

**Le rôle infirmier dans l'accompagnement de patient
schizophrène vivant le rétablissement.**

Comprendre et envisager un nouveau rôle

Travail de Bachelor

Par Schläpfer Katia

Promotion 2008-2011

Sous la direction de Deborah Perrinjaquet

Haute Ecole de Santé, Fribourg

Filière soins infirmiers

Le 4 juillet 2011

Résumé

But : ce travail porte sur les différentes composantes du rôle infirmier dans l'accompagnement de patients vivant le rétablissement. En effet, ce nouveau concept de soins nécessite des adaptations au niveau du rôle de l'infirmier. La revue de littérature cherche à répondre à la question de savoir quel est le rôle infirmier dans l'accompagnement de patients schizophrènes ?

Méthode : Pour réaliser ce travail, nous avons récolté des recherches correspondant à des critères précis de sélection. Nous avons critiqué nos recherches et retenu celles qui possédaient une méthodologie claire et précise. Suite à cela nous avons résumé les recherches au moyen d'une grille (cf. Annexes C) puis nous avons catégorisé les résultats de ces recherches. En dernier lieu, nous allons discuter nos résultats avec le cadre de référence.

Population cible : Les adultes (à partir de 18 ans et plus) souffrant de schizophrénie.

Résultats : Nous avons pu faire émerger les cinq grandes composantes du rôle infirmier dans l'accompagnement de patients schizophrènes vivant le rétablissement à savoir : voir le client en devenir, promouvoir le bien-être, intervenir selon des approches efficaces, établir une relation thérapeutique et se perfectionner.

Implication pour la pratique : Nous avons principalement développé le besoin de formation des soignants mais également pour connaître les thérapies efficaces. Tout au long de cette recherche le besoin de supervision pour accompagner le changement de rôle nécessaire à l'accompagnement orienté vers le rétablissement s'est révélé important. Finalement nous avons formulé une recommandation pour l'adaptation des structures hospitalières pour favoriser ce type d'accompagnement personnalisé aux patients.

Conclusion : nous pensons que cette évolution du traitement de la maladie psychiatrique mériterait encore d'autres recherches pour préciser les contours de ce type d'accompagnement, imaginer des nouvelles formations pour les soignants et repenser certaines structures d'accueil.

Mots-clés: recovery, schizophrenia, role nurse, psychiatric nursing

Remerciements

Je tiens à remercier l'ensemble des personnes qui m'ont permis de mener à bien ce fastidieux travail.

Tout d'abord je tiens à remercier Mme Deborah Perrinjaquet pour son aide tout au long du travail ainsi que ces remarques judicieuses.

Je tiens à remercier mon ami, Julien Krattinger sans qui, les journées et les week-ends passées à travailler auraient, sans doute, été plus tristes. Il m'a soutenu et réconforté durant toutes les étapes de mon travail.

Je souhaite aussi à formuler des remerciements à mes amis, Marc Poncet, Guillaume Villet, Sandrine Verdon, Anne Charrière et Aurélie Perritaz toujours partant pour faire une « petite » pause-café.

Ensuite je tiens à adresser des remerciements à l'ensemble de ma famille pour son soutien ô combien précieux durant toute cette année et particulièrement durant ces derniers mois. Mes sœurs, Karina et Hannah Schläpfer ont toujours su me redonner le sourire pour me faire oublier mes « petits malheurs » vécus en rédigeant ce travail. Quant à ma sœur Rébecca et mon beau-frère Raphaël Grand, ils se sont toujours montrés encourageants. Merci à mon papa, Adrian Schläpfer, qui a toujours trouvé une formule pour dédramatiser la situation. Enfin je tiens à dire un grand merci à ma maman, Judith Schläpfer, qui a relu mainte et mainte fois ce travail. Elle a su palier à mes lacunes de français et remettre du sens dans mes phrases. Elle a été un soutien inestimable !

En dernier lieu je tiens à remercier ma belle-famille, Bruno, Christine et Céline Krattinger et Marie-Louise Trinchan toujours là pour me changer les idées.

J'ai une pensée toute particulière à ma grand-maman Alessandra Schläpfer, qui m'a donné le goût d'aimer les gens mêmes différents.

Sommaire

Introduction.....	7
1 Problématique	8
1.1 Contexte d'émergence et motivation	8
1.2 Question de recherche	12
1.3 Objectifs et buts poursuivis	14
2 Cadre conceptuel.....	15
2.1 Concepts-clés	15
2.1.1 Le processus de rétablissement.....	15
2.1.2 Partenariat de collaboration	16
2.1.3 Le rôle infirmier.....	17
2.2 Cadre de référence : les trois modes d'accompagnement	19
3 Méthodologie	21
3.1 Choix du devis : la revue de littérature	21
3.2 Banque de données.....	21
3.3 Critères de sélection	22
3.3.1 Critères d'inclusion.....	22
3.3.2 Critères d'exclusion	22
3.4 Termes MESH.....	22
3.5 Stratégies de recherche.....	23
3.5.1 1 ^{ère} stratégie.....	23
3.5.2 2 ^{ème} stratégie	24
3.5.3 3 ^{ème} stratégie	24
3.5.4 4 ^{ème} stratégie	24
3.5.5 5 ^{ème} stratégie	24
3.5.6 6 ^{ème} stratégie	25
3.5.7 7 ^{ème} stratégie	25

3.5.8	8 ^{ème} stratégie	25
3.5.9	9 ^{ème} stratégie	26
4	Résultats.....	27
4.1	Voir le client en devenir.....	28
4.2	Promouvoir le bien-être.....	30
4.3	Intervenir selon des approches efficaces.....	33
4.4	Etablir une relation thérapeutique	35
4.5	Se perfectionner	36
4.6	Corrélations	38
5	Discussion.....	39
5.1	Regard critique sur les études retenues	39
5.2	Discussion des résultats.....	40
5.2.1	Cadre relationnel.....	40
5.2.2	Soutien à l'expérience du rétablissement.....	41
5.2.3	Démarche de planification de services individualisés orientés vers le rétablissement	44
5.3	La réponse à la question de recherche.....	46
6	Perspectives	48
6.1	Implications et recommandations pour la pratique	48
6.2	Recherches ultérieures	49
	Conclusion	51
7	Bibliographie	52
7.1	Ouvrages	52
7.2	Rapports	53
7.3	Articles et revues périodiques	53
7.4	Sites WEB	54
8	Annexes A : Déclaration d'authenticité.....	55

9	Annexes B : Le modèle cognitif-contextuel	56
10	Annexes C: Grille d'analyse des articles scientifiques	59
11	Annexes D : Référentiel de compétences	60
12	Annexes E: Fiches de lecture.....	65
12.1	McNeela et al., 2010.....	65
12.2	Noiseux et Ricard, 2005	72
12.3	McCann et Clark, 2004.....	77
12.4	Crowe et al., 2006.....	83
12.5	Noiseux et al., 2010	86
12.6	Hugo, 2001	95
12.7	McCann et Clark, 2003.....	101
12.8	Whitley et al., 2009	107
12.9	Turkington et al., 2006	111
12.10	Economou et al., 2011	115

Introduction

Lors de notre premier contact avec le milieu de la psychiatrie nous avons été confrontés à des patients qui souffraient de schizophrénie. Cette maladie nous a tout particulièrement intéressés car il nous semblait impossible de la traiter, et que tous les efforts fournis étaient vains. Les patients revenaient décompensés et nous avions l'impression de repartir de zéro. C'est alors que nous avons cherché à comprendre ce que ressentait les patients schizophrènes toujours partagés entre l'équilibre et la crise. Ils nous ont confié à plusieurs reprises leurs difficultés à reprendre leur vie là où ils l'avaient laissé avant la crise. Ils évoquaient également leur sentiment d'inutilité. Mais que sommes-nous en mesure de faire pour améliorer notre accompagnement ?

Autant de questions qui nous ont poussés à nous intéresser à la réhabilitation des patients schizophrènes et qui nous ont fait découvrir le concept de « rétablissement » en santé mentale. Les questions sur l'intégration mais plus encore sur la possibilité d'offrir à ces personnes une qualité de vie ont commencé progressivement à trouver des réponses. Fallait-il encore comprendre comment envisager le rôle infirmier dans ce nouvel accompagnement car au fil des lectures, nous avons compris que ce concept demandait une remise en question de toutes les personnes gravitant autour du patient.

Pour ce faire, nous avons étayé notre questionnement en nous penchant sur l'évolution de la psychiatrie et du rôle infirmier ainsi que sur la spécificité de la schizophrénie. Puis nous avons fait émerger la question de recherche ainsi que les concepts centraux de notre travail et enfin, un cadre de référence, pour discuter nos résultats. Nous avons établi une méthodologie pour trouver, résumer et critiquer les articles retenus, puis nous avons catégorisé les résultats de nos recherches et discuter ces derniers. Nous avons pu, grâce à ce processus, répondre à notre question de recherche et enfin, établir les implications sur la pratique infirmière et des recommandations pour la mise en œuvre de ce mode d'accompagnement et les perspectives de recherches ultérieures.

1 Problématique

Nous avons décidé de présenter ici, le contexte d'émergence et de motivation qui fera émerger la question de recherche et enfin les objectifs et buts poursuivis.

1.1 Contexte d'émergence et motivation

Pour établir le contexte de ce travail et démontrer que l'accompagnement des malades psychiques est en constante évolution, nous commencerons par faire un retour en arrière dans le monde de la psychiatrie.

Comme l'explique Foucault, au Moyen Âge, la folie faisait partie du décor (cité par Merklings, 2007, p.112). Ainsi les malades psychiatriques, bien que peu tolérés, étaient intégrés dans la société médiévale. Il faut attendre le milieu du 17^{ème} siècle pour que la société perçoive le malade, le fou, comme dangereux pour la société. Merklings explique que c'est le développement de la société et l'apparition de la bourgeoisie qui fait naître une nouvelle catégorie d'individus, à savoir, les « inutiles ». Les « inutiles » ainsi nommés, car ils ne sont pas en mesure de travailler. C'est alors que l'on construira des hospices pour les « fous », les originaux et même les pauvres. « Ces « hôpitaux » n'ont aucune mission sanitaire ; ils sont avant tout une instance de protection de l'ordre social et, secondairement, une institution de secours du pauvre. » (Merklings, 2007, p.112). Durant cette période historique, les représentations de la folie se sont construites peu à peu dans la société.

La révolution française, voulant abolir toutes formes d'oppression mise en place par la royauté et la bourgeoisie, a fermé ces « hôpitaux ».

« Mais les révolutionnaires se sont vite aperçus que folie et liberté n'étaient pas totalement compatibles ; la folie, dans la réalité comme dans l'imaginaire social, faisait peur. Les fous n'ont pas réellement profité de la fin de l'enfermement ; en revanche, les hôpitaux généraux et autres maisons d'internement leur ont été peu à peu exclusivement affectés. » (Merklings, 2007, p.113)

L'évolution vers un concept de soins pour ces malades fut lente. Malheureusement, ces premières prises en charge relevaient plus d'un redressement moral que d'une véritable approche de soins. De plus ces pseudos soins donnaient lieu à toutes sortes de châtements. Merklings (2007) explique que ce n'est qu'à la fin de la Seconde Guerre Mondiale, que la réalité des conditions de vie de ces personnes internées commence à déranger. La société retrouve, en quelque sorte, son humanité, aidée en cela par la découverte de Freud : la

psychanalyse. (2007, p.115) Dès lors, le monde de la psychiatrie n'a fait qu'évoluer aux contacts de théories naissantes. Grasset explique à quel point l'enfermement représentait une aberration, allant même jusqu'à rendre une maladie, incurable. (1988, p.3). Merklung explique que c'est en 1960, en France, que la sectorisation des soins psychiatriques est apparue, donnant lieu à d'autres alternatives que l'hôpital pour les malades psychiques. (2007, p.15). C'est à peu près à la même époque que les neuroleptiques font leur apparition. En 1952, Cette médication a permis, entre autre, de baisser le nombre et la durée des hospitalisations. Néanmoins, comme le dit Cottraux (2001) :

[...] de nouveaux problèmes sont apparus, liés cette fois à l'observance médicamenteuse, à la chronicité intermittente, aux limitations intrinsèques des neuroleptiques, et aux réactions du milieu où vivent les sujets psychotiques. En deux ans de vie dans la communauté 50 % des patients qui sortent de l'hôpital psychiatrique vont rechuter. (p.214)

Ainsi, l'observance médicamenteuse devient aussi un défi dans la prise en charge de patients en santé mentale, et ne résout pas le problème des rechutes très souvent constatées dans la maladie psychique. Jusqu'à ces dernières années, la psychiatrie a donc cherché des moyens efficaces pour lutter contre ces rechutes. Si les traitements médicamenteux font désormais partie des moyens utilisés pour soulager les malades, ils ne peuvent pas répondre à l'ensemble des facteurs qui génèrent les rechutes. Les contextes de vie pèsent aussi sur la santé mentale. Selon l'OMS (organisation mondiale de la santé), « La santé psychique peut être envisagée comme le résultat d'interactions complexes entre des facteurs biologiques, psychologiques, socioéconomiques, socioculturels et institutionnels. » (Obsan, 2007, p.8). En effet, chaque individu est confronté aux autres mais aussi, aux normes sociales (...). Pour le malade psychique, cette problématique peut potentiellement le déséquilibrer et l'amener à rechuter.

L'Observatoire suisse de la santé (Obsan, 2006) signale que le nombre total d'hospitalisations tend à baisser alors que le nombre de réhospitalisations des mêmes patients, lui, augmente. Ainsi donc, la volonté d'accueillir les malades psychiques dans la société n'est pas si simple à mettre en œuvre. Ainsi, selon l'observatoire suisse de la santé (2006), l'intégration des personnes souffrant de maladies psychiques serait moins bonne de nos jours, qu'il y a quelques années. Ils sont parvenus à de telles conclusions, en consultant les fichiers de l'état civil et ceux concernant le statut professionnel des patients. Ils ajoutent que la part des patients travaillant à temps complet ou partiel a fléchi de 26.4%. Un rapport sur les effectifs des rentiers de l'assurance invalidité (2009) démontre également de

manière significative le pourcentage élevé de patients schizophrènes, à qui on a reconnu une invalidité de 70 à 100 %. Par ailleurs, dans un autre rapport de l'observatoire suisse de la santé (2007), nous découvrons que la part des rentes invalidité allouée à des personnes souffrant de maladie psychique est en nette augmentation. En effet, en 2005, 37% des rentes AI (Assurance Invalidité) étaient allouées pour des maladies psychiques contre 20% en 1986. Le nombre de rentes allouées risque de baisser dans les prochaines années avec la cinquième révision de l'Assurance Invalidité.

Cette réalité met en évidence qu'il ne suffit pas de vouloir intégrer les malades psychiques pour réussir cette intégration. Les psychiatres, psychologues et les infirmières en santé mentale tentent de remédier à cette situation en faisant des recherches, en explorant d'autres pistes d'interventions. Ainsi, « Au cours de la dernière décennie, les professionnels de la santé et les décideurs ont manifesté leur intérêt pour le développement de connaissances et d'interventions thérapeutiques axés sur l'expérience du rétablissement » (Provencher, 2002, p36). Une nouvelle expérience thérapeutique que nous allons développer maintenant.

Cette notion du rétablissement, bien connue des soins somatiques, reste encore discrète en santé mentale. Noiseux et Ricard ont d'ailleurs soulevé ce manque de définitions précises du rétablissement en santé mentale dans leur recherche : « Le rétablissement de personnes vivant avec la schizophrénie », publié en 2005. Le Ministère de la Santé et des Services Sociaux canadien (MSSS), intéressé par le rétablissement et visant le développement de celui-ci, a adhéré à la définition de Thomas Kirk. Cette dernière comprend le rétablissement comme étant: « le processus qui permet à l'individu malade de développer ou de restaurer une identité positive et riche de sens malgré la condition qui l'afflige, puis de reconstruire sa vie en dépit ou dans les limites imposées par son état. » (Gendreau, 2010, p.1). A cette approche s'ajoute celle de Provencher qui dit du rétablissement qu'il s'agit d'« [...] une expérience très subjective. Elle varie d'une personne à l'autre, et la même personne se rétablira de façon différente au fil du temps, en lien avec des changements dans son projet de vie.» (2008, p.170). Comme le sous-entendent ces deux conceptions, le patient est l'acteur principal de son rétablissement. Ce constat est l'un des postulats majeurs de la théorie du rétablissement, c'est-à-dire « le pouvoir d'agir ». Autrement dit, comment retrouver une influence sur son environnement et sur soi-même, malgré la présence d'une maladie psychique.

Toutefois, devant la multiplicité et la spécificité des maladies psychiques, nous avons fait le choix de ne parler du rétablissement que pour les patients schizophrènes. La littérature existante nous a incités à choisir cette pathologie. Il s'agit donc maintenant de comprendre ce qu'est la schizophrénie.

Pour le DSM-IV-TR, la schizophrénie comporte des symptômes caractéristiques, soit deux au moins des troubles suivants, pendant au moins un mois chacun (ou moins quand ils répondent favorablement à un traitement) :

- idées délirantes ;
- hallucination ;-discours désorganisé (coq-à-l'âne, incohérence) ;
- comportement catatonique ou très désorganisé ;
- symptômes négatifs (aboulie, alogie, émoussement affectifs).

Et des perturbations sociales (travail, études, relations interpersonnelles) très importantes sont également présentes. Des signes permanents de la perturbation doivent persister pendant au moins six mois. (DSM-IV cité par Godfryd, 2008, p.82)

Nous pouvons préciser que les éléments délirants sont considérés comme des symptômes positifs. Ils sont présents pendant les phases aiguës de la maladie, alors que les symptômes négatifs, cités plus haut, seront présents durant les périodes transitoires. Cette fluctuation entre les phases aiguës et transitoires peut donner naissance à une psychose chronique, même si cette évolution n'est pas systématique. La maladie psychique chronique n'est pas encore très bien définie, mais il semblerait que la chronicité d'une pathologie se signale par l'apparition ou la réapparition des symptômes: (OFSP, 2004, p.14)

[...] à de brefs intervalles ou lorsque d'autres états consécutifs à la maladie se manifestent durant une longue période. Les critères suivants sont décisifs :

- Symptômes qui réapparaissent périodiquement (fréquence des rechutes)
- Durée, éventuellement aggravation des symptômes
- Gravité du trouble
- Co morbidité (présence de plusieurs troubles)
- Mauvaise adaptation sociale
- Durée du traitement psychiatrique, éventuellement de l'hospitalisation, etc.
- Détériorations au niveau social (recul professionnel, problèmes relationnels, par exemple séparation ou divorce par la suite de la maladie)
- Possibilité de traitement

Il apparaît donc que les personnes souffrant de schizophrénie, sont en constante recherche d'équilibre entre phase transitoire et aiguë. C'est une pathologie difficile à gérer, à stabiliser et que dire, à soigner. Bien que la schizophrénie ne représente que 9% des

maladies psychiques (Obsan, 2006), elle reste une maladie psychique où la guérison est difficilement envisageable, d'où la maxime «schizophrène un jour, schizophrène toujours » (Provencher, 2008, p.228) C'est pourquoi envisager le rétablissement pour les patients schizophrènes représente non seulement une innovation mais aussi un véritable défi, autant pour la personne qui le vit que pour la personne qui le soigne. Mais pas seulement, Gendreau écrit :

Le concept de rétablissement, dont l'emphase se centre sur la personne ayant un trouble de santé mentale est considéré comme une innovation. Or qui dit innovation, dit également élaboration de compétences permettant aux différents intervenants travaillant dans le système de santé, d'offrir, de partager et d'enseigner des savoirs, des savoir-faire et des savoir-être nécessaires à un service adapté à la personne souffrant d'un trouble de santé mentale. (2010, p. 2)

Ainsi, cette nouvelle thérapie suppose non seulement un engagement volontaire du patient, mais aussi « l'élaboration de compétences » qui devraient être acquises par le personnel soignant pour parvenir à cet accompagnement thérapeutique. Ainsi, tout naturellement, parvenons à notre question de recherche qui s'intéresse au rôle de l'infirmier en santé mentale auprès d'un patient schizophrène vivant « le rétablissement ».

1.2 Question de recherche

Tout comme les représentations de la folie ont évolué, l'hospice est progressivement devenu un hôpital psychiatrique, un service ambulatoire, la profession d'infirmier évolue en adaptant son rôle auprès du patient.

Ainsi, le premier rôle d'un soignant travaillant dans un hospice consistait à surveiller les malades. Müller explique que : « leur principale fonction était d'empêcher les aliénés de nuire, de se blesser, de faire du scandale ou de s'enfuir » (1997, p.228). Suite à l'évolution des soins, on a commencé à procurer des occupations aux malades, en leur faisant faire des travaux manuels simples, tels que du jardinage ou de la couture et du raccommodage pour les femmes. Les infirmiers ont donc dû apprendre à gérer ces activités. Dans les années 1900, le docteur Zinn à Zurich, explique :

[...] que les personnes qui s'occupaient des malades mentaux n'étaient pas des infirmières et des infirmiers, mais simplement des valets et servantes. Il ajoute qu'ils devaient avant tout être instruits de la façon d'enfiler sans trop de bagarre une camisole de force, savoir mettre le malade au bain permanent ou dans une cellule d'isolement. (Müller, 1997, p. 229)

C'est à ce moment-là qu'est née l'idée de former les infirmiers et les infirmières en psychiatrie. La perspective de formation ne plaisait pas à tous les médecins-chefs, car ils avaient peur que les infirmiers, une fois formés, augmentent leurs exigences salariales, aspirent à plus d'autonomie dans leur travail et réclament davantage de vacances (Müller, 1997). Malgré les résistances, la formation vit le jour dans les années 1930. Dès lors, il eut une formation pour les infirmiers en santé mentale prodiguée par des médecins. Ce qui est intéressant, c'est que ce sont les médecins qui ont finalement cherché à développer cette formation. Müller parle du premier directeur d'institution psychiatrique à avoir offert une formation à son personnel infirmier. Ce médecin explique dans quel but il l'a fait : « Je ne voulais pas inculquer à mon personnel des connaissances médicales scientifiques. Je voulais qu'il apprenne les bases d'anatomie et de physiologie pour mettre fin aux plus grandes inepties » (1997, p.230)

Pour faire face aux savoirs médicaux qui évoluaient, les médecins et les directeurs d'hôpitaux avaient besoin de faire progresser les connaissances des infirmiers pour leur confier des tâches plus importantes que celles de l'intendance. De ce besoin est né un nouveau rapport entre médecins et infirmiers. Toutefois, le modèle traditionnel suggère encore aujourd'hui que l'infirmier est un exécuteur de prescriptions médicales (Gendreau, 2010). Mais Fournier nous fait découvrir une nouvelle conception de notre rôle en disant qu'elle : « croit cependant que la pratique infirmière des temps modernes se doit de favoriser l'accompagnement et l'encadrement de la personne ou de la communauté, en ayant comme but l'auto-détermination de leur santé » (cité par Gendreau, 2010). L'idée même de l'autodétermination du patient remet en question le rôle du soignant. Provencher nous le confirme en expliquant que : « la relation intervenant-personne/ utilisatrice s'inscrit dans le contexte d'un rapport non hiérarchisé au sein duquel l'intervenant abandonne son statut d'expert. » (2002, p. 51). Cette vision est toutefois tempérée par Gottlieb et Feeley qui écrivent : « [...] le professionnel de la santé endosse le rôle de l'expert possédant les connaissances nécessaires pour traiter et guérir la maladie. » (2007, p.4). Ces citations qui se complètent ou s'opposent démontrent que le rôle de l'infirmier doit être continuellement repensé et particulièrement, si nous souhaitons accompagner des personnes schizo-phrènes vivant le rétablissement.

Nous allons donc devoir comprendre ce que recouvrent ces termes tels que « accompagnement », « encadrement » qui apparaissent souvent dans les écrits sur le

rétablissement et les traduire en terme de rôle. Nous en arrivons donc à nous demander : Quel est le rôle infirmier dans l'accompagnement de personnes schizophrènes vivant le rétablissement ?

1.3 Objectifs et buts poursuivis

Nous souhaitons pouvoir répondre à cette question de manière à faire évoluer notre conception du rôle infirmier. Pour y parvenir, nous examinerons les recherches retenues afin de repérer les compétences qu'il faut maîtriser pour accompagner un patient vivant le rétablissement. De cette nouvelle approche, nous ferons émerger la posture du soignant en santé mentale, dans une prise en charge infirmière visant le rétablissement.

2 Cadre conceptuel

L'analyse des résultats de nos recherches doit se faire dans un cadre conceptuel qui est constitué de concepts-clés relatifs à notre question de recherche. Ce cadre conceptuel me permettra de préciser les concepts clés, mais aussi d'établir un cadre de référence pour discuter nos résultats.

2.1 Concepts-clés

Nous avons choisi de décrire trois concepts majeurs présents dans notre travail, à savoir : le rétablissement, le partenariat de collaboration, qui définissent à eux deux notre troisième concept : le rôle infirmier.

2.1.1 Le processus de rétablissement

Tout d'abord avant d'explicitier le concept de rétablissement en santé mentale, nous aimerions donner le premier sens du mot « rétablissement ». Le rétablissement correspond à « l'action de rétablir (...) la remise en fonction ou en vigueur (...) le retour à la santé » (nouveau Petit Robert, 1993,1963 cité par Provencher, 2002, p.38). Face à la maladie mentale, la définition s'affine ainsi :

Le processus s'amorce par l'acceptation du trouble mental, le désir et la motivation d'effectuer des changements et l'espoir que procurent les ressources spirituelles ou les personnes perçues comme des modèles. La phase initiale est suivie d'une phase intermédiaire caractérisée par l'actualisation du pouvoir d'agir, la redéfinition du soi, la reprise d'activités de la vie quotidienne, et le développement et la consolidation de relations significatives avec les autres. La dernière phase consiste en la poursuite d'objectifs axés sur l'optimisation du bien-être et la qualité de vie. (Young et Ensing, 1999 cité par Provencher 2002, p.39)

Nous nous apercevons que ces deux définitions se complètent. En effet, l'action de se rétablir correspond au cheminement du patient vers l'équilibre et pour ce faire, il va devoir prendre conscience de sa maladie, déterminer ses ressources et se fixer des objectifs pour recouvrir une qualité de vie, ou comme dit précédemment, il agit sur la remise en fonction de sa santé. Ces deux définitions ne nous expliquent pourtant pas comment se modulent ces étapes. Provencher citant des auteurs ayant approfondi ce thème dégage que

Le processus de rétablissement n'est pas linéaire, conformément à la vision d'autres auteurs. (Deegan, 1997 ; Spanniol et al. 1994) Les revers ou les échecs dans l'atteinte de buts personnels deviennent des opportunités d'apprentissages qui recentrent l'individu dans sa démarche de croissance personnelle. (Provencher, 2002, p.39)

Pour terminer, nous comprenons que le rétablissement correspond à un processus personnel du patient, où les échecs et les réussites se mêlent pour obtenir un

développement des capacités du patient à s'autogérer. Ci-dessus, le tableau conçu par Provencher pour résumer les quatre dimensions du concept de rétablissement. Ces dernières sont en quelque sorte les principales étapes menant au rétablissement. (2002, p.48)

<p>Redéfinition et expansion du soi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Processus de deuil associé à la présence d'un trouble mental • Processus de découverte d'un nouveau soi • Complexité du soi 	<p>Relation à l'espace temporel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Espoir • Spiritualité
<p>Pouvoir d'agir</p> <ul style="list-style-type: none"> • Processus • Construit • Transformation du sentiment d'impuissance • Niveau du pouvoir d'agir <ul style="list-style-type: none"> ○ Niveau psychologique <ul style="list-style-type: none"> ▪ Composante intra personnelle ▪ Composante interactionnelle ▪ Composante comportementale ○ Niveau organisationnel ○ Niveau communautaire 	<p>Relation aux autres</p> <ul style="list-style-type: none"> • Relation avec les membres de la famille • Relations avec les pairs • Relations avec les intervenants • Relation avec les services de santé et de soutien

2.1.2 Partenariat de collaboration

Comme cité plus haut, le partenariat de collaboration est l'une des composante essentielle au bon fonctionnement d'un processus de rétablissement MacQuenn le définit comme : « une association entre l'infirmière et le patient dans laquelle chacun est un individu respecté et autonome ayant une contribution à faire au projet commun et travaillant à l'atteinte d'un objectif conjointement établi ». (Cité par Gottlieb et Feeley, 2007, p.8). Autrement dit, il s'agit d'une relation où le pouvoir est partagé entre l'infirmière et le bénéficiaire de soins, Fabijan déclare : « [...] la collaboration, c'est comprendre qui est la personne, ce qu'elle désire exprimer et ce qu'elle aimerait changer ou accomplir dans sa vie. Le plan de travail vient de la personne qui est en face de nous, pas de l'infirmière. » (Cité par Gottlieb et Feeley, 2007, p.9). Ceci signifie que la personne soignée va déterminer quelques sont ses objectifs, conjointement avec l'infirmière.

Le partenariat de collaboration s'impose comme étant non seulement favorable au patient mais également utile dans les structures de santé. Ces derniers ont mis en avant les limites de la relation traditionnelle dite hiérarchique. En effet, le développement de divers domaines de santé et celui de la société ont favorisé l'utilisation du partenariat de collaboration. Six forces ont été déterminantes dans l'adoption de cette nouvelle approche :

- Le consumérisme et le mouvement pour les droits du patient
- Les soins de santé primaires et la promotion de la santé
- L'accessibilité de l'information sur la santé
- Les changements de mentalité en matière de soins infirmiers et de déontologie
- Le virage ambulatoire
- Les nouvelles connaissances sur la modification du comportement

Le partenariat de collaboration suggère qu'il y aura une relation entre un intervenant et un patient. Ce partenariat ne prendra pas la même forme entre un psychologue et le patient ou entre un infirmier et le patient. Étant donné que notre travail s'intéresse à l'accompagnement que peut offrir un infirmier à un patient vivant le rétablissement, il nous faut préciser quel est son rôle, son identité.

2.1.3 Le rôle infirmier

Nous avons choisi ce concept, car il nous semble important, pour poursuivre notre travail, d'élaborer une vision claire de la spécificité du rôle infirmier en santé mentale.

« Le rôle représente l'ensemble des comportements attendus d'un individu dans l'exercice d'une fonction qui renvoie à une variété de statuts sociaux. » (Merkling, 2007, p.157). Cela sous-entend que l'infirmier aura plusieurs statuts, cette conception s'approche de la vision d'intermédiaire culturel, défini par M. Nadot (2008). Merkling insiste sur l'héritage parfois encombrant de l'infirmier en psychiatrie, qui peut entraver une définition claire du rôle infirmier.

Il met en évidence l'identité visée qui souhaite se détacher du modèle antérieur. Il l'a décrit de la manière suivante (Merkling, 2007, p.151) :

- Une relation au patient sur le mode de colloque singulier centrée sur les notions d'autonomisation, d'aide, d'accompagnement. Cette relation au patient est structurée et à l'initiative de l'infirmier ;

- Un attachement à la notion de référent qui implique une rupture avec la responsabilité collective et une inscription dans une responsabilité individuelle ;
- Une prise en compte de l'observation des cliniques et du comportement dans un rôle de collaboration avec le médecin ;
- Une autonomie quasi-totale dans l'organisation du travail ;
- Un positionnement en partenaire ou en collaborateur avec l'équipe médicale (et non plus subordonné) et les autres partenaires d'institutionnels ;
- Une inscription dans un multi partenariat extrahospitalier, avec travailleurs sociaux de secteur, médecins généralistes, etc.

A cette description nous ajouterons le code déontologique du Comité International des Infirmiers pour la profession infirmière qui, nous le précisons, n'est pas propre aux infirmières en psychiatrie mais à toute la profession infirmière. Dans le préambule de ce code, ils précisent les : « [...] quatre responsabilités essentielles : promouvoir la santé, prévenir la maladie, restaurer la santé et soulager la souffrance » (CII, 2006, p.1). Enfin, pour compléter cette vision, nous avons décidé de faire référence au « référentiel de compétences de la filière soins infirmiers ». Ce dernier : « présente les compétences de la filière soins infirmiers déclinées en tenant compte du cadre légal posé pour la profession en Suisse et en Europe » (HES-SO, s.d., p.16). Dans ce référentiel (cf. Annexes D) sont regroupés neuf grandes compétences à savoir :

1. Concevoir, réaliser évaluer des prestations de soins infirmiers en partenariat avec la clientèle.
2. Construire, avec la clientèle, une relation professionnelle dans la perspective du projet de soins.
3. Promouvoir la santé et accompagner la clientèle dans son processus de gestion de la santé.
4. Evaluer sa pratique professionnelle afin d'ajuster, de développer et de conceptualiser ses interventions.
5. Contribuer aux recherches conduites par des chercheurs en soins infirmiers et participer à des recherches interdisciplinaires.
6. Mener des actions de formation auprès des étudiants en soins infirmiers, des pairs et des acteurs du système socio-sanitaire.
7. Collaborer au fonctionnement du système de santé.
8. Participer aux démarches qualité du système de santé.
9. S'impliquer par son discours et ses actes, dans le développement et l'explication du rôle infirmier. (HES-SO, s. d., p. 17-19)

Nous pensons que ces deux définitions générales correspondent bien à l'infirmier en santé mentale, qui promeut la santé, en facilitant l'accès aux services de santé mentale, qui

prévient la maladie, en traitant et en prévenant les rechutes de certaines maladies psychiques, qui restaure la santé, en offrant un soutien aux patients qui vivent le rétablissement et qui soulage les souffrances, en écoutant et en adoptant une attitude de respect de la personne. Face au sujet qui nous intéresse, à savoir le rétablissement des patients schizophrènes, nous pouvons constater que le rôle et la définition de ce dernier devrait nous apporter dans la suite de notre travail des pistes de réflexions intéressantes.

