

4	Tables des matières	
1	Résumé	1
2	Remerciements	2
3	Déclaration	3
4	Tables des matières	4
5	Problématique	1
5.1	Question de recherche	5
5.2	But de la recherche	5
6	Cadre théorique	6
6.1	Les thérapie cognitivo-comportementales	6
6.1.1	Histoire des TCC	6
6.1.2	Le premier mouvement – l’approche comportementaliste	7
6.1.3	Le 2 ^{ème} mouvement – l’approche cognitive.....	9
6.1.4	Le 3 ^{ème} mouvement – l’approche émotionnelle	11
6.2	Les soins infirmiers en santé mentale selon Hildegard Peplau	12
6.3	Pathologies psychiatriques	16
6.3.1	La dépression	17
6.3.2	La schizophrénie	17
6.3.3	La dépendance à une substance psychoactive	18
7	Méthodologie	20
7.1	Devis de recherche	20
7.2	Collecte de données	20
7.3	Sélection des données	21
7.3.1	Considérations éthiques.....	22
7.3.2	Analyse des données	22
8	Résultats	23
8.1	Etude 1	23
8.1.1	Description de l’étude.....	23
8.1.2	Validité méthodologique	24
8.1.3	Pertinence clinique	25
8.2	Etude 2	26
8.2.1	Description de l’étude.....	26
8.2.2	Validité méthodologique	27
8.2.3	Pertinence clinique	28

8.3	Etude 3	29
8.3.1	Description de l'étude	29
8.3.2	Validité méthodologique	30
8.3.3	Pertinence clinique	32
8.4	Etude 4	32
8.4.1	Description de l'étude	32
8.4.2	Validité méthodologique	33
8.4.3	Pertinence clinique	35
8.5	Etude 5	35
8.5.1	Description de l'étude	35
8.5.2	Validité méthodologique	37
8.5.3	Pertinence clinique	38
8.6	Etude 6	38
8.6.1	Description de l'étude	38
8.6.2	Validité méthodologique	40
8.6.3	Pertinence clinique	41
8.7	Synthèse des résultats	42
9	Discussion	44
9.1	Discussion des résultats	44
9.2	Discussion de la qualité et de la crédibilité des évidences	47
9.3	Limites et critiques de la revue de littérature	48
10	Conclusion	49
10.1	Propositions pour la pratique	49
10.2	Propositions pour la formation	49
10.3	Propositions pour la recherche	50
11	Bibliographie	51
12	Annexe I : tableaux de recension	I
13	Annexe II : pyramide des preuves quantitatives	VII
14	Annexe III : tableau récapitulatif des études	VIII
15	Annexe IV : glossaire méthodologique	IX
16	Annexes V : tableau de Beck	XIV
17	Annexe VI : interventions utilisées dans les études	XV

5 Problématique

La prise en charge des troubles mentaux est un problème de santé publique selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 2016. Cela constitue un des plus gros enjeux en termes de coûts économiques et de mortalité dans le monde. En effet, une personne sur quatre présentera au cours de sa vie un problème psychologique. Cela représente près de 10% de la population et 30% de la morbidité mondiale (OMS, 2016).

Le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5) propose cette définition du trouble mental :

« 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. » (Crocq et al., 2013, p.22).

La dépression, par exemple, est à présent la plus grande cause de handicap dans le monde et touche 300 millions de personnes. De 1990 à 2013, on enregistre une augmentation de 50% des personnes souffrant de dépression ou d'anxiété et ce chiffre continue de croître (OMS & Groupe de la Banque Mondiale, 2016).

Dans les pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire, 76 à 80% des personnes malades ne sont pas prises en charge pour leur pathologie et cette prévalence est de 35 à 50% dans les pays à revenu élevé (OMS, 2016). Les systèmes de santé ne prennent pas en compte la charge importante que sont les soins mentaux. Ainsi, L'Atlas de la Santé réalisé en 2014 par l'OMS a interrogé plus de 115 de ses pays membres sur la prise en charge de la santé mentale. Il a été constaté que, globalement, seulement environ 5% des budgets santé y est investi malgré une augmentation des troubles (World Health Organization, 2015) .

L'OMS a d'ailleurs publié en 2016 une étude démontrant que chaque dollar investi dans la prise en charge de l'anxiété et de la dépression en rapporte quatre sous forme d'amélioration de la santé et de capacité de travail. L'étude a évalué les coûts des traitements psychosociaux, la prescription de médicaments et les résultats sanitaires dans 36 pays pour les 15 années à venir. Ces coûts sont estimés à 147 milliards alors que le rendement serait de 399 milliards grâce à l'augmentation de la productivité de la main d'œuvre ainsi soignée. La nécessité de la progression et de l'investissement dans la prise en charge des troubles mentaux est primordiale tant du point de vue de l'amélioration de la santé et du bien-être de la population mondiale que du point de vue économique (Chisholm et al., 2016).

En mai 2015, l'Office fédéral de la Santé Publique (OFSP) a publié un rapport pour dresser un état des lieux et des champs d'action sur la santé psychique en Suisse. Il y est rapporté que 17% de la population souffre d'un problème psychique et que ces pathologies sont très invalidantes. La Confédération a exprimé son accord pour renforcer la prise en charge de la santé mentale dans son plan de stratégie « Santé 2020 ». L'une des motivations est de réduire les coûts liés aux troubles mentaux. Ils sont estimés à sept milliards de francs par année. Montant qui comprend les coûts directs des traitements, mais surtout les coûts induits par la perte de productivité et l'absentéisme. Les stratégies à mettre en place doivent porter sur la prise en charge des maladies non transmissibles, comme appelées dans le rapport, mais aussi sur la santé mentale de la population en général. Les actions à entreprendre portent sur la sensibilisation, l'information et la déstigmatisation de la santé mentale. La Confédération aimerait améliorer la promotion et la prévention des affections en perfectionnant les mesures de dépistage précoce, en augmentant les connaissances scientifiques sur la santé mentale et en développant le travail en réseau entre la Confédération et les cantons. (OFSP, 2015).

Au niveau cantonal, l'Observatoire Valaisan de la Santé a publié en 2015 un rapport sur la santé de la population valaisanne qui comprend un onglet sur la santé mentale. Il y est mentionné que les troubles neuropsychiatriques, notamment les démences, les dépressions, les troubles anxieux et la dépendance à l'alcool, sont des problèmes de santé publique. Malgré une qualité de vie estimée comme bonne ou très bonne chez neuf valaisans sur dix, 33% des femmes et 26% des hommes ont rapporté être en état de détresse psychologique moyen à élevé (Wahlen et al., 2015).

La psychiatrie est la discipline médicale qui s'intéresse à la prise en charge des troubles mentaux. C'est un domaine vaste qui s'est construit sur des aspects autant neurologiques, que psychologiques et sociaux. Ces différentes orientations permettent de prendre en charge les troubles de manière complète en utilisant la pharmacothérapie, l'imagerie médicale, la réinsertion sociale et la psychothérapie, par exemple (Prudhomme, Jeanmougin, & Duffet, 2009, p. 5-7).

Actuellement, dans le monde de la psychologie, il existe plus de 400 psychothérapies théorisées (Morasz, 2012, p. 71). Toutefois, les plus présentes dans la littérature sont les thérapies psychanalytiques, les thérapies humanistes, les thérapies systémiques et les TCC (Fortinash, 2013, p. 564).

