de SCI ne se considère pas comme malade, mais comme une personne en santé et apprend à gérer ses symptômes au quotidien, sa qualité de vie sera nettement améliorée. L'ASFF pourrait apporter les ressources nécessaires et guider la personne à travers ce processus. Grâce à l'éducation thérapeutique qu'une infirmière peut mettre en avant avec cette philosophie, la personne malade comprendra mieux sa maladie et ses forces et cela lui permettra de s'auto-soigner.

7. APPORTS ET LIMITES DU TRAVAIL

7.1. Apports

La rédaction de ce travail nous a permis de relever le manque de connaissances du syndrome du côlon irritable dans la société et de ses conséquences sur le niveau de qualité de vie des personnes atteintes. Cette rédaction pourrait aider à faire en sorte que le SCI soit mis en évidence dans la société actuelle et que les patients puissent être enfin compris.

De plus, nous avons mis en avant l'impact positif qu'ont les interventions infirmières sur la qualité de vie des personnes atteintes de SCI, à travers des traitements non pharmacologiques, et un suivi régulier dans le contexte d'une éducation thérapeutique.

7.2. Limites

Certaines limites ont été mises en évidence lors de l'écriture de ce travail. En effet, le manque d'informations et d'études concernant l'épidémiologie du SCI ne nous a pas permis de mettre en avant des chiffres bien définis. Beaucoup d'articles se reprennent entre eux pour argumenter sur le sujet. De ce fait, nous avons fait une synthèse des articles les plus récents à notre disposition, afin d'y relever les données épidémiologiques les plus concrètes possible.

Aussi, le fait que la physiopathologie du SCI soit encore méconnue, nous a limitées dans nos recherches. En effet, nous n'avons pas pu nous baser sur des faits établis pour la rédaction de notre problématique. Les articles répondant complètement à notre question de recherche étaient également réduits, il a donc fallu la modifier.

8. RECOMMANDATIONS

8.1.1. Recommandations pour la pratique

Selon Han et al. (2020), les infirmières travaillant dans le domaine de la gastro-entérologie doivent prendre conscience que les douleurs abdominales ont un impact sur d'autres symptômes comme la fatigue, qui, en les additionnant, entraînent une réduction de la qualité de vie, ainsi qu'une possible incompatibilité avec le travail ou l'école. Smith (2006) affirme que les soignants doivent se rendre compte des avantages potentiels du soutien infirmier dans le SCI, qui sont notamment l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes.

De plus, les professionnels de la santé doivent établir une anamnèse pour la prise en soin d'autres facteurs dits « déclencheurs » de la fatigue dans le SCI, comme le stress ou une mauvaise qualité de sommeil (Han et al., 2020). En effet, les résultats de cette étude amènent des pistes potentielles pour gérer cette fatigue, notamment par une stratégie visant à améliorer la détresse psychologique, par une meilleure gestion de la douleur abdominale (Han et al., 2020). De plus, selon la même étude, les interventions infirmières visant la santé mentale et émotionnelle peuvent diminuer la fatigue des personnes atteintes de SCI présentant simultanément des problèmes de douleur et de détresse psychologique.

Weaver et al. (2018) confirment cela en affirmant qu'une meilleure compréhension de la maladie de la part des soignants mène à une amélioration des soins prodigués aux personnes atteintes de maladie chronique et dans ce cas du SCI. Il est nécessaire que les infirmières aient une approche personnalisée des patients, ce qui peut permettre de mettre en avant les mécanismes étiologiques qui perdurent dans le temps et qui sont la cause de l'exacerbation des symptômes du SCI. L'approche personnalisée peut également contribuer à conseiller et orienter les patients vers les interventions qui leur conviendront le mieux, comme nutritionnelles, psychologiques ou encore physiques, dans le but final d'optimiser les soins dans le domaine du SCI.

Pour Ghiyasvadian et al. (2016), le programme d'auto-soins utilisé dans leur étude, qui permet entre autres de modifier le comportement des patients face à leur maladie, est applicable dans les soins infirmiers, étant donné qu'il améliore la santé des patients et leur permet de se sentir soutenus.

Selon Weaver et al. (2017), les patients atteints de SCI définissent les différentes visites avec les différents prestataires de santé comme étant problématiques. En effet, celles-ci ne leur permettent pas de se sentir soutenus et, au contraire, ils disent se sentir insignifiants, humiliés ou même méprisés. Malgré plusieurs consultations chez différents professionnels de santé, les patients se retrouvent toujours livrés à eux-mêmes et à leur maladie.

Pour mettre en pratique toutes ces notions théoriques, il serait nécessaire d'instaurer une consultation ambulatoire avec la présence de différents professionnels de santé et une infirmière en tant que noyau.

En effet, cette dernière rencontrerait le patient à plusieurs reprises et ferait le lien entre les différents intervenants et lui-même. Tout d'abord, elle recevrait le patient en entretien afin de lui effectuer une anamnèse complète. Ce recueil de données inclurait les besoins

de la personne, ainsi que les ressources déjà utilisées pour faire face à la maladie. Ce premier entretien permettrait la création d'une alliance thérapeutique, permettant au patient de se sentir soutenu.

Grâce à ces informations, l'infirmière pourrait offrir à ce dernier une prise en soins personnalisée et le guider vers le professionnel le plus adapté à sa situation (diététicien, psychologue, hypnothérapeute, médecin généraliste, gastro-entérologue).

Après ce rendez-vous, l'infirmière reverrait le patient, afin de reprendre tout ce qui a été dit et pour éclairer les points qui resteraient flou pour lui. En effet, plus de la moitié des informations transmises lors d'un rendez-vous médical sont oubliées par les patients, car elles sont mal comprises.

Une communication interdisciplinaire serait obligatoire afin de faire remonter notamment aux différents intervenants ce que les patients n'ont pas compris et les notions qui sont à reprendre avec lui. Le patient serait réellement au centre de la prise en soins et les différents prestataires de soins graviteraient autour de lui, le but commun étant son bien-être et l'amélioration de sa qualité de vie.

Le patient bénéficierait d'un livret de suivi sur lequel il pourrait inscrire ses ressources, ses attentes par rapport aux consultations et ce qui est important pour lui. Des documents ainsi que des annotations des différents professionnels pourraient y figurer, afin qu'un fil conducteur se crée à travers les différentes consultations.

Pour finir, cette consultation ambulatoire serait connue des différents services hospitaliers, pour que ceux-ci puissent transmettre son existence aux patients hospitalisés pour une autre cause mais qui sont également atteints de SCI.

8.1.2. *Recommandations pour la recherche*

Pour avoir une meilleure vision sur les relations entre la douleur abdominale, la fatigue et la détresse psychologique dans le SCI, il serait justifié d'établir des études de suivi longitudinal de personnes atteintes de SCI et diagnostiquées selon les critères de Rome IV, afin de mesurer chaque symptôme à des moments différents (Han et al., 2020).

Au vu du taux de prévalence élevée de la fatigue quotidienne chez les femmes atteintes de SCI dans l'étude de Han et al. (2020), il serait utile d'étudier certains facteurs biologiques qui sont en relation avec la fatigue. Dans le même cadre, il serait bien de mener des études d'intervention pour examiner si les stratégies d'auto-gestion, qui ont été identifiées comme efficaces dans la réduction de la douleur abdominale et la détresse psychologique, sont également bénéfiques dans la réduction de la fatigue présente dans le SCI.

D'après Kamp et al. (2019), l'effet de l'intervention sur les douleurs extra-abdominales peut être modéré par divers mécanismes. À cet effet, ils incitent les futures recherches à utiliser des biomarqueurs pour étudier les mécanismes sous-jacents des douleurs abdominales et extra-abdominales. De plus, il serait justifié, pour les futures études menées sur la gestion de la douleur, d'intégrer le modèle bio-psycho-social qui nécessite l'utilisation des facteurs cognitifs, affectifs et interpersonnels, pour guider les interventions et traitements (Kamp et al., 2019).

L'étude de Sierzantowicz et al. (2020) a mis en avant l'effet d'un moins bon traitement pour les patients de plus de 50 ans. Afin de savoir si cette observation peut être considérée comme universelle et associée à une plus grande population de personnes atteintes de SCI, une étude séparée devrait être faite.

Lindfors et al. (2021) ont mené une étude sur les différences entre une éducation visant à réduire les symptômes du SCI, sur internet et en « face à face ». Le groupe recevant le programme d'éducation avait à disposition deux « facilitateurs » – une infirmière ainsi qu'une diététicienne – à qui ils pouvaient poser des questions. Lindfors et al. (2021) conseillent les futurs chercheurs à d'étudier les avantages possibles de l'éducation à distance, en enlevant ces « facilitateurs ».

Au contraire, Niesen et al. (2018), dont l'étude concerne les thérapies cognitivo-comportementales (TCC), estiment que des études de plus grande envergure, avec une durée de suivi plus large sont nécessaires pour évaluer l'utilisation à long terme des interventions de TCC chez les patients atteints de SCI. Aussi, il faudrait rechercher les coûts et avantages des interventions infirmières, comprenant l'éducation et l'autogestion de TCC, lors d'une visite en personne du patient.

Comme cela a été relevé par Scherwin et al. (2017), la raison pour laquelle les femmes de poids normal et les hommes en surpoids ont une plus grande détérioration de leur qualité de vie n'est pas claire dans leur étude. Des facteurs psychosociaux et culturels pourraient engendrer ce résultat. De ce fait, il serait utile, pour les recherches futures, d'examiner le rôle de ces comportements dans la mesure de la qualité de vie de ces sous-populations.

Pour rester dans le contexte du poids, Weaver et al. (2018) ont constaté une association significative entre l'indice de masse corporelle (IMC) et le stress perçu chez les participants présentant le sous-type SCI-C, alors qu'au contraire, le sous-type SCI-D n'en présentait pas. Étant donné que des différences entre les deux sous-types ont été relevées au niveau des marqueurs physiologiques de la réponse au stress, il serait

judicieux de mener une étude plus approfondie et de plus grande taille concernant celles-ci (Weaver et al. 2018).

Pour conclure le chapitre des recommandations pour la recherche, les résultats de l'étude de Weaver et al. (2018) montrent l'hétérogénéité de la population des personnes souffrant de SCI. Celle-ci met en évidence la nécessité d'effectuer des études comprenant des échantillons de plus grande taille et davantage diversifiés afin d'inclure les hommes et les minorités ethniques.

Après nos recherches et la lecture de multiples articles, nous recommandons aux futurs chercheurs de se pencher davantage sur l'épidémiologie du SCI. En effet, il serait bien de connaître la prévalence de cette maladie à travers le monde. De ce fait, cette maladie pourrait devenir plus connue et reconnue. Étant donné que la plupart des recherches faites jusqu'à maintenant portent sur les critères de Rome III, il serait utile de faire ces études épidémiologiques en se basant sur les critères de Rome IV, établis en 2016 (Drossman, 2016). De plus, comme questionné dans notre discussion, il serait bénéfique d'établir une épidémiologie des personnes de plus de 50 ans, ayant le SCI ou l'ayant eu auparavant. Ceci permettrait de répondre aux questions : « Le SCI peut-il réellement être reconnu comme une maladie chronique ? », « Pourquoi la prévalence est-elle plus grande chez les jeunes ? », « Y a-t'il un lien avec les facteurs externes, comme le travail qui génère davantage de stress dans la vie d'un jeune adulte ? »

Aussi, nous nous sommes rendu compte que beaucoup d'études sont faites sur les femmes, puisqu'elles sont majoritairement touchées (Sperber, 2016, cité par Weaver et al. 2017 & Canavan (2014)), et que peu incluent les hommes. De ce fait, nous conseillons aux futurs chercheurs d'inclure davantage les hommes dans leur échantillon.

Enfin, des études qualitatives sur le ressenti des patients souffrant de SCI pourraient être utiles afin de montrer l'ampleur qu'a cette maladie sur la qualité de vie de cette population. Aussi, cela permettrait aux milieux de soins de prendre davantage en considération la maladie du SCI.