2.2 Cadre de référence : les trois modes d'accompagnement

Pour discuter de nos recherches, nous allons utiliser un tableau dérivé du modèle cognitif-contextuel (cf. Annexes B) axé sur les modes d'accompagnement qui :

[...] représentent l'un des volets du soutien provenant de services orientés vers le rétablissement. Ils comprennent le cadre relationnel entre la personne utilisatrice et l'intervenant ; le soutien de l'intervenant aux nombreuses facettes de l'expérience du rétablissement : la démarche de planification de services individualisés et orientés vers le rétablissement. (Provencher, 2008, p.222)

Il est intéressant de préciser que ce tableau n'est pas spécifique à la discipline infirmière mais bien à tous les intervenants en santé mentale. Il sera donc intéressant, au travers des recherches, de comprendre et de mettre en lumière la spécificité de la prise en charge infirmière, dans le processus de rétablissement.

Cadre relationnel	Soutien à l'expérience du rétablissement	Démarche de planification de services individualisés et orientés vers le rétablissement
<p>1. Avoir une attitude positive</p> <ul style="list-style-type: none"> • « Mon intervenant respecte mes choix de vie. » • « Mon intervenant n'utilise pas de jargon avec moi. » 	<p>1. Redéfinition du soi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Autoexploration / autoanalyse (« qui je suis ») • Autodéveloppement (« qui je veux devenir ») • Vision positive à l'égard de soi (« être fier de moi ») • Sens à la vie (« ce qui est important dans ma vie ») 	<p>1. Clarification des rôles de l'intervenant et de la personne au sein de la démarche</p>

<p>2. Valoriser le savoir expérimentiel de la personne</p> <ul style="list-style-type: none"> • « Mon intervenant m'encourage à tirer des leçons de mes expériences de vie. » 	<p>2. Espoir en un avenir meilleur</p> <ul style="list-style-type: none"> • Croyance de l'intervenant dans le rétablissement de la personne • Croyance de la personne dans son potentiel de rétablissement • Persévérance de la personne dans les moments difficiles 	<p>2. Évaluation initiale de la personne, de son environnement et de l'utilisation optimale des ressources environnementales pour répondre à ses aspirations</p>
<p>3. Tenir compte des caractéristiques culturelles de la personne</p> <ul style="list-style-type: none"> • « Mon intervenant m'aide à tenir compte de mon héritage culturel dans ma propre façon de me rétablir. » 	<p>3. Pouvoir d'agir</p> <ul style="list-style-type: none"> • Développement de ressources personnelles (p. ex. talents, compétences, habiletés) • Gestion efficace du trouble mental • Reprise des activités de la vie quotidienne • Éducation en matière de rétablissement • Défense et promotion des droits • Performances des rôles 	<p>3. Identification des buts et objectifs de la personne en matière de rétablissement</p>
<p>4. Éviter la lutte de pouvoir au sein de la relation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mon intervenant me voit comme un partenaire à part entière au sein de notre collaboration • Mon intervenant accepte que j'aie le dernier mot en ce qui concerne l'aide à recevoir pour me rétablir 	<p>4. Relations aux autres</p> <ul style="list-style-type: none"> • Relations authentiques, chaleureuses et réciproques : membres de la famille, pairs conjoint • Intimité • Sexualité • Spiritualité 	<p>4. Choix et offre de services et de programmes d'intervention contribuant à l'atteinte des buts et des objectifs de la personne.</p>
<p>5. Considérer la relation comme une expérience mutuelle de croissance</p> <p>Mon intervenant partage avec moi ses propres expériences de vie dans le but de m'aider à me rétablir.</p>		<p>5. Évaluation de l'ensemble de l'exercice de planification en tenant compte de l'atteinte des buts de la personne, et ce, dans un contexte de restauration et de promotion de sa santé.</p>

3 Méthodologie

Le cadre de notre recherche étant posé, nous allons maintenant exposer le choix du devis choisi à savoir, la revue de littérature. Nous en détaillerons les étapes méthodologiques. Puis nous terminerons par présenter les MESH termes (Medical Subject Heading) et les bases de données consultées pour trouver les recherches pertinentes.

3.1 Choix du devis : la revue de littérature

Nous avons jugé judicieux d'effectuer une revue de littérature qui nous permet de rechercher, d'analyser les comportements, la teneur des interventions qui sont reconnus comme efficaces, car : « le rôle qu'elle joue est essentiel pour les infirmières qui cherchent à mettre en œuvre une pratique fondée sur des résultats probants. » (Loiselle, 2007, p.138) mais aussi parce qu'elle permet de : « mieux connaître un sujet donné » et de « mettre au point des façons de faire et des interventions cliniques fondées sur des résultats probants dans le but d'améliorer la pratique clinique. » (Loiselle, ibid. p.138). De plus, l'intérêt d'un tel devis est de faire converger l'ensemble des connaissances établies sur ce sujet, afin d'actualiser nos connaissances sur le rétablissement et sur les implications de ce concept dans la pratique infirmière.

Pour ce faire, nous allons récolter des recherches traitement du rétablissement des patients schizophrènes et du rôle infirmier s'y rapportant. Nous critiquerons ensuite les recherches afin de retenir les études qui correspondent à nos critères de sélection établis au préalable, tout en restant attentifs à la qualité méthodologique de ces études. Lorsque nous aurons rassemblé suffisamment d'études sur notre thématique, nous les résumerons à partir de grille (cf. Annexes C). Puis nous ferons ressortir les résultats dans un chapitre de notre revue et enfin nous discuterons ces derniers au moyen de notre cadre de référence pour répondre à la question de recherche. En dernier lieu, nous mettrons en évidence les implications et recommandations pour la pratique infirmière, ainsi que le besoin de recherches ultérieures.

3.2 Banque de données

Nous avons employé les moteurs de recherche de Pubmed ainsi que Google et nous sommes également aller consulter la base de données du Consortium santé. Le choix de ces banques de données s'est fait sur la base de la grande quantité d'articles de qualité présente sur le moteur de recherche Pubmed. La possibilité d'utiliser les recherches avancées ainsi que de rentrer les limites nous ont permis de gagner en efficacité de recherche.

Nous avons également été consultés les recherches infirmières présente à la bibliothèque de la HEdS-FR.

Pour identifier les recherches pertinentes au milieu de toute la littérature existante, nous avons établis des critères de sélection.

3.3 Critères de sélection

Ces critères d'inclusion et d'exclusion vont nous servir à réaliser un choix des écrits le plus pertinent possible. Les études devront donc satisfaire les critères traités dans les deux sous-chapitres suivants pour être retenues.

3.3.1 Critères d'inclusion

- Traiter du vécu du patient du rétablissement
- Traiter des compétences infirmières
- Traiter de la promotion de la santé
- Traiter du rôle infirmier
- Traiter des obstacles et des facilitateurs au rétablissement
- Traiter de la schizophrénie
- Date de parution entre 2000 et 2011

3.3.2 Critères d'exclusion

- Les recherches dans d'autre langue que français ou anglais
- Les recherches ne traitant pas du domaine des soins
- Les recherches ne traitant pas de la schizophrénie

3.4 Termes MESH

Attitude to health	Attitudes de santé
Health promotion	Promotion de la santé
Community mental health service	Services communautaire de santé mentale
Rehabilitation (recovery)	Réhabilitation (rétablissement)
Nurse-patient relations	Relation infirmière- patient
Health personnel	Personnel soignant

Mental disorders	Trouble mentaux / maladies psychiques
Mental health service	Services de santé mentale
Patients	patients
Psychiatric nursing	Soins infirmiers en psychiatrie
Community health nursing	Soins infirmiers communautaires
Hospitalization	hospitalisation
Professional competence	Compétences professionnelles
Community mental health centers	centres de santé communautaires
Leadership	Leadership
Organizational culture	Culture organisationnelle

Nous avons choisi ces MESH termes, car ils étaient fréquemment cités lors de nos premières recherches servant à étayer notre bibliothèque de MESH termes.

3.5 Stratégies de recherche

Quelques-unes de nos recherches n'ont pas été trouvées entièrement avec des MESH termes, car ils réduisaient parfois énormément le champ de nos recherches. Nous les avons utilisés pour trouver les articles analysés. L'ensemble des stratégies correspondent au moteur de recherche de Pubmed.

3.5.1 1^{ère} stratégie

((("Attitude to Health"[Mesh]) AND "Health Promotion"[Mesh]) AND "Community Mental Health Services"[Mesh])

Résultats obtenus: 18 dont

- Crowe, T. P., Deane, F. P., Oades, L. G., Caputi, P., Morland, K. G. (2006). Effectiveness of collaborative Recovery Training Program in Australia in Promoting Positive Views About Recovery.

3.5.2 2^{ème} stratégie

("Schizophrenia"[Mesh]) AND "Rehabilitation"[Mesh]) grounded theory

Résultats obtenus 8 dont 2 études retenues:

- Noiseux, S. et Ricard, N. (2005). Recovery from persons living with schizophrenia.
- McCann, T. V. et Clark, E. (2004). Advancing self-determination with young adults who have schizophrenia

3.5.3 3^{ème} stratégie

((("Nurse's Role"[Mesh]) AND "Nurse-Patient Relations"[Mesh]) AND "Schizophrenia"[Mesh])

Résultats 19 dont:

- McCann T. V. et Clark, E. (2003). A grounded theory study of the role that nurses play in increasing client's willingness to access community mental health services.

3.5.4 4^{ème} stratégie

Recovery/ schizophrenia/ study cohort

Résultats 28 dont:

- Economou, M., Palli, A., Peppou, L. et Madianos, M., (2011). Recovery from schizophrenia: A Four-year Study of Inner City Cohort.

3.5.5 5^{ème} stratégie

((("Health Personnel"[Mesh]) AND "Mental Disorders"[Mesh]) AND "Mental Health Services"[Mesh]) AND "Patients"[Mesh])

Résultats 51 dont:

- Noiseux, S., Tribble St-Cyr, D., Corin, E., St-Hilaire, P.-L., Morissette, R., Leclerc, C., Fleury, D., Vigneault, L. et Gagnier, F., (2010). The process of recovery of people with mental illness: the perspectives of patients, family members and care providers: Part 1.

3.5.6 6^{ème} stratégie

((("Psychiatric Nursing"[Mesh]) AND "Schizophrenia"[Mesh]) AND "Community Health Nursing"[Mesh]) AND "Hospitalization"[Mesh]

Résultats 5 dont:

- Turkington, D., Kingdon, D., Rathod, S., Hammond, K., Pelton, J. et Mehta, R. (2006). Outcomes of an effectiveness trial of cognitive-behavioural intervention by mental health nurses in schizophrenia.

3.5.7 7^{ème} stratégie

((("Nurse-Patient Relations"[Mesh]) AND "Mental Disorders"[Mesh]) AND "Nurse's Role"[Mesh]) AND "Professional Competence"[Mesh]

Résultats 71 dont:

- McNeela, P., Clinton, G., Place, C., Scott, A., Treacy, P., Hyde, A. et Dowd, H., (2010). Psychosocial care in mental health nursing: a think aloud study.

3.5.8 8^{ème} stratégie

((("Attitude to Health"[Mesh]) AND "Health Promotion"[Mesh]) AND "Community Mental Health Services"[Mesh])

Résultats obtenus: 18 dont

- Crowe, T. P., Deane, F. P., Oades, L. G., Caputi, P. et Morland, K. G. (2006). Effectiveness of collaborative Recovery Training Program in Australia in Promoting Positive Views about Recovery.

Dans la bibliographie de cette étude en sixième position se trouve:

- Hugo, M. (2001). Mental health professional's attitudes toward people who have experienced a mental health disorder.

3.5.9 9^{ème} stratégie

((("Community Mental Health Centers"[Mesh]) AND "Leadership"[Mesh]) AND "Organizational Culture"[Mesh])

Résultat obtenu: 1

- Withley, R., Gingerich, S., Lutz, W. J. et Mueser, T. (2009). Implementing the illness management and recovery program in community mental health setting: Facilitators and Barriers.

4 Résultats

Nous avons commencé par rassembler les résultats des études sélectionnées, puis nous avons utilisé la fonction « rechercher » de Microsoft Word en y introduisant les mots qui nous semblaient revenir le plus souvent, comme : espoir, positif ou encore relation, alliance (...). Chaque mot mis en évidence dans les résultats nous a permis de repérer les études qui possédaient des thèmes communs. Pour rationaliser cette technique, nous avons constitué des champs lexicaux avec nos mots-clés. Ainsi les mots: relation-communication-alliance sont devenus : « Etablir une relation thérapeutique ». Chaque champ lexical nous a permis de définir des catégories, auxquelles nous avons donné des couleurs différentes. Ensuite, nous avons surligné les passages dans les grilles (cf. Annexes C) de résultats, avec les couleurs correspondantes à chaque catégorie et donc, ainsi, nous avons catégorisé nos résultats.

Il s'agit maintenant de vous présenter les cinq catégories choisies. Ces cinq catégories permettent d'identifier les besoins des malades souhaitant vivre le rétablissement mais aussi ceux du soignant, car ces besoins vont déterminer les différentes composantes du rôle infirmier :

1. **Voir le client en devenir**: cette catégorie correspond au besoin que le patient a de percevoir de l'espoir dans son cheminement. Il y aura à la fois l'espoir du patient et celui du soignant.
 - Études retenues : 5
2. **Promouvoir le bien-être** : cette catégorie correspond à toutes les interventions infirmières qui permettent de promouvoir le rétablissement et par conséquent le bien-être. Étant un des quatre piliers essentiels de notre engagement auprès du patient, nous avons décidé de lui donner une place à part entière.
 - Études retenues : 5
3. **Intervenir selon des approches efficaces** : cette catégorie correspond aux différentes approches, thérapies employées par les infirmiers pour amener un rétablissement. Nous avons choisi de les séparer de la promotion pour mettre en évidence les interventions possibles, en fonction de chaque thérapie ou approche.
 - Études retenues : 5
4. **Etablir une relation thérapeutique** : il est question dans cette dernière catégorie de présenter tous les points importants qui ont trait à la relation, l'alliance et la

communication. Il nous apparaissait essentiel de parler de cet aspect, car il s'est révélé particulièrement présent à tous les niveaux d'échanges dans nos études. De plus la relation fait partie intégrante de la pratique infirmière.

- Études retenues : 5

5. **Se perfectionner** : cette catégorie prend en compte le besoin du soignant de se former pour augmenter les chances du patient de se rétablir. Nous avons recensé les études qui analysaient les projets de formation des soignants.

- Études retenues : 3

4.1 Voir le client en devenir

Nous commencerons par présenter les résultats qui sont en lien avec la capacité du patient, mais aussi du soignant, de se projeter dans un avenir où la guérison est présente.

Dans la recherche de Noiseux et Ricard publiée en 2005, nous découvrons le cheminement du patient vers le rétablissement. Elles ont intégré dans cette recherche, le ressenti des proches, des patients et des intervenants de soins, pour étayer leurs résultats et apporter plus de profondeur et de compréhension à ce cheminement. Elles y décrivent, sur la base des entretiens réalisés avec les patients, proches et intervenants, sept étapes du rétablissement à savoir :

- l'expérience de la schizophrénie : la descente aux enfers,
- le jaillissement d'une étincelle, la démarche personnelle d'introspection,
- l'activation des dispositions personnelles combattives,
- la découverte de clés pour un mieux-être,
- la capacité de manœuvrer le jeu du rapport inégal des forces intérieures et extérieures,
- la perception d'une lumière au bout du tunnel.

Celle qui nous intéresse tout particulièrement est la deuxième étape décrite, c'est-à-dire le « jaillissement d'une étincelle ».

Les patients expliquent qu'il s'agit de la première lueur d'espoir, qui intervient dans le processus et qui permet de faire un travail d'introspection, afin de redéfinir leur identité. Bien que cette lueur d'espoir soit faible, cela permet aux patients d'amorcer une remontée. Cet espoir leur donne la force de se battre et de pouvoir, au fil du temps, retrouver un

équilibre, ce qui correspond à l'étape d'« une lumière au bout du tunnel » qui est la dernière étape décrite. Noiseux et Ricard (2005) associent cet espoir à une forme d'instinct de survie.

Suite à cela, Noiseux a poursuivi la recherche et avec plusieurs autres auteurs, pour cette fois-ci, comprendre la perception que les patients, mais également les proches et les intervenants avaient du rétablissement (Noiseux, Tribble St-Cyr, Corin, St-Hilaire, Morissette, Leclerc, Fleury, Vigneault et Gagnier, 2010). Les auteurs de cette étude ont composé des triades qui regroupaient un patient, un proche, généralement un membre de la famille et un intervenant de soins, ayant suivi le patient. Ils ont cherché à englober plusieurs autres types de maladies psychiques dans leur recherche, ce qui signifie que parmi les patients interrogés certains souffraient de schizophrénie, d'autres de trouble de la personnalité type Borderline, de troubles compulsifs et de dépression. Les résultats n'étant pas les mêmes pour chaque maladie, nous nous sommes seulement intéressés aux résultats concernant la schizophrénie.

La patiente schizophrène interrogée explique son sentiment d'avoir joué un rôle actif dans son rétablissement et de pouvoir maintenant se projeter dans l'avenir. Son intervenant met également en avant le rôle de la patiente dans son rétablissement et également sa capacité à s'être reconstruit une identité positive. Cette recherche démontre que les intervenants identifient volontiers les efforts fournis par le patient pour atteindre le rétablissement. Certaines fois, les intervenants étaient les seuls à remarquer et à nommer quels avaient été les efforts des patients. Une autre étude (Hugo, 2001) a traité de la manière dont les professionnels de la santé envisageaient la possibilité du rétablissement chez des patients schizophrènes et des patients dépressifs. Il s'avère que les infirmiers étaient les seuls des professionnels à croire que le rétablissement total, pour les patients schizophrène, était possible avec l'aide de professionnels. Si seulement 5,4% ont répondu qu'ils croyaient en la guérison totale, la majorité, 51,4%, ont répondu qu'un « rétablissement complet avec difficulté » était possible avec l'aide de professionnels. Mais l'étude proposait aussi d'évaluer la croyance des différents intervenants, en une éventuelle guérison sans l'intervention de professionnels. Les infirmiers étaient les seuls bien que peu nombreux (1,4%) à admettre qu'un « rétablissement complet avec des difficultés » était possible. Mais la majorité des infirmiers (78,4%) avaient coché l'item « se dégrade » relatif à l'évolution de l'état du patient sans l'aide d'un professionnel. Les professionnels

paramédicaux (psychologue, ergothérapeute,...) étaient 66,7% à répondre à ce même item. Quant aux médecins, ils étaient 83,3% à répondre à cet item. Il s'agit du groupe de professionnels le plus pessimiste. Il apparaît dans les résultats que les infirmiers évaluaient les progrès à long terme, de manière plus positive que les médecins ou les professionnels paramédicaux. Hugo (2001) s'est également intéressé à savoir d'où leur provenaient leurs représentations. Il apparaît que 81 % des professionnels rattachent leurs représentations, à leur expérience professionnelle. Cette même recherche avait émis l'hypothèse que l'environnement et la satisfaction du travail auraient pu modifier le pronostic des participants et les résultats à long terme. Il s'avère qu'il n'y a pas d'interaction entre ces facteurs. L'étude de Crowe, Deane, Oades, Caputi, Morland. (2006), portait sur l'efficacité d'un programme de formation pour les soignants, afin de promouvoir une attitude positive vis à vis du rétablissement. Les attitudes des soignants étaient mesurées grâce à l'échelle STAR. Cette échelle était guidée par les concepts tels que l'espoir, la construction d'objectifs et le rétablissement. Suite à l'évaluation des attitudes des soignants, les auteurs ont noté qu'elles s'amélioraient dans les deux groupes de participants, au fil de la formation. Une autre recherche explique qu'une culture organisationnelle peut permettre aux soignants de se positionner de manière plus positive face au concept de rétablissement (Whitley, Gingerich, Lutz et Meuse, 2009). En effet, les établissements présentant les meilleurs résultats étaient ceux qui faisaient preuve d'enthousiasme vis-à-vis des thérapies orientées vers le rétablissement.

4.2 Promouvoir le bien-être

Dans cette catégorie, nous allons parler de ce que font les infirmiers pour promouvoir la santé des patients qui vivent le rétablissement. Dans nos résultats, nous avons aussi tenu compte de ce qu'ont mobilisé certains patients pour promouvoir leur santé. Nous pensons que même si certains aspects de cette catégorie pourraient également s'inscrire dans la catégorie « relation ou thérapie », il était important de distinguer ce qui fait partie de la promotion du bien-être, à commencer par l'accès aux soins.

Dans l'étude de McCann et Clark publiée en 2003, ils décrivent le rôle que doit jouer l'infirmier pour promouvoir l'accès aux soins pour les jeunes patients schizophrènes. Il s'agit d'une recherche effectuée en Australie dans une région rurale. Ils expliquent que les patients vivant dans cette région sont préterités par l'éloignement du centre communautaire. De plus, McCann et Clark relatent que très souvent les patients

n'identifient pas les signes précurseurs de la maladie et donc ne formulent pas de demande d'aide. Lorsque les troubles deviennent handicapants, les proches ou le médecin de famille formulent alors une demande au centre communautaire. Ils tiennent à rappeler que la récupération est toujours meilleure si les interventions sont précoces, c'est pourquoi ils se sont intéressés aux stratégies mises en place par les infirmiers du centre communautaire pour faciliter l'accès aux soins. Ils ont découvert trois grandes stratégies. La première est de favoriser le vécu de bonnes expériences relationnelles dès le début de la prise en charge, c'est-à-dire, que lors du premier contact entre le patient et le milieu des soins, les soignants soient attentifs à créer un espace rassurant. Ces expériences positives vécues dans la prise en charge, permettront au patient d'oser formuler une demande dans le futur.

La deuxième stratégie consiste en la promotion de la technologie facilitant la communication. En effet, les téléphones portables et la télé-psychiatrie sont des moyens d'entrer en contact facilement, sans générer de déplacements pour le patient.

La troisième tient à la disponibilité du personnel infirmier. Les infirmiers ont développé une centrale téléphonique qui permet aux patients et aux proches de joindre des soignants 24 h/24h et tous les jours de la semaine. Toutefois, McCann et Clark (2003) relèvent que cette centrale ne peut pas mesurer la pertinence et le degré d'urgence de chaque appel et que souvent, les patients qui ne semblent pas présenter des symptômes graves, ne retiennent pas l'attention des téléphonistes. Ces dernières devant traiter un nombre croissant de demandes, elles gèrent les appels en fonction de ce qu'elles évaluent comme prioritaire.

Toujours selon ces auteurs, mais dans une autre étude publiée en 2004, elle invite les infirmiers à développer des relations plus importantes avec les proches des patients, pour les faire participer à la prise en charge (McCann et Clark, 2004). Cette étude parle aussi de l'importance de la promotion de l'auto-détermination du patient et présentent des stratégies utilisées par des infirmiers pour y parvenir. Elles reposent sur l'éducation du patient au sujet de sa pathologie car l'information facilite le rétablissement et le bien-être. Pour les auteurs, le but de l'éducation est de changer les attitudes et les comportements qui ne sont pas propices à l'avancement de l'autodétermination, et de renforcer ceux qui soutiennent ce concept. Ainsi, l'éducation fait partie de la promotion du bien-être. Les infirmiers distinguent deux savoirs à transmettre : le « savoir comment » et le « savoir quoi ». Ils soignent aussi leur communication, c'est-à-dire qu'il y a une façon d'échanger avec le

patient qui tient au choix du vocabulaire, mais également à un contenu, qui doit être bien en lien avec le besoin actuel du patient. Le choix du moment et du contexte sont aussi très importants. McCann et Clark (2004) expliquent que les infirmiers promeuvent l'autodétermination également en favorisant la maîtrise de soi. Pour ce faire, les auteurs distinguent deux aspects de l'autodétermination qui sont de : « permettre le contrôle » et « modifier l'équilibre ». Selon les infirmiers interrogés pour l'étude, il faut favoriser le pouvoir du patient sur sa vie en le rendant conscient du fait qu'il s'agit de son bien-être qu'il peut améliorer en jouant un rôle dans son rétablissement. Quant à « modifier l'équilibre » il s'agit là de concevoir la relation autrement entre le patient et l'infirmier, à savoir, que l'infirmier doit progressivement au fil de la prise en charge passer du rôle d'expert à celui de partenaire et ainsi constituer un équilibre entre la position de chacun. Ces derniers insistent sur le fait que le choix de l'approche doit se faire sur le mode de la collaboration et non pas du déficit.

Ainsi dans la recherche de Noiseux et al. (2010) la patiente atteinte de schizophrénie explique qu'elle se fixe des objectifs à atteindre et qu'elle a le désir de participer à des groupes de soutien, pour renforcer son estime de soi. Son intervenant relate l'importance pour la patiente d'identifier ses ressources.

Dans la recherche de Noiseux et Ricard (2005), il a été identifié, comme première étape dans le processus d'autodétermination, « l'activation des dispositions combattives personnelles », c'est-à-dire, l'identification des ressources disponibles du patient. Cela amène le patient à « la découverte de clés pour un mieux-être ».

En ce qui concerne l'aspect du soutien prodigué par les soignants, l'étude de McNeela, Clinton, Place, Scott, Treacy, Hyde, et Dowd, (2010) a cherché à comprendre et à classer les interventions psychosociales utilisées par les infirmiers dans la routine. Ces interventions psychosociales ont été regroupées en trois grandes catégories « l'engagement structuré », « le dialogue » et « l'encouragement et la réassurance ». Selon les auteurs, cette intervention permet de promouvoir une relation positive entre le patient et l'infirmier. De plus, elle permet de faciliter l'acceptation des normes sociales et ainsi encourager le patient à modifier ses croyances et son comportement. Cette approche s'apparente à celle de l'entretien motivationnel. Elle permet de promouvoir et de soutenir le patient dans les changements qu'il veut réaliser.

4.3 Intervenir selon des approches efficaces

Dans cette catégorie, nous voulons mettre en évidence toutes nos recherches qui mentionnent les bénéfices des thérapies. En effet, elles portent un regard intéressant sur l'efficacité de certaines méthodes, mais aussi sur la posture que doit adopter le soignant. Nous allons donc nous intéresser aux thérapies ou approches utilisées pour soutenir les patients dans le processus de rétablissement, mais également aux attitudes induites par les concepts de ces thérapies.

Une des études retenues analyse la mise en place d'un programme de soins en Grèce. Cette étude apporte des résultats intéressants, puisqu'elle s'est déroulée sur quatre ans (Economou, Palli, Peppou, et Madianos, 2011). Le programme OTP associe les stratégies psychosociales optimales et l'approche biomédicale pour les troubles schizophréniques. Il s'agit d'un programme international visant à évaluer les avantages et coûts associés à l'utilisation systématique d'approches psychosociales et biomédicales. Les auteurs ont cherché à évaluer chaque patient afin d'élaborer une stratégie spécifique le concernant. Les résultats de cette étude démontrent que le fonctionnement global (fonctionnement psychologique, social et professionnel) des patients ainsi que le niveau de stress des aidants naturels se sont améliorés. En effet, l'ensemble des aspects mesurés sur les 4 ans signale une nette évolution positive. Il démontre également une diminution significative de la détresse des patients, des déficiences cognitives et du handicap. Ainsi les auteurs ont vu diminuer le nombre des hospitalisations ainsi que la durée d'hospitalisation. A la fin du programme, neuf patients avaient pleinement récupéré et 22 avaient partiellement récupéré.

L'étude traitant de la thérapie cognitivo-comportementale brève prodiguée par des infirmières se rapproche des résultats d'Economou et al. (2011). Cette thérapie comprenait : l'alliance thérapeutique, le développement des explications normalisant les symptômes psychotiques et leur gestion. Les infirmiers ont également été formés pour travailler de manière flexible en utilisant des techniques cognitivo-comportementales pour développer leurs stratégies d'adaptation et leurs compétences afin d'aider les patients à prendre plus le contrôle sur leur maladie (Turkington, Kingdon, Rathod, Hammond, Pelton et Mehta, 2006). Ces derniers démontrent qu'il y a une amélioration significative des symptômes négatifs secondaires et des idées délirantes. En effet, le résultat clinique mesure une amélioration de 25%, voire plus, après 12 mois de suivi. Ils expliquent également que cette approche thérapeutique a diminué le nombre d'hospitalisations. Deux groupes de

patients ont été observés. Un groupe suivait la thérapie cognitivo-comportementale et un autre suivait une thérapie conventionnelle. Dans le groupe qui suivait une thérapie cognitivo-comportementale, 36 patients avaient été hospitalisés sur 257, contre 38 patients dans le groupe qui suivait une thérapie conventionnelle sur 165. Au final, les auteurs constatent qu'il n'y a pas eu d'effet significatif sur la reprise du travail, ni de résultats positifs significatifs pour le rétablissement parce qu'ils avaient défini au préalable, que le rétablissement serait atteint si on assistait à un retour à la vie active par la reprise des études ou du travail. Néanmoins Turkington et al. (2006) expliquent que la thérapie cognitivo-comportementale a un effet protecteur vis-à-vis de la dépression, qui s'expliquerait par la psycho-éducation et les médicaments associés. Le traitement médicamenteux est un aspect que les proches ont relevé dans la recherche de Noiseux et al. (2010), comme étant un important soutien au rétablissement.

Dans la recherche de McNeela et al. (2010) déjà citée plus haut, nous allons maintenant retenir la troisième composante, c'est-à-dire, « l'engagement structuré ». Les infirmiers expliquent que « l'engagement structuré » correspond à la réalisation d'objectifs clairs et précis qui sont basés sur le respect des normes sociales ou institutionnelles. Les infirmiers utilisent pour ce faire le renforcement positif. Cette intervention psychosociale est celle qui a été la plus plébiscitée par les soignants participants. Dans l'étude de Noiseux et al. (2010) la patiente explique l'importance de se fixer des objectifs pour avancer dans son processus de rétablissement. Néanmoins « l'engagement structuré » présenté dans l'étude McNeela et al. (2010) va à l'encontre des idéaux de la communication de collaboration comme le critiquent les auteurs. En effet, les auteurs jugent que cette pratique ne promeut pas l'autodétermination car trop directive.

Pour McCann et Clark (2003) offrir un enseignement sur les signes précurseurs de rechute ainsi qu'une volonté politique pour offrir des soins dans la communauté, permettraient de prévenir les rechutes et de favoriser le rétablissement. Les mêmes auteurs expliquent dans leur recherche sur la promotion de l'auto-détermination, publiée en 2004, que l'éducation est un moteur à l'avancement de l'auto-détermination.

Nous voulons maintenant mettre en évidence les concepts directeurs du rétablissement, c'est-à-dire ceux que les auteurs présentent comme étant des manières de promouvoir le rétablissement.

La recherche de Noiseux et al. (2010), relève la vision subjective du concept de rétablissement. En effet, pour les patients le rétablissement est un sentiment de bien-être intérieur, mais pour les membres de la famille ou les amis le rétablissement doit être visible par des comportements observables comme travailler à plein temps ou sortir en société. Ils expliquent que la triade imaginée par cette étude et qui correspond à un groupe composé d'un patient, d'un soignant et d'un proche, a été utile pour donner sens à ce processus de rétablissement. Nous pouvons en conclure que le processus de rétablissement dépendrait donc de la construction de sens autour des expériences de la maladie mentale et du contexte spécifique qu'il engendre. Les auteurs tiennent à mettre en évidence que le patient évolue dans un contexte relationnel qui peut intervenir de façon bénéfique ou non dans le processus de rétablissement et que les infirmiers doivent en tenir compte. Au travers d'informations supplémentaires, ils ont pu mieux saisir la complexité des relations qui font partie du contexte du rétablissement

4.4 Etablir une relation thérapeutique

Cette catégorie s'intéresse à la relation entre le soignant et le patient, mais également à la relation entre les proches et le soignant. Nous sommes conscients que la relation est contenue dans toutes les interventions infirmières. Néanmoins, nous avons voulu faire émerger ses aspects les plus caractéristiques en ce qui concerne le rétablissement.