La psychanalyse est une thérapie élaborée par Sigmund Freud (1856-1939) au début du 20^{ème} siècle. Elle s'intéresse à l'investigation de l'inconscient du patient afin d'expliquer son problème actuel. A travers les rêves, les pensées ou encore les associations automatiques élaborées par le patient, le psychanalyste guide celui-ci en l'amenant à réfléchir et à les interpréter. Le but de la cure psychanalytique est d'aider le patient à résoudre ses conflits

pulsionnels inconscients par une prise de conscience de leur existence (Widlöcher, Marie-Cardine, Braconnier, & Hanin, 2006, p.54-55). Les thérapies d'orientation humanistes ou centrées sur la personne se basent sur les travaux de Carl Rogers et d'Abraham Maslow. Leur postulat de base soutient que le patient a le potentiel de se soigner et possède les ressources nécessaires pour le faire. D'un point de vue humaniste, le patient est considéré comme un être foncièrement bon et créatif avec un besoin d'auto-accomplissement. La thérapie réside dans l'alliance thérapeutique, c'est-à-dire la mise en place d'une relation thérapeutique d'humain à humain et non de patient à thérapeute. Le thérapeute n'intervient pas et ne conseille pas mais il accompagne le patient dans un processus de changement (Fortinash, 2013, p. 575-576). Les thérapies systémiques se sont développées à partir de la théorie des systèmes de Ludwig Bertalanfy, de la théorie de la communication de Gregory Bateson et des recherches sur la communication de l'école de Palo Alto fondée par Bateson (Fortinash, 2013, p. 577-582). Enoncer que la pathologie d'un individu découle d'un dysfonctionnement social et familial, en mettant une attention particulière à la relation interindividuelle, est le principe de base des thérapies systémiques (Prudhomme et al., 2009, p. 224). Les TCC représentent la fusion des approches comportementales, cognitives et émotionnelles. Elles s'intéressent aux symptômes et à la souffrance découlant du trouble plutôt que de son origine. Leurs buts sont d'aider le patient à retrouver une liberté personnelle et de prévenir les rechutes. Les thérapeutes travaillent sur les processus d'apprentissage du patient et sur la modification de ses comportements et cognitions pathologiques (Widlöcher et al., 2006, p.75-78).

Ces quatre thérapies sont certes issues de courants psychothérapeutiques différents mais elles tendent au même objectif : soigner le patient en créant une alliance thérapeutique. En outre, elles agissent toutes, à des degrés différents, sur les émotions, les comportements, les relations interpersonnelles et les cognitions du patient. Le choix de la thérapie revient au patient, selon ses affinités avec l'une des orientations, sa motivation et son diagnostic. Malgré la complémentarité de ces psychothérapies, le débat sur le choix en fonction de leur efficacité soulève de nombreuses passions dans la communauté psychiatrique (Zimmerman & Pomini, 2013).

Dans un rapport publié en 2004, l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale en France (INSERM) a évalué plus de 1000 études scientifiques utilisant comme intervention les TCC, la psychanalyse ou la systémique afin de savoir quelle psychothérapie est la plus efficace. Les résultats, malgré plusieurs controverses dans la méthodologie, ont démontré que les TCC représentent l'intervention la plus efficace pour les troubles étudiés¹, suivie de la

¹ Schizophrénie, troubles dépressifs, troubles bipolaires, troubles anxieux, stress post-traumatique, troubles obsessionnels-compulsifs, troubles du comportement alimentaire, troubles de la personnalité, alcool-dépendance, troubles de l'enfant et de l'adolescent

thérapie systémique puis de la psychanalyse (Institut national de la santé et de la recherche médicale France, 2004).

Plusieurs autres études ont prouvé que les TCC sont un des outils les plus précieux dans la prise en charge de troubles psychiatriques tels que: la dépression, les troubles anxieux, les troubles bipolaires, les troubles de la personnalité, la schizophrénie, les troubles obsessionnels compulsifs et les addictions comme l'indiquent les méta-analyses et les revues systématiques suivantes Jauhar et al., 2014; Piquart, Duberstein, & Lyness, 2007; Jónsson & Hougaard, 2009; Mavranouzouli et al., 2015; Hofmann, Asnaani, Vonk, Sawyer, & Fang, 2012. Une des caractéristiques fortes des TCC est leur validité scientifique. En effet, depuis la création de ce courant, les thérapeutes ont toujours évalué et testé les hypothèses soutenues par les TCC afin de les faire perdurer. Plus que dans d'autres psychothérapies, les TCC s'appuient sur des procédures systématiques et scientifiques dans le but d'évaluer leurs résultats et de devenir ainsi un réel outil de soin (Widlöcher et al., 2006, p.82-83). Ces mêmes auteurs affirment que :

Ce statut de soins suppose aussi que la thérapie soit dispensée ou au moins prescrite par un professionnel de la santé mentale (psychiatre ou psychologue) [...] une fois posé un tel cadre, on peut noter que certaines séquences de TCC peuvent parfaitement être dispensées par des professionnels de santé préalablement formés, comme des infirmiers psychiatriques, et ce de manière probante (Widlöcher et al., 2006, p.101).

Les TCC seraient-elles donc accessibles aux soins infirmiers ? La réponse est oui car certaines pratiques infirmières propres à leur rôle autonome sont des méthodes utilisées par les TCC sans le savoir. Par exemple, les infirmières et les infirmiers utilisent le renforcement positif lorsqu'ils félicitent et encouragent un patient dans ses efforts ou l'enseignement thérapeutique pour viser un changement de comportement ou encore la restructuration cognitive pour aider la personne à identifier ses pensées automatiques et reconsidérer leur validité (Fortinash, 2013, p. 574-575).

Plusieurs pays ont depuis longtemps intégré l'utilisation des TCC dans les compétences infirmières avancées en justifiant leur utilisation par des études scientifiques prouvant leur efficacité. Le Portugal, L'Angleterre, l'Australie, la Nouvelle-Zélande, le Japon et la France, pour ne citer que ceux-là, ont mis en place des interventions infirmières basées sur les TCC ou ont même créé un rôle d'infirmier thérapeute (Meyer, 2014; Caughill, 2016; Nichols, 2009; (Yoshinaga et al., 2015). En Angleterre, un programme appelé « Nursing in Behavioral Therapy » existe depuis 1972 et a développé le rôle de thérapeute en TCC chez le corps infirmier. De plus, depuis la création du programme, il a été évalué plusieurs fois par des essais

randomisés afin de tester son efficacité, clinique et économique. Cette dernière a d'ailleurs été prouvée par la suite (Gournay, Denford, Parr, & Newell, 2000).

En constatant que les TCC font partie des traitements les plus efficaces des troubles mentaux et qu'elles ne sont pas incompatibles avec les soins infirmiers malgré le fait que la psychothérapie soit une discipline à part de leurs compétences, il est intéressant d'explorer la littérature scientifique à ce sujet.

5.1 Question de recherche

Quelles sont les interventions basées sur des techniques de thérapie cognitivo-comportementale utilisées par des infirmières et des infirmiers travaillant auprès de patients adultes atteints de pathologies psychiatriques et quelle est leur efficacité ?

5.2 But de la recherche

Les objectifs de cette revue de la littérature sont :

- Explorer à travers la littérature scientifique l'utilisation de méthodes issues des TCC par des infirmières et des infirmiers travaillant en santé mentale
- Evaluer la pertinence des interventions
- Mettre en relation le rôle infirmier en santé mentale et l'utilisation d'une intervention psychothérapeutique

6 Cadre théorique

6.1 Les thérapie cognitivo-comportementales

6.1.1 Histoire des TCC

Au début du 20^{ème} siècle, le monde de la psychiatrie et de la psychologie a vécu un tournant majeur avec l'émergence des psychothérapies et, en particulier, de la psychanalyse de Sigmund Freud. Sa thérapie va devenir la référence en matière de prise en charge pour la majorité des troubles psychiatriques et ce jusque dans les années 1950.

Cependant, la psychanalyse étant une thérapie longue et coûteuse, certains praticiens ne la trouvaient pas adaptée aux services de santé publique accueillant des personnes pauvres ou pour un court séjour. De plus, la psychanalyse s'intéressait à la racine du trouble mais ne réglait pas forcément les souffrances et les problèmes actuels, comme souhaité par les patients.

