

Table des matières

1. Résumé.....
2. Remerciements.....
3. Déclaration.....
4. Introduction.....	1
4.1 Problématique.....	1
4.2 Question de recherche.....	4
4.3 But de la recherche.....	4
5. Concepts théoriques.....	5
5.1 La maladie mentale.....	5
5.1.1 La schizophrénie.....	6
5.1.2 Le trouble bipolaire.....	8
5.2 La santé physique des personnes atteintes de trouble mental sévère.....	9
5.2.1 Les facteurs de risque du développement d'une maladie physique.....	9
5.2.2 Les maladies physiques développées suite à ces facteurs de risque.....	11
5.3 Le rôle infirmier en santé mentale et le cadre théorique.....	13
6. Méthode.....	17
6.1 Design de recherche.....	17
6.2 Stratégie de recherche documentaire.....	17
6.3 Sélection des données : critères d'inclusion et d'exclusion.....	18
7. Résultats.....	19
7.1 Etudes retenues.....	20
7.2 Considérations éthiques des articles retenus.....	22
7.3 Analyse des données.....	22
7.3.1 Etude de Happell, Scott, Platania-Phung et Nankivell (2012).....	22
7.3.2 Etude de Robson, Haddad, Gray, et Gournay (2013).....	24
7.3.3 Etude de Happell, Scott, Nankivell et Platania-Phung (2013).....	27
7.3.4 Etude de Howard et Gamble (2011).....	29
7.3.5 Etude de Happell, Platania-Phung, et Scott (2014).....	31
7.3.6 Etude de Wynaden, Heslop, Heslop, Barr, Lim, Chee, ... Murdock (2016).....	33
7.4 Synthèse des principaux résultats.....	36

8. Discussion	37
8.1 Discussion des résultats.....	37
8.2 Discussion de la qualité et de la crédibilité des évidences.....	41
8.3 Limites et critiques de la revue de la littérature	41
9. Conclusions	43
9.1 Propositions pour la pratique.....	43
9.2 Propositions pour la formation.....	44
9.3 Propositions pour la recherche.....	44
10. Références bibliographiques	45
11. Annexe I : Tableaux de recension des études	51
12. Annexe II : Critères diagnostiques de la schizophrénie selon le DSM-IV	57
13. Annexe III : Les symptômes positifs et négatifs de la schizophrénie	58
14. Annexe IV : Critères d'un Episode dépressif majeur selon DSM-IV	59
15. Annexe V : Critères d'un Episode maniaque selon le DSM-IV	60
16. Annexe VI : Critères d'un Episode mixte selon le DSM-IV	61
17. Annexe VII : Critères d'un Episode hypomaniaque selon le DSM-IV	62
18. Annexe VIII : Grade des recommandations de la HAS.....	63
19. Annexe IX : Glossaire méthodologique.....	64

4. Introduction

4.1 Problématique

La comorbidité physique est fréquente chez les personnes souffrant de maladies psychiques, et, au regard de l'évolution démographique en Suisse, elle le sera de plus en plus (Office fédéral de la santé publique, Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé, & Promotion Santé Suisse, 2015). Plusieurs études évoquent que les personnes atteintes de troubles mentaux sont davantage exposées aux risques de développer des pathologies physiques/somatiques, et ainsi, leur santé physique est plus atteinte que celle de la population générale, non atteinte de troubles mentaux (Hardy & Thomas, 2012; Lawrence, Hancock, & Kisely, 2013; Cunningham, Peters & Mannix, 2013; Bartlem et al., 2015; Working Group for Improving the Physical Health of People with SMI, 2016). Lawrence, Hancock, et Kisely (2013) rapportent qu'environ 80% des décès au sein de cette population sont dus aux conditions de santé physique. De plus, il existe une étroite relation entre les problèmes de santé physique et psychique qui exercent une influence mutuelle sur l'état de santé global du patient (Fédération française de psychiatrie, 2003). L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), dans son Plan d'Action Global pour la Santé Mentale 2013-2020, mentionne :

« Chez les personnes souffrant de troubles mentaux des taux d'incapacité et de mortalité plus élevés que la moyenne. Par exemple, les personnes atteintes de dépression majeure et de schizophrénie ont 40 à 60% plus de risques que la population générale de mourir prématurément, du fait des problèmes de santé physique qui souvent ne sont pas soignés »

(OMS, 2013, p. 8).

Le Royal College of Psychiatrists de la Grande Bretagne (2016) a publié récemment un rapport sur les actions et les moyens pour améliorer la santé physique des adultes atteints de troubles mentaux. Dans cet ouvrage, il précise, de manière non exhaustive, les pathologies auxquelles ces personnes sont confrontées généralement : l'obésité, les maladies respiratoires, comme l'asthme, l'apnée du sommeil, la broncho-pneumopathie chronique obstructive, le diabète de type 2, et les pathologies cardiovasculaires (Working Group for Improving the Physical Health of People with SMI, 2016).

Plusieurs auteurs expliquent ce phénomène par un mode de vie associant des comportements délétères envers la santé globale, tels que la consommation de tabac, d'alcool et de drogues, ainsi qu'un manque d'activité physique (Cormac & Gray, 2012; Stanley & Laugharne, 2014; Happell et al., 2015; Working Group for Improving the Physical Health of People with SMI, 2016). D'autres études relèvent que certains symptômes cliniques liés à leur maladie mentale, tels qu'une faible compétence organisationnelle ou une déficience de la cognition sociale, ont un impact généralement négatif sur la gestion de leur santé physique et leur capacité à rechercher une aide médicale (Cunningham et al., 2013; Walker & McAndrew, 2015; Working Group for Improving the Physical Health of People with SMI, 2016). Outre l'environnement personnel de la personne atteinte de trouble mental, une hospitalisation en psychiatrie comporte également des risques aggravant l'état de santé somatique (Bradshaw & Pedley, 2012; Cunningham et al., 2013).

Parmi ces facteurs de risque, le traitement médicamenteux occupe une place importante. Selon l'Office Fédéral de la Statistique (OFS, 2016), une personne sur vingt a pris un traitement médicamenteux pour des problèmes d'ordre psychique, en 2012. De plus, environ la moitié des personnes atteintes d'une maladie psychiatrique, diagnostiquée et suivie médicalement, est traitée par des psychotropes (Office fédéral de la santé publique et al., 2015). Cette classe comprend des traitements aux multiples effets adverses, comme les antidépresseurs, les antipsychotiques et les anxiolytiques (HUG, 2015). De nombreux auteurs rapportent les effets secondaires et néfastes que les traitements médicamenteux, plus spécifiquement les antipsychotiques, provoquent sur la santé physique (Stanley & Laugharne, 2014; Happell et al., 2015). Parmi eux, figurent les problèmes d'ordre métabolique comme l'obésité, le diabète et la dyslipidémie, associés également à une mauvaise alimentation (Cormac & Gray, 2012; Cunningham et al., 2013; Stanley & Laugharne, 2014; McDaid & Smyth, 2015). Certaines classes de médicaments antipsychotiques augmentent l'appétit et modifient la régulation du glucose et des lipides, favorisant ainsi une prise de poids (Working Group for Improving the Physical Health of People with SMI, 2016).

Ces publications scientifiques et empiriques soulèvent l'importance d'introduire systématiquement une prise en charge physique chez des patients atteints de troubles mentaux, dans les structures psychiatriques. Elles permettent de conclure qu'une vision holistique, incluant diverses interventions physiques, est donc nécessaire lors des hospitalisations des patients avec des troubles mentaux, dans les milieux de soins psychiatriques, mais également dans l'accompagnement ambulatoire de ceux-ci (Bartlem et al., 2015; Walker & McAndrew, 2015). D'ailleurs, dans sa définition de la santé qui est : « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence

de maladie ou d'infirmité », l'OMS (2017) illustre bien cette vision holistique. Il est donc évident que la santé, dont chaque soignant s'occupe, ne concerne pas uniquement l'état psychique mais aussi l'état physique, tous deux indissociables, sans oublier l'aspect social et spirituel. De plus, dans le cadre des paradigmes en sciences infirmières, la formation initiale en soins infirmiers appuie l'importance de prendre en considération le patient dans sa globalité, autrement dit d'en avoir une vision holistique, bio-psycho-sociale et spirituelle.

Plusieurs auteurs affirment que l'infirmière occupe une place déterminante dans l'amélioration de cette prise en charge somatique en milieu psychiatrique (Cormac & Gray, 2012; Cunningham et al., 2013). Dans les Standards de pratique de l'infirmière dans le domaine de la santé mentale, Durand et France (2016) affirment :

« Dans le domaine de la santé mentale, l'infirmière démontre des compétences découlant à la fois de ses connaissances, de ses habiletés cliniques et de son attitude obtenues grâce à la formation et à l'expérience clinique auprès des personnes présentant des troubles mentaux souvent en association avec des comorbidités liées à la santé physique et en concomitance avec un trouble de dépendance (American Nurses Association (ANA), American Psychiatric Nurses Association (APNA) et International Society of Psychiatric-Mental Health Nurses (ISPN), 2014) » (p.11).

Au vu du rôle clé qu'occupe l'infirmière en santé mentale, il semble donc intéressant d'étudier plus en profondeur la nature de ce rôle et en quoi il consiste réellement sur le terrain.

4.2 Question de recherche

« Quels sont la contribution et le rôle infirmier, en unité psychiatrique hospitalière et milieu communautaire, par rapport à l'évaluation, la prévention et la promotion de la santé physique des personnes adultes atteintes de trouble mental sévère ? »

4.3 But de la recherche

L'objectif de cette revue de la littérature est :

- D'identifier et d'analyser la contribution et le rôle de l'infirmière en santé mentale, par rapport à l'évaluation, la prévention et la promotion de la santé physique des personnes adultes atteintes de trouble mental sévère,
- D'identifier et d'analyser les attitudes des infirmières en santé mentale, par rapport à l'importance de prendre en considération la santé physique des personnes adultes atteintes de trouble mental sévère.

5. Concepts théoriques

Cette analyse conceptuelle débute avec une description et une définition des principaux concepts. Ils permettront de clarifier ce travail et d'obtenir une meilleure compréhension de la question de recherche et de l'analyse documentaire qui en découle.

5.1 La maladie mentale

Les facteurs culturels et les perceptions propres à chacun de la maladie mentale, compliquent la possibilité d'en donner une définition universelle (Townsend & Clavet, 2010). Cependant, dans la littérature et selon les auteurs, différentes définitions existent. Ce travail en présente deux.

Selon Townsend et Clavet (2010), elle se caractérise par :

« Des réactions inadaptées à des agents stressants de l'environnement interne ou externe, mises en évidence par des pensées, des sentiments et des comportements qui ne correspondent pas aux normes locales et culturelles, et qui nuisent au fonctionnement social, professionnel ou physique de la personne » (p. 20).

Selon l'Association Américaine de Psychiatrie (2013), le trouble mental est un : « syndrome caractérisé par une perturbation cliniquement significative de la cognition d'un individu, de sa régulation émotionnelle ou de son comportement, et qui reflète l'existence d'un dysfonctionnement dans les processus psychologiques, biologiques ou développementaux sous-tendant le fonctionnement mental » (p. 22) .

Cette terminologie du trouble mental est générale et englobe un vaste ensemble de pathologies bien différentes et spécifiques de par leurs étiologies, manifestations et conséquences sur le fonctionnement de la personne atteinte. Dans ce travail, toutes les études analysées utilisent le terme anglais « severe mental illness » (SMI). Les termes anglais « serious mental illness » (SMI) et « severe mental illness » (SMI) sont souvent utilisés de façon interchangeable.

The Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), agence au sein du département américain de la santé, a défini ainsi le SMI :

- Une affection qui touche les personnes âgées de 18 ans ou plus, qui, actuellement ou à un moment quelconque de l'année écoulée, ont eu un trouble mental, comportemental ou émotionnel diagnostiquable (à l'exclusion des troubles du développement et de l'utilisation de substances psychoactives)
- D'une durée suffisante pour répondre aux critères diagnostiques spécifiés dans le DSM-IV (APA, 1994)
- Qui a entraîné une grave altération fonctionnelle, qui interfère ou limite considérablement une ou plusieurs activités majeures de la vie comme le maintien de relations interpersonnelles, les activités de la vie quotidienne, le soin de soi, l'emploi et les loisirs
(Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2016).

Cette définition a été modifiée depuis pour exclure également les démences et les troubles mentaux attribuables à une affection médicale générale (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2016). Les troubles mentaux, répondant généralement aux critères du SMI, incluent la schizophrénie, le trouble schizo-affectif, les troubles psychotiques, les troubles dépressifs majeurs, les troubles bipolaires et le trouble de la personnalité borderline. Les troubles anxieux (tels que le trouble obsessionnel compulsif et le trouble panique) ou les troubles de l'alimentation (comme l'anorexie mentale et la boulimie nerveuse) peuvent également répondre aux critères du SMI (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2016).

Au vu de la multitude et de la diversité des troubles psychotiques que peut englober ce terme SMI, ce travail se focalisera sur un approfondissement et une explication non exhaustifs de la schizophrénie et du trouble bipolaire, les deux pathologies les plus communes et les plus citées dans chaque étude. Toutefois, au cours de ce travail, la traduction française « trouble mental sévère » sera utilisée pour correspondre au terme anglais cité dans les études. Bien qu'actuellement, il existe le DSM-V, ce travail se basera sur une définition issue du DSM-IV, étant donné les critères du SMI cités plus haut.

5.1.1 La schizophrénie

Selon le DSM-IV, « la schizophrénie est une affection qui dure au moins 6 mois et inclut au moins 1 mois de symptômes de la phase active (c.-à-d. deux ou plus des manifestations suivantes : idées délirantes, hallucinations, discours désorganisé, comportement grossièrement désorganisé ou catatonique, symptômes négatifs)» (American Psychiatric

Association, 1996, p. 321). Les critères diagnostiques de la schizophrénie sont précisés dans l'annexe II.

Diverses manifestations et perturbations comportementales caractérisent ce trouble. Leur explication permettra de comprendre les attitudes et les facteurs de risque associés, définis plus loin.

Tout d'abord, le contenu de la pensée des personnes souffrant de schizophrénie est caractérisé par des idées délirantes qui sont « des convictions personnelles fausses qui ne correspondent pas aux capacités intellectuelles de la personne ni à son bagage culturel » (Townsend & Clavet, 2010, p. 392). La perception de ces personnes peut être perturbée par des hallucinations touchant les cinq sens et décrites ainsi « des perceptions sensorielles fausses sans association avec des stimuli externes réels » (Townsend & Clavet, 2010, p. 393). L'affect des personnes souffrant de schizophrénie peut être inadéquat, inapproprié, neutre, plat ou labile. Un désintéressement de l'environnement et de l'apathie se rencontrent souvent chez cette population (Townsend & Clavet, 2010).

Par rapport à la perception de soi, « étant donné la fragilité des frontières de son moi, la personne atteinte de schizophrénie ne se sent pas unique et connaît une grande confusion d'identité » (Townsend & Clavet, 2010, p. 394). La volition est aussi troublée chez ces personnes qui peuvent manquer d'intérêt ou de motivation. Elle se manifeste par « l'incapacité ou la difficulté d'accomplir des activités axées sur un but précis » (Townsend & Clavet, 2010, p. 394). Les relations avec le monde extérieur sont souvent difficiles pour cette population, et se manifestent par un isolement social. De plus, la personne atteinte de schizophrénie a tendance à oublier de prendre soin d'elle-même (Townsend & Clavet, 2010). Cet aspect peut expliquer, entre autres, l'état de santé physique de cette population. Concernant le comportement psychomoteur, la personne souffrant de schizophrénie manque d'énergie et de force pour l'accomplissement des activités de la vie quotidienne (Townsend & Clavet, 2010).

Enfin, lorsqu'il s'agit de décrire les symptômes d'une schizophrénie, on parle de symptômes positifs et négatifs, définis ainsi : « les symptômes positifs reflètent en général l'excès ou la distorsion de fonctions normales. Les symptômes négatifs correspondent à une diminution ou une perte des fonctions normales. La plupart des patients présentent les deux types de symptômes » (Townsend & Clavet, 2010, p. 395). Leurs caractéristiques sont précisées en annexe III.

5.1.2 Le trouble bipolaire

Selon le DSM-IV, « le trouble bipolaire I est essentiellement caractérisé par la survenue d'un ou de plusieurs Episodes maniaques ou Episodes mixtes. Les sujets ont souvent également présenté un ou plusieurs Episodes dépressifs majeurs » (American Psychiatric Association, 1996, p. 413) .

L'épisode maniaque est « défini comme une période nettement délimitée d'élévation de l'humeur ou d'humeur expansive ou irritable »(American Psychiatric Association, 1996, p. 386). Lors d'un épisode maniaque, « la perturbation est suffisamment grave pour causer des changements marqués dans la capacité fonctionnelle, sur le plan professionnel, sur celui des activités sociales ou des relations interpersonnelles »(Townsend & Clavet, 2010, p. 420) . De plus, « l'activité motrice est excessive et frénétique ; des éléments psychotiques peuvent être présents » (Townsend & Clavet, 2010, p. 420).

L'épisode mixte est « défini comme une période (d'au moins une semaine) au cours de laquelle sont présents à la fois les critères d'un Episode maniaque et ceux d'un Episode dépressif majeur, presque tous les jours » (American Psychiatric Association, 1996, p. 392).

L'épisode dépressif majeur se caractérise essentiellement par une « humeur dépressive ou une perte d'intérêt ou de plaisir pour presque toutes les activités persistant au moins deux semaines » (American Psychiatric Association, 1996, p. 377).

Le trouble bipolaire II « est essentiellement caractérisé par la survenue d'un ou de plusieurs Episodes dépressifs majeurs accompagnés d'au moins un Episode hypomaniaque » (American Psychiatric Association, 1996, p. 423).

L'épisode hypomaniaque est « défini comme une période nettement délimitée durant laquelle il existe une élévation anormale et persistante de l'humeur ou une humeur expansive ou irritable, pendant au moins 4 jours » (American Psychiatric Association, 1996, p. 395). Contrairement à l'épisode maniaque, « l'hypomanie n'est pas assez grave pour modifier sensiblement la capacité fonctionnelle de la personne dans ses activités sociales ou professionnelles ou encore pour nécessiter son hospitalisation ; en outre aucun élément psychotique n'est présent » (Townsend & Clavet, 2010, p. 420) .

Enfin, « les troubles bipolaires se caractérisent par des fluctuations de l'humeur qui passent de la dépression profonde à l'euphorie extrême, entrecoupées de périodes de normalité » (Townsend & Clavet, 2010, p. 420). Tous les critères reliés aux différents épisodes sont précisés dans les annexes IV, V, VI, VII.

5.2 La santé physique des personnes atteintes de trouble mental sévère

Selon l'Institut National Britannique pour la santé et la qualité clinique (NICE) , la maladie mentale est un des facteurs de risque de mort prématurée chez l'adulte (Cormac & Gray, 2012). Outre les accidents et les suicides, la mort naturelle, en relation avec une comorbidité somatique élevée, occupe une place importante au sein de cette population (Cormac & Gray, 2012). Le risque de développer une maladie chronique est majoré par une implication faible dans les mesures de maintien de la santé combinée avec d'autres facteurs et comportements modifiables, tels que le traitement médicamenteux et ses effets secondaires, le mode de vie, la consommation du tabac et de l'alcool, ainsi qu'une faible hygiène alimentaire (American Psychiatric Association, 2013). De plus, les facteurs sociaux, tels que la pauvreté et/ou le chômage complètent les facteurs de risque (Working Group for Improving the Physical Health of People with SMI, 2016).

