

**LE ROLE DE L'INFIRMIERE DANS
L'ACCOMPAGNEMENT DES PATIENTS
SCHIZOPHRENES :
LA PREVENTION D'UNE PHASE AIGUE DANS UN
SERVICE AMBULATOIRE**

TRAVAIL EN VUE DE L'OBTENTION DU TITRE
DE BACHELOR OF SCIENCE HES-SO EN SOINS INFIRMIERS

Par

Christina Biolley

Promotion Bachelor 2007 - 2010

Sous la direction de

Perrinjaquet Deborah & Dubey Catherine

Haute école de santé, Fribourg

Filière soins infirmiers

Le 05 juillet 2010

RESUME

But : Permettre aux patients schizophrènes avec l'aide des infirmières de reconnaître les signes annonçant la décompensation psychotique au plus tôt, afin de la prévenir. Cette prévention est importante car les rechutes schizophréniques ont des conséquences néfastes pour le bien-être du patient.

Méthode : 12 articles scientifiques ont été sélectionnés sur la base de données Medline concernant la question de recherche : Comment l'infirmière peut accompagner les patients schizophrènes, afin d'éviter une phase aiguë dans un service ambulatoire ? Ensuite, l'analyse de contenu a été utilisée pour catégoriser les résultats.

Résultats : Des éléments de base nécessaires au bon fonctionnement de la prévention de rechutes sont décrits ; la formation, les compétences et les connaissances des infirmières requises pour la prévention de rechutes sont mentionnées. L'importance de l'alliance thérapeutique, ainsi que de la collaboration dans la prévention des rechutes est également présentée.

Par la suite, des interventions infirmières sont présentées. Six interventions sont décrites : éduquer, conseiller, soutenir, évaluer, fournir des soins et contrôler/surveiller. Pour terminer, l'implication de la famille dans la prévention de rechutes est abordée, ainsi que les obstacles qui peuvent l'entraver ou l'empêcher.

Conclusion: Ce travail met en avant les différentes interventions qu'une infirmière exerce dans la prévention des rechutes. Nous aimerions que celui-ci sensibilise et motive l'utilisation de la reconnaissance des signes d'alarme. La recherche dans ce domaine devrait être poursuivie en vue des bénéfices pour le patient, sa famille, les soignants, ainsi que pour les coûts financiers.

Mots Mesh: Psychiatric nursing; nursing; Role nurse; recurrence; schizophrenia

REMERCIEMENTS

J'aimerais tout d'abord remercier mes directrices de mémoire Mesdames Deborah Perrinjaquet et Catherine Dubey pour la confiance qu'elles m'ont accordée tout au long de ce travail, leurs remarques constructives ainsi que pour leur soutien.

Je tiens aussi à remercier Monsieur Luc Simonet pour son aide à la réalisation de la mise en page de ce travail et également à la traduction de certains articles en anglais.

Je tiens, pour finir, à remercier tout particulièrement Mesdames Emilie Sieber et Antoinette Simonet pour avoir relu et corrigé avec professionnalisme mon travail de mémoire.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	4
1. PROBLEMATIQUE	5
2. BUT ET QUESTION	8
3. CADRE THEORIQUE.....	9
3.1. LA PHASE AIGUE/LA DECOMPENSATION.....	9
3.2. LA SCHIZOPHRÉNIE	14
3.3. ROLE DE L'INFIRMIERE DANS LA PROMOTION ET LA PREVENTION DE LA SANTE .	15
4. CADRE DE REFERENCE : L'INTERACTIONNISME	17
5. METHODOLOGIE	20
5.1. RESULTATS DES STRATEGIES DE RECHERCHE	22
6. RESULTATS	25
6.1. ELEMENTS DE BASE.....	25
6.1.1. La formation des infirmières	25
6.1.2. Les compétences des infirmières	25
6.1.3. Les connaissances des infirmières	26
6.1.4. Alliance et collaboration.....	27
6.2. INTERVENTIONS INFIRMIERES.....	27
6.2.1. Éduquer	27
6.2.2. Favoriser.....	29
6.2.3. Soutenir	30
6.2.4. Evaluer	31
6.2.5. Fournir des soins	32
6.2.6. Contrôler/surveiller.....	33
6.3. IMPLICATION DE LA FAMILLE	33
6.4. OBSTACLES A LA REUSSITE	34
7. DISCUSSION.....	36
7.1. EVALUER LES RESULTATS	36
7.2. INTERPRETER LES RESULTATS.....	38
7.3. LIEN AVEC LE CADRE THEORIQUE	40
CONCLUSION.....	44
BIBLIOGRAPHIE.....	46
ANNEXE 1 : Déclaration d'authenticité	50
ANNEXE 2 : Echelle d'ajustement social.....	51
ANNEXE 3 : Classification des stratégies d'autocontrôle	52
ANNEXE 4 : Grilles de lecture des articles scientifiques	53
ANNEXE 5 : Résumé succinct des 12 articles.....	94
ANNEXE 6 : Grille d'analyse critique des recherches.....	99

INTRODUCTION

Pendant des siècles, [les malades mentaux] furent traités comme des criminels ou furent méprisés comme des bêtes de proie; si on leur rendait visite, ce n'était que par curiosité malsaine ou par amusement... Heureusement, cette cruauté à l'égard de cette catégorie de nos concitoyens et cette insensibilité à leurs souffrances finiront par passer... on n'entendra plus le bruit des chaînes et des fouets dans les cellules (B. Rush (s.d.) cité sur <http://pel-anon.org/sa/nsfhisto.html>, consulté le 11 juin 2010).

Comme le souligne B. Rush (s.d.), la manière de considérer les « malades mentaux » a beaucoup évolué. Aujourd'hui, ces personnes vivent parmi nous, sont parfois parents d'enfants et peuvent également avoir un travail.

La schizophrénie, qui fait partie intégrante des maladies mentales, sera le sujet de ce travail.

L'équipe infirmière est constituée de personnes qui vont interagir avec ces schizophrènes lors de la décompensation psychotique et tout au long de leur vie.

L'accompagnement infirmier est donc une ressource pour les patients, afin qu'ils trouvent leur équilibre dans la vie de tous les jours.

De ce fait, il est important que les infirmières¹ identifient les signes annonciateurs d'une rechute, afin de les éviter et pour proposer aux patients, une prise en soins adéquate.

¹ Pour des questions de facilité la lecture, le terme « infirmière » sera utilisé tout au long du travail. Cependant, il s'applique aussi bien à l'infirmière qu'à l'infirmier.

1. PROBLEMATIQUE

La schizophrénie coûte chère à ceux qui en souffrent, à leur famille ainsi qu'au système de soins de santé. Cela comprend le coût des hospitalisations (souvent à plusieurs reprises), les coûts administratifs de l'aide au revenu, la valeur de la productivité perdue et les coûts possibles d'incarcérations liées à la schizophrénie. Ces frais sont estimés à 2 milliards de dollars de plus, par année, pour les dépenses indirectes de la schizophrénie. À l'échelle mondiale, près de 3 % du coût total des maladies humaines est en lien avec la schizophrénie (Législation psy : <http://www.psy-desir.com>, consultée le 19 mai 2009).

En contre partie, nous savons qu'une personne atteinte de schizophrénie peut avoir une vie relativement adéquate tant qu'elle est en situation stable.

Selon les études menées depuis plus de 40 ans, l'évolution est favorable pour $\frac{1}{4}$ des patients. Un autre quart présente une évolution secondairement favorable. Par contre environ 30% des patients rechutent régulièrement, ce qui a des conséquences sur leurs capacités fonctionnelles à long terme. Enfin, 20% répondent mal aux traitements et peuvent être qualifiés de résistants (Llorca, 2006, p. 18).

Certaines de ces personnes vivent totalement de manière indépendante, avec un suivi ambulatoire régulier pour les accompagner tout au long de l'évolution de leur maladie.

Le service ambulatoire est un secteur d'activités de soins et services diagnostiques et thérapeutiques donnés sur une base externe (...) Le terme « soins ambulatoires » implique que le patient se présente dans un lieu donné pour recevoir des soins et services et repart le même jour (Santé et service sociaux, Québec : <http://www.chq.gouv.qc.ca>, consulté le 17 mai).

Les rechutes sont provoquées par différents éléments (Hanus et Marchal, 2006). C'est justement ceux-ci qui seront déterminés dans ce travail afin de les repérer au plus tôt pour assurer une meilleure prise en soin et peut-être diminuer le risque de rechutes.

Une anticipation ou une prévention de ces décompensations aiguës pourra diminuer le risque de suicide qui est relativement élevé dans cette population ; 2 à 8% des schizophrènes mettent fin à leurs jours et le risque est 12 fois plus élevé que dans la population générale.

La prévention des rechutes psychotiques des patients souffrant de schizophrénie devrait être la priorité dans tous les programmes de soins (l'Association Psychiatrique américaine [APA], 2003, cité par Van Meijel, Kruitwagen, Van der Gaag, Kahn, & Grypdonck, 2006). Selon les connaissances scientifiques actuelles, la combinaison des thérapies pharmacologiques et des interventions psychosociales est la façon la plus efficace d'empêcher des psychoses.

Dans le cas où, un traitement médicamenteux optimal et conforme est associé avec des interventions psychosociales adéquates, le taux de rechute peut même être réduit de 20 % (Kissling 1991, 1992; De Haan et al. 1997 cité par Van Meijel, Van der Gaag, Kahn, & Grypdonck, 2004). En d'autres termes, dans la pratique psychiatrique actuelle, il reste encore des possibilités de réduire le taux de rechute par le développement et l'utilisation optimale des interventions biologiques et psychosociales.

Pour réaliser ce but, l'effort commun est nécessaire de la part du patient, de son réseau social et des professionnels (Van Meijel, Van der Gaag, Kahn & Grypdonck, 2003). Les infirmières peuvent contribuer de plusieurs façons à cet objectif préventif. Elles ont l'occasion d'offrir aux patients et à son environnement, une éducation concernant la schizophrénie et ses implications pour la vie quotidienne; elles peuvent soutenir le patient dans la prise adéquate de sa médication. Le développement graduel d'une psychose offre des occasions pour une intervention précoce.

La prévention de la psychose, par le biais de la reconnaissance précoce et de l'intervention précoce, est particulièrement pertinente pour les soins et la pratique infirmière en vue des contacts fréquents et intensifs que celles-ci entretiennent avec les patients schizophrènes (Van Meijel et al., 2004).

L'importance de fournir des interventions psychosociales pour les personnes souffrant d'une psychose a été reconnue au niveau national (ministère de la Santé, 1999 ; Institut national d'excellence clinique, 2002 ; Brooker & Brabban, 2003, cité par Stevens & Sin, .2005).

La prévention des rechutes est spécifiée comme une intervention psychologique qui devrait être disponible aux patients schizophrènes, afin de favoriser leur récupération (ministère de Santé, 1999 cité par Stevens & Sin).

La recherche et des rapports anecdotiques confirment que la régulation des symptômes est importante pour les patients schizophrènes (Breier & Strauss, 1983; Carr, 1988; Cohen & Connard, 1985; Hamera, Peterson, Handley, Plumlee & Frank-Ragan, 1991; Leete, 1987; McCandless-Glimcher et al., 1986; Wiedl & Schottner, 1991 cité par O'Connor, 1994). C'est à cause de l'inconfort que ces symptômes provoquent qu'il est important de les observer et d'agir selon les besoins des patients.

Les effets d'une rechute, sur l'individu et sur sa famille, sont souvent perturbateurs et peuvent être dévastateurs. Ces sentiments associés à la psychose (Birchwood & Chadwick 1997, cité par Stevens & Sin), sont fortement reliés à la dépression (Rooke et Birchwood 1998 cité par Stevens & Sin). De plus, chaque rechute peut entraîner une augmentation des symptômes résiduels et une incapacité sociale (Wiersma et al. 1998, cité par Stevens & Sin).

Cette pathologie touche autant les femmes que les hommes dans toutes les cultures du monde. Elle atteint environ une personne sur cent.

En Suisse, le nombre de schizophrènes s'élève à 60'000 personnes (Département de psychiatrie : <http://www.schizophrenie-fondation.ch>, consulté le 19.05.2009).

2. BUT ET QUESTION

Sur les bases théoriques de la littérature et sachant que la prévention des rechutes schizophréniques est importante pour le bien-être du patient, cette revue de littérature a pour but de :

Permettre aux patients schizophrènes avec l'aide des infirmières de reconnaître les signes annonçant la décompensation psychotique au plus tôt, afin de la prévenir.

Sur ceci, la question suivante a été formulée :

« Comment l'infirmière peut accompagner les patients schizophrènes, afin d'éviter une phase aiguë dans un service ambulatoire ? »

3. CADRE THEORIQUE

Comme nous l'avons vu, la prévention des rechutes des patients schizophréniques est importante. La problématique de ce travail consistera donc, à trouver comment une infirmière peut repérer, anticiper au plus tôt les facteurs déclencheurs d'une phase aiguë lors d'une décompensation schizophrénique. Ou, au niveau du patient, quelles stratégies, moyens ou ressources ont les personnes malades, afin d'éviter une décompensation psychotique.

Dans un premier temps, il faut connaître quels sont les facteurs déclenchant ces phases aiguës, et pourquoi nous voulons les éviter le plus possible.

Deuxièmement, nous avons choisi de vous présenter et de vous expliquer ce qu'est la schizophrénie. Sa définition, ses signes ainsi que son évolution vous seront décrits.

Par la suite, le rôle de l'infirmière dans la prévention et la promotion de la santé vous sera également présenté.

Pour terminer, le cadre de référence qui a été choisi pour ce travail vous sera exposé. Celui-ci alimentera la discussion par rapport aux résultats trouvés dans les différentes recherches. Ce cadre de référence est : l'interactionnisme de P. Fornerod.

3.1 LA PHASE AIGUË/LA DÉCOMPENSATION

Selon Llorca (2006), les trois principaux éléments qui favorisent une phase aiguë sont :

- l'arrêt du traitement ou l'irrégularité du traitement
- un abus de substances
- un stress vécu avec très peu de soutien familial tel qu'une rupture affective, un deuil, une perte d'emploi (...)

Le non-respect de la médication est un facteur de risque majeur dans la présence de rechutes psychotiques (Downs George *et al.* 1996; Fenton *et al.* 1997; Marder 1998; Dobber *et al.* 2001 cité par Van Meijel *et al.*, 2002). Ces effets secondaires sont souvent très pénibles pour le patient et gênent son fonctionnement personnel et social. Ils ont un impact négatif sur la compliance aux traitements.

Les recherches ont démontré que les personnes atteintes de schizophrénie consomment souvent de la drogue et de l'alcool pour les mêmes raisons que n'importe qui (Société canadienne de schizophrénie, s. d.). Ceci est souvent pour se sentir mieux ou différent, se relaxer, prendre du plaisir et faire partie d'un groupe. D'autres raisons expliquent leur consommation de drogues : curiosité ou expérimentation, diminution du stress, un moyen pour tromper l'ennui et une façon de composer avec les symptômes de leur maladie. Les schizophrènes ont tendance à consommer des substances qui sont facilement accessibles comme le cannabis et la nicotine.

Selon F. O'Connor (1994), il existe trois éléments stressants principaux :

- **Dysfonctionnement neurologique** (le dysfonctionnement important est dû à un défaut dans l'apport de la dopamine au cortex préfrontal du cerveau (Weinberger, 1987 cité par O'Connor, 1994)).
- **Stresseurs psychologiques** (consommation de drogue ou d'alcool, nombre de symptômes schizophréniques, la schizophrénie elle-même est une source de stress. Les perceptions altérées, la confusion cognitive, le déficit d'attention et l'identité détériorée sont des expériences internes qui sont annoncées comme stressantes par les schizophrènes (Hatfield, 1989 cité par O'Connor, 1994)).
- **Stresseurs environnementaux/interpersonnels** (événements stressants dans la vie, stimulation de son environnement, de sa famille et de son contexte de soins).

Il faut être attentif au fait que les événements stressants sont fortement influencés par la définition individuelle et par l'évaluation que la personne malade en fait (Zautra et Reich, 1983 cité par O'Connor, 1994).

Certaines études ont essayé de déterminer si certains facteurs de stress pouvaient provoquer les épisodes aigus chez les psychotiques. Brown et Birley (1968, cité par Townsend, 2004) ont apporté les preuves les plus convaincantes. Les sujets étudiés par ceux-ci démontraient que des éléments stressants avaient eu lieu trois semaines avant que les premiers symptômes soient apparus.

D'autres auteurs émettent l'hypothèse que les éléments stressants agissent seulement sur les personnes qui ont une prédisposition génétique à la schizophrénie (Goldstein, 1987, cité par Townsend, 2004).

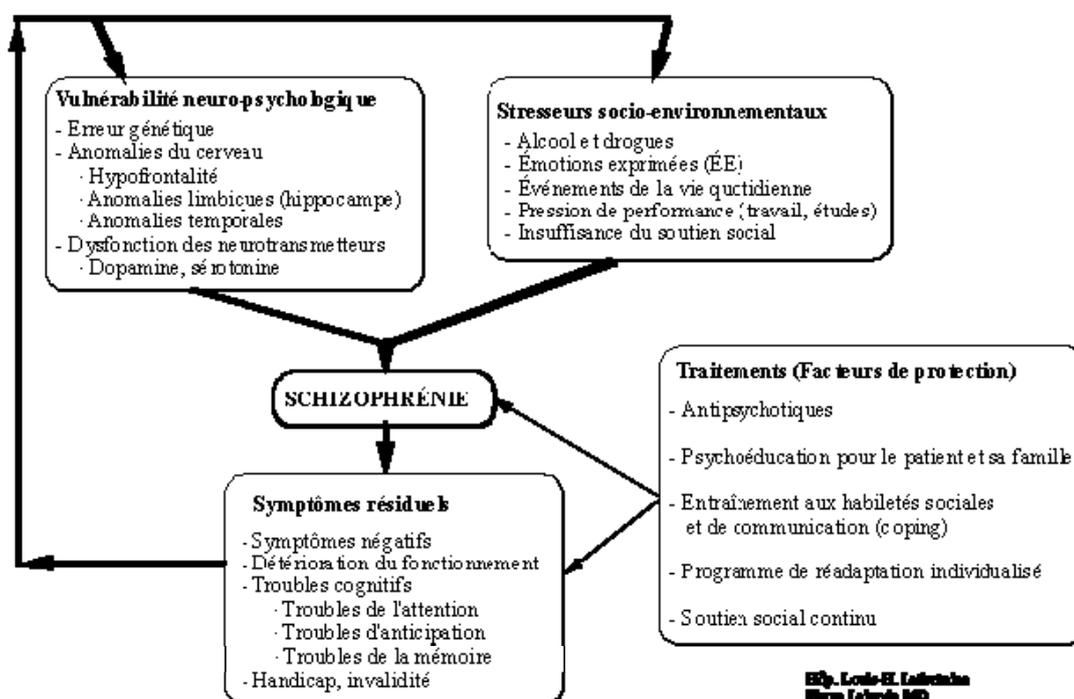
En 1989, Birchwood (cité par Townsend, 2004) et ses collaborateurs mettent en évidence que la réaction des patients face aux éléments stressants² peut varier en fonction de deux principes : la gravité et le nombre des événements de vie stressants et le niveau de vulnérabilité par rapport aux facteurs de stress. Ces éléments stressants créent des tensions sur notre corps ou sur notre psychisme. Ces stressors sont des événements, des situations, des individus et des commentaires qui nous paraissent négatifs. La réaction à ces stressors est différente chez chaque personne (Centre hospitalier des soins psychiatriques : <http://www.hlhl.qc.ca>, consulté le 19.05.2009).

Lazarus et Folkmann (1984, cité par De Reyff, 2003) définissent le stress comme : « une transaction entre la personne et l'environnement, dans laquelle la situation est évaluée par l'individu comme débordant ses ressources et pouvant mettre en danger son bien-être ».

² Un tableau, dans l'annexe 2, fait un listing de tous les événements stressors et les quantifie.

Il est également important de savoir qu'une personne schizophrène est prédisposée à la vulnérabilité comme nous l'explique Monsieur P. Lalonde (<http://www.perso.ch>, consulté le 12.04.2009) dans le schéma suivant :

Modèle vulnérabilité - stress de la schizophrénie



Le schéma précédent montre qu'il existe une prédisposition génétique à la schizophrénie. Cependant, cet élément ne suffit pas à lui seul à engendrer la maladie. Il faut également un certain nombre de facteurs stressants externes à la personne, par exemple, la mort d'un conjoint ou un divorce pour développer une schizophrénie.

Ce tableau nous rend également attentifs au fait qu'un bon nombre d'individus souffrent quotidiennement de différents stressés ; mais ces personnes-là ne souffriront pas de schizophrénie, car elles n'ont pas de prédisposition génétique (Lalonde, 1995, p.49).

Ce tableau nous décrit aussi les symptômes résiduels de la schizophrénie et son traitement.

Selon Llorca (2006), il existe également des signes annonciateurs de rechute. Il les qualifie de signes banals: nervosité, augmentation de la tension, altération

du sommeil, altération de l'appétit, trouble de la concentration, voire désinhibition comportementale. Ces signes sont présents dans 90% des cas et ne sont pas spécifiques à la rechute et au contraire, ils ne sont pas systématiquement suivis d'une phase aiguë. Il dit également que la décompensation aiguë est plus importante dans les cinq premières années de la maladie.

Une décompensation psychotique (= une phase aiguë) se caractérise par la brièveté de sa durée, qui doit être inférieure à six mois, et par la présence d'éléments délirants³, d'hallucinations⁴ accompagnés souvent de troubles du comportement, de signes thymiques et cognitifs, ainsi que d'une perturbation marquée des pensées⁵ et des sensations. C'est souvent la période qui effraie le plus la personne atteinte de schizophrénie et son entourage. Il s'agit d'une urgence psychiatrique qui se termine souvent par une hospitalisation (Debray & Granger & Azais, 1998, cité par Messerli, 2007 et le centre de toxicomanie : <http://www.camh.net>, consulté le 25.04.2009).

Ces phases aiguës n'ont pas un impact banal sur l'évolution de la maladie (Gourion & Gut-Fayand 2004, p.77). Chaque rechute laisse des séquelles et le patient en sort toujours très affecté. Ces phases aiguës sont souvent le recommencement de tout le processus de l'hospitalisation avec une réinstauration de traitement. Cependant, à chaque rechute, une remise en question sur l'alliance thérapeutique entre le médecin et le patient s'impose.

Pour Gourion & Gut-Fayand (2004), « la qualité du lien thérapeutique ainsi qu'une information claire et précise sur la maladie et ses conséquences permettront d'éviter les rechutes dans la majorité des cas » (p.77).

Tournons-nous du côté du patient ; il existe pour lui ce que l'on appelle une technique d'autocontrôle⁶ (Chambon, Perris & Marie-Cardine, 1997, p.70 ; Gourion & Gut-Fayand, 2004, p.83). C'est-à-dire que le patient doit prendre conscience progressivement de ce qui lui arrive, comprendre sa maladie, ses manifestations et son évolution afin de mieux gérer ses symptômes. Ceci est une manière spontanée de réduire un symptôme gênant pour le psychotique.

³ croyances enracinées et fausses sans rapport avec la réalité ni avec la culture de la personne

⁴ une personne entend, voit, goûte, sent ou ressent des choses qui en réalité n'existent pas

⁵ pensées décousues qui empêchent la personne de communiquer clairement avec son entourage

⁶ Dans l'annexe 3, vous trouverez la classification des stratégies d'autocontrôle des symptômes psychotique.