C'est dans ce contexte qu'au début des années 50, plusieurs méthodes basées sur une approche expérimentale de la psychologie se sont développées. Ces techniques, utilisées par des professionnels non issus du courant psychanalytique, ciblaient l'étude du comportement par l'expérimentation et se sont regroupées sous le terme de « thérapies comportementales ». Le but de ces thérapies était d'agir sur les symptômes facilement quantifiables et non sur l'origine du trouble, plutôt invérifiable. (Chapelle, Monié, Poinot, Rusinek, & Willard, 2011, p. 3-5). Néanmoins, malgré l'efficacité prouvée des techniques comportementales, plusieurs thérapeutes n'étaient pas satisfaits et leur reprochaient le fait qu'émotions et pensées n'étaient pas prises en compte dans l'analyse de l'origine des comportements. De ce fait, en 1960, émerge le courant cognitiviste qui prend forme en réaction au courant comportementaliste. En effet, les cognitivistes avancent que l'ensemble des phénomènes se passant entre la stimulation du sujet par un environnement et la réaction de celui-ci s'appuient sur des cognitions comme le jugement et la raison. Les cognitivistes s'accordent à dire que : « si le milieu sélectionne les conduites (Skinner), l'homme sélectionne son environnement, cette bidirectionnalité des contrôles se faisant grâce à des circuits de rétroactions responsables d'ajustements permanents. » (Fontaine, 2006, p.14).

A la fin des années 70, ces thérapies se sont rejointes et ont fusionné sous le nom de « thérapies cognitives-comportementales » avec, comme point commun, une approche expérimentale et scientifique utilisant un seul modèle précis de compréhension du patient. Ce modèle se base sur le fait que toute réaction humaine repose sur l'interaction de l'environnement, des pensées, des émotions et des comportements, qu'elle soit pathologique ou non. Ces variables ne peuvent pas être considérées les unes sans les autres. Les TCC sont décrites comme une thérapie brève (entre 6 mois et 2 ans) agissant dans « l'ici et maintenant » et basée sur la résolution du problème plutôt que sur la recherche de son origine.

Elles sont prescrites lorsqu'un patient manifeste son envie et sa motivation à aller mieux, à retrouver sa liberté face à des comportements ou des émotions qui lui prennent du temps et l'empêchent d'avoir un quotidien satisfaisant (Widlöcher et al., 2006, p. 84-93).

Depuis les années 70 et jusqu'à aujourd'hui, les TCC n'ont cessé de se développer. Elles se sont répandues rapidement dans le monde grâce à leur efficacité toujours évaluée par la pratique et donc basée sur des preuves. Au fur et à mesure des recherches et de leur développement, les TCC se sont avérées performantes dans de plus en plus de troubles et permettent une prise en charge rapide évitant les rechutes (Chapelle et al., 2011, p. 5-6).

L'histoire plus approfondie des TCC peut se scinder en trois mouvements explicités dans les prochains paragraphes.

6.1.2 Le premier mouvement – l'approche comportementale

L'approche comportementale ou courant « behavioriste » commence au début du 20^{ème} siècle. C'est une approche théorique qui étudie les comportements humains observables et qui se base sur les théories de l'apprentissage. Ses applications pratiques sont les thérapies comportementales ou modifications comportementales correspondant aux expériences sur le conditionnement. Les théories développées pour décrire les phénomènes d'apprentissage sont, entre autres, la théorie du conditionnement classique de Pavlov (1846-1936) et la théorie du conditionnement répondant de Skinner (Cottraux, 2011, p. 27-29).

Ivan Pavlov, médecin et physiologiste russe est le premier behavioriste. Il a développé sa théorie du conditionnement répondant en observant le comportement des chiens. Il s'est intéressé d'abord aux réponses physiologiques normales en remarquant que les chiens salivent lorsqu'on leur apporte de la nourriture. Il a appelé ces éléments « stimulus inconditionnel » et « réponse inconditionnelle ». Ensuite, il a remarqué que les chiens comprennent aussi par contiguïté temporelle de différents stimuli (son d'une cloche par exemple) qu'ils allaient manger et donc se mettent à saliver. Après avoir répété plusieurs fois l'expérience et établi une méthodologie rigoureuse, Pavlov a pu démontrer que l'on peut déclencher une réponse conditionnée chez un organisme en répétant un stimulus à la base neutre et donc provoquer la même réponse qu'avec un stimulus inconditionnel. Ces découvertes impliquent que plusieurs comportements humains peuvent être conditionnés en faisant allusion surtout aux comportements pathologiques. De plus, elles ont eu une importance pour la prise en charge car Pavlov a prouvé que le stimulus conditionnel pouvait s'éteindre dans certaines conditions. Par exemple, la réponse conditionnelle peut disparaître lorsque le stimulus conditionnel est présenté trop souvent sans le stimulus inconditionnel. Pavlov a nommé ce genre de réponses « phénomène d'extinction ». (Chapelle et al., 2011, p.11-12).

Le second comportementaliste est Burrus Skinner, psychologue américain, qui a développé le conditionnement opérant. Son expérience portait sur l'enferment d'un animal dans une boîte où il pouvait soit recevoir un choc électrique comme punition, soit de la nourriture comme récompense en fonction de son comportement. Avec cette expérience, Skinner voulait vérifier si un comportement avait tendance à se reproduire, ou pas, en fonction de ses conséquences (Skinner, 1991, p. 44-61).

A partir de ce postulat, il a créé trois lois qui régissent le conditionnement Skinnérien :

- **Le renforcement positif** : l'organisme augmente le débit de ses réponses d'approche lorsque les conséquences sont positives.
- **Le renforcement négatif** : l'organisme augmente le débit de ses réponses d'échappement ou d'évitement lorsque les conséquences sont négatives.
- **Le renforcement absent** : l'absence de renforcement entraîne une extinction progressive du comportement (Fontaine, 2006, p.22).

Les critiques des théories du conditionnement portent sur le fait que les réactions de la personne ne sont pas seulement automatiques, comme le suppose le conditionnement répondant, mais qu'elles dépendent aussi de la manière dont le sujet perçoit et ressent les conséquences de ses actes. Ces critiques du behaviorisme ont fait émerger une nouvelle source de théories issue du courant cognitiviste. Bandura interprète la jonction entre les deux courants en réintroduisant le patient et ses cognitions au centre, dans la théorisation des processus d'apprentissage (Bouvet, 2014, p. 32-33).

Les techniques d'exposition constituent l'une des approches pratiques utilisées en TCC et découlant du mouvement comportementaliste. Elles sont particulièrement employées chez les patients souffrant de phobies spécifiques². Leur but est d'annihiler les réponses pathologiques du sujet face à un stimulus anxiogène en le présentant de façon durable et répétée (Cottraux, 2011, p.125).

Une des techniques les plus utilisées pour cela est l'exposition graduée. Le séquençement de cette méthode comprend l'exposition du patient en imagination ou in vivo, directement dans la réalité, grâce à une hiérarchisation des situations anxiogènes établies en premier lieu avec le thérapeute. L'anxiété peut être évaluée sur une échelle numérique et l'exposition va des situations les moins anxiogènes jusqu'aux situations les plus intenses. Le cheminement se fait par étapes : le patient entame une nouvelle situation lorsque l'intensité de la situation anxiogène précédente a nettement diminué. Ce type de thérapie par exposition graduée

² « Une phobie spécifique est une peur persistante et intense déclenchée par la présence ou l'anticipation d'un stimulus phobogène (de type animal, environnemental naturel et situationnel) caractérisée par une réaction anxieuse systématique qui peut prendre la forme d'une attaque de panique, la reconnaissance de la part de la personne du caractère irrationnel et excessif de cette peur et la mise en place de stratégies afin d'éviter le stimulus phobogène » (Crocq et al., 2013, p. 197-202).

permet de procurer au patient une meilleure adhérence à l'exercice en renforçant son sentiment d'efficacité personnelle grâce à la réussite de chaque étape antérieure. De plus, ce renforcement positif augmente la confiance du patient dans la technique et en son thérapeute, améliorant ainsi l'alliance thérapeutique (Bouvet, 2014, p. 117-122).