8.1.3. Recommandations pour l'enseignement des soins infirmiers

C'est en ciblant les jeunes infirmiers en devenir que le syndrome du côlon irritable pourrait être davantage connu. En effet, il serait essentiel d'apporter du contenu sur cette maladie dans l'enseignement des soins infirmiers.

Malgré que la physiopathologie du SCI n'est pas encore expliquée à ce jour, les conséquences, elles, sont claires. À cet effet, un cours doit être donné sur le SCI, en y

mentionnant les différents symptômes, abdominaux et extra-abdominaux, leur impact sur la qualité de vie, et en y présentant les différentes interventions infirmières possibles, qui jouent un rôle essentiel dans cette maladie, dans la gestion des symptômes et dans le bien-être des patients atteints.

Aussi, le SCI étant reconnu comme une maladie chronique, des liens avec celui-ci doivent être apportés dans les enseignements portant sur la chronicité et la prise en soins de celle-ci.

Il est important de faire comprendre aux étudiants que cette maladie engendre une nette diminution de la qualité de vie et que, de ce fait, le soutien est primordial. Les jeunes infirmiers peuvent s'aider de la théorie de Laurie N. Gottlieb, l'Approche des Soins Fondée sur les Forces, qui permet aux personnes atteintes de maladie chronique, comme le SCI, d'utiliser leurs ressources personnelles et environnementales dans le but d'apprendre à vivre avec leur maladie dans les meilleures conditions possibles et donc, d'améliorer leur qualité de vie. En conclusion, le syndrome du côlon irritable devrait être inclus dans la formation de base des soins infirmiers, afin qu'il ne soit plus sous-évalué et sous-estimé.

9. CONCLUSION

En conclusion, les neuf articles scientifiques utilisés dans ce travail ont permis de répondre à la question de recherche suivante : « Dans le cadre d'une éducation thérapeutique, les interventions infirmières ont-elles un effet sur les symptômes impactant la qualité de vie des personnes de moins de 45 ans atteintes du syndrome du côlon irritable ? ».

En effet, les résultats montrent une amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes après avoir bénéficié de diverses interventions infirmières, telles que l'éducation thérapeutique, les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) et l'hypnothérapie.

L'élaboration de ce travail a mis en avant le manque de connaissances au sujet du SCI, notamment dans les milieux de soins, c'est pourquoi il serait nécessaire d'intégrer ces notions dans la pratique infirmière ainsi que dans l'enseignement des différentes professions de la santé. De plus, des recherches supplémentaires seraient utiles pour combler ce manque et pourraient permettre aux personnes atteintes du syndrome du côlon irritable d'être davantage prises en considération.

10. RÉFÉRENCES

- Agrawal, A., & Whorwell, P. J. (2006). Irritable bowel syndrome: diagnosis and management. *BMJ (Clinical research ed.)*, 332(7536), 280–283.
<https://doi.org/10.1136/bmj.332.7536.280>
- Akehurst, R., Kaltenhaler, E. (2001). Treatment of irritable bowel syndrome: a review of randomised controlled trials. *Gut*, 48, 272-282.
- Alligood, M. R. (Éd.). (2014). *Nursing theorists and their work (8th edition)*. St. Louis, Missouri: Elsevier.
- Anastasi, J. K., Capili, B., & Chang, M. (2013). Managing irritable bowel syndrome. *The American journal of nursing*, 113(7), 42–53.
<https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000431911.65473.35>
- Ballou, S., Bedell, A. & Keefer, L. (2015). Psychosocial impact of irritable bowel syndrome: A brief review. *World J Gastrointest Pathophysiol.* 6(4), 120-123.
- Ballou, S., Keefer, L. (2013) Functional impairment in young adult women with irritable bowel syndrome (IBS): How and why does IBS affect daily functioning? [Travail de Master]. Northwestern University.
- Baud-Mermoud, V. & Morin, D. (2016). Regards croisés entre l'évaluation de la qualité de vie perçue par le résident hébergé en établissement médico-social et par le soignant référent. *Recherche en soins infirmiers.* 126(3), 38-50.
<https://doi.org/10.3917/rsi.126.0038>
- Bengtsson, M., Ohlsson, B. & Ulander, K. (2007). Women With Irritable Bowel Syndrome and Their Perception of a Good Quality of Life. *Gastroenterology Nursing*, 30(2), 74-82. <https://doi.org/10.1097/01.SGA.0000267924.24180.1a>
- Canavan, C., West, J. & Card, T. (2014). The epidemiology of irritable bowel syndrome. *Clinical Epidemiology*, 6, 71-80. <http://doi.org/10.2147/CLEP.S40245>
- Connell, A. M. (1968). The irritable colon syndrome. *Postgraduate Medical Journal*, 44(515), 668-673. <https://doi.org/10.1136/pgmj.44.515.668>

- Costigan, M., Scholz, J. & Woolf, C.J. (2009). Neuropathic pain: *A maladaptive response of the nervous system to damage*. *Annu Rev Neurosci*, 32,132. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19400724>
- Dalrymple, J., & Bullock, I. (2008). Diagnosis and management of irritable bowel syndrome in adults in primary care: summary of NICE guidance. *BMJ (Clinical research ed.)*, 336(7643), 556–558. <https://doi.org/10.1136/bmj.39484.712616.AD>
- Drossman D. A. (2016). Functional Gastrointestinal Disorders: History, Pathophysiology, Clinical Features and Rome IV. *Gastroenterology*, S0016-5085(16)00223-7. Advance online publication. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2016.02.032>
- Drossman, D. A., Camilleri, M., Mayer, E. A., & Whitehead, W. E. (2002). AGA technical review on irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*, 123(6), 2108–2131. <https://doi.org/10.1053/gast.2002.37095>
- Fichna, J., & Storr, M. A. (2012). Brain-Gut Interactions in IBS. *Frontiers in pharmacology*, 3, 127. <https://doi.org/10.3389/fphar.2012.00127>
- Fletcher, P.C., Schneider, M.A., Van Ravenswaay, V. & Leon, Z. (2008). I Am Doing the Best That I Can!: Living With Inflammatory Bowel Disease and/or Irritable Bowel Syndrome (Part II). *Clinical Nurse Specialist*, 22(6), 278-285. <https://doi.org/10.1097/01.NUR.0000325382.99717.ac>
- Fougère, B., Kelaiditi, E., Hoogendijk, E. O., Demougeot, L., Duboué, M., Vellas, B., & Cesari, M. (2016). Frailty Index and Quality of Life in Nursing Home Residents: Results From INCUR Study. *The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences*, 71(3), 420–424. <https://doi.org/10.1093/gerona/glv098>
- Fourie, N. H., Wang, D., Abey, S. K., Sherwin, L. B., Joseph, P. V., Rahim-Williams, B., Ferguson, E. G., & Henderson, W. A. (2016). The microbiome of the oral mucosa in irritable bowel syndrome. *Gut microbes*, 7(4), 286–301. <https://doi.org/10.1080/19490976.2016.1162363>
- Gershon, MD. (2005). Nerves, reflexes, and the enteric nervous system: Pathogenesis of the irritable bowel syndrome. *J Clin Gastroenterol*, 39(Suppl. 3), S184- 93. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15798484>

- Ghiyasvandian, S., Ghorbani, M., Zakerimoghadam, M., Purfarzad, Z., & Kazemnejad, A. (2016). *The Effects of a Self-Care Program on the Severity of Symptoms and Quality of Life of Patients With Irritable Bowel Syndrome*. *Gastroenterology nursing : the official journal of the Society of Gastroenterology Nurses and Associates*, 39(5), 359–365. <https://doi.org/10.1097/SGA.0000000000000229>
- Gottlieb, L., Gottlieb, B. (2014). *Les soins infirmiers fondés sur les forces*. Louvain-la-Neuve : De Boeck.
- Grundmann, O., & Yoon, S. L. (2010). Irritable bowel syndrome: epidemiology, diagnosis and treatment: an update for health-care practitioners. *Journal of gastroenterology and hepatology*, 25(4), 691–699. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1746.2009.06120.x>
- Haefliger, P., Houben, F. & Thadikkaran-Salomon, L. (2016). *Concept cantonal de promotion de la santé et de prévention 2030*. État de Genève. Concept cantonal de promotion de la santé et de prévention ...www.ge.ch > document > telecharger
- Han, C. J., Jarrett, M. E., & Heitkemper, M. M. (2020). Relationships Between Abdominal Pain and Fatigue With Psychological Distress as a Mediator in Women With Irritable Bowel Syndrome. *Gastroenterology nursing : the official journal of the Society of Gastroenterology Nurses and Associates*, 43(1), 28–39. <https://doi.org/10.1097/SGA.0000000000000383>
- Hungin, A. P., Chang, L., Locke, G. R., Dennis, E. H., & Barghout, V. (2005). Irritable bowel syndrome in the United States: prevalence, symptom patterns and impact. *Alimentary pharmacology & therapeutics*, 21(11), 1365–1375. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2036.2005.02463.x>
- Kamp, K. J., Weaver, K. R., Sherwin, L. B., Barney, P., Hwang, S. K., Yang, P. L., Burr, R. L., Cain, K. C., & Heitkemper, M. M. (2019). Effects of a comprehensive self-management intervention on extraintestinal symptoms among patients with IBS. *Journal of psychosomatic research*, 126, 109821. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2019.109821>
- Keto, Y., & Kosako, M. (2019). Pharmacological and clinical profile of linaclotide (Linzess®), a novel therapeutic agent for irritable bowel syndrome with constipation and chronic constipation. *Nihon Yakurigaku Zasshi. Folia Pharmacologica Japonica*, 153(6), 289-298. <https://doi.org/10.1254/fpj.153.289>

- Lagger, G., Pataky, Z. & Golay, A. (2009). Efficacité de l'éducation thérapeutique. *Revue médicale suisse*. 5, 688-690.
- Lagger, G., Haenni-Chevalley, C., Lasserre-Moutet, A., Sittarame, F., Delétraz, M., Chambouleyron, M. & Golay, A. (2017). L'éducation thérapeutique du patient : une tension entre alliance thérapeutique et techniques pédagogiques. *Médecine des maladies Métaboliques*. 11(1), 72-76.
- Lagger, G., Chambouleyron, M., Lasserre-Moutet, A., Giordan, A. & Golay, A. (2008). Éducation thérapeutique, 1ère partie : origines et modèles. *Médecine*. 4(5), 223-226.
- Lagger, G., Chambouleyron, M., Lasserre-Moutet, A., Giordan, A. & Golay, A. (2008). Éducation thérapeutique, 2ème partie : mise en pratique des modèles en 5 dimensions. *Médecine*. 4(6), 269-273.
- Leplège, A. & Debout, C. (2007). Mesure de la qualité de vie et science des soins infirmiers. *Recherche en soins infirmiers*, 88(1), 18-24.
<https://doi.org/10.3917/rsi.088.0018>
- Liebregts, T., Adam, B., Bredack, C., & al. (2007). Immune activation in patients with irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*, 132, 913-20.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17383420>
- Lindfors, P., Axelsson, E., Engstrand, K., Störsrud, S., Jerlstad, P., Törnblom, H., Ljótsson, B., Simrén, M., & Ringström, G. (2021). Online Education Is Non-Inferior to Group Education for Irritable Bowel Syndrome: A Randomized Trial and Patient Preference Trial. *Clinical gastroenterology and hepatology : the official clinical practice journal of the American Gastroenterological Association*, 19(4), 743–751.e1. <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2020.04.005>
- Lovell, R. M., & Ford, A. C. (2012). Global prevalence of and risk factors for irritable bowel syndrome: a meta-analysis. *Clinical gastroenterology and hepatology : the official clinical practice journal of the American Gastroenterological Association*, 10(7), 712–721.e4. <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2012.02.029>
- Motzer, S.A., Hertig, V., Jarrett, M. & Heitkemper, M.M. (2003). Sense of Coherence and Quality of Life in Women With and Without Irritable Bowel Syndrome. *Nursing Research*, 52(5), 329-337.

https://journals.lww.com/nursingresearchonline/Abstract/2003/09000/Sense_of_Coherence_and_Quality_of_Life_in_Women.7.aspx