Le patient doit également croire qu'il peut y arriver. Sinon, il ne fera pas l'effort et se repliera peu à peu sur lui-même. C'est de cette prise de conscience que naît l'importance d'une bonne alliance thérapeutique. C'est l'infirmière qui va accompagner la personne tout au long de cette démarche, qui va l'encourager et qui va lui donner des informations sur sa maladie et son traitement. Le but suprême de toutes les interventions thérapeutiques se trouve dans l'autonomisation du patient et de leurs familles (Bäumli, Froböse, Kraemer, Rentrop, & Pitschel-Walz, 2006).

Il faut également noter que plus le patient a eu de rechutes psychotiques dans sa vie, plus il sera susceptible d'être motivé à augmenter son propre contrôle, car il est conscient de ce qu'implique une rechute (Van Meijel et al., 2002).

Un autre élément important dans la prévention des rechutes psychotiques est le soutien social. Le réseau social et les programmes de groupes d'entraide ont un rôle dans le rétablissement des épisodes schizophréniques aigus et la diminution des réhospitalisations (Cohen et Sokolovsky, 1978; Gordon, Edmunson, Bedell et Goldstein, 1979; Otteson, 1979 cité par O'Connor, 1994).

3.2 LA SCHIZOPHRÉNIE

La schizophrénie, encore appelée « dissociation de la personnalité », est une affection mentale chronique, grave, assez fréquente, atteignant environ 1% de l'ensemble de la population juvénile (15-30 ans).

La schizophrénie se caractérise par la transformation profonde et progressive de la personnalité qui cesse de construire son monde en communication avec autrui pour se perdre dans un chaos imaginaire.

Cliniquement, elle réalise un ensemble de troubles où dominant la discordance, l'incohérence, l'ambivalence, l'autisme, les idées délirantes et les hallucinations mal systématisées ; et de profondes perturbations affectives dans le sens du détachement et de l'étrangeté des sentiments, troubles qui ont tendance à évoluer vers un déficit et une dissociation de la personnalité (Hanus et Marchal, 2006, p.126).

Selon F. O'connor (1994), il existe une catégorisation des symptômes comme positifs ou négatifs. Ces symptômes n'apparaissent pas toujours tous simultanément et ne sont pas seulement associés à la schizophrénie.

- Exemples de symptômes négatifs : manque de motivation, baisse de l'activité et discours réduit.
- Exemples de symptômes positifs : illusions et hallucinations.

Les symptômes positifs sont généralement plus fluctuants, devenant sévères pendant les crises psychotiques et baissant entre les épisodes. Même pendant les périodes de stabilité relative, les symptômes psychotiques croissent et décroissent. Souvent, les symptômes négatifs amènent à un repli sur soi jusqu'à un isolement social complet.

Selon Llorca (2006), il existe différentes phases dans lesquelles passent chaque personne atteinte de cette maladie :

- **Phase initiale** : Elle est caractérisée par l'entrée dans la maladie avant 30 ans. Puis, elle est suivie d'une lente détérioration.
- **Phase en plateau** : Celle-ci est définie comme la période de stabilisation qui se passe en général entre 35 et 55 ans.
- **Phase d'amélioration** : Il y aurait une amélioration au-delà de 55 ans.

Le rétablissement social, dans la mesure où celui-ci se produit, prend en moyenne une année (Hert & Slooff, 2000, cité par Van Meijel et al., 2004).

3.3 RÔLE DE L'INFIRMIÈRE DANS LA PROMOTION ET LA PRÉVENTION DE LA SANTÉ

L'infirmière a pour rôle de soigner les personnes avec une maladie. Mais elle a également un rôle à jouer dans la prévention et la promotion de la santé. Les infirmières, par leurs actes, peuvent empêcher ou changer l'évolution d'une maladie, tout en sensibilisant ou en accompagnant les patients.

⇒ **La promotion de la santé** (Chartes d'Ottawa, 1986) :

La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci. Cette démarche relève d'un concept définissant la "santé" comme la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie. Il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques [..].

⇒ **La prévention de la santé** :

La prévention des maladies vise un but précis, à savoir : protéger la santé et empêcher la survenue de la maladie par divers moyens dont la détection précoce.

Il existe trois sortes de prévention :

- Prévention primaire : «L'OMS définit la prévention primaire comme tous les actes destinés à diminuer **l'incidence** d'une maladie dans une population en réduisant le risque d'apparition de cas nouveaux».
- Prévention secondaire : «L'OMS définit la prévention secondaire comme tous les actes destinés à diminuer la **prévalence** d'une maladie dans une population en réduisant l'évolution et la durée».
- Prévention tertiaire : «L'OMS définit la prévention tertiaire comme tous les actes destinés à diminuer la **prévalence des incapacités chroniques** dans une population en réduisant au minimum les invalidités fonctionnelles consécutives à la maladie» (cité par Quinodoz, s.d.).

Dans ce travail, il sera surtout question de la prévention tertiaire. Comment empêcher des rechutes chez les personnes schizophrènes ?

4. CADRE DE REFERENCE : L'INTERACTIONNISME

Grâce à l'interactionnisme, nous allons pouvoir analyser les résultats de ce travail de manière adéquate. Ce concept s'appuie essentiellement sur la co-construction d'un sujet commun entre deux personnes. L'interactionnisme n'analyse pas l'individu ou son action personnelle, mais ce qui se passe entre deux personnes ou plus (Fornerod, 2005).

Ce concept touche les deux acteurs de l'interaction. Dans la question de recherche : « Comment l'infirmière peut accompagner les patients schizophrènes afin d'éviter une phase aiguë dans un service ambulatoire », nous voyons bien les deux différents acteurs de la communication : « comment l'infirmière peut accompagner » = rôle de l'infirmière et « les patients schizophrènes » = les patients. Les deux acteurs sont pris en considération pour construire un objet commun.

« Dans le modèle anthroposystémique, le « produit » du travail soignant n'est pas prédéterminé, mais se co-construit dans et par les interactions entre le patient et le soignant » (Fornerod, 2005, p.191). Ce qui veut dire que l'infirmière et le patient grâce à leur relation thérapeutique vont décider ensemble du projet de soin.

Un élément indispensable dans la prise en charge d'une personne souffrant de schizophrénie est la relation de confiance établie entre l'infirmier et le patient (Fornerod, 2005). La qualité du soin dépend, dans un premier temps, de la qualité de la relation. Le but de l'interactionnisme, qui est donc aussi le but du soignant face à ces situations, est d'avoir un objet de l'interaction commun et précis afin d'avancer ensemble dans la même direction. Le fait d'avoir un objet commun permet à la personne malade de rester auteur et acteur de l'objet mais surtout auteur de son devenir. On sait par ailleurs que plus on donne de responsabilité dans la gestion de sa maladie à un schizophrène, plus il se sentira acteur de sa maladie et sera motivé à entreprendre un traitement ou une thérapie proposés. Un schizophrène acteur dans sa maladie comprend mieux ses troubles que les autres. De ce fait, le patient verra que le problème c'est sa maladie et non lui-même en tant que personne. Sans cela, une personne

schizophrène serait trop dépendante de l'équipe soignante et ne pourrait « pas construire » sa vie à l'extérieur des infrastructures hospitalières, tels que les services ambulatoires. Le rôle de l'infirmier-ère est de permettre aux patients d'avoir un choix éclairé sur son objet et de l'accompagner dans son sens pour qu'il retrouve la qualité de vie qu'il estime acceptable pour lui. Il est essentiel en tant que soignant d'être attentif au contexte de la réalisation de l'objet commun, car dans l'interactionnisme il est perçu comme très influençant.

La prise de conscience pour le schizophrène de ce qui lui arrive, d'être conscient de ses symptômes et de ses comportements font partie intégrante de la gestion des rechutes (l'autocontrôle). Si le sujet n'est pas d'accord de travailler ce thème ou n'en voit pas l'intérêt, il est inutile que l'infirmière l'y encourage pour le moment (Fornerod, 2006-2007 p. 2). De plus, une confrontation avec une personne schizophrène risque d'augmenter son stress donc son malaise, ce qui pourrait compromettre l'alliance thérapeutique.

Cette phrase représente bien le principe de l'interactionnisme : « Nous sommes ensemble pour vous soigner » (Fornerod, 2007).

Les théories interactionnistes soulignent que des difficultés apparaissent pour créer cet objet de soin, en raison des différents temps de la vie. En effet, le passé du soignant-soigné n'est pas le même donc automatiquement les opinions, les représentations vont diverger selon leurs expériences ultérieures. Le présent est une période délicate et difficile pour la personne schizophrène. Pour terminer, le schizophrène en phase aiguë est en incapacité totale de se projeter dans le futur, d'où cette difficulté majeure pour trouver un terrain commun (objet tiers) (Fornerod, 2005).

Une autre difficulté de construction d'un objet commun avec une personne schizophrène provient du fait que ces personnes ont des pensées désorganisées et sont dans un état de vulnérabilité qui les conduit à utiliser un mécanisme de défense : le déni.

Le déni est un:

Mécanisme à travers lequel l'individu refuse de reconnaître les émotions et les événements douloureux ou anxiogènes. Quand nous avons des sentiments ou des désirs que nous ne pouvons consciemment accepter, quand nous sommes confrontés à des problèmes que nous sommes

incapables de résoudre, nous pouvons refuser de reconnaître que le problème existe (Ionescu, 1997, cité par Gremaud, 2008, p.3).

Pierre Fornerod (2005), dit que tout être humain en santé harmonieuse (fonctionnement stable) a un mode de vie homéostatique et que toute personne ayant un mode homéostatique dégradé (hétérostatique) a une santé dégradée (p.180).

Le schizophrène est-il en mode de vie Hétérostatique ?

Lorsqu'un ou plusieurs facteurs internes et/ou externes entraînent une ou plusieurs variables aux limites de la zone d'homéostasie (ce qui menace l'existence du système), l'être humain met en place des mécanismes de régulation appelés adaptations, et le système fonctionne alors en mode perturbé (Fornerod, 2005, p.172).

Le mécanisme de régulation pour les schizophrènes, ne serait-il pas appelé déni dans l'interactionnisme ?

D'autres éléments typiques des personnes schizophrènes peuvent entraver la relation et la co-construction d'un objet tiers.

Tous les symptômes de la schizophrénie décrits auparavant peuvent générer des problèmes de communication, de relation. L'anxiété est également une caractéristique de cette maladie qui pousse à ne pas faire confiance aux autres, d'où la difficulté d'établir de vrais liens avec ces personnes-là.

Il existe d'autres mécanismes de défense qu'utilisent les schizophrènes :

- La projection : Tout ce qui est mauvais pour la personne est mis à l'extérieur ou mis sur une autre personne.
- Le clivage : Séparer tout en deux. Soit tout est bien, soit tout est mauvais.

Ces moyens de défense sont utilisés par les schizophrènes pour maintenir à distance les idées pénibles, sources d'émotions insupportables. A force de trop les utiliser, de trop se défendre avec ceux-ci, le sujet risque de détériorer ses contacts avec son entourage (Hanus et Marchal, 2006, p.94).

Des éléments comportementaux caractérisent également la schizophrénie. Il y a la méfiance extrême et une attitude de scepticisme en raison de leurs relations interpersonnelles (Bäumli et al., 2006).

5. METHODOLOGIE

D'après Loïse, (2007) le devis de recherche est le plan global destiné à répondre à une question de recherche ; il s'agit notamment des spécifications destinées à améliorer l'intégrité de l'étude. Pour ce travail le choix a été fait de pratiquer une revue de littérature afin d'avoir une vision globale des écrits actuels afin de répondre au mieux à la question : « Comment l'infirmière peut accompagner les patients schizophrènes, afin d'éviter une phase aiguë dans un service ambulatoire ? ». La revue de littérature étoffée donne des éléments contextuels qui permettent de savoir où en sont les recherches sur ce sujet à un moment précis. Elle fait également ressortir les éléments manquants qui peuvent devenir des pistes de recherches. Grâce à ce travail, d'éventuels besoins, problèmes ou questions seront mis en évidence et pourront servir de point de départ pour un travail de recherche sur le terrain.

La première étape pour réaliser cette revue de littérature a été de trouver des mots-clés, pour ensuite trouver les Mesh pour les utiliser dans les bases de données (exemple Medline, cinahl...). Grâce à ces mots-clés, une multitude d'articles concernant la question de recherche a été trouvés. Pour faire une première sélection des articles, des critères d'inclusions et d'exclusions ont été choisis.

Critères d'inclusions	Critères d'exclusions
<ul style="list-style-type: none"> • Année 1990-2009 • Recherche français-anglais • Schizophrénie • Prévention • Décompensation psychotique • Soins infirmiers/relations 	<ul style="list-style-type: none"> • Traitement médicamenteux • Efficacité du traitement • Description de la pathologie

Après ceci, douze articles concernant la question de recherche ont été trouvés. Les stratégies utilisées, pour trouver les articles, sont répertoriées dans le tableau suivant. Cette recherche d'articles a été réalisée entre juin 2009 et juin 2010.

Dans un premier temps, toutes les recherches ont été traduites en Français. Ceci a été une grande difficulté.

Par la suite, elles ont été analysées selon la grille critique d'analyse⁷ de recherche selon Fortin, (2006, cité par Nadot, s. d.). Un élément essentiel, auquel nous avons apporté particulièrement l'attention, est le respect des droits éthiques et déontologiques. La grille critique d'analyse des recherches a un item concernant cet effet. Toutes les recherches ont correspondu aux critères minimums demandés. Vu la qualité scientifique de ces recherches, il y a peu de chance que les résultats soient dus au hasard, mais de grande probabilité qu'ils reflètent la réalité.

Pour analyser les résultats, dans un premier temps, un résumé des articles a été fait dans une grille (voir annexe 4). Puis, tous les éléments ressortis de ces résultats ont été classés entre les besoins des infirmières, les interventions pour les patients et les interventions pour la famille. En faisant cela, différents thèmes sont ressortis à plusieurs reprises et a permis de catégoriser les résultats.

Pour ce faire, la méthode d'analyse de contenu de Mayer (s. d.) a été utilisée. Cette méthode consiste en quelques mots, à présenter les résultats de manière brute sans que l'auteur qui les utilise ne les interprète. Une simple catégorisation des divers résultats trouvés sera mise en évidence.

Après cette simple catégorisation, une analyse de la qualité de ces résultats ainsi que les liens avec le cadre de référence seront mis en avant dans la discussion.

⁷ La grille se trouve dans l'annexe 6

5.1 RESULTATS DES STRATEGIES DE RECHERCHE

Dans le but de trouver un maximum de recherches pertinentes, différentes stratégies de recherche ont été utilisées sur la base de données Medline. Afin de trouver un maximum de recherches gratuites et en texte entier, les bases de données Cinhal et BDSP ont été utilisées.

Mesh terme	Nombres trouvées	Nombres sélectionnées	Design	Points de validité
Role nurse and schizophrenia	130	<ul style="list-style-type: none"> Mccann, T.V. & Clark, E. (2004). Advancing self-determination with young adults who have schizophrenia. <i>Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing</i>, 12, 12-20. 	<ul style="list-style-type: none"> Recherche qualitative 	<ul style="list-style-type: none"> 13/15
		<ul style="list-style-type: none"> Van Meijel, B., Van der Gaag, M., Kahn, R.S., & Grypdonck, M.H.F. (2004). Recognition of early warning signs in patients with schizophrenia: A review of the literature. <i>International Journal of Mental Health Nursing</i>, 13, 107-116. 	<ul style="list-style-type: none"> Revue de littérature 	<ul style="list-style-type: none"> 12/15
		<ul style="list-style-type: none"> Huang, X.Y., Ma, W.F., Shih, H.H., Li, H.F. (2008). Roles and functions of community mental health nurses caring for people with schizophrenia in Taiwan. <i>Journal of clinical nursing</i>, 17, 3030-3040. 	<ul style="list-style-type: none"> Recherche qualitative 	<ul style="list-style-type: none"> 14/15
Schizophrenia and nursing and recurrence	63	<ul style="list-style-type: none"> O'Connor F.W. (1994). A vulnerability-stress framework for evaluating clinical interventions in schizophrenia. <i>Image--the journal of nursing scholarship</i>, 26, 231-237. 	<ul style="list-style-type: none"> Recherche qualitative 	<ul style="list-style-type: none"> 11/15
		<ul style="list-style-type: none"> Van Meijel, B., Van der Gaag, M., Kahn, R.S., & Grypdonck, M.H.F. (2002). The practice of early 	<ul style="list-style-type: none"> Revue de littérature 	<ul style="list-style-type: none"> 12/15

		recognition and early intervention to prevent psychotic relapse in patients with schizophrenia: an exploratory study. Part 1. <i>Journal of psychiatric and mental health nursing</i> , 9, 347-355.		
		<ul style="list-style-type: none"> • Van Meijel, B., Van der Gaag, M., Kahn, R.S., & Grypdonck, M.H.F. (2002). The practice of early recognition and early intervention to prevent psychotic relapse in patients with schizophrenia: an exploratory study. Part 2. <i>Journal of psychiatric and mental health nursing</i>, 9, 357-363. 	<ul style="list-style-type: none"> • Recherche qualitative 	<ul style="list-style-type: none"> • 11/15
		<ul style="list-style-type: none"> • Van Meijel, B., Van der Gaag, M., Kahn, R.S., & Grypdonck, M.H.F. (2003). Relapse Prevention in Patients with Schizophrenia. <i>Archives of psychiatric nursing</i>, 3, 117-125. 	<ul style="list-style-type: none"> • Recherche qualitative 	<ul style="list-style-type: none"> • 11/15
		<ul style="list-style-type: none"> • Van Meijel, B., Kruitwagen, C., Van der Gaag, M., Kahn, R.S., & Grypdonck, M.H.F. (2006). An intervention study to prevent relapse in patients with schizophrenia. <i>Journal of nursing scholarship</i>, 42-49. 	<ul style="list-style-type: none"> • Recherche qualitative 	<ul style="list-style-type: none"> • 14/15
		<ul style="list-style-type: none"> • Van Meijel, B., Van der Gaag, M., Kahn, R.S., & Grypdonck, M.H.F. (2003). Relapse Prevention in Patients with Schizophrenia: The application of an intervention protocol in nursing practice. <i>Archives of psychiatric nursing</i>, 4, 165-172. 	<ul style="list-style-type: none"> • Recherche expérimentale 	<ul style="list-style-type: none"> • 10/15
Schizophrenia and recurrence	1813	<ul style="list-style-type: none"> • Bustillo, J., Buchanan, R.W., Carpenter, W.T. (1995). Prodromal symptoms vs. early warning signs and clinical action in schizophrenia. <i>Schizophrenia bulletin</i>, 21, 553-559. 	<ul style="list-style-type: none"> • Revue de littérature 	<ul style="list-style-type: none"> • 9/15
		<ul style="list-style-type: none"> • Bäuml, J., Froböse, T., Kraemer, S., Rentrop, M., Pitschel-Walz, G., (2006). Psychoeducation: a basic 	<ul style="list-style-type: none"> • Rapport d'étude 	<ul style="list-style-type: none"> • 10/15

		psychotherapeutic intervention for patients with schizophrenia and their families. <i>Schizophrenia bulletin</i> , 32, S1-S9.	expérimental	
psychiatric nursing and recurrence	97	<ul style="list-style-type: none">• Stevens S., Sin, J. (2005) Implementing a self-management model of relapse prevention for psychosis into routine clinical practice. <i>Journal of psychiatric and mental health nursing</i>, 12, 495-501.	<ul style="list-style-type: none">• Recherche qualitative	<ul style="list-style-type: none">• 11/15

6. RESULTATS

Après analyse, les résultats ont pu être catégorisés en 4 sous-chapitres. Dans le premier chapitre, des éléments de base indispensables au bon fonctionnement de la prévention des rechutes seront décrits.

Dans le deuxième, six interventions infirmières seront présentées.

L'implication de la famille dans la prévention des rechutes sera abordée dans le troisième sous-chapitre, et dans le dernier, les obstacles qui peuvent entraver ou empêcher cette prévention seront mis en avant.

6.1. ELEMENTS DE BASE

6.1.1 La formation des infirmières

La formation des professionnels joue un rôle important dans la prévention de rechutes schizophréniques. Plusieurs plans de prévention de rechutes ont été présentés dans les résultats et, à plusieurs reprises, l'importance de la formation des professionnels a été soulignée.

Il existe des cours de formation continue pour les professionnels de la santé mentale. Grâce à ceux-ci, les professionnels acquerront des compétences cliniques pour travailler avec les psychotiques et leurs familles (Stevens & Sin, 2005). Pour qu'ils soient encore mieux préparés face à ces maladies, des journées de formation sont organisées sur la base des connaissances expertes des cliniciens de la prévention des rechutes. Il est important que toute l'équipe soignante soit formée afin que tous ses membres aient les mêmes connaissances et puissent ainsi se soutenir lors de situations difficiles.

6.1.2 Les compétences des infirmières

Dans l'étude faite par Huang, Shih, Ma & Li (2008), 14 rôles infirmiers dans la prévention de rechutes ont été identifiés : être évaluateur, partisan, éducateur, consultant, conseiller, négociateur, harmonisateur, collaborateur, avocat, coordinateur de placement, fournisseur de ressources, fournisseur de soins, manager et détecteur de cas. Certains de ces rôles sont ressortis plusieurs fois dans les résultats des recherches et seront ainsi repris et détaillés dans la suite de ces résultats.

Dans trois études (Van Meijel et al., 2003 ; Mccann & Clark, 2004 ; O'Connor, 1994), les auteurs ont remarqué dans la réalisation de leur étude, que la prévention des rechutes schizophréniques exige des compétences infirmières relativement élevées.

La communication empathique est favorisée avec les patients schizophrènes, afin d'éviter des frustrations. Van Meijel et al., (2003), disent que les infirmières, avec le patient, arrivent à prendre de meilleures décisions si leur jugement clinique est bon.

Plusieurs experts ont souligné que travailler avec le patient demande beaucoup de souplesse, de créativité, d'écoute, une bonne capacité d'organisation ainsi qu'une bonne collaboration multidisciplinaire. Ceci demande également une prise en charge individuelle personnalisée et un réajustement quotidien des soins selon l'état du patient.

Un élément également indispensable dans les compétences des infirmières est la capacité de ne pas juger un comportement du patient. Il faut plutôt présenter diverses options auxquelles le patient peut se raccrocher (Van Meijel et al., 2002).

Les professionnels de la santé l'ont formulé comme suit : « transmettez aux patients le message que nous agissons tous de temps en temps contrairement à nos intérêts; c'est seulement humain » (Van Meijel et al., 2002, p.16).

6.1.3 Les connaissances des infirmières

Dans un premier temps, l'hypothèse est que des signes d'alarme ont une valeur prédictive dans la survenue d'une rechute psychotique. Plusieurs études ont suggéré que l'identification de ces signes d'alarme peut faire rapidement suivre les soins cliniques efficaces et interrompre le processus de la rechute (Carpenter et al., 1990; Jolley et al., 1989, 1990; Herz et al., 1991; Pietzcker et al., 1993 & Marder et al., 1994 cité par Bustillo, Buchanan & Carpenter, 1995 : Van Meijel et al., 2002 ; 2003 ; 2004 ; 2006).