6.1.3 Le deuxième mouvement – l'approche cognitive

Albert Bandura, psychologue canadien, a développé à la fin des années 60 sa théorie sur l'apprentissage social. En réaction à des critiques sur les approches comportementales, Bandura initie une perspective sociocognitive du fonctionnement humain en le présentant comme un « modèle de triple réciprocité dans lequel environnement, comportements et facteurs cognitifs et personnels interagissent » (Chapelle et al., 2011, p. 17). Il avance que l'individu est capable d'apprendre de nouveaux comportements par l'observation des actions des autres et de leurs conséquences, contrairement au modèle béhavioriste qui explique l'acquisition d'un comportement comme n'étant qu'un produit des événements extérieurs dont on fait l'expérience de ses conséquences. En résumé, Skinner pensait que « le milieu sélectionne les conduites ». Bandura ajoute que « le milieu peut également être sélectionné par l'homme, notamment à travers l'activité de ses mécanismes cognitifs » (Fontaine, 2006, p.31). Ce dernier développe deux modèles d'apprentissage possibles : « l'apprentissage par observation » et « l'apprentissage vicariant » appelé aussi « modelling ». Dans le premier modèle, le nouvel apprentissage peut se faire en observant le comportement de quelqu'un d'autre et les conséquences de celui-ci. L'acquisition peut s'opérer pendant l'observation, mais elle dépend de la valeur que l'observateur donne aux conséquences du comportement. L'apprentissage vicariant est une reproduction d'un comportement après l'avoir observé. Un individu peut acquérir un comportement après qu'il l'ait observé et le reproduire lorsqu'il se trouve dans une situation similaire, comme s'il avait déjà intégré et anticipé les conséquences. C'est sur cette base que le jeu de rôle est utilisé dans les TCC en observant et intégrant les comportements adéquats présentés pendant l'activité. Bandura ajoute les notions d'anticipation et de motivation qu'il décrit comme les attentes de l'observant et les informations qui lui sont données. Ces paramètres représentent un vecteur de changement puissant qu'il nomme « renforçateurs externes ». De plus, Bandura rajoute que l'observateur peut se récompenser en s'autoévaluant à des comportements faisant partie de ses « standards de performance ». Cette notion appelée par le psychologue « auto-renforcement » est précieuse car elle génère un sentiment de satisfaction et d'efficacité personnelle chez l'observateur (Chapelle et al., 2011, p.18-19).

La deuxième figure emblématique du courant cognitiviste est le psychiatre américain Aaron Beck, considéré comme le fondateur de la théorie cognitive. Il est connu pour ses travaux sur

la dépression qui, par la suite, dans les années 70, ont été généralisés à d'autres troubles psychiatriques. Ce courant s'intéresse aux cognitions, c'est à dire aux moyens utilisés comme la mémoire et la perception, pour acquérir un savoir sur le monde. Précisément, les thérapies cognitives s'intéressent aux composantes des pathologies psychiatriques, qu'elles identifient comme étant des pensées automatiques dysfonctionnelles, et aux émotions qui les accompagnent. Beck avance que les pensées automatiques sont induites par des distorsions cognitives qui déforment la perception de la réalité et le traitement de l'information. Il pense que ces distorsions proviennent de schémas cognitifs pathologiques. Il décrit ces schémas comme des structures inconscientes acquises à partir d'expériences enfantines et stockées dans la mémoire à long terme (Bouvet, 2014, p. 36-38). Pour Beck, les schémas pathologiques sont des interprétations personnelles inadaptées et automatiques de la réalité se mobilisant de manière inconsciente et étant propre à chaque trouble. Ils peuvent s'activer lors d'un stimulus ressemblant aux circonstances d'acquisition du schéma et remplacent lentement les modes de réaction et les conceptualisations plus appropriés. C'est le début du trouble. Il se traduit généralement par des préjugés et des croyances. Beck pense que le meilleur moyen pour modifier les cognitions est de trouver d'abord l'émotion attachée à la pensée automatique puis d'identifier le schéma pathologique qui en découle (Cottraux, 2007, p. 9-10).

A partir des années 70, les thérapies cognitives et comportementales ont fusionné pour créer les TCC, bien que chaque théorie soit suffisamment élaborée pour être utilisée seule. Depuis leur création, les deux courants ont montré leur complémentarité. En effet, les dimensions comportementales et cognitives d'un sujet sont étroitement liées. Par exemple, lorsqu'un sujet est traité par exposition dans le cadre d'une phobie, il sera amené à se déconditionner petit à petit de sa peur et devra changer son système de croyance en constatant que les nouveaux comportements assimilés ne sont pas si dangereux. A l'inverse, un patient traité pour une distorsion cognitive qui l'empêche d'aller vers les autres changera son comportement au fur et à mesure de sa progression dans la thérapie. De plus, les thérapies cognitives et comportementales ont en commun un effort de recherche d'une validité scientifique leur permettant de prouver ce qu'elles affirment et de s'inscrire dans une démarche pragmatique (Bouvet, 2014, p. 40-42).

Une des techniques issues de l'approche cognitive utilisée en psychothérapie est la restructuration cognitive. Cette technique, élaborée par Beck, a pour but, comme explicité plus haut, de faire prendre conscience au patient de son discours intérieur précédant une émotion ou un comportement afin de le discuter. Le thérapeute amène le patient à identifier la relation existante entre le stimulus, l'émotion associée, les pensées automatiques et le comportement. Il existe trois niveaux de fonctionnement que le thérapeute et le patient doivent identifier : « **les**

cognitions (pensées ou images mentale inconscientes), **les biais cognitifs** (processus cognitifs non appropriés³) et **les schémas cognitifs**» (Chapelle et al., 2011, p.198). Afin d'identifier les cognitions et de les modifier, Beck propose un tableau à 5 colonnes⁴ que le patient doit remplir à chaque fois qu'il ressent une émotion. Il se remplit de gauche à droite en commençant par décrire l'évènement qui a produit l'émotion, puis le type d'émotion et son évaluation sur une échelle de 0 à 100. La troisième colonne sert à noter la pensée automatique résultante et l'évaluation de son degré de croyance sur une échelle de 0 à 100. La première partie du tableau de Beck permet donc d'identifier les pensées dysfonctionnelles provoquées par un biais ou un schéma cognitifs en analysant les réponses du patient et en repérant la récurrence de certaines de ses réactions dans une situation donnée. Afin de les modifier, Beck propose, dans la dernière partie du tableau, d'imaginer des pensées alternatives et d'évaluer leur niveau de conviction, puis de réévaluer l'émotion et la pensée automatique du début, souvent diminuée grâce à la recherche de pensées alternatives. Pour ce faire, le thérapeute doit: « par une attitude non jugeante, et surtout essentiellement questionnante, produire une dynamique de remise en question rationnelle de ses croyances afin qu'il puisse comprendre le monde qui l'entoure de façon plus réaliste, plus ouverte, et surtout moins génératrice de troubles psychiques » (Bouvet, 2014, p.127).

6.1.4 Le troisième mouvement – l'approche émotionnelle

Depuis les années 2000, les TCC ont encore évolué en plaçant les émotions au même niveau que les comportements et les cognitions. En effet, pendant longtemps, les émotions ont été considérées comme un simple résultat des processus d'apprentissage et des cognitions. Il était pensé que de travailler sur ces deux notions permettaient d'agir indirectement sur les émotions. Cependant, de nouvelles approches ont vues le jour telles que : la méditation en pleine conscience de Kabat-Zinn, la théorie d'acceptation et d'engagement de Hayes, la théorie comportementale dialectique de Linehan et la psychologie positive de Seligman. Leur but n'est pas de modifier les pensées dysfonctionnelles mais plutôt de les accepter comme simples pensées qui traversent l'esprit. Ils proposent la même logique avec les émotions : « si l'on comprend l'émotion qui nous traverse comme étant une simple émotion, donc comme étant un processus physiologique et psychologique normal, qui n'exprime pas nécessairement une vérité, qui n'a qu'un temps et qui s'arrête, alors on rompt le cercle vicieux et l'émotion perd de son pouvoir pathogène » (Bouvet, 2014, p. 47).