- Niesen, C. R., Olson, D. M., Nowdesha, K. D., Tynsky, D. A., Loftus, C. G., & Meiers, S. J. (2018). Enhancing Self-management for Adults With Functional Abdominal Pain: A Registered Nurse-Led Cognitive-Behavioral Therapy Approach. *Gastroenterology nursing : the official journal of the Society of Gastroenterology Nurses and Associates*, 41(4), 321–332.
<https://doi.org/10.1097/SGA.0000000000000322>
- OFSP. (2016). *Stratégie nationale 2017-2024. Prévention des maladies non transmissibles (Stratégie MNT)*. stratégie MNT - BAG www.bag.admin.ch › ncd-strategie.pdf.download.pdf › strategie-mnt
- Payne S. (2004). Sex, gender, and irritable bowel syndrome: making the connections. *Gender medicine*, 1(1), 18–28. [https://doi.org/10.1016/s1550-8579\(04\)80007-x](https://doi.org/10.1016/s1550-8579(04)80007-x)
- Pepin, J., Ducharme, F., Kérouac, S., & Bourbonnais A. (2017). *La pensée infirmière*. Montréal : Chenelière éducation.
- Peplau H. E. (1994). Quality of life: an interpersonal perspective. *Nursing science quarterly*, 7(1), 10–15. <https://doi.org/10.1177/089431849400700107>
- Pietrzak, A., Skrzydło-Radomańska, B., Mulak, A., Lipiński, M., Małecka-Panas, E., Reguła, J., & Rydzewska, G. (2018). Guidelines on the management of irritable bowel syndrome: In memory of Professor Witold Bartnik. *Przegląd gastroenterologiczny*, 13(4), 259–288. <https://doi.org/10.5114/pg.2018.78343>
- Plummer, M., & Molzahn, A. E. (2009). Quality of Life in Contemporary Nursing Theory: A Concept Analysis. *Nursing Science Quarterly*, 22(2), 134–140.
<https://doi.org/10.1177/0894318409332807>
- Radovanovic-Dinic, B., Tesic-Rajkovic, S., Grgov, S., Petrovic, G., & Zivkovic, V. (2018). Irritable bowel syndrome - from etiopathogenesis to therapy. *Biomedical papers of the Medical Faculty of the University Palacky, Olomouc, Czechoslovakia*, 162(1), 1–9. <https://doi.org/10.5507/bp.2017.057>
- Riddle, M. S., Welsh, M., Porter, C. K., Nieh, C., Boyko, E. J., Gackstetter, G., & Hooper, T. I. (2016). The Epidemiology of Irritable Bowel Syndrome in the US

- Military: Findings from the Millennium Cohort Study. *The American journal of gastroenterology*, 111(1), 93–104. <https://doi.org/10.1038/ajg.2015.386>
- Ronnevig, M., Vandvik, P.O. & Bergbom, I. (2009). Patients' experiences of living with irritable bowel syndrome. *Journal of Advanced Nursing*, 65(8), 1676-1685. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05030.x>
- Sherwin, L. B., Ozoji, O. M., Boulineaux, C. M., Joseph, P. V., Fourie, N. H., Abey, S. K., Zhang, X., & Henderson, W. A. (2017). Gender and Weight Influence Quality of Life in Irritable Bowel Syndrome. *Journal of clinical medicine*, 6(11), 103. <https://doi.org/10.3390/jcm6110103>
- Sierżantowicz, R., Lewko, J., & Jurkowska, G. (2020). The Impact of an Individual Educational Program on the Quality of Life and Severity of Symptoms of Patients with Irritable Bowel Syndrome. *International journal of environmental research and public health*, 17(12), 4230. <https://doi.org/10.3390/ijerph17124230>
- Smith G. D. (2006). Effect of nurse-led gut-directed hypnotherapy upon health-related quality of life in patients with irritable bowel syndrome. *Journal of clinical nursing*, 15(6), 678–684. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01356.x>
- Smith E. R. (1978). Epidemiology of gastrointestinal disorders. *Can. Fam. Physician*, 24, 1007-1011.
- Soares R. L. (2014). Irritable bowel syndrome: a clinical review. *World journal of gastroenterology*, 20(34), 12144–12160. <https://doi.org/10.3748/wjg.v20.i34.12144>
- Sommer, J. M., Gache, P. & Golay A. (2016). *L'éducation thérapeutique et la motivation du patient*. Montréal : ERPI.
- Sperber, A. D., Dumitrascu, D., Fukudo, S., Gerson, C., Ghoshal, U. C., Gwee, K. A., Hungin, A., Kang, J. Y., Minhu, C., Schmulson, M., Bolotin, A., Friger, M., Freud, T., & Whitehead, W. (2017). The global prevalence of IBS in adults remains elusive due to the heterogeneity of studies: a Rome Foundation working team literature review. *Gut*, 66(6), 1075–1082. <https://doi.org/10.1136/gutjnl-2015-311240>

- Surdea-Blaga, T., Băban, A. & L Dumitrascu, D. (2012). Psychosocial determinants of irritable bowel syndrome. *World Journal of Gastroenterology*, 18(7), 616-626.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3281218/>
- Talley N. J. (1999). Irritable bowel syndrome: definition, diagnosis and epidemiology. *Bailliere's best practice & research. Clinical gastroenterology*, 13(3), 371–384.
<https://doi.org/10.1053/bega.1999.0033>
- Thompson, W. G. (1986). Irritable bowel syndrome: Prevalence, prognosis and consequences. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 134(2), 111-113
- Weaver, K. R., Melkus, G. D., Fletcher, J., & Henderson, W. A. (2018). Perceived Stress, Its Physiological Correlates, and Quality of Life in Patients With Irritable Bowel Syndrome. *Biological research for nursing*, 20(3), 312–320.
<https://doi.org/10.1177/1099800418756733>
- Weaver, K. R., Melkus, G. D., & Henderson, W. A. (2017). Irritable Bowel Syndrome. *The American journal of nursing*, 117(6), 48–55.
<https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000520253.57459.01>
- Zisimopoulou, S. & Guessous, I. (2012). Syndrome de l'intestin irritable : un diagnostic d'exclusion ?. *Revue Médicale Suisse*, 8, 1821-1825.
<https://www.revmed.ch/RMS/2012/RMS-355/Syndrome-de-l-intestin-irritable-un-diagnostic-d-exclusion>

11. ANNEXES

11.1. Tableaux originaux en anglais

Tableau 1 :

Table 1 Comparison of the Manning and Rome diagnostic criteria frequently used in epidemiological studies for case ascertainment

Manning (1978) ¹²	Rome I (1989) ¹³	Rome II (1999) ¹⁴	Rome III (2006) ⁴
2 or more of the following symptoms:	At least 3 months of continuous or recurrent abdominal pain:	At least 12 weeks in past 12 months of continuous or recurrent abdominal pain or discomfort	At least 3 days per month in past 12 weeks of continuous or recurrent abdominal pain or discomfort
Abdominal distension	Relieved with defecation	With at least 2 of the following:	With at least 2 of the following:
Pain relief with defecation	or		
Frequent stools with pain	Associated with change in stool consistency	Relief with defecation	Relief with defecation
Looser stools with pain	With at least 2 of the following on at least 25% of days:	Altered stool frequency	Altered stool frequency
Passage of mucus	Altered stool frequency	Altered stool form	Altered stool frequency
Sensation of incomplete evacuation	Altered stool form	Onset of symptoms more than 12 months before diagnosis	Altered stool form
	Altered stool passage		Onset of symptoms more than 6 months before diagnosis
	Passage of mucus		
	Bloating or abdominal distension		

Tableau 2 :

Characteristic	Rome III	Rome IV
Diagnostic time frame	<ul style="list-style-type: none"> • Symptom onset at least six months prior • Symptom activity during the last three months • Symptom frequency at least three days per month 	<ul style="list-style-type: none"> • Symptom onset at least six months prior • Symptom activity during the last three months • Symptom frequency at least one day per week
Symptom description	Abdominal discomfort or pain	Abdominal pain
Symptom association (2 or more)	<ul style="list-style-type: none"> • Improvement with defecation • Onset associated with change in the form of stool • Onset associated with a change in the frequency of stool 	<ul style="list-style-type: none"> • Related to defecation • Associated with a change in the form of stool • Associated with a change in the frequency of stool
Predominant stool pattern of IBS subtype (IBS-C, IBS-D, IBS-M, IBS-U)	Stool type based on bowel movements on all days	Stool type based on days with abnormal bowel movements
Tool to categorize bowel habit	Bristol Stool Form Scale	Bristol Stool Form Scale

IBS = irritable bowel syndrome; IBS-C = IBS with constipation; IBS-D = IBS with diarrhea; IBS-M = IBS with a mixed stool pattern; IBS-U = IBS unclassified.

11.2. Fiches de lecture

Fiche n° 1

Ghiyasvandian, S., Ghorbani, M., Zakerimoghadam, M., Purfarzad, Z., & Kazemnejad, A. (2016). The Effects of a Self-Care Program on the Severity of Symptoms and Quality of Life of Patients With Irritable Bowel Syndrome. *Gastroenterology nursing : the official journal of the Society of Gastroenterology Nurses and Associates*, 39(5), 359–365. <https://doi.org/10.1097/SGA.0000000000000229>

1. Démarche descriptive

1.1 Le contexte de réalisation et de publication de l'étude

- Identité des auteurs : Shahrzad Ghiyasvandian, Mojtaba Ghorbani, Masoumed Zakerimoghadam, Zahra Purfarzad, Anoshirvan Kazemnejad.
- Nom et type de revue: Society of Gastroenterology Nurses and Associates
- Lieux de l'étude : Arak, Iran
- Les objectifs pratiques : Déterminer les effets d'un programme d'auto-soins sur la gravité des symptômes et la qualité de vie des patients atteints du SCI.

1.2 L'objet de l'article et le cadre théorique

1.2.1 Objet de la recherche :

Déterminer les effets d'un programme d'auto-soins sur la gravité des symptômes et la qualité de vie des patients atteints du SCI.

1.2.2 Question de recherche :

Non mentionnée mais pourrait être : « La gravité des symptômes du SCI peut-elle être diminuée grâce à un programme d'auto-soins et de ce fait améliorer la qualité de vie ? ».

1.2.3 Hypothèse de travail :

La qualité de vie et la gravité des symptômes des patients atteints de SCI peuvent être améliorés grâce à un programme d'auto-soins.

1.2.4 Cadre théorique de la recherche :

Aucun cadre théorique n'a été utilisé pour cette recherche.

1.2.5 Principaux concepts et notions utilisés :

Qualité de vie, SCI, gravité des symptômes

1.3 La méthodologie de la recherche

1.3.1 Outils pour la récolte de données :

Patients souffrant de SCI qui se présentent dans les cliniques de gastro-entérologie d'Arak en Iran. Le diagnostic de la maladie a été posé selon les critères de Rome III et

les examens effectués par des gastro-entérologues.

1.3.2 Population de l'étude :

Un total de 119 patients, répartis aléatoirement entre le groupe expérimental (60 patients) et le groupe témoin (59 patients) (IC 95%). Les deux groupes ont reçu leur traitement habituel du SCI par un gastro-entérologue. Le groupe expérimental a été formé à l'auto-soins.

- Critères d'inclusion :

Patients âgés de 18 à 65 ans, capables de lire un livret de formation et de remplir un questionnaire.

Patients avec symptômes légers ou modérés et n'ayant reçu aucune formation formelle sur l'autogestion du SCI.

- Critères d'exclusion :

Patients qui n'étaient pas disposés à participer à l'étude.

Patients qui ont reçu un diagnostic de symptômes d'autres maladies similaires à ceux du SCI.