À côté des premiers signes d'alarme plus généraux, la connaissance des comportements particuliers ont aussi une importance pour la reconnaissance d'une psychose (Bustillo *et al.*, 1995; Campo & Merckelbach 1996; Herz & Lamberti 1995; Norman & Malla 1995 cité par Van Meijel, et al., 2004). Ceux-ci

sont des comportements du patient très excentriques qui constituent souvent un signal certain, pour les personnes de son environnement, que la condition du patient se détériore (Van Meijel, et al., 2004).

C'est grâce à ces différentes connaissances entre autres, que les soignants ont la capacité de prévoir quand un patient est sur le point de rechuter. Une telle interprétation est plausible et soutient l'utilité d'actions cliniques basées sur les signes d'alarme (Bustillo et al., 1995).

6.1.4 Alliance et collaboration

Dans quatre études, (Mccann & Clark, 2004 ; Bäuml et al., 2006 ; Stevens & Sin, 2005 ; Van Meijel et al., 2002). La participation des usagers et la relation de confiance sont essentielles dans la prévention. Une bonne relation d'après Van Meijel et al., (2002), est basée sur la négociation, le renfort positif, la confiance, l'égalité et la prise des expériences du patient en considération.

Les professionnels de la santé et les familles mentionnent fréquemment que l'attitude des professionnels et la qualité de leur relation avec les patients sont des conditions importantes pour que la première reconnaissance des signes d'alarme réussisse et que la première intervention soit fructueuse (Van Meijel et al., 2003 ; 2002 ; Mccann & Clark, 2004 ; Bäuml et al., 2006). Ce qui implique maintenant que les infirmières doivent changer leurs perceptions quant au rôle du patient dans les soins. Les patients doivent dorénavant être perçus comme des associés actifs plutôt que des preneurs de soins passifs, ce qui augmentera l'autogestion du patient (Mccann & Clark, 2004 ; Van Meijel et al., 2020).

Dans quatre études de Van Meijel et al., l'appréciation positive des soignants sur les efforts fournis par le patient contribuait favorablement à une bonne relation.

6.2. INTERVENTIONS INFIRMIERES

Six interventions sont présentées et détaillées par rapport aux résultats trouvés.

6.2.1. Éduquer

La plupart des auteurs des articles disent que, du moment que le patient est informé, il se sent bien plus acteur de sa propre maladie et apprend des stratégies individuelles pour gérer ses propres symptômes.

Selon Mccann & Clark (2004),

L'intention de l'éducation est d'augmenter la connaissance et la compréhension, de changer les attitudes et les comportements qui ne sont pas propices à la promotion de l'autodétermination et de renforcer ceux qui soutiennent le concept. Comme telle, l'éducation fait partie intégrale de la promotion du bien-être (p. 15).

Il a été prouvé, selon Mccann & Clark (2004), qu'il est important de ne pas communiquer trop d'informations au commencement. L'éducation ne peut pas être imposée, mais devrait être offerte quand les patients sont prêts à la recevoir. Le processus est de savoir quelles sont les éléments qui permettent aux patients d'augmenter leur connaissance et leur compréhension de la maladie.

Par la recherche de l'expérience du patient, de ses connaissances, sa motivation à faire des efforts dans l'apprentissage des connaissances sera augmentée (Van Meijel et al., 2003).

Dans les différentes études de Van Meijel et al., les professionnels de la santé, les patients et les familles ont confirmé que l'information et l'éducation adéquates sont essentielles dans le contexte de la prévention de la rechute. En pratique, les informations et l'éducation sont offertes aux patients en 3 niveaux : (1) Donner des informations sur la provenance et la définition de la schizophrénie. (2) Donner des informations sur la maladie par rapport aux caractéristiques du patient. (3) Donner des informations dans le cadre de vie quotidien. Les événements quotidiens sont utilisés dans le but d'informer et d'éduquer.

Les professionnels de la santé expérimentés informent les patients lors de séances de groupe (Van Meijel et al., 2002). Un des avantages est que la présence et la contribution des patients ayant un passé similaire rendent plus faciles les confessions des événements et des expériences qui sont survenus pendant les épisodes psychotiques précédents. Cependant, un des inconvénients est qu'il est difficile de vérifier si les informations transmises au groupe sont réelles. Certaines informations peuvent également causer la confusion, si un patient a les mêmes signes qu'un autre patient du groupe exprime. Les membres de la famille des patients considèrent les informations obtenues lors des réunions très utiles et intéressantes.

La distinction des signes d'alarme doit être faite entre la situation normale/stable et une situation anormale (Van Meijel et al., 2003). Pour cela, chaque signe d'alarme est travaillé sur deux ou trois niveaux. Le niveau 1 donne la situation normale ou stable, le niveau 2 donne une description du signe d'alarme quand il est présent dans sa forme légère ou modérée et le niveau 3 donne la situation où il est présent à un degré grave. Les descriptions sont préparées aussi concrètement que possible et avec un vocabulaire adapté aux patients et à leurs familles.

La famille reçoit la même éducation dans la plupart des cas. Donc celle-ci a la capacité de reconnaître assez tôt les signes d'alarme afin d'avertir le réseau médical. (Van Meijel et al., 2004).

Les patients et leurs familles ont indiqué qu'ils ont eu besoin d'informations écrites, en plus des informations orales, sur les premiers signes d'alarme. Cela leur donnerait une occasion d'approfondir leurs connaissances quand ils en ont envie et conformément à leurs propres besoins (Van Meijel et al., 2002).

L'utilisation des brochures, de livres et de vidéos pour introduire la schizophrénie peut être un moyen d'approfondissement et de consolidation des informations transmises verbalement (Bäumel et al., 2006).

6.2.2. Favoriser

La plupart des études incitent le personnel soignant à favoriser l'autodétermination chez les patients schizophrènes. La littérature montre que l'autodétermination du patient a un rôle important dans la stabilité de son équilibre.

La notion d'autodétermination est tirée du principe moral d'autonomie. L'autodétermination est un concept qui consiste à laisser les individus prendre des décisions pour leur propre vie (Pearsall, 1998). Dans le contexte de services médicaux, l'autodétermination a été définie comme la participation des patients dans les décisions qui empiètent sur leurs vies, en l'absence de contraintes imposées par d'autres (Valimaki, 1998), en réduisant la dépendance aux professionnels médicaux (Dickerson, 1998), et en leur laissant le droit de prendre des décisions autonomes concernant leur propre bien-être (Yeo & Dalzier, 1991). Deci et Ryan (1985), les partisans de la théorie

d'autodétermination, ont prétendu que celle-ci est primordiale à l'établissement et à l'exercice de la motivation intrinsèque et extrinsèque (cité par Mccann & Clark, 2004).

A leur avis, le concept s'étend au-delà du "contrôle de soi". C'est un besoin inné de tous les individus. C'est un processus autorisant, fondé sur la capacité de contrôler son destin, de l'influencer et d'avoir du répondant. Le "self-control" du patient, par l'autodétermination, peut seulement avoir lieu dans une relation mutuelle ou équitable entre les infirmières et leurs patients. (Mccann & Clark, 2004).

Pour les infirmières, ce processus inclut de permettre aux patients de participer à la prise de décisions et de prendre le contrôle de leur maladie et de les soutenir dans cette démarche.

« Quand je suis en contrôle, le contrôle de moi-même, le contrôle des choses que je fais. Je voudrais être dans le contrôle de tout ce que je fais. » (Martin (s.d.), cité par Mccann & Clark, 2004).

Certaines études rapportent que les patients ont une vaste gamme de stratégies d'adaptation efficaces pour les aider à s'adapter, d'où l'importance de la promotion du coping par les infirmières (Baker, 1995; Boker et al., 1989; Carr, 1988; Cohen & Berk, 1985; Falloon, 1987; Holmes et al., 1994; McCandless-Glimcher et al., 1986; Murphy & Moller, 1993; Westacott, 1995 cité par Van Meijel et al., 2004).

6.2.3. Soutenir

Dans les études de Van Meijel et al., le soutien du patient et de sa famille mérite d'être en première position lors des programmes de soins pour les patients schizophrènes.

Les professionnels de la santé ont le devoir de soutenir les familles dans leurs connaissances et dans la traduction de leurs observations (Van Meijel et al., 2002). Le soutien de la famille doit être soigné car celle-ci joue un rôle important dans la prévention des rechutes en tant que collaboratrice de soin.

En ayant une attitude de « positivation » ; ressortir les éléments positifs des expériences ultérieures, normaliser les rechutes ou la dépatho-logicalisation de

l'individu, le patient pourra imaginer qu'une solution viable peut être trouvée pour toutes les situations difficiles (Bäumel et al., 2006).

Quatre études relèvent que le soutien du patient dans la prise de ses médicaments est essentiel pour éviter les rechutes schizophréniques (Van Meijel et al., 2004 ; 2003 ; O'Connor, 1994 ; Bäulm, 2006).

6.2.4. Evaluer

Les infirmières ont une fonction de qualité d'évaluateur quand elles analysent les patients et les membres de la famille. Par conséquent, l'identification des besoins des clients est une fonction importante au sujet du rôle de l'évaluateur dans les soins infirmiers.

L'important, est que les infirmières évaluent, lors des entretiens avec les patients, les symptômes des clients, leur niveau fonctionnel et leur capacité à prendre soin d'eux-mêmes (Huang et al., 2008). Elles évaluent également si les clients prennent régulièrement leurs médicaments, s'ils ont des problèmes physiques, s'il y a des difficultés d'interaction entre les clients et les membres de la famille et également leurs connaissances sur la schizophrénie.

Dans le protocole de Van Meijel et al., (2003), les infirmières analysent d'autres caractéristiques du patient : sa motivation, sa vision et son acceptation de la maladie. La nature et la sévérité des symptômes sont également évaluées dans leur protocole. Elles analysent aussi la capacité du patient à s'engager dans sa prise en soin et la gravité de la situation dans laquelle il se trouve. L'infirmière a un rôle primordial d'évaluer si c'est le moment opportun de commencer ou non une prise en charge par rapport à l'état du patient.

Déterminer le niveau de compréhension du patient sur sa maladie, est d'après Mccann & Clark (2004), à la base de l'évaluation. Cette déclaration a comme hypothèse que la qualité de la prise en soin dépend de la perception du patient de sa maladie.

Trois recherches sur douze, avancent l'importance de l'évaluation de la famille, par les infirmières, pour s'assurer que l'environnement du patient soit amical et soit un endroit où celui-ci peut trouver du soutien afin d'éviter des rechutes psychotiques. L'évaluation doit être faite par rapport à leur degré de repos, leurs disponibilités, leurs situations financières, leurs soutiens de l'extérieur,

l'étendue du réseau, leurs compétences et leurs possibilités à participer à la prise en charge du patient. À l'inverse, les infirmières doivent s'assurer que la famille ne soit pas surprotectrice (McCann & Clark, 2004 ; Van Meijel et al., 2003 ; 2002).

6.2.5. Fournir des soins

Van Meijel et al., (2006), proposent dans leur protocole, de mettre en place un plan de prévention de rechutes. Le protocole d'intervention se compose de quatre phases : (1) La phase préparatoire; (enseignement du plan de prévention et de la schizophrénie), (2) lister les premiers signes d'alarme caractéristiques du patient (Van Meijel et al., 2002), (3) contrôle régulier des premiers signes (la continuité et la régularité des soins sont importants, afin de ne pas oublier ou de perdre des informations), (4) préparation d'un plan d'action. Dans leur protocole, les chiffres suivants sont ressortis. Dans le groupe expérimental, 40 plans de rechutes ont été préparés. Le taux de rechute dans le groupe expérimental était de 12.5% et dans le groupe témoin le taux était de 26.2%. Le test n'a pas montré de différence statistiquement significative ($p=12$). Le risque relatif d'une rechute dans le groupe expérimental a diminué de 52%.

Ce plan d'action est préparé avec l'infirmière, le patient et les membres de sa famille dans le but de contribuer au rétablissement de l'équilibre du patient dans la période d'une rechute menaçante. Dans ce protocole, l'accent est mis sur l'utilisation de médicaments, la prévention du stress, l'amélioration de l'adaptation, ainsi que sur l'utilisation de la protection de l'environnement (Van Meijel et al., 2003).

Pour lister les signes d'alarme, un épisode psychotique, dont le patient se souvient bien, est sélectionné (Van Meijel et al., 2003). C'est-à-dire qu'il y a une reconstitution détaillée d'une psychose antérieure pour créer une image complète d'un épisode. Ce modèle exploite l'hypothèse que les rechutes futures ressembleront de manière significative à l'ancienne rechute (Van Meijel et al., 2002).

Van Meijel et al., (2003), proposent également de lister les événements stressants futurs. La conscience de ceux-ci permettrait donc au patient de s'y préparer.

Ce listing des signes d'alarme est nommé dans 4 recherches comme « signature de rechutes » du patient (Van Meijel et al., 2003 ; 2004 ; Mccann & Clark, 2004 ; Stevens & Sin, 2005).

L'identification de ces signes d'alarme permettrait à l'équipe soignante d'intervenir en diminuant les demandes environnementales, en fournissant des contrôles rapprochés, plus d'assistance et une augmentation de la protection pharmacologique (Bustillo et al., 1995).

Dans un autre modèle, créé par Bäuml et al., (2006), un plan de gestion de crise efficace est adressé à la prévention du suicide.

6.2.6. Contrôler/surveiller

Dans 6 études répertoriées, le contrôle de l'état du patient, ainsi que des premiers signes d'alarmes est primordial, afin d'éviter des rechutes psychotiques (Van Meijel et al ; 2003 ; 2002 ; 2004 ; Mccann & Clark, 2004 ; O'Connor, 1994 ; Stevens & Sin, 2005).

Grâce au contact régulier entre les infirmières et le patient, elles peuvent contrôler la condition du patient et prendre des mesures si l'état de ce dernier l'exige (Van Meijel et al., 2003). Quand les premiers signes sont annoncés, il faut donner les soins appropriés pour rétablir l'équilibre du patient.

Dans un premier temps, le contrôle devrait être fait très régulièrement, de préférence une fois par semaine, sous les conseils de l'infirmière. Par la suite, la fréquence de la surveillance peut varier selon l'état du patient et des connaissances de la famille.

6.3. IMPLICATION DE LA FAMILLE

Tous les professionnels des services médicaux interviewés dans la recherche de Van Meijel et al., (2002), ont considéré la participation de la famille comme très importante parce que (1) les familles peuvent fournir des informations supplémentaires significatives sur les signes pour le plan de prévention des rechutes, (2) les familles peuvent aider à contrôler la condition du patient,

particulièrement quand la perception d'un patient sur son trouble se détériore. Selon O'Connor (1994), le soutien social est un élément protecteur. (3) les parents peuvent décrire leurs propres expériences avec leurs enfants dans les temps de crises psychotiques menaçantes ou réelles et ces expériences peuvent être utiles dans la préparation et l'exécution d'un plan d'action et (4) il dépend souvent des familles si vraiment l'aide adéquate est apportée.

Un rôle important de la famille est d'informer le plus rapidement possible les soignants, dès l'identification de premiers signes d'alarme (Van Meijel et al., 2003).

La plupart des patients de cette étude ont déclaré que la présence de leurs parents a une valeur énorme.

Les avantages du soutien social décrits par les gens avec des troubles psychotiques sont : des occasions pour respirer, tester sa réalité, un soutien matériel, une approbation sociale, une constance, une motivation, un modèle, un contrôle des symptômes, une résolution des problèmes, de l'empathie et de la compréhension (Breier et Strauss, 1984; Leete, 1987 cité par O'Connor 1984). D'autre part, l'interaction sociale trop intense n'est pas un réel soutien social. C'est plutôt stressant, ce qui peut augmenter les symptômes psychotiques (Wing, 1978 cité par O'Connor 1994).

Toutes ces actions décrites dans ces résultats servent de ligne directrice pour les parents, afin d'aider au mieux leurs enfants lors d'une crise menaçante ou réelle (Van Meijel et al., 2002).

6.4. OBSTACLES A LA REUSSITE

Les professionnels de la santé ont particulièrement relevé un certain nombre de caractéristiques spécifiques sur les patients schizophrènes, ce qui empêche l'utilisation des plans de reconnaissance de symptômes (Van Meijel et al., 2002). La présence de symptômes psychotiques rend le patient très préoccupé de son monde intérieur, ce qui l'empêche de traiter d'autres questions. Des symptômes négatifs peuvent aussi former un obstacle. L'apathie, les perturbations de la volonté, la dépression peuvent mener à l'inertie. Il est essentiel pour des professionnels de la santé de prendre ces troubles en considération.

La personnalité du patient et les possibles troubles de personnalité doivent aussi être pris en compte. Des patients avec une image d'eux très négative auront plus de peine à prendre le contrôle d'eux-mêmes. Avec des patients aux traits de personnalité antisociaux et des patients extrêmement vulnérables, il sera difficile de les intégrer dans une prise en soins.

Des patients paranoïdes, des patients qui sont, pour des raisons diverses, très réticents à partager des informations sur leurs expériences auront des difficultés dans la relation. La dépendance aux drogues douces ou aux drogues dures influencera aussi la possibilité de prévenir des rechutes schizophréniques.

Les professionnels de la santé rapportent des expériences négatives impliquant des patients avec des environnements culturels différents. Une des raisons pourrait être que ces patients ont des idées différentes de la maladie mentale et ne sont pas habitués à parler de cette maladie. La reconnaissance des signes d'alarme est, en effet, un produit de croyances et d'avis occidentaux.

Finalement, les professionnels de la santé ont indiqué qu'il est difficile de parler avec des patients de leur trouble et de ses conséquences, si la perception ou l'acceptation de leurs maladies ne sont pas optimales. Les patients ne voient pas l'intérêt de discuter de stratégies préventives s'ils ne pensent pas avoir de problème. Cela amène des sentiments de colère, de résistance, de déni, de résignation et de confusion (Van Meijel et al., 2002). Le manque de motivation peut également freiner la mise en place d'une prévention des rechutes.

Il faut être attentif au fait que la confrontation aux rechutes antérieures pourrait être trop dure pour certains, ce qui pourrait faire apparaître des signes d'alarme (Van Meijel et al., 2003).

7. DISCUSSION

7.1. EVALUER LES RESULTATS

Toutes les recherches de cette revue de littérature ont été analysées selon la grille de lecture critique des recherches selon Fortin, (2006 cité par Nadot, (s.d.). Ces recherches ont toutes obtenu un nombre de points supérieur à 60%. Cela signifie que les douze recherches discutées dans ce travail ont une valeur scientifique et sont qualifiées de « bonnes études ». Les résultats sont bons, mais vu le taux élevé de recherches qualitatives, ils ne peuvent pas être généralisés à l'ensemble de la population schizophrène. Car dans les recherches qualitatives, seulement un petit nombre de patients sont pris en compte.

De plus, deux limites sont à mentionner dans ces résultats de recherche. En premier, deux recherches ont été publiées il y a plus de dix ans. Cependant, nous avons choisi d'élargir nos critères d'inclusion, car sans cela, nous n'arrivions pas à un nombre correct de recherches. Le nombre de recherche souhaité, afin d'obtenir des résultats satisfaisants pour une telle revue de littérature, est de quinze articles.

La recherche sur la reconnaissance et l'intervention précoce est rare. La plupart des recherches ont été faites sur l'application de méthodes de reconnaissance précoce combinées avec des stratégies de médication divergentes (Carpenter et al., 1990; Gaebel et al., 1993, 2002; Herz et al., 1982, 1989, 1991; Inderbitzin et al., 1994; Jolley et al., 1990; Marder et al., 1994; Pietzcker et al., 1993; Schooler et al., 1995, 1997 cité par Van Meijel et al., 2004).

Deuxièmement, cette revue de littérature compte six articles des mêmes auteurs (dans une recherche, un auteur supplémentaire est présent). Ce manque de diversité s'explique par la même raison qu'auparavant : ce sujet n'est pas encore très développé. Malgré tout, ces six recherches sont de bonne qualité et ont apporté beaucoup d'éléments dans les résultats de ce travail. De plus, les six articles sont faits de manière suivie. Un article implique un autre.

On voit donc ici, que le sujet de la prévention chez les schizophrènes est mal desservi par la recherche, il reste un thème à développer. Les bénéfices de ce

type de recherches sont autant profitables aux patients, qu'aux soignants ainsi qu'au niveau des coûts financiers.

Dans ces différentes études, peu de chiffres ont été mis en avant vu la difficulté de mesurer les effets des actions infirmières sur les patients schizophrènes. Certains chiffres sont tout de même prononcés, mais n'ont montré aucun changement statistiquement significatif sur les bienfaits des actions infirmières auprès du patient. Par contre, les chiffres montraient toujours une amélioration de l'état du patient, une diminution des rechutes et une diminution du temps d'hospitalisation. Ceci doit être un élément motivant pour poursuivre les recherches à ce sujet.

La comparaison de ces résultats n'a pas été évidente. Le fait d'avoir différents types de recherches pose des problèmes quant à la catégorisation des résultats. De plus, les différents protocoles proposés dans ces recherches n'ont pas le même contenu ainsi que la même longueur d'application.

D'autres éléments ont perturbés la comparaison de ces résultats. Celle-ci a été compliquée par les visions divergentes des auteurs sur la rechute psychotique et sur les signes d'alarme. Des populations différentes de recherche, ainsi que des conditions différentes de traitement ont été analysées.

Les différences de choix pratiques et méthodologiques représentent également une difficulté pour comparer les résultats.

Ces différents résultats, catégorisés dans cette étude, peuvent aider n'importe quelle infirmière qui veut connaître d'avantage les actions infirmières auprès des patients souffrant de schizophrénie. De plus, toutes les infirmières travaillant avec ces patients peuvent être intéressées à comparer ces résultats avec leurs pratiques de tous les jours. Les familles de ces patients peuvent également trouver un intérêt à parcourir cette recherche pour trouver des pistes d'actions qu'elles pourraient mettre en place. Cet article est rédigé avec un vocabulaire simple, accessible pour tous.

Les actions décrites dans les résultats peuvent être appliquées à tous les patients atteints de la schizophrénie. La question à la base de cette recherche était centrée sur les soins ambulatoires, alors qu'après réflexion, ces interventions peuvent également être intégrées dans les soins d'un hôpital

psychiatrique ou encore dans les groupes d'entraide. Ces actions peuvent être également utilisées lors des phases de stabilisation et pas seulement dans les phases prépsychotiques. C'est tout au long de la vie d'un patient schizophrène que nous, soignants et famille, devons les aider à garder leur équilibre, afin d'éviter des rechutes psychotiques.

7.2. INTERPRETER LES RESULTATS

Des difficultés ont été rencontrées dans la catégorisation des résultats. Du fait qu'aucune des interventions n'allait que dans un sens, il y avait toujours la participation de l'infirmière avec le patient ou la famille du malade. Une séparation entre les interventions des soignants et des patients n'était donc pas envisageable dans ce travail. Une autre difficulté a été de classer les différents éléments entre les « compétences » et les « connaissances » des infirmières. Parfois, certains comportements pouvaient être classés dans les deux catégories. Dans la plupart des cas, ce sont les connaissances qui améliorent les compétences des infirmières. Ce sont deux domaines très proches, mais qui n'ont pas la même définition de base.