Dans la recherche de McCann et de Clark (2004) il est expliqué que pour promouvoir l'auto-détermination, il faut modifier l'équilibre de la relation entre le patient et l'infirmier. En effet, le pouvoir décisionnel doit se partager entre les deux partenaires, le soigné et le soignant. Les auteurs expliquent cela en parlant d'alliance mutuelle. McNeela et al. (2010) parlent d'engagement de la part de l'infirmier dans le dialogue. « Le dialogue » correspond à une des trois catégories d'interventions psychosociales répertoriées dans leur étude. Ils le définissent comme étant une approche centrée sur le patient, une orientation phénoménologique, des conseils non-directifs ou encore une forme de collaboration. Toutefois, l'alliance avec le soignant n'est pas le seul lien social qui participe au rétablissement. Noiseux et Ricard (2005) expliquent que de soutenir et d'accompagner la personne au travers de son contexte social est aussi thérapeutique. En effet, le contexte social est particulièrement hostile pour les personnes schizophrènes. Cela nécessite le soutien des pairs. Les auteurs expliquent que le rôle du soignant n'est pas forcément actif,

mais permettra d'attester les progrès du patient. Elles diront ensuite que le rétablissement est un long cheminement intérieur pour le patient qui nécessite le soutien des proches.

Dans une autre recherche menée par Noiseux et al. (2010), ils ont dégagé l'aspect dynamique du contexte, c'est-à-dire que la trajectoire de vie du patient est généralement décrite en un réseau complexe de relations qui se révèle non seulement comme source de tensions, mais aussi comme générateur de soutien et d'encouragement. Ils soulèvent, dans un deuxième temps, les problèmes relationnels, dans le processus de rétablissement. Ils expliquent que les relations familiales peuvent être conflictuelles et qu'il est donc important de développer une relation de confiance avec les patients. McCann et Clark (2003) ouvre un angle supplémentaire en disant que la disponibilité de l'infirmier facilite bien sûr l'accès aux soins, mais également la relation et la qualité des interactions entre patient et infirmier.

4.5 Se perfectionner

En sélectionnant nos études, nous en avons retenues qui traitaient de la nécessité éventuelle d'une formation supplémentaire ou spécifique pour le personnel soignant désireux d'accompagner un patient vers le rétablissement. Nous avons privilégié celles qui étaient menées pour valider certaines formations, alors que d'autres mettaient simplement en évidence l'intérêt des soignant pour se perfectionner. Comme nous nous intéressons aux changements éventuels qu'impliqueraient le rétablissement sur le rôle infirmier, ces recherches ont fait émerger une catégorie.

Une des études retenue traite d'un programme de formation pour favoriser le regard positif des soignants sur le rétablissement (Crowe et al., 2006). Crowe et al. ont demandé à deux groupes de soignants ne travaillant pas dans le même environnement professionnel, de participer à une formation qui s'intéressait aux connaissances autour du rétablissement, aux attitudes et aux croyances face à ce concept. Cette étude a démontré que la formation améliorerait certes les connaissances, mais modifiait également les croyances et les attitudes des infirmiers face au rétablissement, de manière globale. Les deux groupes ont eu des comportements plus positifs au fil de la formation ce qui démontrait que c'était bien la formation qui était responsable de leur évolution positive et non pas le contexte de travail. Les auteurs de cette recherche ont mesuré les bénéfices de la formation grâce plusieurs échelles. La première (RAQ-7) était présentée sous forme de questionnaire dont les deux items directeurs étaient la « la récupération est possible et le besoin d'y croire » et « la

récupération est difficile et qu'elle diffère d'une personne à l'autre ». Le premier item était composé de quatre questions et le deuxième de trois questions. Il y avait cinq réponses proposées qui allaient de fortement d'accord à fortement en désaccord. Pour chaque réponse, un coefficient lui était attribué. Cela permettait de mesurer l'évolution des représentations des participants face au rétablissement. La deuxième échelle (échelle des connaissances) comprenait 13 questions à choix multiples liées à la connaissance des principes et caractéristiques des interventions orientées vers le rétablissement. Un total était alors réalisé en fonction des réponses. Un score élevé signifiait de bonnes connaissances. Quant à la dernière échelle (échelle STARS) utilisée pour évaluer les attitudes des infirmiers, elle s'est basée sur le même principe que les autres. Elle était composée de 19 questions à choix multiples et chaque réponse donnait lieu à un coefficient. La somme obtenue permettait d'évaluer comment le soignant envisageait le rétablissement.

Une fois les échelles réalisées séparément, les auteurs ont cherché à mettre en lien les résultats de ces échelles ce qui a permis de mettre en évidence des interactions intéressantes. Une de ces interactions a retenu notre attention. Il s'agit de l'interaction entre les attitudes mesurées par l'échelle STAR et le premier item du questionnaire RAQ-7. Cela signifie que les représentations des soignants sont intimement liées aux attitudes et vice et versa. La seconde interaction mise en évidence par les auteurs entre l'échelle des connaissances et le premier item du questionnaire RAQ-7 montre que le temps a eu un impact positif sur l'évolution des connaissances et de ce fait, a amené les soignants à envisager le rétablissement avec plus d'espoir. L'étude montre que les améliorations portaient essentiellement sur ce deuxième item du questionnaire RAQ-7. Ainsi les infirmiers ont pu appréhender, grâce à la formation, que le rétablissement n'est pas unique mais qu'il existe autant de rétablissements que de personnes qui le vivent. Dans l'étude de Noiseux et al. (2010), ils expliquent que la perception du rétablissement est différemment perçue par les patients, les intervenants ou les proches. Cette conception s'approche de celle Crowe et al. (2006).

Par ailleurs dans leur étude, Whitley et al. (2009), ils ont mis en évidence l'importance de la cohérence entre le leadership et la culture organisationnelle, et plus précisément la perception que le personnel a de la qualité de la formation. Les auteurs suggèrent qu'un bon leadership et une culture organisationnelle orientés vers le changement potentialise

l'effet de la formation. Ils diront encore que le leadership dans une structure peut faciliter l'orientation volontaire du personnel infirmier vers des thérapies favorisant le rétablissement. Ils ajoutent que plus la hiérarchie est en cohérence, à tous les niveaux décisionnels, pour promouvoir et encourager ce choix thérapeutique, plus cela permet au personnel soignant de participer activement à ces projets d'établissement.

4.6 Corrélations

Nous tenions à préciser qu'il existe des corrélations évidentes entre nos catégories. Par exemple, dans la catégorie « Promouvoir le bien-être », il y a à la fois des éléments portant sur la relation thérapeutique mais également sur les approches efficaces. Nous avons à dessin, créé des catégories qui permettent de faire émerger les points essentiels tout en sachant que certains aspects ne peuvent pas être dissociés les uns des autres. Les corrélations existantes démontrent bien que le rétablissement est un phénomène thérapeutique qui doit réunir plusieurs composantes pour devenir réalité.

5 Discussion

Dans ce dernier chapitre, nous allons discuter de la qualité des études retenues d'un point de vue méthodologique puis nous porterons un regard critique sur la méthodologie de notre recherche. Ensuite, nous serons amenés à discuter nos recherches avec le cadre de référence choisi, pour aboutir aux perspectives pour la pratique infirmière.

5.1 Regard critique sur les études retenues

Nous avons retenus dix études traitant de notre thème. En effet, ce concept étant relativement récent, la littérature n'est pas encore très abondante. C'est pourquoi, nous avons réuni des recherches datant de 2001 à 2011. Cette proximité apporte sans doute de la pertinence à nos résultats.

Sur l'ensemble de nos recherches neuf articles avaient été rédigés en anglais et un seul a été trouvé en anglais et en français. Pour des raisons évidentes nous avons préféré la recherche en français.

Le devis de nos recherches est majoritairement qualitatif (6 articles). Cependant au vu de la difficulté à trouver des recherches permettant de répondre à notre question, nous avons également retenu 4 articles à devis quantitatif. Malgré ces adaptations méthodologiques, l'ensemble des recherches retenues correspondait aux critères de sélections établis au préalable.

La majorité de nos articles mentionnait le recours à un comité d'éthique pour valider la recherche. Certains mentionnaient également le fait qu'ils avaient cherché à obtenir le consentement éclairé des participants. Les principales limites présentées dans les articles portaient, pour les études qualitatives, sur la possibilité d'avoir créé un biais en orientant quelque peu la recherche. Quant aux recherches quantitatives, les limites portent plus sur les moyens de valider leurs résultats, comme le fait de ne pas avoir eu recours à un groupe de contrôle, ou pour des raisons éthiques de ne pas avoir pu choisir librement l'échantillon de patients. Ecomou, Palli, Peppou et Madianos (2011) expliquent qu'ils n'ont pas souhaité exclure les patients atteints par la schizophrénie depuis plus de cinq ans, mais ils supposent que s'ils l'avaient fait, les résultats auraient été plus probants.

Nous pouvons dire que les articles retenus étaient de bonne qualité. Le principal reproche que nous formulons tient à l'énoncé du thème de chaque recherche, ainsi qu'à la recension des écrits, des recherches qui étaient difficile d'accès. En effet, nous parvenions mal à

saisir l'intérêt de certaines recherches sur la base de leur introduction. Cependant en lisant l'ensemble de ces recherches et en analysant les résultats, certains passages de l'introduction devenaient plus clairs. Nous émettons l'hypothèse que la traduction de certaines de nos études rendait le travail de compréhension ardu.

5.2 Discussion des résultats

Au travers des trois modes d'accompagnement orienté vers le rétablissement qui composent notre cadre de référence, il s'agira, dans ce chapitre de faire des liens entre le cadre de référence et les résultats trouvés. Nous allons le faire en créant un chapitre par mode d'accompagnement, afin d'être le plus précis possible.

5.2.1 Cadre relationnel

Dans ce mode d'accompagnement, Provencher (2008) nomme les cinq points importants à savoir : Avoir une attitude positive, valoriser le savoir expérientiel de la personne, tenir compte des caractéristiques culturelles de la personne, éviter la lutte de pouvoir au sein de la relation et enfin considérer la relation comme une expérience mutuelle de croissance. Il s'agit-là de la manière dont l'auteur de notre cadre conceptuel comprend la relation orientée vers le rétablissement.

Interrogeons-nous maintenant sur cette composante relationnelle vis-à-vis de nos résultats. Nous avons mis en évidence que les infirmiers étaient les professionnels les plus optimistes. Il semblait plus clair pour eux qu'un rétablissement était possible avec ou sans aide de professionnels pour les patients schizophrènes (Hugo, 2001). Il s'agit là, selon nous, d'un aspect intéressant qui pourrait correspondre au point : avoir une attitude positive comme le décrit Provencher (2008). Nous avons également observé et compris au travers des résultats que cette vision optimiste du devenir du patient peut être travaillée grâce à des formations (Crowe et al., 2006) et aussi ne le négligeons pas, à la volonté institutionnelle de s'orienter vers des thérapies valorisant le rétablissement (Whitley et al., 2009). Cependant en ce qui concerne les « attitudes positives », Provencher (2008) explique qu'il est important de se rendre accessible tant dans la compréhension des choix de vie du patient, que dans le vocabulaire utilisé. Cela va dans le même sens que McCann et Clark (2004) qui insistent pour que les infirmiers choisissent de prodiguer une éducation qui soit en lien avec les besoins du patient et ses compétences en matière de compréhension. Finalement, le contenu et la forme doivent être en accord avec les besoins du patient. Dans l'idée de contenu, le fait de valoriser le savoir issu de l'expérience du patient paraît

indispensable. En effet, Provencher suggère que : « chaque personne se rétablit à sa façon et selon son propre rythme, d'où l'importance d'un accompagnement personnalisé » (2008, p. 225). Au sein de cette accompagnement personnalisé, il s'agira de comprendre le contexte dans lequel évolue le patient, mais également comme le mentionne Provencher (2008), de « tenir compte des caractéristiques culturelles de la personne ». Noiseux et al. (2010) expriment dans leur recherche l'importance du contexte dans le processus de rétablissement. En effet, cela signifie que le contexte de vie ne peut être extrait de ce cheminement. Ils parlent de contexte dynamique. Dynamique, parce qu'en constant mouvement et déterminant le rétablissement. Alors, dans ce rapport instable entre l'imprévisibilité des événements de la vie quotidienne et le processus de rétablissement, il y a besoin d'une relation stable dans laquelle le patient puisse formuler ses besoins et identifier ce qui sera bénéfique pour lui. C'est ce que McCann et Clark (2004) explique en disant que le patient doit prendre conscience qu'il œuvre à son rétablissement et par conséquent à son bien-être. Et pour ce faire, la relation entre le soignant et le patient doit se faire sur le mode du partenariat afin de promouvoir à l'auto-détermination du patient. Ce partenariat permettra un échange de compétence entre le patient et le soignant. La relation n'est plus unilatérale mais bilatérale et les idées du patient viennent s'accorder ou s'opposer à celles du soignant. Cette dimension de la relation correspond au dernier point développé dans ce mode d'accompagnement à savoir : « considérer la relation comme une expérience mutuelle de croissance ». Provencher explique que : « la croissance de la personne en voie de rétablissement repose à la fois sur la réduction des incapacités liées à sa maladie et le déploiement de nouvelles forces et compétences en vue d'optimiser sa santé » (cité par Provencher, 2008, p.227). Noiseux et Ricard (2005) ont exprimé cela en une étape du rétablissement qu'elles ont nommé « l'activation des dispositions personnelles combatives ». Il s'agit alors d'appréhender la relation sur un mode personnalisé qui permettrait d'orienter le patient vers la croissance.

5.2.2 Soutien à l'expérience du rétablissement

Ce deuxième mode d'accompagnement expose les points essentiels venant soutenir l'expérience du rétablissement à savoir : la redéfinition du soi, l'espoir en un avenir meilleur, le pouvoir d'agir et les relations aux autres.

Le premier aspect développé est « la redéfinition du soi », il s'agit d'une auto-exploration, un auto-développement, une vision positive de soi pour enfin retrouver un sens à sa vie

(Provencher, 2008). Noiseux et Ricard (2005) comprennent ce cheminement comme une « démarche personnelle d'introspection » donnant lieu à une redéfinition d'image de soi positive. Ces dernières insistent sur le fait que le patient doit être soutenu durant cette démarche, car il devra faire des deuils et qu'il sera particulièrement vulnérable aux remarques extérieures venant le déstabiliser. Tout comme Provencher (2008), Noiseux et Ricard (2005) mettent l'accent sur les préjugés des proches, voire même des intervenants à l'égard des patients souffrant de schizophrénie, Antony et al. expliquent qu'il est nécessaire d'offrir un accompagnement orienté vers la lutte des préjugés et la discrimination. Elle explique que : « pour bon nombre de personnes en voie de rétablissement, il est parfois plus difficile de se rétablir des conséquences du trouble mental que du trouble mental lui-même » (cité par Provencher, 2008, p.228). Elle invite les infirmiers à s'interroger sur leurs représentations de la schizophrénie et sur la possibilité du rétablissement. Crowe et al. (2006) décrivent l'importance des attitudes et des préjugés des soignants, d'où l'intérêt de formuler une recherche sur l'efficacité d'un programme de formation pour les soignants. Il s'agit alors de faire évoluer les représentations des soignants vis-à-vis du rétablissement des patients, afin qu'ils puissent entrevoir avec espoir la possibilité d'une guérison. Ceci nous amène à « l'espoir en un avenir meilleur » développé dans ce mode d'accompagnement. Provencher (2008), dans une précédente parution, (2002) portant sur la compréhension du concept de rétablissement, évoque l'importance de l'espoir, comme forme de soutien essentiel au rétablissement. Le processus de rétablissement, comme décrit par Noiseux et Ricard (2005), fait partie également de cette notion d'espoir. Elles décrivent comme des étapes « la découverte de clés pour un mieux-être » et « la perception d'une lumière au bout du tunnel ». Nous pouvons dire qu'à la vue des résultats obtenus, il sera important pour les soignants d'améliorer cette vision positive. Crowe et al. (2006) évoquent dans leur discussion que l'attitude du personnel et l'espoir en ce qui concerne l'assistance aux patients dans le processus de rétablissement peut être améliorée par la formation. Le fait de voir le client en devenir va induire inexorablement des changements dans la relation, comme nous l'avons décrit dans le chapitre précédent, mais également au niveau de la responsabilisation du patient. Comme le décrivent McCann et Clark (2004), le rôle infirmier dans l'accompagnement de patient vivant le rétablissement passe par la promotion de l'auto-détermination. Cela signifie que le patient va devoir retrouver « un pouvoir d'agir » qui va lui servir à développer des ressources, à gérer efficacement sa maladie, à reprendre des activités de la vie quotidienne, à s'éduquer en matière de rétablissement, à défendre et

promouvoir ses droits, ainsi que revêtir des rôles performants (Provencher, 2008). Le patient va devoir faire des expériences pour retrouver ses repères et acquérir ses nouveaux rôles. L'infirmier devra accompagner à nouveau le patient dans ces démarches. Comme le décrivent Noiseux et Ricard (2005), il s'agit d'un rôle, certes passif, mais qui permettra d'attester les progrès du patient. Provencher explique qu' : « [...] inciter la personne à effectuer un retour sur le cheminement qui lui a permis d'atteindre ses buts est un autre volet de l'accompagnement orienté vers la croissance » (2008, p.228), c'est donc le rôle de l'infirmier d'amener le patient à ce retour sur son cheminement. Selon McCann et Clark (2004), la promotion de la santé passe par la conscientisation du patient qu'il fournit des efforts pour l'évolution de son bien-être. Il s'agit comme le décrivent Noiseux et Ricard (2005) de « la découverte de dispositions personnelles combatives ». Provencher (2008) explique que le soignant va également chercher à valoriser les échecs du patient en permettant à ce dernier de comprendre ses erreurs. L'infirmier va soutenir le patient dans son processus de rétablissement, mais comme aiment le rappeler Noiseux et al. (2010) la famille, les amis ou le conjoint également peuvent également se révéler être des piliers essentiels au rétablissement.

Cela nous amène à aborder le dernier point de ce mode d'accompagnement à savoir les « relations aux autres ». Provencher (2008) inclut dans l'ensemble « famille » les membres de la famille, les conjoints et également les personnes significatives pour le patient. Elle parle ensuite du type de relation qu'il peut exister entre ces différentes personnes comme l'intimité, la sexualité et la spiritualité. Nous avons exposé, dans les résultats, l'importance de la relation de confiance entre l'infirmier et le patient qui était présentée comme une forme de soutien, mais cette relation doit s'étendre aux proches. Les recherches mentionnaient l'importance de collaborer avec eux, d'une part pour mieux comprendre le mode relationnel qu'ils entretiennent avec le patient et d'autre part, car ils font partie du contexte du patient. McCann et Clark (2003) expliquent que l'infirmier doit également chercher à soutenir les proches pour éviter qu'ils s'épuisent. Economou et al. (2011) ont expliqué que d'intégrer les proches dans la prise en charge a permis de diminuer leur niveau de stress. Provencher dit que : « l'accompagnement offert aux membres de la famille vise à les assister dans leurs rôles d'aidants auprès d'un proche en voie de rétablissement. » (2008, p.231)

Il est vrai que les autres points exposés par le cadre de référence n'ont pas été spécialement mentionnés. La spiritualité ainsi que les relations intimes étaient absentes des recherches. Cette absence est probablement liée à une certaine forme de pudeur ou de crainte, mais aussi de respect vis-à-vis des patients. Néanmoins, nous tenions à exprimer que ces aspects peuvent faire partie du contexte, de la culture ou encore des ressources du patient qui vit le rétablissement. Dans le cadre d'une relation de confiance ou d'alliance mutuelle suivant les auteurs, il doit y avoir de la place pour l'intimité et la spiritualité.

5.2.3 Démarche de planification de services individualisés orientés vers le rétablissement

Dans cette dernière partie, nous allons parler des rôles de l'intervenant et du patient, de l'évaluation du contexte, le besoin d'identifier les buts et les objectifs, l'offre en matière de structure disponibles et de l'évaluation de la démarche planifiée (Provencher, 2008).

Dans ce mode d'accompagnement, Provencher (2008) met en évidence l'importance de la cohérence du choix de la structure, mais également du rôle de chacun des partenaires, patients ou soignants, dans la démarche de soins orientés vers le rétablissement. En effet, comme nous l'avons supposé dans la problématique et démontré dans les deux chapitres précédents, le rôle de l'infirmier et celui du patient se sont clairement modifiés. Les auteurs des recherches mentionnent ce changement de conception au niveau de la relation. Comme le nomme Provencher, le soignant va remplir son rôle : « en tant qu'accompagnatrice, l'infirmière privilégie l'établissement d'un rapport non hiérarchisé et cherche à établir un véritable dialogue avec la personne en voie de rétablissement » (2008, p.230). « Le dialogue » a été désigné comme une intervention psychosociale primordiale par l'étude de McNeela et al. (2010), qui permet de promouvoir l'autodétermination du patient et sa croissance personnelle. Cela nous amène à l'évaluation initiale dans la planification de la démarche de soins orientés vers le rétablissement. Elle va permettre à l'infirmier d'identifier les ressources disponibles du patient comme l'expliquent McCann et Clark (2004). McNeela et al. (2010) démontrent qu'il s'agit par ailleurs de renforcer et de rassurer le patient, afin qu'il cherche à mobiliser ses ressources. L'identification des buts et des objectifs peut être un moteur au rétablissement. En effet, Noiseux et al. (2010) ont pu déduire cela, d'un entretien avec une patiente schizophrène qui cherchait à se rétablir. Le fait de poser des objectifs et de donner des buts à atteindre peut être un aspect stimulant. Mais cette démarche nécessite, par exemple, la création d'atelier protégé qui peut devenir

pour les patients participant à la recherche d'Economou et al. (2011) une manière de reprendre contact avec le travail qui permet, à certains d'entre eux, de retrouver un emploi concurrentiel. Il s'agit d'un phénomène dynamique, car le travail peut devenir à son tour un moteur, permettant peut-être de reprendre des études ou d'apprendre un métier. Cela nous amène à penser qu'il faut des structures adaptées aux objectifs et buts des patients. La quasi-totalité des auteurs mentionnaient le manque de structures adaptées aux besoins de ces patients. Certains déplorent le manque de proximité des centres communautaires (McCann et Clark, 2003), d'autres le manque de structures visant la réinsertion ou encore la politique de santé qui cherche à diminuer le nombre de lits sans se rendre compte de la charge supplémentaire que cela provoque pour les infirmiers communautaires. Cette répercussion sur le travail de l'infirmier, dit communautaire, va engendrer comme le disent McCann et Clark (2003) un besoin de gérer de manière rationnelle et efficace les demandes de soins, mais également les soins. C'est-à-dire, que les infirmiers devront trouver des alternatives pour satisfaire les besoins mais aussi les attentes des patients. Les auteurs recommandent donc, d'améliorer la formation des infirmiers dans ce sens, pour qu'ils puissent répondre aux exigences de cette nouvelle manière de concevoir les soins en santé mentale. Nous n'avons pas envisagé dans notre travail d'observer les structures existantes et celles qu'il faudrait développer, mais nous avons pris conscience au fil de nos lectures, de l'importance de structures bien pensées, dans le processus de rétablissement. Nous nous sommes plutôt intéressés aux approches efficaces qui offriront aux infirmiers les outils nécessaires pour orienter leurs soins vers le rétablissement. C'est pourquoi nous avons créé un chapitre « se perfectionner ». Dans ce dernier, nous avons mis en évidence que l'utilisation d'approches intégrées combinant la pharmacologie optimale, la psychoéducation pour les patients et leurs aidants naturels étaient une alternative intéressante. De plus, les auteurs de cette recherche concluent que la thérapie cognitivo-comportementale brève prodiguée par les infirmiers formés est sûre et efficace (Turkington et al., 2006). En conclusion, l'utilisation d'approches efficaces combinées à une formation des soignants qui permet d'augmenter la satisfaction au travail, n'est pas au seul bénéfice des patients mais au système de santé tout entier. Toutefois, il faudrait encore que le leadership ne soit pas une barrière mais une aide puissante dans l'implantation d'un projet de thérapie orienté vers le rétablissement (Whitley et al. 2009). Cela nous amène à dire comme Whitley et al. (2009), que la synergie des leaderships du niveau politique au niveau institutionnel permettrait d'optimiser les structures disponibles

Arrivés au terme de la démarche des trois modes d'accompagnement vers le rétablissement, il s'agit maintenant de l'évaluer. L'étude d'Economou et al. (2011) insiste sur l'importance de la continuité des soins et sur l'évaluation sur le long terme. En effet, comme l'étude s'est déroulée sur quatre ans, les auteurs se sont aperçus que les progrès des patients n'ont pas été visibles rapidement, mais par contre, que si l'évolution était lente, elle était constante. Cette constance n'aurait pas pu être observée sans cette observation et cette évaluation sur le long terme. Ainsi, Noiseux et al. (2010) qui ont fait participer les intervenants de soins, se sont aperçus que le fait que le soignant ait suivi la personne sur une longue période permettait de mieux attester de ses progrès et de bien la soutenir dans sa démarche. D'autres recherches déplorent justement de ne pas avoir eu le temps d'évaluer la portée de leur action sur la durée.

Nous arrivons au terme de notre discussion, nous allons maintenant grâce à cette dernière, pouvoir répondre à notre question de recherche.

5.3 La réponse à la question de recherche

Au vue de tous ces éléments, nous pouvons donc décrire: *Quel est le rôle infirmier dans l'accompagnement de personnes schizophrènes vivant le rétablissement ?*

Nous avons pu dégager cinq actions qui définissent le rôle infirmier dans l'accompagnement de patients schizophrènes qui sont :

- Voir le client en devenir
- Promouvoir le bien-être
- Intervenir selon des approches efficaces
- Etablir une relation thérapeutique
- Se perfectionner

Cette vision a été complétée par la théorie de Provencher et qui établit trois modes d'accompagnement vers le rétablissement (2008). En effet, l'infirmier désireux d'accompagner un patient vivant le rétablissement devra envisager la guérison du patient comme étant possible, faire en sorte de soutenir et de promouvoir le bien-être en utilisant des approches efficaces au travers d'une relation thérapeutique. Ainsi toute cette démarche demandera sans doute à l'infirmier de se perfectionner et d'apprendre davantage sur ce concept de rétablissement et enfin de s'interroger sur ses préjugés. Cette nouvelle façon

d'appréhender le rôle infirmier va probablement déterminer la pratique des soins infirmiers en santé mentale à l'avenir.

6 Perspectives

Dans ce dernier chapitre, nous avons mis en évidence les implications et les recommandations pour la pratique et également les pistes de recherches ultérieures.

6.1 Implications et recommandations pour la pratique

Nous avons souhaité détacher les implications pour la pratique, de la discussion des résultats, afin de rendre les plus visibles. Bien que sous-jacentes dans la discussion, nous allons présenter celles qui nous semblent les plus probantes. Nous sommes conscients que ces recommandations ne sont pas exhaustives, car nous nous sommes limités à dix recherches traitant de ce sujet. Toutefois, les implications pour la pratique qui ont émergé de nos résultats devraient permettre aux infirmiers de s'interroger sur leur pratique et les incitera peut-être à chercher davantage de réponses à leurs questions.

La première perspective concerne le changement du rôle infirmier en santé mentale qui passe d'un rôle d'expert à celui d'accompagnateur. Provencher explique que :

« certains intervenants peuvent vivre le passage du rôle d'expert à celui d'accompagnateur comme une perte de pouvoir dans leurs activités professionnelles, d'où l'importance d'une supervision pour aider l'infirmière à réussir ce changement de rôle. » (2008, p. 230)

Ceci nous amène à recommander une supervision, premièrement individuelle, pour permettre à chaque infirmier de reconstruire son identité professionnelle, puis collective, pour apprendre à fonctionner ensemble, selon ce modèle de rétablissement. Par ailleurs, la théorie des trois modes d'accompagnement ne se limitant pas à la profession infirmière, nous pourrions donc utiliser cette théorie de soins dans d'une équipe pluridisciplinaire, réunissant médecins, assistant sociaux, psychologues et infirmiers. Ainsi, il y aurait une synergie et une cohérence entre les différents intervenants. Il nous semble que cela permettrait également d'introduire un processus de formation pour tous les intervenants et pour les infirmiers en particulier.

Cette formation devient une nécessité pour les infirmiers, car elle permet de faire évoluer leurs représentations sur le rétablissement mais surtout elle permet d'augmenter la satisfaction au travail. Les infirmiers pourraient se former non seulement vis-à-vis du rétablissement, mais également pour prodiguer des soins selon les approches thérapeutiques reconnues comme étant efficaces pour le rétablissement, telles que la

psychoéducation ou encore les approches intégrées qui mettent en lien le champ biomédical et le champ psychosocial.

Par ailleurs, une formation qui permette de rationaliser les prises en charges des patients, pourrait être une perspective intéressante, car rendrait réalisable cette nouvelle manière d'accompagner les patients, malgré l'augmentation de la demande de prestations ambulatoires, voire de visites à domicile.

Quant aux structures à développer, elles devraient permettre, entre autre, de réaliser un accompagnement personnalisé. Mais cette dernière perspective devra faire l'objet de recherches supplémentaires.

6.2 Recherches ultérieures

De manière générale l'ensemble des composantes du concept de rétablissement nécessite qu'on approfondisse les répercussions qu'il induit sur la création de structure d'accueil adaptées dans des recherches ultérieures.

En outre, nous pensons que ce concept devrait surtout être détaillé dans son application au niveau suisse. En effet, aucune recherche retenue n'avait été réalisé sur sol suisse, la majorité étant réalisée au Canada et en Australie. Ces recherches devraient concerner :

- L'implantation de structures orientées vers le rétablissement en Suisse.
Bien que le gouvernement Suisse cherche à développer des établissements permettant la réhabilitation et la réinsertion des patients psychiquement atteints, il faudrait faire émerger les besoins des patients suisses. De plus, il faudrait sonder l'opinion publique pour connaître ses représentations existantes vis-à-vis des patients psychiquement atteints et particulièrement dans le monde du travail, puisque nous relevons que l'obtention d'un emploi est facteur de réussite du rétablissement.
- Un programme intégré dans le processus de formation suisse dispensé par les HES-SO, filière soins infirmiers, dans le cursus post-grade pour les infirmiers désireux d'accompagner des patients schizophrènes en Suisse.
- L'application du concept de rétablissement aux autres maladies mentales, puisque cette démarche pourrait également être utilisée pour d'autres maladies psychiques et ainsi offrir la même opportunité à tous les patients.

Cette nouvelle manière d'envisager la guérison en psychiatrie offre aux infirmiers chercheurs, un nouveau sujet d'études et une possibilité incroyable de faire des découvertes sur un terrain presque vierge.

Conclusion

En conclusion, nous souhaitons dire qu'en tant que future infirmière, le concept de rétablissement nous a permis d'envisager le rôle infirmier différemment. En effet, cette revue de littérature nous a permis de donner des bases scientifiques à un concept, le rétablissement, qui peut apparaître comme un idéal éthique peu applicable au quotidien. Ce travail nous a donc offert l'opportunité de nous remettre en question quant à l'importance de voir le patient en devenir. Croire dans les ressources du patient nous paraît aujourd'hui primordial. Dans l'ensemble de notre travail, nous pouvons dire que nous avons cherché à suivre la méthodologie qu'impose le devis de la revue de littérature. Nous avons élaboré l'état des connaissances dans le but d'amener ensuite notre question de recherche. Puis, nous nous sommes attelés à créer un cadre conceptuel pertinent qui nous permettrait de répondre à notre question.

Enfin, dans le choix des études retenues, ainsi que dans la méthode utilisée pour les résumer, nous nous sommes basés sur des travaux antérieurs et avons retenus les éléments qui nous semblaient judicieux.

Malgré tout, comme la littérature était peu abondante sur le sujet, nous avons élargi les buts des recherches analysées. En effet, nous voulions au départ ne recenser que des études qui auraient eu comme objectif de comprendre et d'analyser le rôle infirmier dans un accompagnement de patients vivant le rétablissement. Mais faute d'en réunir assez, nous avons choisi de réunir des études qui définiraient, toutes en ensemble, le rôle infirmier.

C'est pourquoi, nous avons retenu des études de différents devis qui s'intéressaient à des aspects différents du rétablissement. Cette démarche nous paraissait quelque peu biaisée au départ. Néanmoins, en résumant au fur et à mesure les recherches, puis en rédigeant le chapitre « résultats », il nous est apparu que cette démarche nous permettait de répondre à notre question de recherche. De plus, les catégories émergentes dans nos résultats présentent de forts liens avec le cadre de référence.

7 Bibliographie

7.1 Ouvrages

Digonnet, E., Friard, D., Leyreloup, A.-M., Rajablat, M. (2004). *Schizophrénie et soins infirmiers : une approche clinique du traitement et des soins*. Paris : Masson.

Cottraux, J. (2001). *Les thérapies comportementales et cognitives*. Paris : Masson (3^{ème} éditions)

Godfryd, M. (2008). *Les maladies mentales de l'adulte*. Paris : Que sais-je (4^{ème} édition)

Gottlieb, N. L. et Feeley, N. traduit de l'anglais par Désorcy M.-C. (2007). *La collaboration infirmière-patient*. Montréal : Beauchemin.

Merkling, J. (2007). *Le métier d'infirmier en santé mentale*. Paris : Seli Arslan.

Müller, C. (1997). *De l'asile au centre psychosocial : Esquisse d'une histoire de la psychiatrie suisse*. Lausanne : Payot.

Nadot, M. (2008). La fin d'une mythologie et le modèle d'intermédiaire culturel. In C. Dallaire (Ed.), *Le savoir infirmier au cœur de la discipline et de la profession* (pp 359-382). Montréal : Chenelière.