1.3.3 Type d'analyse :

Essai clinique contrôlé randomisé

1.4 Présentation des résultats

1.4.1 Principaux résultats de la recherche :

- Avant l'intervention : pas de différence significative entre les deux groupes concernant la gravité des symptômes ($p = 0.48$) et la qualité de vie, ($p = 0.87$).
- Après l'intervention : les deux groupes étaient significativement différents, ($p < 0.0001$).
- Le programme d'auto-soins a amélioré la qualité de vie et réduit la gravité des symptômes dans le groupe expérimental après l'intervention ($p < 0.0001$), contrairement au groupe témoin dans lequel aucun changement n'a été mis en évidence que ce soit au niveau de la gravité des symptômes ($p = 0.06$) et de la qualité de vie ($p = 0.35$).
- De plus, les résultats ont montré qu'avant l'intervention, les 119 patients atteints du SCI participant à l'étude avaient un score moyen et un écart-type de 59.29 +/- 16.42 pour la qualité de vie et un score moyen et écart-type de 201.73 +/- 69.35 pour la gravité des symptômes. Il y avait donc une corrélation négative significative ($p = 0.01$, $r = -.62$) entre la qualité de vie des patients souffrant de SCI et la gravité des symptômes de celui-ci.

1.4.2 Conclusions générales :

Les programmes d'autogestion de la santé se sont montrés efficaces pour l'amélioration de la qualité de vie et la gravité des symptômes des patients atteints du SCI. La méthode d'auto-soins qui a été utilisée dans cette étude peut être reprise dans le cadre d'autres maladies chroniques. Cela nécessite toutefois d'évaluer les comportements pendant l'intervention pour évaluer la mise en œuvre du programme.

La gravité des symptômes comprenait : l'évaluation de la douleur, la fréquence de celle-ci, la sévérité des flatulences et la satisfaction de la défécation.

La méthode d'auto-soins consistait en un programme d'autogestion de la santé. Chaque participant a reçu un kit de formation aux auto-soins, comprenant un livret, un CD d'enseignement à la relaxation, des informations sur la maladie, les symptômes, le diagnostic, les causes, les complications, les traitements, la nutrition, la médecine complémentaire, mais aussi des informations sur le rôle qu'à la gestion du stress dans la maladie avec des exercices. Puis :

- Un premier entretien individuel : l'explication de l'utilisation du kit.
- Une semaine plus tard : appel téléphonique pour suivi de l'utilisation et conseils personnalisés en fonction des demandes.
- Puis, formation de groupe (10-15 pers.) : exercices de relaxation, de respiration abdominale, d'expression des sentiments et émotions des participants.
- Deuxième appel téléphonique : retour sur le suivi du programme et la progression.

1.4.3 Particularité ou originalité de l'étude :

1.5 Éthique

Aucune information.

2. Démarche interprétative

2.1 Apports de l'article : -

2.2 Limites de l'étude : Ce qui peut affecter la coopération et la responsabilité des patients : les caractéristiques psychologiques, les différences individuelles, la personnalité et les facteurs comme l'éducation, les attitudes, la culture. En effet ces facteurs échappent au contrôle du chercheur et n'ont donc pas été pris en compte dans cette étude.

2.3 Pistes de réflexion :

Les auteurs recommandent pour de prochaines études, d'évaluer les comportements d'auto-soins pendant les périodes d'intervention afin d'évaluer la mise en œuvre du programme. Il est également nécessaire de concevoir certains instruments pour mesurer le besoin d'auto-soins chez les patients atteints de SCI et de tester leur validité et leur fiabilité.

Fiche n° 2

Han, C. J., Jarrett, M. E., & Heitkemper, M. M. (2020). Relationships Between Abdominal Pain and Fatigue With Psychological Distress as a Mediator in Women With Irritable Bowel Syndrome. *Gastroenterology nursing : the official journal of the Society of Gastroenterology Nurses and Associates*, 43(1), 28–39. <https://doi.org/10.1097/SGA.0000000000000383>

1. Démarche descriptive

1.1 Le contexte de réalisation et de publication de l'étude

- Identité des auteurs : Claire J. Han, Monica E. Jarrett, Margaret M. Heitkemper
- Nom et type de revue : Gastroenterology Nursing ; revue professionnelle infirmière. Revue américaine.
- Lieux de l'étude : Pas mentionné.
- Les objectifs pratiques : Pas d'information.

1.2 L'objet de l'article et le cadre théorique

1.2.1 Objet de la recherche :

Objectif 1 :

Examiner les relations temporelles (la douleur a-t-elle un impact sur la fatigue des jours suivants et vice versa) entre la douleur abdominale et la fatigue chez les femmes souffrant de SCI.

Objectif 2 :

Déterminer si la détresse psychologique intervient dans les relations temporelles entre la douleur abdominale et la fatigue chez les femmes souffrant de SCI. Répondre à la question de savoir si la détresse psychologique contribue au lien entre les douleurs abdominales et la fatigue.

1.2.2 Question de recherche : N'est pas mentionnée dans l'article.

1.2.3 Hypothèse de travail :

La compréhension des relations temporelles entre les symptômes (par exemple lequel vient en premier, la douleur, la détresse psychologique ou la fatigue) pourrait guider les patients dans leur autogestion afin de mieux gérer les multiples symptômes cooccurrents du SCI.

1.2.4 Cadre théorique de la recherche :

Pour atteindre les objectifs, trois modèles ont été utilisés :

- *Le modèle A* : les relations entre la douleur abdominale et la fatigue ont été examinées le même jour (analyse inter et intra-femmes).

- *Modèle B* : la douleur abdominale du jour précédent prédit-elle la fatigue du jour suivant ? (Intra-femmes)

- *Modèle C* : la fatigue du jour précédent prédit-elle la douleur abdominale du jour suivant ? (Intra-femmes)

1.2.5 Principaux concepts et notions utilisés :

Syndrome du côlon irritable, fatigue, douleur abdominale, dépression, anxiété

1.3 La méthodologie de la recherche

1.3.1 Outils pour la récolte de données :

Les participants jugés éligibles (sélection par téléphone), ont assisté à une session en présentiel pour obtenir un consentement écrit. Ensuite, un entretien de santé a été mené par une infirmière de recherche, et des questionnaires de base comprenant des données démographiques (âge, race, origine ethnique, état civil, profession, niveaux de revenus annuels personnels et familiaux), des caractéristiques cliniques et des symptômes (questionnaire auto déclaré sur les ATCD médicaux comprenant des variables spécifiques au SCI (symptômes, processus de diagnostic, stratégies de prise en charge, ATCD familiaux de maladies gastro-intestinales)), évaluation générale de la santé comprenant les maladies actuelles et passées, les médicaments, le mode de vie et la chirurgie) ont été remplis.

Après cela, chaque participant a rempli un journal quotidien, chaque soir, pendant 28 jours, à son domicile. Le journal comprend 33 éléments (par ex. constipation, diarrhée, douleurs abdominales, gaz intestinaux, détresse psychologique, colère, fatigue, stress, somnolence, pendant la journée, urgence et interférences avec le travail et la vie). Celui-ci sert à évaluer la gravité des symptômes ressentis au cours des dernières 24 heures.

Un gastro-entérologue a examiné toutes les données de base, pour déterminer si le diagnostic de SCI était bien approprié.

Les caractéristiques démographiques, cliniques et des symptômes, ainsi que les données du journal quotidien des évaluations de base des deux études « mères » ont été utilisées dans cette analyse secondaire.

1.3.2 Population de l'étude :

356 femmes atteintes de SCI (225 femmes de l'étude 1 ; 101 femmes de l'étude 2)

Critères d'inclusion :

- diagnostic médical de SCI
- être âgées de 18 à 70 ans
- Répondre aux critères de Rome-II (étude 1) ou Rome-III (étude 2) du SCI.

Critères d'exclusion :

- pathologie gastro-intestinale coexistante
- Chirurgie abdominale
- Pathologie rénale ou reproductive
- Prise de médicaments (anticholinergiques, cholestyramine, narcotiques, colchicine, suppléments de fer ou laxatifs).

1.3.3 Type d'analyse :

Analyse secondaire des données de référence de deux essais contrôlés randomisés antérieurs.

1.4 Présentation des résultats

1.4.1 Principaux résultats de la recherche :

- Les participants ont déclaré présenter des symptômes de SCI depuis 10 +/- 0.7 ans en moyenne, et avoir reçu un diagnostic d'un professionnel de la santé 8 +/- 0.7 ans en moyenne avant de s'inscrire à l'étude.
- Toutes les femmes souffrant de SCI (N = 356) ont signalé au moins des douleurs abdominales « légères », de la fatigue et une détresse psychologique.
- En moyenne les femmes ont dit avoir ressenti une fatigue « modérée » à « très importante » 36% des jours de leur journal.
- Pas de différences entre les deux études en ce qui concerne les données démographiques, les caractéristiques cliniques et les symptômes.
- Une corrélation positive statistiquement significative a été trouvée entre les douleurs abdominales et la fatigue ($p < 0.001$), entre les douleurs abdominales et la détresse psychologique ($p < 0.001$) et entre la détresse psychologique et la fatigue ($p < 0.001$).
- Les relations intra-femmes entre la douleur abdominale et la fatigue étaient positives et significatives dans les modèles A et B ($p < 0.001$). La fatigue n'a pas prédit la douleur abdominale du lendemain dans le modèle C ($p = 0.060$).
- Les douleurs abdominales sont liées positivement à la détresse psychologique ($p < 0.01$).
- Une douleur abdominale plus importante le jour précédent entraîne une plus grande fatigue le jour suivant. Le contrôle de la détresse psychologique le jour précédent réduit la fatigue du jour suivant chez les femmes.

1.4.2 Conclusions générales :

La fatigue est un symptôme extra-intestinal rapporté par les femmes souffrant de SCI, et elle est liée dans le temps à la déclaration de douleurs abdominales. La détresse

psychologique intervient partiellement sur l'effet de la douleur abdominale et sur la fatigue, mais la douleur abdominale a également un effet direct sur la fatigue. Les résultats soulignent la nécessité pour les cliniciens de prendre en compte la douleur abdominale et la détresse psychologique lors de la gestion de la fatigue chez les patients atteints de SCI.

1.4.3 Particularité ou originalité de l'étude :

Cette étude reprend deux études préalablement menées.

1.5 Éthique

Les deux études ont reçu l'approbation de l'Institutional Review Board (IRB) par la division des sujets humains de l'Université de Washington (UW), avant le recrutement. L'approbation de l'IRB a été renouvelée chaque année jusqu'à la clôture de chaque étude. Un consentement écrit a été obtenu avant la collecte des données de base.

2. Démarche interprétative

2.1 Apports de l'article :

- Les prestataires cliniques doivent évaluer les symptômes multiples, notamment les douleurs abdominales, la détresse psychologique et la fatigue chez les patients atteints de SCI.
- Les infirmières en pratique de gastro-entérologie doivent être conscientes de l'impact des douleurs abdominales sur d'autres symptômes tels que la fatigue qui, combinés, entraînent une réduction de la qualité de vie et une interférence avec le travail ou l'école.
- Les cliniciens doivent évaluer et prendre en charge d'autres facteurs servant de déclencheurs (stress, mauvais sommeil) de la fatigue dans le SCI.
- Les stratégies visant à améliorer la détresse psychologique par une meilleure gestion de la douleur abdominale peuvent contribuer à réduire la fatigue dans le SCI.
- Les interventions psychologiques ciblant la santé mentale et émotionnelle peuvent améliorer la fatigue des patients atteints du SCI présentant une douleur et une détresse psychologique concomitantes.

2.2 Limites de l'étude :

- Les résultats du test de modèle sont limités par la nature de la conception transversale. Aucune conclusion définitive ne peut être tirée sur les relations causales, même lorsque les changements de la fatigue ont été précédés par des changements de la détresse psychologique et de la douleur abdominale.
- Il n'est pas clair si, dans une même journée, les douleurs abdominales existaient avant l'apparition de la détresse psychologique.
- Les niveaux moyens quotidiens de douleur abdominale, de fatigue et de détresse

psychologique étaient le plus souvent évalués comme « légers » ou « modérés », ce qui limite les informations sur les patients présentant des symptômes graves, probablement rencontrés dans les cliniques de soins tertiaires.

- Le sexe était limité aux femmes et l'origine ethnique était principalement caucasienne, ce qui limite la généralisation des résultats au-delà des femmes blanches.