La classification des interventions a également posé problème. Certaines interventions sont très proches, et certaines impliquent automatiquement d'autres interventions. L'ordre de la présentation des interventions a beaucoup été discuté. Il est vrai que la manière dont elles ont été présentées pourrait donner l'impression que ce sont des interventions qui se suivent et qui ont un ordre bien précis pour la réussite d'une prise en charge correcte. Or, les auteurs ne donnaient pas d'ordre logique dans l'application de ces interventions. Seuls Van Meijel et al., (2003), dans leur protocole, commençaient par expliquer la schizophrénie et ses impacts, afin que les patients acceptent leur diagnostic et qu'ils aient la meilleure perception possible de leur maladie. Certaines interventions, comme le soutien par exemple, sont faites de manière continue dans le temps, au contraire de l'éducation qui est donnée peut-être de manière plus ponctuelle durant la prise en charge. L'éducation peut être donnée au début de la prise en charge, et peut être reprise par la suite, quand par exemple, le patient a moins de perceptions de sa maladie.

En raison de la perturbation que les rechutes psychotiques graves peuvent provoquer dans la vie du patient et de sa famille, la priorité doit devenir la prévention de cette maladie. Sur la base de la littérature, il y a assez d'éléments présentés pour déclarer qu'une psychose est généralement précédée de signes d'alarme et que la prévention de celle-ci peut être réalisable. Les six interventions ressorties sont donc : éduquer, favoriser, soutenir, évaluer, fournir des soins et contrôler l'état du patient.

Ce qui est ressorti, principalement de deux études, (Van Meijel et al., 2003 ; Stevens & Sin, 2005), est que les infirmières doivent remplir certaines conditions pour pratiquer la prévention des rechutes.

L'infirmière doit voir le patient comme un être individuel et identifier les premiers signes caractéristiques du patient (Van Meijel et al., 2003 ; Van Meijel et al., 2004 ; Mccann & Clark, 2004 ; Stevens & Sin, 2005).

Les résultats sont catégorisés de manière à ce que la lecture soit plus structurée et plus compréhensible. Malgré ces différents sous-chapitres, tous les éléments sont en lien les uns avec les autres. Le mélange de toutes ces actions a comme résultat une prise en charge la plus globale qui soit. Une action peut en engendrer une autre. Par exemple, l'éducation aux patients les rend plus attentifs à leur maladie et ils auront une meilleure vision de leur maladie que les autres patients (Mccann & Clark, 2004). Ce qui implique qu'ils seront plus en mesure de réagir face aux différents signes d'alarme qu'ils perçoivent (l'autodétermination). A ne pas oublier, que le traitement médicamenteux est également indispensable, mais qu'il n'a pas sa place dans le sujet de cette recherche. L'hypothèse est que toutes ces interventions peuvent être faites, mais à des moments différents de l'évolution de la maladie. C'est le patient qui décide quand et comment ces actions vont être partagées. Les patients dans les différentes études, sont plutôt considérés comme des partenaires de soins, et sont pris en compte dans les prises de décisions pour leurs soins (Mccann & Clark, 2004). En général, ils sont actifs et sont motivés pour apprendre (Mueser et al., cité par Stevens & Sin, 2005).

Un élément également significatif dans ces résultats est le fait que ces interventions ne doivent pas être conduites pendant un temps spécifique, mais

celles-ci doivent être continues et demandent beaucoup de structures, ainsi qu'une relation de confiance entre les deux partis. A ne pas oublier, l'importance de la collaboration avec les familles de ces patients. Ces familles jouent un grand rôle dans la détection précoce des différents signes d'alarme. Dix études sur douze parlent de la collaboration de la famille dans la prévention des rechutes, ainsi que du soutien que celles-ci apportent dans la prévention des rechutes. Nous émettons l'hypothèse que sans l'aide de la famille, pour certains patients, il ne serait pas envisageable d'être suivis dans un centre ambulatoire.

Si on demande aux patients et aux infirmières, quels sont les besoins du patient, nous émettons l'hypothèse que dans un premier temps, les besoins peuvent concorder. Cependant, dans la phase prépsychotique, les patients ne se rendent plus vraiment compte de ce qui est entrain de se passer et perdent tous leurs moyens (Van Meijel et al., 2004). Les besoins ne seraient donc pas vus de la même manière.

7.3. LIEN AVEC LE CADRE THEORIQUE

Dans ce prochain point, les liens entre le cadre théorique choisi et les résultats trouvés seront discutés.

❖ Qualité de la relation

Le cadre de référence choisi dans ce travail est l'interactionnisme. Celui-ci dit que la qualité des soins dépend de la qualité de la relation entre le soignant et le soigné. Il dit également qu'il importe de construire un objet commun pour avancer dans la même direction et que l'infirmière doit accompagner le patient dans son sens (Fornerod, 2005).

Dans les résultats, les éléments de co-construction ne sont pas ressortis. Ce qui a été particulièrement mis en avant est que la qualité de la relation a un impact positif ou négatif dans la prise en charge, sans particulièrement donner de détails sur la manière dont cette relation peut être construite. Par contre, un élément de bon fonctionnement de la prise en charge et de l'efficacité de celle-ci dépend, selon les résultats des recherches, de la perception de l'infirmière. Nous avons pu constater dans les différents résultats, que les infirmières devaient changer leurs perceptions sur le patient afin de mieux collaborer avec

celui-ci (Mccann & Clark, 2004). L'infirmière doit « voir » le patient comme un allié dans les soins et non un acteur passif dans la prise en charge. Ceci est, selon nous, un moyen d'éviter que le patient soit trop stimulé par sa prise en soin, ce qui pourrait la compromettre et activer des signes d'alarme. Un soignant souriant, avec une attitude positive devrait également renforcer la bonne qualité thérapeutique (Van Meijel et al., 2002, 2003 ; Bäuml et al., 2006). L'infirmière a le devoir de toujours partir des connaissances du patient.

Nous avons l'impression que la qualité de la relation ne se construit pas de la même manière dans le cadre théorique et dans les résultats trouvés. Dans les résultats trouvés, (Mccann & Clark, 2004 ; Bäuml et al., 2006 ; Stevens & Sin, 2005 ; Van Meijel et al., 2002), nous émettons l'hypothèse que la qualité de la relation dépend surtout du lien de confiance qu'il y a entre le soignant et le soigné. Cependant, dans le cadre théorique de Fornerod, (2005), la qualité de la relation n'est pas uniquement basée sur la confiance, mais surtout sur la co-construction d'un sujet de conversation commun. Dans les résultats trouvés, une prise en charge se base sur les connaissances du patient (Van Meijel et al., 2003). Par contre, dans l'interactionnisme de Fornerod (2005), on va d'abord regarder ce qui se passe entre les deux partis, avant d'entreprendre une prise en charge. Dans les différents articles, l'importance de la famille est mentionnée à plusieurs reprises. Tandis que dans l'interactionnisme, la famille n'est pas mentionnée comme aidante, elle n'est même pas évoquée.

❖ **L'autodétermination**

Cette co-construction de Fornerod (2005), d'un objet commun dans l'interactionnisme avait pour but de rendre le patient acteur dans sa maladie, afin qu'il puisse voir cette dernière comme un problème et ne se considère plus lui-même comme le problème. Le rôle d'acteur du patient lui permettra de prendre conscience de sa maladie et de la gérer de la manière la plus adaptée.

Ces réflexions ont également été retrouvées dans les résultats. L'autodétermination dans l'interactionnisme est tout à fait bien représentée dans les résultats, ce qui conduit à dire que le choix du cadre théorique, pour cet aspect-ci, correspond tout à fait. Dans les résultats, il est même mentionné

que le patient se porte mieux quand il arrive à extérioriser sa pathologie. Ce processus est appelé la « dépatho-logicalisation » (Bäumli et al., 2006).

Dans les résultats également, il n'est pas seulement dit que l'autodétermination dans la schizophrénie est importante pour la connaissance et la gestion de la maladie, mais qu'elle fait également partie d'un besoin inné de tous les individus (Mccann et Clark, 1994).

Selon nous, le cadre théorique et les résultats trouvés concordent sur cette vision circulaire : plus le patient apprend, plus il sera conscient, plus il saura se gérer et gérer ses symptômes, afin de mener une vie agréable et d'éviter des rechutes. Cette vision est à notre avis très importante et renforce l'idée que l'infirmière n'est pas seulement là pour « donner des soins ». C'est également à partir de cette vision qu'on peut imaginer que les patients puissent être « soignés » dans des services de soins ambulatoires. Car un patient sans aucune conscience de sa maladie ou qui n'a aucune possibilité d'être acteur dans sa prise en soin, sera trop dépendant des services de soins, ce qui demandera probablement une hospitalisation. Après la lecture de ces douze articles, nous émettons l'hypothèse que promouvoir l'autodétermination avec tous les éléments qui gravitent autour, c'est promouvoir les soins psychiatriques ambulatoires. Les résultats des recherches montrent que l'autodétermination peut être augmentée par les actions infirmières. Comme par exemple, avec l'éducation (Mccann & Clark, 2004).

❖ Difficulté de la relation

Les symptômes, les comportements psychotiques et les caractéristiques personnelles du patient sont considérés, dans le cadre théorique et dans les résultats, comme des éléments perturbant la construction de la relation, ce qui impliquent une prise en charge difficile.

Fornierod (2005), dit qu'il y a des facteurs perturbateurs dans la relation qui sont appelés : « mécanismes de défense ». Cependant, dans les résultats trouvés, un seul mécanisme de défense est cité et une seule fois seulement. Ce mécanisme de défense est le déni.

Par contre dans les résultats, différents éléments sont ressortis qui ne sont pas pris en compte dans le cadre théorique. Dans ceux-ci, il est noté que nous

devons être très attentifs à la culture du patient (Van Meijel et al., 2002). Car, dans certains pays non occidentaux, la schizophrénie n'est peut-être pas perçue de la même façon que dans les pays occidentaux.

De plus, la perception, l'acceptation et la motivation influencent très fortement la qualité de la relation (Van Meijel et al., 2002). Il est mentionné dans les résultats que chez les patients qui n'ont pas une bonne perception de leur maladie ou qui n'acceptent pas leur diagnostic, la communication entre le soignant et le soigné, ne sera pas optimale. Si le patient ne se rend pas compte qu'il a une maladie, il ne verra pas l'intérêt de se soigner et ne trouvera pas la motivation pour s'investir dans une relation. La théorie de Fornerod (2005), ne donne pas de moyen concret pour pallier à cela. Mais nous pouvons poser l'hypothèse que le soignant, en interaction avec le patient, peut déduire ce phénomène et ainsi y remédier.

L'interactionnisme rend également attentif au fait que la relation et la co-construction d'un objet commun sont facilement perturbées par l'environnement. Cependant, dans les résultats, elles sont principalement perturbées par l'état du patient et non par ce qui gravitent autour. Il est mentionné que l'infirmière doit évaluer le bon moment pour rentrer en contact avec le patient ou commencer une prise en soins (Van Meijel et al., 2003).

Dans la théorie de Fornerod (2005), il est mentionné qu'une même intervention, faite par différentes infirmières, n'aura pas le même effet sur le patient. Dans les résultats des études, aucun élément à ce sujet n'est décrit.

CONCLUSION

La question de recherche était à la base : « Comment l'infirmière peut accompagner les patients schizophrènes, afin d'éviter une phase aiguë dans un service ambulatoire ? ». Après avoir fait les recherches par rapport à cette question, nous avons rapidement remarqué que peu de recherches correspondaient parfaitement à ce sujet. Très peu de documents décrivent concrètement, ou proposent concrètement comment l'infirmière peut accompagner le patient, afin d'éviter des rechutes psychotiques. Nous pouvons énoncer une question de recherche qui serait : « quelles sont les actions infirmières pour aider un patient schizophrène à rester dans un bon équilibre, afin d'éviter les rechutes ? »

Une autre question mérite d'être étudiée : « Comment appliquer la prévention des rechutes psychotiques en tenant compte des différences culturelles ? »

Après la lecture de ces différentes recherches, nous nous sommes également rendu compte que les actions servant à éviter les rechutes schizophréniques ne se faisaient pas seulement dans le temps spécifique de la prépsychose, mais que ces interventions infirmières devaient être prodiguées régulièrement, tout au long de la vie du patient.

La qualité du cadre de référence choisi correspond à certains résultats trouvés, mais pas à d'autres. Nous l'avons mentionné, la grande différence que nous avons pu constater concerne surtout la manière dont s'établit la relation et ce dont elle est construite.

Une autre différence est à noter. Dans le cadre théorique, l'équilibre du patient est très complexe. Il est donc probablement faux de penser que toutes les ressources sont à l'intérieur de l'individu. La famille et l'entourage ne sont pas visibles dans l'interactionnisme, alors qu'on voit bien l'importance et l'implication de la famille dans les résultats de cette recherche.

En conclusion, ce projet montre le besoin des infirmières d'être formées de manière spécifique dans la prévention des rechutes. Il a mis en évidence les différentes compétences d'une infirmière, ainsi que l'importance fondamentale d'une relation et d'une collaboration thérapeutiques. Nous espérons que

l'implication de ce projet dans la pratique sensibilisera et encouragera le personnel infirmier à utiliser la reconnaissance des signes d'alarme pour prévenir ou limiter des rechutes psychotiques. Un autre élément à retenir de ce travail, est le fait que les infirmières doivent voir le patient comme un collaborateur de soin. Sans cette perception de l'infirmière, il n'est pas possible d'entreprendre une prise en charge optimale.

En s'appuyant sur les résultats de cette étude, nous pouvons dire qu'il est important d'intégrer la famille dans la prévention des rechutes.

Peu d'intervention vraiment concrète sont ressortie dans les résultats, cependant, un début de piste d'action est décrit. Nous avons l'impression que l'autodétermination devrait être le but de toutes les interventions entreprises. Avec ce procédé, toutes les chances sont mises du côté du patient pour rester en « bonne santé ». Cette hypothèse devrait être vérifiée dans une future recherche.

La réalité de nos jours, nous pousse à penser que la mise en réseau des différents lieux psychiatriques est importante. Cependant, dans les résultats des recherches, ce thème n'est pas mentionné. La mise en réseau dans le canton de Fribourg est une réussite et cela prouve qu'une telle possibilité est envisageable dans d'autres lieux.

Ces interventions restent quelque peu très directives et peuvent donner une apparence rigide aux infirmières. Cependant, l'infirmière doit approprier ces interventions selon les caractéristiques et les besoins du patient et de son réseau social, ce qui permet d'avoir une certaine liberté dans ces actions.

BIBLIOGRAPHIE

DOCUMENTS PUBLIES

- Chambon, O., Perris, C. & Marie-Cardine M. (1997). *Techniques de psychothérapie cognitives des psychoses chroniques*. Paris : Masson
- Fornerod, P., (2005). *La pratique du soin infirmier au XXIe siècle*. Genève : pratique-théorie
- Gourion, D. & Gut-Fayand, A. (2004). *Les troubles schizophréniques*. Paris : ellipses
- Hanus M., & Marchal V., (2006). *Psychiatrie et soins infirmier*. Paris : Maloine
- Lalonde, P., (1995). *Démystifier les maladies mentales : la schizophrénie*. Montréal : gaëtan morin
- Llorca, P.-M. (2006). *Mieux connaître la schizophrénie*. Paris : John Libbey Eurotext
- Loiselle, C.G. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Canada : Compétences infirmière
- Townsend, M.C. (2004). *Soins infirmiers Psychiatrie et santé mentale*. Québec : renouveau pédagogique inc.

DOCUMENTS NON PUBLIÉS

- De Reyff, M. (2003) Stress. [polycopié] Fribourg : HEDS.FR
- Fornerod, P. (2006-2007) L'approche interactionniste de la relation et de communication. [polycopié] Fribourg : HEDS.FR
- Fornerod, P. (2007) Relation professionnel. [polycopié] Fribourg : HEDS.FR
- Gremaud, T. (2008) L'approche psychanalytique. [polycopié] Fribourg : HEDS.FR
- Messerli, H. (2007) Psychose délirante aiguës. [polycopié] Fribourg : HEDS.FR

- Nadot, N. (s.d.) Lecture critique d'une recherche. [polycopié] Fribourg : HEDS.FR
- Quinodoz M.N (s.d.) Promotion de la santé et prévention. [polycopié] Fribourg : HEDS.FR
- Quinodoz M.N (s.d.) Charte d'Ottawa 1986. [polycopié] Fribourg : HEDS.FR

AUTRES

- Centre de toxicomanie et de santé mentale (05 janvier 2009). *phase aiguë* [Page WEB] Accès : http://www.camh.net/fr/About_Addiction_Mental_Health/Mental_Health_Information/schizophrenia_mhfs_fr.html, (page consultée le 25 avril 2009).
- Le modèle Vulnérabilité-Stress et les interventions efficaces dans la schizophrénie (15 avril 2009). *Modèle de vulnérabilité* [Page WEB]. Accès : http://www.perso.ch/rehab/article_17.htm, (page consultée le 15 avril 2009).
- Santé et services sociaux, Québec (s. d.). *glossaire* [Page WEB]. Accès : http://www.chq.gouv.qc.ca/app/DocRepository/1/Unites_fonctionnelles/Glossaire.pdf (page consultée le 17 mai 2009).
- Département de psychiatrie (2007). *De nouveaux regards sur la schizophrénie* [Page WEB]. Accès : <http://www.schizophrenie-fondation.ch/alamaya/presse/CHUV-Mag-03n3-DossierSchizophrenie-fin.pdf> (Page consultée le 19 mai 2009).
- Centre hospitalier des soins psychiatriques (2008-2009) *centre d'études sur le stress humain (CESH)* [Page WEB]. Accès : <http://www.hlhl.qc.ca/centre-detudes-sur-le-stress-humain/grand-public/les-stresseurs.html> (Page consultée le 19 mai 2009).
- Les schizophrènes anonymes : Histoire de la schizophrénie (2003) *Figures importantes dans l'histoire de la schizophrénie* [Page WEB]

Accès : <http://pel-anon.org/sa/nsfhisto.html> (page consultée le 11 juin 2010).

- Société canadienne de la schizophrénie (s. d.) *La schizophrénie combinée à l'alcoolisme ou à la toxicomanie* [Page WEB] Accès : <http://www.schizophrenie.qc.ca/FR/Infos/Schizotoxicomanie/Livretfamille.pdf> (page consultée le 11 juin 2010).

ARTICLES SCIENTIFIQUES

- Bäuml, J., Froböse, T., Kraemer, S., Rentrop, M. & Pitschel-Walz, G., (2006). Psychoeducation: a basic psychotherapeutic intervention for patients with schizophrenia and their families. *Schizophrenia bulletin*, 32, S1-S9.
- Bustillo, J., Buchanan, R.W. & Carpenter W.T., (1995). Prodromal symptoms vs. early warning signs and clinical action in schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 21, 553-559.
- Huang, X.Y., Ma, W.F., Shih, H.H. & Li, H.F., (2008). Roles and functions of community mental health nurses caring for people with schizophrenia in Taiwan. *Journal of clinical nursing*, 17, 3030-3040.
- Mccann T.V. & Clark, E., (2004). Advancing self-determination with young adults who have schizophrenia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12, 12-20.
- Van Meijel, B., Van Der Gaag, M., Kahn, R.S. & Grypdonck, M.H.F, (2004). Recognition of early warning signs in patients with schizophrenia: A review of the literature. *International Journal of Mental Health Nursing*, 13, 107-116.
- Van Meijel, B., Van Der Gaag, M., Kahn, R.S. & Grypdonck, M.H.F, (2002). The practice of early recognition and early intervention to prevent psychotic relapse in patients with schizophrenia: an exploratory study. Part 1. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 9, 347-355.
- Van Meijel, B., Van Der Gaag, M., Kahn, R.S. & Grypdonck, M.H.F, (2002). The practice of early recognition and early intervention to prevent

psychotic relapse in patients with schizophrenia: an exploratory study. Part 2. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 9, 357-363.

- Van Meijel, B., Van Der Gaag, M., Kahn, R.S. & Grypdonck, M.H.F, (2003). Relapse Prevention in Patients with Schizophrenia. *Archives of psychiatric nursing*, 3, 117-125.
- Van Meijel, B., Kruitwagen, C., Van Der Gaag, M., Kahn, R.S. & Grypdonck M.H.F., (2006). An intervention study to prevent relapse in patients with schizophrenia. *Journal of nursing scholarship*, 42-49.
- Van Meijel, B., Van Der Gaag, M., Kahn, R.S. & Grypdonck, M.H.F, (2003). Relapse Prevention in Patients with Schizophrenia: The application of an intervention protocol in nursing practice. *Archives of psychiatric nursing*, 4, 165-172.
- O'Connor F.W., (1994). A vulnerability-stress framework for evaluating clinical interventions in schizophrenia. *Image--the journal of nursing scholarship*, 26, 231-237.
- Stevens, S., & Sin, J., (2005) Implementing a self-management model of relapse prevention for psychosis into routine clinical practice. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 12, 495-501.

ANNEXES 1

⇒ DÉCLARATION D'AUTHENTICITÉ

«Je déclare avoir réalisé ce travail moi-même, conformément aux directives.
Les références utilisées dans le travail sont donc nommées et clairement
identifiées. »

ANNEXES 2

⇒ **ECHELLE D'AJUSTEMENT SOCIAL** de Holmes et Rahe

Comment se servir de l'échelle ?

Additionnez le nombre de points correspondant aux événements de vie qui se sont produits pour vous dans les 12 derniers mois.

Mort d'un conjoint	100
Divorce	73
Séparation conjugale.....	65
Temps passé en prison	63
Mort d'un proche dans la famille	63
Blessure ou maladie.....	53
Licenciement	47
Reprise de vie conjugale	45
Mise à la retraite.....	45
Ennui de santé d'un parent proche	44
Grossesse	40
Problèmes sexuels	39
Arrivée d'un nouveau membre dans la famille	39
Difficultés professionnelles significatives	39
Modification de situation financière	38
Mort d'un ami intime	37
Changement de situation professionnelle	36
Multiplication de disputes conjugales.....	35
Hypothèque ou dette importante.....	31
Fils (ou fille) quittant la maiso.....	29
Problèmes avec les beaux-parents.....	29
Exploit personnel marquant	28
Conjoint se mettant à travailler ou s'arrêtant.....	26
Début ou fin de scolarité	26
Changement de conditions de vie.....	25
Modification d'habitudes personnelles	24
Difficultés avec un patron.....	23
Changements d'horaires ou de conditions de travail	20
Déménagement.....	20
Changement d'école	20
Changement de loisirs	19
Changement religieux	19
Hypothèque ou emprunt minime	17
Changement dans les habitudes de sommeil	16
Changement de rythme des réunions de famille	15
Changement des habitudes alimentaires.....	15
Vacances.....	13
Noël	12
Amendes ou contraventions.....	11

Echelle d'ajustement social. [Page WEB] . Accès :
<http://tecfa.unige.ch/tecfa/teaching/UVLibre/9900/bin66/echelle.htm>,
 (consulté le 22.04.2009)

ANNEXES 3

⇒ CLASSIFICATION DES STRATEGIES D'AUTOCONTROLE DES SYMPTOMES PSYCHOTIQUE

1. Stratégies cognitives

(a) *Changement de direction de l'attention*

Consiste à diriger l'attention sur un stimulus (une chose) qui n'était pas dans le champ de l'attention auparavant, par exemple réaliser une « distraction »

(b) *Restriction de l'attention*

Consiste à rétrécir le champ de l'attention, en se concentrant sur un petit nombre de choses

(c) *Langage intérieur*

Consiste à se parler dans sa tête (pas à voix haute) pour diriger son comportement ou pour se donner des explications différentes (plus rassurantes) sur la cause d'une expérience ou d'un événement

2. Stratégies comportementales

(a) *Augmenter son niveau d'activité*

Consiste à augmenter les activités qui ne nécessitent pas d'interactions sociales (de contact avec les autres), par exemple faire de l'exercice ou faire une marche

(b) *Augmenter l'activité sociale*

Consiste à débiter une activité avec quelqu'un

(c) *Diminuer l'activité sociale*

Consiste à se retirer d'une activité avec quelqu'un ou d'éviter ce genre d'activité (l'utilisation ponctuelle d'un retrait peut être une méthode utile d'autocontrôle des symptômes, mais l'évitement durable, créant un isolement social, a des conséquences négatives et ne doit pas être encouragé)

(d) *Le test dans la réalité*

Consiste à agir dans la réalité pour mettre à l'épreuve les différentes explications que l'on s'est fait concernant les expériences ou les événements

3. Stratégies sensorielles

Implique l'utilisation de diverses stimulations sensorielles, comme par exemple de regarder la télévision ou d'écouter la radio pour « adoucir » les hallucinations auditives (les voix)

4. Stratégies physiologiques

Implique la modification de l'état physiologique. Cela peut être approprié (exemple : relaxation, contrôle de la respiration), ou inapproprié (exemple : alcoolisation, prise de drogues)

Chambon, O., Perris, C. & Marie-Cardine M. (1997). *Techniques de psychothérapie cognitives des psychoses chroniques*. Paris : Masson

ANNEXES 4

⇒ GRILLES DE LECTURE DES ARTICLES SCIENTIFIQUES

Auteurs: F.W. O'Connor

Année: 1994

Source (journal): Image--the journal of nursing scholarship

Bande/Volume: 26

Cahier/Issue: 3

Pages: 231-237

Titre: A vulnerability-stress framework for evaluating clinical interventions in schizophrenia.