Provencher, L. H. (2008). Un modèle cognitif-contextuel pour comprendre l'expérience du stress dans le rétablissement un approche transactionnelle du stress. In C. Dallaire (Ed.), *Le savoir infirmier : au cœur de la discipline et de la profession* (pp. 170-207). Montréal : Chenelière.

Provencher, L.H. (2008). Un modèle cognitif-contextuel pour comprendre l'expérience du stress dans le rétablissement : implications pour la pratique infirmière en santé mentale. In C. Dallaire (Ed), *Le savoir infirmier : au cœur de la discipline et de la profession* (pp. 209-238). Montréal : Chenelière.

7.2 Rapports

Observatoire suisse de la santé. (2006). *La psychiatrie intra-muros en Suisse de 2000 à 2006*. Neuchâtel : Auteur.

Observatoire suisse de la santé. (2007). *La santé psychique en Suisse*. Neuchâtel : Auteur.

Office fédérale des assurances sociales. (2009). *Encyclopédie de la statistique suisse*. Berne : Auteur.

Office fédérale de la santé publique. (2004). *Santé psychique : projet pour une stratégie nationale visant à protéger, à promouvoir, à maintenir et à rétablir la santé psychique de la population en Suisse*. Berne : Auteur.

Conseil International des Infirmières (CII). (2006). *Code déontologique du CII pour la profession infirmière*. Genève : Auteur.

7.3 Articles et revues périodiques

Crowe T. P., Deane F. P., Oades, G., Caputi, P. et Morland K. G. (2006). Effectiveness of a collaborative recovery training program in Australia in promoting positive views about recovery. *Psychiatric services*, 57 (10), 1497-1500.

Economou, M., Palli, A., L. Peppou et M. Madianos. (2011). Recovery from schizophrenia : A four-year Study of inner City Cohort. *Community Mental Health Journal*, Online First, 1-8.

Giraud-Baro E. et al. (2006). Soigner, réhabiliter : pour une reformulation de l'offre de soins et de services. *L'information psychiatrique*, 82, 281-6

Grasser, F. (1988) : Approche systémique et collaboration interdisciplinaire en hôpital psychiatrique. *Thérapie Familiale*. Vol. 9 (1), 3-16.

Hugo, M. (2001). Mental health professional's attitudes towards people who have experienced a mental health disorder. *Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8, 419-425.

McCann, T. V. et Clark, E. (2004). Advancing self-determination with adults with young adults who have schizophrenia. *Journal of psychiatric and Mental Health Nursing*, 11, 12-20.

McCann, T. V. et Clark, E. (2003). A grounded theory study of the role that nurses play in increasing client's willingness to access community mental health services. *International Journal of Mental Health Nursing*, 12, 279-297.

McNeela, G. Clinton, C. Place, A. Scott, P. Treacy, A. Hyde et H. Dowd. (2010). Psychosocial care in mental health nursing: a think aloud study. *Journal of advanced nursing*, 66, 1297-1307.

Noiseux, S. et Ricard, N. (2005). Le rétablissement de personnes vivant avec la schizophrénie. *Perspectives infirmières*, novembre-décembre, 10-22.

Noiseux, S., Tribble St-Cyr, D., Corin, E., St-Hilaire P.-L., Morissette, R., Leclerc, C., Fleury, D., Vigneault, L. et Gagnier, F. (2010). The process of recovery of people with mental illness : the perspectives of patients, family members and car providers : Part 1. *Health services research*, 1-14.

Provencher, L. H. (2002). L'expérience du rétablissement : perspectives théoriques. *Santé mentale au Québec*, 27, 35-64.

Turkington, D., Kingdon, S., Rathod, S. Hammond, K. et Mehta, R. (2006). Outcomes of an effectiveness trial of cognitive-behavioural intervention by mental health nurses in schizophrenia. *British journal of psychiatry*, 189, 36-40.

Whitley, R., Gringerich, S., Lutz W. J. et Meuse K. T. (2009). Implementing the illness Management and Recovery Program In Community Mental Health Setting: Facilitators and Barriers. *Psychiatric services*, 60 (2), 202-209.

7.4 Sites WEB

Gendreau, F. (2010). *L'approche du rétablissement en santé mentale- Sommes-nous liés à des compétences innovatrices lors de l'implantation d'un paradigme novateur ?* [page WEB]. Accès : http://www.infiressources.ca/fer/depotdocuments/Approche_du_retablissement_et_compences_en_sante_mentale-F_Gendreau-2mars10.pdf [page consultée le 15 avril 2010]

HES-SO. (s. d.). Evaluation du concept des filières de bachelor, Filière Soins Infirmiers [Page WEB]. Accès : www.hes-so.ch/documents/showFile.asp?ID=1797 [page consulté le 21 juin 2011]

8 Annexes A : Déclaration d'authenticité

« Je déclare avoir effectué ce travail seul en respectant les normes imposées par la Haute Ecole de Santé de Fribourg. Les auteurs et les documents auxquels je fais référence dans ce travail sont clairement identifiés et nommés. »

Katia Schläpfer

9 Annexes B : Le modèle cognitif-contextuel

Le modèle cognitif-contextuel propose de répondre aux questions suivantes :

Comment les personnes en voie de rétablissement font-elles face à des situations stressantes ? Quels facteurs influent sur leurs façons de s'adapter au stress ? Quelles sont les répercussions de diverses stratégies d'adaptation au stress sur leur état de santé ? (Provencher, 2008, p.174)

Ce modèle vise à comprendre l'expérience du stress dans le rétablissement. Il se compose de sept points clés, « [...] les caractéristiques du rétablissement (p. ex. espoir, pouvoir d'agir) sont intégrées aux concepts de centraux du modèle » (Provencher, 2008, p.175)

Il y a les facteurs contextuels, les stressors potentiels, l'appréciation cognitive primaire, l'appréciation cognitive secondaire, les stratégies d'adaptation (coping), les indicateurs de résultats à court terme et les indicateurs de résultats à long terme.

1. Facteurs contextuels	
1.1 Caractéristiques personnelles	1.2 Caractéristiques environnementales
1.1.1 Facteurs sociodémographiques	1.2.1 Soutien provenant des autres
1.1.2 Facteurs psychologiques -Perception de soi -Estime de soi -Complexité du soi -Pouvoir d’agir : croyances générales de contrôle, compétences pour gérer le trouble mental, habilité personnelles -Orientation personnelles et philosophiques : objectifs personnels, espoir, croyances religieuse ou spirituels	- <i>Dimensions structurelles</i> : caractéristiques du réseau social - <i>Dimension perceptuelles</i> : type de soutien : émotionnel, instrumental, informationnel temporalité et soutien : soutien passé, actuel, anticipé valence du soutien : aspect positifs, aspects négatifs
1.1.3 Facteurs liés à la maladie -Diagnostic psychiatrique -Comorbidité -Variables liées à l’histoire de la maladie -Facteurs neurocognitifs -« Insight »	1.2.2 Soutien provenant des services orientés vers le rétablissement - <i>Dimension s structurelles</i> : typologie des services, programme d’intervention - <i>Dimensions opérationnelles</i> : compétences modes d’accompagnement Cadre relationnel entre la personne et l’intervenant soutien à l’expérience du rétablissement démarche de planification de services individualisés
1.1.4 Facteurs culturels	1.2.3 Ressources matérielles
1.1.5 Facteurs d’ordre développemental -Étapes dans le rétablissement -Étapes dans la découverte d’un nouveau soi -Étapes dans la modification de comportements	

2. Stresseurs potentiels	
2.1 Éléments liés au rétablissement	2.2 Éléments génériques
2.1.1 événements liés à la maladie -Symptômes psychiatriques -Exigences de traitements -Stigmatisation et discrimination sociale	2.2.1 Événements majeurs de la vie
	2.2.2 Tracas de la vie quotidienne
2.1.2 Événements liés à la performance de rôles	
2.1.3 Événements traumatiques	

3. Indicateurs de résultats à long terme	
3.1 Indicateurs liés à la santé	3.2 Indicateurs liés à la maladie

(Provencher, 2008, p.194)

Référence : Provencher, L. H. (2008). Un modèle cognitif-contextuel pour comprendre l'expérience du stress dans le rétablissement un approche transactionnelle du stress. In C. Dallaire (Ed.), *Le savoir infirmier : au cœur de la discipline et de la profession* (pp. 170-207). Montréal : Chenelière.

10 Annexes C: Grille d'analyse des articles scientifiques

Notice bibliographique :

Pays :

THÈME, QUESTION DE RECHERCHE
IDEES ET CONCEPTS CENTRAUX, THEORIE, HYPOTHESE
PARTICIPANTS (NOMBRE, CARACTÉRISTIQUES)
DEVIS, METHODE DE LA RECOLTE DES DONNEES ET DE L'ANALYSE
RESULTATS, CONCLUSION (DES AUTEURS DE L'ARTICLE)
PROPRE QUESTIONNEMENT ET CONCLUSION

11 Annexes D : Référentiel de compétences

RÉFÉRENTIEL DE COMPÉTENCES DE LA FILIÈRE SOINS INFIRMIERS

Remarques préliminaires :

- Dans le cadre du processus de Bologne, la Conférence suisse des HES a mandaté les conférences spécialisées pour établir des profils de compétences par domaine de formation. Comme la conférence spécialisée de la santé n'était pas encore constituée, c'est la HES-S2 qui, en novembre 2004, a proposé un document « Profil de compétences, domaine de la santé » en s'inspirant du référentiel de la filière soins infirmiers.
- Le référentiel présente les compétences de la filière soins infirmiers déclinées en tenant compte du cadre légal posé pour la profession en Suisse et en Europe.
- Le présent référentiel de compétences a été élaboré dans le cadre des travaux initiaux de la HES-S2 en 2002. Il figure dans le rapport final établi par la Conférence des centres d'enseignement des domaines de la santé et du travail social (C2ES2, septembre 2001), relatif au dispositif de la formation initiale de la HES-S2.
- Ce référentiel est à l'origine du plan d'études cadre de la filière (PEC), adopté par le Comité directeur en octobre 2002.
- Le présent document ne distingue pas les deux niveaux bachelor et master. Ce travail devra être entrepris d'ici 2008. Dans le cadre de ces travaux sur le nouveau profil de compétences bachelor/ master, des modifications du présent document pourraient être apportées.
- La notion de compétence est utilisée dans le présent document en référence à la description donnée dans le rapport final de la C2ES2 (septembre 2001) :
 - la compétence est une capacité d'action efficace face à une famille de situations;
 - elle est une combinatoire de ressources cognitives et schèmes opératoires ;
 - elle inclut la capacité de les mobiliser en situation, à bon escient, au moment opportun ;
 - elle n'est pas directement observable, mais peut s'inférer au travers d'indicateurs de performance.

- Les compétences sont réparties dans les 4 catégories retenues dans la Best-practice (juillet 2004) : compétences spécialisées ou professionnelles, méthodologiques, sociales et personnelles. Les compétences telles que définies dans le présent document incluent à des degrés divers ces 4 catégories. Chaque compétence identifiée a été déclinée dans ces catégories en ne gardant en référence que les catégories les plus significatives de la compétence décrite.

Comp. professionnelles	Comp. méthodologiques	Comp. sociales	Comp. personnelles
------------------------	-----------------------	----------------	--------------------

1. Concevoir, réaliser, évaluer des prestations de soins infirmiers en partenariat avec la clientèle

- 1.1. En définissant, avec les acteurs impliqués, un projet de soins et les moyens pour le mettre en œuvre.
- 1.2. En intégrant les nouvelles connaissances et méthodes adaptées aux soins infirmiers dans l'activité professionnelle.
- 1.3. En évaluant et créant des conditions permettant le soutien et la suppléance dans les activités de la vie quotidienne.
- 1.4. En accompagnant la clientèle dans les situations de crise et dans la période de fin de vie.
- 1.5. En utilisant des réponses différenciées dans ses interventions éducatives, préventives, diagnostiques et thérapeutiques.
- 1.6. En élaborant et en proposant des actions d'éducation à la santé, de réadaptation fonctionnelle et de réinsertion sociale
- 1.7. En créant les conditions qui garantissent le respect des dimensions légales, déontologiques et éthiques

x	x	x	x
	x		
x		x	
x		x	x
x	x		
x			
x		x	

2. Construire, avec la clientèle, une relation professionnelle dans la perspective du projet de soins

- 2.1. En considérant l'histoire et le contexte de vie de la clientèle comme déterminant de la situation et du projet de soins.
- 2.2. En intégrant les caractéristiques propres aux situations relationnelles asymétriques (âge, état de santé, situation sociale, etc.).
- 2.3. En s'impliquant personnellement dans le respect de l'altérité du client.
- 2.4. En mettant en œuvre des capacités de communication verbale et non verbale.
- 2.5. En mettant en place et en maintenant le(s) cadre(s) nécessaire(s) au travail relationnel
- 2.6. En offrant l'espace et le temps qui permettent d'accompagner la recherche et la construction du sens de l'expérience de vie par le client.
- 2.7. En utilisant le geste et les soins au corps comme médiateur et support de la relation.
- 2.8. En faisant valoir, dans l'équipe interdisciplinaire, les intérêts du client.

		x	
		x	x
			x
		x	x
		x	x
	x		x
	x	x	
	x	x	

3. Promouvoir la santé et accompagner la clientèle dans son processus de gestion de la santé

- 3.1. En évaluant la situation en référence aux déterminants de la santé
- 3.2. En initiant et en participant à des actions visant à favoriser la santé communautaire.
- 3.3. En favorisant chez le client l'expression d'une demande et en l'aidant à la clarifier.
- 3.4. En utilisant des approches pédagogiques personnalisées et tenant compte des caractéristiques identifiées chez le client.
- 3.5. En cheminant avec le client dans la recherche et l'application de solutions adaptées.

	x		
x	x		
	x	x	
x	x	x	
x			x

Comp. professionnelles	Comp. méthodologiques	Comp. sociales	Comp. personnelles
------------------------	-----------------------	----------------	--------------------

4. Evaluer sa pratique professionnelle afin d'ajuster, de développer et de conceptualiser ses interventions

- 4.1. En recourant au jugement clinique pour analyser et interpréter les situations de soins.
- 4.2. En ayant recours à la réflexion dans l'action et sur l'action.
- 4.3. En se référant à un corpus de connaissances professionnelles actualisées et propre au champ disciplinaire infirmier.
- 4.4. En actualisant régulièrement et systématiquement ses connaissances professionnelles.
- 4.5. En se référant au cadre déontologique, éthique et légal et en participant à son développement

x	x		
	x		x
x	x		
x			x
x			x

5. Contribuer aux recherches conduites par des chercheurs en soins infirmiers et participer à des recherches interdisciplinaires

- 5.1. En proposant des projets de recherche prioritairement issus des problématiques de terrain
- 5.2. En respectant les principes éthiques liés à la recherche
- 5.3. En utilisant des méthodes de recherche adaptées à la problématique
- 5.4. En participant à la production des connaissances infirmières basées sur des fondements scientifiques.
- 5.5. En veillant à la diffusion et à l'utilisation des résultats de la recherche.

x	x		
x	x		
x	x		
x	x		
x			

6. Mener des actions de formation auprès des étudiants en soins infirmiers, des pairs et des acteurs du système socio-sanitaire

- 6.1. En démontrant et en explicitant son expertise en soins infirmiers.
- 6.2. En organisant des actions de formation en fonction des besoins des personnes.
- 6.3. En encadrant les étudiants en soins infirmiers dans la réalisation de leurs prestations.
- 6.4. En accompagnant les professionnels des soins et les stagiaires nouvellement arrivés dans le lieu de soins et en participant à leur évaluation.
- 6.5. En accompagnant et en soutenant les personnes dans les processus de changement.
- 6.6. En s'appuyant sur les ressources de ses partenaires professionnels.

x			x
x		x	
x	x	x	x
x		x	
x			x
x		x	x

7. Collaborer au fonctionnement du système de santé

- 7.1. En orientant la clientèle dans ses démarches et son utilisation du système de santé.
- 7.2. En contribuant de manière adéquate aux différents réseaux qui le composent.

x		x	
x		x	

	Comp. professionnelles	Comp. méthodologiques	Comp. sociales	Comp. personnelles
7.3. En recourant aux prestations et compétences des autres professionnels.	x			
7.4. En participant au développement du réseau par ses propositions, innovations et questions.	x			x
7.5. En situant les réflexions relatives au système de santé dans leur contexte socioculturel, économique et politique.	x	x		
7.6. En assumant ses prestations, ses prises de position et ses décisions.	x		x	

8. Participer aux démarches qualité du système socio-sanitaire

8.1. En évaluant la qualité des soins et l'efficacité professionnelle.	x	x		
8.2. En développant et en adaptant des démarches, outils, méthodes et techniques d'évaluation de la qualité.	x	x		
8.3. En prenant en compte la satisfaction objective et subjective de la clientèle.	x		x	
8.4. En intégrant, dans sa pratique, les résultats et propositions des démarches qualité du système socio sanitaire.	x	x		

9. S'impliquer par son discours et ses actes, dans le développement et l'explicitation du rôle infirmier

9.1. En assumant les responsabilités liées à l'exercice du rôle infirmier, autonome et délégué.	x			x
9.2. En défendant les conditions de travail favorables à un exercice professionnel de qualité.	x			x
9.3. En participant aux processus décisionnels concernant le domaine de la santé.	x		x	
9.4. En affirmant le point de vue infirmier dans les prises en charge interdisciplinaires.	x		x	x
9.5. En communiquant le point de vue infirmier dans des manifestations interdisciplinaires (congrès, symposium, publications, etc.).	x		x	x

Référence : HES-SO. (s. d.). Evaluation du concept des filières de bachelor, Filière Soins Infirmiers [Page WEB]. Accès : www.hes-so.ch/documents/showFile.asp?ID=1797 [page consulté le 21 juin 2011]

12 Annexes E: Fiches de lecture

12.1 McNeela et al., 2010

McNeela, G. Clinton, C. Place, A. Scott, P. Treacy, A. Hyde et H. Dowd. (2010). Psychosocial care in mental health nursing: a think aloud study. *Journal of advanced nursing*, 66, 1297-1307

Pays : Irlande

THÈME, QUESTION DE RECHERCHE

Quand ils sont durables, les troubles mentaux entraînent une diminution du niveau de fonctionnement des personnes qui en sont atteintes. Ainsi les interventions infirmières en santé mentale sont destinées à promouvoir la réadaptation et la réinsertion. Même si le travail psychosocial réalisé par des infirmiers est important pour lutter contre l'isolement et la stigmatisation des patients, ce travail est peu valorisé. Il n'y a pas de consensus sur la manière d'évaluer ces interventions. Malgré cela, le lien entre le champ psychosocial et les soins infirmiers en santé mentale est reconnu.

Perspectives dans les soins psychosociaux : La recherche sur les compétences interpersonnelles telle que l'écoute active et la démonstration du fonctionnement de la communication empathique dans la pratique, intégrées dans une relation thérapeutique basée sur la confiance n'a pas encore abouti à des protocoles clairement établis à placer au sein d'une thérapie psychosociale. Bien que la théorie psychosociale a démontré son efficacité et qu'elle a obtenu l'aval des politiques de la santé, il reste toujours difficile de l'imposer aux unités de soins, à cause des limites structurelles et du manque de ressources d'une part et d'autre part, à cause de la domination de l'approche biomédicale et du scepticisme de certains soignants.

IDEES ET CONCEPTS CENTRAUX, THEORIE, HYPOTHESE

La pratique infirmière est un métier basé sur la connaissance par l'expérience, sur des compétences de communication et sur la capacité d'établir un lien de confiance avec autrui. Néanmoins, il y a une limite à l'auto formation qui découle de l'expérience quotidienne et celle qui provient des autres professionnels de la santé. De plus, les études réfutent le fait que la pratique infirmière soit uniquement centrée sur le patient. En effet, les infirmiers doivent souvent faire face à des patients avec des problèmes de santé persistants et qui n'ont pas la motivation nécessaire pour adhérer à une thérapie. Cela suggère que les infirmiers doivent envisager le fait que l'empathie ne suffira pas pour amener un changement. Ils doivent tenir compte des risques psychopathologiques cliniques, dans le but de s'engager dans une relation complexe mais nécessaire avec le patient.

Le but de la présente étude est d'identifier les interventions psychosociales pertinentes qui peuvent être intégrées aux soins de routine, en explorant leur contenu de manière critique et d'analyser les différentes tendances dans l'utilisation de ces interventions. Enfin cette recherche cherchera à savoir s'il y a un réel besoin d'engager des infirmiers formés dans

ce domaine d'interventions.

PARTICIPANTS (NOMBRE, CARACTÉRISTIQUES)

39 infirmiers ont participé dont 12 hommes et 25 femmes, dans 8 services de santé mentale différents, en Irlande, afin de s'assurer que l'intérêt ne soit pas limité à une région ou à un service en particulier. Ils ont été contactés par une publicité interne et identifiés par un numéro. 2 infirmiers ont été écartés de l'étude pour des raisons d'informations et un enregistrement de données incomplet.

15 participants travaillaient dans des services de soins aigus dont 7 hommes et 8 femmes. 22 participants travaillaient dans des centres communautaires dont 5 hommes et 17 femmes. Les infirmiers ont été échantillonnés sur la base de leurs expériences dans le domaine de la psychiatrie et répartis en 6 sous-groupes. Pour simplifier l'analyse, les 2 sous-groupes les moins expérimentés ont été regroupés en un et comparés à ceux qui avaient 10 ans d'expériences. 10 ans d'expérience dans un domaine de soins ont été reconnus comme le niveau de performance-expert.

DEVIS, METHODE DE LA RECOLTE DES DONNEES ET DE L'ANALYSE

Ils ont utilisé un design où l'exécution des tâches est réfléchi à haute voix, pour générer des données verbales sur les performances des infirmiers à intervenir selon une approche psychosociale. Les participants ont observé et commenté 4 scénarios. Celui qui est présenté dans l'étude est celui qui a suscité le plus de commentaires. Ils visionnent une vidéo où est rejoué une interaction entre un étudiant infirmier et une patiente schizophrène présentant un important retrait social et des symptômes résiduels majeurs. L'interaction se passe dans la chambre de la patiente dans un centre de réhabilitation. Les participants devaient alors prendre des notes et en ressortir deux tâches connexes.

La collecte des données : Les scénarios simulés ont été construits sur la base de notes d'infirmiers participants à une autre étude, mais dont le but était similaire. Les notes ont ensuite été décomposées puis un script a été créé sur la base de ses notes. Dans le script, les détails de la situation de la patiente ont pu être intégrés et ensuite, il a été joué par des acteurs professionnels, puis évalué par 10 infirmiers travaillant pour la plupart dans des centres universitaires. Les quatre vidéos ont été présentées à chaque participant de manière individuelle, l'ordre a été aléatoire pour chaque participant. Ils ont été amenés à réfléchir à haute voix, et une séance d'entraînement avait été organisée. Chaque vidéo a été conçue pour développer une tâche particulière. Les participants ont été invités à réfléchir sur la situation actuelle de la patiente et sur les pistes d'amélioration qu'ils pourraient mettre en place. La vidéo a pu être visionnée deux fois. Les participants ont retouché leurs notes, jusqu'à ce qu'ils soient satisfaits. Ensuite, ils ont pu réfléchir à haute voix. Le tout a été enregistré sur bande audionumérique. Les retranscriptions allaient de 169 à 1886 mots, la moyenne étant de 701 mots. L'ensemble des résultats a ensuite été entré dans un programme informatique de traitement de données.

L'étude a reçu l'autorisation du comité d'éthique de recherche universitaire de la santé mentale. Les auteurs ont également obtenu le consentement éclairé des infirmiers en garantissant leur anonymat.

L'analyse des données : Il s'agit d'une analyse qualitative sur la base du contenu des transcriptions. Selon ce design, les données sont codées suivant des catégories cognitives comme la décision ou l'hypothèse mais dans la présente étude ce qui intéressait les auteurs, c'était de formuler des catégories thématiques comme l'encouragement ou le dialogue. Ces catégories ont été élaborées par induction. Deux codeurs ont travaillé ensemble à la définition des catégories d'analyse de contenu sur la base de codage indépendant d'un sous-ensemble de 10 relevés de notes. Chaque procès-verbal a été lu plusieurs fois, puis divisé en unités codées grâce aux étiquettes des catégories provisoires. Toutes les transcriptions ont été codées par un codeur primaire suite à l'accord du projet final de codage. Ce codeur est aveugle à la démographie des participants. Des rencontres régulières ont eu lieu tout au long du codage pour examiner les unités de textes ambigus. Les auteurs ont examiné scrupuleusement les transcriptions de l'échantillon et le coefficient d'objectivité a été indiqué par 95.3% de concordance entre les deux évaluateurs de codage d'un échantillon de relevé de notes.

Il y a eu une analyse quantitative qui a été effectuée sur le programme NVivo7 pour évaluer la prévalence entre le nombre de mots et les références aux catégories. Une analyse exploratoire a été faite pour comprendre l'impact du niveau d'expérience au moyen de la matrice des catégories. L'analyse qualitative du contenu de la catégorie et de la transcription originale a été réalisée en utilisant l'analyse thématique et la comparaison constante afin d'identifier des sous-thèmes et les relations entre les thèmes.

RESULTATS, CONCLUSION (DES AUTEURS DE L'ARTICLE)

Trois catégories d'interventions représentant des soins psychosociaux ont été identifiées dans les transcriptions. « le dialogue », il s'agit des soins centrés sur le patient, fondés sur la compréhension phénoménologique et la communication thérapeutique. La seconde catégorie est « le réconfort et l'encouragement », cette dernière se réfère à l'utilisation pragmatique des compétences de communication pour faire baisser l'anxiété, favoriser le confort et les formes de croyances. La dernière est « l'engagement structuré » qui reflète le rôle infirmier dans la recherche de l'adhérence du patient aux thérapies. La situation qui a généré le plus de débats a été celle de Karen, jeune patiente schizophrène.

Comprendre la situation de Karen : méthode de formulation de cas

Une moyenne de 261.5 mots par transcriptions a été codée selon la catégorie de jugement. Le nombre moyen de thèmes codés pour la catégorie jugement était de 3.84, avec une prévalence plus élevée des thèmes identifiés. La motivation a été le thème le plus largement utilisé, y compris pour les sous thèmes.

	Prévalence	Mots	références
Jugements			
Motivation	89.19	70.51	2.41
Hostilité	67.57	30.41	1.51
Les symptômes négatifs	67.57	26.89	1.03
Humeur	59.46	19.16	1.05
L'isolement social	56.76	33.16	1.35
Les événements récents	48.65	28.49	0.89
Rechute	43.24	28.70	1.00
Interventions			
Engagement structuré	54.05	63.35	1.73
Réassurance et l'encouragement	40.54	40.46	0.76
Dialogue	32.43	31.16	0.68
Une équipe pluridisciplinaire	56.76	29.62	0.89
Participation de la famille	40.54	19.89	0.62
Admission à l'hôpital	24.32	13.97	0.51

Les nombres dans le tableau sont en pourcentage.

L'hostilité était un thème basée sur la manière dont Karen parlait à l'étudiant infirmier pourtant bien disposé. Les participants ont interprété ce comportement comme étant de la colère.

Pris ensemble, les catégories de jugement reflètent plusieurs récits plausibles ou formulations de cas :

-explication phénoménologique : la frustration, la tristesse

-les troubles fonctionnels : faible motivation, problème d'hygiène

-un problème psychiatrique : la rechute, les symptômes négatifs de la schizophrénie, la dépression

-une réaction à un problème : événements récents dans le centre de réhabilitation.

Ces récits ont été utilisés pour donner du sens lors de la retranscription.

Classification des interventions psychosociales

Les thèmes d'intervention avaient un codage au profil similaire avec une moyenne de 236.43 mots codés dans les catégories d'interventions. Les catégories les plus courantes sont présentées (cf. tableau) et peuvent être regroupés en un engagement psychologique, participation de la famille, et d'aiguillage ou les interventions ne sont pas directement centré sur la personne. Une moyenne de 139.97 mots a été codée dans les trois catégories d'interventions psychosociales identifiées dans le tableau. La plus fréquente a été « l'engagement structuré », suivi par « le réconfort et l'encouragement » avec « le dialogue » utilisée par un tiers des participants.

Le dialogue : Ce thème ressemble à une approche centrée sur le patient, une orientation phénoménologique et des conseils non directifs. Les participants décrivent également le dialogue comme étant une forme de collaboration, participant à l'engagement du patient. Pour eux l'objectif du dialogue est de faciliter la libre expression des sentiments de Karen. Ce faisant, le sens et les motifs du comportement pourraient être examinés. Le thème dialogue est stratégiquement important car il prend souvent la forme de l'engagement en accord avec les préférences du patient et de la politique de santé mentale. Les auteurs ont observé que le nombre de mots pour le dialogue a été significativement plus faible que pour l'engagement structuré ($P=0.02$).

La réassurance et l'encouragement : mettent en cause les compétences de communication pour atteindre des objectifs immédiats. Rassurer et encourager sont des sous-thèmes discrets qui sont rattachés souvent à la gestion des réactions émotionnelles et des croyances. L'encouragement vise la dynamisation et la motivation par la persuasion.

L'objectif relevé par les participants vis-à-vis de l'encouragement était de motiver la personne dans son processus de socialisation, axé sur le développement de compétences personnelles. Ils expliquent également que rassurer et encourager peut faciliter l'acceptation des normes de la communauté dans laquelle vivait Karen. Le soutien émotionnel, permet de faciliter l'écoute et le dialogue sur la gestion des besoins immédiats ou des objectifs. Cela permet d'ouvrir la communication. Les participants expliquent que la réassurance a donc été considérée comme la promotion d'une relation positive, une base pour la crédibilité de l'infirmière en demandant le respect du comportement.

L'engagement structuré : ce thème lui aborde l'importance d'avoir des objectifs clairs et précis qui sont basés sur le respect des normes de l'établissement. Les infirmières utilisent le renforcement positif. Le risque de cette méthode est d'aller à l'encontre des idéaux de la communication de collaboration. Néanmoins les infirmières expliquent qu'il s'agit de traiter les comportements inadéquats et non pas la maladie.

Les caractéristiques des participants : l'expérience dans le domaine et contexte de travail : Les auteurs ont cherché à comparer les transcriptions et les comparaisons entre les infirmiers travaillant dans le domaine aigu et dans le domaine communautaire. Ils ont également regardé l'incidence de l'expérience des infirmiers dans la restitution de pistes d'action.

La différence entre le niveau d'expérience n'a été que faiblement significative ($P=0.06$). Les différences entre les milieux de soins n'ont pas été significatives. Mais par contre il y a une différence significative entre le personnel moins expérimenté du domaine de soins aigus et le personnel plus expérimenté du domaine de santé communautaire ($P=0.02$).

Comme le témoigne les statistiques il n'y a eu des différences majeures sur le point du dialogue ou de la réassurance et du réconfort, mais pas pour l'engagement structuré. L'analyse qualitative des relevés de notes ont montré une plus grande importance chez les infirmiers hautement expérimentés en milieux aigus pour les représentations axées sur le risque de rechute ou d'isolement social.

Discussion : Les limites de l'étude sont l'utilisation des cas de simulation qui ont pu provoquer une certaine perte écologique. De plus une observation des consultations réelles des infirmiers participant à l'étude aurait pu être utile. Dans le même sens le fait d'avoir choisi un cas, en l'occurrence la schizophrénie, fait que la classification des interventions psychosociales n'est pas forcément applicable à tous les troubles mentaux. Une autre étude devrait être menée pour vérifier cela auprès de différents patients.

Classification des interventions psychosociales : Le travail psychosocial a été classé en trois catégories d'interventions. Le cas développé dans l'étude à savoir celui de Karen a permis de faire émerger ces dernières. Les déficits de motivation, les objectifs peu clairs, la persistance des symptômes négatifs ont amené les soignants à recommander l'engagement structuré. Dans la même optique, le dialogue doit chercher à établir ce que Karen trouve énergisant et motivant, c'est là qu'intervient la réassurance et l'encouragement afin de l'aider à travailler sur la manière de pratiquer des auto-soins. Les interventions psychosociales reflètent bien la diversité de la collaboration du patient dirigé par les soins infirmiers.

« L'engagement structuré » a été l'intervention la plus citée, la plupart des stratégies sont basées sur des objectifs de négociation. L'établissement d'objectifs est reconnu comme ayant un rôle important dans la réhabilitation, mais compter uniquement sur cette intervention représente un risque pour la relation infirmier-client. Le risque étant qu'il y ait un déséquilibre dans les rapports relationnels. Il faudrait ainsi construire des objectifs avec le patient.

« Réassurance et encouragement », repose sur la volonté des infirmiers à encourager le changement et l'adoption de comportements socialement adaptés. Les auteurs font un parallèle entre cette intervention et l'entretien motivationnel qui a pour but d'encourager un changement au niveau des croyances et des comportements en utilisant des compétences de communication et d'écoute active.

Parmi les trois interventions proposées, « le dialogue » est la plus proche de la clientèle et des préférences politiques. Le dialogue peut permettre de promouvoir l'auto-détermination, la motivation intrinsèque et la croissance personnelle. Le dialogue est l'intervention la plus compatible avec la situation. En effet, pouvoir comprendre quelles sont les représentations de Karen au travers du dialogue est préférable à une compréhension linéaire de la situation. De plus, le dialogue est conforme à l'image de la pratique infirmière à savoir l'engagement authentique.