- Il peut y avoir des différences dans la déclaration des symptômes en fonction de la motivation à participer à un essai clinique. Cette méthode d'auto-sélection limite potentiellement la généralisation de nos résultats, cependant, il s'agit d'une analyse secondaire de deux RCT.

2.3 Pistes de réflexion :

- La compréhension de la relation temporelle (la douleur abdominale plus importante prédit la fatigue du lendemain) et l'intégration de cette information dans la planification des soins personnels pourraient améliorer l'efficacité des thérapies axées sur la connaissance du SCI. Les interventions devraient inclure des approches visant à réduire la douleur abdominale et la détresse psychologique pour gérer la fatigue.

- Il reste à déterminer si les variantes des gènes qui régulent l'expression des neurotransmetteurs ou des cytokines sont à l'origine d'un groupe de symptômes douleur-détresse psychologique-fatigue chez les patients atteints du SCI.

Fiche n° 3

Kamp, K. J., Weaver, K. R., Sherwin, L. B., Barney, P., Hwang, S. K., Yang, P. L., Burr, R. L., Cain, K. C., & Heitkemper, M. M. (2019). Effects of a comprehensive self-management intervention on extraintestinal symptoms among patients with IBS. *Journal of psychosomatic research*, 126, 109821. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2019.109821>

1. Démarche descriptive

1.1 Le contexte de réalisation et de publication de l'étude

- Identité des auteurs : Kendra J. Kamp, Kristen R. Weaver, LeeAnne B. Sherwin, Pamela Barney, Sun-Kyung Hwang, Pei-Lin Yang, Robert Burr, Kevin Cain, Margaret M. Heitkemper
- Nom et type de revue : *Journal of Psychosomatic Resarch. Author manuscript. Journal de recherche.*
- Lieux de l'étude : États Unis – état non cité
- Les objectifs pratiques : Quels sont les impacts d'une intervention d'autogestion complète (CSM), en comparaison à une intervention de contrôle (soin habituel = UC) sur : la fatigue, les troubles du sommeil, la douleur extra-intestinale sur des personnes atteintes du SII. 2 ECR :
 - 1^{er} ECR : comparer CSM (intervention) à UC (témoins sains) concernant les symptômes extra-intestinaux (maux de tête, de dos, douleurs articulaires et musculaires) entre 2002 et 2008.
 - 2^{ème} ECR : comparer CSM à UC concernant les symptômes extra-intestinaux de fatigue et de troubles du sommeil. Entre 2009 et 2012.

1.2 L'objet de l'article et le cadre théorique

1.2.1 Objet de la recherche :

Les adultes atteints du SCI souffrent souvent de douleurs extra-intestinales, de fatigue et de troubles du sommeil qui s'ajoutent aux douleurs abdominales. Peu d'interventions ont cherché à réduire ces symptômes extra-intestinaux au sein de la population SCI.

1.2.2 Question de recherche :

Celle-ci n'est pas clairement mentionnée mais elle pourrait être : Les symptômes extra-intestinaux du SCI peuvent-ils être diminués au moyen d'interventions d'autogestion complète ?

1.2.3 Hypothèse de travail :

Les interventions d'autogestion complète (CSM) (telles que les stratégies de relaxation et la restructuration cognitive) ont été conçues pour diminuer les symptômes gastro-

intestinaux. L'efficacité du CSM pour ces symptômes ayant été prouvé, la question se pose de savoir si ce sera également efficace sur les symptômes extra-intestinaux.

1.2.4 Cadre théorique de la recherche :

Aucun cadre théorique n'a été utilisé pour cette recherche.

1.2.5 Principaux concepts et notions utilisés :

SCI, autogestion (self-management), symptômes extra intestinaux.

1.3 La méthodologie de la recherche

1.3.1 Outils pour la récolte de données :

Durant quatre semaines, les participants avaient un journal quotidien à remplir. Ce journal comportait 26 symptômes s'évaluant chacun sur une échelle allant de 0 (symptômes non présents) à 4 (symptômes très graves). Les données ont été analysées à l'aide de SPSS for Window version 19 (SPSS, Inc. Chicago, IL).

Population de l'étude :

Le moyen d'échantillonnage n'est pas décrit.

L'ECR 1 comprenait 161 participants, l'ECR 282 participants.

- Critères d'inclusion : pour les 2 ECR les participants devaient être âgés entre 18 et 70 ans ; avoir des antécédents de symptômes du SCI au moins six mois avant le diagnostic et des symptômes au moins six mois après le diagnostic. Les participants devaient également répondre aux critères de recherche de Rome II pour l'ECR 1 et du Rome III pour l'ECR 2.

- Critères d'exclusion : Pour les deux ECR les participants étaient exclus de l'étude si :

*Il y avait une prise de traitement influençant les symptômes et leurs mesures.

*Le patient présentait un antécédent de chirurgie abdominale (à l'exception de certaines chirurgies telles que l'appendicectomie, une césarienne, etc.).

*La présence de comorbidités influençant les symptômes ou la capacité de terminer l'étude.

*La présence d'une maladie gastro-intestinale organique, de troubles mentaux, d'anomalies cardiaques, de diabète, de troubles immunodéprimés.

*Un allaitement ou d'une grossesse (présente ou prévue dans les semaines suivant le début de l'étude).

1.3.2 Type d'analyse :

Essai contrôlé randomisé à deux volets.

1.4 Présentation des résultats

1.4.1 Principaux résultats de la recherche :

Les données de l'ECR 1 et l'ECR 2 ont été regroupées lors des résultats. Il en est ressorti qu'une « différence significative des scores de maux de dos ($p = 0,024$ et $p = 0,019$, respectivement) et de maux de tête ($p = 0,055$ et $p = 0,039$, respectivement) existait entre le groupe CSM et le groupe UC à 3 et 6 mois, mais pas les scores de douleurs musculaires ($p = 0,45$ et $p = 0,85$, respectivement). Les participants du groupe CSM ont connu une réduction significative des douleurs articulaires à 3 mois ($p = 0,029$) mais pas à 6 mois ($p = 0,92$). » « 3 et 6 mois après la randomisation, les participants du groupe CSM ont connu une diminution statistiquement significative de la fatigue ($p < 0,001$ et $p = 0,01$, respectivement) et de la somnolence pendant la journée ($p < 0,001$ et $p = 0,016$, respectivement) par rapport au groupe UC. Les participants du groupe CSM avaient une meilleure qualité de sommeil que ceux du groupe UC à 3 mois ($p = 0,039$) et à 6 mois ($p = 0,011$). Enfin, les participants du groupe CSM ont rapporté une augmentation du sommeil réparateur à 3 mois ($p = 0,009$) ».

1.4.2 Conclusions générales

« Les patients du groupe d'intervention CSM ont signalé une diminution des symptômes de fatigue, des troubles du sommeil, des maux de dos et des maux de tête par rapport aux soins habituels à 3 et 6 mois. Le groupe CSM a également signalé une diminution significative des douleurs articulaires à 3 mois par rapport aux soins habituels, mais pas à 6 mois. Aucune différence significative n'a été constatée pour les douleurs musculaires. »

1.4.3 Particularité ou originalité de l'étude :

Cette étude regroupe deux ECR ayant les mêmes buts, les mêmes critères d'exclusion et d'inclusion (à l'exception des critères de Rome), la même procédure.

1.5 Éthique :

Aucune information.

2. Démarche interprétative

2.1 Apports de l'article :

Cette étude et ses résultats, bien que ciblés sur les symptômes du SCI, semblent suggérer que l'intervention comportait des éléments Trans-diagnostic. Ces éléments peuvent avoir des répercussions sur de multiples symptômes, ce qui implique que l'acquisition de compétences d'autogestion peut avoir un effet bénéfique sur d'autres symptômes concomitants.

2.2 Limites de l'étude :

Les données des 2 ECR ont été regroupées alors que l'ECR 1 avait comme critère d'inclusion les critères de Rome II et l'ECR 2 se base sur les critères de Rome III. Des différences entre les deux cohortes sont donc susceptibles d'exister. L'homogénéité des participants (80% de femmes et 83% de blancs) : cela ne permet pas d'étendre les résultats à d'autres types de population de sexe, d'ethnie ou encore d'éducation.

2.3 Pistes de réflexion :

Pour cette étude, les symptômes extra-intestinaux ont été évalués à l'aide d'items unidimensionnels via le journal des symptômes quotidiens. Il serait intéressant pour de futurs travaux d'intégrer ces symptômes extra-intestinaux de manière multidimensionnelle.

Il serait également intéressant de pouvoir inclure les personnes ayant des comorbidités telles que des troubles mentaux lors de futures études sur le CSM.

Fiche n° 4

Lindfors, P., Axelsson, E., Engstrand, K., Störsrud, S., Jerlstad, P., Törnblom, H., Ljótsson, B., Simrén, M., & Ringström, G. (2021). Online Education Is Non-Inferior to Group Education for Irritable Bowel Syndrome: A Randomized Trial and Patient Preference Trial. *Clinical gastroenterology and hepatology : the official clinical practice journal of the American Gastroenterological Association*, 19(4), 743–751.e1.

<https://doi.org/10.1016/j.cgh.2020.04.005>

1. Démarche descriptive

1.1 Le contexte de réalisation et de publication de l'étude

- Identité des auteurs : Perjohan Lindfors, Erland Axelsson, Karin Engstrand, Stine Störsrud, Pernilla Jerlstad, Hans Törnblom, Brjánn Ljótsson, Magnus Simrén, and Gisela Ringström
- Nom et type de revue: Clinical gastroenterology and hepatology: the official clinical practice journal of the American Gastroenterological Association
- Lieux de l'étude : Göteborg, Suède
- Les objectifs pratiques : En sachant qu'une éducation structurée peut réduire les symptômes du SCI mais que la disponibilité des interventions d'éducation est limitée et qu'un format en ligne serait plus facile d'accès, cette étude a pour but de comparer une éducation en ligne et une éducation face à face.

1.2 L'objet de l'article et le cadre théorique

1.2.1 Objet de la recherche :

En sachant qu'une éducation structurée peut réduire les symptômes du SCI mais que la disponibilité des interventions d'éducation est limitée et qu'un format en ligne serait plus facile d'accès, cette étude a pour but de comparer une éducation en ligne et une éducation face à face.

1.2.2 Question de recherche :

Celle-ci n'est pas clairement explicitée mais elle pourrait être formulée de la sorte : Une éducation structurée en ligne peut-elle être comparable à une éducation structurée en présentiel concernant la réduction des symptômes chez les patients atteints du SCI ?

1.2.3 Hypothèse de travail :

L'hypothèse principale de cette étude est que l'efficacité d'enseignement en ligne par rapport à celui en présentiel ne serait pas inférieur.

1.2.4 Cadre théorique de la recherche :

La théorie générale des soins infirmiers, la théorie de l'auto-efficacité ainsi que la

perspective bio-psycho-sociale du SCI,

1.2.5 Principaux concepts et notions utilisés :

Éducation thérapeutique, SCI, self-management.

1.3 La méthodologie de la recherche

1.3.1 Outils pour la récolte de données :

Pour les deux essais, les patients ont complété des questionnaires de satisfaction en ligne. Ces questionnaires permettaient de remplir diverses échelles. Ces diverses échelles ont été utilisées afin d'évaluer la gravité du SCI, les symptômes gastro-intestinaux, l'anxiété, la dépression, les connaissances sur le SCI, la qualité de vie et la gestion quotidienne des symptômes du SCI.

1.3.2 Population de l'étude :

L'ECR comprenait 141 participants assignés de manière aléatoire (1:1) et l'étude descriptive 155 qui pouvaient choisir ce qu'ils préféraient.

Pas d'indications sur la manière de trouver les participants.

- Critères d'inclusion : Pour les deux essais, les patients devaient être diagnostiqués atteints du SCI par leur médecin traitant (avec vérification d'un gastro-entérologue au besoin)

- Critères d'exclusion : Âgés de moins de 18 ans ; présence de troubles somatiques pouvant impacter les symptômes gastro-intestinaux ; troubles psychiatriques graves ; impossibilité de communiquer en suédois ; pas d'accès ou incapacité à se servir de matériel informatique permettant l'accès au traitement en ligne.