5.2.1 Les facteurs de risque du développement d'une maladie physique

« Un facteur de risque est tout attribut, caractéristique ou exposition d'un sujet qui augmente la probabilité de développer une maladie ou de souffrir d'un traumatisme » (OMS, 2017, sect. Facteurs de risque). Voici un aperçu non exhaustif des facteurs de risque fréquemment rencontrés dans les écrits et ouvrages concernant cette population.

Les caractéristiques de la maladie mentale, plus spécifiquement de la schizophrénie, citée précédemment, ont un impact sur l'état de santé physique. Les difficultés d'organisation, de cognition et de relation sociale entravent l'accès aux services de soins et limitent la capacité de comprendre les informations sur la santé (Cunningham et al., 2013).

La médication spécifique aux troubles mentaux sévères, dont la schizophrénie et les troubles psychotiques, sont les antipsychotiques ou neuroleptiques ; leur utilisation vise essentiellement la réduction des hallucinations, des idées délirantes, de l'agitation et de l'excitation psychomotrice (Gelder, Cowen, & Mayou, 2005). Parmi eux, se distinguent les antipsychotiques atypiques, plus récents, et les classiques ; ces différents antipsychotiques causent un grand nombre d'effets indésirables significatifs (Gelder et al., 2005). Parmi eux, la sédation et la prise de poids ont un impact direct sur la santé physique des personnes atteintes de trouble mental sévère (Gelder et al., 2005). L'augmentation de l'appétit, l'obésité et un métabolisme lipidique anormal, causés par le traitement médicamenteux, sont associés au risque de développer un diabète de type 2, de l'hypertension ou des problèmes cardiovasculaires (Cormac & Gray, 2012). Les effets sédatifs de la médication favorisent un mode de vie sédentaire, ainsi qu'une prise de poids (Cunningham et al., 2013; Stanley

& Laugharne, 2014). D'ailleurs, le niveau d'activité physique des patients atteints de trouble mental sévère est bas (Cormac & Gray, 2012).

Selon le NICE et le Royal College of Physicians & Royal College of Psychiatrists (2013), la consommation de tabac est deux fois plus courante chez les personnes atteintes de trouble mental sévère qu'au sein de la population générale. Plus de 50% des personnes atteintes de schizophrénie ont un trouble lié à la consommation de tabac et fument des cigarettes de manière régulière (American Psychiatric Association, 2013). Fumer affecte la santé physique et peut être une cause des problèmes cardiovasculaires et respiratoires ; de plus, chez les fumeurs atteints de trouble mental sévère, l'usage du tabac peut nécessiter une augmentation de la posologie de la médication antipsychotique (Working Group for Improving the Physical Health of People with SMI, 2016). Outre la consommation de tabac, les taux de consommation d'alcool et de drogues sont plus élevés que dans la population générale (Cunningham et al., 2013).

L'alimentation est également un facteur de risque. De nombreux patients atteints de trouble mental sévère ne savent pas en quoi consiste une alimentation équilibrée; d'ailleurs, les personnes souffrant de schizophrénie ont un régime plus gras et plus sucré, ainsi que pauvre en fruits et légumes (De Hert, Cohen, et al., 2011).

Par ailleurs, les personnes atteintes de trouble mental sévère ne reçoivent pas toujours des soins adaptés à la santé physique; ce problème est causé par différents facteurs tels que la stigmatisation de la maladie mentale, l'incapacité de parler de ses problèmes physiques, une mauvaise utilisation des possibilités de dépistage de la santé, un manque de connaissance et de compétence de la part des soignants (Hardy & Thomas, 2012). De plus, le « diagnostic overshadowing » peut être un facteur de risque, c'est-à-dire que les professionnels de la santé se focalisent souvent sur la maladie mentale, ce qui laisse de côté les potentiels problèmes physiques (Cunningham et al., 2013). Autrement dit, le problème mental a tendance à cacher la santé physique (Cormac & Gray, 2012).

Outre ces différents facteurs de risque, les personnes souffrant de trouble mental sévère ont souvent une situation sociale et économique pauvre et sont au chômage, ce qui accroît le risque de pathologies physiques (Cunningham et al., 2013; Working Group for Improving the Physical Health of People with SMI, 2016). De plus, selon l'OMS, la stigmatisation et la discrimination, dont sont victimes les patients et leur famille, les dissuadent d'avoir recours à des services de soins spécialisés (OMS, 2014, sect. 10 faits sur la santé mentale).

Finalement, il semblerait que le mode de vie, ainsi que ces divers facteurs, représentent une grande partie du risque accru pour le développement de problèmes physiques au niveau nutritionnel, au niveau cardiovasculaire, respiratoire et métabolique (De Hert,

Correll, et al., 2011). Sans être exhaustive, la prochaine section présente les pathologies cardiovasculaires, respiratoires, le diabète, l'obésité et le syndrome métabolique.

5.2.2 Les maladies physiques développées suite à ces facteurs de risque

5.2.2.1 L'obésité, le syndrome métabolique et le diabète

La littérature documente que l'obésité est un problème majeur et de plus en plus présent qui raccourcit la durée de vie (De Hert et al., 2011). Selon l'OMS (2017), elle se définit comme « une accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle qui peut nuire à la santé ». Elle peut avoir de nombreux effets adverses sur la santé physique et être un facteur de risque de nombreuses autres pathologies, dont le diabète de type 2, le cancer, les maladies cardiovasculaires, l'hypertension et l'apnée obstructive du sommeil (Cormac & Gray, 2012). Au sein de la population atteinte de trouble mental sévère, l'obésité est associée aux facteurs de risques, cités précédemment, tels que le manque d'exercice, l'alimentation déséquilibrée, la sédentarité, mais aussi la médication et ses effets secondaires (De Hert, Correll, et al., 2011). De plus, les symptômes négatifs de la schizophrénie, les hospitalisations, l'isolement social, la consommation d'alcool, favorisent la prise de poids (Cormac & Gray, 2012). L'obésité interagit aussi avec d'autres facteurs de maladie cardiovasculaire comme le diabète et le tabac, tous deux hautement prévalents chez la population atteinte de troubles psychiatriques (Cormac & Gray, 2012).

A ce problème de santé physique se lie également le syndrome métabolique, qui est un ensemble d'anomalies qui augmentent cinq à six fois le risque de développer un diabète de type 2, et trois à six fois le risque de mortalité par maladie coronarienne (De Hert, Correll, et al., 2011). Il y a plusieurs définitions concernant ce syndrome, cependant les caractéristiques principales sont l'obésité, l'hypertension, la dyslipidémie, l'intolérance au glucose ou la résistance à l'insuline (De Hert, Correll, et al., 2011; Cormac & Gray, 2012). La prévalence de ce syndrome est plus importante parmi les personnes souffrant de schizophrénie (De Hert, Correll, et al., 2011).

Le diabète est également un risque de santé majeur dans la population générale et sa prévalence est plus importante chez les personnes souffrant de trouble mental sévère (Cormac & Gray, 2012). Le risque accru de développer cette maladie métabolique chronique chez cette population s'explique non seulement par des facteurs génétiques et liés au mode de vie, mais aussi par la maladie psychiatrique et ses traitements (De Hert, Correll, et al., 2011). D'ailleurs, le surpoids et la sédentarité augmentent le risque de diabète de type 2 (OMS, 2016).

Le diabète de type 1, appelé également diabète insulino-dépendant, est causé par une réaction auto-immune qui détruit les cellules du pancréas productrices d'insuline. Cette maladie peut toucher toute classe d'âge, mais habituellement les enfants ou les jeunes adultes. Des injections quotidiennes d'insuline permettent de contrôler le niveau de glucose dans le sang ; sans cela la personne peut mourir (Fédération Internationale du Diabète, 2015).

Le diabète de type 2, appelé également diabète non insulino-dépendant, correspond à au moins 90% des cas de diabète. Il se traduit par une résistance à l'insuline et un déficit en insuline, ou uniquement l'un des deux. Ce diabète peut rester non diagnostiqué pendant de nombreuses années et peut survenir à tout âge. Il est souvent associé au surpoids et l'obésité. Le traitement consiste en une médication orale ou de l'insuline (Fédération Internationale du Diabète, 2015).

5.2.2.2 Les maladies cardiovasculaires

Les maladies cardiovasculaires sont les causes majeures de décès parmi les personnes souffrant de trouble mental sévère ; de plus, le taux de mortalité est 2 à 3 fois plus présent que dans la population générale (Battams & Henderson, 2010). Ce terme regroupe tout problème affectant le système cardiovasculaire bien que la maladie coronarienne et l'accident vasculaire cérébral soient les plus courants; les facteurs de risques, auxquels les personnes souffrant de trouble mental sévère sont plus exposées que la population générale, sont le tabac, l'obésité, l'hypertension, le cholestérol, le diabète, le manque d'activité physique, une mauvaise alimentation et un statut socio-économique bas (De Hert, Correll, et al., 2011).

La maladie coronarienne se traduit par une défaillance de la circulation coronarienne, qui n'arrive plus à assurer une circulation adéquate du muscle cardiaque et des tissus environnants, ce qui peut aboutir à un infarctus du myocarde (De Hert, Correll, et al., 2011).

La maladie vasculaire cérébrale est un groupe de dysfonctions cérébrales dues à une défaillance des vaisseaux sanguins perfusant le cerveau, ce qui peut causer un accident vasculaire cérébral (De Hert, Correll, et al., 2011).

5.2.2.3 Les maladies respiratoires

Les maladies respiratoires sont plus répandues chez les personnes souffrant de trouble mental sévère (De Hert, Correll, et al., 2011). Elles comprennent le cancer du poumon, la tuberculose, l'asthme, la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) et les infections des voies respiratoires. Elles sont étroitement liées à la consommation de tabac (Cormac & Gray, 2012).

Le cancer du poumon est le cancer le plus répandu dans le monde avec 1,3 millions de nouveaux cas diagnostiqués chaque année, principalement causé par la consommation de tabac (Cormac & Gray, 2012).

La tuberculose présente une incidence plus élevée parmi les patients atteints de schizophrénie que la population générale (De Hert, Correll, et al., 2011). Cette maladie infectieuse, causée par une bactérie, affecte habituellement les poumons et peut provoquer de la toux, de la faiblesse et de la fièvre. Une perte de poids, des douleurs dans la poitrine et un manque d'appétit, peuvent apparaître à un stade plus avancé de la maladie (Ligue Pulmonaire Suisse, 2017).

L'asthme se traduit par une bronchoconstriction et une hyperréactivité des voies aériennes dues à leur inflammation chronique. Les traitements sont des bronchodilatateurs et des anti-inflammatoires (Cormac & Gray, 2012).

La BPCO est une maladie à évolution lente, causant la destruction des alvéoles, une hypersécrétion de mucus et une obstruction non-réversible des voies aériennes (Cormac & Gray, 2012).

Enfin, au vu de la forte prévalence des maladies somatiques, ainsi que des taux de morbidité et de mortalité élevés au sein de cette population, il est indispensable de se questionner sur la prise en charge de ces personnes en milieu psychiatrique et communautaire et de se demander qui s'implique, qui contribue et s'engage dans l'évaluation, la prévention et la promotion de la santé physique auprès de cette population.

5.3 Le rôle infirmier en santé mentale et le cadre théorique

Rôle infirmier

Plusieurs auteurs décrivent la place de l'infirmière en santé mentale à l'égard de cette problématique, comme étant un rôle clé et important (Bradshaw & Pedley, 2012; Hardy & Thomas, 2012; Cormac & Gray, 2012 ; Cunningham et al., 2013 ; Walker & McAndrew, 2015). Cormac et Gray (2012) mentionnent que les professionnels de la santé mentale ont la responsabilité d'aider les patients à maintenir et à améliorer leur santé physique. Lawrence et al. (2013) précisent que leur mauvaise santé physique n'est pas seulement due à leurs facteurs de risques et à leur mode de vie, mais aussi aux services de santé ne répondant pas à leurs besoins. Selon Bradshaw et Pedley (2012), l'hospitalisation en milieu psychiatrique aigu peut être l'opportunité d'évaluer l'état de santé physique de la personne et de répondre à ses besoins. Cela nécessite donc d'avoir des soignants capables et compétents de reconnaître et évaluer les signes et symptômes d'une pathologie

somatique et d'entreprendre des actions de soins efficaces et adaptées (Walker & McAndrew, 2015).

Tout d'abord, une définition du rôle infirmier en psychiatrie semble nécessaire. Cependant, définir le rôle infirmier en santé mentale est problématique; les compétences interpersonnelles, ainsi que l'utilisation du soi sont propres à chacun dans la relation thérapeutique (Blythe & White, 2012). Selon Merklings (2007) :

« Extrapoler le rôle infirmier exerçant en psychiatrie pourrait paraître simple si la réalité des soins dans ce domaine n'était pas rendue complexe par l'omniprésence de la relation à l'autre et par la spécificité des pathologies qui transforment la personnalité même de l'individu souffrant. Ainsi le rôle infirmier en santé mentale se laisse très difficilement définir et circonscrire » (p. 157).

De plus, il affirme : « le rôle n'est cependant pas un modèle exclusif et impératif, il peut varier d'une personnalité à l'autre ou d'un contexte à l'autre ; mais il doit rester dans les limites fixées par la réglementation » (Merklings, 2007, p. 157).

Cadre théorique

Cependant, pour éclaircir ce rôle qu'occupe l'infirmière en milieu psychiatrique, la théorie de soins d'Hildegard E. Peplau (1909-1999) a été retenue dans ce travail. Née en Pennsylvanie en 1909, elle devient infirmière et obtient ensuite un baccalauréat en psychologie interpersonnelle et une maîtrise en nursing psychiatrique (Guay, 1997). Elle décrit son travail comme « un cadre de référence pour les soins infirmiers psychodynamiques, autrement dit pour l'engagement interpersonnel de l'infirmière auprès d'un client, dans une situation de soins infirmiers donnée » (Townsend & Clavet, 2010, p. 45). Selon elle, les soins infirmiers « désignent la relation qui s'établit entre une personne touchée par la maladie ou qui a besoin de services de santé et une infirmière qui a bénéficié d'une formation spéciale pour reconnaître les besoins d'aide et y répondre » (Townsend & Clavet, 2010, p. 45).

Selon Peplau, l'infirmière en psychiatrie exerce divers rôles. Elle est une « personne-ressource », qui donne des renseignements précis au client pour qu'il puisse comprendre son problème de santé (Townsend & Clavet, 2010, p.112). En tant que conseillère, elle est à l'écoute des sentiments du client exprimés au sujet des difficultés qu'il éprouve dans n'importe quel domaine de la vie. L'infirmière « travaille à la promotion d'expériences favorisant la santé physique et mentale » (Guay, 1997, p. 170). Etant également enseignante, elle évalue les besoins en apprentissage et fournit des informations au client ou à

son entourage afin de faciliter l'amélioration de la situation. Dans son rôle de leader, elle doit orienter le patient vers l'élaboration de son plan de soins. De plus, l'infirmière « technique » fait preuve des compétences cliniques requises pour exécuter des actions adéquates à l'intérêt du patient. Enfin, elle représente un substitut, dans ce sens qu'elle peut remplacer la figure maternelle ou n'importe quelle autre personne importante pour le patient (Townsend & Clavet, 2010).

Dans cette théorie décrite par Townsend & Clavet (2010), la relation entre l'infirmière et le patient comporte plusieurs étapes au cours desquelles, les deux « apprennent à travailler conjointement pour résoudre les difficultés » (p. 45) :

- Orientation : « le client, l'infirmière et la famille travaillent conjointement pour faire le point sur le problème, l'éclaircir et le définir » (p. 45).
- Identification : « le client commence à réagir sélectivement aux personnes qui semblent lui offrir l'aide nécessaire » (p. 45).
- Exploitation : « le client tire pleinement parti des services qui lui sont offerts. Il sait à quels soins il a droit, est à l'aise dans le cadre thérapeutique et joue un rôle actif dans la prestation des soins et dans son rétablissement » (p. 46).
- Résolution : « le client ne s'identifie plus avec les intervenants soignants et il rassemble ses forces pour retrouver son indépendance. La résolution est le résultat direct de l'achèvement réussi des trois autres phases » (p. 46).

Enfin ce modèle a eu un impact considérable, spécialement dans les soins infirmiers en santé mentale, et ses idées ont permis de donner une architecture pour la pratique de la discipline (Peterson & Bredow, 2013). Cependant, cette théorie est centrée sur l'approche relationnelle qu'exerce l'infirmière auprès des patients. En effet, il est indispensable d'établir une relation de confiance, pour ensuite adopter une approche plutôt holistique, qui considère la notion indivisible de la personne, ce qui rejoint donc la problématique de ce travail (Townsend & Clavet, 2010).

Pour la discipline infirmière, l'approche holistique, appelée également « globale », constitue un des principes fondateurs (Formarier & Jovic, 2009). Cette conception globale de la santé n'accepte pas la vision dichotomique pour comprendre une personne dans une situation de soin; dans la démarche clinique à l'égard d'un problème de santé, il n'y a aucune dissociation entre les composantes somatique et psychique (Formarier & Jovic, 2009). La discipline infirmière représente une profession large et conséquente dans le système de santé. De plus, les infirmières ont des connaissances, autant dans les problèmes de santé mentale que physique. Elles bénéficient souvent de la confiance de leurs patients et ont un

contact direct avec eux. En adoptant une approche holistique, leur situation permet de jouer ce rôle centré sur la prévention et sur des interventions de promotion de la santé physique (Happell et al., 2011). Le concept de prévention de la maladie est parfois complémentaire avec la promotion de la santé, qui « comprend des mesures visant non seulement à empêcher l'apparition de la maladie, telle que la lutte contre les facteurs de risque, mais également à en arrêter les progrès et à en réduire les conséquences » (Formarier & Jovic, 2009, p. 227).

Pour conclure, de nombreux écrits affirment que le rôle de l'infirmière a sa place dans l'évaluation, la prévention et la promotion de la santé physique des personnes atteintes de trouble mental sévère. Mais en quoi consiste-il-vraiment ? Où est la limite avec le rôle d'autres professionnels tels que le médecin généraliste ? Que se passe-t-il réellement dans la pratique ? Dans la suite du travail, l'analyse de différentes études contribuera à l'éclaircissement de ces interrogations.

6. Méthode

6.1 Design de recherche

Ce travail a privilégié une revue de la littérature, dans le but de répondre à la question de recherche.

6.2 Stratégie de recherche documentaire

Analyse documentaire

L'auteure de ce travail a débuté par un aperçu général de la littérature. Les bases de données CINAHL Complete (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) PubMed, et BDSP (Banque de Données Santé Public) ont été consultées de mai à décembre 2016.