³ Il existe plusieurs biais cognitifs pathologiques: l'abstraction sélective, l'inférence arbitraire, la surgénéralisation, la personnalisation, la maximalisation, le raisonnement dichotomique, le raisonnement émotionnel, la divination, les fausses obligations (Chapelle et al., 2011, p.198)

⁴ Voir annexe I

Une des thérapies utilisée est la méditation en pleine conscience ou « Mindfulness-based stress Reduction programm (MBSR) » développée par Jon Kabat-Zin. Elle permet d'aider des patients souffrant de troubles liés au stress. Cette thérapie prend ses origines dans le bouddhisme. La pleine conscience est définie par Kabat-Zinn (2003) comme « un état de conscience qui résulte du fait de porter son attention intentionnellement sur l'expérience qui se déploie au moment présent, sans la juger ».

L'expérience peut être de différentes natures telles que données sensorielles, comme la respiration et le goût, ou images et pensées traversant la conscience de l'individu. Le fait de ne pas juger les sensations implique qu'il faut accepter tous les ressentis de l'expérience, bons ou mauvais. Le but de l'exercice est de prendre conscience de tous les aspects de la situation présente. Le programme développé par Kabat-Zin est structuré en plusieurs séances hebdomadaires prolongées d'exercices à pratiquer chez soi. Ce programme n'est pas conçu et spécialisé pour une pathologie en particulier. Le principal critère d'acceptation pour le réaliser est l'engagement de la personne car il impose la pratique de tâches quotidiennes (Fall, 2016, p. 10-11). Une séance commence généralement avec un exercice de méditation en pleine conscience puis avec une discussion en groupes sur les sensations, les impressions ou encore les émotions ressenties par les participants. Sur la bases de ces discussions, le thérapeute donne des exercices à réaliser à domicile. Il en existe deux types : formels et informels. L'un des exercices formels est le « body scan ». Le patient est couché sur le dos et doit prendre connaissances de ses points de contact avec le sol et de sa respiration puis se concentrer sur une partie de son corps. Lorsqu'un distracteur vient interrompre l'attention de l'individu, il doit en prendre conscience et l'identifier puis se refocaliser sur sa pratique. Les exercices informels portent sur la réalisation d'une méditation en pleine conscience mais en pratiquant une activité de la vie quotidienne que l'on réalise généralement très automatiquement comme, par exemple, se laver les dents. L'effet est bénéfique sur la prévention des conduites d'évitement car le patient explore ses sensations sans bouger ou sans pouvoir s'enfuir. Il apprend à accepter les expériences négatives qui représentent la réalité dans laquelle il vit. Ceci permet d'améliorer la connaissance de soi et la gestion des pensées automatiques (Cottraux, 2007, p. 9).

6.2 Les soins infirmiers en santé mentale selon Hildegard Peplau

Le deuxième chapitre de ce cadre théorique est consacré à l'investigation du rôle infirmier en santé mentale afin d'observer si les interventions psychothérapeutiques en font partie. La théorie interpersonnelle d'Hildegard Peplau (1909-1999) a été choisie comme base théorique pour cet approfondissement. En effet, cette théoricienne américaine est considérée comme la pionnière des soins infirmiers en santé mentale. Grâce à son apport théorique et pratique, la discipline distincte des soins infirmiers en psychiatrie a été créée (Alligood & Marriner-Tomey,

2010, p. 54-55). Peplau a élaboré et publié son modèle conceptuel en 1952, réédité en 1991. Elle intègre dans ses interventions thérapeutiques une vision psychologique du patient, de ses émotions et de ses comportements. Ce modèle innovant conçoit le patient selon plusieurs dimensions et ne s'intéresse pas seulement à traiter la maladie. Afin de conceptualiser sa théorie, elle s'est appuyée sur plusieurs figures emblématiques de la psychiatrie et de la psychologie : Freud, Pavlov et Maslow, entre autres (Guay & Grasse, 1997, p. 167).

Peplau définit les soins infirmiers comme une relation interpersonnelle et psychodynamique entre un soignant et un soigné. C'est-à-dire que « l'infirmière ou l'infirmier comprend son propre comportement en vue d'aider les autres à faire le point sur les difficultés ressenties et pour appliquer les principes des relations humaines aux problèmes qui surviennent et ce, à tous les niveaux de l'expérience » (Townsend & Clavet, 2010, p. 45). Elle ajoute qu'ils ont un but éducatif aidant à atteindre la maturité et à promouvoir le développement de la personnalité vers une vie créative, constructive et productive autant pour l'individu que pour la communauté (Peplau, 1991, p. 16). A partir de ce postulat, Peplau a développé quatre phases de la relation entre le professionnel et son patient ainsi que six rôles infirmiers qui seront détaillés ci-dessous.

La première phase est appelée orientation. Elle débute lors de la rencontre entre le soignant et le patient. Cette phase commence généralement par la première évaluation du soignant qui va tenter de comprendre au mieux le problème principal du patient. Le soignant utilise l'observation et ses connaissances pour identifier les expériences passées, les valeurs, les croyances, la culture et les attentes du patient ainsi que les siennes afin de créer la meilleure relation possible. Il est nécessaire que le patient soit motivé à trouver de l'aide et à participer à sa prise en charge pour que la création de la relation ait lieu (Peplau, 1991, p. 18-30).

La deuxième phase est celle de l'identification durant laquelle le patient doit reconnaître ses besoins en santé et doit percevoir l'infirmière ou l'infirmier comme un professionnel compétent. Le professionnel, quant à lui, identifie les connaissances et les capacités qu'il peut amener dans la relation durant ses soins. Ensemble, ils élaborent des objectifs mutuels qui répondent aux besoins du patient en travaillant sur l'expression et l'exploration de ses sentiments (Peplau, 1991, p. 30-37).

L'essentiel du travail de la relation soignant-soigné est réalisé durant la troisième phase, l'exploitation. Le patient réalise et utilise toutes les possibilités offertes par les soins proposés. Toutes les activités thérapeutiques prévues pour atteindre les objectifs fixés sont réalisées durant cette étape. Le patient est à l'aise dans le cadre thérapeutique et il a une position active dans sa prise en charge. La relation interpersonnelle est la plus intense à ce moment car l'infirmière ou l'infirmier doit commencer à acquérir de l'indépendance face à son patient afin que lui-même progresse, assume ses responsabilités et devienne de plus en plus autonome (Peplau, 1991, p. 37-39).

La phase de résolution est la dernière du processus. Elle est caractérisée par la fin de la relation entre le soigné et le soignant. Le patient a atteint ses objectifs grâce à leur collaboration et devient indépendant face à la prise en charge de son bien-être à domicile (Peplau, 1991, p. 39-41).