1.3.3 Type d'analyse : Une étude contrôlée randomisée, une étude descriptive transversale.

1.4 Présentation des résultats

1.4.1 Principaux résultats de la recherche :

Dans l'ECR les patients ayant bénéficié de la formation en « face à face » possédaient un score de gravité moins élevé (- 12,2 points) que les patients ayant reçu la formation en ligne. Pour l'essai basé sur les préférences, ce score était également moins élevé de 14.7 points chez les patients ayant reçu l'éducation en « face à face ». Cependant, la différence entre une intervention en « face à face » vs internet n'est pas significative, le p varie entre 0.116 et 0.948 selon les items. Il n'y a donc pas de différence entre ces deux interventions. Néanmoins, dans les deux études, une augmentation significative concernant l'évaluation des connaissances a été relevée et indique également une augmentation de l'auto-efficacité de la gestion des symptômes du SCI. Les résultats des études ont donc confirmé que l'éducation structurée peut agir significativement sur la qualité de vie de nombreux patients.

1.4.2 Conclusions générales

Ces essais ont mené à la conclusion que l'éducation dispensée en « face à face » n'est pas supérieure à celle en ligne. En d'autres termes, la facilité de la diffusion de l'éducation via internet ne se fait pas au détriment de la qualité de celle-ci.

1.4.3 Particularité ou originalité de l'étude :

Cette étude ne comporte pas de particularité significative

1.5 Éthique :

Les deux essais ont été admis par le comité d'éthique régional de Göteborg (Suède).

2. Démarche interprétative

2.1 Apports de l'article :

Les interventions ayant été fortement scénarisées et administrées dans un contexte de routine ont permis de suggérer des effets équivalents qui pourraient être reproduits dans d'autres cliniques de gastro-entérologie.

2.2 Limites de l'étude :

Cette étude comporte de nombreuses limites. Premièrement, il n'y a pas eu de groupe témoin inactif (ne recevant pas d'éducation) ce qui ne permet pas d'évaluer l'amélioration des participants. Deuxièmement, aucun des deux essais ne possédait de condition de contrôle pouvant explorer la signification des effets non spécifiques à l'intervention telle qu'une rémission spontanée. Troisièmement, la généralisation des résultats est compliquée car il y a peu d'informations sur l'historique des traitements, les facteurs socio-économiques et la chronicité chez les participants. Quatrièmement, l'adhésion délivrée en ligne n'a été évaluée qu'à mi-parcours, alors qu'elle aurait dû être évaluée dès le départ. Cinquièmement, aucune donnée sur les effets indésirables n'a été recueillie de manière systématique ce qui implique qu'il n'est pas possible d'assurer que les formats de traitements étaient identiques en termes d'inconvénients. Sixièmement, Il n'y a pas d'information recueillie sur d'autres traitements. Dernièrement, il n'y a pas d'information recueillie sur d'autres traitements pris en parallèle de l'étude qui pourrait avoir interféré sur l'évaluation des échelles.

2.3 Pistes de réflexion :

Aucune piste de réflexion n'a été abordée à la fin de cette étude.

Fiche n° 5

Niesen, C. R., Olson, D. M., Nowdesha, K. D., Tynsky, D. A., Loftus, C. G., & Meiers, S. J. (2018). Enhancing Self-management for Adults With Functional Abdominal Pain: A Registered Nurse-Led Cognitive-Behavioral Therapy Approach. *Gastroenterology nursing : the official journal of the Society of Gastroenterology Nurses and Associates*, 41(4), 321–332. <https://doi.org/10.1097/SGA.0000000000000322>

1. Démarche descriptive

1.1 Le contexte de réalisation et de publication de l'étude

- Identité des auteurs : Cynthia R. Niesen, Donna M. Olson, Kimberly D. Nowdesha, Desiree A. Tynsky, Conor G. Loftus, Sonja J. Meiers.
- Nom et type de revue : *Society of Gastroenterology Nurse and associates*
- Lieux de l'étude : États-Unis, Minnesota
- Les objectifs pratiques : Évaluer l'efficacité d'une prise en soins comportant une intervention basée sur une approche de thérapie cognitivo-comportementale (TCC) via la participation d'infirmières spécialisées.

1.2 L'objet de l'article et le cadre théorique

1.2.1 Objet de la recherche :

Des données évoquent que la TCC aurait une influence positive sur le vécu des symptômes chroniques de douleurs abdominales. Des études sur l'approche de la TCC sur la gestion des douleurs chroniques abdominales chez les enfants ont démontré l'efficacité de la TCC dans ce contexte-là. Qu'en est-il pour les adultes ?

1.2.2 Question de recherche :

La question de recherche n'est pas formulée mais celle-ci pourrait être : Les TCC ont-elles un impact significatif sur la capacité d'autogestion et sur la diminution des symptômes pour les personnes adultes atteintes de SCI ?

1.2.3 Hypothèse de travail :

Le bien-être général des patients atteints de SCI peut être amélioré en agissant sur les symptômes de cette pathologie. Les TCC offrent une approche non coûteuse et efficace.

1.2.4 Cadre théorique de la recherche :

Le premier cadre est celui de l'autogestion des maladies chroniques avec la théorie sociale cognitive basée sur l'accompagnement des patients afin de mettre en place des stratégies d'autogestion. Le second cadre repose sur la théorie de la diffusion de l'innovation permettant de fournir une structure pour l'implication de l'équipe ainsi qu'une mise en œuvre efficace.

1.2.5 Principaux concepts et notions utilisés :

Le principe de coaching et d'auto-soin. L'infirmière spécialisée conseille et entraîne le patient à utiliser des stratégies d'autogestion.

TCC ; SCI ; douleur abdominale, bien-être.

1.4 La méthodologie de la recherche

1.3.1 Outils pour la récolte de données :

Les récoltes des données se basent sur le questionnaire LASA-10 qui évalue, avant et après les interventions : la qualité de vie, le bien-être mental, le bien-être physique, le niveau d'activité social, le bien-être spirituel, la fréquence de la douleur ainsi que sa sévérité, le niveau de fatigue et celui de l'anxiété.

1.3.2 Population de l'étude :

Cette étude comprenait 12 participants.

Le moyen d'échantillonnage n'est pas décrit.

- Critères d'inclusion : Patient de 18 ans ou plus avec un diagnostic de PAF (= Functional Abdominal Pain), de dyspepsie fonctionnelle ou de syndrome de l'intestin irritable avec des symptômes de type douleur abdominale depuis plus de 6 mois.

- Critères d'exclusion : les personnes souffrant de troubles psychiatriques importants tels que la schizophrénie, des troubles obsessionnels compulsifs (TOC) ou des idées suicidaires. Des antécédents récents de traitement chirurgical était également un critère d'exclusion ainsi que l'incapacité à se rendre disponible pour le projet.

1.3.3 Type d'analyse :

Projet pilote d'une étude comparative pré et post interventionnelle.

(Phase de test avant un ECR.)

1.4 Présentation des résultats

1.4.1 Principaux résultats de la recherche :

Les résultats des questionnaires ont démontré qu'une semaine après avoir reçu une éducation de TCC, les patients avaient amélioré leur bien-être physique ($p = 0.001$), leur niveau d'activités sociales ($p = 0.02$), la fréquence des douleurs ($p = 0.005$), la sévérité de la douleur ($p = 0.004$), le niveau de fatigue ($p < 0.001$) ainsi que le niveau d'anxiété ($p = 0.004$). Le bien-être mental ainsi que la qualité de vie global n'avait pas été améliorés par cette intervention (respectivement $p = 0.89$ et $p = 1.64$). C'est également le cas pour le bien-être spirituel ($p = 0.06$) et le bien-être émotionnel ($p = 0.08$).

Deux semaines après les interventions, parmi toutes ces catégories, cinq ont continué à s'améliorer de manière significative par rapport à l'état initial. Il s'agit du bien-être

physique ($p = 0.02$), de la fréquence des douleurs ($p < 0.001$), l'intensité des douleurs ($p < 0.001$), le niveau de fatigue ($p = 0.02$) ainsi que l'anxiété ($p = 0.002$).

1.4.2 Conclusions générales :

Les interventions infirmières telles que les TCC peuvent améliorer l'autogestion des patients atteints de SCI, réduire leurs douleurs et améliorer leur bien-être par plusieurs aspects.

1.4.3 Particularité ou originalité de l'étude :

Cette étude est un projet pilote. Il a pu apporter des éléments qui ont permis un RCT plus large avec des modèles de prestations de soins infirmiers se basant sur les TCC auprès de patients atteints de SCI ou d'autres pathologies liées à des troubles fonctionnels.

1.5 Éthique

Pas d'information.

2. Démarche interprétative

2.1 Apports de l'article :

Ce projet pilote prouve de manière solide qu'un modèle de prestation infirmière plus large comportant l'utilisation de TCC pour les patients atteints de FGID (« troubles médicaux dont les symptômes n'ont pas d'explications physiques, métaboliques ou neurologiques claires et objectives, et la compréhension étiologique et pathologique complète fait défaut) est bénéfique et améliore la qualité de vie.

2.2 Limites de l'étude :

Une limite du projet pilote a été l'utilisation d'un CD de relaxation en début de projet qui s'est avérée obsolète car certains patients ne disposaient pas du matériel nécessaire pour l'utiliser.

2.3 Pistes de réflexion :

L'exploration d'autres technologies pourrait améliorer l'utilisation de l'intervention TCC et aider à maintenir les bénéfices (diminution des douleurs abdominales, de la fatigue etc.) à long terme pour les patients.

Au vu des preuves amenées par cette étude, une étude à plus grande échelle pourrait être faite.

Fiche n° 6

Sherwin, L. B., Ozoji, O. M., Boulineaux, C. M., Joseph, P. V., Fourie, N. H., Abey, S. K., Zhang, X., & Henderson, W. A. (2017). Gender and Weight Influence Quality of Life in Irritable Bowel Syndrome. *Journal of clinical medicine*, 6(11), 103. <https://doi.org/10.3390/jcm6110103>

1. Démarche descriptive

1.1 Le contexte de réalisation et de publication de l'étude

- Identité des auteurs : LeeAnne B. Sherwin, Onyinyechi M. Ozoji, Christina M. Boulineaux, Paule V. Joseph, Nicolaas H. Fourie, Sarah K. Abey, Xuemin Zhang, Wendy A. Henderson.
- Nom et type de revue : Journal of Clinical, Medicine, revue scientifique internationale.
- Lieux de l'étude : National Institute of Health, Clinical Center, Bethesda, Maryland.
- Les objectifs pratiques : Ne sont pas mentionnés.

1.2 L'objet de l'article et le cadre théorique

1.2.1 Objet de la recherche :

Évaluer la relation entre le sexe, l'indice de masse corporelle (IMC), le pourcentage de graisse corporelle et la qualité de vie telle qu'elle est ressentie par des personnes atteintes de SCI.

1.2.2 Question de recherche :

N'est pas mentionnée dans l'article.

1.2.3 Hypothèse de travail :

L'hypothèse émise est que la classification de la surcharge pondérale serait associée à une détérioration de la qualité de vie telle qu'elle est vécue par les personnes atteintes du SCI.

1.2.4 Cadre théorique de la recherche :

1.2.5 Principaux concepts et notions utilisés :

Syndrome du côlon irritable ; qualité de vie ; poids ; sexe ; symptômes.

1.3 La méthodologie de la recherche

1.3.1 Outils pour la récolte de données :

Les participants ont été recrutés dans le cadre d'un protocole mené au Hatfield Clinical Research Center des National Institutes of Health. L'indice de masse corporelle, le pourcentage de graisse corporelle et les questionnaires ont été recueillis lors de visites ambulatoires.

Les données sur le sexe, la race, l'état civil, le nombre d'années d'études et la situation professionnelle ont été obtenus par auto-déclaration à l'aide du questionnaire sociodémographique élaboré par le « Center for Research in Chronic Disorders,

University of Pittsburgh School of Nursing » . .