Sur la base de données **PubMed**, issue du domaine des sciences médicales et biomédicales, les mots clés utilisés ont été « physical health », « mental illness » ainsi que « nursing role » dans le but de cibler directement la discipline infirmière. Ces mots-clés ont été combinés entre eux, grâce à l'opérateur booléen « AND ». Les critères de limite d'âge « 19-44 ans » et de publication « 2011 à 2016 » ont été directement appliqués. Ensuite, selon le thésaurus Medical Subject Headings (MeSH), des termes différents, tels que « physical health examination » et « physical health screening » ont été appliqués. L'article retenu sur cette base de données correspond à un article, également présent sur CINAHL.

Sur la base de données **CINAHL Complete**, les premiers mots clés utilisés ont été « physical health » AND « mental illness » pour obtenir, d'abord, une vision globale de la problématique. Etant donné la multitude d'articles trouvés avec ceux-ci, les critères de limite d'âge « 19-44 ans » et de publication « 2011 à 2016 » ont été directement appliqués. Ensuite, pour favoriser l'émergence d'articles plus spécifiques à la question de recherche, ainsi qu'à la discipline infirmière, les mots clés « nursing » et « nursing role » ont été ajoutés aux premiers : « physical health » et « mental illness ». Tous ces mots clés ont été combinés entre eux, grâce à l'opérateur booléen « AND ».

Sur la base de données **BDSP**, les recherches avec des mots-clés français n'aboutissant à aucune étude correspondant à la problématique, la poursuite des recherches s'est effectuée en anglais. Les mots clés utilisés ont été « physical health » et « mental illness ». Les critères d'âge et d'années de publication n'ont pas été instaurés. Cependant, pour obtenir des articles ciblant la discipline infirmière, les mots clés « nursing » et « nursing role » ont été ajoutés aux premiers : « physical health » et « mental illness ». Ils ont été combinés

entre eux, grâce à l'opérateur booléen « AND ». Cependant, aucun article en lien avec la problématique n'a été trouvé sur cette base de données.

Enfin, il est à noter que certains articles apparus avec les premiers critères, sont réapparus, ensuite, avec des critères plus restrictifs ; c'est pourquoi, le nombre final d'études retenues, affiché dans le tableau, ne correspond pas aux six études retenues.

6.3 Sélection des données : critères d'inclusion et d'exclusion

Différents critères ont permis de cibler les études les plus pertinentes et répondant au mieux à la question de recherche. Les critères d'inclusion étaient : études effectuées sur des infirmières travaillant dans un service de santé mentale, en hospitalier ou en communautaire ; études ciblant leurs attitudes et leur rôle à l'égard de la santé physique des personnes adultes atteintes de SMI (aucune pathologie mentale n'a été spécifiée) ; études ayant pour cible des adultes âgés de 19 à 44 ans ; études issues uniquement de sources primaires et publiées dans les cinq dernières années, à savoir entre 2011 et 2016 ; langue française ou anglaise.

Les critères d'exclusion étaient : pas d'études concernant la santé physique des enfants et adolescents atteints de SMI, pas d'études ciblant un trouble mental spécifique.

7. Résultats

Le tableau suivant présente les trois bases de données consultées, ainsi que les combinaisons de mots-clés, le nombre d'études trouvées et le nombre d'études retenues.

CINAHL		
Mots-clés anglais et opérateurs booléens utilisés	Etudes trouvées	Etudes retenues
Physical health AND mental illness	101	4
Physical health AND mental illness AND nursing	15	4
Physical health AND mental illness AND nursing role	5	2
PubMed		
Mots-clés anglais et opérateurs booléens utilisés	Etudes trouvées	Etudes retenues
Physical health AND mental illness AND nursing role	72	1
Physical health examination AND mental illness AND nursing role	9	0
Physical health screening AND mental illness AND nursing role	4	1
BDSP		
Mots-clés anglais et opérateurs booléens utilisés	Etudes trouvées	Etudes retenues
Physical health AND mental illness	100	0
Physical health AND mental illness AND nursing	9	0
Physical health AND mental illness AND nursing role	3	0

7.1 Etudes retenues

Dans cette revue de la littérature, six études issues de la recherche en sciences infirmières ont été retenues. Parmi elles, quatre présentent un design quantitatif et deux un design qualitatif. Etant donné que le but de ce travail est d'identifier le rôle de l'infirmière en santé mentale, ainsi que ses attitudes envers la santé physique des personnes atteintes de trouble mental, la plupart des études retenues correspondent à des collectes de données descriptives utilisant un questionnaire. Elles permettent de décrire ces attitudes, à l'égard d'un phénomène, tel que la santé physique des personnes atteintes de trouble mental sévère, ainsi que l'incidence de ce phénomène au sein de cette population. Deux études qualitatives ont été retenues, dans le but d'explorer les perceptions propres des infirmières à l'égard de leur rôle envers l'évaluation, la prévention et la promotion de la santé physique et de leurs expériences sur le terrain. Les études retenues sont présentées dans ce tableau :

Auteurs	Titre	Date de publication	Bases de données	Niveau de preuve	Facteur d'impact
Happel, B. Scott, D. Platania-Phung, C. Nankivell, J.	Should we or shouldn't we ? Mental health nurses' views on physical health care of mental health consumers	2012	CINAHL	4	1.943
Robson, D Haddad, M. Gray, R. Gournay, K.	Mental health nursing and physical health care: A cross-sectional study of nurses' attitudes, practice, and perceived training needs for the physical health care of people with severe mental illness	2012	CINAHL PubMed	4	1.943
Happel, B. Scott, D. Nankivell, J, Platania-Phung, C.	Screening physical health? Yes! But...: nurses' views on physical health screening in mental health care	2013	CINAHL	4	1.118
Howard, L. Gamble, C.	Supporting mental health nurses to address the physical health needs of people with serious mental illness in acute inpatient care settings	2011	CINAHL	4	1.055
Happel, B. Platania-Phung, C. Scott, D.	Proposed nurse-led initiatives in improving physical health of people with serious mental illness: a survey of nurses in mental health	2013	CINAHL	4	1.10
Wynaden, D. Heslop, B. Heslop, K. Barr, L. Lim, E. Chee, G-L. Porter, J. Murdock, J.	The chasm of care: Where does the mental health nursing responsibility lie for the physical health care of people with severe mental illness ?	2016	CINAHL	4	1.943

7.2 Considérations éthiques des articles retenus

Les six études retenues dans cette revue de la littérature mentionnent l'approbation éthique pour mener l'étude, soit par un comité d'éthique d'une université soit par un comité d'éthique gouvernemental local.

7.3 Analyse des données

Le niveau de preuve des études a été évalué, selon le grade des recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS), ci-joint en annexe VIII. Pour chaque article, un tableau de recension¹ a été rempli. Une analyse séquentielle des études a été réalisée. Une description a été effectuée en premier lieu, avec une analyse de la validité méthodologique et, ensuite de la pertinence clinique, pour faire le lien avec la question de recherche finalement.

7.3.1 Etude de Happell, Scott, Platania-Phung et Nankivell (2012)

Should we or shouldn't we ? Mental health nurses' views on physical health care of mental health consumers. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21(3), 202-210.

Analyse descriptive

Cette recherche a été menée dans un service de santé mentale en Australie, ayant une unité d'hospitalisation et une équipe en soins communautaires. Elle a pour but d'explorer les perceptions de 38 infirmières en santé mentale, envers la santé physique des patients atteints de SMI et les moyens pour améliorer l'implication infirmière. Elle utilise une approche qualitative exploratoire et les données ont été collectées, grâce à six groupes de discussion (focus groupes). Des vidéos conférences ont eu lieu, afin de permettre aux infirmières d'autres sites de participer à l'étude et d'ainsi élargir l'échantillon de participants en favorisant une approche multi-sites. Cependant, aucune information plus explicite n'a été rapportée sur cette méthode. La transcription des enregistrements audio a été réalisée par un service externe, c'est pourquoi une vérification de cette transcription a été ensuite réalisée par l'équipe de chercheurs. Une analyse thématique inductive a été effectuée. Les auteurs mentionnent une codification des données et les thèmes principaux sont présentés dans un tableau et, ensuite, associés aux verbatim des réponses.

¹ Cf Annexe I -Tableaux de recension des études

Les principaux résultats obtenus sont :

- Le rôle de l'infirmière envers la santé physique se traduit par l'identification des symptômes et les habiletés cliniques. Il dépend de chaque type de problème et chaque problème ne peut pas toujours être abordé (par exemple : la sexualité).
- Les infirmières perçoivent leur rôle et leur autorité infirmière, comme étant centrés uniquement sur la santé psychique. De plus, les infirmières n'ayant exercé qu'en santé mentale, n'ont pas les compétences pour les soins physiques ; une expérience dans les soins généraux contribuerait à améliorer ce rôle.
- La responsabilité de la santé physique est propre au patient et le rôle de l'infirmière envers elle, dépend de l'état de santé et des symptômes de la maladie.
- Des systèmes de surveillance de la santé physique existent, mais ne sont pas toujours utilisés. La relation entre le médecin et l'infirmière a un impact sur ce rôle.
- Bien que les infirmières reconnaissent leur rôle dans les soins de santé physique, des ressources sont nécessaires pour les soutenir dans l'exercice de cette tâche.

Analyse de la validité méthodologique

Un pré-test du questionnaire n'a pas pu être réalisé. Ainsi il n'a pas pu être modifié ou corrigé. Un guide d'entrevue est précisé dans l'étude avec les principaux thèmes à aborder dans les groupes de discussion et la durée de la discussion. La structure de base a permis aux chercheurs de comparer les réponses à un ensemble de questions semblables, tout en permettant à des groupes spécifiques d'aborder de nouveaux problèmes et d'approfondir des questions particulières.

Deux chercheurs ont analysé de manière indépendante les données et ont ensuite discuté ensemble des résultats. Cette reproduction progressive permet d'assurer une certaine fiabilité des données. De plus, ils ont fait appel aux deux interviewers, pour présenter leurs résultats et, ainsi, interpréter les données. Cette triangulation permet de renforcer la crédibilité des données. Cependant, pour améliorer davantage cette crédibilité, il n'a pas été possible de demander aux participants de vérifier les données, étant donné leur anonymat. Concernant la confirmabilité des données, la discussion des résultats par les chercheurs a eu lieu en même temps que la lecture en direct de l'audio pour vérifier l'interprétation des réponses des participants et le codage manuel des transcriptions. Selon l'auteur, les thèmes identifiés ne peuvent pas nécessairement être transférables au niveau international, étant donné que cette étude a été menée au niveau régional et que le système de santé australien reste très diversifié.

Enfin, l'utilisation d'un design qualitatif permet ici d'aborder, plus en détail, l'incertitude et les opinions des infirmières, concernant ce rôle et semble adéquat pour favoriser la discussion.

Analyse de la pertinence clinique et réponse à la question de recherche

Cette étude comprend un large éventail d'origines et d'expériences au niveau des infirmières, ce qui conduit à un échantillon représentant un personnel plus élargi que ce service. Les divers thèmes, développés et décrits à l'aide de verbatim, permettent finalement de donner une vision plutôt globale et riche du rôle infirmier. Dans la discussion, les auteurs citent plusieurs études qui corroborent leurs résultats. Cela permet donc de renforcer la pertinence clinique.

Le focus de l'étude concerne le rôle propre infirmier en psychiatrie envers la santé physique des patients atteints de SMI et répond ainsi directement à la question de recherche. Cette étude a été retenue, car elle apporte une vision globale à la question de recherche, en développant les perceptions propres aux infirmières à l'égard de ce rôle envers la santé physique des patients. Cette étude cible exactement la problématique de ce travail et apporte des informations issues du terrain, tant hospitalier que communautaire. Ses résultats permettent d'éclaircir la réalité du terrain et d'indiquer à quel niveau et dans quel domaine, cette prise en charge de la santé physique devrait être améliorée ou non.

7.3.2 Etude de Robson, Haddad, Gray, et Gournay (2013)

Mental health nursing and physical health care : A cross-sectional study of nurses' attitudes, practice, and perceived training needs for the physical health care of people with severe mental illness. *International Journal of Mental Health Nursing*, 22(5), 409-417.

Analyse descriptive

Cette recherche quantitative a été menée auprès de 585 infirmières qualifiées en santé mentale, recrutées auprès d'un grand service national de santé mentale au Royaume-Uni, dont la majorité travaille en milieu hospitalier. Une analyse secondaire de données collectées au cours des stades de développement et de test psychométrique de l'échelle Physical Health Attitude Scale for Mental Health Nurses (PHASe) de type Likert a été réalisée. Le but est de décrire les attitudes, la confiance, la pratique clinique et les besoins en formation, au sujet des soins de santé physique auprès de patients atteints de SMI. Les auteurs ont utilisé des statistiques descriptives. Les caractéristiques de l'échantillon, telles que les variables catégorielles et continues : sexe, âge, origine, années d'expérience, milieu professionnel, et les pourcentages relatifs à la pratique clinique infirmière, à l'égard de 14 points classés par ordre d'approbation, ont été présentés. Les valeurs obtenues par l'outil PHASe, selon l'échelle de Likert sont rapportées par la fréquence relative des réponses aux items, la moyenne et l'écart-type. Des analyses bivariées ont été effectuées, pour vérifier si la formation sur la santé physique était liée aux scores de la sous-

échelle d'attitudes ou à la pratique de la santé physique. Les chercheurs ont émis l'hypothèse qu'avoir reçu une formation post-diplôme dans les soins de santé physique, au cours des 5 dernières années, ou avoir une double qualification infirmière, est associée à une pratique de soins de santé physique plus fréquente, des attitudes plus positives et des taux de confiance plus élevés. Pour étudier les prédicteurs potentiels de la pratique de la santé physique dans l'échantillon, les chercheurs ont effectué des analyses de régression multiple. D'autres analyses de régression ont servi à examiner la relation entre les caractéristiques des participants et les attitudes identifiées par le score total de PHASe et les scores de sous-échelle.

Cette étude effectue de nombreuses analyses, qui ne sont pas toutes en lien direct avec la problématique de cette revue de la littérature. Cependant, les résultats intéressants pour contextualiser cette revue de la littérature, et documenter la plus-value de l'examen clinique en psychiatrie, sont présentés ici :

- Dans l'ensemble, les infirmières ont des attitudes positives, ont confiance en la prestation des soins et ont convenu que les soins de santé physique étaient un élément clé de leur rôle.
- La formation spécifique en santé physique post-diplôme ou une formation supplémentaire d'infirmière adulte enregistrée (RGN / RN Adult) est significativement liée à des évaluations positives de la sous-échelle PHASe.
- Une qualification RGN supplémentaire est associée de manière significative à des notes plus élevées concernant la confiance des infirmières pour prodiguer des soins de santé physique ($p < 0,001$) et les attitudes infirmières à l'égard du tabagisme ($p = 0,005$).
- Une formation antérieure en soins de santé physique est associée à des scores significativement plus positifs, concernant les attitudes infirmières dans leur implication des soins de santé physique ($p = 0,047$), et leur confiance dans la prestation de soins de santé physique ($p = 0,005$).
- Avoir reçu une formation post-diplôme dans les soins de santé physique, au cours des cinq dernières années, ou avoir une double qualification infirmière, est associée à une pratique de soins de santé physique plus fréquente, des attitudes plus positives et des taux de confiance plus élevés. Les attitudes et la confiance des infirmières et la formation antérieure sont fortement associées à la participation aux soins de santé physique.

Analyse de la validité méthodologique

L'échantillon de convenance de l'analyse primaire a été repris pour cette étude. Ainsi, la représentativité de l'échantillon peut en être compromise ; de plus, le milieu dans lequel s'est déroulée cette recherche, exige une généralisabilité des résultats avec beaucoup de précaution, étant donné qu'elle a été menée dans un unique service de santé mentale. Concernant la méthode de collecte des données, les chercheurs ont utilisé un questionnaire déjà existant sur le sujet et validé (Robson & Haddad, 2012). Cependant, des études supplémentaires dans d'autres échantillons seraient nécessaires pour explorer et confirmer sa validité psychométrique.

Dans cette étude, l'échelle PHASe est clairement décrite, des informations sur les sous-échelles et sur l'échelle du score sont données. Des stratégies fondées sur des preuves, telles que l'envoi d'enveloppes colorées et le fait d'adresser les lettres individuellement avec le nom du participant, ont été mises en œuvre pour augmenter le taux de réponse à l'enquête. D'ailleurs, celle-ci a obtenu 52% de réponses, ce qui est relativement bien lorsqu'il s'agit d'une étude par questionnaire, bien que la représentativité de l'échantillon puisse être compromise. Cependant, dans la discussion, les chercheurs indiquent que les caractéristiques de l'échantillon sont comparables aux données nationales, avec la présence tout de même de légères différences au niveau sociodémographique. De plus, ils citent d'autres études qui appuient les résultats concernant les attitudes et la pratique infirmière.

Analyse de la pertinence clinique et réponse à la question de recherche

Cet article correspond à la première étude faisant un rapport sur les attitudes des infirmières en santé mentale, à l'égard des soins de santé physique des personnes atteintes de SMI, en utilisant un outil de mesure validé. Cette étude a été retenue, car elle reflète précisément les actions qui ont lieu dans la pratique infirmière clinique, ce qui permet d'identifier le rôle propre. Elle apporte des informations relatives à la formation et aux besoins des professionnels, pour améliorer cette implication infirmière, ce qui ne répond pas directement à la problématique, mais peut donner des éléments intéressants, en vue des recommandations pour la pratique.

7.3.3 Etude de Happell, Scott, Nankivell et Platania-Phung (2013)

Screening physical health? Yes! But...: nurses' views on physical health screening in mental health care. *Journal of Clinical Nursing*, 22(15-16), 2286-2297.

Analyse descriptive

Cette étude qualitative inclut 38 infirmières d'un service de santé mentale régional, en Australie, de milieu hospitalier et communautaire. Elle a pour but d'explorer leurs perceptions sur le dépistage et le contrôle de la santé physique des patients atteints de SMI, et sur le potentiel d'utilisation d'outil, tel que le Health Improvement Profile (HIP) dans les services locaux. Cet outil a été développé au Royaume-Uni, afin d'améliorer les soins physiques des patients en santé mentale et permet un dépistage de la santé physique par l'infirmière. L'échantillon de convenance est composé essentiellement d'infirmières dotées d'une qualification spécialisée et issues du milieu hospitalier. Les auteurs utilisent un design qualitatif exploratoire, afin d'amener des informations sur un sujet encore peu connu. Six focus groups semi-structurés ont été menés par deux interviewers. Des vidéos conférences ont facilité la participation à l'étude aux infirmières éloignées. Le principe de saturation des données a été de mise dans cette étude, par conséquent aucune autre collecte des données n'a eu lieu. A l'aide du cadre général d'analyse thématique fourni par Braun et Clark (2006), les chercheurs ont analysé de manière inductive les données. Quatre thèmes en sont ressortis et sont présentés dans les résultats associés à des verbatim.

Les principaux résultats sont :

- Le dépistage et la surveillance des problèmes physiques sont des activités cliniques importantes. Cela devrait être une routine qui apporte de nombreux bénéfices, et est un premier pas pour le diagnostic, afin de s'assurer que la maladie du patient est mentale et non physique.
- Dans les soins aigus, l'accent est mis sur les soins de santé psychique et la gestion des crises, ce qui a tendance à s'opposer au dépistage des problèmes de santé physique.
- La majorité des activités d'évaluation de la santé physique et de gestion des soins sont considérés comme leur rôle. Cependant, de nombreux rôles sont partagés avec les médecins, tels que l'évaluation des antécédents médicaux, de la santé sexuelle et l'examen médical. Il y a un manque de clarté sur la responsabilité du suivi des patients.