Peplau a élaboré six rôles infirmiers qui se chevauchent dans les phases de la relation soignant-soigné. Son raisonnement s'est créé à partir d'un questionnaire sur les rôles qu'une infirmière ou un infirmier doit remplir, sur qui décide de ces rôles et sur le choix et la création de ces rôles en fonction de la situation. Elle présente ce questionnaire comme vital pour la création d'un modèle de base utile aux individus et à la société (Peplau, 1991, p. 44). Le premier rôle est appelé « personne étrangère » par Peplau. En effet, lors de la rencontre entre un soignant et un patient, ils ne se connaissent pas et ne savent pas quoi attendre l'un de l'autre. Le professionnel doit se montrer objectif, accepter le patient comme il est et le considérer comme émotionnellement stable, jusqu'à preuve du contraire. Le patient peut avoir une représentation erronée de l'infirmière ou de l'infirmier, le considérant soit comme porteur d'un certain prestige soit comme simple exécuteur d'ordres médicaux. Le soignant doit alors essayer de ne pas s'arrêter sur l'opinion du patient face à son métier, mais le considérer comme quelqu'un qui a besoin d'aide et la lui apporter (Peplau, 1991, p. 44-47).

Le deuxième rôle est celui de « personne ressource ». L'infirmière ou l'infirmier doit être capable de répondre aux interrogations du patient face à sa santé. Il représente une source d'informations qui lui permet d'étoffer ses connaissances sur son bien-être et sur les procédures techniques. Le soignant doit aussi pouvoir identifier et évaluer la capacité du patient à recevoir des réponses. En effet, il doit prendre en compte la disponibilité émotionnelle et psychologique du patient ainsi que la pertinence de sa question en relation avec la compréhension du problème dans sa globalité. Par exemple, certaines questions demandent une réponse claire et directe alors que d'autres peuvent soulever un mal-être ou des sentiments douloureux qui demandent l'application de principes d'entretien (Peplau, 1991, p. 47-48).

Le troisième rôle est un rôle d'enseignant. Peplau décrit qu'un enseignement adéquat doit toujours commencer à partir de ce que le patient sait déjà afin de développer son intérêt à apprendre d'avantage. Elle pense aussi que l'apprentissage doit se réaliser à travers l'expérience car le résultat sera plus varié et adapté à chaque situation. Cette méthode d'enseignement permet au patient de mieux appréhender les difficultés du quotidien (Peplau, 1991, p. 48).

Le quatrième rôle proposé par Peplau est celui de leader. Elle explique que le leadership infirmier, comme dans d'autres activités humaines, doit être une caractéristique de la vie démocratique. L'infirmière ou l'infirmier doit souvent prendre le rôle de leader qui est attendu

de lui par les patients pour les aider à choisir la bonne voie lorsqu'ils rencontrent des difficultés. Peplau préconise d'utiliser un leadership démocratique qui implique l'acceptation de tous les membres, une élaboration des actions en commun et un partage équitable du travail. Cette approche permet de centrer la motivation et l'intérêt des membres sur le problème. À l'égard d'un patient, ce type de leadership soutient que les buts, les objectifs et la planification des soins doivent être discutés et réalisés en partenariat. Cette attitude de leader démocratique requiert de la part des soignants une attitude respectueuse de la dignité et de la valeur intrinsèque de chaque personne (Peplau, 1991, p. 49-51).

Le prochain rôle décrit est celui de « substitut ». Il peut arriver qu'un patient perçoive les infirmières ou les infirmiers comme une autre personne, soit une figure maternelle ou l'image d'un membre de sa fratrie. Ce genre d'affiliation, en fonction de la relation passée, peut amener des difficultés à la collaboration et modifier les attentes du patient envers le soignant. Le comportement, les attitudes, la communication verbale et non verbale, l'apparence et la manière de parler du soignant rappellent quelqu'un au patient et risquent d'établir une relation un mode de fonctionnement semblable que celle vécue avec cette personne. En se connaissant bien et en étant eux-mêmes, les soignants peuvent aider le patient à apprendre les différences et les similitudes entre les gens (Peplau, 1991, p. 51-61). De plus, en permettant au patient de réexpérimenter ses sentiments archaïques, tout en considérant les professionnels en tant que personnes et en tant que professionnels, ils stimulent le développement de sa personnalité (Guay & Grasse, 1997, p. 170).

Le dernier rôle élaboré par Peplau est celui de « conseiller-thérapeute ». Ce rôle a pour fonction de promouvoir et d'aider le patient à initier des comportements de renouvellement de soi et de prise de conscience en acceptant ses difficultés et non en les minimisant ou les niant. Elle pense la thérapie comme une relation permettant de satisfaire les besoins insatisfaits du passé afin de pouvoir continuer à se développer. Peplau fait la distinction entre le rôle de conseiller que représente l'infirmière ou l'infirmier et le psychothérapeute. En effet, de par la variété des services qu'il propose au patient et de son temps d'échange avec lui, il a une fonction d'aide psychologique différente d'un thérapeute qui travaille avec le patient dans un temps donné. Cependant, comme le soignant passe généralement plus de temps avec le patient, son rôle de conseiller est très important. Le rôle infirmier de thérapeute dans une situation clinique s'intéresse plus à la manière dont les infirmières ou infirmiers répondent aux demandes qui lui sont faites qu'à la nature de ces demandes.

Les compétences nécessaires à acquérir avant de pouvoir donner des conseils, sont une observation prononcée et une capacité d'écoute rigoureuse. Le professionnel doit porter une attention particulière au patient, à lui-même et à leur relation interpersonnelle ainsi qu'à tous les messages verbaux et non verbaux qui en ressortent. D'un point de vue de la communication, Peplau avance que c'est au soignant de choisir quelles méthodes il préfère

en fonction de leur compatibilité avec sa philosophie. Néanmoins, quelle que soit la méthode choisie, il doit montrer de l'empathie et vivre les sentiments du patient dans la situation vécue (Peplau, 1991, p. 61-69).

6.3 Pathologies psychiatriques

Dans cette troisième partie théorique, certaines pathologies psychiatriques seront présentées ; la dépression, la schizophrénie et la dépendance à l'héroïne.

Il a été choisi de détailler la dépression car elle est actuellement la pathologie la plus répandue dans le monde, comme indiqué dans la problématique. Cette maladie touche en effet près de 300 millions de personnes dans le monde (OMS, 2016a), ce qui en fait une thématique omniprésente dans la littérature.

La schizophrénie touche moins de personnes (21 millions) mais présente d'autres problématiques qui en font un sujet d'actualité. En effet, cette pathologie est associée à des handicaps lourds impactant sur tous les aspects de la vie quotidienne. De plus, le risque de mourir prématurément de comorbidités comme les maladies cardiovasculaires ou métaboliques est de 2 à 2,5 fois plus élevé chez les schizophrènes. A cause des symptômes d'hallucinations ou de distorsions cognitives, les personnes souffrant de la maladie sont souvent stigmatisées, discriminées et leurs droits fondamentaux violés. La complexité de la maladie et son aspect chronique en l'absence de traitement médicamenteux et psychosociaux en fait un sujet d'étude répandu en vue de trouver des solutions permettant une prise en charge efficace (OMS, 2016b).

La dépendance à l'héroïne a tendance à diminuer depuis 40 ans en Europe. Elle est aussi largement moins répandue que l'addiction au tabac ou à l'alcool, par exemple. Selon une enquête menée par le « Monitoring Suisse des Addictions », environ 7000 personnes ont consommé de l'héroïne en 2015 en Suisse. Ce nombre peut paraître assez faible, cependant, la dépendance à l'héroïne reste une préoccupation du fait qu'elle peut entraîner une addiction psychique et physique après une dose seulement. Elle est également associée à des problèmes de santé publique liés aux injections (VIH, hépatites) et parce qu'elle comporte des risques accrus d'overdose létale (« Monitoring suisse des addictions » Opioides », s. d.).

Les caractéristiques des pathologies seront explicitées sur la base de la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10^{ème} version (CIM-10), publiée par l'OMS (OMS, 2008).