Une infirmière diplômée a réalisé une pléthysmographie par déplacement d'air sur l'ensemble du corps des patients, afin de déterminer le pourcentage de graisse corporelle et de confirmer l'IMC.

La qualité de vie a été évaluée à l'aide du questionnaire « Irritable Bowel Syndrome Quality of Life » (IBS-QOL).

1.3.2 Population de l'étude :

L'échantillon était composé de 125 participants. Dix participants n'ont pas terminé l'étude, ce qui a permis d'utiliser 115 participants dans l'analyse. Parmi les 115 participants, 74 étaient définis comme témoins sains, sans symptômes gastro-intestinaux et 41 répondaient aux critères de diagnostic du SCI selon Rome III. L'échantillonnage a été fait en « boule-de-neige ».

- Critères d'inclusion :

Hommes, femmes, âgés de 13 à 45 ans.

- Critères d'exclusion :

Présence de toute maladie organique autodéclarée ou vérifiée (pathologie gastro-intestinale, pulmonaire, neurologique, rénale, endocrinienne ou gynécologique).

Utilisation de médicaments quotidiens pour le traitement de toute condition médicale chronique.

1.3.3 Type d'analyse :

Étude randomisée contrôlée.

1.4 Présentation des résultats

1.4.1 Principaux résultats de la recherche :

- Pas de différence significative concernant l'âge, le sexe et le poids entre les participants atteints de SCI et les témoins sains.
- Les personnes atteintes du SCI ont rapporté des scores totaux de qualité de vie significativement plus faibles que les témoins sains ($p < 0.05$).
- Le fait d'avoir un SCI prédisait significativement ($p < 0.001$) des scores plus faibles aux sous-échelles de qualité de vie, notamment la dysphorie, l'évitement alimentaire et les relations sociales.
- Un pourcentage de graisse corporelle plus élevé ne prédisait pas à lui seul une qualité de vie plus faible dans l'une des dimensions énumérées. Cependant, le fait d'avoir un pourcentage de graisse corporelle plus élevé tout en ayant également un SCI prédisait une qualité de vie plus faible dans l'ensemble ($p < 0.01$).
- Cette interaction a également prédit des scores de qualité de vie plus faibles en ce qui

concerne l'interférence avec l'activité ($p < 0.05$), l'image corporelle ($p < 0.001$), les préoccupations de santé ($p < 0.001$) et la satisfaction sexuelle ($p < 0.001$).

1.4.2 Conclusions générales :

- Le SCI a des répercussions évidentes sur la qualité de vie des personnes qui en souffrent.
- Les résultats de cette étude indiquent que les hommes et les femmes souffrant de SCI font état d'une détérioration significative de leur qualité de vie.
- Plus le pourcentage de graisse corporelle est élevé, plus il a impact négatif sur la qualité de vie et sur des sous-échelles spécifiques de la qualité de vie.
- Les interventions ciblées potentielles chez les personnes souffrant de symptômes importants de SCI comprennent l'augmentation de la masse maigre en diminuant le pourcentage de graisse corporelle, ce qui permet d'améliorer l'image corporelle, de diminuer les inquiétudes liées à la santé, de moins interférer avec les activités et d'améliorer la perception de l'activité et du désir sexuel.

1.4.3 Particularité ou originalité de l'étude :

- Les résultats de cette étude sont comparés avec les résultats d'autres études portant sur les mêmes sujets. Cela permet une plus grande visibilité de la problématique.

1.5 Éthique

L'étude était conforme aux directives de bonnes pratiques cliniques et à la Déclaration d'Helsinki.

2. Démarche interprétative

2.1 Apports de l'article :

Cette étude fournit des informations utiles qui peuvent contribuer à la compréhension actuelle des différences de sexe et de poids chez les personnes atteintes du SCI et les répercussions les plus gênantes.

2.2 Limites de l'étude :

- Les participants se sont adressés eux-mêmes à l'étude, ce qui a pu avoir comme conséquence le biais de sélection.
- Cette méthode de recrutement a entraîné une grande homogénéité géographique parmi les participants ; la région où la plupart des participants résidaient peut ne pas refléter la population plus générale du SCI.

2.3 Pistes de réflexion :

- La raison pour laquelle les femmes de poids normal et les hommes en surpoids rapportent la plus grande détérioration de leur qualité de vie n'est pas claire. Les comportements psychosociaux, culturels et de recherche de soins de santé peuvent contribuer à ce résultat ; les recherches futures devraient examiner le rôle que ces facteurs jouent dans le façonnement de la qualité de vie de ces sous-populations.

Fiche n° 7

Sierżantowicz, R., Lewko, J., & Jurkowska, G. (2020). The Impact of an Individual Educational Program on the Quality of Life and Severity of Symptoms of Patients with Irritable Bowel Syndrome. *International journal of environmental research and public health*, 17(12), 4230. <https://doi.org/10.3390/ijerph17124230>

1. Démarche descriptive

1.1 Le contexte de réalisation et de publication de l'étude

- Identité des auteurs : Regina Sierżantowicz, Jolanta Lewko, Grazyna Jurkowska
- Nom et type de revue : International Journal of Environmental Research and Public Health
- Lieux de l'étude : Medical University of Bialystok, Poland
- Les objectifs pratiques : Ne sont pas mentionnés

1.2 L'objet de l'article et le cadre théorique

1.2.1 Objet de la recherche :

Évaluer l'impact d'un programme éducatif comportant des éléments de thérapie comportementale adaptés aux patients, sur la qualité de vie et la gravité des symptômes des patients souffrant de SCI.

1.2.2 Question de recherche :

N'apparaît pas dans l'article mais pourrait être : Quel est l'impact d'un programme éducatif comportant des éléments de thérapie comportementale, sur la qualité de vie et la gravité des symptômes des patients atteints de SCI.

1.2.3 Hypothèse de travail :

Aucune hypothèse claire n'est décrite.

1.2.4 Cadre théorique de la recherche : -

1.2.5 Principaux concepts et notions utilisés :

Syndrome du côlon irritable, qualité de vie, éducation

1.3 La méthodologie de la recherche

1.3.1 Outils pour la récolte de données :

Les patients ont été répartis dans le groupe SCI en fonction des symptômes : constipation prédominante (60 patients), diarrhée prédominante (20) ou mixte (70). Ils ont été inscrits au hasard dans l'étude.

Le groupe témoin était composé de 100 sujets en bonne santé ou souffrant d'une maladie légère et ne se plaignant pas de symptômes du SCI. Le groupe a été recruté parmi des étudiants, des travailleurs médicaux et des volontaires.

Le programme éducatif, comprenant un large éventail de questions typiques des patients souffrant de SII, a été adapté à chaque patient après évaluation de leurs connaissances sur la maladie (facteurs de risque, diagnostic, méthodes thérapeutiques, importance de l'activité physique, modification du régime alimentaire, rôle du stress, méthodes de réduction du stress).

Le programme éducatif a été mené individuellement, après une visite chez le gastro-entérologue, dans une salle séparée après un rendez-vous préalable.

Le programme de la réunion comprenait les points suivants :

Une brève conversation sur le bien-être général du patient et une évaluation de ses connaissances ; Sensibiliser le patient à la pathogenèse, aux symptômes et au traitement de la maladie ; Une indication des modifications du mode de vie recommandée en fonction de la forme dominante du SCI ; Une présentation des recommandations diététiques en fonction de la forme de la maladie (par ex, élaboration de plans de repas individuels) ; Une présentation des méthodes de gestion du stress (par exemple, la respiration profonde, la relaxation musculaire) ; Réponses aux questions des patients ; Pendant une heure après la séance d'éducation, le patient a reçu des instructions sur les méthodes non pharmacologiques.

La qualité de vie des participants a été évaluée avec une enquête standardisée comportant 36 questions.

L'intensité des symptômes chez les patients atteints de SCI a été déterminée à l'aide d'une échelle visuelle analogique (EVA) avant et après la session éducative.

1.3.2 Population de l'étude :

L'étude a porté sur 150 patients souffrant de SCI.

- Critères d'inclusion : Âge entre 18 et 80 ans, diagnostiqué selon les critères de Rome III, traité dans un service de gastro-entérologie ambulatoire.

- Critères d'exclusion : Pas mentionné.

1.3.3 Type d'analyse :

Étude randomisée contrôlée

1.4 Présentation des résultats

1.4.1 Principaux résultats de la recherche :

- Aucune différence statistiquement significative n'a été constatée entre les groupes étudiés en ce qui concerne les caractéristiques démographiques (entre $p = 0.130$ et $p = 0.778$ selon les items). L'âge moyen des patients atteints de SCI était de $48,5 \pm 15.8$ ans, et celui du groupe témoin 50 ± 12 ans.

- Une comparaison des patients souffrant de SCI a montré des différences hautement significatives dans tous les domaines que comporte le questionnaire de qualité de vie

avant et après l'éducation ($p < 0.01$).

- Les patients souffrant de SCI présentaient des scores de qualité de vie plus faibles dans la sphère physique que le groupe témoin. Le programme éducatif a amélioré de manière significative cette évaluation ($p < 0.01$).

- Une différence hautement significative ($p < 0.01$) a été constatée dans la répartition de la qualité de vie des composantes mentales avant et après l'éducation. Aussi, après l'éducation, les patients âgés de moins de 35 ans ont présenté une évaluation de la santé dans la sphère mentale très significativement plus élevée ($p < 0.01$) que les patients âgés de plus de 50 ans.

- Après l'éducation, une amélioration hautement significative ($p < 0.01$) a été constatée dans les sous-groupes de SCI, ($p = 0.0001$) pour chaque sous-groupe.

- Après l'éducation, l'intégralité des personnes atteintes de SCI ont signalé une diminution subjective de l'intensité des symptômes ($p < 0.01$).

1.4.2 Conclusions générales :

- Dans le groupe atteint de SCI, la qualité de vie s'est avérée significativement plus faible que dans le groupe témoin, malgré une pharmacothérapie à long terme ($p < 0.01$).

- L'éducation individuelle associée à une thérapie non pharmacologique peut être considérée comme une composante thérapeutique indispensable pour les patients atteints de SII, en dehors de la pharmacothérapie.

1.4.3 Particularité ou originalité de l'étude : -

1.5 Éthique

La recherche était conforme aux directives de bonnes pratiques cliniques, et les procédures étaient conformes à la déclaration d'Helsinki. Tous les patients ont signé un formulaire de consentement pour participer à l'étude.

La recherche a été approuvée par le comité de bioéthique de l'Université médicale de Białystok (résolution n° R-I-002/521/2014).

2. Démarche interprétative

2.1 Apports de l'article :

Jusqu'à présent, l'effet de l'éducation individuelle combinée à une thérapie non pharmacologique chez les patients atteints du SII n'a pas été étudiée. L'étude actuelle est donc la première de ce type.

2.2 Limites de l'étude :

-L'évaluation des effets à long terme du programme individuel mené chez les patients atteints du SII devrait être répétée un an ou deux après sa fin.

- Le plus grand nombre de femmes dans l'étude (79%)

- L'utilisation d'un générateur de séquence aléatoire aurait fourni une forme de randomisation beaucoup plus fiable. Dans les études futures, l'absence d'insu et de contrôle par placebo devrait être abordée.

2.3 Pistes de réflexion :

L'âge des patients dans une grande majorité d'études est généralement traité comme la moyenne ou la médiane du groupe, sans différenciation claire entre les catégories d'âge et sans évaluation de la corrélation des paramètres d'étude avec les groupes d'âge. L'échantillonnage est stratifié en groupes. Cela a permis de révéler un effet moins bon du traitement pour les patients de plus de 50 ans. La question de savoir si cette observation peut être considérée comme plus universelle et se référée à une plus grande population de patients souffrant de SII devrait faire l'objet d'une étude séparée.