C'est pourquoi les auteurs étaient étonnés que « le dialogue » soit l'intervention la moins codée des trois catégories. Car les interventions directives peuvent s'avérer paralysantes dans le processus de réadaptation.

Conclusion : il y a un contraste entre les infirmières qui ont recommandé des stratégies d'engagement psychosociales et la philosophie centrée sur la personne. Les infirmières communautaires ont tendance à afficher une approche complexe mais un certain nombre

d'autres infirmières envisageaient un rôle minime dans la collaboration des utilisateurs de services. Une des premières étapes dans la lutte contre cette tension est de parvenir à un consensus sur les interventions de routine qui comprennent les soins psychosociaux de sorte qu'il existe une base commune de discussion.

PROPRE QUESTIONNEMENT ET CONCLUSION

Cette recherche nous a particulièrement intéressés car elle nomme trois types d'interventions que les infirmiers pratiquent pour promouvoir le rétablissement.

Critique méthodologique : Mis à part l'introduction et la recension des écrits, la recherche était claire et permettait de faire émerger des résultats intéressants. Les auteurs ont également obtenu l'aval d'un comité d'éthique ainsi que le consentement éclairé des participants.

12.2 Noiseux et Ricard, 2005

Noiseux, S. et Ricard, N. (2005). Le rétablissement de personnes vivant avec la schizophrénie. *Perspectives infirmières*, novembre-décembre, 10-22.

Pays : Canada

THÈME, QUESTION DE RECHERCHE

Ces dernières décennies, l'évolution des sciences biomédicales et sociales a permis de faire avancer l'état des connaissances sur la schizophrénie. Les patients souffrant de schizophrénie ne sont plus considérés comme des personnes nécessitant une hospitalisation de longue durée ou une institutionnalisation.

Désormais, on reconnaît que ces personnes ont le droit de prendre part activement dans la société. Cette prise de conscience a fait naître une nouvelle approche thérapeutique initiée aux USA, au début des années 80 et reconnue sous le nom de « recovery » ou « rétablissement » en français.

Ce concept de rétablissement est bien connu dans la réadaptation physique, mais il nécessite d'être mieux défini quand il s'agit du rétablissement de patients souffrant de troubles mentaux graves. C'est pourquoi des chercheurs et des cliniciens du Québec s'intéressent à ce thème.

Le but de cette étude est de proposer une explication théorique du « rétablissement » des patients schizophrènes, d'un point de vue infirmier.

IDEES ET CONCEPTS CENTRAUX, THEORIE, HYPOTHESE

Les diverses définitions existantes sur le sujet décrivent le processus de rétablissement comme une expérience subjective ou un processus actif continu et personnel.

Ces définitions ne mettent pas l'accent sur les résultats, mais plutôt sur la qualité de l'effort fait pour se maintenir en santé. Elles apparaissent à la fin des études parlant de l'évolution de la schizophrénie et les auteurs de ces dernières mettent en évidence que l'issue du diagnostic de la schizophrénie n'est pas aussi sombre que ce que l'on pourrait imaginer. Par ailleurs, ces définitions s'appuient sur des récits autobiographiques publiés par des patients expliquant leur cheminement. Ces personnes mettent en évidence, l'aspect de la reconstruction et du sens de soi contenu dans cette approche thérapeutique. Les explications théoriques proposées jusque-là ne permettent pas de comprendre les mécanismes du « rétablissement ».

En effet, les recherches menées, principalement aux USA, ne mettent pas en lumière le rôle des personnes accompagnant le patient schizophrène dans le « rétablissement ». Or les proches et le personnel soignant peuvent se révéler des sources importantes d'informations, puisqu'ils sont présents tout au long de la maladie. Du point de vue infirmier, les recherches sur le « rétablissement » sont particulièrement peu nombreuses. On connaît donc peu les interactions et le rôle que jouent les soignants dans le processus de « rétablissement ».

Les deux auteurs ont voulu répondre à ce manque d'éclairage théorique. Elles décrivent

trois aspects, qui selon elles, justifient une telle étude :

1. L'absence de démarches systématiques conduisant à la proposition d'une explication théorique du « rétablissement ».
2. L'absence de recherches axées sur les opinions des divers groupes de personnes directement concernés par le « rétablissement ».
3. La rareté des études portant sur le rétablissement de personnes schizophrènes au Québec.

PARTICIPANTS (NOMBRE, CARACTÉRISTIQUES)

Cette recherche a mobilisé des patients schizophrènes, parce qu'ils sont le mieux placés pour expliquer ce qu'ils vivent, des proches, parce qu'ils sont une source d'informations importante et qu'ils sont témoins de l'évolution de la personne comme « observateurs-acteurs ou des intervenants et des intervenant parce qu'ils peuvent évaluer l'évolution de la personne au travers du suivi.

Autre point important, la taille de l'échantillon. Il compte 41 participants en tout : 16 personnes schizophrènes dont l'âge moyen est de 35 ans, 5 proches et 20 intervenants. Elle ne correspond pas à une représentation statistique mais pour parvenir à une saturation des données empiriques.

Les participants qui ont été interrogés ont pu choisir le lieu de l'entrevue. Dans certains cas, les entrevues ont été réalisées dans une pièce fermée où seule l'investigatrice principale et la personne interrogée étaient présentes. Chaque participant a pris part à une entrevue, d'une durée variant de 60 à 90 minutes. Toutes les entrevues ont été enregistrées sur bande audionumérique.

DEVIS, METHODE DE LA RECOLTE DES DONNEES ET DE L'ANALYSE

Les auteurs de la recherche ont choisi la théorisation ancrée, car elle favorise l'émergence d'un concept théorique à partir de données récoltées. Le fait de classer les données en étapes permet de mieux comprendre les liens existants entre les différents acteurs. Afin d'augmenter la diversité des acteurs concernés par le phénomène, l'investigatrice principale les a choisis dans trois milieux thérapeutiques différents :

- 1) un milieu où le cadre thérapeutique est structuré qui relève d'un centre hospitalier spécialisé en psychiatrie.
- 2) un milieu d'entraide.
- 3) un milieu communautaire.

Ce projet d'étude a été accepté par les comités scientifiques et éthiques de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine.

Analyse des données : La retranscription des informations et leur relecture ont été faites au fur et à mesure de la collecte des données, afin de parfaire les futures entrevues et de garder à l'esprit les informations déjà récoltées. L'analyse des données a été réalisée selon

le modèle paradigmatique de Strauss et Corbin.

Ce modèle comporte trois phases :

- la codification ouverte,
- la codification axiale,
- la codification sélective.

La première phase permet d'établir les grandes étapes du « rétablissement » et d'exposer les pensées et les idées du chercheur à la lecture du contenu des entrevues.

Dans la seconde phase, le chercheur établit à un niveau conceptuel plus élevé, des relations entre les étapes du « rétablissement ».

La dernière phase est « le processus d'intégration et de raffinement de la théorie ». Ce processus implique la détermination d'une phase centrale, c'est-à-dire une phase qui résume le phénomène de l'étude.

RESULTATS, CONCLUSION (DES AUTEURS DE L'ARTICLE)

Suite à l'analyse des données, sept étapes assorties de leurs caractéristiques, décrivant le rétablissement de personnes vivant avec la schizophrénie, ont émergé.

- 1) l'expérience de la schizophrénie, la descente aux enfers,
- 2) le jaillissement d'une étincelle,
- 3) la démarche personnelle d'introspection,
- 4) l'activation de dispositions personnelles combattives,
- 5) la découverte de clés pour un mieux-être
- 6) la capacité de manœuvrer le jeu du rapport inégal des forces intérieures et extérieures,
- 7) la perception d'une lumière au bout du tunnel.

Suite à l'émergence de ces étapes, l'investigatrice est retournée auprès de 15 participants de l'étude, pour confronter son modèle.

Le processus de rétablissement : un mouvement intrinsèque : Le processus de rétablissement commence par une descente aux enfers, l'envahissement de la personne par les symptômes de la schizophrénie. C'est une période lors de laquelle la souffrance est immense et où le désir de se suicider est présent.

Malgré tout, de cette phase peut naître une étincelle d'espoir où l'instinct de survie peut reprendre le dessus. Les patients décrivent cette étincelle comme quelque chose qui se met en mouvement. Bien que faible, cette lueur d'espoir leur permet d'amorcer une « remontée », les patients passent par une période d'introspection, un besoin de se redécouvrir, une manière de s'approprier une nouvelle fois. Durant ce cheminement, la

personne va se souvenir de qui elle était et quels étaient ses projets. Elle va devoir faire le deuil de cette vie passée et se lancer dans d'autres projets, s'orienter vers l'avenir. Alors la motivation et la découverte de nouveaux champs d'intérêts reviennent petit à petit. Le processus de rétablissement exige de trouver les ressources nécessaires pour parvenir à redonner un sens à son existence. Certaines personnes ont suffisamment de dispositions personnelles et de combativité pour y parvenir seules et d'autres ont besoin de l'aide d'un pair. Les patients parlent également de la nécessité de trouver un équilibre entre les forces intérieures et extérieures. Cet équilibre leur permet de retrouver du pouvoir sur leur vie. Ils en deviennent alors des acteurs.

Le contexte social dans lequel les personnes atteintes de schizophrénie vivent est particulièrement difficile. Leur maladie est facilement stigmatisée et par le même processus, eux aussi. C'est pourquoi il est important que des proches intervenants soient prêts à soutenir ces personnes, pour qu'elles parviennent à réintégrer le milieu social dans lequel elles vivent. Ces personnes entourant le patient vont jouer un rôle d'accompagnement, assez passif au premier abord, pour devenir actif quand il s'agira d'attester des progrès du patient. En aidant le patient à constater ses progrès et l'implication de ceux-ci sur son comportement.

Au terme de cette recherche, il ressort que le processus du « rétablissement » comprend autant de niveaux qu'il y a de personnes, puisqu'il dépend du stade de la maladie, des ressources personnelles, de l'entourage. Par contre, les chercheurs s'accordent à dire que le processus de rétablissement est un long cheminement intérieur qui nécessite l'accompagnement et le soutien des proches. Ils mettent également l'accent sur la patience des intervenants et sur la nécessité d'avancer pas à pas.

Discussion : La mise en évidence qu'une vision holistique de la personne est indispensable dans le concept du « rétablissement » est une des contributions majeures de cette recherche. Il faudrait, selon les auteurs, développer des concepts infirmiers qui reflètent cette nature indivisible de l'être humain. Cette étude peut être un outil intéressant et une source d'information importante pour les infirmiers travaillant en santé mentale. Elle peut influencer leur manière d'évaluer le cheminement des patients.

Cette recherche met aussi en évidence le fait que les infirmiers devraient prendre une part active dans la politique hospitalière, pour demander des structures plus adaptées pour ces patients, structures qui limiteraient l'exclusion sociale. En effet, les auteurs parlent d'un espace où les patients seraient acceptés avec leur différence et favorables à l'émergence de perspectives d'avenir.

Même si la théorie du « rétablissement » a émergé à la suite d'une récolte de données et d'une analyse minutieuse, « le rétablissement » reste un phénomène humain. L'investigatrice constate donc que ses valeurs et sa position épistémologique ont influencé l'explication interprétative des données empiriques recueillies.

Conclusion : Le rétablissement est un concept qui a sa place dans la pratique infirmière puisqu'il met l'accent sur le potentiel de la personne et non pas sur ses déficits ou les dégâts engendrés par la maladie. De plus, les recherches infirmières doivent faire augmenter le niveau des connaissances pour améliorer la qualité des prestations.

PROPRE QUESTIONNEMENT ET CONCLUSION

Nous pouvons comprendre, grâce à cette étude, que le cheminement des patients atteints de schizophrénie est particulièrement difficile et semé d'embûches. L'intérêt de cette recherche est de démontrer que les personnes vivant avec la schizophrénie ont des ressources personnelles, mais qu'elles ont besoin de soutien et d'accompagnement pour reprendre le contrôle de leur vie. Elle met donc en évidence le rôle d'accompagnant de l'infirmier mais aussi, celui qui vise la réintégration de ces personnes dans la société. Par ailleurs, cette étude établit le besoin de structures adaptées pour ces patients.

Critique méthodologique : Nous avons retenu cette étude car la méthodologie était particulièrement rigoureuse, la structure permet de comprendre leur démarche de recherche. De plus, les auteurs ont reçu l'aval d'un comité d'éthique et ont obtenu le consentement éclairé des participants.

12.3 McCann et Clark, 2004

McCann, T. V. et Clark, E. (2004). Advancing self-determination with young adults who have schizophrenia. *Journal of psychiatric and Mental Health Nursing*, 11, 12-20.

Pays: Australie

THÈME, QUESTION DE RECHERCHE

Les auteurs commencent par définir l'autodétermination d'un point de vue sémiologique puis, plus précisément, en abordant le sens de l'autodétermination pour des patients ayant une maladie mentale. Il en ressort que l'autodétermination est la manière dont un patient participe aux décisions qui influent sur sa vie, en l'absence de contraintes imposées par des personnes externes. Elle visera donc une diminution de la dépendance des patients vis à vis des professionnels de la santé et le développement de leur capacité à prendre des décisions concernant leur bien-être. Pour les auteurs, le concept d'autodétermination s'étend au-delà du concept de maîtrise de soi. Elle correspond à un processus d'autonomisation reposant sur la capacité de contrôler sa propre destinée. Le patient ne peut exercer sa maîtrise de soi et son autodétermination qu'au travers d'une relation d'égal à égal avec les infirmiers, une alliance qui suppose un partage face aux décisions à prendre concernant les soins. Cette approche est soutenue par Barnes et al (1995) et Holloway(1998).

IDEES ET CONCEPTS CENTRAUX, THEORIE, HYPOTHESE

Aux Etats-Unis, il existe un acte qui protège l'autodétermination des patients, et les services de santé doivent informer les patients sur leurs droits, conformément aux lois en vigueur. Cependant, ces lois ne garantissent pas pour autant que l'autodétermination du patient soit prise en compte dans le cadre des soins. La pratique psychiatrique ne parvient pas toujours à se conformer aux exigences de la loi.

La préoccupation des infirmiers est donc d'avoir une meilleure compréhension du concept de l'autodétermination pour commencer à modifier leur modèle de relation qu'ils ont avec les patients. Le patient doit être perçu comme un partenaire actif.

La promotion de l'autodétermination du patient passe par une redéfinition de la relation entre infirmier et patient, c'est-à-dire une relation où le patient prend une partie du pouvoir. Il faut noter que pour des patients ayant peu de ressources et qui sont en situation précaire, accéder à l'autodétermination peut se révéler difficile. Ce concept de prise en charge peut les amener à penser que les services de santé mentale n'offrent que peu de soutien. L'autodétermination rencontre donc ici ses limites dans l'application au quotidien. En effet, elle exige que les clients soient capables de se comporter et penser de manière rationnelle ce qui est très aléatoire dans certaines maladies mentales qui alternent périodes de crise et périodes calmes. Malgré tout, quel que soit la gravité de la maladie, les patients ont le droit à l'autodétermination. L'importance de l'autodétermination du patient dans les soins infirmiers est issue des résultats de recherches empiriques qui démontrent que la perception du contrôle personnel joue un rôle crucial à long terme parce qu'il influe sur la santé et le bien-être. Mais il n'y a pas eu d'étude sur la manière dont les infirmiers peuvent favoriser l'accession à l'autodétermination du client dans le cadre du rétablissement de la schizophrénie.

PARTICIPANTS (NOMBRE, CARACTÉRISTIQUES)

L'étude a eu lieu dans la communauté régionale et rurale de New South Wales, en Australie. Les participants comprenaient des patients souffrant de schizophrénie et des infirmiers communautaires en santé mentale qui travaillent dans trois centres communautaires de santé mentale différents.

9 patients dont 5 hommes et 4 femmes ont été interrogés et 6 d'entre eux ont également été observés. Les patients avaient entre 18-30 ans, aucun n'avait à ce moment-là d'emplois rémunérés. Tous les participants vivaient dans la communauté, en majeure partie dans la maison familiale et tous recevaient régulièrement des traitements antipsychotiques.

24 infirmiers ont été interrogés, (2 d'entre eux ont été interrogés deux fois), la représentation des sexes était égale. Les infirmiers avaient entre 30-49 ans, la moyenne de leur expérience clinique était de 12.8 ans, les expériences allant de 3-30 ans.

DEVIS, METHODE DE LA RECOLTE DES DONNEES ET DE L'ANALYSE

L'étude a utilisé la théorisation ancrée parce qu'elle permet d'obtenir une compréhension claire de la signification des structures interactives et des processus sociaux qui sont utilisés par les infirmiers pour promouvoir l'autodétermination. La théorisation ancrée permet de faire émerger une nouvelle théorie à partir des données ou de développer davantage une théorie existante. De plus la théorisation ancrée tient compte du contexte dans lequel a été étudié un phénomène, puisque dans les données, on trouve des renseignements sur les activités de la vie quotidienne.

Des entretiens individuels ont été organisés. Ils n'étaient pas de type directif. Certains sujets étaient amenés grâce à des aides mémoires que les interviewers utilisaient. Les infirmiers interrogés ont dû répondre à la question suivante : « Comment pouvez-vous faciliter l'accès à l'auto-détermination chez vos patients ? ». Au total, 44 interviews ont été réalisées. Ils ont duré entre 60 et 90 minutes. Par ailleurs, les chercheurs ont passés environ 55 heures sur le terrain à analyser les interactions entre l'infirmier et le patient. Les interviews avec les patients ont permis aux auteurs de décrire leur expérience face au travail de promotion de l'auto-détermination des infirmiers. Les observations des patients ne participant pas aux interviews ont été utilisées pour générer des précisions théoriques ancrées dans la réalité sociale et la vie quotidienne des participants. Dans le cadre d'une étude globale, une théorie de fond a émergé pour expliquer les stratégies que les infirmiers utilisent pour permettre aux clients confrontés à un épisode précoce de la maladie psychotique de retrouver un état de bien-être. Le présent document ne porte que sur les processus que les infirmiers emploient pour faire progresser l'autodétermination du client. Tout d'abord, les données ont été récoltées auprès des différents participants (patients et infirmiers) et analysées. Suite à cette première analyse, les chercheurs ont décidé d'apporter de nouvelles précisions et directives concernant l'échantillonnage et les données recueillies. Les nouvelles données ont été confrontées aux anciennes et de nouvelles catégories ont émergé. Pour certaines catégories les chercheurs sont retournés sur le terrain et ont vérifié si leurs catégories émergentes reflétaient bel et bien la réalité. Les données sont tirées des notes manuscrites des observateurs et ont été ensuite retranscrites puis codées et analysées en utilisant les étapes décrites par Strauss et Corbin. Le processus de codage a commencé avec un codage ouvert. Des étiquettes conceptuelles ont ensuite été liées dans des catégories plus abstraites. Les propriétés et les dimensions des catégories ont été identifiées. Un codage axial suivi a été utilisé. Les données ont été remises ensemble

d'une manière différente, à travers la catégorisation des données et les chercheurs ont ensuite établi les liens entre les catégories et sous catégories. Enfin, le codage sélectif a eu lieu, dans le but d'identifier un noyau ou une catégorie globale. La saturation théorique des principaux concepts identifiés dans les données a déterminé le nombre de participants et le temps passé sur le terrain.

La collecte des données et l'analyse de ces dernières ont été réalisées en même temps conformément à la théorisation ancrée. De plus la saturation théorique a été atteinte lorsque les principaux concepts qui ont été identifiés ont commencé à se reproduire dans les données. Cela a permis d'établir au fil des données une méthode d'analyse minutieuse et précise, permettant d'avoir une quantité de matière riche et dense.

Des comités d'éthique ont données leur approbation pour cette étude. 4 grandes questions d'éthique ont été respectées :

- assurer le consentement éclairé et volontaire,
- respecter le droit de se retirer de l'étude à tout moment,
- préserver la vie privée, l'anonymat et la confidentialité,
- éviter de nuire aux participants, mais leur faire comprendre que tous comportements qui ne seraient ni éthiques, ni légaux seraient communiqués aux autorités.

RESULTATS, CONCLUSION (DES AUTEURS DE L'ARTICLE)

Après l'analyse des données, deux catégories ont émergé, comme thèmes centraux qui ont explicité comment les infirmières promouvaient l'autodétermination par « l'éducation » et « en favorisant la maîtrise de soi ».

« L'éducation », du point de vue des infirmières, est un aspect de la promotion de l'autodétermination. Le but de l'éducation est de changer les attitudes et les comportements qui ne sont pas propices à l'avancement de l'autodétermination et de renforcer ceux qui soutiennent le concept. En tant que telle, l'éducation fait partie intégrante de la promotion du bien-être.

Deux stratégies principales sont utilisées dans le processus d'éducation : « le savoir comment » et « le savoir quoi ». « Le savoir comment », c'est-à-dire, savoir comment mener à bien le processus d'éducation. Les données fournissent un certain nombre de principes directeurs pour ce processus. Le premier et le plus important : le processus de l'éducation, qui a lieu dans le cadre d'une relation en développement caractérisé par une alliance mutuelle. Cela implique l'aide d'une approche ouverte et participative, une approche équitable, plutôt que celle d'un infirmier-expert qui dispenserait un enseignement. Les données indiquent que l'éducation ne peut pas être imposée mais doit être offerte lorsque les clients sont prêts à la recevoir. Cette activité consiste à établir le niveau de compréhension et de connaissances du patient. Il est également important de tenir compte du contexte dans lequel se trouve le patient.

Dans la crise immédiate, des explications qui sont structurées, simples et dépourvues de jargon technique sont plus faciles à comprendre. Lorsque la situation est plus stable, le niveau de complexité de l'enseignement peut être augmenté. « Le savoir quoi », c'est-à-

dire, de traiter des questions qui permettent aux patients d'accroître leurs connaissances et leurs compréhensions de leur maladie. Cela inclut l'aide à améliorer leur compréhension de ce qui se passe et expliquer l'issue des soins et des traitements pour améliorer la transition vers le bien-être. En donnant de l'information et en dissipant les mythes sur la maladie, les infirmiers disent vouloir éviter d'utiliser des étiquettes. La stratégie de l'éducation vise à aider les clients à comprendre leur maladie et à faire face à leur sentiment de perte. Face à un patient qui explique sa vulnérabilité au stress et décrit ce stress comme un facteur déclenchant une phase aiguë, il est important que l'intervenant tente d'évaluer avec le patient ce qui est stressant pour lui et pourquoi, afin de lui permettre d'éventuellement d'adapter son mode de vie pour éviter la survenance de facteurs de stress identifiés ou du moins, lui permettre d'anticiper ces facteurs de stress. Les patients affirment qu'il est important que les infirmiers soient accessibles pour les écouter et les soutenir dans des situations difficiles.

Les interactions entre le patient et sa famille, son entourage peuvent représenter un élément important de l'éducation. Un environnement familial sympathique et favorable constitue un cadre utile pour promouvoir le bien-être. Néanmoins, il faut se montrer attentif à l'épuisement des aidants naturels, car même si le milieu familial peut être favorable, la fatigue des aidants peut rendre l'environnement chargé en émotions et à ce moment-là, il peut devenir anxiogène. Un autre aspect de l'éducation est la prévention des rechutes, en sensibilisant les patients aux premiers signes d'une décompensation et ainsi favoriser une prise en charge précoce afin d'éviter des rechutes complètes.

La deuxième grande catégorie est de « favoriser la maîtrise de soi » qui comporte également deux sous point : « modifier l'équilibre » et « permettre le contrôle ». Favoriser la maîtrise de soi est une autre dimension pour promouvoir l'autodétermination. Cette catégorie reconnaît que, finalement, il est dans l'intérêt des clients de contrôler leur propre bien-être et montre comment ce processus est activé. Pour les infirmiers, ce processus correspond à la reprise du pouvoir sur leur vie. C'est-à-dire qu'ils doivent exercer à nouveau leur pouvoir décisionnel sur leurs soins mais également sur leur rétablissement.

La prise de décision du client comprend le droit de consentir ou de ne pas consentir à participer à diverses interventions. Il est important que les clients aient une emprise et un pouvoir sur leur vie. Les infirmiers pensent que prendre une part active dans la prise de décision et retrouver une maîtrise de soi sont des étapes étroitement liées avec le bien-être des patients. C'est une nécessité pour les patients voulant acquérir une maîtrise de soi de reconnaître qu'ils ont une maladie mentale. Les clients doivent reconnaître que la maladie est un problème et non pas eux-mêmes. Ceux qui arrivent à envisager leur maladie de cette manière sont plus sensibles aux efforts de l'infirmier pour promouvoir un mieux-être et un rétablissement.

Dans le sous-point « modifier l'équilibre », les auteurs parlent du besoin de modifier l'équilibre dans la prise de décision et de contrôle des soins ce qui implique que les infirmiers doivent examiner leur place dans la relation avec le patient et repenser le rôle du patient. Si les infirmiers se considèrent comme des experts dans la relation de soins, ils sont peu susceptibles d'accepter la participation du client dans la prise de décision. Au début de la relation le pouvoir décisionnel est plus entre les mains de l'infirmière et au fil du temps il faut accepter que ce soit le patient qui reprenne ce pouvoir pour aller vers l'auto-détermination. Le travail des infirmiers est d'évaluer quand il convient de déplacer

l'équilibre de la prise de décision et de responsabilité vers les clients.

Le second sous point « permettre le contrôle » est un processus qui est induit par l'éducation des infirmières afin que les patients soient conscients de leur maladie mais également du rôle qu'ils doivent jouer pour retrouver un état de bien-être. Les infirmiers sont impliqués dans une relation de confiance qui, conscientisé, favorise l'autodétermination du patient. L'implication du contrôle est centrale dans l'avancement de l'auto-détermination.

Discussion : Le processus montre comment les infirmiers cherchent à maintenir, accroître la maîtrise de soi et la prise de décisions des clients. Cette étude met également en avant en quoi l'autodétermination des patients est un facteur indispensable dans la transition vers le bien-être et le rétablissement. Il est évident que les données que considèrent les infirmiers comme étant de l'éducation sont essentielles pour les clients. L'éducation est compatible avec l'appui psychologique des compétences. Les clients qui ont reçu une éducation sur leur maladie et sur les questions relatives au pouvoir décisionnel sont mieux outillés pour reprendre le contrôle de leur vie. L'éducation est un moyen utile de communiquer des informations sur la maladie mais le point le plus important est le processus d'éducation. Les infirmiers de l'étude ont utilisé deux modèles principaux de l'éducation : déficit et partenariat de collaboration. Le modèle du déficit est fondé sur l'hypothèse que les clients ont des connaissances insuffisantes sur la schizophrénie, ce qui contribue à des comportements qui ne s'orientent pas vers le bien-être. En améliorant les connaissances par l'éducation professionnelle, alors les comportements devraient également s'améliorer. Mais attention le modèle suppose à tort que l'amélioration des connaissances sur les émotions corrigera les déficits comportementaux. L'utilisation de ce modèle par les infirmiers reflète leurs méconnaissances des modèles d'éducation au patient. Leurs activités se concentrent principalement sur les modes de vie des clients, mais c'est sans compter les facteurs contextuels qui influent sur la promotion du bien-être, comme l'insuffisance des services, les facteurs politiques, l'absence de travail rémunéré et la pauvreté. L'éducation peut être un moyen important de l'autonomisation, mais il peut aussi être paralysant. Il y a un danger implicite lorsque l'éducation se concentre exclusivement sur le comportement des clients. La mauvaise santé et les problèmes d'inégalité peuvent être attribués à tort au mode de vie d'un individu. Bien que l'approche individuelle insiste sur la participation et le choix, elle est fondée sur une idéologie qui considère les clients responsables de leur propre bien-être. Le modèle utilisé était la collaboration interactionnelle de l'éducation. Ce modèle reconnaît l'influence de la subjectivité, l'expérience médicale, vision objective de la schizophrénie. Cette approche postule que les stratégies éducatives influencent le client et par conséquent les influences contextuelles doivent être prises en compte. Le modèle de collaboration interactionnelle est conçu pour laisser une place aux croyances des clients et à leurs expériences de la schizophrénie, c'est pourquoi ce modèle est préférable à celui du déficit. Il est évident que la maîtrise de soi est une partie intégrante du processus de promotion du bien-être. En l'absence de contrôle, l'auto-détermination du client n'est que symbolique. La progression vers le bien-être ne peut se produire en l'absence de contrôle effectif, mais son absence favorise la dépendance, l'impuissance et porte atteinte à l'autonomie du client. L'autodétermination est une partie intégrante du bien-être. Il faut noter encore qu'il existe une relation inégale entre le client et l'infirmier, la situation précaire de certains clients ainsi que la pauvreté maintiennent le déséquilibre. Nous pouvons donc dire que la relation entre l'infirmier et le patient est au niveau de l'alliance et non pas du partenariat.

Limites de l'étude : les résultats sont liés au contexte pour les participants et le cadre dans lequel a été menée l'étude. Même si la généralisation n'est pas une condition essentielle de ce type de recherche, les résultats peuvent être vérifiés et ils fournissent un guide important pour les infirmiers dans d'autres contextes cliniques.

Implications: les résultats ont des implications pour l'éducation, la pratique clinique et la recherche. L'accent doit être mis sur les outils pédagogiques que les infirmiers utilisent avec le modèle de collaboration interactionnelle. Sur le plan clinique, les infirmiers doivent réfléchir sur leur manière d'envisager la relation avec les patients. Une relation qui est de nature à favoriser la maîtrise de soi avec des infirmiers qui reconnaissent et soutiennent les clients dans leur démarche. Il y a besoin d'autres recherches sur l'autodétermination des patients en milieu hospitalier et pour les autres maladies mentales psychotiques.

Conclusion : Le processus d'autodétermination est tortueux et il est difficile d'évaluer le niveau d'autodétermination des patients puisque ce processus est influencé par d'autres facteurs. La présence d'une relation de confiance mutuelle entre le patient et l'infirmier est fondamentale pour promouvoir le bien-être et le rétablissement.

PROPRE QUESTIONNEMENT ET CONCLUSION

L'éducation fait partie du rôle infirmier, mais dans le cadre de la santé mentale, il faut vraiment être précis dans le choix des modèles d'enseignement. Il y a une différence entre transmettre une information et prodiguer un enseignement permettant aux patients d'avancer dans le cheminement de leur maladie.

Critique méthodologique : Nous avons choisi cette étude car la méthodologie utilisée est de qualité, les thèmes présentés sont clairs. Les auteurs ont reçu l'aval d'un comité d'éthique.

12.4 Crowe et al., 2006

Crowe T. P., Deane F. P., Oades, G., Caputi, P. et Morland K. G.(2006). Effectiveness of a collaborative recovery training program in Australia in promoting positive views about recovery. *Psychiatric services*, 57 (10), 1497-1500.

Pays : Australie

THÈME, QUESTION DE RECHERCHE

Le rétablissement est un processus unique, une évolution des attitudes, valeurs, sentiments, objectifs, compétence ou rôle. Une manière d'envisager la maladie qui permet le bien-être malgré les limites de la maladie. On suggère que les patients doivent être soutenus dans leur développement personnel en mettant l'accent sur l'estime de soi. Le rétablissement en santé mentale ne suggère pas forcément le retour à la vie d'avant. Ces perspectives impliquent que le rétablissement n'est pas juste une affaire de gestion des symptômes et d'amélioration, mais bien des procédés psychologiques. Ces derniers sont grandement influencés par les relations de soutien. Les soignants représentent un important facteur environnemental qui peut aider ou entraver le rétablissement. Les personnes ayant des troubles mentaux sont sensiblement affectées par les interactions interpersonnelles, y compris celles avec les professionnels en santé mentale. Une étude précédente a démontré que les travailleurs de la santé se montraient plus pessimistes vis-à-vis du concept de rétablissement que le grand public. Un autre auteur déclare que pour mettre en place un programme de rétablissement il faudrait un changement d'attitudes de la part des soignants.

IDEES ET CONCEPTS CENTRAUX, THEORIE, HYPOTHESE

La modification des attitudes des professionnels de la santé mentale est un élément clés pour développer des compétences axées sur le rétablissement. Toutefois il est difficile de savoir si la formation au phénomène de rétablissement permettra de changer les attitudes des soignants. Le programme de formation sur le rétablissement en collaboration, vise à former des professionnels de la santé mentale dans le modèle de récupération en collaboration. Le modèle intègre les principes et les compétences comme l'amélioration de la motivation et la fixation d'objectifs. Ce programme met l'accent sur le rétablissement comme un processus qui appartient à l'individu souffrant de maladie mentale, un processus qui est défini comme étant une expérience subjective. Une attitude appropriée axée sur le rétablissement implique d'être optimiste en ce qui concerne la capacité du consommateur à prendre des décisions et à trouver les objectifs qu'il souhaite atteindre. Ce type d'attitude faciliterait le rétablissement. L'hypothèse de cette étude est que les participants au programme de formation auraient à la fin de la formation de meilleures connaissances des procédés de rétablissement et que leurs attitudes à soutenir le rétablissement seraient plus visibles. Cette dernière est basée sur l'idée que l'exploration des concepts de récupération et l'engagement dans la formation pourrait sensibiliser les participant à développer des compétences spécifiques visant le rétablissement et leur fournirait des moyens spécifiques pour soutenir la personne vivant un rétablissement.