6.3.1 La dépression

Les épisodes dépressifs sont classés en trois stades : légers, moyens ou sévères, en fonction du nombre et de la sévérité des symptômes. Les symptômes observés généralement sont un abaissement de l'humeur, une diminution de l'estime et de la confiance en soi et une réduction de l'énergie et de l'activité. Il existe aussi une altération de la capacité à éprouver du plaisir, une perte d'intérêt, une diminution de l'appétit assimilée à une fatigue importante même après un effort léger. Des symptômes somatiques sont aussi présents comme les troubles du sommeil, une diminution de l'appétit avec perte de poids, une agitation, une baisse de la libido et un ralentissement psychomoteur. Les personnes dépressives ressassent aussi des idées de dévalorisation et ressentent de la culpabilité, même au stade léger. Une des caractéristiques du diagnostic est que l'humeur dépressive ne varie pas d'un jour à l'autre. Les dépressions endogènes, réactionnelles et les réactions dépressives sont aussi considérées comme des épisodes dépressifs.

Lors d'un épisode léger, deux ou trois des symptômes cités plus haut sont généralement présents. Le sujet reste néanmoins capable de poursuivre ses activités malgré un sentiment de détresse.

Une personne atteinte d'un épisode dépressif moyen ressentira au moins quatre des symptômes cités plus haut et aura des difficultés majeures à poursuivre ses activités.

Dans un épisode sévère le patient présente plusieurs de ces symptômes de manière marquée et pénible accompagnés de symptômes somatiques. De plus, des idées et des gestes suicidaires sont fréquents. La dépression sévère peut être agitée, majeure ou vitale.

Une deuxième forme de dépression sévère existe. Elle est accompagnée de symptômes psychotiques tels que des hallucinations, des idées délirantes, voire de la stupeur en plus des symptômes classiques. De par le risque de suicide, de dénutrition et de déshydratation, cette forme de la maladie peut engager le pronostic vital. Les épisodes isolés de dépression majeure avec symptômes psychotiques, de dépression psychotique, de psychose dépressive psychogène ou réactionnelle sont comptés comme des épisodes de dépression sévère (OMS, 2008).

6.3.2 La schizophrénie

Selon la CIM-10, les symptômes caractéristiques de la schizophrénie sont les distorsions fondamentales de la pensée et de la perception ainsi que des affects émoussés ou inappropriés. Les phénomènes psychopathologiques souvent présents sont : les pensées imposées, l'écho de la pensée, le vol de la pensée, la divulgation de la pensée, la perception délirante, les idées d'influence ou de passivité, les hallucinations, les troubles du cours de la pensée et les symptômes négatifs (perturbation des affects, de la volonté et du langage accompagnée de signes de catatonie).

L'évolution de la pathologie peut être continue ou épisodique avec un déficit ou pas et peut comporter plusieurs épisodes suivis de rémissions complètes ou incomplètes.

La CIM-10 indique aussi d'exclure certains troubles avant de pouvoir diagnostiquer une schizophrénie. Il faut être sûr que la symptomatologie ne vient pas d'un épisode dépressif ou maniaque, d'une atteinte cérébrale, d'une intoxication par une drogue ou d'une épilepsie.

Il existe plusieurs formes de schizophrénie :

- **Paranoïde** : les symptômes positifs sont présents contrairement aux symptômes négatifs peu ou pas présents.
- **Hébéphrénique** : les symptômes négatifs sont majoritaires et les symptômes positifs ne sont que peu ou pas présents.
- **Catatonique** : perturbation psychomotrice importante pouvant alterner d'un extrême à un autre ; hypercinésie ou stupeur, présence de postures catatoniques pouvant être maintenues pendant une période prolongée et épisodes d'agitation violente.
- **Indifférenciée** : symptômes généraux de la schizophrénie présents mais ne correspondant à aucune forme clinique décrite plus haut ou qui répondent simultanément à plusieurs formes sans prédominance d'une forme de l'une ou l'autre.
- **Dépression post-schizophrénique** : épisode dépressif survenant au cours de la maladie schizophrénique, les symptômes positifs et négatifs ne dominent plus le tableau clinique à l'instar des symptômes dépressifs.
- **Résiduelle** : stade chronique de la schizophrénie, progression nette depuis le début de la maladie des symptômes négatifs.
- **Simple** : survenue insidieuse et progressive de bizarreries du comportement, d'une diminution globale des performances et d'une impossibilité à répondre aux exigences de la société.
- **Autres formes** : accès / troubles / psychose schizophréniforme, schizophrénie cénestopathique.
- **Schizophrénie sans précision** (OMS, 2008).

6.3.3 La dépendance à une substance psychoactive

La CIM-10 classe le syndrome de dépendance dans « les troubles du comportement liés à l'usage d'une substance psychoactive ». La dépendance est définie comme un ensemble de manifestations comportementales, cognitives et physiologiques survenant à la suite d'une consommation répétée d'une substance psychoactive. Un désir puissant de prendre de la drogue, une difficulté à contrôler la consommation, une poursuite de la consommation malgré les conséquences nocives, un désinvestissement progressif des autres activités et des

obligations au profit de la consommation, une tolérance augmentée au produit et, finalement, un sevrage physique sont les caractéristiques du comportement addictif (OMS, 2008).

7 Méthodologie

7.1 Devis de recherche

La rédaction et l'élaboration de ce travail de recherche ont été réalisées sur la base de six études quantitatives s'inscrivant dans un paradigme post-positiviste. Fortin & Gagnon (2016) proposent une définition de ce dernier : « la version post-positiviste de la science suppose qu'il existe une réalité objective indépendante de l'observation humaine mais que cette réalité ne peut être connue qu'imparfaitement » (p. 28). Ce travail portant sur l'exploration et la faisabilité d'interventions psychothérapeutiques infirmières mais aussi sur l'efficacité de ces interventions, les études quantitatives sont un choix intéressant qui doivent permettre de vérifier ces hypothèses.

7.2 Collecte de données

La recherche et la collecte de données ont été réalisées de juin à novembre 2016 sur les bases de données proposées par la médiathèque santé de la Haute Ecole Spécialisée de Suisse Occidentale (HES-SO). Les bases de données *CINAHL* et *PubMed*, ont été utilisées. Afin de cibler les recherches, les mots-clés « cognitive behavioral therapy », « mental health nursing » et « mental health nursing interventions » ont été employés. La méthode de recherche avec les mots-clés et les opérateurs booléens utilisés est indiquée dans les tableaux suivants. Après avoir retenu dix études, quatre ont été exclues car elles ne correspondaient pas à tous les critères d'inclusion. Le nombre d'études retenues indiqué dans les tableaux fait référence aux six mêmes études trouvées sur deux bases de données différentes et avec trois types de mots-clés différents. En effet, l'étude réalisée par Zhuang, An, & Zhao (2014) a été retrouvée sur CINAHL avec les trois mots-clés différents et une fois sur PubMed, l'étude faite par H.-C. Chien, Chung, Yeh, & Lee (2015) a été trouvée sur les deux bases et deux fois sur PubMed avec les différents mots-clés, les études de Favrod et al. (2015) et de Chetty & Hoque (2013) ont été repérées trois fois sur PubMed avec les différents mots-clés et l'étude de W. T. Chien & Thompson (2014) a été trouvée une fois sur PubMed. La sixième étude, Casañas et al. (2012) a été trouvée lors de la lecture d'une méta-synthèse (Cuijpers, Cristea, Karyotaki, Reijnders, & Huibers, 2016) portant sur le thème de ce travail. Elle a ensuite été conservée car elle remplissait les critères de sélection choisis.

A. Base de données CINHALL

Mots-clés et opérateurs booléens	Nombre d'études trouvées	Nombre d'études retenues
Cognitive behavioral therapy AND nursing interventions	100	2
Cognitive behavioral therapy AND mental health nursing	35	1
Cognitive behavioral therapy AND mental health nursing interventions	19	1

B. Base de données PubMed

Mots-clés et opérateurs booléens	Nombres d'études trouvées	Nombres d'études retenues
Cognitive behavioral therapy AND nursing interventions	528	2
Cognitive behavioral therapy AND mental health nursing	412	5
Cognitive behavioral therapy AND mental health nursing interventions	183	4

7.3 Sélection des données

Les six études ont été sélectionnées en se basant sur les paramètres de la question de recherche et le respect des consignes générales du travail de Bachelor.