<p>Thème, Question de recherche</p>	<p>La recherche montre une relation entre le niveau des symptômes psychotiques et plusieurs facteurs intra-personnels, les relations interpersonnels et les facteurs environnementaux. Ces déterminants sont incorporés dans un modèle étiologique causal des symptômes psychotiques basés sur le cadre de la vulnérabilité au stress. Alors un modèle d'intervention à facettes multiples pour influencer les déterminants des symptômes est avancé et des exemples d'éléments d'interventions sont spécifiés. Finalement, un programme de recherche pour évaluer l'efficacité du modèle d'intervention est décrit. Les questions de méthodologie sont prises en compte.</p> <p>Le modèle d'intervention, tiré du modèle étiologique des symptômes psychotiques, fournit les prédictions de ce qui devraient être travaillé pour réduire les symptômes psychotiques dans la schizophrénie. Bien qu'il existe des preuves empiriques sur les composants du modèle, dans l'ensemble il est théoriquement spécifié, mais non évalué. Ainsi les prochaines étapes sont de tester les effets du programme d'intervention proposés.</p>
<p>Idées et concepts centraux, théorie, Hypothèse</p>	<p>Autant l'étiologie que les modèles d'intervention devraient être vue comme un ensemble d'hypothèses nécessitant des modifications et des améliorations basées sur des tests empiriques. Les modèles fournissent une structure pour intégrer les connaissances actuelles et introduire une nouvelle recherche orientée vers la réduction au minimum des symptômes psychotiques.</p> <p>Le modèle est basé sur la perspective largement acceptée que les gens schizophrènes ont un dysfonctionnement neurologique qui les rend extrêmement sensibles à l'intra-personnel, aux relations interpersonnelles et aux stressseurs environnementaux (Lieberman, 1986; Nuechterlei ñ Et d'autres. ", 1992; Weinberger, 1987; Zubin et Printemps, 1977). C'est l'aspect de vulnérabilité</p>

du modèle de vulnérabilité au stress de déterminer les symptômes dans la schizophrénie. Dans le modèle étiologique présenté ici, les déterminants du stress sont divisés en deux catégories, les stresseurs et les modérateurs. Une interaction constante parmi les stresseurs et les modérateurs détermine le stress net, qui détermine à son tour le niveau des symptômes.

On agit sur les déterminants des stresseurs pour diminuer le stress.

Stresseurs

- Un contributeur majeur à la réponse du stress dans la schizophrénie est le dysfonctionnement neurologique. Tandis que beaucoup d'écarts neurologiques ont été notés dans la schizophrénie, (Garza-Trevino, Volkow, Cancro, & Contreras, 1990; Szymanski, Kane, & Lieberman, 1991) un dysfonctionnement important est un défaut dans l'apport de dopamine au cortex préfrontal du cerveau (Weinberger, 1987).

- un stress psychobiologique : alcool, drogue, la schizophrénie, les perceptions altérées, la confusion cognitive, le déficit d'attention et l'identité détériorée sont des expériences internes qui sont annoncées comme stressantes par les schizophrènes (Hatfield, 1989). Le stress environnemental/interpersonnel : éléments de vie, régimes thérapeutiques qui stimulent excessivement la famille.

Modérateurs

= Effet protecteur

Exemples : utilisation répétée d'un ensemble limité de stratégies, soutien social (...), (groupe d'entraide) et médicaments neuroleptiques.

Pour récapituler, les symptômes psychotiques sont déclenchés par le stress chez un individu qui est hypersensible à cela et qui est biologiquement prédisposé pour répondre par des symptômes psychotiques. Le stress est produit par une combinaison d'intra-personnel, d'interpersonnel et des facteurs environnementaux dont les effets peuvent être diminués ou augmentés par les modérateurs.

Modèle

Le programme proposé d'intervention a deux hypothèses centrales. La première est, que plus grande est la réduction des facteurs de risque (par exemple, stresseurs environnementaux/interpersonnel), plus grande sera la réduction des niveaux des symptômes et la fréquence de rechute. La deuxième est que plus il y aura de facteurs

	<p>protecteurs (par exemple : compétences d'habileté de régulation des symptômes) plus grande sera la réduction du niveau des symptômes et la fréquence de rechute.</p>
<p>Participants (Nombre, caractéristiques)</p>	<p>Ce modèle doit être testé de la façon suivante :</p> <p>L'échantillon doit être assez grand pour permettre la détection des effets d'intervention qui se produisent. À cause de l'espérance que dans ces échantillons il y aura la large variabilité sur les caractéristiques liées à des résultats variables et parce que la qualité de l'intervention variera probablement, un relativement grand échantillon sera exigé pour atteindre une puissance suffisante pour détecter des différences. Ainsi l'avantage de collaboration sur plusieurs sites à un moment donné est évident pour obtenir des tailles d'échantillons suffisantes.</p>
<p>Devis, Méthode de la récolte des données et de l'analyse</p>	<p>Les interventions proposées pour le test doivent être fournies par la famille, le personnel résidentiel, les pairs et les cliniciens.</p> <p>Ce modèle doit être testé de la façon suivante :</p> <p>Les tests d'intervention appellent une conception expérimentale (ou quasi-expérimentale). De telles conceptions impliquent la comparaison du niveau des symptômes post-intervention et des fréquences des rechutes dans un groupe expérimental avec le niveau de ces mêmes variables dans un groupe témoin de traitement. L'analyse pourrait impliquer la régression multiple ou l'analyse des variations et les méthodes associées (par exemple, MANOVA, l'analyse des tendances), aussi bien que l'équation structurelle modélisant (SEM). SEM ajoute la capacité de tester les effets uniques de chaque composant de l'intervention, clarifiant sa contribution relative. C'est une caractéristique importante, étant donné l'importance de rationaliser les interventions. Finalement, les questions de généralisation et de transportabilité du programme d'intervention se poseront, appelant à la reproduction dans des sites multiples.</p> <p>Pour tester chaque hypothèse formulée dans le modèle pour expliquer les effets, les variables doivent être mises en œuvre et mesurées de façon fiable dans les deux groupes, dans le groupe expérimental et dans les groupes témoins avant que l'intervention commence et à des intervalles pendant et après l'intervention (ou pendant une phase d'entretien de suivi). Si SEM est utilisé, plusieurs indicateurs pour chaque dimension dans le modèle (par exemple, stresser psychobiologique et la perception du soutien social) et chaque facteur d'intervention (par exemple, soutien des pairs, l'intervention de clinicien)</p>

	doivent être mesurés, ainsi ils peuvent être incorporés dans l'analyse. L'exploration des questions telles que L'OMS (par exemple, le sexe et des sous-groupes d'âge) ou lorsque (par exemple, la durée de maladie) exigent que ces données sur ces variables soient aussi récoltées.
Résultats, Conclusion (Des auteurs de l'article)	<p>Le soutien social est un facteur protecteur p. 4</p> <p>Source pour la ventilation, le test de réalité, le soutien matériel, l'approbation sociale, la constance, la motivation, la modélisation, le contrôle de symptôme, la résolution de problèmes, l'empathie, la compréhension, la réciprocité relative et la perspicacité p.4</p> <p>Réduisent les stressors de l'environnement + augmentent le soutien social p.5</p> <p>La famille peut :</p> <ul style="list-style-type: none"> Moduler la stimulation de l'environnement Moduler les taux et le rythme du changement Fournir un soutien expressif et instrumental Faciliter, renforcer l'utilisation de stratégies de régulation des symptômes Renforcer l'utilisation des médicaments prescrits (tableau) Prévention des drogues illicites et de l'alcool p. 6 Soutien pour la médication p.6 <p>L'éducation sert à renforcer le contrôle des capacités, et apprendre des stratégies individuelles pour gérer les symptômes p. 6</p> <p>communication empathique de la part des infirmières p. 6</p>
Propre questionnement et conclusion	<p>Cette recherche nous met à disposition les différents éléments stressors auxquels on doit être attentif pour éviter les rechutes psychotiques. Elle propose aussi quelques interventions qu'on peut mettre en place. Elle cite également des éléments sur lesquels on peut renforcer l'équilibre du patient. Cependant, le test est seulement présenté et non pas évalué sur son efficacité.</p>

Auteurs: T. V. MCCANN & E. CLARK

Année: 2004

Source (journal): Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing

Bande/Volume: 11

Pages: 12-20

Titre: Advancing self-determination with young adults who have schizophrenia

<p>Thème, Question de recherche</p>	<p>La recherche a examiné comment une communauté d'infirmières de santé mentale ont développé l'autodétermination avec des patients qui vivent un premier épisode de schizophrénie.</p> <p>Le but de cette étude était d'annoncer quels processus les infirmières de santé mentale utilisent pour promouvoir l'autodétermination du patient dans le contexte d'un rétablissement d'un épisode aigu de la maladie psychotique.</p>
<p>Idées et concepts centraux, théorie, Hypothèse</p>	<p>Les découvertes montrent que la promotion de l'autodétermination dépendant de l'éducation des infirmières aux patients sur leur maladie, leur bien-être et leur sang-froid. Le développement d'une relation réciproque, ou alliance, entre des infirmières et des patients est implicite dans l'avance de l'autodétermination. Les implications de la promotion de l'autodétermination dans l'éducation du patient, dans la pratique clinique et la recherche sont discutées.</p> <p>La notion d'autodétermination est tirée du principe moral d'autonomie, qui est originaire du Grec « autos » (moi) « nomos » (la loi). L'autodétermination est la voie quand les individus prennent des décisions pour leurs vies (Pearsall 1998). Dans le contexte de services médicaux, l'autodétermination a été définie comme la participation des patients dans les décisions qui empiètent sur leurs vies en absence de contraintes imposées par d'autres (Valimaki 1998), réduisant la dépendance aux professionnels médicaux (Dickerson 1998) et le droit de prendre des décisions autonomes concernant leur propre bien-être (Yeo et 1991 Dalzier).</p> <p>A leur avis, le concept s'étend au-delà du "contrôle de soi". C'est un besoin inné de tous les individus qui peut être autodéterminant et avoir la capacité à choisir s'il faut prendre en main une action particulière.</p> <p>L'autodétermination exige que les patients puissent se comporter et penser d'une façon raisonnable (Buchanan et Brock 1989), mais cela peut être compromis par la maladie mentale sévère comme la schizophrénie.</p> <p>Jusqu'à aujourd'hui, il n'y a eu aucune étude précédente qui a examiné comment les infirmières de santé mentale</p>

	<p>ont élaboré l'autodétermination du patient dans le contexte de rétablissement de la schizophrénie. Étant donné que la littérature montre que l'autodétermination du patient a un rôle important dans l'aide pour qu'il se remette de sa maladie, il y a un besoin de recherche pour examiner les stratégies que les infirmières utiliseraient pour favoriser cette approche avec les patients qui ont la schizophrénie.</p>
<p>Participants (Nombre, caractéristiques)</p>	<p>L'étude a eu lieu dans une communauté au Nouveau Sud rural et dans la région du Pays de Galles et en l'Australie. Celle-ci a impliqué des patients et des infirmières de santé mentale de trois centres.</p> <p>Neuf clients, cinq hommes et quatre femmes, ont été interviewés (interviewés deux fois) ; six d'entre eux ont été aussi observés. Leurs âges se sont étendus de 18 à 30 ans. Personne n'était actuellement sans emploi; en plus aucun n'a jamais été chômeur. Tous les participants vivent dans la communauté, la plupart dans leur maison familiale. Vingt-quatre infirmières ont été interviewées (deux ont été interviewées deux fois), dont six ont été aussi observées.</p> <p>Toutes les infirmières provenaient d'un milieu équivalent. Toutes sauf deux étaient plus âgées que 30 - 49 ans. Leur expérience clinique moyenne était de 12.8 ans, avec une gamme de 3 à 30 ans.</p>
<p>Devis, Méthode de la récolte des données et de l'analyse</p>	<p>L'étude a utilisé la méthodologie de théorie fondée comprenant des entretiens et des observations.</p> <p>Mots-clés : éducation, participation, maladie psychotique, schizophrénie, autodétermination, bien-être.</p> <p>La collecte de données et l'analyse ont eu lieu concurremment et conformément à l'approche de théorie fondée.</p> <p>Les entretiens face à face ont été effectués dans un environnement détendu et privé et ont été enregistrés sur bande. Leur format était peu structuré et conversationnel, lâchement guidé par des aides mémoires.</p> <p>Au total 44 entretiens ont été tenus, chacun d'une durée de 60 à 90 min.</p> <p>Le chercheur a passé environ 55 heures à observer les interactions.</p> <p>Les notes ont été enregistrées par bande et écrites à la main sur le terrain et ensuite transcrites après chaque épisode de travail. Des pseudonymes ont été utilisés. Les données transcrites ont été codées et analysées en utilisant des étapes décrites par Strauss et Corbin (1990, 1998).</p>
<p>Résultats,</p>	<p>Basées sur l'analyse de théorie fondée, deux catégories</p>

<p>Conclusion (Des auteurs de l'article)</p>	<p>de données ont apparus comme les thèmes centraux qui élucident comment les infirmières promeuvent l'autodétermination : éducation et stimulation du sang-froid.</p> <p>EDUCATION</p> <p>L'intention d'instruction est d'augmenter la connaissance et la compréhension, changer des attitudes et les comportements qui ne sont pas propices à la promotion de l'autodétermination et renforcer ceux qui soutiennent le concept.</p> <p><u>Savoir comment éduquer :</u></p> <p>l'éducation a lieu dans le contexte d'une relation caractérisée par une alliance mutuelle.</p> <p>Il est important de ne pas communiquer trop d'informations au commencement, l'éducation ne peut pas être imposée, mais devrait être offerte quand les clients sont prêts à la recevoir (quel est le bon moment ?)</p> <p><u>Savoir quoi éduquer :</u></p> <p>Le processus est de savoir quelles sont les éléments qui permettent aux clients d'augmenter leur connaissance et leur compréhension de la maladie.</p> <p>Ils maintiennent aussi que c'est important que les infirmières soient accessibles, à l'écoute, offrent un soutien et fournissent de l'aide (McCann 1999).</p> <p>Un autre aspect d'éducation implique un accent en reconnaissance de signatures de rechute, pour intervenir tôt et éviter la possibilité d'une rechute complète d'avoir lieu.</p> <p>SANG-FROID</p> <p>Pour les infirmières, ce processus inclut la permission et le soutien des clients à participer à la prise de décisions et prendre le contrôle de leur rétablissement. La participation implique la participation dans les décisions de leur soin.</p> <p>« Quand je suis en contrôle, le contrôle de moi-même, dans le contrôle des choses que je fais. Je voudrais être dans le contrôle de tout ce que je fais. »</p> <p>Les clients sont mieux placés pour aller bien quand ils reconnaissent que la maladie est le problème, plutôt que se voir comme le problème.</p>
<p>Propre questionnement et conclusion</p>	<p>Je sais que cette étude est centrée sur des jeunes personnes. Mais je trouvais cette étude très intéressante car elle décrit comment on peut bien apprendre à une personne schizophrène et comment on peut la rendre actrice dans sa maladie pour qu'elle se sente mieux. Je</p>

	<p>trouvais l'image belle. Le patient doit voir sa maladie comme le problème et arrêter de voir lui-même comme problème. Je pense que l'éducation et le contrôle de soi-même peut se faire à tous les âges de la vie.</p>
--	---

Auteurs: B. van Meijel, C. Kruitwagen, M. van der Gaag, R.S. Kahn, and M.H.F. Grypdonck

Année: 2006

Source (journal): Journal of nursing scholarship

Bande/Volume: 38

Pages: 42-49

Titre: An intervention study to prevent relapse in patients with schizophrenia

<p>Thème, Question de recherche</p>	<p>Dans cet article, nous décrivons la recherche de l'efficacité du protocole d'intervention.</p> <p>Question de recherche: les patients avec la schizophrénie et des troubles psychotiques liés, avec qui les plans de prévention de rechute sont appliqués, ont moins de chance de subir une rechute psychotique que les patients qui reçoivent les soins comme d'habitude ? Secondairement, nous étudions les effets du travail avec un plan de prévention de rechute (a) la perception du patient sur sa maladie, (b) l'alliance du travail entre le patient et l'infirmière et (c) l'utilisation de médicaments.</p> <p>Déterminer si l'utilisation de plans de prévention de rechute (PPR) dans la pratique infirmière est une intervention efficace dans la réduction du taux de rechutes parmi les patients avec la schizophrénie.</p> <p>Cet article concerne une intervention psychosociale qui a l'objectif de contribuer à la prévention des rechutes psychotiques. L'intervention consiste à la reconnaissance précoce des signes de la psychose.</p>
<p>Idées et concepts centraux, théorie, Hypothèse</p>	<p>Ces premiers signes sont des changements d'expérience, de la pensée et du comportement d'une personne dans la phase préliminaire d'une rechute psychotique. Quand la reconnaissance précoce des signes est adéquate, les mesures peuvent être prises pour empêcher une crise psychotique.</p> <p>L'espérance de cette première reconnaissance et de la première intervention est aisément applicable dans les soins infirmiers. Les infirmières ont le contact fréquent avec les patients et les membres de la famille et peuvent ainsi observer l'état du patient.</p>
<p>Participants, (Nombre, caractéristiques)</p>	<p>Un essai contrôlé randomisé avec une période de suivi de 1 an a été choisi comme modèle de recherche.</p> <p>Inclusion : le psychiatre était d'accord, s'ils avaient les critères de diagnostiques de schizophrénie ou un trouble psychotique lié selon le Manuel Diagnostique et Statistique de Troubles Mentaux (APA, 1994). Patient stable. N'importe quelles hospitalisations mais ceux qui étaient en ambulatoires devaient avoir une fréquence de contact minimale d'une fois toutes les 2 semaines. Le patient a dû pouvoir donner son consentement éclairé.</p> <p>Exclusions : troubles cérébraux organiques ou un retard mental,</p>

	<p>alcool ou abus de drogue accompagné, ou des problèmes de comportement, ou s'ils avaient déjà participé à un module semblable.</p> <p>3 organisations de santé mentale : Une institution pour les soins ambulatoires et deux organisations de santé mentale avec les malades hospitalisés, la clinique de jour et les soins ambulatoires.</p> <p>Inclusions infirmières : capables d'exercer la responsabilité dans tous les soins infirmiers aux patients et à son réseau social selon l'administrateur. Les infirmières choisies ont été alors divisées au hasard par département entre le groupe expérimental et le groupe témoin. 1 à 3 patients ont été choisis pour chaque infirmière participante.</p> <p>Les infirmières</p> <p>Les données de base ont été rassemblées du personnel soignant qui avait achevé au moins la période T1-T2. Le nombre total était 48, y compris 26 dans le groupe expérimental et 22 dans le groupe témoin. La plupart d'entre elles étaient dans le milieu des soins infirmiers. (n=45). Le reste (n=3) était des assistants sociaux. Les groupes n'ont pas été différenciés par l'âge, le sexe, l'enseignement, la durée d'emploi ou les années d'expérience.</p> <p>Les abandons</p> <p>À T1, un total de 95 patients ont été inclus : 51 dans le groupe expérimental et 44 dans le groupe témoin. Dans la période T1-T2, qui est pendant la phase de rédiger un plan de prévention de rechute, 11 patients ont abandonnés du groupe expérimental et 2 du groupe témoin. Les raisons d'abandonner le groupe expérimental étaient : décharge prématurée (n=1); stress causé en préparant le plan de prévention de rechute (n=2); rechute psychotique (n=1); le manque de motivation pour préparer le plan de prévention de rechute (n=5); et manque de temps des infirmières (n=2). La raison d'abandonner le groupe témoin était l'achèvement du traitement (n=2).</p>
<p>Devis, Méthode de la récolte des données et de l'analyse</p>	<p>Ils ont été aléatoirement répartis soit dans la condition expérimentale (PPR) ou dans le groupe témoin (les soins comme d'habitude). La mesure de résultat principale était les rechutes psychotiques dans les groupes de recherche.</p> <p>Les infirmières qui avaient été assignées au groupe expérimental ont été formées dans la l'application du protocole d'intervention à deux sessions de formation.</p> <p>-utilisation de jeux de rôle</p> <p>Pour les infirmières dans le groupe témoin, une session d'information a été tenue, dans laquelle elles ont été informées dans de larges traits des objectifs de recherche et les procédures.</p> <p>La collecte de données a alors eu lieu à trois reprises : (a) T1 : Après l'achèvement des sessions de formation. (B) T2 : après que</p>

l'achèvement du plan de prévention de rechute ou une période correspondante au groupe témoin. (C) T3 : après achèvement de la période de suivi de 1 an.

On a demandé en premier aux patients sélectionnés s'ils étaient d'accord d'être supervisés par une infirmière. Si les patients sont d'accord, ils ont été vus par le chercheur ou l'assistant de recherche qui leur a fourni de nouvelles informations sur l'étude et la procédure d'informer-consentement. Après l'accord définitif, les données T1 ont été rassemblées.

Les infirmières du groupe expérimental ont préparé les plans de prévention de rechutes individualisés avec les patients et, si possible, avec les membres du réseau du patient.

Après l'achèvement des plans de prévention de rechute dans le groupe expérimental et après une période comparable dans le groupe témoin, T2 ont été enregistrées. Alors la période de suivi a commencé dans laquelle le plan de prévention de rechute a été appliqué dans le groupe expérimental. Les infirmières et les patients ont reçu l'ordre de marquer les premiers signes sur le plan chaque semaine.

À la fin de l'année de suivi, les mesures de T3 ont été prises.