Fiche n° 8

Smith G. D. (2006). Effect of nurse-led gut-directed hypnotherapy upon health-related quality of life in patients with irritable bowel syndrome. *Journal of clinical nursing*, 15(6), 678–684. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01356.x>

1. Démarche descriptive

1.1 Le contexte de réalisation et de publication de l'étude

- Identité de l'auteur : Smith G. D.
- Nom et type de revue: Effect of nurse-led gut-directed hypnotherapy upon health-related quality of life in patients with irritable bowel syndrome.
- Lieu de l'étude: The University of Edinburgh
- Les objectifs pratiques : Ne sont pas mentionnés.

1.2 L'objet de l'article et le cadre théorique

1.2.1 Objet de la recherche :

Mesurer l'impact de l'hypnothérapie sur des personnes atteintes du SCI dirigée par une infirmière.

1.2.2 Question de recherche :

N'est pas mentionnée dans l'article.

1.2.3 Hypothèse de travail :

L'hypnothérapie redirigée vers l'intestin améliorerait la qualité de vie des personnes atteinte de SCI.

1.2.4 Cadre théorique de la recherche :

1.2.5 Principaux concepts et notions utilisés :

Hypnothérapie dirigée vers les intestins, qualité de vie liée à la santé, syndrome du côlon irritable, cliniques dirigées par des infirmières, soins infirmiers.

1.3 La méthodologie de la recherche

1.3.1 Outils pour la récolte de données :

75 personnes souffrant du SCI ont suivi une hypnothérapie dirigée vers l'intestin par une infirmière en utilisant l'éducation thérapeutique. Un tableau se basant sur la sévérité des symptômes sur une période de 7 jours ainsi qu'un questionnaire standard IBS-QoL ont été utilisés afin de déterminer la qualité de vie. Le questionnaire Hospital Anxiété and Dépression (Zigmond and Snaith, 1983) et l'apprentissage de l'autohypnose ont également été évalués. Les patients ont reçu des cassettes audios à utiliser chez eux pour renforcer les effets de l'hypnothérapie.

L'expérience a duré trois mois. Les patients ont reçu entre 5 à 7 heures et demie de

séances d'hypnothérapie.

1.3.2 Population de l'étude :

55 femmes et 20 hommes entre 18 et 54 ans (75 personnes au total).

- Critères d'inclusion :

Patients remplissant les critères diagnostics de Rome II.

- Critères d'exclusion :

Les maladies organiques gastro-intestinales ont été exclues par une évaluation clinique et par des tests radiologiques et endoscopiques spécifiques, ainsi que par un suivi clinique à long terme.

1.3.3 Type d'analyse :

Étude transversale descriptive.

1.4 Présentation des résultats

1.4.1 Principaux résultats de la recherche :

Les symptômes physiques, la qualité de vie et l'anxiété se sont améliorés après l'hypnothérapie ($p < 0.001$). Les résultats pour la dépression sont similaires avant et après l'intervention ($p < 0.05$).

1.4.2 Conclusions générales :

L'hypnothérapie a des effets bénéfiques sur les personnes atteintes.

1.4.3 Particularité ou originalité de l'étude :

L'étude s'est concentrée sur les aspects qui entraînent une dégradation de la qualité de vie des personnes malades. Les auteurs émettent l'hypothèse de la conclusion de l'étude, c'est-à-dire que l'hypnothérapie améliore la qualité de vie, peut-être due au soulagement des symptômes physiques et à la résolution de l'anxiété.

1.5 Éthique

Aucune information.

2. Démarche interprétative

2.1 Apports de l'article : -

2.2 Limites de l'étude :

- L'étude n'a pas inclus de groupe contrôle qui aurait pu ne subir aucun traitement, soit recevoir une forme alternative de thérapie standard. Les difficultés de l'une ou l'autre approche ne sont pas négligeables ; un groupe sans traitement aurait probablement été à la fois contraire à l'éthique et inacceptable pour les patients et aucun traitement pharmacologique n'a fait ses preuves pour le SCI.

- l'article date de 2005.

2.3 Pistes de réflexion :

L'amélioration de la qualité de vie observée dans cette étude peut être due au soulagement des symptômes physiques et à la résolution de l'anxiété provoquée par l'hypnothérapie.

Fiche n° 9

Weaver, K. R., Melkus, G. D., Fletcher, J., & Henderson, W. A. (2018). Perceived Stress, Its Physiological Correlates, and Quality of Life in Patients With Irritable Bowel Syndrome. *Biological research for nursing*, 20(3), 312–320. <https://doi.org/10.1177/1099800418756733>

1. Démarche descriptive

1.1 Le contexte de réalisation et de publication de l'étude

- Identité des auteurs : Kristen R. Weaver, Gail D'Eramo Melkus, Jason Fletcher, Wendy A. Henderson
- Nom et type de revue : *Biological Research for Nursing*, revue infirmière américaine, à comité de lecture, qui est spécialisée dans la recherche biologique spécifique aux soins infirmiers.
- Lieux de l'étude : Bethesda, Washington
- Les objectifs pratiques : Pas d'informations.

1.2 L'objet de l'article et le cadre théorique

1.2.1 Objet de la recherche :

L'étude a plusieurs objectifs :

- Examiner les conséquences physiologiques du stress présent chez les personnes atteintes du SCI.
- Explorer l'association entre ce stress perçu et leur qualité de vie,
- Examiner les influences des données démographiques, des facteurs socio-économiques et de l'indice de masse corporelle (IMC) sur les marqueurs physiologiques de la réponse au stress des patients atteints par le SCI.

1.2.2 Question de recherche : Non mentionnée

1.2.3 Hypothèse de travail :

Non mentionnée.

1.2.4 Cadre théorique de la recherche :

Pas de cadre théorique.

1.2.5 Principaux concepts et notions utilisés :

Syndrome du côlon irritable, stress perçu, qualité de vie, axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien (HPA), différences entre les sexes.

1.3 La méthodologie de la recherche

1.3.1 Outils pour la récolte de données :

Les participants ont rempli des inventaires d'auto-évaluation sur le site « <http://braingutstudy.ninr.nih.gov/>. Les mesures de l'étude comprenaient un

questionnaire sociodémographique qui répertoriait l'âge, le sexe, la race, le nombre d'années d'éducation formelle, le revenu annuel total du foyer et si celui-ci permet de subvenir aux besoins. Les échelles de stress perçu (PSS) et de mesure de la qualité de vie du SCI (IBS-QOL) faisaient partie des inventaires.

1.3.2 Population de l'étude :

101 participants, dont 48 hommes et 53 femmes, avec un âge moyen de 27,8 +7,7 ans, 35 souffrants de SCI et 66 témoins sains.

Les critères d'inclusion étaient :

- Antécédents de douleurs abdominales depuis plus de 6 mois ; Premières règles datant de minimum 2 ans ; Avoir des cycles menstruels réguliers.

Les critères d'exclusion étaient :

- Signes de maladie organique gastro-intestinale (y compris maladie biliaire, affection intestinale inflammatoire, etc.) ; Signes de pathologies pulmonaires, rénales, endocriniennes, cardiaques, neurologiques ou gynécologiques,

- Antécédents chirurgicaux gastro-intestinaux,

- Diagnostiques de troubles psychiatriques graves,

- Douleur comorbide,

- Prise quotidienne de médicaments pour les symptômes gastro-intestinaux ou de médicaments agissant sur les systèmes sérotoninergiques, catécholaminergiques ou cortisoliques,

- Consommation de plus de 300 mg de caféine le soir ou l'après-midi, de deux boissons alcoolisées par jour,

- Travail en équipe la nuit ou en fin de soirée.

1.3.3 Type d'analyse :

Sous-étude d'une recherche plus vaste. Étude transversale.

1.4 Présentation des résultats

1.4.1 Principaux résultats de la recherche :

Des différences ont été notées entre les participants en fonction de l'état de la maladie (SCI vs sujets sains), du sexe (homme vs femme), du sous-type (SCI-constipation – SCI-diarrhées) et de la race (afro-américaine, asiatique et caucasienne).

- Les participants souffrant de SCI et les témoins sains ne présentaient globalement pas de différence en termes de variables démographiques, socio-économiques ($p = 0.436$) ou physiologiques. Cependant, une différence a été relevée entre les deux groupes concernant les variables psychologiques. Les scores étaient significativement plus élevés pour les niveaux de stress perçu ($p = 0.006$) et plus faibles pour les niveaux de qualité de vie chez les personnes atteintes de SCI, ($p = 0.001$). Un effet de sexe a été

mis en évidence. Hommes : ($p = 0.023$), Femmes : ($p = 0.153$).

- Pas de différences significatives entre les participants atteints de SCI et les sujets sains dans les niveaux de cortisol ($p = 0.906$) ou de l'hormone adrénocorticotrope (ACTH), ($p = 0.897$). Cependant, des différences d'ACTH ont été identifiées entre les sous-types de SCI.

- Le cortisol ($p = 0.015$) et le diagnostic ($p = 0.005$) du SCI sont des prédictifs significatifs du stress perçu. Les scores PSS eux, augmentent les chances de diagnostic du SCI ($p = 0.007$).

- Association négative significative entre l'IMC ($p = 0.615$) et le cortisol ($p = 0.906$) chez tous les participants, qui s'est maintenue quand les participants ont été évalués en fonction du diagnostic SCI.

- Association positive entre l'IMC et la mesure psychologique du stress, seulement chez le groupe atteint de SCI ($p = 0.027$).

- Chez les participants atteints de SCI, des différences sont présentes selon le sexe (hommes, ($p = 0.012$), pas chez les femmes), le sous-type de SCI (IBS-C ($p = 0.031$), pas pour IBS-D), et la race (asiatiques ($p = 0.037$), afro-américains ($p = 0.045$), caucasiens ($P = 0.030$)), pour l'association entre l'IMC et le stress perçu.

1.4.2 Conclusions générales :

- SCI = trouble multifactoriel lié au stress qui impacte négativement la qualité de vie des patients atteints. Aucune intervention clinique n'est efficace.

- Les résultats de l'étude contribuent au domaine, soulignant la pertinence du stress psychologique chez les patients atteints du SCI par rapport aux témoins sains.

- Cette étude permet d'ajouter de la littérature avec des résultats sur la réponse au stress chez les patients atteints de SCI, en prenant en compte le sexe, la race et le sous-type de SCI.

- Les résultats de cette étude montrent que n'importe qui peut être atteint de SCI.

1.4.3 Particularité ou originalité de l'étude :

Les résultats de cette étude sont comparés à des résultats d'autres études faites dans le même domaine. Cela permet de les rendre plus pertinents.

1.5 Éthique

Aucune information n'est notifiée. Cependant, tous les participants font partie d'une base de données confidentielle, couverte par deux pare-feux. Seuls les utilisateurs préautorisés peuvent la consulter.

2. Démarche interprétative

2.1 Apports de l'article :

- Les résultats de cette étude sont pertinents pour la pratique des soins infirmiers. En

effet, une meilleure compréhension des soignants sur la maladie permet d'optimiser les soins prodigués.

- Une approche personnalisée auprès des patients atteints de SCI peut permettre d'identifier les mécanismes étiologiques à l'origine des symptômes et leurs exacerbations. Aussi, cela peut contribuer à l'orientation des interventions médicamenteuses, nutritionnelles, psychologiques et physiques dans le but d'optimiser les soins aux patients.

2.2 Limites de l'étude :

En utilisant le IBS-QOL comme seule mesure de la qualité de vie, il est possible que certains facteurs pertinents pour la qualité de vie des témoins sains n'aient pas été pris en compte, ce qui a conduit à un effet plafond dans ce groupe-là. Les scores totaux de l'IBS-QOL n'ont pas différencié significativement entre les participants atteints de SCI en fonction du sexe, de la race ou du sous-type de SCI mais les différences potentielles dans les huit facteurs composant la mesure n'ont pas été explorées.

2.3 Pistes de réflexion :

- D'un point de vue clinique, il serait utile de déterminer si la perception du stress influence la qualité de vie des participants, indépendamment de la détection de corrélats physiologiques du stress perçu.

- Une étude d'un même type serait utile avec des échantillons de plus grandes tailles et plus diversifiés pour inclure davantage d'hommes et de minorités ethniques.