- Les infirmières estiment ne pas avoir les ressources pour effectuer le dépistage et le manque de temps est un facteur majeur. Ce dépistage a de la valeur si une action est entreprise après.
- Selon elles, l'outil de dépistage HIP représente une duplication et un fardeau administratif excessif, nuisant au rôle clé des infirmières (temps thérapeutique avec les patients), sans aucune amélioration de la qualité des soins.

Analyse de la validité méthodologique

Presque la moitié des infirmières travaillant dans ce service ont participé à l'étude, ce qui représente un taux de 48%. Cependant, aucune information n'est donnée sur les raisons de refuser la participation à l'étude. Toutefois, les milieux infirmiers des participants de l'échantillon sont diversifiés. Mais, étant donné la diversité du système de santé en Australie et la provenance de l'échantillon de cette étude, issu d'un seul service, la transférabilité des résultats peut être limitée. Une recherche au niveau national serait davantage généralisable. Il en est de même des résultats concernant l'outil de dépistage HIP. Les avis négatifs des infirmières concernant celui-ci peuvent ne pas s'appliquer à d'autres services, où il pourrait y avoir plus de cohérence et d'efficacité de cet outil.

Le profil sociodémographique des participants, ainsi qu'un aperçu des sujets de discussion, sont décrits dans un tableau. L'utilisation d'entrevues semi-dirigées permet de conserver une certaine structure, pour atteindre les objectifs recherchés et de laisser également la liberté aux participants de soulever des points personnels.

Concernant la crédibilité des données, une vérification des transcriptions écrites par rapport aux enregistrements audio a été faite, ainsi que des révisions, pour augmenter la précision des représentations des participants. Deux chercheurs ont analysé de manière indépendante les données et ont ensuite discuté ensemble les résultats qu'ils ont trouvés. Cette reproduction progressive permet d'assurer une certaine fiabilité des données. Les résultats de l'étude sont discutés avec d'autres sources et comparés à la littérature existante sur ce sujet, ce qui permet de renforcer sa pertinence clinique.

Analyse de la pertinence clinique et réponse à la question de recherche

En utilisant ce design qualitatif, les auteurs permettent de décrire le rôle propre infirmier à l'égard de la problématique de la prise en charge physique des patients atteints de SMI et ce qui semble nécessaire d'améliorer sur le terrain, pour permettre aux infirmières de prendre en charge de manière globale et optimale, les patients. Cette étude apporte des résultats intéressants sur les barrières perçues par les infirmières et leurs besoins réels.

Cependant, au vu des limites de la transférabilité des résultats, des recherches futures au niveau national et international seraient nécessaires pour explorer les opinions des

infirmières sur ce rôle infirmier et son expansion, sur l'utilité de l'introduction d'une infirmière spécialisée dans les soins physiques et des programmes de type HIP ou d'autres méthodes, afin de pouvoir contribuer à l'amélioration de la santé physique des patients atteints de SMI.

7.3.4 Etude de Howard et Gamble (2011)

Supporting mental health nurses to address the physical health needs of people with serious mental illness in acute inpatient care settings : Physical health care in acute inpatient settings. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18(2), 105-112.

Analyse descriptive

Cette recherche a été menée au Royaume-Uni auprès de 37 infirmières en santé mentale, issues de six milieux hospitaliers aigus du Mental Health Trust. L'échantillon comprend tous les niveaux de formation, indépendamment de l'âge, du sexe ou des années d'expérience. Le personnel non qualifié a été exclu, étant donné les différents niveaux de compétences, de rôle et d'expérience. Les enregistrements de tous les patients atteints d'un SMI qui avaient été admis pendant au moins 1 semaine, dans deux lieux différents, ont été inclus dans la vérification. Les objectifs de cette étude sont :

- Déterminer le rôle perçu des infirmières en santé mentale dans l'évaluation et la gestion des besoins en santé physique des patients atteints de SMI,
- Déterminer leur confiance dans l'évaluation de la santé physique et la gestion des soins pour les patients atteints de SMI
- Examiner leur pratique de l'évaluation de la santé physique et la gestion des soins pour les patients atteints de SMI
- Identifier leurs besoins d'éducation et de formation pour répondre aux besoins de santé physique des adultes atteints de SMI.

Les chercheurs ont réalisé une recherche descriptive quantitative, à l'aide de questionnaires d'auto-évaluation, et des audits rétrospectifs des dossiers des patients.

Les principaux résultats sont :

- La totalité des participants a estimé, que répondre aux besoins de santé physique des patients atteints de SMI, était important.
- Ils ont perçu la majorité des 41 activités d'évaluation de la santé physique comme faisant partie de leur rôle, sauf les quatre suivantes : vérifier si la patiente est à jour avec le dépistage de la mammographie, vérifier les résultats sanguins concernant

le taux lipidique et le taux de prolactine et vérifier s'il est nécessaire de faire un électrocardiogramme.

- L'évaluation des effets secondaires des médicaments a été approuvée par tous les participants sans exception. De plus, les contrôles de santé physique, tels que la mesure de la pression sanguine et la surveillance du poids, sont perçus comme étant leur rôle. De même, l'évaluation des facteurs de risque liés au mode de vie et les activités de promotion de la santé, a été principalement perçue comme un rôle infirmier. Tandis que l'évaluation de la santé sexuelle, l'évaluation des antécédents médicaux et l'examen médical, font plutôt partie du rôle médical.
- Concernant la confiance des infirmières en santé mentale, elles sont « très confiantes » pour peser les patients, évaluer les changements de poids, de taille, pour prendre les signes vitaux, faire des analyses d'urine, et surveiller la glycémie. Elles sont « confiantes » pour évaluer les facteurs de risque du mode de vie, pour donner des conseils nutritionnels et d'activité physique.
- Elles décrivent un manque de formation sur les soins de santé physique, et disent ne pas être au point sur les guidelines à ce sujet.
- Il y a peu de preuves documentées que les infirmières en santé mentale entreprennent des plans de soins ou des activités de promotion de la santé, pour répondre aux besoins de santé physique.

Analyse de la validité méthodologique

Les instruments de mesure ont été élaborés pour les besoins de l'étude. Les chercheurs se sont basés sur une revue de la littérature publiée, pour développer leurs nouveaux outils. Un groupe d'expert en a fait l'analyse critique, pour améliorer leur fidélité et leur validité. Bien qu'une description détaillée des outils soit donnée dans l'étude, aucun coefficient de fidélité, ni de validité, n'est mentionné.

Seulement 37 des 78 répondants potentiels ont complété le questionnaire, ce qui signifie un taux de réponse de 47% et limite la généralisabilité des résultats. Cependant, étant donné qu'il s'agit d'une recherche descriptive quantitative, un petit échantillon peut suffire, pour obtenir les informations nécessaires sur l'objet d'étude. L'échantillon de l'audit comprend 28 dossiers et concerne uniquement les notes des infirmières et d'aucun autre professionnel. Cela restreint la vue globale des soins physiques, peut-être entrepris par les médecins.

Analyse de la pertinence clinique et réponse à la question de recherche

Malgré les limites de généralisabilité, les résultats indiquent que les infirmières en santé mentale hospitalière sont prêtes à assumer un rôle de santé physique. Selon les

auteurs, une exploration des barrières perçues pour entreprendre ces soins de santé physique est nécessaire. C'est pourquoi, l'association d'une étude au design qualitatif serait intéressante pour compléter les données quantitatives de cette étude et explorer les opinions des infirmières à l'égard de leur rôle.

Cette étude concerne uniquement le milieu hospitalier et a été retenue, au vu des résultats qui ciblent précisément la question de recherche, en indiquant quelles activités infirmières sont exercées sur le terrain, en lien avec la santé physique des patients. Elle apporte des informations, concernant les besoins des infirmières dans leur pratique, et leur formation, pour exercer au mieux ce rôle, et obtenir les compétences cliniques nécessaires, pour une prise en charge optimale du patient.

7.3.5 Etude de Happell, Platania-Phung, et Scott (2014)

Proposed nurse-led initiatives in improving physical health of people with serious mental illness : a survey of nurses in mental health. *Journal of Clinical Nursing*, 23(7-8), 1018-1029.

Analyse descriptive

Cette étude descriptive nationale transversale non-randomisée a été effectuée, en ligne, auprès de 643 membres de l'Australian College of Mental Health Nurses. Ces membres représentent des infirmières employées dans les services de santé mentale, en Australie (71, 6% issus du milieu communautaire). Elle a pour but d'explorer les opinions des infirmières sur les approches infirmières générales et spécifiques pour améliorer les résultats, en matière de santé physique des personnes atteintes SMI.

Les chercheurs ont demandé aux participants d'évaluer le potentiel de neuf stratégies d'amélioration de la santé en milieu infirmier, par les réponses « oui », « non », « pas sûr ». La question leur est formulée ainsi : « pensez-vous que les infirmières en soins de santé mentale peuvent contribuer à améliorer la santé physique des consommateurs de la manière suivante ? ». Ainsi, les résultats sont représentés par des fréquences et pourcentages des réponses, en accord avec les différentes initiatives visant à améliorer la santé physique. Les auteurs effectuent, ensuite, des statistiques inférentielles, à l'aide du test non paramétrique, le khi-deux, pour vérifier s'il existe un lien entre deux variables catégorielles, telles que le genre ou le niveau de formation et l'approbation d'une stratégie infirmière. Les résultats non significatifs sont uniquement cités, sans valeur explicite, tandis que les autres sont appuyés par des chiffres, dont le seuil de signification est inférieur à 0,05. Les participants sont ensuite interrogés sur la valeur potentielle de dix stratégies infirmières et générales pour améliorer la santé physique des patients (note de « valeur négative » à « valeur significative »). Des analyses corrélationnelles sont faites, également, entre les variables

sociodémographiques des participants et leurs opinions sur les stratégies. Pour comparer les groupes sur la signification des stratégies, les tests U de Mann-Whitney ont été effectués. Toutes les analyses statistiques ont été effectuées avec le logiciel SPSS. Cependant les résultats concernant ces analyses ne répondent pas directement à la question de recherche.

Les principaux résultats répondant à la question de recherche sont :

- Concernant les activités proprement infirmières, cinq des neuf initiatives ont été approuvées à plus de 90% et huit à plus de 80%. Les infirmières sont d'accord que les activités pouvant contribuer à améliorer la santé physique des patients atteints de SMI sont :
 - Promouvoir un mode de vie plus sain (par exemple l'activité physique, l'arrêt du tabac) (98,6%)
 - Encourager les patients à gérer leur santé physique (95,6%)
 - Dépister les problèmes de santé physique (95,5%)
 - Coordonner les services de santé physique entre les soins de santé primaires et les soins de santé mentale (93,5%).
- Les initiatives reliées aux médicaments antipsychotiques (favoriser le développement de médicaments antipsychotiques avec moins d'effets secondaires et réduire l'utilisation de médicaments antipsychotiques) ont reçu l'approbation la plus faible.
- Concernant les approches générales, très peu de participants ont vu l'une des stratégies sans valeur ou valeur négative. Les initiatives axées sur les soins primaires (c'est-à-dire la formation à la réduction de la stigmatisation, la formation des médecins généralistes sur la santé mentale et la colocation avec la santé mentale) ont toutes reçu plus de 70% de « valeur significative ». La stratégie d'une infirmière, à temps plein, spécialisée en soins de santé physique, pour soutenir l'équipe de santé mentale, a été accueillie avec 83% de répondants à une valeur modérée ou significative.

Analyse de la validité méthodologique

L'échantillon est issu du plus grand organisme national, l'Australian College of Mental Health Nurses (ACMHN). Il est composé d'infirmières issues de tous les états et territoires de l'Australie, permettant ainsi de représenter l'ensemble de la population. Les participants à l'étude ont été recrutés selon un échantillonnage par convenance. Le taux de réponse à l'étude est faible, de 22%, compromettant la généralisabilité des résultats. Le haut taux d'approbation des stratégies peut être influencé par les motivations des sujets à participer. Les énoncés proposés dans l'étude, et visant à améliorer les soins infirmiers en santé mentale, sont basés sur des focus groups précédents et des revues de la littérature.

Les questions de l'enquête étant nouvelles, une étude pilote de 15 chercheurs et de soignants a été menée. Ce pré-test, bien que positif, a donc permis de déceler les défauts du questionnaire et d'y apporter quelques modifications. Cependant, aucun coefficient de fidélité, ni de validité n'est mentionné. Selon les auteurs, en raison de la nécessité de minimiser la durée de l'enquête et le temps d'achèvement, il n'était pas possible de poser des questions sur un ensemble plus vaste de stratégies.

Analyse de la pertinence clinique et réponse à la question de recherche

Les résultats de l'étude sont discutés avec d'autres sources et comparés à la littérature existante sur ce sujet, ce qui permet de renforcer sa pertinence clinique. Les infirmières du secteur de la santé mentale d'Australie, expriment la valeur et la nécessité d'adopter des stratégies à l'intérieur et à l'extérieur des milieux cliniques. Dans l'ensemble, les infirmières doivent travailler en collaboration avec les patients, les organismes de santé et le grand public, pour mieux définir comment organiser et mettre en œuvre des stratégies d'intégration de la santé physique vers des soins de santé plus complets aux personnes atteintes de maladie mentale grave.

Cette étude aborde plutôt les stratégies infirmières pour améliorer le dépistage de la santé physique des patients atteints de SMI, issues de la littérature et les opinions des infirmières. Celles-ci ne concernent pas forcément la discipline infirmière mais plutôt les structures de santé. Il semble intéressant de garder cet article, afin d'explorer les opinions des infirmières, qui travaillent en interdisciplinarité et qui sont directement concernées par cette problématique, au sujet des solutions potentielles, pour améliorer la santé physique des patients atteints de SMI. De plus, une partie du contenu de cette étude permet d'éclaircir la représentation des infirmières sur leur rôle envers la santé physique des patients atteints de SMI, ce qui fait partie ou non de leur pratique et ce qu'elles nécessiteraient pour aborder cette problématique d'une meilleure manière.

7.3.6 Etude de Wynaden, Heslop, Heslop, Barr, Lim, Chee, ... Murdock (2016)

The chasm of care : Where does the mental health nursing responsibility lie for the physical health care of people with severe mental illness ? *International Journal of Mental Health Nursing*, 25(6), 516-525.

Analyse descriptive

Cette enquête descriptive quantitative, menée en Australie auprès de 170 infirmières des services de santé mentale communautaire, a pour but d'examiner les attitudes des infirmières en santé mentale, envers les soins de santé physique des patients atteints

de SMI. Les auteurs ont utilisé le «Mental health nurses' attitude towards the physical health care of people with severe and enduring mental illness survey » pour évaluer la pratique. Des statistiques descriptives ont été utilisées, pour présenter les caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon. Par ailleurs, les auteurs ont cherché à déterminer, si la culture du lieu de travail avait un effet sur les attitudes des infirmières, et, ainsi, des comparaisons à l'aide du test khi-deux ont été faites entre trois sites différents. Cependant, les résultats qui en découlent, n'apportent pas d'informations pertinentes à la question de recherche. Tandis que les pourcentages correspondant aux attitudes des infirmières, à l'égard de l'implication dans les soins de santé physique, ainsi qu'à leur confiance dans la prestation de soins de santé physique, permettent de répondre à la problématique de ce travail. Cette étude indique les obstacles perçus à la prestation des soins de santé physique et permet, ainsi, d'éclaircir les besoins réels du terrain.

Les principaux résultats, en lien avec la problématique de ce travail sont :

- Aider les patients à gérer leur poids (82,9%), donner des conseils nutritionnels (76,3%), donner des conseils sur la prévention des maladies cardiovasculaires (71,1%) sont des activités évaluées comme faisant partie du rôle infirmier.
- Concernant la promotion de l'exercice, les avis étaient partagés avec 49,7% ne considérant pas cela comme faisant partie du rôle infirmier.
- Les infirmières sont confiantes dans l'évaluation des signes et symptômes de l'hyperglycémie (78,2%), dans la prise de la tension artérielle (95,8%), et dans la réanimation cardiaque (82,3%). Une incertitude apparaît dans les questions concernant les risques et les effets secondaires associés à l'utilisation de médicaments psychotropes.
- Faire en sorte que les patients suivent les conseils sur la façon de gérer leur poids et une alimentation saine, sont des activités estimées difficiles à l'égard du patient. Cependant, plus de la moitié des participants ont indiqué que les patients étaient intéressés à améliorer leur santé physique. La charge de travail est perçue, d'une part, comme une barrière à la prestation de soins physiques (44,1%) et, d'autre part, comme n'étant pas une barrière (47%).

Analyse de la validité méthodologique

Les participants de l'étude ont été sélectionnés, selon un échantillonnage non-probabiliste, avec une stratification, pour obtenir une représentativité. Le taux de réponse est de 57%, ce qui est relativement bien.

L'outil de collecte des données, le « Mental health nurses' attitude towards the physical health care of people with severe and enduring mental illness survey », comprend 28

items et 4 facteurs, qui fournissent des dimensions significatives, pour cette enquête, selon les auteurs. De plus, la cohérence interne de ses sous-échelles est indiquée par un alpha de Cronbach, situé entre 0,76 et 0,61, ce qui est acceptable.

Analyse de la pertinence clinique et réponse à la question de recherche

Etant donné que les infirmières constituent la plus grande partie de la main-d'œuvre en santé mentale au niveau communautaire en Australie, elles assurent les soins aux personnes atteintes de SMI et occupent une place importante. Ainsi, l'évaluation de leur pratique a permis de déterminer, comment elles se sentent pour intégrer des soins de santé physique dans leur pratique quotidienne. Cette enquête a été enregistrée comme un projet d'amélioration de la qualité dans chaque service de santé. De plus, les auteurs citent d'autres études qui corroborent leurs résultats, cela permet de renforcer la pertinence clinique.

Enfin cette étude a été retenue, car elle apporte une évaluation de la pratique infirmière quotidienne, en milieu communautaire, pour y déterminer l'intégration des soins de santé physique.

7.4 Synthèse des principaux résultats

Les études qualitatives indiquent que les infirmières perçoivent leur rôle comme étant centré uniquement sur la santé psychique, et, qu'en milieu aigu, l'accent est mis sur la gestion des crises (Happell, Scott, Nankivell, & Platania-Phung, 2012; Happell, Scott, Platania-Phung, & Nankivell, 2013). Cependant, le dépistage et la surveillance de la santé physique sont des activités cliniques considérées comme importantes (Howard & Gamble, 2011; Happell et al., 2012 ; Happell et al., 2013).