PARTICIPANTS (NOMBRE, CARACTÉRISTIQUES)

Les participants étaient des travailleurs en santé mentale, dont 101 travailleurs dans le domaine privé (groupe 1) et 147 dans le domaine public (groupe 2). 248 personnes au total ont participé à deux programmes de formation sur le rétablissement. L'âge moyen des participants était de 40, 9 ans, le plus jeune ayant 22 ans et le plus âgé ayant 60 ans. La moyenne de leurs années d'expérience était de 9,92 ans allant de un mois à 38 ans d'expérience. Une majorité de participant était de sexe féminin, 70%.

DEVIS, METHODE DE LA RECOLTE DES DONNEES ET DE L'ANALYSE

Les participants ont reçu un questionnaire avant et après leurs journées de formation. Ce questionnaire a été conçu pour évaluer les attitudes reflétant les croyances que les gens peuvent avoir vis-à-vis du rétablissement en santé mentale. La validation du questionnaire a été réalisée par 249 patients, 125 professionnels de la santé mentale, 58 proches de patients et 159 étudiants. **L'analyse des données** : L'analyse factorielle a identifié deux facteurs comprenant sept articles du questionnaire **RAQ-7**. Le premier facteur est composé de 4 éléments suggérant que « la récupération est possible et le besoin d'y croire ». le deuxième facteur est constitué de 3 éléments suggérant que « la récupération est difficile et qu'elle diffère d'une personne à l'autre ». Chaque élément est mesuré sur une échelle de 5 points allant de 1 (fortement en désaccord) à 5 (fortement d'accord). Les auteurs ont ensuite créé pour cette étude **l'échelle de la connaissance du processus de rétablissement**. Elle comprend 13 questions à choix multiples liées à la connaissance des principes et caractéristiques des interventions orientées vers le rétablissement. Chaque réponse a été dépouillée, les réponses justes ont reçu le score de 1 point et les réponses fausses 0 point. Les scores peuvent aller de 0 à 13 points, un score élevé indique une bonne connaissance. La somme des réponses correctes a été utilisée dans l'analyse. L'ordre des questions a été modifié pour le deuxième groupe. Une autre échelle a été utilisée pour évaluer les attitudes des soignants vis-à-vis du rétablissement, **l'échelle STARS**. L'échelle évalue les attitudes, l'espoir que le patient parviendra à atteindre ses objectifs et qu'il fournira des efforts. Les concepts qui guident cette échelle sont l'espoir, la construction d'objectifs et le rétablissement. Cette échelle regarde l'interdépendance de ces 3 concepts. Il y a 19 questions dans cette échelle. A chaque question de l'échelle les participants avaient le choix entre 5 affirmations allant de 1 point pour fortement en désaccord à 5 point pour fortement d'accord. Les résultats de l'échelle ont été obtenus en additionnant les points en fonction des réponses. Les résultats allaient de 15 à 95 points, plus le score était élevé plus la personne envisageait le rétablissement avec espoir.

RESULTATS, CONCLUSION (DES AUTEURS DE L'ARTICLE)

Il n'y avait aucune différence significative entre le groupe 1 et 2 sur l'échelle des connaissances, l'échelle STAR et celle du RAQ-7 avant que les participants reçoivent la formation. Toutefois vis-à-vis du second facteur de RAQ-7, les résultats étaient plus élevés pour les employés non gouvernementaux que pour les employés gouvernementaux. Par conséquent, une analyse multi variée a été effectuée pour déterminer si des améliorations de la connaissance (échelle des connaissances) et des attitudes face au rétablissement (STAR et RAQ-7) étaient survenus au cours de la formation et de savoir si ces améliorations ont été différentes pour les deux groupes de travail. une interaction significative multi variée « temps » par secteur a été trouvée. Une analyse uni variée a

révélé une interaction significative entre les attitudes tels que mesurées par l'échelle STARS et par le second facteur du RAQ-7. Aucune interaction significative n'a été trouvée pour l'échelle des connaissances ou le second facteur du RAQ-7. L'interaction de l'échelle STARS a été telle que les deux groupes avaient des attitudes plus positives au fil du temps, mais le groupe du secteur public a montré une amélioration plus importante. L'interaction pour le deuxième facteur du RAQ-7 a suggéré que le groupe du secteur public avait de légères améliorations dans leurs attitudes et que le deuxième groupe montrait au contraire de légères péjorations. Les tests uni-variés montraient qu'il y avait une amélioration significative vis-à-vis du deuxième facteur du RAQ-7 pour le groupe gouvernementale et qu'il n'y avait pas d'amélioration pour l'autre groupe. Pour l'échelle des connaissances et pour le premier facteur du RAQ-7, il y avait un effet significatif du temps pour les deux groupes, il s'agit même du plus important. Les chercheurs ont ensuite analysé l'engagement des deux groupes et ils ont trouvé que l'engagement des employés du secteur public était proche de moyenne alors que la vigueur des employés du secteur privé était moindre.

Discussion : l'étude a constaté que la formation a induit les changements souhaités dans le domaine des connaissances, des croyances et des attitudes orientées vers le rétablissement. de manière globale, l'étude a démontré que les personnes ayant suivi la formation présentaient des niveaux plus élevés d'espoir et de conviction vis-à-vis du rétablissement possible des patients. La limitation à cette étude est qu'il n'y avait pas de groupe de contrôle qui aurait pu éliminer certains biais comme la désirabilité sociale. Mais le lien entre les connaissances et les attitudes orientées vers le rétablissement, pourrait suggérer qu'une connaissance accrue concernant les principes de récupération et des compétences sont associés à une augmentation de l'orientation de la santé vers le rétablissement par les soignants. Il y a eu une interaction entre l'amélioration des connaissances, des attitudes au cours du programme de formation et le secteur des participants. Il s'agit d'une interaction faible mais qui pourrait s'expliquer par les différences entre les identités professionnelles dans le secteur public et le secteur privé. En effet, les employés du secteur privé avaient moins d'expérience dans le domaine du rétablissement. Ils se montraient moins capables de changement. Toutefois il est intéressant de voir que dans les deux secteurs les soignants se montrent plus optimistes vis-à-vis de la perspective de rétablissement suite à la formation.

Conclusion : cette étude a donné des preuves préliminaires que l'attitude du personnel et l'espoir en ce qui concerne l'assistance aux consommateurs vivant le rétablissement peut être améliorée par la formation. Les personnes atteintes de troubles mentaux durables vont pouvoir devenir plus confiants dans leurs perspectives de rétablissement. Soutenir les attitudes positives dans la pratique clinique peut être influencé par le niveau d'orientation vers le rétablissement des services.

PROPRE QUESTIONNEMENT ET CONCLUSION

Il est intéressant de voir que les professionnels peuvent être influencés par la formation et que l'attitude positive peut être également enseignée. Le second aspect intéressant est l'influence du milieu, secteur de travail qui influence les résultats.

Critique méthodologique : Bien que les auteurs n'aient pas eu recours à un comité d'éthique pour valider l'étude, il s'agit d'une étude de qualité, tous les points essentiels y sont présentés et surtout l'énoncé du problème est clair.

12.5 Noiseux et al., 2010

Noiseux, S., Tribble St-Cyr, D., Corin, E., St-Hilaire P.-L., Morissette, R., Leclerc, C., Fleury, D., Vigneault, L. et Gagnier, F. (2010). The process of recovery of people with mental illness : the perspectives of patients, family members and car providers : Part 1. *Health services research*, 1-14.

Pays : Canada

THÈME, QUESTION DE RECHERCHE

Le modèle du rétablissement est devenu un concept directeur pour le système de santé mental canadien, il y a une réelle volonté de développer des structures et des programmes de soins adaptés au rétablissement des personnes souffrant d'une maladie mentale.

La nécessité de cette étude réside sur le fait que le concept de rétablissement est fréquemment utilisé par les praticiens ou les recherches, mais la signification de ce concept n'est pas clairement connue. Le rétablissement en santé mentale ne fait pas appel à la rémission ou la guérison, il s'agit d'un cheminement des personnes ayant un trouble mental vers une redéfinition de soi et une maîtrise de leur maladie. Il a des risques importants de confusions et de banalisation de ce concept.

Les recherches existantes ont traité le sujet du rétablissement d'un point de vue descriptif et exploratoire. Ils ont pu comprendre que le rétablissement ne représentait pas une réponse unique aux patients ayant une maladie mentale mais bien une voie d'accès vers une stabilité. Pour cela le patient doit passer par des périodes d'introspection et fournir un travail sur lui-même, ses désirs, ses sentiments, ses compétences et ses rôles. Ils n'ont pas détaillé les différences existantes entre un rétablissement vécu par une personne schizophrène et un rétablissement vécu par une personne borderline, ceci amène à une pensée réductrice : le processus de rétablissement est le même pour tous. Il sera donc important d'identifier les similitudes et les différences existantes entre les différents cheminements.

IDEES ET CONCEPTS CENTRAUX, THEORIE, HYPOTHESE

Le but de l'étude est d'apporter des éclaircissements sur la théorie du rétablissement pour à la fois casser le mythe et le risque de confusion liés à ce concept et ainsi permettre aux praticiens mais aussi aux politiques la possibilité d'employer et de développer des programmes de soins et des structures en cohérence avec ce concept. Il est donc important de déterminer comment le processus de récupération est perçu et négocié entre les différents acteurs et d'autre part, d'identifier les points de convergence et de divergence qui caractérisent la récupération des personnes ayant des problèmes de santé mentale, afin de développer les paramètres d'un modèle théorique qui serait assez général pour orienter le regard des praticiens et être suffisamment précis pour prendre en compte la singularité des personnes et de leurs états de santé.

PARTICIPANTS (NOMBRE, CARACTÉRISTIQUES)

L'échantillon est composé de 36 participants réunis en 12 triades. Chaque triade comprenait une personne souffrant d'une maladie mentale (schizophrénie, troubles affectifs, troubles anxieux et personnalité Borderline), un membre de la famille ou ami et un intervenant de soins. Sur les 36 participants il y avait 12 patients dont 2 hommes et 10 femmes, leur âge moyen était de 38 ans. 8 d'entre eux avaient un emploi, 10 vivaient seul et 2 étaient en couple. Au moment de l'entrevu, tous les patients prenaient un traitement psychotrope.

L'échantillon provient du district francophone de la région de Montréal

La catégorie des membres de la famille était composée de 3 hommes et 9 femmes, l'âge moyen était de 49 ans. 6 d'entre eux était des membres de la famille, quatre des amis et 2 des conjoints.

La catégorie des intervenants de santé se composait de 3 hommes et 9 femmes dont 2 psychologues, 4 infirmières, 2 travailleurs sociaux et 2 travailleurs communautaires travaillant dans une organisation de soutien. La moyenne de leur expérience en milieu psychiatrique était de 14 ans.

Les critères d'inclusion : Des patients qui ont un diagnostic de schizophrénie, troubles affectifs, troubles anxieux et personnalité borderline, être en mesure d'identifier un membre de la famille important et un fournisseur de soins susceptible de prendre part à l'étude, vivre dans la communauté, être dans un état stable, savoir lire, écrire et parler français.

Les critères d'inclusion des membres de la famille : avoir un lien significatif avec la personne ayant un problème de santé mentale participant à la recherche et savoir lire, écrire et parler le français.

Les critères d'inclusion pour les intervenants de soins : avoir suivi pendant au moins une année une personne ayant un problème de santé mentale qui a accepté de prendre part à l'étude et savoir lire, écrire et parler le français.

Les critères d'exclusion étaient : être dans une période aigue ou être hospitalisé et avoir une déficience intellectuelle.

Les patients ont été recrutés avec l'aide des psychiatres pour identifier les participants éligibles et obtenir leur coopération. Les patients ont ensuite été contactés par le psychiatre pour faciliter le contact, puis il a été demandé aux personnes souffrant de maladies mentales si elles acceptaient d'être contactées par le chercheur. Le chercheur leur demandait si oui ou non elles voulaient participer à cette recherche et si elles avaient également l'accord d'un membre de leur famille ou ami et d'un intervenant de soins. Elles ont été recontactées pour recevoir plus d'informations liées à la procédure de la recherche et pour obtenir leur consentement éclairé.

DEVIS, METHODE DE LA RECOLTE DES DONNEES ET DE L'ANALYSE

Devis : La recherche utilise un devis qualitatif inductif afin de développer la compréhension du processus de rétablissement en santé mentale. En mettant en avant les

perspectives des différents groupes d'acteurs, la recherche qualitative ouvre la voie à l'apprentissage de l'intérieur, soit les dilemmes qui se posent dans leurs rétablissements. L'utilisation de la théorisation ancrée s'est imposée compte tenu de l'état des connaissances et les questions de recherches de cette étude.

L'intérêt de son devis est de permettre de trianguler les données et donc de ressortir un maximum d'informations. Le nombre de participants n'est pas représentatif d'un point de vue statistique, néanmoins il apportera suffisamment de données pour parvenir à une saturation des données empiriques. Le choix de ce devis se base aussi sur l'expérience de plusieurs des chercheurs participant à cette recherche.

Collecte de données : chaque participant a été rencontré une fois pour réaliser des entrevues allant de 45 à 90 minutes. Les chercheurs ont voulu pratiquer des entretiens semi-structurés pour permettre aux participants de confier un maximum d'informations. Trois guides ont été construits, un pour mener les entretiens, un pour les patients et un pour les membres de la famille ou amis et un pour les fournisseurs de soins. Ils ont tous les trois été testés auprès de deux personnes et des modifications ont été faites. Ces guides étaient composés de questions d'ordre générale pour faciliter l'entrée en communication et instaurer un climat de confiance et des questions plus spécifiques pour amener les participants à préciser leur point de vue sur la récupération et, d'autre part, d'explorer des thèmes, comme les conditions personnelles (sources de motivation, stratégies d'action, ressources), les conditions environnementales (les relations interpersonnelles, les rôles sociaux) et les conditions d'organisation (l'accessibilité des services, les pratiques de soins de santé) qui favorisent ou empêchent la guérison. Tous les entretiens ont été enregistrés sur bandes audionumériques. Les observations des enquêteurs ont aussi été prises en compte lors de l'analyse des données.

Analyse des données : l'analyse des données ainsi que leurs récoltes ont été effectuées en même temps, comme recommandé par la théorisation ancrée. Les entrevues sont transcrites dans leurs intégralité puis lues à plusieurs reprises afin d'examiner le contenu et préciser si besoin les questions dans les futurs entretiens. Les auteurs ont procédé à une analyse qualitative du contenu utilisant l'approche basée sur les travaux de Miles et Huberman (2003) et Corin et al. (2005). L'analyse des données a été effectuée par le chercheur principal et le coordinateur de recherche. Les événements et incidents principaux ont été soulignés dans le texte pour aider à identifier des thèmes et des mots clés. Les thèmes tels que la rechute, la stratégie ou la motivation ont été regroupés dans des tableaux individuels ce qui a permis d'obtenir une image complète de chaque entrevue. Toutes les transcriptions des entrevues ont été introduites dans un logiciel informatique de traitement des données. Les mêmes mots clés ont été trouvés à la suite de l'utilisation de ce programme. Les données ont ensuite été indexées et codées puis regroupées par caractéristiques et propriétés. Les chercheurs ont ensuite examiné les données et les relations établies entre les différentes catégories afin d'effectuer une analyse intersubjective comme le suggère le modèle de Miles et Huberman. Le lien entre les groupes et les catégories émergentes a été faite une fois la méthode de codage et le résultat était significatif. Ensuite, les chercheurs ont construit pour chaque participant une grille de trajectoire qui comprend les récits des trois participants de la triade.

Analyse croisée des données : En croisant l'analyse entre les données des 36 participants, les auteurs ont pu identifier les points de convergence et de divergence par rapport à une catégorie et ainsi de décrire les variations dans la récupération perçue, interprétée et exprimée par rapport aux différents contextes d'interaction de chacun des trois participants

de la triade. L'analyse croisée a aussi permis de faire émerger des thèmes à partir des données des 36 participants. Enfin, l'ensemble des principales catégories a été établie en regroupant les sous-catégories ayant un sens similaire.

RESULTATS, CONCLUSION (DES AUTEURS DE L'ARTICLE)

Les résultats sont formulés de manière à pouvoir répondre au but de la recherche à savoir les divergences et les convergences entre les trois participants. Deux grandes catégories ont émergé :

- 1) révélation du contexte dynamique
- 2) problèmes relationnels dans un processus de rétablissement

Pour présenter l'importance des résultats par rapport à l'objectif de l'étude, les auteurs ont décidé de présenter brièvement quatre études de cas, correspondant à chaque fois à une personne souffrant d'une des maladies mentales à savoir la schizophrénie, les troubles affectifs, les troubles anxieux et les personnalités Borderline. Pour chaque cas la personne malade explique son vécu et l'ami ou membre de la famille donne son point de vue. L'intervenant exprime également son vécu concernant la maladie. Ensuite dans chaque analyse de cas, les chercheurs décrivent le contexte et les relations. Ces études de cas permettent d'illustrer au mieux chaque trajectoire et d'identifier les similitudes et les différences.

Comment Julie perçoit sa guérison : expérience de la schizophrénie.

Femme de 37 ans. Elle a découvert sa maladie à l'âge de 20 ans suite à une rupture sentimentale et a dû être hospitalisée. Elle est restée pendant 2 ans dans un centre de réhabilitation. Elle a pu reprendre ses études et a maintenant une activité professionnelle à plein temps. Elle explique que pour reprendre le dessus, elle se fixait des objectifs et estime avoir joué un rôle actif dans son processus de rétablissement. Elle peut maintenant envisager un avenir et des relations amoureuses.

Membre de la famille de Julie :

Emma, 75 ans est la mère de Julie. Elle explique que, enfant déjà, Julie lui paraissait très lente. Les problèmes d'alcool de son père ont poussé Julie à avoir des activités sur l'extérieur. A 20 ans, Julie a eu une relation amoureuse avec un homme de 15 ans son aîné et qui souffrait de problèmes d'addictions. Suite à la rupture, Emma a dû accompagner sa fille à l'hôpital, ce qui a été un traumatisme pour elle. Emma reconnaît qu'actuellement sa fille va mieux. Néanmoins Emma ne mentionne pas l'esprit combatif de sa fille, elle parle principalement des aides extérieures qui ont été offertes à sa fille par les intervenants de soins. Elle parle également des médicaments. Pour Emma, les variables externes qui ont influencé le rétablissement de sa fille sont : l'insécurité matérielle et les pressions liés à la stigmatisation.

Intervenant de soins de Julie :

Meg, psychologue, a suivi Julie lors de ses hospitalisations et ses rechutes. Elle dit que la relation que Julie a avec sa mère n'est pas évidente, elle pense que la mère de Julie a tendance à la surprotéger. Selon Meg, Julie a subi plusieurs deuils à savoir la perte de sa

maison, de son conjoint et de son travail. Julie s'est toujours montrée enthousiaste pour participer à des activités notamment dans des associations de soutien pour personnes schizophrènes. Elle note que sa famille a toujours été présente pour elle et ils n'étaient pas gênés par sa maladie. Julie sait trouver les ressources dont elle a besoin. Julie a réussi à se reconstruire une identité positive. Sa volonté de faire partie d'un groupe l'a poussée à construire des relations avec les autres.

Comment Diana perçoit sa guérison : l'expérience du trouble affectif

Femme de 52 ans. Elle dit s'être toujours sentie triste même lorsqu'elle était enfant. Elle a travaillé pendant 16 ans comme conductrice de bus scolaire ce qui lui plaisait. Pendant longtemps elle a construit des relations amoureuses très intenses. Elle est allée consulter d'elle-même et a été diagnostiquée bipolaire. Durant 4 ans, elle a reçu un traitement à base de lithium, ce qui a stabilisé son humeur. Elle a été hospitalisée 3 fois en 5 ans et vit actuellement dans un appartement protégé. Diana a bénéficié du soutien de plusieurs intervenants de soins différents. Elle se sent mieux et envisage de reprendre une activité professionnelle. Elle dit avoir trouvé la discipline nécessaire pour participer à ses thérapies et prendre ses traitements.

Amie de Diana :

Nancy est une amie de Diana. Nancy souligne les deuils importants que Diana a dû faire comme la perte de son appartement, de son emploi et de ses animaux. Elle explique également que la mère de Diana souffre de troubles bipolaires. Elle trouve Diana très fragile actuellement, surtout par rapport à sa consommation d'alcool qu'elle juge problématique. Diana a repris contact avec sa famille qui a aussi des problèmes de consommation d'alcool. Elle pense que Diana est dans le processus de rétablissement mais qu'elle n'est pas encore rétablie. Malgré tout, elle pense que Diana a toutes les cartes en main pour y parvenir.

Intervenant de soins de Diana :

Eric est un infirmier. Il a suivi Diana pendant une année et demie à raison d'une fois par mois. Il pense que Diana a les moyens à disposition pour réorganiser sa vie. Contrairement à Nancy il affirme que Diana a arrêté de boire. Elle a repris contact avec sa famille. Il pense que Diana est très motivée à aller mieux et qu'elle s'implique activement pour cela. Il souligne l'importance de sa guérison et son acceptation de la maladie.

Comment Lily perçoit sa guérison : l'expérience du trouble anxieux

Elle raconte qu'elle a toujours rencontré beaucoup de succès et notamment dans le sport, elle faisait du patinage artistique. Elle raconte qu'elle avait de la difficulté à gérer ses émotions vis-à-vis des échecs. Elle a pu terminer ses études mais elle explique qu'elle avait des difficultés de concentration. Lorsqu'elle a commencé à travailler à plein temps, elle a eu une crise d'angoisse et ne voulait plus sortir de chez elle de peur d'oublier de fermer la porte. Lily n'a jamais été hospitalisée mais a consulté 3 psychiatres qui lui ont diagnostiqué des troubles obsessionnels compulsifs. Elle dit s'être sentie soulagée à l'annonce du diagnostic. Quelques temps plus tard, sa mère lui a dit qu'elle avait aussi souffert de TOC, cette annonce a contrarié Lily parce qu'elle n'a jamais senti le soutien de sa mère dans cette épreuve. Lily travaille actuellement comme vendeuse dans un magasin elle dit sentir beaucoup de pression de la part de ses parents pour qu'elle trouve un meilleur

emploi. Elle se dit motivée à faire des projets d'avenir. Elle réapprend à s'amuser et se détendre et a mis en place des stratégies pour y parvenir. Elle pense jouer un rôle actif dans la récupération de sa maladie et pense qu'elle sur la bonne voie. Elle trouve qu'elle a beaucoup progressé depuis l'annonce du diagnostic.

Membres de la famille de Lily :

Marie, 61 ans, est la mère de Lily. Les parents de Lily ont une entreprise et il passe beaucoup de temps à travailler. Marie avoue que le père de Lily met une pression sur sa fille par rapport à son emploi. Elle se souvient des excellents résultats que sa fille a obtenus dans ces études et en sport. Marie est consciente des difficultés de sa fille mais elle pense que Lily n'ira pas mieux qu'actuellement. Marie pense qu'il ne faudrait pas que Lily ait des enfants pour éviter de leur transmettre la maladie, mais elle ne l'a pas dit à sa fille. Marie ne pense pas que sa fille a joué le rôle actif dans sa guérison. Elle pense que si sa fille va mieux c'est grâce aux intervenants de soins et aux médicaments. Elle pense que sa fille doit se sentir coupable de ne pas parvenir à fonctionner normalement et qu'elle doit faire face aux préjugés de la société sur sa maladie.

Intervenant de soins de Lily :

Sharon est ergothérapeute et a suivi Lily pendant un an à la suite du diagnostic. Elle explique à quel point le trouble de Lily était grave au départ. Elle souffrait de problèmes de mémoire et de concentration et avait des comportements obsessionnels très importants. Lily a appelé sa maladie « sa prison » parce qu'elle ne se sentait plus libre d'agir comme elle le voulait. Elle note les progrès que Lily a fait et son désir de jouer un rôle actif dans sa guérison. Elle pense que les relations que Lily a avec ses parents sont inquiétantes car ils n'expriment aucune émotion.

Comment Eve perçoit sa guérison : expérience du trouble Borderline

Femme de 20 ans. Eve travail dans une pharmacie. Elle dit qu'avant le diagnostic elle avait remarqué ses problèmes d'impulsivité et de gestion des émotions et qu'elle vivait depuis l'âge de 17 ans des périodes de dépression. Elle a été en conflit avec ses parents parce qu'ils ne comprenaient pas ce qui lui arrivait. En 2007, elle a tenté de se suicider au travail. Suite à cela, elle a demandé de l'aide à un centre de crise et elle a également été suivit dans une clinique en consultations externe. C'est là que son diagnostic de personnalité Borderline a été posé. Suite à cela elle a ressenti un poids en moins sur ses épaules parce que cela signifiait qu'elle avait besoin de l'aide des autres. Elle se sent mieux actuellement, elle est plus heureuse parce que plus stable émotionnellement. Elle est en mesure de dire quels sont ses besoins et de trouver elle-même des stratégies. Elle pense avoir joué un rôle actif dans son rétablissement.

Membre de la famille d'Eve :

Helen, 56 ans, est la mère d'Eve. Elle dit que les problèmes de sa fille ont commencé lorsqu'elle avait 17 ans. En effet, Eve a arrêté l'école à cette période. Helen a récemment appris que le frère d'Eve avait abusé d'elle sexuellement. Ses parents ont ensuite insisté pour qu'elle travaille. A ce moment-là Helen avait des difficultés avec son petit ami. Pour Helen la tentative de suicide de sa fille et plutôt une demande d'aide. Elle remarque que sa fille a des difficultés dans ses relations avec les autres mais que ces rapports tendent à s'améliorer. Elle dit que sa fille a tendance à rêver sa vie plutôt que de la vivre. Elle note

néanmoins que sa fille va vers le mieux et qu'elle peut voir plus clairement les choses. Sa relation avec sa fille est plus simple. Elle pense que le travail qu'Eve a fait à l'hôpital de jour lui a permis d'avoir une meilleure estime d'elle-même.

Intervenant de soins d'Eve :

John est un travailleur social. Il parle des abus sexuels qu'Eve subi de la part de son frère et de son grand père. Il explique également la grande souffrance que ressentait Eve au moment de sa tentative de suicide. Il parle de la volonté d'Eve de se distancer de sa famille pour moins souffrir mais il dit qu'elle s'est rendu compte qu'il n'y a eu aucun changement. Mais grâce aux conseils des intervenant, Eve a pu se reconstruire une image plus positive d'elle-même. Elle a commencé petit à petit à être plus autonome. Il mentionne la découverte de l'homosexualité d'Eve. John pense qu'Eve a fait beaucoup de deuil pour en arriver là et qu'elle est motivée à s'en sortir.

Amélioration de la compréhension des résultats

- 1) **Révéler un contexte dynamique :** En utilisant les trois points de vue sur une situation, les chercheurs ont pu obtenir plus d'information sur le contexte. Par exemple, Eve n'a pas mentionné les abus sexuels qu'elle avait subis, sa mère a parlé des abus commis par son frère. L'intervenant a, quant à lui, parlé des abus subi par Eve par son frère et son grand-père durant l'enfance et l'adolescence. Dans le contexte d'Eve l'enfance et l'adolescence sont particulièrement importante par rapport aux abus qu'elle a subi et cet éclairage permet de mieux comprendre son processus de rétablissement. La trajectoire de vie du patient est généralement exprimée en un réseau complexe de relations qui se révèlent non seulement des tensions mais aussi comme des formes de soutien et d'encouragement.
- 2) **Problèmes relationnels dans un processus de rétablissement :** A partir des données recueillies et surtout grâce à la triangulation, les auteurs ont pu dégager les divergences de point de vue entre les membres d'une triade. Par exemple le cas de Lily, la patiente parle de ces efforts pour se sentir mieux et retrouver une image positive d'elle-même et pour Helen sa fille ne fournit que peu d'effort pour s'en sortir. Helen estime que puisque sa fille ne travaille pas dans son domaine et ne peut pas faire autant d'activités qu'avant, cela signifie que Lily se laisse aller. Pour les patients le rétablissement est un sentiment de bien-être intérieur mais pour les membres de la famille ou les amis le rétablissement doit être visible par des comportements observables, comme travailler à plein temps ou sortir en société. Le fait de se sentir moins stressé et de ressentir un bien être intérieur ne constitue pas des critères socialement acceptés. Etonnamment cette triangulation a révélé que les intervenants de soins voyaient dans toutes les situations les efforts que les patients fournissaient pour leur rétablissement. Parfois les patients ne mentionnaient pas leurs efforts mais ils étaient relevés par leur intervenant. Il s'agit là d'un résultat important qui prouve la nécessité d'une relation de confiance entre l'intervenant de soins et le patient. Ces intervenants se montraient particulièrement importants dans les situations où les patients vivaient des relations conflictuelles avec leurs proches.

Pour résumer, en comparant les différents points de vue, nous avons pu découvrir un contexte plus vaste des relations que si nous avions seulement l'entrevue avec le patient. Ils ont pu mieux saisir la complexité des relations qui font parties du contexte du rétablissement.

Discussion : l'utilisation de triade pour comprendre le phénomène de rétablissement a

rarement été utilisé, les différents points de vue sont rarement comparés. Leurs résultats montrent l'importance du contexte et des relations dans une situation de rétablissement. L'attention s'est portée vers la nécessité d'examiner ce que les gens amènent avec eux selon leur situation et quel sens ils donnent à leurs expériences et la nature de leurs projets. Cette étude a interrogé les membres de la famille des patients ainsi que les intervenants de santé pour étayer et affiner la description du concept. En effet, ces deux catégories de personnes représentent une source essentielle d'information d'une part parce que les membres de la famille ont connu la personne avant la maladie et ont pu suivre de près le cheminement de la personne malade, d'autre part parce que les intervenants de soins sont à même d'évaluer l'évolution et la qualité du rétablissement. Les auteurs pensent qu'il faudrait continuer la recherche par le biais des triades pour analyser les différentes perceptions sur le rétablissement dans le but de développer une pratique clinique qui permettra aux personnes d'avoir un véritable soutien et accompagnement durant leur rétablissement. Les convergences et les divergences des trois personnes doivent être mises en avant pour comprendre ce qui aide le rétablissement et ce qui l'entrave. Plusieurs études ont déjà analysé les moyens généraux qu'utilisent les personnes vivant le rétablissement pour développer des structures. Cette étude semble compléter ces dernières et souligne également l'importance de considérer la notion de subjectivité liée à la récupération et que la variété des sources d'informations leur a permis de mieux comprendre le processus dynamique du rétablissement. De plus les études faites jusqu'à présent avaient une vision verticale du processus de rétablissement, la personne ayant une maladie était un consommateur de soins. Mais dans cette recherche et grâce à la vision triangulée, ils ont pu mettre en avant les caractéristiques des patients au centre de l'expérience du rétablissement. A savoir ce que le patient ressentait ou vivait, il reprend la place de patient dans cette optique-là. Les auteurs suggèrent néanmoins qu'il faut faire des recherches sur le rétablissement selon ces deux visions pour apporter un maximum d'informations et concevoir des services de santé le plus adaptés à leurs besoins.

Implications pour la recherche et les avantages cliniques : Grâce aux triades, les auteurs ont pu s'apercevoir de la dynamique des mécanismes impliqués dans le rétablissement : les patients ne sont pas seuls, mais face à un contexte singulier : membre de la famille, amis, intervenant de soins. Ces derniers ont le pouvoir de définir certaines normes sociales. Les résultats relèvent que le rétablissement a tendance à prendre des formes selon qu'ils le considèrent comme un processus d'expérience ou comme un résultat à obtenir. Sur le plan clinique si l'on accepte que le processus diffère d'une personne à une autre alors cela signifie qu'il différerait d'une maladie mentale à une autre.

Critères de rigueur scientifique dans la recherche qualitative :

Crédibilité de l'étude : Ce point met l'accent sur l'authenticité des données et le fait que les chercheurs sont toujours retournés aux données empiriques pour élaborer leurs interprétations. Les entrevues et les notes des enquêteurs ont été entièrement transcrites ce qui permet une meilleure crédibilité. La relecture, la révision constante de la codification et l'analyse minutieuse permet d'arriver à une meilleure crédibilité.

Transférabilité : Le respect des principes théoriques et empiriques d'échantillonnage et la description rigoureuse des contextes dans lesquels se déroule la recherche permet de déterminer si oui ou non les conclusions peuvent être transférées.

Cohérence interne : Ce critère fait appel à la description de la qualité du processus analytique. L'utilisation des instruments de collecte de données, des notes prises sur le

terrain, l'organisation systématique et rigoureuse des données permet de satisfaire ce critère. Il y a une logique présente entre les différentes étapes.

Fiabilité : Ce critère est respecté puisque la méthodologie est clairement détaillée de l'explication du devis au choix des participants en passant par la méthode d'analyse des données.