Le rapport écrit sur la rechute psychotique dans le formulaire de progrès. Ce rapport indique si les patients avaient reçu une dose plus haute de médication neuroleptique et s'ils avaient été admis à l'hôpital. Quand le rapport a été reçu, un chercheur indépendant, qui ne connaissait pas les conditions de recherche du patient, a interviewé par téléphone l'infirmière ou la personne donnant des soins qui avait pu observer le patient pendant l'épisode psychotique. L'entretien a été structuré sur la base des articles de l'Échelle Positive de l'Échelle de Syndrome Négative (PANSS). Ce score a été comparé avec le score de PANSS sur T1 pour évaluer l'augmentation relative de symptômes psychotiques.

Pour la recherche sur les caractéristiques psychopathologiques du patient, le PANSS a été utilisé dans cette étude (Kay, Fiszbein, *Opler, 1987).

La perception de la maladie par le patient a été mesurée avec l'Échelle d'Aperçu (Birchwood et d'autres., 1994).

La qualité de l'alliance thérapeutique a été mesurée avec l'Inventaire d'Alliance de Travail (WAI; Horvath et Greenberg, 1989).

Pour les médicaments neuroleptiques, les équivalents de dosage ont été calculés en ce qui concerne l'halopéridol (Ziekenfondsraad, 1999).

Pour les comparaisons des groupes expérimentaux et des groupes témoins, nous avons utilisé le test Chi-carré, le test Mann-Whitney U et le test de t sur des groupes indépendants suivant le niveau de

	<p>mesure et les tailles de groupe.</p> <p>Pour comparer "la durée de survie" des patients dans les deux groupes, c'est-à-dire la période qu'ils sont sans psychose, une analyse de survie a été exécutée (Kaplan Meier/Log le test/barreur de rang la régression de danger proportionnelle). Des changements longitudinaux de l'utilisation de médicaments, l'aperçu de maladie et la qualité de l'alliance thérapeutique aussi bien que de la comparaison de changements entre les deux groupes ont été étudiés au moyen des Mesures Répétées ANOVA et l'analyse de multi niveau.</p>
<p>Résultats, Conclusion (Des auteurs de l'article)</p>	<p>Les taux de rechute dans le groupe expérimental et les groupes témoins étaient, respectivement, 12.5 % et 26.2 %. Le test a montré que cette différence n'était pas statistiquement significative ($X^2(1) = 2.445; p = .12$). En plus du test conventionnel avec le test Chi-carré, d'autres mesures ont été calculées pour donner une indication de l'effet du traitement. Le Risque Relatif (RR) d'une rechute dans le groupe d'intervention en ce qui concerne le risque dans le groupe témoin était 0.48 (CI 95 % : $0.20 < X < 1.26$). La Réduction de Risque Relative (RRR) était 0.52 (CI 95 % : $-0.26 < X < 0.80$), ce qui signifie que la chance d'une rechute a diminué de 52 % par l'application de l'intervention. La Réduction de Risque Absolue (ARR) était 0.137 (CI 95 % : $-0.031 < X < 0.305$), ce qui implique qu'une rechute peut être empêchée avec le protocole d'intervention pour presque 14 patients sur 100. Le Nombre Nécessaire à Traiter (NNT) est 7.3 (CI 95 % : $3.28 < X < 8$), indiquant que l'intervention doit être appliquée à au moins 7 patients pour empêcher une rechute psychotique chez l'un d'entre eux.</p> <p>Dans cette étude aucun effet statistiquement significatif de l'intervention n'a été trouvé. La recherche d'efficacité dans ce secteur devrait être continuée avec des échantillons plus grands et des plus longues périodes de suivi.</p>
<p>Propre questionnement et conclusion</p>	<p>Ce sont surtout des chiffres qui correspondent à des actions mais pas des actions proprement dites. Intéressant pour voir l'efficacité de la reconnaissance et l'intervention précoce.</p>

Auteurs: Stevens S, Sin J.**Année:** 2005**Source (journal):** Journal of psychiatric and mental health nursing**Bande/Volume:** 12**Cahier/Issue:** 4**Pages:** 495-501**Titre:** Implementing a self-management model of relapse prevention for psychosis into routine clinical practice

<p>Thème, Question de recherche</p>	<p>Ce document décrit un projet de mise en œuvre, sur une preuve fondée, un modèle structuré de prévention des rechutes dans la pratique clinique de routine dans la communauté de l'équipe de santé mentale à Reading, Berkshire.</p> <p>Ce projet a atteint aujourd'hui la fin de la phase pilote, dont un rapport plus détaillé est présent dans le document.</p> <p>Les effets de la modification proposée sont considérés comme des points de vue des clients, des familles, des cliniciens et des services. Le processus de transition et de son impact sur les membres de l'équipe multidisciplinaire est examiné. Cet article vise à décrire l'arrière-plan et le développement de ce projet en cours, tout en mettant l'accent sur la phase pilote. Mots-clés: La participation des usagers, les signes d'alerte précoce, la psychose, la prévention des rechutes.</p> <p>Dans cet article, les auteurs veulent partager une pratique complète d'une approche de développement qui synthétise l'éducation et la formation, dans les services, visant à promouvoir la pratique de prévention de rechutes. Divers éléments complémentaires de l'ensemble du projet seront examinés.</p>
<p>Idées et concepts centraux, théorie, Hypothèse</p>	<p>Il est proposé que les cliniciens adopteront Smith's Self-Management Manuel pour les personnes souffrant de psychose comme un outil clinique pour travailler avec des patients qui ont des troubles schizophréniques-forme ou troubles affectifs bipolaires présentant un état psychotique.</p> <p>L'importance de fournir des interventions psychosociales (PSI) pour les personnes souffrant de psychose a été reconnue au niveau national (ministère de la Santé 1999, Institut national d'excellence clinique 2002, Brooker & Brabban 2003) et au niveau de l'équipe de la communauté mentale de santé. La politique actuelle de la santé mentale (ministère de la Santé 1999) et les cliniques pour la schizophrénie (National Institute of Clinical Excellence 2002) ont fixé des principes qui appuient les progrès considérables que la recherche a fait sur l'efficacité des approches psychosociales pour les cas particulièrement</p>

	<p>graves et persistants.</p> <p>La philosophie de la participation des usagers et la collaboration sont essentielles dans ces documents.</p> <p>Le projet Smith (2003) fournit un moyen complet de surveillance et de travailler avec des signes d'alerte précoce qui est mesurable, facile à utiliser et à intégrer dans un plan d'action personnel pour le client.</p> <p>Alors que le Smith (2003) du modèle de travail avec des signes d'alerte précoce et la prévention des rechutes a été choisi pour son accent sur l'autogestion et l'autonomisation des services-utilisateurs, la participation de la famille ou des soignants est encouragée, surtout pendant la construction de la time-line, la signature de rechute et le plan d'action.</p>
<p>Participants (Nombre, caractéristiques)</p>	<p>25 personnes schizophrènes et 6 coordinateurs</p>
<p>Devis, Méthode de la récolte des données et de l'analyse</p>	<p>La planification du projet a commencé au début de 2004 et la première étape consistait à demander l'organisation complète et l'appui à la gestion de la CMHT.</p> <p>Un aperçu de la proposition du projet a été présenté à toute l'équipe.</p> <p>Questionnaire du personnel</p> <p>Formation et éducation</p>
<p>Résultats, Conclusion (Des auteurs de l'article)</p>	<p>La prévention de la rechute est spécifiée comme une intervention psychologique qui devrait être disponible à ce type de client afin de favoriser la récupération (ministère de Santé, 1999).</p> <p>Le Thorn (interventions psychosociales pour la psychose) est le programme reconnu comme le «gold standard» des cours de formation continue pour les professionnels de la santé mentale, plus récemment salué par la Anglais cadre du service national pour la santé mentale De la santé (ministère de la Santé 1999). Grâce à la formation Thorn, les professionnels de la santé mentale sont équipés de la preuve fondée sur les compétences cliniques pour travailler avec des gens et leurs aidants, et les familles qui sont atteintes d'une maladie mentale grave (SMI) (Gamble 1997)</p> <p>Le client est activé d'identifier sa signature rechute qui en 50 - 70% des patients peuvent être observés sur une période de 1 -4 semaines (Birchwood 1995). Le client décide ensuite à quel point il / elle souhaite l'intervention (Smith 2003).</p> <p>participation de la famille p.3</p> <p>signature de rechute p.3.</p>

	<p>l'autogestion et l'autonomisation p. 3</p> <p>les patients sont motivés à apprendre les signes précoces p.3</p> <p>surveillance clinique p.5</p> <p>automédication p. 6</p> <p>l'importance des interventions psychosociales p.1</p> <p>participation des usagers + collaboration p.1</p> <p>cours de formation continue pour la santé mentale, grâce à cette formation les professionnels sont équipés de la preuve fondée sur les compétences cliniques pour travailler avec des gens, leurs aidants naturels et leurs familles qui ont une maladie mentale p. 1</p> <p>le personnel doit être en mesure d'acquérir l'expertise nécessaire pour offrir une nouvelle façon de travailler. P.2</p> <p>effets psychosociaux de l'intervention précoce p.3</p> <p>Importance de la formation à tout le monde p. 5</p> <p>Pour les interventions psychosociales, il faut une meilleure collaboration entre... p.6</p> <p>relaxation p.6</p>
<p>Propre questionnement et conclusion</p>	<p>Un projet est présenté mais sans être appliqué proprement dit. Cette recherche peut être intéressante par rapport aux interventions qu'ils font dans ce projet.</p>

Auteurs: B. van Meijel, M. van der Gaag, R.S. Kahn, and M.H.F. Grypdonck

Année: 2002

Source (journal): Journal of psychiatric and mental health nursing

Bande/Volume:9

Cahier/Issue:4

Pages: 347-355

Titre: The practice of early recognition and early intervention to prevent psychotic relapse in patients with schizophrenia: an exploratory study. Part 1

<p>Thème, Question de recherche</p>	<p>Cet article décrit les résultats d'une étude « exploratrice de l'application de la reconnaissance et l'intervention rapide dans le but de prévenir les rechutes des patients atteints de schizophrénie. On montre de nombreux modèles de plan de reconnaissance des symptômes et on indique comment le patient, les professionnels de la santé et les autres personnes impliquées peuvent être capables de lister et d'évaluer les signes avant-coureurs de manière systématique. On prête également attention au rôle de la famille du patient et aux potentiels effets de l'usage de ces méthodes de reconnaissance d'intervention.</p> <p>Cet article décrit une étude exploratoire qui a été menée afin de mieux comprendre cette question. Les questions de recherche sont les suivantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Comment sont les plans de prévention de rechute utilisés dans la pratique psychiatrique actuelle ? -Comment les professionnels de santé, les patients et les membres de la famille éprouvent l'utilisation des plans de prévention de rechute ?
<p>Idées et concepts centraux, théorie, Hypothèse</p>	<p>La prévention de la rechute psychotique est un élément essentiel dans le programme de traitement pour des patients avec la schizophrénie (APA 2000). Les épisodes psychotiques placent un lourd fardeau sur les patients et leur environnement. Une psychose affecte défavorablement le fonctionnement psychosocial d'un patient. En outre, la rechute psychotique (et le traitement professionnel et le conseil que cela exige) implique des coûts financiers significatifs (Evers <i>et al.</i>, 1995; Novacek & Raskin, 1998; Buchanan & Carpenter, 2000).</p> <p>Bien qu'une médication neuroleptique adéquate soit une intervention essentielle, l'intervention psychosociale est aussi nécessaire pour réduire le risque de rechute. Des options possibles sont la psychoéducation, le soutien familial et la compétence de formation.</p> <p>En ce qui concerne la prévention des rechutes chez les patients avec la schizophrénie, dans les dernières années,</p>

	<p>la première reconnaissance et la première intervention sont devenues des sujets d'intérêt en croissance. L'accent est mis sur une stratégie préventive d'intervention rapide s'il y a des premiers signes d'alarme de début d'une psychose (symptômes prodromals). Le but des premières interventions est de rétablir l'équilibre du patient. De telles interventions peuvent consister en un changement de régime de médication ou peuvent être de nature psychosociales (Herz <i>et al.</i> 1989; Herz 1990; O'Connor 1991; Birchwood <i>et al.</i> 1992; Wiedemann <i>et al.</i> 1994; Van Meijel 1996).</p> <p>L'Association Psychiatrique américaine (APA 2000) a exprimé l'avis que la première reconnaissance et la première intervention pour empêcher les rechutes psychotiques devraient faire partie de tous les programmes de traitement.</p>
<p>Résultats (Nombre, caractéristiques)</p> <p>Devis, Méthode de la récolte des données et de l'analyse</p>	<p>25 entretiens avec les professionnels, les patients et leurs familles. Six lieux de traitement des Pays-Bas ont été choisis selon 2 critères</p> <p>Professionnels</p> <p>-entretiens semi-structurés→neuf entretiens ont été tenus (cinq infirmières psychiatriques, un psychiatre, un psychologue et deux médecins généraux). Les entretiens ont duré d'1 à 2 heures.</p> <p>4 lieux ont été retenus</p> <p>2 lieux ont été exclus parce qu'ils n'avaient pas utilisé les méthodes d'intervention précoce assez longtemps.</p> <p>Patients</p> <p>8 patients (7 hommes 1 femme).</p> <p>Age moyen 30 ans.</p> <p>Critères d'inclusion : diagnostic positif de schizophrénie, absence manifeste de symptômes psychotiques et une capacité d'exprimer ses expériences verbalement. Ils ont tous déjà profité de la stratégie d'intervention précoce différente.</p> <p>Leur historique de la maladie 6.5 ans en moyenne.</p> <p>Nombre de rechutes: entre 1 à 5 fois. → 3 patients dont les rechutes ne pouvaient pas être établies clairement.</p> <p>Durée d'entretiens ouverts ont duré 45 à 60 minutes.</p> <p>Famille</p> <p>Accord du patient demandé, 8 entretiens avec 15 membres de la famille (quatorze parents, une sœur). entretien ouvert.</p> <p>entretiens enregistrés sur la cassette audio, et réécrits mot</p>

	<p>pour mot.</p> <p>La collecte de données et l'analyse de données ont été réalisées dans un processus cyclique dans lequel l'analyse de données a guidé la collecte de données d'entretiens ultérieurs. L'analyse a été faite en utilisant WINMAX-PRO ' 96 (Kuckartz 1996).</p>
<p>Résultats, Conclusion (Des auteurs de l'article)</p>	<p>Les plans de la reconnaissance des symptômes, utilisés par des ouvriers de santé mentale, montrent la grande variation en termes de forme et de contenu. Si nous démolissons les plans en pièces détachées, ils peuvent être classifiés dans trois modèles, bien que des modèles hybrides soient utilisés dans certains lieux.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Le modèle de base : 2. La phase du modèle 3. Le modèle complet <ul style="list-style-type: none"> - Les patients ont pu eux-mêmes très bien définir les prodromes qu'ils ont directement mentionnés comme des plaintes spécifiques - Notre étude a montré qu'un certain nombre de patients ont souffert de symptômes psychotiques pendant une période prolongée. -2 types de contrôle pour la détection des 1^{er} signes pour le patient. Mais certains des patients sont incapables d'identifier de premiers signes d'alarme dans la phase menant jusqu'à la psychose ou sont incapables d'interpréter les signes correctement -rôle de la famille <p>Tous les professionnels de services médicaux interviewés ont considéré la participation de la famille comme très importante pour 4 raisons</p> <p>Les patients ont besoin de leur famille</p> <p>La plupart des parents ont considéré leur disponibilité comme évidente mais souvent aussi comme un fardeau.</p> <p>Les effets de la reconnaissance et de l'intervention précoce.</p> <p>On apprend aux patients comment lier les facteurs de stress, à leur propre conduite et à leurs premiers symptômes. On s'attend à ce que cela ait un effet éducatif sur les patients et sur les autres personnes impliquées.</p> <p>participation de la famille dans les différentes phases. P.6</p> <p>dresser une liste de signes d'alarme p.6</p> <p>organisations informatives sont organisées p.9</p>

	<p>importance de l'inclusion de la famille p.9</p> <p>contrôle la condition de leurs enfants p. 9</p> <p>difficulté à différencier les symptômes normaux et les comportements psy p.9</p> <p>besoin des parents par rapport au malade p.9</p> <p>les actions incluses dans le plan servent de ligne directrice pour les parents p.11</p> <p>lister les premiers signes p. 5</p> <p>reconstruction détaillée des phases diverses d'épisode psy précédents pour créer une image complète d'un épisode psy p. 5</p> <p>trouver les facteurs qui influencent de façon directe ou indirecte le début d'une rechute. P.5</p> <p>avec quelle intensité les patients arrivent à dresser ou pas la liste des premiers signes avec l'aide de sa famille p.6</p> <p>exemples de comportement bizarre p. 7</p> <p>Le contrôle + définition p.8</p> <p>Apprendre aux patients le lien qu'il y a entre les stressseurs et leurs signes. P.10</p> <p>Réajuster la médication p. 5</p> <p>Identifier la nature des comportements inquiétants. P. 6</p> <p>Éduquer la première reconnaissance et intervention.</p> <p>Effet de l'intervention précoce p.10</p>
<p>Propre questionnement et conclusion</p>	<p>L'exposition des différents modèles est intéressante mais il n'est pas mentionné lequel est le plus efficace dans ces circonstances.</p> <p>On voit le rôle important dans la famille.</p> <p>Le plan permet au personnel d'avancer dans la même direction.</p> <p>Le plan permet aux patients de se sentir plus acteur de leur maladie = meilleure relation avec famille et soignants = moins de rechutes ou elles sont mieux prises à temps.</p>

Auteurs: B. van Meijel, M. van der Gaag, R.S. Kahn, and M.H.F. Grypdonck

Année: 2002

Source (journal): Journal of psychiatric and mental health nursing

Bande/Volume:9

Cahier/Issue:

Pages: 357-363

Titre: The practice of early recognition and early intervention to prevent psychotic relapse in patients with schizophrenia: an exploratory study. Part 2

<p>Thème, Question de recherche</p>	<p>Focalisation principalement sur les facteurs qui sont favorables ou défavorables à l'utilisation de la reconnaissance et de l'intervention précoce.</p> <p>Les points suivants vont être abordés : (i) Information et éducation, (ii) attitude face au soin de la santé professionnelle, (iii) dans la peau d'un patient, (iv) l'acceptation de la maladie, (v) les motivations, et (vi) les autres caractéristiques des patients, (vii) ainsi que les soins continus.</p> <p>Enfin, les implications dans les recherches pour le développement du protocole des soins vont être encore discutées.</p> <p>Cette étude expérimentale apporte des méthodes préventives de reconnaissance et d'intervention précoce.</p> <p>Dans cette partie nous allons parler des facteurs influençant l'utilisation de la pratique précoce de la reconnaissance et de l'intervention méthodologique.</p>
<p>Idées et concepts centraux, théorie, Hypothèse</p>	<p>L'objectif ultime serait de créer une pratique de soin qui pourrait servir comme outil pour reconnaître les symptômes sur les patients et leur réseau social. La proposition serait une prévention des cas psychotiques.</p> <p>Les professionnels de la santé développent une bonne relation coopérative basée sur la négociation, le renfort positif, la confiance, l'égalité et la prise des expériences du patient en considération. Un professionnel de la santé devrait être préparé pour gagner une compréhension minutieuse du patient, répondant toujours aux questions et les sujets qui sont appropriés pour le patient à un moment spécifique. Lui ou elle devraient principalement se concentrer sur la propre 'langue' du patient. Si un professionnel de la santé utilise la première reconnaissance et la première intervention principalement comme une activité instrumentale, le patient ne sera pas suffisamment motivé pour s'appliquer.</p> <p>La première reconnaissance a plus de chance si les professionnels de la santé, les patients et les autres</p>

	<p>personnes impliquées regroupent leurs forces pour définir comment empêcher des épisodes psychotiques dans l'avenir. La coopération optimale peut être réalisée si tous les partis reconnaissent cette tâche et se rendent compte qu'ils dépendent l'un de l'autre pour réaliser ces buts. Cependant, il y a un certain nombre d'obstacles pour le réaliser : attitude de patronage de l'infirmière, conflit lors de la réalisation du plan, ou l'infirmier choisi son propre style.</p> <p>Principe de base de l'application du protocole :</p> <ul style="list-style-type: none"> -propre perception du patient devrait servir de point de départ - plan de reconnaissance de symptôme est sur mesure -activité commune=triade -continuité des soins -Une attitude reconnaissante positive de la part des professionnels
Participants, (Nombre, caractéristiques)	Idem: Prevention in Patients With Schizophrenia: The application of an intervention protocol in nursing practice
Devis, Méthode de la récolte des données et de l'analyse	6 institutions médicales des Pays-Bas
Résultats, Conclusion (Des auteurs de l'article)	<p>Les professionnels de la santé, les patients et les familles ont confirmé que l'information et l'éducation adéquates sont essentielles dans le contexte de la pratique avancée de reconnaissance et de l'intervention. En pratique, les informations et l'enseignement sont offerts aux patients en 3 niveaux.</p> <ul style="list-style-type: none"> -1^{er} niveau info général sur la schizo -2^{ème} : individuel -3^{ème} : en groupe sur la vie quotidienne <p>Les professionnels de la santé semblent avoir comme tâche de soutenir les familles dans la traduction de leur connaissance de première reconnaissance dans la pratique.</p> <p>Les patients et leurs familles ont indiqué qu'ils ont eu besoin d'informations écrites, à côté des informations orales, de la première reconnaissance et la première intervention. Cela leur donnerait une occasion d'approfondir leur connaissance dans leur propre temps et conformément à leurs propres besoins.</p> <p>l'attitude des professionnels et la qualité de leur relation avec les patients comme sont des conditions importantes pour que la première reconnaissance réussisse et que la</p>

	<p>première intervention soit fructueuse. C'est très important !</p> <p>Perception</p> <p>Tous les interviewés ont reconnu qu'un certain degré de perception dans la maladie est nécessaire pour la première reconnaissance et la première intervention. Les professionnels de la santé ont indiqué qu'il est difficile de parler avec des patients de leur trouble et les conséquences si la perception du patient est au plus bas. Les patients ne voient pas d'importance dans la discussion de stratégies préventives s'ils ne pensent pas qu'il y a un problème. Quelques professionnels de la santé ont considéré le manque de vision du trouble comme une raison de ne pas travailler avec des plans de reconnaissance de symptôme. La conclusion après déduction de leurs réponses est que ces patients sont bien conscients des préfaces précédant un épisode psychotique, mais sont incapables de leur attribuer la bonne signification.</p> <p>Acceptation</p> <p>Difficulté à accepter le diagnostic de schizophrénie : cela amène aux sentiments de colère, de résistance, de déni, de résignation et de confusion. Le degré d'acceptation a un grand impact sur la façon dans laquelle un patient subit le traitement et les possibilités de travailler à un plan de reconnaissance de symptôme. Les autres sont toujours mieux que moi.</p> <p>Motivation</p> <p>Baisse de la motivation car croit que ça va mieux, s'il est sous pression par le réseau de soin, violé dans sa vie privée(les parents l'avouent l'avoir fait par peur), + de rechute = + motivé</p> <p>Caractéristiques patients</p> <p>Effet - : présence de symptômes psychotiques, symptômes négatifs, L'apathie et les perturbations de volonté, la dépression, des déficits cognitifs, la résistance et la paresse. Des perturbations cognitives dans les domaines d'attention et le souvenir, personnalité du patient et troubles de personnalité, patients paranoïdes, leur environnement ne peuvent donc pas répondre à de premiers signes, drogues → La première méthode de reconnaissance est en effet un produit de croyances occidentales et des avis.</p> <p>Soins continus</p> <p>Toujours le même soignant sinon perte d'info judicieuse</p>
<p>Propre questionnement et conclusion</p>	<p>Malgré tous ces éléments perturbateurs pour la bonne réalisation du plan est-il possible de l'appliquer. J'ai l'impression qu'il faut des conditions environnementales</p>