D'ailleurs, les infirmières semblent généralement positives quant à leur rôle dans les soins physiques des personnes atteintes de SMI, en particulier pour les activités de promotion de la santé, telles que les conseils nutritionnels, l'activité physique, la surveillance du poids, les conseils sur la santé cardiaque (Happell, Platania-Phung, & Scott, 2014; Howard & Gamble, 2011; Robson, Haddad, Gray, & Gournay, 2013; Wynaden et al., 2016). Toutefois, une incertitude apparaît dans les questions concernant les risques et les effets secondaires associés à l'utilisation de médicaments psychotropes (Happell et al., 2014 ; Wynaden et al., 2016). D'ailleurs, plusieurs rôles sont partagés avec les médecins, tels que l'évaluation des antécédents médicaux, de la santé sexuelle et l'examen médical (Happell et al., 2013; Howard & Gamble, 2011). Outre les activités proprement infirmières, les stratégies générales de santé publique sont perçues comme pouvant avoir une valeur significative dans l'amélioration de la santé physique des personnes atteintes de SMI (Happell et al., 2014).

Bien que les infirmières reconnaissent leur rôle dans les soins de santé physique, elles estiment ne pas avoir les ressources nécessaires pour exercer cette tâche, et expriment un besoin de formation et de soutien (Howard & Gamble, 2011; Happell et al., 2012). La charge de travail et le temps sont perçus comme des barrières à la prestation de soins physiques (Howard & Gamble, 2011; Wynaden et al., 2016) D'ailleurs, il est ressorti qu'avoir suivi une formation post-diplôme dans les soins de santé physique ou avoir une double qualification infirmière est associée à une pratique de soins de santé physique plus fréquente, des attitudes plus positives et des taux de confiance plus élevés (Robson et al., 2013). De plus, les infirmières n'ayant exercé qu'en santé mentale n'auraient pas suffisamment de compétences pour les soins physiques/techniques ; une expérience clinique dans les soins généraux contribuerait à améliorer ce rôle (Happell et al., 2012).

Dans l'ensemble, les infirmières ont des attitudes positives, ont confiance dans la prestation des soins et estiment que les soins physiques/techniques sont un élément clé de leur rôle. Cependant, ces résultats documentent la présence d'une incertitude quant au niveau de responsabilité des infirmières par rapport à la santé physique.

8. Discussion

8.1 Discussion des résultats

Cette recherche documentaire avait l'ambition de répondre à la question de recherche suivante : « *Quels sont la contribution et le rôle infirmier, en unité psychiatrique hospitalière et milieu communautaire, par rapport à l'évaluation, la prévention et la promotion de la santé physique des personnes adultes atteintes de trouble mental sévère ?* ».

Cette revue de la littérature n'identifie qu'avec peu de précision le rôle infirmier en psychiatrie à l'égard de la santé physique des patients atteints de SMI. Cependant, elle a permis de parcourir les perceptions des professionnels de la santé envers cette activité professionnelle, et d'identifier les activités en lien qui ont lieu sur le terrain.

Tout d'abord, les écrits indiquent que pour les infirmières en santé mentale, répondre aux besoins de santé physique apparaît nécessaire ; le dépistage des problèmes de santé physique est identifié comme une première étape et une activité fondamentale (Howard & Gamble, 2011; Happell et al., 2013). Howard et Gamble (2011) confirment ce postulat et rapportent que 75% des infirmières en milieu hospitalier psychiatrique estiment que cette activité est très importante. Ces résultats rejoignent ceux d'une étude récente de Bressington et al. (2016), où les infirmières en psychiatrie confirment l'importance de prendre en charge autant la santé physique que mentale et d'avoir une vision holistique des soins (Bressington et al., 2016). Cependant, cette considération ne suffit pas pour déterminer qui prend la responsabilité d'assurer la mise en œuvre de cette activité.

En effet, les recherches décrivent une ambivalence et un désaccord sur les responsabilités d'évaluation de la santé physique (Happell et al., 2012; Wynaden et al., 2016). Une revue de la littérature rapporte l'ambiguïté de ce rôle infirmier, en supposant que cette nécessité de répondre aux besoins de santé physique représente pour les infirmières une extension de leur rôle centré sur la santé mentale et peut être source de stress et de confusion (Blythe & White, 2012). Sans être exhaustives, deux études expliquent que la priorité des soignants en santé mentale concerne la gestion de la crise et l'aspect psychique, ce qui risque de s'opposer à une évaluation clinique physique de la personne en crise (Happell et al., 2012; Howard & Gamble, 2011). Une revue de la littérature confirme ce fait en mentionnant qu'il existe un manque de clarté parmi les professionnels de la santé en regard de cette responsabilité et que la prise en charge de la santé mentale est primordiale et laisse la santé physique en seconde position (Cunningham et al., 2013). Gray et Brown (2017) soulignent également que les infirmières en milieu hospitalier aigü déclarent avoir un

manque de confiance dans le fait de prodiguer des soins de santé physique, et que ceci n'est pas une priorité élevée pour elles (Gray & Brown, 2017).

Toutefois, malgré une ambivalence de l'évaluation physique dans le rôle infirmier en psychiatrie, les études explorées indiquent que des activités infirmières, en lien avec la santé physique, sont la plupart du temps intégrées dans la pratique clinique quotidienne. D'ailleurs, selon Peplau, l'infirmière en psychiatrie occupe un rôle dans la promotion d'activités favorisant la santé mentale et physique (Guay, 1997). Les études documentent des activités spécifiques dans le cadre de la promotion d'une alimentation saine et d'une activité physique régulière, ainsi que la surveillance du poids auprès des patients atteints de SMI ; ces pratiques sont les plus rencontrées sur le terrain et sont considérées comme faisant partie du rôle infirmier (Happell et al., 2014, 2013, 2012; Wynaden et al., 2016). Celles-ci sont en lien avec une comorbidité fréquemment rencontrée auprès de cette population, l'obésité. Cependant, les recherches documentent la présence d'un débat persistant sur le rôle et l'approche infirmière chez les patients avec un traitement de médicaments antipsychotiques. Pour certaines, une incertitude apparaît quant aux effets thérapeutiques et ad-verses des psychotropes chez les patients (Wynaden et al., 2016), alors que d'autres infirmières se sentent confiantes dans leur évaluation (Happell et al., 2013). Dans l'étude récente de Gay et Brown (2017), les patients, sous traitement de psychotropes, témoignent que les effets secondaires des médicaments ont un impact important sur leur bien-être physique, et cela est souvent ignoré par les infirmières. Ces patients ont perçu les infirmières comme occupées et inaccessibles (Gray & Brown, 2017).

L'infirmière en psychiatrie n'est pas seulement une conseillère mais selon Peplau, elle occupe également un rôle de « technicienne », devant faire preuve de compétences cliniques en lien avec la santé physique. Ce dépistage et cette évaluation de la santé physique en milieu psychiatrique se base donc sur des gestes techniques et des contrôles précis. Les recherches indiquent une confiance élevée dans des gestes techniques tels que la prise de pression sanguine, la prise des signes vitaux, la surveillance du poids et de la taille, et la réanimation (Happell et al., 2013; Robson et al., 2013 ; Wynaden et al., 2016). Malgré une fréquence relativement élevée des activités infirmières en lien avec la santé physique dans les milieux psychiatriques, selon certains résultats, ce rôle est perçu comme n'étant pas uniquement du ressort infirmier mais qu'il devrait être partagé avec d'autres professionnels de la santé tels que les médecins; la collaboration interdisciplinaire permettrait d'améliorer cette prise en charge (Happell et al., 2013, 2012). Une revue de la littérature précise, d'ailleurs, que la mauvaise communication entre les services de santé et les professionnels contribue à la négligence des soins de santé physique des personnes atteintes

de SMI (Blythe & White, 2012). Des aspects liés à la santé sexuelle ou aux contrôles oncologiques par exemple sont perçus comme faisant partie du rôle médical (Happell et al., 2013, 2012). En outre, deux études octroient une part de responsabilité de la santé physique au patient lui-même (Happell et al., 2012; Howard & Gamble, 2011).

Il semble également intéressant de distinguer le milieu communautaire versus le milieu hospitalier. Pour certaines infirmières, les patients sont décrits comme mentalement bien en milieu communautaire et sont plus à même de parler de leur santé physique contrairement au milieu hospitalier où les symptômes de la maladie mentale sont généralement aigus (Happell et al., 2012). Dans ses recommandations, le Working Group for Improving the Physical Health of People with SMI (2016), décrit des approches différentes selon le milieu. Au niveau communautaire, les patients devraient être suivis par un médecin généraliste tandis qu'en milieu hospitalier, il s'agirait plutôt d'un travail interdisciplinaire (Working Group for Improving the Physical Health of People with SMI, 2016).

Finalement, cette incertitude du rôle infirmier à l'égard de l'intégration de la santé physique provient de quelques facteurs relevés par les infirmières. Comme dans les autres milieux et structures de soins, le temps est une barrière au dépistage des problèmes de santé physique, de même que le manque de ressources et de clarté (Howard & Gamble, 2011). Pour la plupart, la formation et l'expérience professionnelle jouent un rôle important dans ce problème. Gay et Brown (2017) soulignent que les infirmières ont reconnu avoir besoin de développer leurs compétences en santé physique. Ce point est relevé dans une revue de la littérature, dont les résultats mentionnent que les infirmières en santé mentale devraient avoir une connaissance approfondie des besoins en santé physique pour pouvoir les identifier et les évaluer chez les patients atteints de SMI (Blythe & White, 2012). Happell et al. (2012) déclarent que les infirmières n'ayant exercé qu'en santé mentale et détenant une spécialisation en santé mentale n'auraient pas assez de compétences pour prodiguer des soins et une évaluation de la santé physique ; une expérience dans les soins généraux contribuerait à améliorer ce rôle (Happell et al., 2012). Pourtant, Walker et McAndrew (2015) précisent que, bien qu'au Royaume-Uni la formation infirmière préconise les avantages d'une formation généralisée plutôt que spécifique, des preuves provenant des États-Unis, de l'Australie et de l'Europe, qui ont des programmes généraux de soins infirmiers, suggèrent que ce problème d'évaluation, de prévention et de promotion de la santé physique est plus complexe qu'un changement dans la formation et l'éducation. Toutefois, Cunningham et al. (2013) évoquent que ce manque de connaissance n'est pas uniquement

apparu dans la discipline infirmière mais s'étend au niveau médical et à d'autres professionnels de la santé. Il s'ensuit le questionnement, où est-il possible d'agir pour espérer un éventuel changement ?

L'ensemble des études analysées dans ce travail explorent les perceptions des infirmières à l'égard de leurs propres actions de dépistage et d'évaluation de la santé physique, mais l'étude de Happel, Platania-Phung et Scott (2013) est un sondage sur les « nurse-based strategies » et leur potentiel d'action dans l'amélioration de la santé physique. Est-ce que ces initiatives seraient-elles prometteuses pour améliorer cette problématique ? Les résultats indiquent que cinq des neuf initiatives proposées ont été approuvées à plus de 90% et huit à plus de 80%. Parmi elles sont proposées la colocation des services de soins primaires et mentaux en un seul endroit par exemple, la formation des médecins généralistes sur les problèmes de santé mentale pour qu'ils fournissent des soins de santé aux patients atteints de maladie mentale, la création d'un programme de réduction de la stigmatisation des maladies mentales pour le personnel de soins primaires. Enfin, selon Happel et al. (2014), la proposition d'avoir une infirmière spécialisée à plein temps dans la santé physique pour soutenir l'équipe de soignants en psychiatrie a montré une forte approbation de la part des infirmières. Un poste spécialisé en soins infirmiers, tel qu'une infirmière consultante en santé physique, a été identifié comme une stratégie et une solution potentielle ; ce poste devrait jouer un rôle de soutien solide non seulement pour les patients, mais aussi pour les soignants (Happell, Wilson, Platania-Phung, & Stanton, 2016). Ces initiatives ne s'adressent pas directement aux infirmières en santé mentale, mais influenceraient des changements au niveau du système de santé. Cependant, pour rester au niveau disciplinaire, la littérature précise qu'il existe certains outils d'évaluation de la santé physique, mis à disposition des infirmières, mais qui ne sont pas toujours utilisés (Brenda Happell et al., 2012). Bressington et al. (2016) précisent que l'utilisation d'outils, tel que le HIP, serait réalisable et bénéfique pour une prise en charge holistique des patients atteints de SMI. Cependant, Howard & Gamble (2011) décrivent que la vision des infirmières est souvent en opposition avec cette approche ; il représente pour certaines un fardeau administratif et est considéré comme un manque de contribution à une meilleure santé physique ; de plus les résultats affirment que le dépistage n'est utile que si des mesures appropriées sont prises.

Enfin, l'infirmière en psychiatrie peut avoir l'idéal de fournir des soins de manière holistique, cependant des problèmes multifactoriels semblent l'en empêcher (Howard &

Gamble, 2011). Malgré cette ambivalence et incertitude, au vu de la relation interpersonnelle privilégiée que peut instaurer l'infirmière en psychiatrie, elle reste un pilier pour promouvoir la santé physique (Walker & McAndrew, 2015).

8.2 Discussion de la qualité et de la crédibilité des évidences

Les études analysées dans ce travail ont toutes un faible niveau de preuve scientifique, niveau IV selon le grade des recommandations de la HAS. Elles sont pour la plupart des études descriptives ou qualitatives qui « représentent les sources potentielles pour obtenir de l'information sur la compréhension d'une expérience vécue » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 473). Les résultats des deux études qualitatives menées en Australie dans un service régional de santé mentale sont difficilement transférables au niveau national étant donné le système de santé très diversifié (Brenda Happell et al., 2013, 2012). Quant aux études quantitatives, des limites, telles que la petite taille des échantillons ou sa provenance d'un seul service, la méthode non-probabiliste d'échantillonnage, et le faible taux de réponse aux questionnaires pour certaines, restreignent la généralisabilité des résultats.

Quant aux méthodes de collecte des données, seulement deux études indiquent le coefficient alpha de Cronbach, qui évalue la cohérence interne de leur instrument. Les autres études décrivent des informations concernant la fidélité et la validité des instruments, mais ne mentionnent aucun coefficient précis.

De plus, quatre études sur six ont été menées dans un seul et même continent, l'Australie, où cette conception de la santé physique en psychiatrie semble être un sujet abordé et étudié. Cela limite la généralisabilité des résultats à d'autres pays ou d'autres continents.

8.3 Limites et critiques de la revue de la littérature

Comme cité précédemment, la provenance des études est une limite et la plupart ont été effectuées en Australie, à l'exception de deux au Royaume-Uni. Il serait donc intéressant d'analyser d'autres études menées dans d'autres continents, en Amérique, en Europe Occidentale ou en Afrique.

Le sujet de toutes les études concerne la prise en charge de la santé physique des infirmières en santé mentale à l'égard des patients atteints de SMI. Ce terme, plutôt syndromique, reste peu explicite et ne permet pas de cibler véritablement une pathologie, alors qu'il englobe un grand nombre de maladies psychiatriques, toutes différentes dans leurs caractéristiques, leurs degrés d'atteinte et leur prise en charge. En conséquence, l'utilisation d'un terme syndromique peut représenter une limite, car l'approche infirmière en milieu

psychiatrique peut être très différente d'une pathologie à une autre, et, selon l'état de santé de chacun.

Enfin, cette revue de la littérature non-exhaustive comporte une sélection de six recherches disciplinaires. Pour dégager une vision exhaustive et systématique de la problématique, une revue systématique ou une méta-synthèse de la littérature seraient nécessaires et permettraient d'analyser et synthétiser les études ayant examiné le sujet.

9. Conclusions

9.1 Propositions pour la pratique

Aucune donnée pertinente concernant la pratique d'évaluation, de prévention et de promotion de la santé physique en psychiatrie des patients atteints de SMI en Suisse n'a été clairement identifiée. Cela ne permet pas d'identifier objectivement les problèmes de pratique pouvant être résolus. Avant tout, il est important de préciser que des propositions à tous les professionnels de la santé, et pas uniquement aux infirmières, semblent nécessaires pour améliorer la pratique.

Cependant, dans leur parcours de formation de base, les infirmières HES bénéficient du module Habiletés cliniques, qui englobe des savoirs sur les techniques de soins, l'évaluation ou l'examen clinique et des techniques de communication et relationnelles (Haute Ecole Spécialisée de Suisse occidentale, 2012). De plus, dans le référentiel de Compétences du Plan d'études cadre Bachelor 2012, le premier rôle d'expert-e en soins infirmiers est défini par l'un des points suivants : « Evaluer, de manière systématique et rigoureuse, l'état de santé physique et mental de la personne » (Haute Ecole Spécialisée de Suisse occidentale, 2012, p.28).

Les infirmières oeuvrant en psychiatrie, prodiguent dans la majorité des situations, des soins relationnels, mais elles sont aussi amenées à pratiquer l'examen clinique et physique. Concrètement, en milieu hospitalier, à l'admission du patient, si son état de santé le permet, elles pourraient réaliser une anamnèse sur les habitudes de vie, telles que le tabagisme, l'alimentation, l'activité physique, et mettre en place un examen clinique tel qu'appris dans la formation initiale. Souvent, l'admission en milieu hospitalier aigu ne le permet pas car la crise est à maîtriser en premier lieu. Plus tard dans le séjour, l'infirmière pourrait accorder, lors des entretiens, une part de la discussion sur l'état de santé physique, en lien avec son mode de vie et sa médication et en collaboration avec le médecin. Outre cette première évaluation, il serait important tout au long du séjour d'effectuer régulièrement des évaluations des paramètres liés à la santé physique et de prévoir à la sortie du patient un suivi continu au niveau communautaire. Pour cela, la mise en place d'outils adéquats pour dépister, évaluer et suivre les problèmes physiques des patients atteints de trouble mental serait nécessaire dans chaque service de santé mentale. L'implication de la famille serait également une aide pour les soignants, afin de connaître plus facilement les habitudes de vie du patient, de mettre en place des attitudes de promotion de la santé, et de les rendre attentifs aux facteurs de risque qu'encourent ces personnes.

Le travail interdisciplinaire permettrait donc de soutenir les infirmières à l'égard de ce rôle, et de prendre en charge, de manière optimale et holistique, le patient. Etant donné la charge de travail de l'infirmière en psychiatrie et la barrière du temps, celle-ci peut solliciter d'autres professionnels de la santé, par rapport aux problèmes physiques rencontrés, tels que le médecin généraliste, le dentiste, le physiothérapeute, l'ergothérapeute, un coach sportif, une diététicienne.

9.2 Propositions pour la formation

La formation Bachelor en Sciences Infirmières a pour but de former des « professionnel-le-s généralistes » (Haute Ecole Spécialisée de Suisse occidentale, 2012, p. 26). Ce manuel définit les compétences dont font preuve les infirmières diplômées, à savoir qu'elles ne suivent pas de spécialisation en santé mentale ou autre, mais sont censées être capables de prodiguer des soins généraux, quel que soit leur domaine.

Une formation post-grade d'infirmière en santé mentale spécialisée, avec un accent spécifique d'évaluation des composantes de la santé physique, pourrait apporter des informations sur les pathologies fréquentes au sein de cette population et sur les approches potentielles pour aborder cette problématique. Ce poste serait une aide aux soignants du terrain et permettrait également d'effectuer le lien avec le médecin psychiatre ou généraliste.

9.3 Propositions pour la recherche

Au vu de la provenance des études et des auteurs, il serait intéressant d'étudier les attitudes infirmières en Suisse, pour pouvoir identifier les difficultés rencontrées et ensuite y apporter les ressources nécessaires. Une exploration des connaissances et des compétences d'autres professionnels de la santé dans les milieux hospitaliers aigus serait utile pour approfondir la problématique. De même, les opinions des patients hospitalisés, en ce qui concerne les soins de santé physique reçus, fourniraient des informations sur les pratiques et la pertinence d'évaluer les composantes de la santé physique, partie intégrante du traitement psychiatrique.