Limitation de l'étude : Le biais principal est que les personnes interrogées avaient tendance à donner des réponses socialement acceptées aux questions posées. Le climat de confiance était présent, l'interrogateur avait insisté sur le fait qu'il n'y avait ni bonne ni mauvaise réponse. De ce fait certaines données ont été moins précises et donc l'analyse également. Le second biais est que malgré une utilisation rigoureuse de la méthodologie d'analyse, les résultats n'en sont pas moins une construction humaine.

Conclusion : Pour terminer, cette étude basée sur le point de vue de trois types d'acteurs, suggère que le processus de récupération dépend de la construction de sens autour d'expériences de maladie mentale et est fondée sur le contexte dynamique de chaque individu. Les résultats de cette étude ajoutent à nos connaissances actuelles sur les déterminants du rétablissement pour les personnes utilisant les services publics de santé mentale à Montréal.

PROPRE QUESTIONNEMENT ET CONCLUSION

A mon sens, cette étude apporte un regard intéressant et pertinent sur le rétablissement. L'étude des divergences et des convergences entre les différentes perceptions au moyen d'exemples concrets nous amène à percevoir la réalité à la fois du patient et de son entourage. L'aspect intéressant de cette recherche est que les auteurs ont trouvé que les intervenants de soins voient les efforts des patients.

Critique méthodologique : la qualité méthodologique était bonne. La structure de l'étude était claire et accessible. Les critiques que les auteurs formulent sur leur recherche démontrent une maîtrise de la méthodologie. Les auteurs ont reçu l'aval d'un comité d'éthique et obtenu le consentement éclairé des participants.

12.6 Hugo, 2001

Hugo, M. (2001). Mental health professional's attitudes towards people who have experienced a mental health disorder. *Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8, 419-425.

Pays : Australie

THÈME, QUESTION DE RECHERCHE

L'enquête a eu lieu dans le sud de l'Australie. Elle s'est intéressée aux attitudes des professionnels de la santé mentale envers les patients ayant souffert de maladies mentales. Les infirmières ont été intégrées dans l'étude car elles font parties des personnes qui sont le plus souvent en contact avec les patients sur une longue durée. Le gouvernement australien a financé des programmes de sensibilisation pour réduire la stigmatisation et la discrimination vécues par les consommateurs et les proches en sensibilisant la communauté à la maladie mentale. Ce projet a identifié plusieurs domaines où les attitudes des professionnels différaient des clients et de leur entourage, et a recommandé aux fournisseurs de soins d'élaborer des programmes pour répondre à ces questions sur le milieu de travail. L'objectif de cette enquête était d'obtenir des informations sur les attitudes du personnel clinique afin d'aider les services de santé mentale du Nord-ouest de l'Adelaide dans l'élaboration d'un programme de formation du personnel pour régler les problèmes de stigmatisation et de discrimination

IDEES ET CONCEPTS CENTRAUX, THEORIE, HYPOTHESE

Les attitudes des professionnels de la santé mentale envers les personnes qui souffrent de maladies mentales peuvent retarder la réforme. Les attitudes des soignants sont souvent vécues par les consommateurs comme de la stigmatisation et de la discrimination. Les consommateurs qui perçoivent la dévaluation ou le rejet de la part des autres ont de moins bons processus de rétablissement. Les professionnels de la santé mentale doivent être conscients de leurs attitudes et les attentes qu'ils peuvent transmettre aux consommateurs et aux proches. Cependant il y a eu peu de recherches sur les attitudes des infirmiers en santé mentale vis-à-vis des patients et de leurs proches et encore moins de recherches sur les approches permettant un changement d'attitudes. La présente étude a adapté un questionnaire comparant les attitudes des médecins généralistes, psychiatres, psychologues clinicien et infirmiers avec un échantillon de la population australienne. Ils ont constaté que le public était plus optimiste que les professionnels de la santé pour prédire le pronostic et résultats à long terme pour les personnes qui ont souffert d'une maladie mentale. Cette vision plus négative peut venir des connaissances et des expériences des professionnels. D'autres facteurs jugés importants dans la formation de l'attitude du personnel, tels que le milieu de travail et la satisfaction au travail. L'étude a également cherchée à expliquer pourquoi ces attitudes ont lieu. Les auteurs pensent que l'expérience, la valeur expressive et l'estime de soi, sont des facteurs pouvant modifier les attitudes des soignants.

PARTICIPANTS (NOMBRE, CARACTÉRISTIQUES)

Il y avait 266 professionnels de la santé dont 156 infirmiers, 52 membres du personnel médical et 59 professionnels para-médicaux (assistant social, ergothérapeute,

psychologue...). 153 des participants étaient employés par le nord-ouest d'Adelaide service de santé mentale (réseau qui comprend des services d'urgences psychiatriques, réadaptation) et 113 des autres participants travaillaient au Glenside Hospital. Ces données ont été comparées avec les résultats d'un échantillon de la population australienne.

DEVIS, METHODE DE LA RECOLTE DES DONNEES ET DE L'ANALYSE

Le questionnaire a été créé sur la base de deux vignettes, l'une exposant un cas de dépression sévère et l'autre d'une schizophrénie. Il s'agissait de petits textes décrivant le comportement de ces deux patients fictifs. L'âge et le sexe de ces personnages ont été randomisés. Le questionnaire a été distribué aux professionnels qui l'ont rempli sur leur lieu de travail. Les participants ont été interrogés sur le diagnostic de chacune des vignettes, le pronostic avec ou sans traitement et le fonctionnement à long terme des patients dans les différents rôles sociaux comparés aux personnes de la communauté. Ils étaient également interrogés dans quelle mesure le patient doit être impliqué dans les décisions de traitement, si les consommateurs ont trop d'attente par rapport au personnel soignant. Les auteurs ont également demandé si le personnel soignant pensait que le patient fictif pouvait être victime de discrimination en fonction de sa pathologie. Les critères vis-à-vis des participants comprenaient l'âge, le sexe, le milieu de travail, la profession, l'expérience professionnelle, les représentations de leur profession, la satisfaction au travail et leur expérience personnelle de la maladie mentale.

RESULTATS, CONCLUSION (DES AUTEURS DE L'ARTICLE)

Pour la vignette de la schizophrénie : il n'y avait pas de différence significative entre les groupes de professionnels. De manière générale la population s'est montrée plus optimiste que les professionnels. Ils s'accordaient néanmoins tous à dire que la personne avait besoin de soins professionnels

Résultat probable	Infirmiers (n=75)	Médecins (n=24)	Autres professions (n=31)
Avec l'aide des professionnels			
Rétablissement complet	5.4	0	3.3
Rétablissement intégral mais avec difficultés	51.4	37.5	43.3
Rétablissement partiel	12.2	33.3	23.3
Rétablissement partiel avec difficultés	31.1	29.2	30
Pas d'amélioration	0	0	0
Se dégrade	0	0	0

Sans l'aide des professionnels			
Rétablissement complet	0	0	0
Rétablissement intégral mais avec difficulté	1.4	0	0
Rétablissement partiel	1.4	0	0
Rétablissement partiel avec difficultés	10.8	8.3	26.7
Pas d'amélioration	8.1	8.3	6.7
Se dégrade	78.4	83.3	66.7

(Les résultats sont donnés en pourcentage)

Pour la vignette de la dépression, tous les professionnels ont indiqué que la personne souffrant de dépression pourra se rétablir complètement ou avec des difficultés. Il n'y a pas eu de différences significatives entre les professionnels de la santé et la population. Tous les professionnels sont d'accord de dire que sans aide la personne atteinte de dépression ne pourra se rétablir complètement.

Résultat probable	Infirmiers (n=81)	Médecins (n=34)
Avec l'aide des professionnels		
Rétablissement complet	39.5	44.1
Rétablissement intégral mais avec difficultés	54.3	55.9
Rétablissement partiel	3.7	0
Rétablissement partiel avec difficultés	2.5	0
Pas d'amélioration	0	0
Se dégrade	0	0
Sans l'aide des professionnels		
Rétablissement complet	0	0
Rétablissement intégral mais avec difficulté	6.2	5.9
Rétablissement partiel	6.2	14.7
Rétablissement partiel avec difficultés	20.9	35.3
Pas d'amélioration	11.1	2.9
Se dégrade	55.6	41.2

Suite à la présentation des deux tableaux, les auteurs ont comparé les deux cas, et ils ont remarqué que les professionnels sont beaucoup plus optimistes pour la personne atteinte de dépression que pour la personne atteinte de schizophrénie. Ils suggèrent que les personnes atteintes de dépression seront plus à même de se rétablir complètement avec moins d'aide.

Les résultats à long terme : Les chercheurs ont ensuite créé une échelle allant de -5 à 5, « -5 » étant le comportement le moins susceptible d'être commis et « 5 » comme étant le plus susceptible d'être présent. Il y avait deux groupes de comportements, les positifs (avoir un bon mariage, être un parent attentif, être un travailleur productif, capacité artistique et créative) et les négatifs (être violent, boire trop, peu d'amis, tentative de suicide) ils ont ensuite créé un tableau avec la même logique que les précédents. Il y a eu des différences significatives par rapport aux attitudes des professionnels vis-à-vis des résultats à long terme de la vignette schizophrénie et de la vignette de la dépression. Pour la vignette schizophrénie, tous les groupes de professionnels évaluent les résultats à long terme de manière plus négative que le grand public. Les médecins ont des résultats positifs plus fréquents que les infirmières. Mais les infirmières ont des résultats plus positifs que

les autres professionnels de la santé. Pour la vignette de la dépression, les groupes de professionnels ont évalué comme probable à long terme de manière plus négative que le grand public. Les médecins pensaient que les résultats négatifs avaient plus de probabilité de se produire que le reste des professionnels de la santé. Il n'y avait pas de différence significative entre la vignette de la dépression et celle de la schizophrénie. Le groupe professionnel, le sexe de la personne décrite dans la vignette, le milieu de travail du professionnel, les représentations de la profession, l'expérience professionnelle et la satisfaction du travail n'ont pas eu d'influence sur les attitudes.

Risque de discrimination : les professionnels s'accordent à dire que la personne de la vignette de la schizophrénie serait plus à risque de souffrir de discrimination (96%) que celle souffrant de dépression (74%). Les personnes ayant jugés comme moins probable les résultats négatifs ont moins appuyé le fait que les personnes allaient souffrir de discrimination.

Les bénéficiaires de soins et les attentes vis-à-vis des soignants : pour la vignette de la dépression, la conviction que les consommateurs et le personnel soignant ont trop d'attente auprès des services de santé s'est relevée vraie pour le personnel le plus jeune sinon dans l'ensemble les personnes étaient soit en désaccord ou indécis par rapport à l'énoncé.

La satisfaction du travail : la satisfaction au travail ou le milieu de travail est sans rapport avec le pronostic et les résultats à long terme. Le personnel médical s'est déclaré satisfait par leur travail à 92% alors que les professionnels paramédicaux se sont déclarés satisfaits à 72% et 22% mécontents. Le personnel infirmier s'est déclaré satisfait à 55% et insatisfait à 33%.

Fonctions psychologiques des attitudes :

Expérience (81%)

Croyance valeur expressive (17%)

Appartenance sociale (9%)

Estime de soi (2%)

Les fonctions psychologiques de l'attitude n'étaient pas liées à un pronostic, les résultats à long terme, le milieu de travail ou un groupe professionnel.

Discussion : La principale différence significative est la façon dont les professionnels de la santé ont évalué les résultats à long pour les patients ayant reçu un traitement, et comme leur pronostic était plus négatif que le grand public. Les résultats montrent que le grand public a une vision plus optimiste sur les patients que les professionnels de la santé. Parmi les professionnels de la santé les infirmiers étaient les plus optimistes vis-à-vis des résultats à long terme. Il a aussi été découvert que les professionnels en grande majorité basent leurs attitudes en fonction de leur expérience professionnelle auprès des personnes ayant un trouble mental. Les professionnels ont des attitudes plus négatives que le plus grand public. Mais les auteurs veulent rappeler que la vision plus négative du personnel s'explique en partie par les connaissances et l'expérience des soins de ce fait leur point de vue a une valeur plus proche de la réalité.

Néanmoins les professionnels ont quand même accordé aux deux personnages de la vignette la possibilité de se rétablir, partiellement ou complètement. Ce qui est étonnant c'est que le milieu de travail n'a pas eu d'influence sur les pronostics des professionnels, il n'y avait pas de différence entre les soignants des centres communautaires et ceux des centres d'admission. La constatation est que les professionnels mettent en avant le fait qu'ils basent leurs attitudes sur leurs expériences. L'aspect positif de ces résultats est que la formation pour renforcer cette expérience. Mais attention les professionnels doivent être attentifs au fait qu'ils sont souvent confrontés aux patients en crise et qu'ils assimilent leurs comportements en état de crise à celui qu'ils peuvent adopter dans les phases stable. Voilà un des points qu'il est intéressant de relever.

Les limites de cette étude sont le fait d'avoir choisi un entretien et un questionnaire structuré a pu orienter les réponses des personnes interrogées.

PROPRE QUESTIONNEMENT ET CONCLUSION

Cette recherche met en évidence les attitudes des professionnels. La comparaison entre les différents professionnels de la santé nous a particulièrement intéressés.

Critique méthodologique : Au niveau méthodologique, la recension des écrits et la question de recherche auraient pu être plus développé. Les auteurs auraient pu également faire part de l'aval d'un comité d'éthique ainsi que le consentement éclairé des participants. Toutefois, les résultats de cette recherche nous ont permis d'avancer dans la réponse à la question de notre travail.

12.7 McCann et Clark, 2003

McCann, T. V. et Clark, E. (2003). A grounded theory study of the role that nurses play in increasing client's willingness to access community mental health services. *International Journal of Mental Health Nursing*, 12, 279-297.

Pays : Australie

THÈME, QUESTION DE RECHERCHE

Les infirmières communautaires en santé mentale ont un rôle clé à jouer dans l'amélioration de l'accès des services de santé mentale. En effet, beaucoup de patients schizophrènes ne reçoivent pas de soins d'urgence ou des soins de santé primaire. Cette charge revient donc à l'aidant naturel du patient ou alors au médecin traitant. La nécessité d'améliorer l'accès aux services de santé est basée sur l'idée que plus la maladie mentale est traitée tôt moins il y aura d'impacts pour le patient. Les familles qui se chargent des soins de leur proche risquent de s'épuiser. Une prise en charge précoce peut également diminuer le temps d'hospitalisation et le rendre moins invalidant pour les personnes. Les interventions précoces dépendent à la fois des clients et des soignants. Si les soignants ont des compétences pour reconnaître les signes précurseurs d'un trouble psychotique alors l'intervention peut avoir lieu rapidement. Mais la plupart du temps les patients hospitalisés pour trouble psychotique ont généralement attendu 1 an avant de consulter alors qu'il y avait déjà eu des signes de psychose. Une étude anglaise à comparer deux groupes de patients l'un ayant reçu des soins rapidement et l'autre ayant attendu 1 an. Le groupe de patient qui a été suivi très tôt ont montré des meilleures capacités à se rétablir que l'autre groupe. Ce dernier a connu un taux 3 fois plus élevé de rechutes. Les preuves parlent en faveur d'un accès précoce aux soins mais les clients et les aidants naturels doivent faire face à plusieurs difficultés lors des tentatives d'accès aux soins. Ces difficultés peuvent être d'ordre de la peur de la stigmatisation de la maladie mentale ou du type de traitement ou encore pour des raisons financières. Un autre point est à mettre en avant, le développement de service en santé mentale ne peut pas répondre aux besoins des patients. Il n'y a pas assez de services offrant une aide psychosociale et permettant une réinsertion. Le deuxième point est le fait que les milieux ruraux ont moins facile d'accès aux soins de par la distance existant entre le lieu de vie et le service de soins que les milieux citadin. La pénurie en médecins psychiatres et en infirmiers en santé mentale n'aide pas. C'est pourquoi les infirmières communautaires ont un rôle essentiel pour faciliter l'accès aux soins.

IDEES ET CONCEPTS CENTRAUX, THEORIE, HYPOTHESE

Les auteurs se basent sur la théorie du développement de la personnalité d'Erikson qui met en évidence les périodes dites critiques ou crises maturationnelles et que par conséquent la schizophrénie pouvant apparaître pendant l'adolescence, il faut intervenir rapidement pour que l'issue de la crise maturationnelle ne débouche pas sur des handicaps d'ordre psychosociaux.

Le but de la présente étude est de comprendre ce qui a pu encourager ou dissuader les

patients et leurs proches à faire intervenir le service de santé mentale communautaire. Dans un deuxième temps il s'agira de comprendre ce que mettent les infirmières communautaires en place pour se rendre accessible aux jeunes patients et à leurs proches.

PARTICIPANTS (NOMBRE, CARACTÉRISTIQUES)

L'étude s'est déroulée dans la communauté régionale et rurale de New South Wales en Australie. Il y avait trois groupes de participants : 9 clients, jeunes adultes atteints de schizophrénie dont 5 hommes et 4 femmes, 8 proches, aidants naturels et 24 infirmières communautaires en santé mentale.

DEVIS, METHODE DE LA RECOLTE DES DONNEES ET DE L'ANALYSE

Le devis : l'étude a utilisé la théorisation ancrée comme cadre méthodologique pour plusieurs raisons à savoir qu'elle explore les processus d'interactions entre les rôles sociaux des personnes et les comportements. Une théorie peut émerger des données de l'étude. Les théories existantes n'ont pu être modifiées car il s'agit d'un thème ayant relativement peu d'informations. Il faut préciser que cette étude est née d'une plus grande étude et sur laquelle les auteurs se sont appuyés pour faire leur recherche.

Méthode de collecte des données : la collecte et l'analyse a été faite en même temps. 44 entretiens non directifs ont eu lieu dans des environnements calmes et où la confidentialité était respectée. Ils ont duré entre 60 et 90 minutes chacun. D'autres les chercheurs ont été observés le travail des infirmiers dans les centres de santé communautaire et lors de visites à domicile, en tout, les chercheurs ont observé environ 55 heures d'échanges. Leurs observations ont été utilisées dans l'analyse.

L'analyse des données : les enregistrements et les notes manuscrites ont été transcrites après chaque passage sur le terrain. Les données ont ensuite été codées. Le codage ouvert est la première étape qui a permis de mettre des étiquettes conceptuelles qui ont ensuite été liées à des catégories plus abstraites et les propriétés et les dimensions des catégories ont été identifiées. Le codage axial a suivi, où les données ont été remises ensemble d'une manière différente, la catégorisation des données et l'établissement des liens entre les catégories et sous-catégories a eu lieu. Enfin le codage sélectif se fait dans le but d'identifier une catégorie de base du processus psycho-sociale.

RESULTATS, CONCLUSION (DES AUTEURS DE L'ARTICLE)

Voici un tableau présentant les différents thèmes ayant émergés des analyses des données de l'étude qualitative sur laquelle s'est basée cette étude.

Catégorie de base	Domaines	Phases	Catégories spécifiques
« l'adoption de soins facilitateurs pour l'accès aux services de santé »	« l'interaction avec le client »	« promouvoir l'autodétermination »	« l'éducation »
			« favoriser la maîtrise de soi »
			« découvrir l'espoir »
			« amélioration du mode de vie »
			« le retrait »
	« s'engager »	« être accessible »	
		« évaluer »	
		« fournir du soutien »	
		« relation mutuelle »	
		« coordination »	
« l'interaction avec les autres »	« le développement de liaisons »	« collaborer avec les organismes intersectoriels »	
		« les influences »	

Les auteurs se sont focalisés sur la phase « s'engager » et plus particulièrement sur la catégorie spécifique « être accessible ». les influences contextuelles ont été identifiées. D'un point du vue du client il s'agissait : de ne pas reconnaître ou d'ignorer des signes d'alerte précoces, d'être incapable de mener des activités sociales habituelles et la discrimination perçue. D'un point de vue de l'infirmier il s'agissait : de la charge de travail.

Être accessible

L'étude explique comme quoi il y a plusieurs facteurs simultanés qui encouragent ou inhibent la prise de contact avec les centres communautaires de santé mentale.

Selon les participants, ce qui est implicite dans une recherche d'aide des patients et des proches c'est de comprendre la différence entre un développement « normal » des adolescents et des adultes et les indicateurs précoces des troubles psychotiques. Ce qui a amené les patients à venir chercher de l'aide n'était pas seulement la conscience d'une maladie ou d'un trouble mais plutôt l'aspect invalidant de la maladie dans la vie quotidienne et dans les relations avec les gens. Ce qui a poussé les gens à ne pas venir chercher de l'aide c'est par rapport à la proximité des centres communautaires. En effet, certains patients étaient tributaires du bus. Une infirmière explique que les patients habitant les zones rurales sont préférentiels car ils doivent payer le billet de bus plus faire jusqu'à une heure de trajet. L'expérience de la discrimination a également été un frein important. En effet, un infirmier déclare que lors de ces visites à domicile, certains patients lui ont demandé de garer discrètement leur voiture car elle portait le logo des services de santé mentale. Ils avaient peur que les voisins comprennent qu'il souffre d'une maladie mentale. Lors des discussions informelles et grâce aux observations des chercheurs, les auteurs ont pu identifier deux voies d'accès au service santé : directe et indirecte. La voie directe signifie que c'est le patient qui a pu identifier des signes précurseurs de sa maladie et la voie indirecte signifie que se sont soit les proches, soit le médecin généraliste, soit des organismes indépendants qui font une demande d'aide au nom de la personne. Ces demandes ont permis aux infirmières de venir à domicile et d'offrir des soins au patient. Une cliente explique que le fait que l'infirmière se déplace l'a beaucoup aidé car l'angoisse la paralysait. Néanmoins ces visites à domicile ont rajouté une charge de travail supplémentaire. De plus, la volonté de moins hospitaliser les patients a fait augmenter les demandes de visites à domicile. L'ouverture du système de santé vers l'extérieure fait que les demandes augmentent mais le personnel et les moyens mis à leurs dispositions se suit pas la même évolution. De part cette importante charge de travail les infirmières gèrent les demandes en fonction de leur gravité. En effet, les patients présentant des symptômes aigus et nécessitant une intervention immédiate ont plus soutenu l'attention des infirmières que les patients qui demandait un suivi sur le long terme.

Les stratégies pour faciliter l'accès aux soins

Les infirmières ont développé trois stratégies pour faciliter l'accès aux soins pour les jeunes patients souffrant de schizophrénie et leurs proches.

Nous sommes toujours dans la même catégorie spécifique à savoir « être accessible ». les stratégies sont : « **promouvoir de bonnes expériences pour améliorer l'approche** », « **utiliser la technologie pour promouvoir l'accès** » et « **être disponible** ».

« promouvoir de bonnes expériences pour améliorer l'approche »

Les clients ont expliqué qu'il ferait plus facilement appel à l'infirmière si la relation et le soutien qu'elle leur a donné durant leur premier contact avec les soins a été de bonne qualité et leur donnaient satisfaction. Ils auraient à ce moment-là avoir plus facilement recours à ce type d'aide. Il semble que la qualité de la relation entre le patient et l'infirmière a été déterminante dans l'accès aux soins. Il faut que les infirmières soient conscientes de cette influence.

« utiliser la technologie pour promouvoir l'accès »

Il est clair que l'aspect technologique à favoriser l'accès aux soins des patients. Les téléphones portables et les répondeurs rendent les infirmières plus accessibles. Néanmoins les retards dans les réponses des infirmières peuvent rendre les clients mécontents.

« être disponible »

Le fait d'avoir mis sur pied une centrale téléphonique disponible 24/24 a été déterminant pour l'accès aux soins. En effet, les patients et leurs proches peuvent recevoir de l'aide de manière continue. Le numéro est également ouvert pour les proches et pour les médecins généralistes qui souhaiteraient avoir des renseignements. Les limites de cette centrale sont d'une part les patients qui appellent ne sont pas forcément mis en contact avec leur infirmière de référence ce qui peut les freiner, et d'autre part les proches ne sont pas toujours écoutés. En effet, la centrale recevant beaucoup de demandes d'aide, les réceptionnistes doivent évaluer la priorité de la situation et certains patients ou proches n'obtiennent de réponses que le lendemain de leur appel. Néanmoins il semble que ce dispositif a aidé les infirmières à créer un lien avec les médecins généralistes ce qui peut s'avérer une aide précieuse pour la prise en charge de patients complexes.

Discussion : Les auteurs ont pu identifier les freins et les facteurs favorisant l'accès aux soins. Il semble que le fait d'identifier les signes précoces est une condition préalable pour les individus qui cherchent à accéder aux soins. La nécessité de reconnaître les signes d'alerte précoces et comment faire face à la stigmatisation peut être améliorée en éduquant les clients. Il est clair que les patients vivant dans les zones rurales sont préférentiels puisqu'ils dépendent des bus et que ces derniers ne sont pas fréquents. Les auteurs sont bien conscients que les horaires de bus ne pourront pas être modifiés mais par contre lors de projet de développement de nouveaux centres communautaires ces régions seront prioritaires. Pour l'instant il est primordial d'utiliser les moyens technologiques pour réduire ces facteurs freinant de l'accès aux soins comme la téléphonie, télé psychiatrie. Un autre point à améliorer est le service des infirmières de liaisons.

Vis-à-vis de la stigmatisation liée au logo qu'il y a sur les voitures des infirmiers, ou simplement le fait d'avoir peur que ces voisins soient au courant de la maladie dont le patient souffre, il y a des véritables enjeux politiques. C'est-à-dire que les politiques veulent limiter le nombre d'hospitalisation et ouvrir les services de santé mentale sur l'extérieur mais d'un point de vue de l'opinion publique ce désir n'est pas intégré.

La charge de travail des infirmiers a affecté leur accessibilité pour les clients et les proches. Il faudrait que les infirmières développent des compétences dans leurs gestions du temps. Un autre aspect qui a été mis en évidence par les proches aidants était que leurs expériences et leurs besoins n'étaient pas suffisamment pris en compte. Certains proches se sont sentis exclus de la prise en charge. Une des raisons qui a poussé les infirmières à ne pas tenir compte de leurs opinions est la crainte de faillir à la confidentialité. Il a été observé également que certaines infirmières se focalisaient sur le patient et laissaient de côté les proches. Les proches ont également moins retenu l'attention des infirmières car elles considéraient les informations des aidants naturelles comme non-expertes ou laïques. Elles se sont rendues plus accessibles aux médecins généralistes qui représentaient alors pour elles une source d'informations dite « experte ». Néanmoins les auteurs souhaitent relever que les opinions des aidants naturels auraient dû être prises en compte. Sur la base de la charte d'Ottawa et la déclaration d'Alma-Ata, qui disent que : « le peuple a le droit et le

devoir de participer individuellement et collectivement à la planification et la mise en œuvre de leurs soins de santé » (OMS, 1979)

Limitation : La limitation principale est que l'échantillon était petit. Bien que la théorisation ancrée ne suggèrent pas que les résultats doivent être généralisables, il faudrait faire une étude qui permette de comprendre à plus large échelle sur les stratégies mises en place par les infirmières pour se rendre accessible auprès des jeunes patients psychotiques.

Conclusion : cette étude a permis de mettre en avant des implications pour la pratiques comme : les relations patient infirmier sont primordiales, les aidants naturels doit absolument être pris en compte, les moyens technologiques sont une piste pour se rendre accessible mais peuvent également générer des mécontentements de la part des proches et des patients et enfin la charge de travail de l'infirmier doit être évalué ainsi que sa capacité à gérer son temps.

PROPRE QUESTIONNEMENT ET CONCLUSION

Cette étude a mis en avant l'importance de la relation patient-infirmier, qui est un atout pour l'accessibilité aux soins des patients. Que le fait que les proches ne soient pas pris en compte est une véritable perte d'information et de soutien pour la prise en charge des patients schizophrènes. Il faut également noter l'importance de la proximité des services de santé pour se rendre accessible.

Critique méthodologique : La méthodologie de cette étude était de qualité en effet, l'ensemble des chapitres étaient développés de manière claire et concise. De plus, les auteurs ont tenu compte de l'avis d'un comité d'éthique.

12.8 Whitley et al., 2009

Whitley, R., Gringerich, S., Lutz W. J. et Meuse K. T. (2009). Implementing the illness Management and Recovery Program In Community Mental Health Setting: Facilitators and Barriers. *Psychiatric services*, 60 (2), 202-209.

Pays : Etats Unis

THÈME, QUESTION DE RECHERCHE

La gestion de la maladie mentale et le programme de rétablissement sont des interventions standards qui ont été créés sur la base d'études traitant de l'enseignement visant l'autogestion de la maladie. Cinq stratégies empiriques ont été identifiées: fournir une psychoéducation pour améliorer la compréhension de la maladie, l'utilisation de l'approche cognitivo-comportementale pour améliorer l'observance médicamenteuse, la formation à la prévention des rechute, renforcer le soutien en utilisant les compétences sociales et l'enseignement des habiletés d'adaptation pour réduire la gravité et la détresse des symptômes persistants. Les programmes de réhabilitation tentent de mettre l'accent sur les objectifs de rétablissement du patient et de fournir un soutien pour y parvenir en créant une alliance thérapeutique. Ce programme peut être suivi de manière intensive pendant 5-10 mois ou de manière progressive en suivant des modules à leur rythme. Ces modules sont répartis en 10 items principaux à savoir: les stratégies de rétablissement, les informations sur la maladie, la vulnérabilité au stress et les stratégies de traitement, construction d'un soutien social, utilisation des médicaments, consommation de drogues et d'alcool, la réduction des rechutes, faire face au stress, faire face aux problèmes et aux symptômes, utiliser le système de santé mentale.

Plusieurs études ont suggéré que l'autogestion de la maladie et le rétablissement peuvent améliorer de manière significative le niveau de fonctionnement des patients dans les domaines psychosociaux. Cela permet d'améliorer la capacité de composer avec les symptômes, le fonctionnement de base et le bien-être globale. Un rapport sur les services de santé met en évidence que de telles interventions ne sont pas disponibles pour la grande majorité des adultes ayant des maladies mentales graves. Le gouvernement et les sociétés de consommateurs reconnaissent que l'adoption de ce programme de réhabilitation est une priorité. Néanmoins il y a eu peu de recherches qui se sont intéressées aux aspects facilitant ou limitant la mise en œuvre effective d'un tel projet.

IDEES ET CONCEPTS CENTRAUX, THEORIE, HYPOTHESE

L'étude vise à discerner les facilitateurs ou les obstacles survenant lors de la mise en place du programme d'autogestion de la maladie et de rétablissement en allant observer le processus de lancement dans 12 centres. 26 dimensions supposent être importantes pour le processus de mise en œuvre, imbriqués dans les 5 grands domaines. Ces derniers ont été désignés par consensus d'experts après l'examen de la documentation pertinente. Les 5 grands domaines sont: les priorités, le leadership, le personnel, l'utilisation des prestations par les patients et le renforcement.

PARTICIPANTS (NOMBRE, CARACTÉRISTIQUES)

Quatre États se sont portés volontaire. Différents mécanismes ont été utilisés parmi ces États pour recruter des organismes communautaires du secteur public de santé mentale comme sites d'étude. Certains centres avaient sollicité les chercheurs et d'autres ont été choisis par une procédure moins formelle. Douze sites ont été recrutés pour mettre en place le programme d'autogestion et de rétablissement pour les personnes ayant un trouble mentale grave. La période de mise en place a été observée sur deux ans.

DEVIS, METHODE DE LA RECOLTE DES DONNEES ET DE L'ANALYSE

Méthode : Des instructions standardisées ont été fournies sur chacun des 12 sites qui concernaient l'observation systématique des efforts fournis pour mettre en place le programme. Chaque site avait un chercheur superviseur qui a fonctionné comme un observateur indépendant de la mise en œuvre. Les chercheurs ont suivi la mise en place du projet en visitant mensuellement les différents sites d'étude. Ces rencontres ont été transcrites sous forme de note de terrain. La mise en place de ce projet a également été surveillée par un consultant formateur et le chef de programme d'autogestion et de réhabilitation. Cette surveillance était pratiquée tous les six mois et chaque rencontre a été enregistrées puis retranscrites. Ce comité de surveillance suivait un guide thématique standardisé conçu pour obtenir les opinions et les expériences concernant les obstacles et les facilitateurs de la mise en place. Ils s'intéressaient également sur les raisons de la réussite et sur la raison des échecs, ainsi que sur l'évaluation du projet de mise en place.

Les consultants formateurs ont pratiqué des évaluations en utilisant une échelle de fidélité de l'autogestion de la maladie et du rétablissement comprenant 13 points comme : l'utilisation des entretiens motivationnels, l'utilisation des techniques cognitivo comportementales, le suivi des objectifs des patients. La fiabilité de cette échelle a été évaluée par des juges indépendants. Les résultats de l'échelle ont ensuite été entrés dans un logiciel informatique.

Analyse des données : cette approche déductive de l'analyse des données est recommandée comme étant la solution optimale pour les études menées sur plusieurs sites et ayant plusieurs enquêteurs. Cette approche crée des catégories standards qui peuvent être comparées entre les sites avec facilité. Les surveillants de la mise en œuvre ont été chargés de retranscrire les notes des visites et d'entrer ces données dans un logiciel informatique. Les données analysées et codées ont engendré 26 fichiers. Ces 26 fichiers ont été triés et classés dans les 5 grands domaines puis les chercheurs ont déterminé s'ils représentaient une barrière ou une aide. Ils ont ensuite créé un tableau résumant leurs résultats et adapté pour qu'il soit facile de comparé les résultats de chaque site.