	<p>exigeantes + une excellente infirmière + un „bon“ schizophrène + un bon réseau social!! J'ai l'impression que toutes ces bonnes conditions sont difficiles à réunir. Quels sont les éléments positifs pour que tout se passe bien???</p>
--	---

Auteurs: J. Bäuml, T. Froböse, S. Kraemer, M. Rentrop, et G. Pitschel-Walz

Année: 2006

Source (journal): Schizophrenia bulletin

Bande/Volume: 32

Cahier/Issue: S1

Pages: S1-S9

Titre: Psychoeducation: a basic psychotherapeutic intervention for patients with schizophrenia and their families

Thème, Question de recherche	Description de la psychoéducation, de ces buts et de son efficacité.
Idées et concepts centraux, théorie, Hypothèse	<p>Les patients et leurs parents devraient être habilités pour comprendre et accepter la maladie et y faire face d'une façon fructueuse.</p> <p>La psychoéducation cherche à combiner le facteur d'autonomisation de l'atteinte de l'expertise de traitement scientifiquement fondée dans une façon aussi efficace que possible.</p> <p>Le but suprême de toutes les interventions thérapeutiques se trouve dans l'autonomisation de l'affligé et de leurs familles</p> <p>Les indications pour participer dans un groupe de psychoéducation sont de large rangement. Il y a seulement peu de contre-indications : des troubles de pensée formels massifs, l'humeur élevée maniaque, entendant des voix impérieuses, ou la suicidalité aiguë avec la résistance au stress généralement réduite. Les patients peuvent être intégrés dans le traitement aussitôt qu'ils sont capables de participation dans un groupe pour la durée de 60 min. Idéalement, seulement les patients souffrant de psychoses schizophréniques devraient participer au groupe, pour ne pas évoquer la confusion inutile dans d'autres patients par le contenu informationnel spécifique de la schizophrénie.</p> <p>Le but principal des interventions psychoéducation consiste dans la découverte d'un dénominateur commun entre l'objectif, le manuel des connaissances médicales en ce qui concerne les informations de fond du trouble et les mesures de traitement et le point de vue subjectif de l'individu affligé.</p> <p>La psychoéducation est principalement une forme de thérapie transmettant l'assurance et l'espoir, dans le but d'intégrer de façon optimale l'autonomisation des personnes atteintes avec des techniques thérapeutiques professionnelles et une alliance thérapeutique.</p>

Participants, (Nombre, caractéristiques)	Applicable au patient schizophrène à part ceux qui sont particulièrement sévèrement malades.
Devis, Méthode de la récolte des données et de l'analyse	Séances d'informations pour les patients et les parents
Résultats, Conclusion (Des auteurs de l'article)	<p>C'est seulement d'une position informée que l'affligé peut, avec le soutien, entièrement envelopper son potentiel d'auto-assistance : des mesures pharmaco-thérapeutiques pour réduire le fonctionnement neurologique filtrent le déficit dans le système limbique, résultant des troubles d'informatique et des symptômes psychotiques ultérieurs; les mesures psychothérapeutiques visant à élargir le répertoire de stratégies d'adaptation à la disposition pour les patients et leurs parents; et des mesures psychosociales pour réduire les stressseurs généraux et mettre en place un soutien des systèmes auxiliaires, afin de compenser pour la maladie induite par des réductions de la résistance au stress.</p> <p>Brochures, livres et vidéos peuvent être introduits dans une fonction de soutien quand il s'agit de l'approfondissement et la consolidation des informations transmises verbalement.</p> <p>L'accompagnement prudemment, le soutien et la surveillance du patient sont par-dessus tout nécessaires dans les premiers épisodes d'une psychose schizophrénique, même à chaque rechute au moyen d'une approche thérapeutique empathique et stoïquement durable.</p> <p>Le domaine de l'alliance thérapeutique, causalité et les attributions de contrôle sont également d'une importance capitale au sein de la psychoéducation.</p> <p>Dans cette capacité, on peut voir la psychoéducation comme une fonction "d'interprète", poursuivant le but de traduire "le jargon technique" compliqué dans la langue commune et quotidienne, qui peut être comprise par des patients et leurs parents et les aide à devenir les experts de leur maladie.</p> <p>rendre autonome p.1</p> <p>la compréhension et la manipulation de la schizophrénie est la base des connaissances p. 3</p> <p>comprendre la maladie et ces traitements p.1</p> <p>informations fondamentales sur la schizophrénie et l'impact sur le comportement p.3</p>

	<p>Utilisation des brochures, livres et vidéos pour introduire la schizophrénie.3</p> <p>Un plan de gestion de crise adressé à la prévention de suicide. P.5</p> <p>Alliance thérapeutique p. 6</p> <p>Soutien p.6</p> <p>positiver les expériences antérieures, normaliser les rechutes, depatho-logicalisation de l'individu p.7</p>
Propre questionnement et conclusion	<p>Cette étude parle énormément d'éducation, de soutien autant du patient que de la famille. Ces différents rôles peuvent à mon avis être autant bien remplis par des infirmières. Car dans cette étude il parle de médecin.</p>

Auteurs: Bustillo J, Buchanan RW, Carpenter WT Jr.
1995

Année:

Source (journal): Schizophrenia bulletin

Bande/Volume: 21

Cahier/Issue: 4

Pages: 553-559

Titre: Prodromal symptoms vs. early warning signs and clinical action in schizophrenia.

Thème, Question de recherche	Revue de littérature Différence entre symptômes prodromals et premiers signes
Idées et concepts centraux, théorie, Hypothèse	Le terme " symptômes prodromals " mentionne traditionnellement des changements de prépsychotique de la pensée, l'affectation et la connaissance qui précèdent le début initial de la schizophrénie. Cependant récemment, le terme a été étendu dans un contexte d'action clinique pour se référer aux premiers signes d'alarme (EWS) de rechute menaçante chez les patients déjà diagnostiqués comme ayant la schizophrénie.
Résultats, Conclusion (Des auteurs de l'article)	<p>Notre analyse prouve l'évidence que l'utilisation clinique efficace d'EWS dépend (1) de l'inclusion de symptômes tant psychotiques que non psychotiques comme EWS; (2) de l'utilisation du jugement de praticiens en clinique avec le symptôme prédéterminé défini par la présence d'EWS; (3) de la fréquence des visites en clinique; et (4) l'utilisation de famille ou informateurs de personne donnant des soins.</p> <p>Plusieurs études ont suggéré que l'identification de ces EWS puisse être utilisée rapidement pour faire suivre le soin clinique et efficacement interrompre le processus de rechute (le Charpentier et d'autres. 1987, 1990; Jolley et d'autres. 1989, 1990; Herz et d'autres. 1991; Pietzcker et d'autres. 1993; Marder et d'autres. 1994).</p> <p>Par exemple, si l'exposition au stress provoque l'EWS dans la partie précipitant une rechute, l'identification de ces signes permettrait à l'équipe de soin clinique d'intervenir en diminuant les demandes environnementales, en fournissant des contrôles de près, en offrant plus d'assistance et une augmentation de la protection pharmacologique.</p> <p>L'importance clinique d'utiliser une première intervention de détection rapide de la stratégie clinique à pour but de réduire au minimum l'exacerbation de symptôme.</p> <p>La jonction EWS et l'intervention effective implique aussi l'utilisation des membres de la famille ou d'autre personnel soignant qui entretiennent le contact intime avec le patient</p>

	<p>comme informateurs. Jolley et d'autres (1990).</p> <p>La tâche du clinicien est d'identifier n'importe quel changement qui menace une rechute sans considération conceptuelle quant à ce qu'une apparition ou une intensification d'une ligne de base de symptôme psychotique ou d'apparition de signes d'alarme non-psychotiques, comme l'agitation et l'insomnie</p> <p>instruit sur l'importance de l'identification et le rapport de changement de la condition clinique du patient. P.7</p> <p>identifier les premiers signes d'alarme p.1-2</p> <p>permettrait à l'équipe d'intervenir en diminuant les demandes environnementales, fournir des contrôles de près, plus d'assistance et une augmentation de la protection pharmacologique. P.2</p> <p>capacité à prédire quand le patient va décompenser. P.4</p>
<p>Propre questionnaire et conclusion</p>	<p>Différentes actions sont citées mais ne sont jamais développées concrètement.</p> <p>La différence entre les premiers signes et le symptôme prodromal n'est pas de grande importance dans les soins infirmiers. L'important c'est de reconnaître que quelque chose ne va pas et agir en circonstance.</p>

Auteurs: B. van Meijel, M. van der Gaag, R.S. Kahn, and M.H.F. Grypdonck

Année: 2004

Source (journal): International Journal of Mental Health Nursing

Bande/Volume: 13

Pages: 107-116

Titre: Recognition of early warning signs in patients with schizophrenia: A review of the literature

<p>Thème, Question de recherche</p>	<p>Dans cette revue de littérature, nous allons dresser un inventaire des connaissances sur le dépistage précoce et des interventions précoces réalisées dans la prévention des psychoses chez les patients souffrant de schizophrénie.</p> <p>Premièrement, le procédé des rechutes psychotiques et les facteurs qui l'influencent sont discutés. Puis la recherche sur les signes avant-coureurs est discutée. Cet article questionne les signes avant-coureurs les plus communs, quand apparaissent-ils et qui peut les reconnaître. Ensuite la valeur de ces signes est considérée : A quel point peut-on prédire la rechute psychotique avec les signes avant-coureurs. Finalement, la recherche sur les effets de la reconnaissance et d'une intervention très tôt est discutée, essentiellement en se questionnant si oui ou non les rechutes psychotiques peuvent être évitées par la mise en place de stratégie préventive.</p> <p>La question est : quelles expériences, des pensées et comportements sont caractéristiques de cette phase ?</p>
<p>Idées et concepts centraux, théorie, Hypothèse</p>	<p>L'hypothèse est que les infirmières, dans l'exercice de leurs fonctions, peuvent contribuer à la prévention des rechutes psychotiques des patients atteints de schizophrénie en reconnaissant les signes avant-coureurs.</p> <p>L'hypothèse est que ces signes ont une valeur prédictive pour la survenue de rechutes psychotiques. La reconnaissance précoce offre des possibilités d'intervention précoce, par exemple, sous la forme de l'ajustement des médicaments, d'un soutien sociale et de la réduction du stress. Dans les premiers stades, ces mesures favorisent la récupération de l'équilibre du patient (Birchwood et al. 2000; Bustillo et al. 1995).</p> <p>La prévention de la psychose, par le biais de la reconnaissance précoce et l'intervention précoce, est particulièrement pertinente pour les soins et la pratique infirmière en vue des contacts fréquents et intensifs que les infirmières entretiennent avec les patients schizophrènes.</p> <p>Processus des rechutes psychotiques</p>

	<p><u>Le modèle de vulnérabilité-stress-coping</u> est communément utilisé comme cadre théorique avec différents facteurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la vulnérabilité - quantité de stress - coping et résolution de problème - la protection que le patient reçoit de son environnement <p><u>la recherche phénoménologique</u>, ils ont essayé de décrire le processus de rechute psychotique dans six phases. Docherty et al . (1978)= première structure de la psychose</p> <p><u>Birchwood et Spencer (2001) présentent un modèle plus simple dans lequel trois phases sont distinguées.</u></p> <p>Signes avant-coureurs</p> <p>-Heinrichs and Carpenter (1985) conduisent une étude de prospective des premiers signes d'alarme de psychose : 10 ont été retenus</p> <p>À côté des premiers signes d'alarme plus généraux, comme décrits ci-dessus, les comportements particuliers prétendus sont aussi d'importance pour la première reconnaissance d'une psychose (Bustillo <i>et al</i> . 1995; Campo & Merckelbach 1996; Herz & Lamberti 1995; Norman & Malla 1995).</p> <p>Reconnaissance des premiers signes</p> <p>-2 conditions :</p> <p>Le patient et sa famille doivent les reconnaître et il doit y avoir assez de temps entre les signes et la rechute</p> <ul style="list-style-type: none"> - par rapport au temps: Les résultats de recherche ont bon espoir à cet égard. L'étude de Herz et Melville (1980) montre que cette période a été annoncée par des patients et des membres de la famille à moins qu'un jour dans seulement quelques cas (7-11 %), dans lequel il y avait à peine le temps pour intervenir. Un plus grand pourcentage (16-24 %) a dit que cette période a duré d'un à sept jours, mais une majorité des patients et des membres de la famille (50-68 %) ont annoncé une période de plus de 7 jours s'étendant à plus long qu'un mois. - Une limitation de cette étude rétrospective est que les patients peuvent bien pouvoir nommer les signes d'alarme d'une psychose en regardant derrière soi, mais cela ne garantit qu'ils aillent les reconnaître quand ils arrivent en réalité. - la reconnaissance adéquate de premiers signes d'alarme est améliorée en impliquant plusieurs partis
Devis, Méthode	À cette fin, les recherches de littérature ont été effectuées

<p>de la récolte des données et de l'analyse</p>	<p>dans le Medline et CINAHL pendant la période allant de 1980 à 2002.</p> <p>Les publications pertinentes à notre sujet ont également été demandées sur la base des listes de références des articles trouvés.</p> <p>Les mots clés utilisés sont la schizophrénie en relation avec la rechute, prévention des rechutes, prodrome, symptômes avant-coureurs, les signes d'alerte précoce, le dépistage précoce, et l'intervention précoce.</p> <p>Signes avant-coureurs: Une échelle très utilisée pour la mesure de premiers signes d'alarme est la Première Échelle de Signes (Panneaux) développée par Birchwood et d'autres. (1989).</p>
<p>Résultats, Conclusion (Des auteurs de l'article)</p>	<p>La conclusion est que les premiers résultats sont encourageants et invite à poursuivre les recherches sur le sujet et l'application d'une stratégie d'intervention par les infirmières notamment.</p> <p>Un certain nombre d'auteurs soulignent l'importance de préparer et d'individualisé ' la signature de rechute ' pour chaque patient on y inclut autant les premiers signes d'alarme généraux que les comportements particuliers spécifiques (Birchwood <i>et al.</i> 1992; Birchwood 1992).</p> <p>La conclusion est que la reconnaissance précoce et les interventions précoces sont recommandées surtout en combinaison avec le traitement de maintenance et ne peuvent pas être susceptibles de remplacer ce traitement.</p> <p>En raison de la perturbation que les rechutes psychotiques graves peuvent provoquer dans la vie du patient et de la famille du patient, la priorité doit être donnée à sa prévention. Notre hypothèse est qu'une demande plus systématique de première reconnaissance et des premières stratégies d'intervention dans la pratique des soins peut contribuer à cet objectif et fournir ainsi des prestations, des bénéfices de santé pour le patient.</p> <p>Les méthodes de première reconnaissance et de premier besoin d'intervention doivent encore être développées et leur mise en place dans la pratique de soin doit être faite de manière structurée (Jolley et d'autres. 1990). La première reconnaissance et la première intervention ne sont pas des activités à être conduites pendant seulement une période spécifique, mais les activités doivent être continues et elles exigent un enfoncement structurel dans la relation d'aide.</p> <p>Sur la base des données de littérature et les résultats de l'étude qualitative, le protocole d'intervention infirmière a été développé avec l'objectif de fournir une application individualisée de première reconnaissance et la première</p>

	<p>intervention. Celui-ci doit être à l'écoute des caractéristiques du patient et de son réseau social.</p> <p>Reconnaître les signes précoces p.2</p> <p>Connaître les signes avant-coureurs et les comportements p.5</p> <p>Le soutien du patient p.1</p> <p>Information et éducation p.1</p> <p>Respect de la thérapie (compliance) p.1</p> <p>L'infirmière contribue à l'autogestion du patient p.2</p> <p>Surveiller l'état du patient et appliquer des mesures spécifiques selon l'état p.2</p> <p>La promotion du coping p.3</p> <p>Individualiser la signature de rechutes p.5</p> <p>La famille doit reconnaître les signes avant-coureurs et doit les repérer assez tôt ! → p 6</p>
<p>Propre questionnement et conclusion</p>	<p>On voit l'importance de prévenir les rechutes psychotiques autant pour le patient que pour les réseaux hospitaliers en question de coût.</p> <p>Les recherches sont surtout descriptives sur ce que c'est la psychose, ses signes.</p> <p>On voit également dans cette revue qu'il est difficile de prouver que ces interventions sont efficaces. Car la valeur prédictive est difficile à calculer. On devrait laisser les gens avoir une décompensation pour voir si vraiment ce qu'on avançait était juste.</p>

Auteurs: B. van Meijel, M. van der Gaag, R.S. Kahn, and M.H.F. Grypdonck

Année: 2003

Source (journal): Archives of psychiatric nursing

Bande/Volume: XVII

Cahier/Issue: No 3

pages: 117-125

Titre: Relapse Prevention in Patients With Schizophrenia

<p>Thème, Question de recherche</p>	<p>Cet article décrit le développement et le contenu d'un protocole de soins infirmiers d'intervention pour la reconnaissance des premiers signes de la psychose.</p> <p>Le contexte et la construction du protocole d'intervention sont décrits. Le jugement des experts et des infirmières sur le contenu et l'applicabilité du protocole est présenté.</p>
<p>Idées et concepts centraux, théorie, Hypothèse</p>	<p>les infirmières peuvent contribuer à la prévention des rechutes psychotiques chez les patients souffrant de schizophrénie ou des troubles liés.</p> <p>Elles ont l'occasion d'offrir au patient et à son entourage, de l'éducation sur la schizophrénie et de ses implications pour la vie quotidienne; elles peuvent soutenir le patient dans l'utilisation adéquate de sa médication ; et, à cause de leur contact régulier avec le patient, elles peuvent contrôler sa condition et prendre des mesures si la condition l'exige. Cet article concerne la dernière possibilité.</p> <p>- Dans la description de l'intervention nous faisons référence au modèle stress et vulnérabilité</p> <p>D'abord un certain nombre de principes de base du protocole sont décrits : 1.l'expérience du patient est le point de départ. 2. Le plan de reconnaissance de symptôme est fait sur mesure 3. activité commune du patient, avec les fournisseurs de soin et les membres du réseau social. 4. Le plan a continuellement besoin d'ajustement. 5. Le fournisseur de soin manifeste l'appréciation positive. Deuxièmement, on explique les différentes phases dans le protocole d'intervention : (1) La phase de préparation (2) la liste des premiers signes d'alarme: (3) la phase de contrôle et (4) le plan d'action: la description systématique des actions qui peuvent être entreprises par le patient, les membres du réseau social et les fournisseurs de soins pour empêcher la psychose menaçante. Le point de départ principal est que le patient et les membres du réseau social informent toujours les soignants quand les premiers signes d'alarme arrivent. Ensemble, la gravité de la situation est évaluée et une décision est prise de ce qui doit être fait pour rétablir l'équilibre. Le patient doit avoir quelqu'un pour annoncer 24h / 24 pour être en mesure de commencer cette</p>

	consultation.
Participants, (Nombre, caractéristiques)	<p>A) Cette conception a été présentée à huit experts dans le secteur de soin de la schizophrénie : 2 infirmières en psychiatrie, 2 psychiatres, 2 psychologues cliniques et 2 membres de la famille du patient schizophrène. Ils ont étudié le protocole et ont participé à un entretien semi-structuré. Leurs jugements ont mené à la nouvelle adaptation du protocole.</p> <p>B) Quatre infirmières qui travaillent dans un hôpital universitaire, qui ont des connaissances expertes dans le domaine des soins des patients schizophrènes et qui ont reçu des instructions sur la formation et l'application du protocole.</p> <p>C) appliqué le protocole avec 6 patients. Le premier auteur a aussi appliqué le protocole avec 2 patients. La sélection des patients a été faite sur un échantillon résolu pour avoir des caractéristiques variées quant au sexe, l'âge, la durée de maladie, le cadre du traitement (la clinique, la clinique de jour, le traitement ambulatoire), la sévérité de symptômes et le niveau du fonctionnement social.</p>
Devis, Méthode de la récolte des données et de l'analyse	<p>A) Les deux études suivantes ont précédé le développement d'intervention décrit dans ces articles : (1) une revue de la littérature (van Meijel et al., 2002); Et (2) une étude qualitative qui présente des interventions pratiques de première reconnaissance et de première intervention dans les Pays-Bas (van Meijel et al., 2002a, 2002b).</p> <p>Les résultats de ces sous-études constituent la base de la conception initiale du protocole d'intervention.</p> <p>B) Le protocole a été alors évalué dans la pratique infirmière.</p> <p>C) application du protocole</p> <p>D) Les infirmières ont noté leurs expériences, leurs questions et leurs commentaires. Le premier auteur était disponible comme consultant pour coacher les infirmières tandis que le protocole était appliqué.</p> <p>Pendant la mise en œuvre du protocole, les infirmières ont été interviewées à deux reprises : (1) au milieu de la mise en œuvre du protocole, c'est-à-dire après l'inventaire de premiers signes d'alarme; et (2) après que le protocole soit achevé en entier, quand toutes les données appropriées pour le patient et la famille ont été entrées dans un plan de reconnaissance de symptôme. Les résultats des études de cas ont été utilisés pour améliorer le protocole.</p>
Résultats,	- Dans la phase contrôle, l'étude préliminaire a montré que la surveillance hebdomadaire n'est pas considérée comme

<p>Conclusion (Des auteurs de l'article)</p>	<p>souhaitable et nécessaire pour de nombreux patients.</p> <p>Avis des experts</p> <p>Avis infirmières</p> <p>besoin d'une version plus concise du protocole, d'un enseignement plus intensif.</p> <p>Ce protocole a fait ressortir beaucoup d'éléments connus mais également de nouvelles connaissances sur les patients</p> <p>Pour certains, parler de leurs anciennes psychoses peut paraître étrange. Pour certains c'était efficace mais pour d'autres, d'anciens conflits avec le partenaire ont été ranimés.</p> <p>Pour 1 patient, un plan de reconnaissance de symptôme a pu être rédigé en 4sem. Pour d'autres patients, ce processus a pris si longtemps qu'il n'a pas pu être terminé pour la recherche. Ces patients avaient moins de capacités. 1 a déménagé → rechute, 1 autre était trop préoccupé par autre chose et avait peur de le noter sur un papier, expériences spirituelles par rapport à la psychose. Il fallait beaucoup de diplomatie.</p> <p>Dans plusieurs cas, le plan s'est avéré être un très bon moyen de communication pour faire des accords sur l'implication des différentes personnes. Cette clarté signifie quel rôle la famille pourrait jouer dans les soins et aussi quand ils pourraient passer la main.</p> <p>Il est clair que les circonstances idéales ne sont presque jamais présentes pour réaliser un plan. Notre expérience est que le travail avec les protocoles n'est en général pas populaire chez les soignants. Peut-être c'est parce qu'ils ont l'impression que tout est trop prescrit et que les occasions pour l'autodétermination dans le processus de soin sont réduites. Les études de cas ont montré que l'individualisation de la méthode est appréciée par les infirmières. Nous nous attendons à une augmentation du nombre d'intégration de cette stratégie proposée, dans les soins infirmiers auprès des schizophrènes</p> <p>Éducation de la schizophrénie et des implications dans la vie p.1</p> <p>Montrer par des exemples quand le signe est normal et jusqu'où il n'est plus normal. P.8</p> <p>Les implications sur la vie p.1</p> <p>Soutenir dans sa médication p.1</p> <p>Introduire le thème quels effets positifs il y a p.5</p> <p>Lister les signes d'alarme en reconstituant la psychose</p>
---	--