10. Références bibliographiques

- American Psychiatric Association. (1996). *DSM-IV: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. (J.-D. Guelfi, P. Boyer, C. B. Pull, & Pull, Trad.) (4e éd.). Paris: Masson.
- American Psychiatric Association. (2013). *DSM-5 manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. (M.-A. Crocq, J. D. Guelfi, P. Boyer, C. B. Pull, & M.-C. Pull-Erpelding, Trad.). Elsevier Masson.
- Association Nationale pour la Promotion des Soins Somatiques en Santé Mentale. (2015). *Qui sommes-nous ? Accès*
<http://www.anp3sm.com/qui-sommes-nous.html>
- Bartlem, K. M., Bowman, J. A., Bailey, J. M., Freund, M., Wye, P. M., Lecathelinis, C., ... Wiggers, J. H. (2015). Chronic disease health risk behaviours amongst people with a mental illness. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 49(8), 731-741. doi :10.1177/0004867415569798
- Battams, S., & Henderson, J. (2010). The physical health of people with mental illness and 'the right to health'. *Advances in Mental Health*, 9(2), 116-129. doi : /10.5172/jamh.9.2.116
- Blythe, J., & White, J. (2012). Role of the mental health nurse towards physical health care in serious mental illness: An integrative review of 10 years of UK Literature: *International Journal of Mental Health Nursing*, 21(3), 193-201. doi :10.1111/j.1447-0349.2011.00792.x
- Bradshaw, T., & Pedley, R. (2012). Evolving role of mental health nurses in the physical health care of people with serious mental health illness. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21(3), 266-273. doi : 10.1111/j.1447-0349.2012.00818.x
- Bressington, D., Mui, J., Wells, H., Chien, W. T., Lam, C., White, J., & Gray, R. (2016). Refocusing on physical health: Community psychiatric nurses' perceptions of using enhanced health checks for people with severe mental illness: Physical Health Checks in Mental Illness. *International Journal of Mental Health Nursing*, 25(3), 214-224. doi : 10.1111/inm.12195
- Cormac, I., & Gray, D. (2012). *Essentials of physical health in psychiatry*. RCPsych Publications.

- Cunningham, C., Peters, K., & Mannix, J. (2013). Physical Health Inequities in People with Severe Mental Illness : Identifying Initiatives for Practice Change. *Issues in Mental Health Nursing*, 34(12), 855-862. doi : 10.3109/01612840.2013.832826
- De Hert, M., Cohen, D., Bobes, J., Cetkovich-Bakmas, M., Leucht, S., Ndeti, D. M., ... Correll, C. U. (2011). Physical illness in patients with severe mental disorders. II. Barriers to care, monitoring and treatment guidelines, plus recommendations at the system and individual level. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 10(2), 138-151.
- De Hert, M., Correll, C. U., Bobes, J., Cetkovich-Bakmas, M., Cohen, D., Asai, I., ... Leucht, S. (2011). Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 10(1), 52-77.
- Durand, S., & France, L. (2016). *Standards de pratique de l'infirmière dans le domaine de la santé mentale*. Accès <http://www.oiiq.org/publications/repertoire/standards-de-pratique-de-linfirmiere-dans-le-domaine-de-la-sante-mentale>
- Fédération Française de Psychiatrie. (2003). *Le livre blanc de la psychiatrie*. Montrouge (Hauts-de-Seine) : John-Libbey.
- Fédération Française de Psychiatrie. (2015). *Comment améliorer la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique*. Accès http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2059048/fr/label-de-la-has-comment-ameliorer-la-prise-en-charge-somatique-des-patients-ayant-une-pathologie-psychiatrique-severe-et-chronique
- Fédération Internationale du Diabète. (2015). *About diabetes*. Accès <http://www.idf.org/about-diabetes?language=en>
- Formarier, M., & Jovic, L. (2009). *Les concepts en sciences infirmières*. Lyon: Arsi : Mallet Conseil.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives*. Chenelière éducation.

- Gelder, M. G., Cowen, P., & Mayou, R. (2005). *Traité de psychiatrie*. Paris: Médecine-Sciences Flammarion.
- Gray, R., & Brown, E. (2017). What does mental health nursing contribute to improving the physical health of service users with severe mental illness? A thematic analysis. *International Journal of Mental Health Nursing*, 26(1), 32-40. doi : 10.1111/inm.12296
- Guay, L. (1997). *Des modèles conceptuels en soins infirmiers*. Presses Inter Universitaires.
- Happell, B., Scott, D., Platania-Phung, C., & Nankivell, J. (2012). Should we or shouldn't we? Mental health nurses' views on physical health care of mental health consumers. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21(3), 202-210. doi : 10.1111/j.1447-0349.2011.00799.x
- Happell, B., Scott, D., Nankivell, J., & Platania-Phung, C. (2013). Screening physical health? Yes! But...: nurses' views on physical health screening in mental health care. *Journal of Clinical Nursing*, 22(15-16), 2286-2297. doi : 10.1111/j.1365-2702.2012.04325.x
- Happell, B., Platania-Phung, C., & Scott, D. (2014). Proposed nurse-led initiatives in improving physical health of people with serious mental illness: a survey of nurses in mental health. *Journal of Clinical Nursing*, 23(7-8), 1018-1029. doi : 10.1111/jocn.12371
- Happell, B., Galletly, C., Castle, D., Platania-Phung, C., Stanton, R., Scott, D., ... Furness, T. (2015). Scoping review of research in Australia on the co-occurrence of physical and serious mental illness and integrated care. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24(5), 421-438. doi : 10.1111/inm.12142
- Happell, B., Wilson, K., Platania-Phung, C., & Stanton, R. (2016). Physical health nurse consultant role to improve physical health in mental health services: A carer's perspective: Physical Health Nurse Consultant. *International Journal of Mental Health Nursing*, 25(3), 243-250. doi : 10.1111/inm.12208
- Hardy, S., & Thomas, B. (2012). Mental and physical health comorbidity : Political imperatives and practice implications. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21(3), 289-298. doi : 10.1111/j.1447-0349.2012.00823.x

Haute Autorité de Santé. (2013). Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique. Accès

www.has-sante.fr/portail/upload/docs/.../etat_des_lieux_niveau_preuve_gradation.pdf

Haute Ecole Spécialisée de Suisse occidentale. (2012). *Plan d'études cadre Bachelor 2012 Filière de formation en Soins infirmiers de la Haute école spécialisée de Suisse occidentale*. Accès

<https://www.hes-so.ch/data/documents/plan-etudes-bachelor-soins-infirmiers-878.pdf>

Howard, L., & Gamble, C. (2011). Supporting mental health nurses to address the physical health needs of people with serious mental illness in acute inpatient care settings : Physical health care in acute inpatient settings. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18(2), 105-112. doi :10.1111/j.1365-2850.2010.01642.x

HUG. (2015). Guide pour l'emploi des psychotropes d'usage courant. Accès

http://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/structures/pharmacologie_et_toxicologie_cliniques/documents/guide_des_psychotropes_2015.pdf

Lawrence, D., Hancock, K. J., & Kisely, S. (2013). The gap in life expectancy from preventable physical illness in psychiatric patients in Western Australia : retrospective analysis of population based registers. *BMJ*. doi : 10.1136/bmj.f2539

Ligue Pulmonaire Suisse. (2017). Tuberculose. Accès

<http://www.liguepulmonaire.ch/fr/maladies-et-consequences/tuberculose.html>

McDaid, T. M., & Smyth, S. (2015). Metabolic abnormalities among people diagnosed with schizophrenia : a literature review and implications for mental health nurses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22(3), 157-170. doi : 10.1111/jpm.12185

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

Office fédéral de la santé publique, Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé, & Promotion Santé Suisse. (2015). Santé psychique en Suisse : état des lieux et champs d'action. Accès

<https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/themen/mensch-gesundheit/psychische-gesundheit/politische-auftraege-im-bereich-psychische-gesundheit/dialogbericht-psychische-Gesundheit.html>

OFS. (2016). Enquête suisse sur la santé (ESS). Accès

<https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/etat-sante/psychique.html>

OMS. (2013). *Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020*. Accès

http://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/fr/

OMS. (2014). *10 faits sur la santé mentale*. Accès

http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/fr/

OMS. (2016). *Obésité et surpoids*. Accès

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/fr/>

OMS. (2017). *Facteurs de risque*. Accès

http://www.who.int/topics/risk_factors/fr/

OMS. (2017). *Qui nous sommes et ce que nous faisons....* Accès

<http://www.who.int/about/fr/>

Peterson, S. J., & Bredow, T. S. (Éd.). (2013). *Middle range theories: application to nursing research* (3rd ed). Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins Health.

Robson, D., Haddad, M., Gray, R., & Gournay, K. (2013). Mental health nursing and physical health care : A cross-sectional study of nurses' attitudes, practice, and perceived training needs for the physical health care of people with severe mental illness. *International Journal of Mental Health Nursing*, 22(5), 409-417. doi :10.1111/j.1447-0349.2012.00883.x

Saravane, D., Caria, A., & Loubières, C. (2016). Soins somatiques et psychiatrie - Soins, accompagnements et entraide - Psycom. Accès

<http://www.psycom.org/Soins-accompagnements-et-entraide/Soins-somatiques-et-psychiatrie>

- Stanley, S., & Laugharne, J. (2014). The Impact of Lifestyle Factors on the Physical Health of People with a Mental Illness : a Brief Review. *International Journal of Behavioral Medicine*, 21(2), 275-281. doi : 10.1007/s12529-013-9298-x
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2016). *Behind the Term: Serious Mental Illness*. Accès <https://www.samhsa.gov/disorders/publications-resources>
- Townsend, M. C., & Clavet, helene. (2010). *Soins infirmiers psychiatrie et santé mentale*. Saint-Laurent (Québec): ERPI.
- Walker, S., & McAndrew, S. (2015). The same but different : discussing the literature regarding mental health nurses' difficulty in meeting the physical health needs of service users, regardless of differing education programmes. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22(8), 640-646. doi :10.1111/jpm.12220
- Wand, T. (2011). Real mental health promotion requires a reorientation of nursing education, practice and research. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18(2), 131-138. doi : 10.1111/j.1365-2850.2010.01634.x
- Working Group for Improving the Physical Health of People with SMI. (2016). *Improving the physical health of adults with severe mental illness : essential actions*. Royal College of Psychiatrists. Accès <http://www.rcpsych.ac.uk/usefulresources/publications/collegereports/op/op100.aspx>
- Wynaden, D., Heslop, B., Heslop, K., Barr, L., Lim, E., Chee, G.-L., ... Murdock, J. (2016). The chasm of care : Where does the mental health nursing responsibility lie for the physical health care of people with severe mental illness ? *International Journal of Mental Health Nursing*, 25(6), 516-525. doi : 10.1111/inm.12242

11. Annexe I : Tableaux de recension des études

Etude : Happell, B., Scott, D., Platania-Phung, C., & Nankivell, J. (2012). Should we or shouldn't we ? Mental health nurses' views on physical health care of mental health consumers. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21(3), 202-210. doi : 10.1111/j.1447-0349.2011.00799

<u>Auteurs</u>	<u>Design</u>	<u>Échantillon</u>	<u>Cadre de référence / théorique</u>	<u>Méthode de collecte de données</u>	<u>Méthode d'analyse et logiciels</u>	<u>Résultats</u>	<u>Conclusion</u>	<u>Forces</u>	<u>Niveau de preuve selon HAS</u>	<u>Raison de retenir l'étude et lien avec la question de recherche</u>
Happel, B. Scott, D. Platania-Phung, C. Nankivell, J. Pays Australie Année 2012	Qualitatif exploratoire But Explorer les perceptions des infirmières travaillant en santé mentale envers la santé physique des patients atteints de SMI et les moyens pour améliorer cette implication infirmière. Question de recherche / hypothèses Aucune	38 infirmières d'un service de santé mentale de l'Australie régionale. Services : 11 = communautaire 17 = hospitalier aigu, 2 = les 2 6 = autres rôles 1 = infirmière enseignante 1 = praticienne Années d'emploi dans l'emplacement actuel : 1 à 22 ans. Expérience professionnelle : 1 à 39 ans. Formation : Master en santé mentale = 20 RN = 11 Échantillonnage Par convenance Critères incl/excl : Aucun	Aucun Concepts La santé mentale La santé physique Personnes atteintes de SMI Rôle de l'infirmière en santé mentale : soins aigus et santé communautaire	6 focus groups d'1h avec questions semi-structurées et enregistrements menés par : une infirmière diplômée et formée à l'université travaillant en santé mentale dans un autre service et un chercheur post-doctorat. Outils : questions ouvertes pour éviter les biais potentiels, spécifiques à ce service. Éthique Approbation éthique des comités de l'université et du service de santé.	Enregistrements audio. Analyse qualitative thématique inductive de Braun et Clarke : écoute des enregistrements et lecture des transcriptions par 2 chercheurs de manière indépendante. Développement de thèmes. Discussion des réponses de l'entrevue et des thèmes. Présentation des observations clés, des thèmes de départ et des citations correspondantes Discussion de l'équipe sur les résultats au sein des groupes de discussion et entre ceux-ci et élaboration de la notion de valence envers ou contre l'idée de la santé physique et le rôle infirmier avec la tendance : « devrions-nous » ou « ne devrions-nous pas » ?	Les avis des infirmières sur leur rôle dans les soins physiques sont partagés. 7 thèmes ont émergé de cette ambivalence : 1. Reconnaissance de l'existence d'un lien très étroit entre la santé physique et psychique. 2. Le rôle de l'infirmière envers la santé physique se traduit par l'identification des symptômes et les habiletés cliniques et penche vers le côté « we should ». Il dépend de chaque type de problème qui ne peut pas être toujours abordé (sexualité). 3. Perception du rôle et de l'autorité infirmière comme étant centrés uniquement sur la santé psychique. 4. Les infirmières n'ayant exercé qu'en santé mentale n'ont pas les compétences pour les soins physiques ; une expérience dans les soins généraux contribuerait à améliorer ce rôle. 5. La responsabilité de la santé physique est propre au patient et le rôle de l'infirmière envers cela dépend de l'état de santé et les symptômes de sa maladie. 6. Il existe des systèmes pour la surveillance de la santé physique mais ils n'ont pas toujours été réalisés. 7. La relation entre le médecin et l'infirmière a un impact sur ce rôle à jouer envers la santé physique.	Bien que les infirmières de cette étude reconnaissent leur rôle dans les soins de santé physique, elles nécessitent des ressources et du soutien pour l'exercer efficacement et pas seules. Un meilleur engagement des infirmières dans les soins de santé physique devrait être adaptable à la diversité des patients, à l'organisation des services, aux ressources humaines et aux possibilités et contraintes géographiques.	Diversité des groupes de discussion : hôpital et communautaire, de la région et d'ailleurs. Les infirmières ont pu connaître les opinions et les attitudes des autres sur ce sujet. Large éventail d'origines et d'expériences donc échantillon représentatif d'un personnel plus élargi que ce service. Faiblesses L'impact de la réflexivité personnelle des interviewers. Le manque d'informations sur les vidéo-conférences et sur la dynamique des groupes. Influence de cette technologie sur les résultats. Pas toutes les infirmières n'ont été interviewées. Les thèmes identifiés pas nécessairement généralisables aux infirmières exerçant dans d'autres régions d'Australie ou pays.	4	Cette étude explore les perceptions du rôle infirmier en santé mentale grâce aux représentations personnelles des infirmières travaillant dans ce milieu. Elle ne donne pas exactement des données sur ce qu'elle doit faire ou une liste d'actions, mais identifie les difficultés rencontrées à l'égard de ce rôle, en partant de l'expérience clinique et l'expérience professionnelle des participants à l'étude.

Etude : Robson, D., Haddad, M., Gray, R., & Gournay, K. (2013). Mental health nursing and physical health care: A cross-sectional study of nurses' attitudes, practice, and perceived training needs for the physical health care of people with severe mental illness: Mhn and Physical Health Care. *International Journal of Mental Health Nursing*, 22(5), 409-417. doi : 10.1111/j.1447-0349.2012.00883.x

Auteurs	Design :	Échantillon	Cadre de référence / théorique	Méthode de collecte de données	Méthode d'analyse et logiciels	Résultats	Conclusion	Forces	Niveau de preuve selon HAS	Raison de retenir l'étude et lien avec la question de recherche
Robson, D. Haddad, M. Gray, R. Gournay, K.	Analyse secondaire transversale quantitative But Décrire les attitudes, la confiance, la pratique clinique et les besoins en formation des infirmières en santé mentale envers les soins de santé physique des patients souffrant de SMI.	585 MHN Sexe : 365 = F 216 = M Années de qualification : 13 ans. Service : 397 = hospitalier 171 = communautaire Formation : 138 = RGN 120 = formation santé physique	L'échelle PHASE Concepts Soins de santé physique Trouble mental sévère Rôle infirmier en santé mentale Formation en soins infirmiers	Collecte de données entre 2006 et 2007. Stratégies fondées sur des preuves pour maximiser les taux de réponses à l'étude : papier coloré, enveloppes, et lettres adressées à chacun par leur nom. Éthique : Approbation éthique donnée par le comité d'éthique local.	Statistiques descriptives. X ₂ test et test t de students pour identifier les associations parmi les variables des participants. Analyses de régression multiple pour examiner davantage les associations entre les attitudes et la pratique. Logiciel : SPSS	Fournir un soutien et des renseignements généraux aux patients est courant dans la pratique. Le besoin en formation concerne plus la prise en charge du diabète, de la santé cardiovasculaire et de la nutrition. Les infirmières sont généralement positives quant à leur rôle dans les soins physiques des personnes atteintes de SMI, en particulier pour les activités de promotion de la santé. Dans l'ensemble, elles ont des attitudes positives, ont confiance dans la prestation des soins et ont convenu que les soins de santé physique étaient un élément clé de leur rôle. Le fait d'avoir reçu une formation post-diplôme en soins de santé physique ou une double qualification est associé à une pratique plus fréquente de la santé physique, à des attitudes plus positives et à des taux de confiance plus élevés. Le fait d'avoir une double qualification (une qualification en soins infirmiers en santé mentale et en soins infirmiers pour adultes) n'a pas eu d'effet sur les attitudes générales des infirmières dans cette étude, mais a influencé la confiance dans la prestation de soins de santé physique et les attitudes à l'égard du tabagisme.	Les résultats de cette enquête indiquent que les attitudes des infirmières en santé mentale envers les soins de santé physique des personnes atteintes de SMI sont généralement positives et qu'il semble y avoir une volonté des infirmières à assumer ces rôles. Il y a une participation fréquente et une confiance dans le suivi de l'alimentation et l'exercice, par contre il y a une ambivalence sur le dépistage du cancer et le renoncement au tabac et moins de confiance dans la capacité à fournir un soutien et des conseils sur les effets indésirables des médicaments ou en rapport avec la santé dentaire, ophtalmologique, reproductive et sexuelle. La formation spécifique est liée à des attitudes positives et à l'engagement dans la pratique.	Echantillon large incluant l'ensemble des employés du Mental Health Trust, représentatif au niveau national Faiblesses Faible taux de réponse : 52%, La généralisation des résultats peut être influencée par la collecte de données auprès d'une seule unité de santé mentale.	4	La fréquence des actions infirmières envers la santé physique permettrait d'éclaircir ce rôle présent sur le terrain. La confiance des infirmières envers chaque type d'attitude est intéressant pour rendre compte de ce qui est fait en milieu psychiatrique et comment ce rôle est perçu. Le reste des résultats concerne plutôt la formation, ce qui pourrait apporter des données pour la recommandation pour la pratique et la formation.