RESULTATS, CONCLUSION (DES AUTEURS DE L'ARTICLE)

Suite à l'évaluation des douze sites sur les facilitateurs ou les obstacles, les chercheurs ont obtenus 4 facteurs apparaissant comme des thèmes important concernant la mise en place d'un tel projet. Ces facteurs sont : **le leadership, la culture organisationnelle, la formation, le personnel et la supervision.**

Le leadership : le leadership avait été prédéterminé comme étant un point qui pourrait influencer sur la mise en œuvre du programme. Les 4 sites présentant les plus haut taux de réussite sont ceux qui bénéficiaient d'un meilleur leadership. Ce leadership se joue à

plusieurs niveau le premier est celui des politiques du système de santé, le directeurs de l'institution, le directeur des soins et le responsable du programme de rétablissement. la mise en œuvre semble être plus efficace lorsqu'il y a une synergie entre ces différents niveaux. Il faut noter que les 4 sites ayant présenté les plus faibles résultats sont ceux qui avaient également des niveaux de leadership absent, et particulièrement celui des politiques de la santé.

Les cultures organisationnelles : Cette catégorie n'avait pas été mentionnée néanmoins elle est parue comme importante lors des résultats. De plus certaines catégories mentionnées pouvait très bien se regroupées dans celle-ci. Les sites ayant présentés les meilleurs résultats faisait preuve d'enthousiasme au changement et à la perspective de développer une nouvelle expertise dans le domaine des soins. Ceux qui avaient les moins bons résultats étaient les sites qui se montraient réfractaire au changement et qui n'avaient pas adopté les nouvelles stratégies proposées par les modèles. Les auteurs pensent qu'il y a un corrélat entre des autorités sanitaires qui prenaient part au projet, qui exerçaient leur leadership et les autorités sanitaires qui étaient absentes du projet.

Formations : cette catégorie avait été mentionnée. Il s'avère que les sites ayant eu les meilleurs résultats, avaient une formation de qualité et elle était suivie par l'ensemble des membres de l'équipe. Pour les sites présentant des mauvais résultats, les responsables de programme ont déclaré que la formation était de mauvaise qualité. Cependant les observateurs n'avait pas identifié que la formation dans ces sites représentaient un obstacle. Il semblerait qu'il y a des relations importantes entre le leadership, les cultures organisationnelles et les satisfactions face à la formation. Les auteurs suggèrent qu'un bon leadership et une culture organisationnelle orientée vers le changement potentialisent l'effet de la formation.

Le personnel et la supervision : Cette catégorie était mentionnée au départ par les auteurs. Les données suggèrent un lien étroit entre la qualité d'engagement des superviseurs et du personnel. Les sites ayant eu les meilleurs résultats étaient caractérisés par un personnel qui était très attaché au concept de rétablissement et d'autogestion de la maladie. Ils faisaient preuve d'attitudes positives vis-à-vis de cette approche innovatrice. Les superviseurs de ces sites étaient également convaincus par le projet. En revanche, dans le site les moins bons, le personnel se montrait plutôt pessimiste vis-à-vis du programme. Mais il est important de noter que ces sites bénéficiaient de conditions de travail moins bonnes que les sites qui présentaient les meilleurs résultats. La participation à cette étude augmentait lors charge de travail.

Discussion et conclusion : La recherche à analyser les quatre thèmes importants qui peuvent à la fois présenter une barrière ou une aide. Le plus important est le leadership et notamment la synergie entre les différents niveaux. Les auteurs suggèrent qu'il existe des relations importantes entre les différents points et notamment avec le leadership qui détermine beaucoup de chose dans la mise en place d'un tel projet.

PROPRE QUESTIONNEMENT ET CONCLUSION

Cela nous apporte un éclairage sur la faisabilité d'un tel projet. L'étude met en évidence les points sensibles. Elle parle également de l'importance d'une direction cohérente et unique de la part des leaders des projets. Il semble également que pour offrir un soutien de qualité les soignants doivent également se sentir soutenu par le responsable de soins.

Critique méthodologique : La méthodologie de cette étude était de bonne qualité néanmoins la recension des écrits et l'énoncé du problème auraient mérité d'être plus détaillé. Les résultats et la méthode d'analyse des données étaient clairs et nous ont permis de comprendre les tenants et les aboutissants de cette étude.

12.9 Turkington et al., 2006

Turkington, D., Kingdon, S., Rathod, S. Hammond, K. et Mehta, R. (2006). Outcomes of an effectiveness trial of cognitive-behavioural intervention by mental health nurses in schizophrenia. *British journal of psychiatry*, 189, 36-40.

Pays : Angleterre

THÈME, QUESTION DE RECHERCHE

Plusieurs méta- analyses s'accordent à dire que la thérapie cognitive-comportementale (TCC) a des avantages dans le milieu de la recherches sur les symptômes résiduels des patients souffrant de schizophrénie. Mais l'aperçu est plutôt pauvre en raison de la faible adhérence aux thérapies de la part des patients. Les preuves d'efficacité de la TCC ont été démontrées seulement dans le milieu de la recherche et pratiquée par des thérapeutes spécialisés en TCC. Mais le but de la recherche est de connaître l'efficacité d'une telle thérapie au sein de la communauté de santé mentale et pratiquée par des infirmières ayant reçu une formation. Pour ensuite avoir des résultats utiles pour la pratiques et savoir si une thérapie cognitivo-comportementale devrait être offerte aux patients des services de santé mentale. La question est de savoir si la formation des infirmières pour offrir une thérapie brève serait un supplément de prestation.

IDEES ET CONCEPTS CENTRAUX, THEORIE, HYPOTHESE

Certaines infirmières avaient été formées pour assurer les interventions auprès des familles mais la mise en place de ce dispositif a été difficile en raison du temps nécessaire à son implantation. L'hypothèse est qu'après 12 mois de suivit il n'y ait pas de différences entre les deux groupes et que l'ensemble des symptômes comme la dépression, le suicide, les réadmissions seront présents de la même manière dans les deux groupes.

PARTICIPANTS (NOMBRE, CARACTÉRISTIQUES)

Les patients participants répondaient à la définition du CIM-10 et étaient en contact avec l'un des six services de santé mentale au Royaume Uni. Une liste a été établie à partir des patients hospitalisés, des patients qui allait sortir, des patients qui venaient pour un dépôt de clozapine. Ces patients ne sont pas tous résistants aux traitements comme dans une précédente étude. La plupart des patients qui ont accepté d'entrer dans l'étude. Ils présentaient des symptômes négatifs et /ou des symptômes positif ou un grand risque de rechute. Le groupe n'était composé que de personnes qui ne vivaient pas le rétablissement mais qui malgré tout avaient un niveau de fonctionnement suffisant pour être maintenu dans la société. Ils bénéficiaient tous d'un suivi soit par le biais d'une structure ambulatoire ou d'un thérapeute. **Les critères d'exclusion ont été :** la rechute active, la dépendance à l'alcool ou d'autres substances et les maladies organiques du cerveau ou troubles de l'apprentissage.

Les patients ont été approchés pour recevoir le consentement éclairé puis une demande au médecin responsable a été faite. Ensuite les deux groupes ont été formés au moyen d'un ordinateur afin de constituer des groupes randomisés. Un groupe allant suivre la thérapie habituelle et un autre groupe allant suivre une thérapie cognitivo-comportementale. Il a été

offert au groupe qui a suivi une thérapie normale, un an de TCC à la fin de l'étude.

Il y avait 211 participants dans le groupe de la TCC et 125 dans le groupe des soins traditionnels. Les patients inclus étaient principalement des hommes, célibataires, blancs et vivaient de façon autonome dans un logement.

Il n'y a pas eu de différences significatives d'un point de vue statistique entre les deux groupes. En particulier, en terme d'hospitalisation, le groupe TTC avait une moyenne de 4.71 avec un nombre de jours d'hospitalisation de 48.52. Le groupe de soins habituel avait une moyenne de 5.18 et 52.01 pour la durée d'hospitalisation. Ces différences statistiques ne sont pas significatives et elles ne s'expliquent pas non plus par le dosage de médicaments. En effet, dans le groupe TCC le dosage moyen de chlorpromazine était de 746.88 mg et de 886.58 mg dans le groupe de soins habituels. En ce qui concerne les antipsychotiques atypiques, 55 personnes en prenaient dans le groupe de TCC et 25 dans le groupe de soins habituels.

DEVIS, METHODE DE LA RECOLTE DES DONNEES ET DE L'ANALYSE

Il s'agit d'un essai randomisé. Deux groupes de patients ont été randomisés, un suivrait la thérapie conventionnelle et l'autre suivrait une thérapie cognitivo-comportementale. Le but est de montrer si les patients devraient bénéficier à l'avenir de TCC.

Evaluation : les évaluateurs ont été formés à l'utilisation d'instruments d'échelle de mesure avant le début de l'essai. Pour éviter des biais à l'étude, les évaluateurs n'étaient pas informés sur les groupes de thérapies, ils ne savaient pas s'ils appartenaient à l'un ou l'autre groupe. Les échelles de mesure utilisées avaient toutes été validées au préalable. L'ensemble des symptômes a été évalué avec l'aide de l'échelle de **psychopathologie Rating Scale** (Åsberg et al, 1978). La dépression a été mesurée avec **Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale** (Montgomery et Åsberg, 1979), les symptômes négatifs ont été mesurés avec **la négatif Symptom Rating Scale** (Hansen et al, 2003) et les symptômes positifs ont été mesurés avec **la Symptom Rating Scale** (Haddock et al, 1999). Le rétablissement a été défini comme un retour à la vie active par la reprise des études ou du travail. La rechute a été définie comme une admission à l'hôpital. Ont été mesuré l'intervalle entre deux hospitalisations et la durée de l'hospitalisation. Les changements de médicaments et la quantité de neuroleptiques atypiques ont été mesurés durant le temps de suivi (12 mois).

Les groupes de traitements : les infirmières en santé mentale ont été formées sur une période de 10 jours. Aucun infirmier n'avait reçu d'enseignement par rapport à la TCC. On leur a expliqué les étapes clés de la thérapie à commencer par l'alliance thérapeutique, le développement des explications normalisant les symptômes psychotiques. Ensuite ils ont appris à faire une évaluation thérapeutique et à élaborer une formulation de l'apparition et le maintien des symptômes psychotiques. On leur a montré également comment gérer les symptômes psychotiques à l'aide des techniques cognitivo-comportementales. D'autres sessions ont permis de leur enseigner la concordance avec les médicaments antipsychotiques, le développement fonctionnel, le niveau d'interaction entre soi et les autres et l'élaboration d'un plan de prévention des rechutes. Les infirmières ont été formées pour réaliser un bon engagement, puis à travailler de manière flexible en utilisant des techniques cognitivo-comportementales pour développer les stratégies d'adaptation et les compétences des patients afin de les aider à prendre plus de contrôle sur leur maladie. un total de six sessions thérapeutiques ont été réalisées avec chaque patient. Tous les patients

qui ont assistés à moins de trois séances ont été refusés pour l'étude.

L'analyse des statistiques : les résultats ont été analysés de manière indépendante au suivi à l'aide d'un logiciel de statistique pour les sciences sociales, la version 10 pour Windows. Les différences dans l'amélioration des symptômes entre les deux groupes ont été évaluées en utilisant une analyse de covariance à 12 mois de suivi. Les co-variables utilisées étaient des mesures de référence. Les données manquantes lors du suivi ont été imputées à la moyenne du groupe. Le nombre total de jours d'hospitalisation pour chaque patient a été calculé sur la base de 12 mois et comparés entre les deux groupes en utilisant les statistiques paramétriques. Le délai de rechute telle que mesurée par la réadmission a été analysé en utilisant une analyse de survie selon la méthode de Kaplan-Maier. Le taux de travail de récupération entre les deux groupes ont été analysés à l'aide du test chi-carré.

RESULTATS, CONCLUSION (DES AUTEURS DE L'ARTICLE)

Des améliorations significatives ont été observées statistiquement à 12 mois de suivi vis à vis des symptômes négatifs et des idées délirantes pour le groupe de TCC. De réels scores, avec des variations moyennes et les intervalles de confiance sur chaque échelle entre le début et la fin du suivi. Les symptômes négatifs y compris alogie et émoussement affectif ont été améliorés par l'intervention. Un bon résultat clinique a été défini a priori comme une amélioration de 25 % ou plus. Aucune différence significative n'a été observée entre les deux groupes pour les symptômes positifs et la dépression.

Des tests ont été effectués pour voir s'il y avait une amélioration ou un changement dans la dépression entre les deux groupes, en comparant le niveau d'amélioration de la compréhension. Ces tests ont été menés séparément entre le groupe TCC et de soins habituels puis ils ont été combinés. Cette étude a révélé un risque d'aggravation certain de la dépression dans le groupe des soins habituels. La thérapie cognitivo-comportementale a un effet protecteur sur les patients ayant suivi la TCC. Cette amélioration peut s'expliquer par la psychoéducation ou par les traitements de neuroleptiques atypiques.

Ce qui a pu être démontré par des résultats statistiques satisfaisants est que les patients qui suivaient une TCC avaient moins rechuté durant les 12 mois de suivi (36 sur 257) par rapport à l'autre groupe (38 sur 165) Les patients dans le groupe de soins habituels étaient plus susceptibles d'être réadmis à l'hôpital. De plus les patients du groupe TCC qui ont rechuté ont passé en moyenne moins de jours à l'hôpital que les patients de l'autre groupe.

Ces résultats nous démontrent les intérêts de la TCC pour réduire le nombre de réadmission. Le rétablissement, tel que définis par les auteurs comme étant le retour au travail ou à l'éducation, était rare dans les deux groupes (11 sur 257 dans le groupe TCC et 9 sur 165 dans le groupe de soins habituels). Il n'y a pas eu de différence significative entre les six sites de santé mentale.

Discussions : Cette étude montre que la formation des infirmiers à la TCC brève est sûre et efficace. Les effets durables des interventions se sont produits dans certains cas mais tous les résultats n'ont pu être mesurés. L'amélioration statistiquement significative n'a été observée que pour les symptômes négatifs secondaires tels que l'apathie, l'aboulie, l'émoussement affectif. Malgré de modestes améliorations, ces résultats restent encourageants. L'un des aspects les plus importants est l'effet protecteur de la TCC vis-à-vis de la dépression. Certains patients recevant une thérapie TCC ont montré une recrudescence de symptômes positifs ce peut être la raison pour laquelle le résultat final

global de ces symptômes n'est pas significatif. Outre les améliorations symptomatiques, les patients traités par TCC ont été moins réadmis à l'hôpital et surtout ils y sont restés moins de temps. Les auteurs expliquent qu'il s'agit sans doute de l'amélioration de l'adhérence thérapeutique. En effet, la participation à une recherche permet de motiver les patients dans le suivi de leurs traitements. Suite à la diminution des hospitalisations, ils ont calculé que l'économie qui serait réalisée signifierait que un des six sites pourraient être fermé. Malheureusement une TCC brève ne montre pas de résultats significatifs vis-à-vis du rétablissement. Il semblerait toutefois, que cette brève thérapie pourrait conduire à une discussion sur l'intégration du domaine psychosociale au sein d'un programme des soins. La formation des infirmières présente des avantages pour le patient, les systèmes de santé et également pour le soignant qui font souvent l'état d'une amélioration de leur satisfaction au travail.

Les limites de l'étude : la nécessité d'une telle étude n'est pas venue du désir de changements des infirmiers eux-mêmes. Il doit être prouvé dans une étude plus approfondie que les infirmières veulent être formées et peuvent pratiquer la TCC chez les patients souffrant de la schizophrénie. Bien que l'échantillon était grand et qu'il était représentatif des patients schizophrènes ayant des symptômes positifs et négatifs, il faut noter que bon nombre de patients schizophrènes souffrent d'une autre maladie psychiatrique comme la dépendance à l'alcool.

Implication pour la pratique : il faudrait augmenter le nombre de places de formation pour les infirmiers et donc dégager du temps pour les infirmiers qui désirent se former en TCC en cours d'emploi. Ce dispositif nécessite de trouver des fonds pour augmenter le nombre de places et également de parfaire la formation des infirmiers en leur offrant la possibilité de diplôme post universitaire. Il serait aussi souhaitable de former des infirmiers experts pour les supervisions et les prises en charge de patients ayant des troubles plus importants.

PROPRE QUESTIONNEMENT ET CONCLUSION

Le choix d'une thérapie peut avoir une influence sur les symptômes psychotiques néanmoins lorsque la thérapie n'est pas orientée vers le rétablissement mais vers la réduction des symptômes alors il n'y a pas de résultats majeurs. Mais l'aspect intéressant de cette recherche est de montrer qu'en réduisant le nombre d'hospitalisation on peut économiser de l'argent et donc réintroduire ces fonds dans d'autres projets plus orientés vers la communauté.

Critique méthodologique : La qualité méthodologique était de bonne qualité, en effet, les différents points présents dans ce tableau étaient détaillés clairement. De plus, les auteurs ont fait appel à un comité d'éthique et ont cherché à obtenir le consentement éclairé des patients.

12.10 Economou et al., 2011

Economou, M., Palli, A., L. Peppou et M. Madianos. (2011). Recovery from schizophrenia : A four-year Study of inner City Cohort. *Community Mental Health Journal*, Online First, 1-8.

Pays : Grèce

THÈME, QUESTION DE RECHERCHE

Le pronostic à long terme de la schizophrénie reste encore vague et confus. Les traitements antipsychotiques qui restent la base du traitement des patients schizophrènes ne donnent pas des résultats cliniques optimaux. D'une part parce que l'observance n'est pas idéal et d'autre part parce que les traitements médicamenteux n'ont que peu d'action sur les symptômes résiduels. Les conséquences liées à cela sont graves en effet le risque de rechute et d'hospitalisations est élevé. Un autre aspect important qui pousse les auteurs à mener ce type d'étude est le développement des structures ambulatoires et la réduction des hospitalisations. De ce fait la responsabilité de la gestion de la maladie en revient donc au patient et à ses proches. C'est pourquoi il est important de développer l'élaboration de stratégies d'adaptation efficaces en combinant traitement médicamenteux et thérapies psychosociales.

Plusieurs méta-analyses ont démontrées que l'association d'un traitement d'antipsychotiques et psychosociaux permettaient de réduire le pourcentage de rechute à 54%. Ce chiffre peut passer à 27% si une éducation et un soutien est offert aux aidants naturels. Mais le plus souvent les services psychiatriques n'offrent que l'alternative aux traitements médicamenteux et ceux qui tentent d'intégrer une approche psychosociale ne répondent pas aux normes établies dans les essais cliniques. En outre, les études de terrain qui permettent d'évaluer les stratégies de traitement psychiatrique ne disposent pas d'assez de temps pour observer l'évolution de la maladie et les effets bénéfiques sur un rétablissement durable.

IDEES ET CONCEPTS CENTRAUX, THEORIE, HYPOTHESE

Objectifs multiples : le contrôle des symptômes, la prévention des rechutes et des hospitalisations, l'observance médicamenteuse, la restauration professionnelle et sociale et l'amélioration de la qualité de vie.

Pour surmonter les insuffisances de la littérature scientifique existante, le projet du traitement optimal (OTP) a été créé par Ian Fallon en 1994. L'OTP constitue une étude internationale visant à évaluer les avantages et coûts associés à l'utilisation systématique des données probantes vis-à-vis d'approches intégrant champ psychosocial optimal et champs biomédicales pour le traitement de la schizophrénie ou d'autres psychoses au cours d'une période 5 ans. Le projet visait à former les professionnels de la santé pour les stratégies de traitement optimales et ensuite de commencer le traitement auprès du patient. Les résultats après 24 mois ont révélé des améliorations substantielles dans tous les indicateurs de résultats. En dépit des résultats prometteurs aucun rapport sur le suivi des résultats n'a été publié depuis. Dans cette optique, la présente étude vise à évaluer le protocole OTP dans le cadre de la pratique de routine plutôt que dans le contexte d'un site

de recherche multi-projet, en suivant une cohorte de patients atteints de schizophrénie pour 4 ans.

PARTICIPANTS (NOMBRE, CARACTÉRISTIQUES)

Les patients qui ont été sélectionnés pour l'étude, répondaient à un diagnostic de schizophrénie (DSM-IV) ou schizo-affectif. Il n'y a pas eu de critère d'exclusion pour améliorer la validité externe de l'étude. Tous les patients qui étaient suivi par le service communautaire ont été accepté et tous ceux qui ont rejoint le projet suite à une hospitalisation pour décompensation psychotique également. Un formulaire de consentement éclairé leur a été donné et une séance d'information a été faite.

Il y avait 60 personnes qui ont participé à l'étude dont 29 hommes et 31 femmes âgés en moyenne de 35,4 ans. 88% étaient célibataire, 4% étaient en couple et 5% étaient veuf ou séparés. La plupart dans participants vivaient avec une personne de leur famille, seul 3% vivaient seul. Au niveau de l'instruction 35% n'avaient pas terminé leurs études secondaires, 40% ont eu leurs diplômes d'études secondaires et 25% avaient un diplôme de niveau universitaire. Seul 7% travaillaient dans le monde régulier, 60% étaient au chômage, 3% étaient encore aux études, 18% travaillaient en atelier protégé. Au niveau des diagnostics l'ensemble étaient atteint de schizophrénie en majorité paranoïde, ensuite schizo-affectif, résiduel, désorganisée, et indifférenciée. La moyenne de la durée de la maladie était de 14.3 ans. Le statut des symptômes psychotiques au cours de l'année précédente, seul 15% étaient en rémission, 13% étaient récurrents et 62% persistants.

L'étude a reçu l'approbation du comité d'éthique du Ministère de la Santé grec.

Le centre a été organisé en équipe pluridisciplinaires, composé de 41 employés spécialisés en psychiatrie (psychologue, infirmiers, ergothérapeutes, assistants sociaux, ...). L'idéologie du personnel est de fournir la preuve fondée sur les interventions psychosociales et un traitement efficace.

DEVIS, METHODE DE LA RECOLTE DES DONNEES ET DE L'ANALYSE

Pour l'évaluation du protocole OTP une approche longitudinale faite grâce à des comparaisons entre le pré-traitement et les mesures de suivi 4 fois dans l'année.

L'étude est menée dans le centre de santé mentale communautaire de Kessariani Bryon dans la région d'Athènes. Ses installations sont composées d'une clinique de soins psychosociaux, d'un programme de sensibilisation et d'une unité de réadaptation psychosociale pour maximum 100 patients. Grâce au projet un centre de jour, un club social et quatre ateliers protégés ont vu le jour. Les ateliers protégés étaient gérer comme des coopératives avec un magasin qui vendaient leurs produits.

Le programme OTP associe les stratégies psychosociales optimales et une approche biomédicale pour les troubles schizophréniques qui se regroupent en prestation de services de modèle de gestion de cas.

Tableau des stratégies de traitement fondé sur les preuves du projet pilote
Très peu de stratégies efficaces de médicaments antipsychotiques ciblées sur l'évolution des profils des symptômes
Le choix du médicament en fonction des profils des symptômes, les effets secondaires et la réponse au traitement
L'éducation sur les avantages et les problèmes
La prévention des effets secondaires
Les premiers signes d'exacerbations
L'éducation des patients et des aidants dans les stratégies de gestion du stress
L'éducation pour améliorer la compréhension de la nature des troubles psychotiques et leurs traitements cliniques
Formation à la communication interpersonnelle efficace et structurée pour résoudre les problèmes et atteindre les objectifs personnels et gérer le stress quotidien
Développé la gestion des cas
Développement et maintenance d'un soutien efficace de logements sociaux, finance santé et sécurité
Détection précoce et soins intensifs pour résoudre les crises cliniques et sociales dans le cadre le plus propice à la guérison complète et rapide
Axée sur les buts et les compétences professionnelles de formation sociale
Formation des patient et de leurs proche dans les compétences dont ils ont besoin pour atteindre leurs objectifs personnels pour l'amitié, des relations de travail et dans les activités récréatives
Le soutien aux patients d'accéder à l'éventail complet des possibilités sociales et professionnelles disponibles dans leurs collectivités
Stratégies spécifiques psychologique ou pharmacologique pour résoudre le problèmes des symptômes résiduels
Faire face à la psychose persistante
Gestion des symptômes négatifs
Faire face à l'anxiété et la panique
Gestion de la toxicomanie
Gérer la colère et la frustration

Gestion des troubles du sommeil
Gestion des problèmes nutritionnels
Faire face aux sautes d'humeur, dysphorie et des pensées suicidaires.

Après une évaluation approfondie, un programme individualisé comprenant des stratégies (cf. tableau ci-dessus) a été élaboré avec le patient et son aidant naturel. Un examen bref systématique sur les progrès par rapport aux objectifs a été mené avec les patients et proches au début de chaque séance et un examen plus approfondi tous les mois avec l'équipe pluridisciplinaire. Les séances de traitement d'une heure étaient fixées toutes les 1 à 2 semaines jusqu'à ce que les patients et leurs proches aient été capables de mener seul les discussions leur permettant de résoudre leurs problèmes. A partir de ce point les sessions ont été espacées à une fois par mois avec la possibilité de se voir avant s'il y avait un problème, crise éventuels. Lorsque les patients ne présentaient aucun symptôme significatif depuis 24 mois, des séances de rappel étaient fixées tous les 3 mois.

Formation clinique sur le protocole de traitement : L'équipe pluridisciplinaire a reçu 60 heures de formation sur le protocole sous forme d'atelier, qui était la même pour tous les professionnels de la santé. L'atelier a duré 5 jours. Durant cette période ont été expliqués les stratégies de traitement devant être fournies, les problèmes potentiels et les difficultés qui pouvaient survenir au cours de la mise en œuvre. Une fois que les professionnels étaient compétents pour fournir des soins, ils ont commencé à appliquer le protocole OTP. Des réunions et des supervisions d'équipe avait lieu régulièrement et une vérification annuelle de la bonne utilisation du protocole.

Collecte et analyse des données : Plusieurs échelles ont été utilisées dans le cadre de l'étude : **GAF :** évaluation pour mesurer le niveau de fonctionnement psychologique, social et professionnel des patients. **L'échelle des fonctions de la déficience mentale** mesure la proportion de temps dans la journée où le patient éprouve une altération de ses fonctions mentale en raison de symptômes. **L'indice d'invalidité** évalue la mesure dans laquelle le patient est capable d'exercer des relations interpersonnelles et sociales conformément aux attentes de sa culture. **Le stress Global Carer** est une échelle qui mesure le stress subjectif vécu par l'aidant naturel du au trouble mental.

Les quatre échelles ont été utilisées avant le lancement du programme (T0) puis chaque année pendant quatre ans. Deux évaluateurs indépendants ont été formés pour utiliser ces échelles de mesures. Ces échelles ont été employées après une entrevu avec le patient et le proche aidant (5 fois) mais les informations complémentaires ont pu être utilisé pour documenté les résultats à tous moments grâce aux dossiers des patients tenu par les soignants.

Méthodes statistiques : Les mesures ont été répétées et analysées pour évaluer les changements dans la cohorte avant le traitement (T0) et à travers les 4 évaluations à 12, 24, 36 et 48 mois. Toutes les analyses ont été réalisées avec le logiciel statistique SPSS.

RESULTATS, CONCLUSION (DES AUTEURS DE L'ARTICLE)

Après les 4 ans de cohorte, l'étude a abouti à des améliorations significatives dans toutes les mesures. En particulier, le fonctionnement global, troubles cognitifs, le handicap, la détresse et le stress du proche aidant. Les auteurs relèvent que les améliorations ont eu lieu

sur la longueur, les progrès sont apparus progressivement.

Le protocole OTP semble avoir induit une amélioration marquée vis-à-vis du fonctionnement global et du niveau de stress de l'aidant naturel. Les auteurs tiennent à dire que les participants qui ont participé aux ateliers protégés, une partie d'entre eux ont pu trouver un emploi concurrentiel. Et le nombre de personne au chômage à diminuer

Cf. tableau des résultats ci-dessous.

En ce qui concerne les hospitalisations liées à une rechute, le nombre d'admission en unité de crise était de 2 patients au cours de la première année, de 5 au cours de la deuxième, 1 au cours de la troisième et 1 au cours de la quatrième avec une durée moyenne de 41 jours par hospitalisation. En outre, avant le début de l'étude 3 patients ont montré une récupération complète et 7 patients ont montré une récupération partielle. Au moi 48, 9 patients avaient pleinement récupéré et 22 avaient partiellement récupéré.

Discussion : Les conclusions de la présente étude sont en accord avec la littérature qui préconise l'utilisation d'approches intégrées combinant la pharmacologie optimale, la psychoéducation pour les patients et leurs aidants naturels ainsi que la gestion de cas intensive pour le traitement des patients atteints de schizophrénie.

La recherche met en évidence le besoin de continuité des soins et des évaluations cliniques à long terme du rétablissement des patients. Les résultats ont montré qu'un échantillon clinique diversifié de patients atteints de schizophrénie dans les centres communautaires en Grèce, a affiché des améliorations progressives dans toutes les mesures pendant les 4 années de traitement continu. Les patients manifestent un progrès stable en termes de symptômes, le fonctionnement global, la déficience cognitive, l'invalidité et la détresse et un plus grand engagement dans les activités quotidiennes et constructives. Les taux d'hospitalisations sont réduits. De même que le stress des aidants naturels a également été progressivement réduit.

Toutefois, en dépit des améliorations affichées dans la présente étude, l'effet du traitement sur tous les indicateurs de résultats étaient modérée à faible et à l'achèvement de l'étude que peu de patient avaient un emploi concurrentiel ou vivaient de façon autonome dans la communauté, alors que la majorité n'avait atteint qu'une récupération partielle de la maladie et l'invalidité. Par ailleurs la surreprésentation des patients chroniques dans l'échantillon peut-être pas permis l'émergence de progrès plus flagrant. Les auteurs mettent en évidence que le rétablissement est facilité si les interventions sont précoces.

Ils tiennent à rappeler que si un si petit nombre de patients avaient réussi à trouver un emploi et vivaient de manière autonome est aussi dû aux attitudes de la communauté grecque comme des comportements discriminatoires à l'égard des patients souffrant de schizophrénie. Ils mettent aussi en avant le fait que le soutien par le travail est un aspect négligé dans le protocole OTP. Poursuivre le traitement d'intégration pour les patients souffrant de schizophrénie est urgent.

Les limites de cette étude : est de ne pas avoir eu de groupe de contrôle par manque de financement. Il faudrait également refaire une étude de même type mais intégré dans patients qui aurait un vécu de la maladie de moins de 5 ans. En conclusion, la présente étude confirme l'efficacité des approches intégratives dans l'amélioration des résultats différents chez les patients souffrant de schizophrénie. Néanmoins, il souligne l'importance

de la poursuite l'importance de la poursuite du traitement en temps opportun et si la guérison est totale à atteindre.

PROPRE QUESTIONNEMENT ET CONCLUSION

La perspective de mélanger deux approches pour traiter l'ensemble des symptômes, nous paraît particulièrement intéressante. La continuité des soins qui paraît indispensable pour l'accompagnement des personnes souhaitant vivre un rétablissement. Le fait aussi de travaillé avec les proches aidants est intéressant.

Critique méthodologique : Cette étude répondait à l'ensemble des critères de sélections néanmoins la première partie de l'étude était particulièrement difficile d'accès. Le chapitre résultats était clair et nous a permis de comprendre davantage sur les motivations des auteurs à mener une telle étude.

Tableau des résultats de l'étude Economou et al. 2011

	T0 : niveau de référence		T1 : 1an		T2 : 2ans		T3 : 3ans		T4 : 4ans		ANOVA pour mesures répétées	Taille de l'effet :d
	Moyenne	SD	Moyenne	SD	Moyenne	SD	Moyenne	SD	Moyenne	SD		
Fonctionnement global : EGF (0-100)	42.6	4.5	44.4	4.6	45.1	5.0	46.4	5.5	48.0	6.1	F= 59.13 ; P<0.001	0.542
Déficience cognitive : les IMF (0-6)	3.49	1.43	3.18	1.48	3.02	1.45	2.87	1.28	2.67	1.32	F= 26,98 ; = df=1.50 ; P<0.0001	0.351
Index des personnes handicapées (0-6)	3.00	1.04	2.73	1.08	2.69	1.10	2.61	1.06	2.55	1.17	F= 8.93 ; =df=1.50 ; P<0.004	0.151
Échelle de détresse (0-3)	1.69	1.10	1.53	1.03	1.51	1.05	1.25	0.94	1.16	0.90	F= 15.56 ; = df=1.50 ; P<0.0001	0.237

Stress aidant naturel (0-4)	2.72	1.11	2.41	1.09	2.30	1.17	2.07	1.14	1.87	1.07	F 19.21 ; =df= 1.45 ; P<0.0001	0.435
Les activités de travail (heures/semaine)	14.04	13.93	15.84	14.34	18.43	16.88	19.76	16.70	22.20	17.97	F 17.63 ; =df= 1.50 ; P<0.0001	0.261
Jours d'hospitalisation	3.24	17.69	2.63	13.22	2.80	10.21	0.69	4.90	1.18	8.40		