	<p>antérieure pour découvrir les changements des sentiments, du comportement et de la pensée p.7 → signature de recherche</p> <p>appel sos quand les signes arrivent p.9</p> <p>Lister les événements passés stressants et anticiper les futurs p. 9</p> <p>Lister des stratégies qui peuvent le soutenir p.9</p> <p>fait un inventaire d'activités dans lequel les membres la famille ou d'autres directement impliqués peuvent s'engager et cela contribue à la protection et au rétablissement de l'équilibre du patient. P.10</p> <p>Contrôler la condition p.1</p> <p>Rétablir l'équilibre p.1</p> <p>Evaluation de la condition du patient p.1</p> <p>Faut des connaissances expertes dans la psychiatrie p.2</p> <p>L'expérience du patient est le point de départ p.4</p> <p>Faire le plan sur mesure p.4</p> <p>Travailler avec un plan de reconnaissance des signes p.4</p> <p>Ajuster continuellement le plan p.4</p> <p>Appréciation positive des soignants p.4</p> <p>Rechercher la signification personnelle pour le patient p.5</p> <p>Décrire et analyser un certain nombre de caractéristiques du patient : motivation, aperçu et acceptation de la maladie, les caractéristiques de la personnalité, la nature et la sévérité des symptômes et de son réseau social : l'étendue du réseau social, leurs compétences et le niveau d'émotion exprimé p.5-6</p> <p>Est-il le moment d'entamer quelque chose ? p.7</p> <p>Contrôle régulier des premiers signes par semaine comme ça ils ont le temps d'intégrer tous les signes p.8</p> <p>Evaluer la gravité de la situation p. 9</p> <p>Compétences : mener à bien le raisonnement clinique et une prise de décision clinique, communications de l'infirmière avec le patient + sa famille pour trouver une décision ensemble, souplesse, créativité, capacité organisationnelle, place centrale dans la réussite du protocole, collaboration multidisciplinaire et synchronisation avec le plan de traitement ont été cités comme étant particulièrement importante. P.11</p>
Propre questionnement	Avoir un plan de prévention des rechutes psychotiques est une chose, mais on voit bien dans cette étude, qu'on ne

et conclusion	<p>peut rien faire ni avancer plus vite que ce que le patient peut faire ou veut faire. Les capacités et la formation des infirmières sont un élément également essentiel dans la réussite de ce plan.</p> <p>D'autre part, ce protocole n'a été testé que sur six patients → pas très exhaustif en plus il n'y avait que 4 infirmières incluses dans ce protocole.</p>
----------------------	---

Auteurs: B. van Meijel, M. van der Gaag, R.S. Kahn, and M.H.F. Grypdonck

Année: 2003

Source (journal): Archives of psychiatric nursing

Bande/Volume: XVII

Cahier/Issue: No.4

Pages: 165-172

Titre: Relapse Prevention in Patients With Schizophrenia: The application of an intervention protocol in nursing practice

<p>Thème, Question de recherche</p>	<p>Le projet de recherche dont l'étude présente, est une partie, est concentré sur le développement et le test d'un protocole d'interventions adapté aux infirmières sur la prévention des rechutes psychotiques chez les patients avec la schizophrénie et aux troubles liés. Les effets de l'application du protocole sont examinés dans un essai contrôlé randomisé (ECR) avec la présence de rechutes psychotiques et la réhospitalisation comme étant les mesures les plus importantes du résultat.</p> <p>Cet article présente les résultats d'une enquête menée chez les infirmières qui ont appliqué le protocole dans la condition expérimentale de l'ECR. L'objectif était d'obtenir une compréhension de la manière dont le protocole a été en réalité utilisé dans l'ECR.</p>
<p>Idées et concepts centraux, théorie, Hypothèse</p>	<p>Le protocole d'intervention (Van Meijel et al. 2000 ; van Meijel et al. 2002d) instruit les infirmières dans la façon de rédiger, ensemble avec les patients et les membres de leur réseau social, un plan de prévention de rechute en fonction de la situation individuelle et comment ils peuvent ensuite travailler avec celui-ci.</p> <p>Le plan de prévention de rechute contient une description détaillée des premiers signes d'alarme d'une psychose : des changements de sentiments, des pensées et du comportement du patient qui peuvent être considérés comme premiers signes d'alarme d'une psychose menaçante sur la base de l'expérience précédente (Heinrichs et le Carpenter 1985; Herz et Melville 1980). Quand ces signes sont notés dans une première étape (la première reconnaissance), on peut intervenir préventivement (la première intervention) pour contribuer au rétablissement de l'équilibre du patient. Les actions préventives sont inscrites dans un plan d'action, qui fait partie du plan de prévention de rechute.</p> <p>Le protocole d'intervention est si bien mis au point que l'on offre aux infirmières beaucoup de structure dans l'exécution de l'intervention, mais de l'espace toujours suffisant pour adapter la méthode aux caractéristiques individuelles du patient, des membres du réseau social du patient et du contexte spécifique dans lequel on fournit le soin.</p>
<p>Participants,</p>	<p>Le protocole est destiné aux patients qui sont diagnostiqués</p>

<p>(Nombre, caractéristiques)</p>	<p>schizophrène, trouble schizophréniforme ou trouble schizo affectif (APA 2000).</p> <p>51 patients stabilisés ont été inclus dans la condition expérimentale de l'étude.</p> <p>-36 d'entre eux recevaient des soins ambulatoires, -6 étaient dans une clinique de jour</p> <p>-9 ont été hospitalisés.</p> <p>-11 patients sont partis: sortie précoce (n 1), le stress causé par la préparation du plan (n 2), rechute psychotique (n 1), manque de motivation (n 5) et manque de temps des infirmières (n 2).</p> <p>- 40 patients ont rempli le plan impliquant 26 infirmières.</p> <p>-Des 40 formulaires d'enquête, 35 ont été rendus. 2 formulaires n'ont pas été rendus parce que l'infirmière était en congé maladie et les 3 autres n'ont jamais été simplement rendus sans raison donnée, malgré des rappels répétés.</p>
<p>Devis, Méthode de la récolte des données et de l'analyse</p>	<p>L'étude présente a été conduite pendant l'ECR dans lequel les effets des interventions ont été examinés.</p> <p>Les infirmières dans la condition expérimentale ont reçu des instructions sur l'application du protocole d'intervention.</p> <p>Les infirmières dans le groupe témoin ont offert "des soins comme d'habitude."</p> <p>Dans une période d'un suivi d'un an, les rechutes psychotiques et les réhospitalisations ont été notées. La question de recherche centrale au sein de l'ECR est de savoir si les patients dans le groupe expérimental avaient moins de rechutes psychotiques et avaient moins besoin de réadmissions que les patients dans le groupe témoin.</p> <p>Quand le plan est prêt, l'année de suivi peut commencer, les infirmières ont reçu un certain nombre de questions: 3 questions de recherche étaient centrales :</p> <p>-Comment les infirmières ont-elles en réalité exécuté le protocole d'intervention ?</p> <p>-Comment les infirmières ont-elles éprouvé le travail avec le protocole d'intervention ?</p> <p>-Quelle valeur les infirmières attribuent-elles à l'exécution du protocole d'intervention ? →question structurée ouverte positive et négative.</p> <p>Finalement, un certain nombre de déclarations ont été présentées pour mesurer la satisfaction des infirmières du protocole d'intervention dans l'ensemble. Une échelle de Likert de 5 points allant de «fortement d'accord» à</p>

	«fortement en désaccord» a été utilisée pour la notation.
Résultats, Conclusion (Des auteurs de l'article)	<p>Tenir la famille au courant de l'évolution p. 4</p> <p>Lister les premiers signes individuels par rapport à la rechute précédente. C'est d'abord le patient qui fait puis la famille peut compléter les réponses p. 5</p> <p>Information aux patients et à la famille. 3</p> <p>Tenir compte des caractéristiques des patients et du réseau social (taille du réseau, volonté du réseau de s'investir, caractéristiques individuelles. P. 4</p> <p>Évaluer si c'est le bon moment et si le patient peut s'investir p. 5</p> <p>Trop anticiper peut produire des confrontations p. 6</p> <p>Contrôler les signes une fois par semaine p.7</p> <p>Préparation d'un plan d'action avec le patient et la famille (actions médicamenteuses, diminuer le stress, améliorer l'adaptation, utiliser la protection de l'environnement) p.7</p> <p>Disponibilité 24h/24 p.7</p> <p>Formation des infirmières. P. 9</p>
Propre questionnement et conclusion	<p>Apparemment les infirmières sont plutôt favorables d'utiliser des plans de prévention de rechute dans les soins infirmiers. En tout cas, différents éléments positifs sont ressortis de ce plan d'après les infirmières. Il manque maintenant le résultat proprement dit du plan de rechute.</p> <p>On voit que la réussite du protocole ne dépend pas seulement des infirmières mais que la participation du patient et de sa famille est primordiale.</p>

Auteurs: Huang X.Y, Ma W. F. , Shih H. H. , Li H. F.

Année: 2008

Source (journal): Journal of clinical nursing

Bande/Volume:17

Pages: 3030-3040

Titre: Roles and functions of community mental health nurses caring for people with schizophrenia in Taiwan.

Thème, Question de recherche	L'étude a essayé d'identifier les rôles des infirmières et leurs fonctions de la santé publique et dans les soins à domicile en Taïwan et les facteurs qui affectent ces rôles.
Idées et concepts centraux, théorie	Des rôles infirmier et des fonctions ont été développés par l'utilisation de méthode de théorie fondée de Strauss et Corbin
Participants, (Nombre, caractéristiques)	Les participants ont été choisis en utilisant l'échantillonnage théorique. La taille type finale dans cette étude a compris un total de 29 infirmières communautaires (18 infirmières de santé publique et 11 infirmières des soins à domicile) qui ont fourni des soins communautaires à domicile.
Devis, Méthode de la récolte des données et de l'analyse	Les données ont été rassemblées en utilisant des entretiens en profondeur face à face semi-structurés et des observations de non-participant peu structurées. L'analyse comparative constante continue pendant le processus de codage ouvert, axial et sélectif jusqu'à la saturation de données est arrivée.
Résultats, Conclusion (Des auteurs de l'article)	Quatorze rôles infirmiers ont été identifiés et décrits. Ces rôles ont inclus l'évaluateur, le partisan, l'éducateur, le consultant, le conseiller, le négociateur, l'harmoniseur, le collaborateur, l'avocat, le coordinateur de placement, le fournisseur de ressource, le fournisseur de soin, le manager de cas et le détecteur de cas.
Propre questionnement et conclusion	Ce ne sont pas des interventions mais sur des rôles des actions se développent. Ce ne sont pas forcément des actions qui sont faites juste avant une crise mais tout au long d'un traitement pour éviter les crises. Soins à domicile mais même intensité de visite entre l'infirmière et le patient.

ANNEXES 5

⇒ RESUME SUCCINT DES 12 ARTICLES

<p>T. V. Mccann & E. Clark. (2004). Advancing self-determination with young adults who have schizophrenia. <i>Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing</i>, 12, 12-20.</p>	<p>La recherche a examiné comment une communauté d'infirmières de santé mentale ont développé l'autodétermination avec des patients qui vivent un premier épisode de schizophrénie.</p> <p>Le but de cette étude était d'annoncer les processus que les infirmières de santé mentale utilisent pour promouvoir l'autodétermination du patient dans le contexte d'un rétablissement d'un épisode aigu de maladie psychotique.</p> <p>Les principaux résultats cités sont : comment l'infirmière peut faire de l'éducation avec un patient schizophrène et comment elle arrive à stimuler le sang froid auprès de ces personnes afin de stimuler leur autodétermination.</p>
<p>B. van Meijel, M. van der Gaag, R.S. Kahn, and M.H.F. Grypdonck. (2004). Recognition of early warning signs in patients with schizophrenia: A review of the literature. <i>International Journal of Mental Health Nursing</i>, 13, 107-116.</p>	<p>Dans cette revue de littérature, un inventaire des connaissances sur le dépistage précoce et des interventions précoces réalisées dans la prévention des psychoses chez les patients souffrant de schizophrénie est dressé.</p> <p>La question est : « quelles expériences, des pensées et comportements sont caractéristiques à cette phase. »</p> <p>L'aspect de la formation des soignants est présent dans cette étude. Des actions infirmières sont mentionnées dans les résultats dont la promotion du coping.</p>
<p>X.Y. Huang, W. F. Ma, H.H. Shih, H.F. Li. (2008). Roles and functions of community mental health nurses caring for people with schizophrenia in Taiwan. <i>Journal of clinical nursing</i>, 17, 3030-3040.</p>	<p>L'étude a essayé de découvrir et comprendre les rôles des infirmières et leurs fonctions dans la santé publique et dans les soins à domicile en Taïwan. Les facteurs qui affectent ces rôles sont identifiés</p> <p>Quatorze rôles infirmiers ont été identifiés et décrits. Ces rôles ont inclus l'évaluateur, le partisan, l'éducateur, le consultant, le conseiller, le négociateur, harmoniser, le collaborateur, l'avocat, le coordinateur de</p>

	placement, le fournisseur de ressource, le fournisseur de soin, le manager de cas et le détecteur de cas.
O'Connor (1994). A vulnerability-stress framework for evaluating clinical interventions in schizophrenia. <i>Image--the journal of nursing scholarship</i> , 26, 231-237.	<p>La recherche montre une relation entre les niveaux des symptômes psychotiques et plusieurs facteurs intra-personnels, les relations interpersonnels et les facteurs environnementaux. Ces déterminants sont incorporés dans un modèle étiologique causal des symptômes psychotiques basés sur le cadre de la vulnérabilité au stress. Alors un modèle d'intervention à facettes multiples pour influencer les déterminants des symptômes est avancé et des exemples d'éléments d'intervention sont spécifiés. Finalement, un programme de recherche pour évaluer l'efficacité du modèle d'intervention est décrit.</p> <p>L'explication des stressseurs ainsi que des modérateurs est présentée.</p> <p>Dans les résultats, différentes interventions, que la famille et les soignants peuvent exercer, sont présentés. La participation de la famille est mentionnée comme un protecteur.</p>
B. van Meijel, M. van der Gaag, R.S. Kahn, and M.H.F. Grypdonck (2002). The practice of early recognition and early intervention to prevent psychotic relapse in patients with schizophrenia: an exploratory study. Part 1. <i>Journal of psychiatric and mental health nursing</i> , 9, 347-355.	<p>Cet article décrit les résultats d'une étude « exploratrice de l'application de la reconnaissance et de l'intervention précoce dans le but de prévenir des rechutes schizophréniques. On montre de nombreux modèles de plan de reconnaissance des symptômes et on indique comment le patient, les professionnels de la santé et les autres personnes impliquées peuvent être capables de lister et d'évaluer les signes avant-coureurs de manière systématique. On prête également attention au rôle de la famille du patient et aux potentiels effets de l'usage de ces méthodes de reconnaissance et d'intervention précoce.</p> <p>Trois types de modèle de prévention des rechutes sont mis en avant. Les effets de la reconnaissance précoce sont également cités.</p>
B. van Meijel, M. van der Gaag, R.S. Kahn, and M.H.F. Grypdonck (2002). The practice of early	Focalisation principalement sur les facteurs qui sont favorables ou défavorables à l'utilisation de la reconnaissance et de l'intervention

<p>recognition and early intervention to prevent psychotic relapse in patients with schizophrenia: an exploratory study. Part 2. <i>Journal of psychiatric and mental health nursing</i>, 9, 357-363.</p>	<p>précoce.</p> <p>Les points suivants vont être abordés : (i) Information et éducation, (ii) attitude face au soin de la santé professionnelle, (iii) dans la peau d'un patient, (iv) l'acceptation de la maladie, (v) les motivations, et (vi) les autres caractéristiques des patients, (vii) ainsi que les soins continus.</p> <p>Finalement, les implications dans les recherches pour le développement du protocole des soins vont être encore discutées.</p>
<p>B. van Meijel, M. van der Gaag, R.S. Kahn, and M.H.F. Grypdonck (2003). Relapse Prevention in Patients with Schizophrenia. <i>Archives of psychiatric nursing</i>, 3, 117-125.</p>	<p>Cet article décrit le développement et le contenu d'un protocole de soins infirmiers d'intervention pour la reconnaissance des premiers signes de la psychose.</p> <p>L'avis des experts et des infirmières sur le protocole est listé.</p> <p>Beaucoup d'éléments, comme la formation des infirmières, les différents éléments qu'il faut apprendre aux patients schizophrènes, sont présentés.</p> <p>Toutes les actions infirmières ont pour but final de rétablir l'équilibre du patient afin d'éviter la décompensation psychotique.</p>
<p>B. van Meijel, C. Kruitwagen, M. van der Gaag, R.S. Kahn, and M.H.F. Grypdonck (2006). An intervention study to prevent relapse in patients with schizophrenia. <i>Journal of nursing scholarship</i>, 42-49.</p>	<p>Dans cet article, la recherche de l'efficacité du protocole d'intervention est décrite.</p> <p>Question de recherche : les patients avec la schizophrénie et des troubles psychotiques liés, avec qui les plans de prévention de rechute sont appliqués, ont moins de chance de subir une rechute psychotique que les patients qui reçoivent le soin comme d'habitude ? Secondairement, nous étudions les effets du travail avec un plan de prévention de rechute (a) la perception du patient sur sa maladie, (b) l'alliance du travail entre le patient et l'infirmière et (c) l'utilisation de médicaments.</p> <p>But : déterminer si l'utilisation de plans de prévention de rechute (PPR) dans la pratique infirmière est une intervention efficace dans la réduction de</p>

	<p>taux des rechutes parmi les patients avec la schizophrénie.</p> <p>Cet article concerne une intervention psychosociale qui a l'objectif de contribuer à la prévention de rechutes psychotiques. L'intervention consiste à la reconnaissance précoce des signes de la psychose.</p>
<p>B. van Meijel, M. van der Gaag, R.S. Kahn, and M.H.F. Grypdonck (2003). Relapse Prevention in Patients with Schizophrenia: The application of an intervention protocol in nursing practice. <i>Archives of psychiatric nursing</i>, 4, 165-172.</p>	<p>Le projet de recherche, dont l'étude présente est une partie, est concentré sur le développement et le test d'un protocole d'interventions adapté aux infirmières sur la prévention des rechutes psychotiques chez les patients avec la schizophrénie et aux troubles liés.</p> <p>Cet article présente les résultats d'une enquête menée chez les infirmières qui ont appliqué le protocole dans la condition expérimentale. L'objectif était d'obtenir une compréhension de la manière dont le protocole a été en réalité utilisé.</p> <p>Il est mentionné que la formation des infirmières est importante ainsi que leurs disponibilités.</p>
<p>J. Bustillo, R.W. Buchanan, W.T. Carpenter (1995). Prodromal symptoms vs. early warning signs and clinical action in schizophrenia. <i>Schizophrenia bulletin</i>, 21, 553-559.</p>	<p>C'est une revue de littérature qui débat sur la différence entre les symptômes prodromaux et les premiers signes, ce qui est pour nous, soignant, pas essentiel à faire la distinction.</p> <p>L'instruction de l'importance de l'identification et le rapport de changement de la condition clinique du patient, permet d'identifier les premiers signes d'alarme, pour permettre à l'équipe d'intervenir en diminuant les demandes environnementales, fournir des contrôles de près, plus d'assistance et une augmentation de la protection pharmacologique. Les soignants auraient la capacité de prédire quand le patient va décompenser.</p>
<p>J. Bäuml, T. Froböse, S. Kraemer, M. Rentrop, G. Pitschel-Walz (2006). Psychoeducation: a basic psychotherapeutic intervention for patients with schizophrenia and their families. <i>Schizophrenia</i></p>	<p>Description de la psychoéducation, de ces buts et de son efficacité. Dans les résultats il est dit que c'est seulement d'une position informée que le patient peut développer son potentiel d'autodétermination. L'attitude positive du soignant peut motiver le patient. Il est également dit qu'il est</p>

<p><i>bulletin</i>, 32, S1-S9.</p>	<p>important de délocaliser la pathologie, c'est-à-dire à ce que le patient puisse voir sa maladie comme un problème plutôt que de se voir lui-même comme le problème. C'est la seule recherche qui mentionne qu'il faudrait construire un plan de prévention du suicide.</p>
<p>S. Stevens , J. Sin (2005) Implementing a self-management model of relapse prevention for psychosis into routine clinical practice. <i>Journal of psychiatric and mental health nursing</i>, 12, 495-501.</p>	<p>Dans cet article, les auteurs veulent partager une pratique complète d'une approche d'un développement qui synthétise l'éducation et la formation dans le développement de services visant à promouvoir des actions pratiques fondées sur des preuves en matière de prévention de rechutes. Divers éléments complémentaires de l'ensemble du projet seront examinés.</p> <p>Le projet Smith est présenté.</p> <p>Dans ce projet, l'autodétermination est présente ainsi que le rôle de la famille. La formation des soignants est avancée.</p>

ANNEXES 6

⇒ GRILLE D'ANALYSE CRITIQUE DES RECHERCHES

Phase conceptuelle

1. Quel est le problème à résoudre? Est-il bien circonscrit et formulé ?
2. Quel est l'état de la question / la recension des écrits met-elle en évidence l'évolution des connaissances ?
3. Les auteurs font-ils mention d'un cadre de référence ? Est-il approprié à l'étude ? Quel est le concept central ? Le résumer brièvement
4. Quel est le but (ou quels sont les buts) de cette recherche ? Est-il en rapport avec le problème et le cadre de référence?
5. Quelles sont les questions ou les hypothèses de recherche? Sont-elles clairement formulées et écoulent-elles logiquement du cadre conceptuel?

7.1 PHASE METHODOLOGIQUE ET PHASE EMPIRIQUE

1. De quel type de recherche s'agit-il (Devis utilisé) ? Est-il en rapport avec le but de l'étude et convient-il pour examiner les questions ou les hypothèses?
2. Les critères de sélection des participants sont-ils clairement formulés? Quelles sont les caractéristiques et la taille de l'échantillon?
(La méthode d'échantillonnage est-elle appropriée? la taille de l'échantillon est-elle judicieuse.)
3. Les auteurs ont-ils tenu compte des aspects éthiques de la recherche, et en particulier du consentement? Les droits des participants sont-ils protégés?
4. Les outils pour le recueil des données : quels sont-ils ? Comment sont-ils construits et appliqués ? Conviennent-ils pour mesurer les variables? Sont-ils fidèles et valides?
5. La méthode d'analyse des données : quels outils sont utilisés ?

Phase d'interprétation et diffusion

1. Quels sont les principaux résultats obtenus? (Repérer les pages et tableaux)

2. La discussion met-elle en relation : les résultats rapportés, le cadre de référence, les questions ou les hypothèses de recherche et les travaux d'autres chercheurs?
3. Vers quoi débouche la recherche ? Quelles sont les recommandations de l'auteur en ce qui a trait à la recherche et à la clinique ? etc.
4. L'auteur suggère-t-il de généraliser les résultats à d'autres populations ou contexte ?
5. Quelles pourraient être les conséquences de l'étude sur la pratique des sciences infirmières ?