Etude : Happell, B., Scott, D., Nankivell, J., & Platania-Phung, C. (2013). Screening physical health? Yes! But...: nurses' views on physical health screening in mental health care. *Journal of Clinical Nursing*, 22(15-16), 2286-2297. doi : 10.1111/j.1365-2702.2012.04325.x

<u>Auteurs</u>	<u>Design</u>	<u>Échantillon</u>	<u>Cadre de référence / théorique</u>	<u>Méthode de collecte de données</u>	<u>Méthode d'analyse et logiciels</u>	<u>Résultats</u>	<u>Conclusion</u>	<u>Forces</u>	<u>Niveau de preuve selon HAS</u>	<u>Raison de retenir l'étude et lien avec la question de recherche</u>
Happel, B. Scott, D. Nankivell, J. Platania-Phung, C.	Qualitatif, exploratoire. But Explorer le point de vue des MHN sur le dépistage et le contrôle de la santé physique des patients atteints de SMI.	38 infirmières du service de santé mental de la région. Qualification : MHN specialist qualification = 20 MHN credential = 11 Aucune qualification = 5 Service : Soins aigus = 17 Communautaire = 11 Les deux = 2 Autre = 6 Années d'emploi dans ce service : 0-10 ans = 27 10-20 ans = 8 + de 20 ans = 1 Échantillonnage Par convenance. Envoi d'une invitation par mail par le Mental Health Nursing Director de la région aux 80 infirmières y travaillant Critères incl/excl	Concepts Dépistage et contrôle Santé physique Trouble mental sévère Rôle infirmier en psychiatrie envers la santé physique	Vidéo-conférences. Focus groups menés par 2 interviewers : une infirmière en santé mentale d'un autre service et un chercheur universitaire. Interviews semi-structurés, élaboration de points importants	Enregistrements audio transcrits par un service externe. Analyse thématique de Braun et Clarke (2006). Analyse inductive qui a fait émerger 8 thèmes dans la première partie d'analyse. Mise en commun et discussion des thèmes entre les deux chercheurs et émergence de 4 thèmes finaux.	Le dépistage et la surveillance sont des activités cliniques importantes. Cela devrait être une routine qui apporte de nombreux bénéfices. Il y a un besoin spécial de guidelines pour gérer les effets secondaires des antipsychotiques. Dépister les problèmes de santé physique est un premier pas pour le diagnostic afin de s'assurer que la maladie du patient est mentale et non physique. De plus, il y a un écart entre la politique du dépistage et la pratique. Dans les soins aigus, l'accent est mis sur les soins de santé mentale et la gestion des crises, ce qui a tendance à s'opposer au dépistage des problèmes de santé physique. Il est clair et catégorique que les infirmières n'ont pas les ressources pour effectuer le dépistage et le manque de temps est un facteur majeur. L'inclusion du dépistage et du suivi dans la culture a été perçue comme difficile à la lumière des ressources économiques et des pressions. Le dépistage a de la valeur si une action est entreprise après. Il y a un manque de clarté sur la responsabilité du suivi des patients. Selon les infirmières, l'outil de dépistage HIP représente une duplication et un fardeau administratif excessif nuisant au rôle clé des infirmières (temps thérapeutique avec les patients) sans aucune amélioration de la qualité des soins de santé. Le HIP n'est pas une réponse aux lacunes dans les soins de santé physique.	Les soins de santé physique des patients atteints de SMI démontrent une grave inégalité en matière de soins de santé qui est inacceptable dans la société contemporaine et qui doit être corrigée d'urgence. Les infirmières qui travaillent dans des milieux de santé mentale sont bien placées pour contribuer à l'amélioration de la santé physique grâce à un rôle de dépistage et de surveillance. Cependant, un certain nombre de barrières empêchent cela. Le dépistage de la santé physique ne peut pas simplement devenir un autre rôle que les infirmières doivent assumer sans tenir compte des charges de travail, des responsabilités des rôles et des problèmes systémiques plus vastes. Adopter un rôle central dans le dépistage et le suivi dépend de leurs opinions au sujet de ces activités et si elles améliorent réellement la santé des patients. De plus, après le dépistage, un suivi efficace est essentiel.	Aucune mentionnée dans l'étude Faiblesses Généralisabilité à d'autres parties de l'Australie difficile car système de santé très diversifié. Généralisabilité difficile des opinions infirmières sur le fardeau administratif et les nouveaux outils de dépistage (HIP) à d'autres services car il pourrait y avoir plus de cohésion et d'efficacité des programmes élaborés et d'autres systèmes dans d'autres milieux de soins.	4	Cette étude apporte un regard qualitatif à la question de recherche. Elle indique ce que pensent les infirmières sur le terrain à ce sujet, ce qu'elles considèrent comme faisant partie de leur rôle ou non et ce qui serait nécessaire actuellement pour prendre en charge la santé physique.

Etude : Howard, L., & Gamble, C. (2011). Supporting mental health nurses to address the physical health needs of people with serious mental illness in acute inpatient care settings: Physical health care in acute inpatient settings. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18(2), 105-112. doi : 10.1111/j.1365-2850.2010.01642.x

<u>Auteurs</u>	<u>Design</u>	<u>Échantillon</u>	<u>Cadre de référence / théorisme</u>	<u>Méthode de collecte de données</u>	<u>Méthode d'analyse et logiciels</u>	<u>Résultats</u>	<u>Conclusion</u>	<u>Forces</u>	<u>Niveau de preuve selon HAS</u>	<u>Raison de retenir l'étude et lien avec la question de recherche</u>
Howard, L. Gamble, C.	Descriptif quantitatif But Etudier les points de vue des infirmières en santé mentale (MHN) et la pratique de l'évaluation de la santé physique et de la gestion des soins pour les adultes de SMI, dans un contexte hospitalier aigu. Question de recherche / hypothèses Quelles sont les perceptions des MHN de leur rôle dans l'évaluation et la gestion des besoins de santé physique des patients avec SMI ? Quel est leur degré de confiance dans l'évaluation et les soins de santé physique et quelle est leur pratique à ce sujet ? Quels sont leurs besoins en formation pour répondre aux besoins de santé physique des adultes avec SMI ?	37 MHN <u>Qualifications :</u> 20 = RMN depuis plus de 5 ans 15 = RMN depuis moins de 5 ans et 2 inconnus. 2 = inconnus <u>Années d'emploi :</u> 4 mois à 34 ans <u>Échantillonnage</u> Par convenance. Recensement de MHN dans 6 milieux hospitaliers aigus du Mental Health Trust. <u>Critères d'inclusion</u> Toute MHN peu importe l'âge, sexe ou années d'expérience avec un contrat de fond. <u>Critères d'exclusion</u> Personnel non qualifié	Audit rétrospectif de 28 séries de notes de cas multidisciplinaires de patients hospitalisés pour examiner la documentation sur l'évaluation de la santé physique et la gestion des soins par les MHN. Le développement de l'outil de vérification a été étayé par la même documentation d'appui que par le questionnaire et les travaux de Greening (2005) et Ward (2005). Concepts Rôle infirmier Santé mentale Santé physique des personnes atteintes de trouble mental sévère	Questionnaire d'auto-évaluation et audit des dossiers Ethique : La recherche a été enregistrée auprès du Comité d'éthique et du Comité de recherche et développement et a été approuvée.	Codage des répondants et des variables d'activités allant de l'obtention des antécédents médicaux aux patients se référant à d'autres services de santé. Les valeurs ont été saisies pour chaque répondant et les taux de réponses ont été calculés. Les variables des rôles perçus, de la confiance et de l'activité du rôle ont été analysées à l'aide de statistiques descriptives. Logiciel : SPSS pour Windows version 15.	Répondre aux besoins de santé physique des patients avec SMI est important. La majorité des activités d'évaluation de la santé physique et de prise en charge font partie du rôle infirmier qui comprend principalement le contrôle de la santé physique, l'évaluation du mode de vie, la planification des soins et les activités de promotion de la santé. Par contre, les évaluations des antécédents médicaux et des activités de soins de santé font partie du rôle médical. L'ensemble des MHN sont très confiantes dans ces activités : prendre le poids et surveiller ses changements, la taille, les signes vitaux, faire des tests urinaires, de glucose sanguin, évaluer les effets secondaires des médicaments. Il y a une confiance moindre dans l'utilisation d'outils pour évaluer les effets secondaires des médicaments, le suivi des résultats sanguins ou de l'ECG en lien avec la médication, l'évaluation de la santé sexuelle. La documentation des soins et surveillances physiques dans les dossiers est pauvre. Il y a très peu d'évidence que les MHN fassent des activités au niveau de la santé physique. Il y a un manque de formation sur les soins de santé physique et les besoins sont importants.	Les MHN des hôpitaux sont prêtes à assumer un rôle de soins de santé physique. L'évaluation des compétences habituelles, la formation et la supervision sont essentielles pour garantir que cette aptitude soit adoptée correctement. Les outils récents d'évaluation de la santé fournissent une orientation plus claire et des guides pratiques utiles. Une exploration plus poussée des obstacles à la gestion des soins de santé physique est nécessaire. L'examen des connaissances et des compétences d'autres professionnels de la santé dans les établissements hospitaliers aigus et, surtout, les opinions des patients eux-mêmes en ce qui concerne les soins de santé reçus fourniraient des preuves que les soins physiques font partie intégrante du traitement psychiatrique.	Taux de réponse satisfaisant (47%). Contenu des nouveaux outils de collecte de données s'appuyant sur de la littérature et faisant l'objet d'un examen critique par un groupe d'experts et mis à l'essai afin d'améliorer la fiabilité et la validité. Faiblesses Echantillons du questionnaire et de l'audit petits, donc généralisabilité limitée. Outils de collecte de données récemment mis au point. L'audit concernait uniquement les notes des infirmières mais pas des autres professionnels comme les médecins qui ont peut-être enregistré des activités physiques particulières et mené ainsi aux omissions des MHN.	4	Cette étude cible vraiment la question de recherche en décrivant les activités propres au rôle infirmier concernant la santé physique des personnes atteintes de SMI. Et la manière dont elles perçoivent ce rôle dans leur pratique.

Etude : Happell, B., Platania-Phung, C., & Scott, D. (2014). Proposed nurse-led initiatives in improving physical health of people with serious mental illness: a survey of nurses in mental health. *Journal of Clinical Nursing*, 23(7-8), 1018-1029. doi : 10.1111/jocn.12371

<u>Auteurs</u>	<u>Design</u>	<u>Échantillon</u>	<u>Cadre de référence / théorique</u>	<u>Méthode de collecte de données</u>	<u>Méthode d'analyse et logiciels</u>	<u>Résultats</u>	<u>Conclusion</u>	<u>Forces</u>	<u>Niveau de preuve selon HAS</u>	<u>Raison de retenir l'étude et lien avec la question de recherche</u>
Happel, B. Platania-Phung, C. Scott, D.	Etude nationale, transversale, non-randomisée, effectuée en ligne. But Etudier les opinions des infirmières sur la valeur potentielle des approches générales et des soins infirmiers pour améliorer les résultats de santé physique des personnes atteintes de SMI et si les approches communes proposées dans la littérature sont prometteuses. Question de recherche / hypothèses Quelles approches pour améliorer la santé physique des patients les infirmières utilisent-elles ? Quelles stratégies sont considérées comme les plus significatives en termes de valeur potentielle ?	643 membres de l'Australian College of Mental Health Nurses Sexe : 175 = hommes 468 = femmes Années d'emploi : Dans ce service : 0 à 6 ans En tant qu'RN : 1 à 48 ans. Services : 36% = santé publique 17% = hospitalier Qualification : 42% accrédités comme MHN par l'ACMHN. Échantillonnage Par convenance. Autorisation demandée à l'Australian College of Mental Health Nurse pour accéder à son groupe d'adhésion pour participer à l'enquête. Critères incl/excl Aucun	Concepts Rôle de l'infirmière Santé mentale Santé physique des personnes atteintes de trouble mental sévère	10 stratégies visant à améliorer les soins infirmiers en santé mentale, dérivées de groupes de discussion avec des infirmières travaillant en santé mentale et d'exams de la littérature sur les approches visant à améliorer l'accès et la qualité des soins aux personnes avec SMI. Une liste d'approches générales pour améliorer les soins de santé physiques et 8 stratégies ont été incluses. Questions et approches nouvelles donc étude pilote de 15 personnes dans la recherche et la pratique des soins a été menée. Ethique Approbation du comité d'éthique de la recherche universitaire.	Les fréquences et les pourcentages ont été calculés et comparés pour chaque stratégie et entre les initiatives. Une analyse corrélative a été utilisée pour déterminer les liens, le contexte infirmier et les opinions sur les stratégies infirmières. Tests de X_2 effectués pour examiner les associations entre les variables catégorielles. Tests U de Mann-Whitney pour comparer les groupes sur l'importance nominale de la stratégie. Logiciel : SPSS.	Concernant les 9 stratégies propres aux infirmières pour améliorer la santé physique des personnes avec SMI, il y a un fort pourcentage d'approbation dont le plus important est 98,6% pour la promotion d'un mode de vie plus sain tandis que le plus bas est 53.3% pour la réduction de l'utilisation des antipsychotiques et leurs effets. 252 participants ont approuvé toutes les stratégies. Les participantes féminines sont plus favorables à l'implication des infirmières dans la sensibilisation du public à la mauvaise santé physique des patients. Les années dans la santé mentale et en tant qu'infirmière enregistrée ne sont pas associées à l'approbation de ces stratégies. Concernant les 10 stratégies pour améliorer la santé physique des personnes avec SMI, la réponse médiane correspond à « une valeur significative » pour 8/10 stratégies. La formation pour la réduction de la stigmatisation, la formation des médecins généralistes sur la santé mentale et la colocation soins primaires et soins en santé mentale ont eu plus de 70% de « valeur significative ».	Des stratégies visant à améliorer la santé physique des patients des services de santé mentale sont nécessaires de toute urgence. Les infirmières ont été identifiées comme un groupe professionnel qui pourrait contribuer à apporter cette amélioration. Les résultats de cette enquête suggèrent des stratégies pour promouvoir la santé physique. Bien que ce résultat soit prometteur, en termes de réduction des inégalités au niveau national, ces stratégies ne sont pas émergentes et restent un idéal. La recherche, l'éducation et la formation sont nécessaires pour passer du potentiel à l'action.	Les proportions de participants dans les États et territoires australiens sont représentatives de la population générale. La majorité des 643 participants ayant indiqué que les initiatives des infirmières pouvaient contribuer à ce problème de santé publique est significative. Faiblesses Echantillon non-randomisé et faible taux de réponse (22%). Haut taux d'approbation des stratégies pouvant être dû à l'échantillonnage, ou ceux ayant le plus d'intérêt pour ce sujet ont choisi de participer à l'étude. Besoin de minimiser la durée de l'enquête, donc impossibilité de poser des questions sur un ensemble plus vaste de stratégies.	4	Cette liste de stratégies et les opinions des infirmières envers elles indiquent en quoi consiste ce rôle et de quelle manière il est perçu dans le milieu des soins.

Etude : Wynaden, D., Heslop, B., Heslop, K., Barr, L., Lim, E., Chee, G.-L., ... Murdock, J. (2016). The chasm of care : Where does the mental health nursing responsibility lie for the physical health care of people with severe mental illness? *International Journal of Mental Health Nursing*, 25(6), 516-525 doi :10.1111/inm.1224r

<u>Auteurs</u>	<u>Design</u>	<u>Échantillon</u>	<u>Cadre de référence / théorique</u>	<u>Méthode de collecte de données</u>	<u>Méthode d'analyse et logiciels</u>	<u>Résultats</u>	<u>Conclusion</u>	<u>Forces</u>	<u>Niveau de preuve selon HAS</u>	<u>Raison de retenir l'étude et lien avec la question de recherche</u>
Wynaden, D. Heslop, B. Heslop, K. Barr, L. Lim, E. Chee, G-L. Porter, J. Murdock, J.	Enquête descriptive But Examiner les attitudes des MHN envers les soins de santé physique des patients atteints de trouble mental sévère. Question de recherche / hypothèses Est-ce que l'aspect démographique, le niveau de formation, les années d'expérience, le statut de fumeur et le lieu de travail ont un impact sur les attitudes des infirmières envers la santé physique des personnes atteintes de trouble mental ?	170 infirmiers(-ères) : <u>Sexe :</u> Homme : 62 Femme : 107 <u>Age :</u> De 20 à 65 ans <u>Qualification :</u> Diplôme : 36 Degré supérieur : 130 Non connus : 4 Échantillonnage Non-probabiliste	Concepts Santé physique Trouble mental sévère Rôle infirmier en psychiatrie envers la santé physique	Le « Mental health nurses' attitude towards the physical health care of people with severe and enduring mental illness survey », mesure de 28 items comprenant 4 facteurs : -l'engagement des infirmières à participer aux soins de santé physique -la confiance des infirmières dans la prestation de soins de santé physique -les obstacles à la prestation des soins de santé physique - les attitudes des infirmières envers le tabagisme. Ethique Approbation éthique de l'université	Analyse catégorielle, test non-paramétrique X ² utilisé pour les données de l'étude + statistiques descriptives pour les données démographiques.	Aider les patients à gérer leur poids, donner des conseils nutritionnels et faire de la prévention des maladies cardiovasculaires sont considérés dans la majorité comme faisant partie du rôle infirmier. La majorité des infirmières sont confiantes dans la reconnaissance des signes et symptômes d'une hyperglycémie, de prendre une tension et de réanimer quelqu'un. Il y a moins de confiance sur la connaissance des risques et des effets secondaires des traitements. Pour la majorité, il est difficile d'amener les patients à faire attention à leur poids et de leur faire suivre les conseils en alimentation. Environ la moitié estime que les patients sont intéressés dans la prise en charge de leur santé physique. Pour la moitié, la charge de travail est considérée comme une barrière à cette prise en charge tandis que pour l'autre moitié pas. Il y a un manque de connaissances sur les effets des psychotropes.	Les infirmières en santé mentale restent incertaines quant à leur niveau de responsabilité par rapport à la santé physique, même si les médecins et infirmières sont perçus par les patients comme ayant la responsabilité dans ce domaine. Alors que l'OMS sensibilise l'impact de la santé mentale sur la santé générale par sa promotion « pas de santé sans santé mentale » le terme « pas de santé mentale sans santé physique » n'a pas été suivi par les principaux groupes d'intervenants des décennies après son identification dans la littérature. Les infirmières en santé mentale peuvent assurer le leadership dans ce problème de santé publique et aider à réduire la disparité de l'espérance de vie entre les personnes atteintes de trouble mental sévère et la population générale. Cependant, pour agir, elles ont besoin d'une meilleure formation, d'attitudes positives envers ce domaine des soins et d'être consciente des liens cruciaux entre la santé mentale et la santé physique.	Aucune mentionnée dans l'article Faibles Aucune mentionnée dans l'article	4	Cette étude rapporte des pourcentages calculant les attitudes infirmières exercées ou non envers la santé physique des personnes atteintes de trouble mental. De plus, elle amène des informations sur ce rôle qui n'est pas clair et nécessiterait des améliorations.

12. Annexe II : Critères diagnostiques de la schizophrénie selon le DSM-IV

A. *Symptômes caractéristiques* : Deux (ou plus) des manifestations suivantes sont présentes, chacune pendant une partie significative du temps pendant une période d'1 mois (ou moins quand elles répondent favorablement au traitement) :

1. (1) idées délirantes
2. (2) hallucinations
3. (3) discours désorganisé (c.-à-d., coq-à-l'âne fréquents ou incohérence)
4. (4) comportement grossièrement désorganisé ou catatonique
5. (5) symptômes négatifs, p. ex., émoussement affectif, alogie, ou perte de volonté

N. B. : Un seul symptôme du Critère A est requis si les idées délirantes sont bizarres ou si les hallucinations consistent en une voix commentant en permanence le comportement ou les pensées du sujet, ou si, dans les hallucinations, plusieurs voix conversent entre elles.

B. *Dysfonctionnement social/des activités* : Pendant une partie significative du temps depuis la survenue de la perturbation, un ou plusieurs domaines majeurs du fonctionnement tels que le travail, les relations interpersonnelles, ou les soins personnels sont nettement inférieurs au niveau atteint avant la survenue de la perturbation (ou, en cas de survenue dans l'enfance ou l'adolescence, incapacité à atteindre le niveau de réalisation interpersonnelle, scolaire, ou dans d'autres activités auquel on aurait pu s'attendre).

C. *Durée* : Des signes permanents de la perturbation persistent pendant au moins 6 mois. Cette période de 6 mois doit comprendre au moins 1 mois de symptômes (ou moins quand ils répondent favorablement au traitement) qui répondent au Critère A (c.-à-d., symptômes de la phase active) et peut comprendre des périodes de symptômes prodromiques ou résiduels. Pendant ces périodes prodromiques ou résiduelles, les signes de la perturbation peuvent se manifester uniquement par des symptômes négatifs ou par deux ou plus des symptômes figurant dans le Critère A présents sous une forme atténuée (p. ex., croyances bizarres, perceptions inhabituelles).

D. *Exclusion d'un Trouble schizo-affectif et d'un Trouble de l'humeur* : Un Trouble schizo-affectif et un Trouble de l'humeur avec caractéristiques psychotiques ont été éliminés soit (1) parce qu'aucun épisode dépressif majeur, maniaque ou mixte n'a été présent simultanément aux symptômes de la phase active ; soit (2) parce que si des épisodes thymiques ont été présents pendant les symptômes de la phase active, leur durée totale a été brève par rapport à la durée des périodes actives et résiduelles.

E. *Exclusion d'une affection médicale générale/due à une substance* :

La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance (c.-à-d. une drogue donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale.

F. *Relation avec un Trouble envahissant du développement* : En cas d'antécédent de Trouble autistique ou d'un autre Trouble envahissant du développement, le diagnostic additionnel de Schizophrénie n'est fait que si des idées délirantes ou des hallucinations prononcées sont également présentes pendant au moins un mois (ou moins quand elles répondent favorablement au traitement).

(American Psychiatric Association, 1996, p. 335-336)

13. Annexe III : Les symptômes positifs et négatifs de la schizophrénie

Symptômes positifs	Symptômes négatifs
<p>Hallucinations</p> <p>Idées délirantes</p> <p>Pensée et discours désorganisés</p> <ul style="list-style-type: none"> • Association incohérente d'idées • Calembours • Salade de mots • Pensée concrète • Echolalie • Pensée tangentielle • Pensée circonstanciée <p>Comportement désorganisé</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apparence négligée • Comportement sexuel inadéquat • Comportement agité • Flexibilité cireuse 	<p>Indifférence affective</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faciès figé, inexpressif • Insuffisance des contacts visuels • Insuffisance du langage corporel • Affect inadéquat • Expression émotionnelle diminuée <p>Alogie (pauvreté du discours)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Réponses brèves et vides • Fluidité réduite de la parole • Contenu réduit de la parole <p>Avolition et apathie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incapacité d'accomplir des activités dirigées vers un but • Intérêt faible ou absent à l'égard du travail ou des activités sociales • Insuffisance des soins personnels et de l'hygiène <p>Anhédonie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Absence de plaisir dans les activités sociales • Diminution de l'intimité et de l'intérêt pour la sexualité <p>Isolement social</p>

(Townsend & Clavet, 2010, p. 395)

14. Annexe IV : Critères d'un Episode dépressif majeur selon DSM-IV

A. Au moins cinq des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée de deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir. **N. B.** : Ne pas inclure des symptômes qui sont manifestement imputables à une affection médicale générale, à des idées délirantes ou à des hallucinations non congruentes à l'humeur.

(1) Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (p. ex., se sent triste ou vide) ou observée par les autres (p. ex., pleure). **N. B.** : Éventuellement irritabilité chez l'enfant et l'adolescent.

(2) Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

(3) Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (p. ex., modification du poids corporel en un mois excédant 5 %), ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours. **N. B.** : Chez l'enfant, prendre en compte l'absence de l'augmentation de poids attendue.

(4) Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.

(5) Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).

(6) Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.

(7) Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).

(8) Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

(9) Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

B. Les symptômes ne répondent pas aux critères d'Épisode mixte.

C. Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

D. Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale (p. ex., hypothyroïdie).

E. Les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un Deuil, c.-à-d. après la mort d'un être cher, les symptômes persistent pendant plus de deux mois ou s'accompagnent d'une altération marquée du fonctionnement, de préoccupations morbides de dévalorisation, d'idées suicidaires, de symptômes psychotiques ou d'un ralentissement psychomoteur.

(American Psychiatric Association, 1996, p. 384-385)

15. Annexe V : Critères d'un Episode maniaque selon le DSM-IV

A. Une période nettement délimitée durant laquelle l'humeur est élevée de façon anormale et persistante, pendant au moins une semaine (ou toute autre durée si une hospitalisation est nécessaire).

B. Au cours de cette période de perturbation de l'humeur, au moins 3 des symptômes suivants (4 si l'humeur est seulement irritable) ont persisté avec une intensité suffisante :

(1) augmentation de l'estime de soi ou idées de grandeur

(2) réduction du besoin de sommeil (p. ex., le sujet se sent reposé après seulement 3 heures de sommeil)

(3) plus grande communicabilité que d'habitude ou désir de parler constamment

(4) fuite des idées ou sensations subjectives que les pensées défilent

(5) distractibilité (p. ex., l'attention est trop facilement attirée par des stimulus extérieurs sans importance ou insignifiants)

(6) augmentation de l'activité orientée vers un but (social, professionnel, scolaire ou sexuel) ou agitation psychomotrice

(7) engagement excessif dans des activités agréables mais à potentiel élevé de conséquences dommageables (p. ex., la personne se lance sans retenue dans des achats inconsidérés, des conduites sexuelles inconséquentes ou des investissements commerciaux déraisonnables)

C. Les symptômes ne répondent pas aux critères d'un Episode mixte.

D. La perturbation de l'humeur est suffisamment sévère pour entraîner une altération marquée du fonctionnement professionnel, des activités sociales ou des relations interpersonnelles, ou pour nécessiter l'hospitalisation afin de prévenir des conséquences dommageables pour le sujet ou pour autrui, ou bien il existe des caractéristiques psychotiques.

E. Les symptômes ne sont pas dus aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex. substance donnant lieu à abus, médicament ou autre traitement) ou d'une affection médicale générale (p. ex., hyperthyroïdie).

N.B. : Des épisodes d'allure maniaque clairement secondaires à un traitement antidépresseur somatique (p. ex., médicament, électrothérapie, photothérapie) ne doivent pas être pris en compte pour le diagnostic de Trouble bipolaire I.

(American Psychiatric Association, 1996, p. 391-392)

16. Annexe VI : Critères d'un Episode mixte selon le DSM-IV

A. Les critères sont réunis à la fois pour un Épisode maniaque et pour un Épisode dépressif majeur (à l'exception du critère de durée), et cela presque tous les jours pendant au moins une semaine.

B. La perturbation de l'humeur est suffisamment sévère pour entraîner une altération marquée du fonctionnement professionnel, des activités sociales ou des relations interpersonnelles, ou pour nécessiter l'hospitalisation afin de prévenir des conséquences dommageables pour le sujet ou pour autrui, ou il existe des caractéristiques psychotiques.

C. Les symptômes ne sont pas dus aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., substance donnant lieu à abus, médicament ou autre traitement) ou d'une affection médicale générale (p. ex., hyperthyroïdie).

N.B. : Des Épisodes d'allure mixte clairement secondaires à un traitement antidépresseur somatique (médicament, électrothérapie, photothérapie) ne doivent pas être pris en compte pour le diagnostic de Trouble bipolaire I.

(American Psychiatric Association, 1996, p. 394-395)

17. Annexe VII : Critères d'un Episode hypomaniaque selon le DSM-IV

A. Une période nettement délimitée durant laquelle l'humeur est élevée de façon persistante, expansive ou irritable, clairement différente de l'humeur non dépressive habituelle, et ce tous les jours pendant au moins 4 jours.

B. Au cours de cette période de perturbation de l'humeur, au moins 3 des symptômes suivants (quatre si l'humeur est seulement irritable) ont persisté avec une intensité significative

(1) augmentation de l'estime de soi ou idées de grandeur

(2) réduction du besoin de sommeil (p. ex., le sujet se sent reposé après seulement 3 heures de sommeil)

(3) plus grande communicabilité que d'habitude ou désir de parler constamment

(4) fuite des idées ou sensations subjectives que les pensées défilent

(5) distractibilité (p. ex., l'attention est trop facilement attirée par des stimulus extérieurs sans importance ou insignifiants)

(6) augmentation de l'activité orientée vers un but (social, professionnel, scolaire ou sexuel) ou agitation psychomotrice

(7) engagement excessif dans des activités agréables mais à potentiel élevé de conséquences dommageables (p. ex. la personne se lance sans retenue dans des achats inconsidérés, des conduites sexuelles inconséquentes ou des investissements commerciaux déraisonnables)

C. L'épisode s'accompagne de modifications indiscutables du fonctionnement, qui diffère de celui du sujet hors période symptomatique.

D. La perturbation de l'humeur et la modification du fonctionnement sont manifestes pour les autres.

E. La sévérité de l'épisode n'est pas suffisante pour entraîner une altération marquée du fonctionnement professionnel ou social, ou pour nécessiter l'hospitalisation, et il n'existe pas de caractéristiques psychotiques.

F. Les symptômes ne sont pas dus aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., substance donnant lieu à abus, médicament, ou autre traitement) ou d'une affection médicale générale (p. ex., hyperthyroïdie).

N.B. : Des épisodes d'allure hypomaniaque clairement secondaires à un traitement antidépresseur somatique (médicament, sismothérapie, photothérapie) ne doivent pas être pris en compte pour le diagnostic de Trouble bipolaire II.

(American Psychiatric Association, 1996, p. 398-399)

18. Annexe VIII : Grade des recommandations de la HAS

Grade des recommandations	Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature
<p>A</p> <p>Preuve scientifique établie</p>	<p>Niveau 1</p> <ul style="list-style-type: none"> • essais comparatifs randomisés de forte puissance ; • méta-analyse d'essais comparatifs randomisés ; • analyse de décision fondée sur des études bien menées.
<p>B</p> <p>Présomption scientifique</p>	<p>Niveau 2</p> <ul style="list-style-type: none"> • essais comparatifs randomisés de faible puissance ; • études comparatives non randomisées bien menées • études de cohortes.
<p>C</p> <p>Faible niveau de preuve scientifique</p>	<p>Niveau 3</p> <ul style="list-style-type: none"> • études cas-témoins. <p>Niveau 4</p> <ul style="list-style-type: none"> • études comparatives comportant des biais importants • études rétrospectives • séries de cas ; • études épidémiologiques descriptives (transversale, longitudinale).

(Haute Autorité de Santé, 2013)

19. Annexe IX : Glossaire méthodologique

Toutes les références de ce glossaire méthodologique ont été tirées de l'ouvrage :

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives*. Chenelière éducation.

- Analyse de régression : technique statistique servant à caractériser le modèle de relation entre la ou les variables indépendantes et la variable dépendante, toutes deux quantitatives
- Analyse secondaire : type d'étude utilisant les données recueillies par un chercheur et réanalysées par un autre chercheur afin de vérifier des hypothèses inédites ou d'explorer de nouvelles relations
- Analyse statistique descriptive : analyse qui permet au chercheur de décrire et de résumer un ensemble de données brutes à l'aide de tests statistiques
- Biais : toute influence ou action pouvant fausser les résultats d'une étude
- Biais d'échantillonnage : situation dans laquelle l'échantillon ne reflète pas adéquatement la population
- Cadre théorique : brève explication fondée sur une ou plusieurs théories existantes se rapportant au problème de recherche
- Codage : procédé qui consiste à convertir en nombre ou en symboles l'information incluse dans un instrument de collecte des données afin d'en faciliter le traitement
- Coefficient alpha de Cronbach : indice de fidélité qui évalue la cohérence interne d'une échelle composée de plusieurs énoncés
- Cohérence interne : degré d'homogénéité de tous les énoncés d'un instrument de mesure
- Collecte des données : processus qui consiste à recueillir des données auprès des participants choisis pour faire partie de l'étude
- Confirmabilité : critère servant à évaluer l'intégrité d'une étude qualitative en se reportant à l'objectivité ou à la neutralité des données et de leur interprétation
- Crédibilité : critère servant à évaluer dans quelle mesure la description du phénomène vécu par les participants reflète la réalité interprétée
- Devis d'étude transversale : étude dans laquelle les données sont recueillies à un moment précis dans le temps en vue de décrire la fréquence d'apparition d'un événement et de ses facteurs associés

- Ecart-type (s) : mesure de dispersion évaluée à partir d'un échantillon et correspondant à la racine carrée de la variance. Il tient compte de la distance de chacun des scores d'une distribution par rapport à la moyenne du groupe
- Echantillon : sous-groupe d'une population choisie pour participer à une étude
- Echantillon représentatif : échantillon qui, en raison de ses caractéristiques, peut se substituer à l'ensemble de la population cible
- Echantillonnage : processus au cours duquel on sélectionne un groupe de personnes ou une portion de la population pour représenter la population cible
- Echantillonnage non probabiliste : choix d'un échantillon sans recourir à une sélection aléatoire
- Echantillonnage par convenance (ou accidentel) : méthode d'échantillonnage non probabiliste qui consiste à choisir des personnes selon leur accessibilité dans un lieu déterminé et à un moment précis
- Echelle de Likert : échelle d'attitude constituée d'une série d'énoncés déclaratifs pour lesquels le répondant exprime son degré d'accord ou de désaccord
- Entrevue semi-dirigée : interaction verbale animée par le chercheur à partir d'une liste de thèmes qu'il souhaite aborder avec le participant
- Fiabilité : critère servant à évaluer l'intégrité des données d'études qualitatives en ce qui a trait à leur stabilité dans le temps et dans différentes conditions
- Fidélité : constance des valeurs obtenues à l'aide d'un instrument de mesure
- Généralisabilité : degré selon lequel les conclusions d'une étude quantitative dont les éléments ont été sélectionnés aléatoirement dans une population de référence peuvent être généralisées à l'ensemble de cette population
- Guide d'entrevue : document utilisé par l'intervieweur au cours d'un entretien en guise de rappel des différents thèmes ou des questions devant être abordés
- Groupe de discussion focalisée : technique d'entrevue qui réunit un petit groupe de participants et un modérateur dans le cadre d'une discussion orientée sur un sujet particulier
- Médiane (Md) : mesure de tendance centrale qui divise une distribution de fréquences ordonnée en deux parties égales, comprenant chacune 50% des données
- Moyenne : mesure de tendance centrale qui correspond à la somme d'un ensemble de valeurs divisée par le nombre total de valeurs
- Questionnaire : instrument de collecte de données qui exige du participant des réponses écrites à un ensemble de questions
- Recherche descriptive corrélacionnelle : recherche qui vise à explorer des relations entre des variables

- Recherche descriptive quantitative : recherche qui vise à fournir un portrait détaillé des caractéristiques de personnes, d'évènements ou de populations
- Régression multiple : analyse statistique multivariée servant à établir la relation prédictive entre une variable dépendante et un ensemble de variables indépendantes
- Saturation des données : moment dans la collecte des données où le chercheur conclut qu'une nouvelle information n'ajoutera rien de plus à la compréhension du phénomène à l'étude
- Sensibilité : capacité d'un instrument de mesure à déceler correctement la présence d'un état (maladie)
- Seuil de signification : probabilité de rejeter l'hypothèse nulle alors qu'elle est vraie et dont les seuils les plus courants sont 0,05 et 0,01
- Stabilité temporelle : qualité d'un instrument de mesure lorsqu'il procure des résultats similaires obtenus par des prises de mesure répétées, effectuées dans des conditions identiques et auprès des mêmes personnes
- Statistique inférentielle : procédure utilisée par les chercheurs pour tirer des conclusions sur les caractéristiques d'une population en se fondant sur des données recueillies auprès d'échantillons
- Test du khi-deux (X_2) : test inférentiel non paramétrique qui exprime l'importance de l'écart entre les fréquences observées et les fréquences théoriques. On l'utilise entre autres pour effectuer un test d'hypothèse concernant le lien entre deux variables qualitatives
- Test t : test paramétrique servant à déterminer la différence entre les moyennes de deux populations
- Test U de Mann-Whitney : test non paramétrique utilisé pour déterminer s'il existe une relation entre deux groupes quand une variable est dichotomique et que l'autre variable est à échelle ordinale
- Thème : entité significative qui se manifeste de façon récurrente au cours de l'analyse des données qualitatives
- Transférabilité : critère servant à évaluer l'application éventuelle des conclusions issues d'études qualitatives à d'autres contextes ou groupes. Elle s'apparente à la généralisation
- Triangulation : stratégie de mise en comparaison de plusieurs méthodes de collecte et d'interprétation de données permettant de tirer des conclusions valables à propos d'un même phénomène
- Validité : capacité d'un instrument à mesurer ce qu'il est censé mesurer

- Validité de contenu : représentativité des énoncés d'un instrument afin de mesurer un concept ou un champ de contenu particulier
- Validité externe : caractère d'une étude qui permet de généraliser les résultats à d'autres populations et contextes que ceux étudiés
- Validité interne : caractère d'une étude expérimentale dans laquelle la variable indépendante est la seule cause du changement touchant la variable dépendante
- Variable : caractéristique ou propriété qui peut prendre diverses valeurs
- Variable catégorielle : variable dont les modalités sont des catégories sans ordre de grandeur, comme « masculin » et « féminin » pour la variable sexe
- Variable quantitative continue : variable dont les modalités ont des valeurs numériques pouvant prendre n'importe quelle valeur sur un continuum
- Verbatim : propres mots des participants, résumés en récits