Les critères d'inclusion suivants ont été appliqués. Les études doivent être réalisées par un corps infirmier, être publiées durant les cinq dernières années, être de source primaire, comporter une intervention psychothérapeutique réalisée par des infirmières ou des infirmiers diplômés et issue des TCC, contenir des infirmières ou des infirmiers travaillant dans des structures de soins psychiatriques, inclure des personnes d'âge adulte seulement et souffrant de troubles psychiatriques, provenir de toute région confondue et être de langue française ou anglaise. Les études ne respectant pas un de ces critères n'ont pas été retenues. Cependant, l'étude de Casañas et al. (2012) n'est pas disciplinaire et a été réalisée par des psychiatres et psychologues. Néanmoins, cette recherche porte sur la réalisation d'un programme psycho-éducatif mené par des infirmières ou des infirmiers auprès de patients souffrant de dépression. D'un point de vue de la pertinence et du sujet, elle a donc été retenue dans ce corpus.

7.3.1 Considérations éthiques

Comme formulé dans la déclaration, aucun plagiat n'a été réalisé durant l'élaboration de cette revue. Toutes les données sélectionnées ont été référencées selon les normes de la sixième édition de l'American Psychological Association (APA 6.0). Les études choisies ont toutes été publiées sur les bases de données mentionnées plus haut.

Cinq études ont été approuvées par un comité ou une commission d'éthique à l'exception de Zhuang et al. (2014). Cependant, dans les six études, les participants étaient volontaires et ont signé un consentement éclairé de participation. Les auteurs de toutes les études sauf une, Chetty & Hoque (2013), déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt.

7.3.2 Analyse des données

L'analyse des études retenues est réalisée dans la partie suivante de ce travail. Elle est menée étude par étude en se focalisant sur la pertinence clinique des résultats et sur la validité méthodologique. Des tableaux de recension de chaque étude ont été réalisés préalablement afin de simplifier l'analyse des données (annexe numéro IV). De plus, les niveaux de preuves de chaque étude ont été établis grâce à la pyramide des preuves présentée en annexe II.

8 Résultats

8.1 Etude 1

Zhuang, S.-M., An, S.-H., & Zhao, Y. (2014). Effect of cognitive behavioural interventions on the quality of life in Chinese heroin-dependent individuals in detoxification: a randomised controlled trial. *Journal of Clinical Nursing*, 23(9-10), 1239-1248.

8.1.1 Description de l'étude

Cette étude quantitative se déroule dans un centre de désintoxication à Tianjin dans le nord-est de la Chine. Elle a pour but de déterminer si des interventions issues de la TCC améliorent la qualité de vie de patients héroïnomanes. Pour ce faire, l'équipe de recherche a utilisé un design quantitatif de type essai contrôlé et randomisé. L'échantillon se compose de patients diagnostiqués dépendants à l'héroïne et recevant un traitement dans ce centre durant la période d'étude. Les participants ont été séparés de manière aléatoire en un groupe test et un groupe contrôle. Les patients du groupe test ont bénéficié durant six mois d'une intervention éducationnelle et comportementale issue des TCC en plus des soins de base du centre. L'intervention réalisée par une infirmière ou un infirmier de la structure, préalablement entraîné, implique des cours d'éducation thérapeutique interactifs et des entraînements cognitifs et comportementaux afin d'améliorer leurs connaissances à propos de la dépendance, de maîtriser des stratégies pour gérer les complications liées à l'utilisation d'héroïne et, finalement d'acquiescer un style de vie positif et sain. A la fin de chaque session, les patients ont dû accomplir des devoirs pour la semaine suivante.

A l'entrée de l'étude, les patients ont répondu à un questionnaire distribué par un soignant en aveugle des assignations dans les deux groupes, afin de récolter des données démographiques (âge, éducation et statut marital) et cliniques (méthode d'utilisation de l'héroïne, quantité d'héroïne quotidienne consommée, nombre d'années de consommation et nombre d'occasions d'abstinence). De plus, l'effet et l'efficacité de l'intervention sur la qualité de vie des participants ont été mesurés grâce à un questionnaire distribué au début et à la fin de l'étude.

Les données ont été analysées par le logiciel statistique SPSS version 16.0 et le niveau de significativité a été fixé à 0.05. Les données recueillies par l'instrument de mesure ont été analysées par un test de Student afin de comparer les différences de moyennes des scores dans les différents groupes. En post-intervention, ces données ont été analysées et comparées en utilisant une analyse de covariance.

Les principaux résultats sont que les différences entre les caractéristiques cliniques et démographiques du groupe test et du groupe contrôle ne sont pas statistiquement significatives. Les différences de scores du questionnaire sur la qualité de vie au début de

l'étude entre les deux groupes ne sont pas, elles non plus, statistiquement significatives ($P=0.97$) alors qu'après les 6 mois d'intervention elles le sont ($P=0.001$). En conclusion, l'intervention infirmière a amélioré la qualité de vie des héroïnomanes chinois en soulageant les symptômes et en améliorant leur santé psychique et physique de même leurs fonctions sociales indépendamment de leurs caractéristiques démographiques et cliniques.

Il n'y a pas d'information quant à l'approbation de l'étude par un comité éthique.

8.1.2 Validité méthodologique

La méthode d'échantillonnage utilisée dans cette étude est aléatoire. Les patients en cours de traitement dans le centre et potentiellement recrutables selon les critères d'inclusion (diagnostic de dépendance à l'héroïne et communication en chinois) et d'exclusion (avoir une autre pathologie susceptible d'influencer le questionnaire sur la qualité de vie, souffrir d'un trouble mental non traité ou d'avoir une maladie cognitive, recevoir un traitement de désintoxication plus court que 6 mois) ont été approchés par une infirmière ou un infirmier spécialisé en recherche dans un pièce privée afin d'être informés sur l'étude et de signer un consentement. Les patients sélectionnés ont ensuite été séparés de manière aléatoire pour éviter les biais de sélection par un programme informatique de randomisation adaptative. Cette méthode d'échantillonnage permet à la probabilité d'attribution de varier au fur et à mesure que les participants s'accumulent. Lorsqu'un déséquilibre entre les deux groupes apparaît, la probabilité d'affectation dans l'un ou l'autre s'adapte (Hedden, Woolson, & Malcolm, 2006, p. 5). Cette procédure a été réalisée par un assistant en recherche non-impliqué dans l'essai. Le nombre de participants nécessaires est resté confidentiel et les résultats d'assignement ont été placés dans des enveloppes opaques. 240 personnes ont ainsi été sélectionnées et réparties en deux groupes de 120 patients.

Les données sur la qualité de vie ont été récoltées grâce à la version chinoise du questionnaire « Quality Of Life in Drug Addiction Questionnaire ». Cette échelle, développée par Chong-Hua Wan en 1997 pour les patients toxicomanes chinois, a démontré une bonne validité de construit. En 2011, elle a été testée par le même auteur auprès de 212 patients en centre de désintoxication et comparée avec deux autres échelles validées de qualité de vie (SF-36 et WHOQOL-100). Le questionnaire est composé de 40 questions réparties en quatre domaines : psychologique, physique, social ainsi que symptômes et toxicité. Afin de valider l'échelle, les chercheurs ont évalué la validité et la fidélité en utilisant le coefficient de corrélation de Pearson, des test-retests, l'écart-type et le coefficient alpha de Cronbach. Les résultats ont démontré que cet instrument est valide et fiable et qu'il peut donc être utilisé auprès des patients toxicomanes (Wan et al., 2011). Malgré une validité de construit correcte, les auteurs n'ont utilisé qu'un seul instrument de mesure et il est donc difficile de déterminer

le degré d'exactitude avec lequel le questionnaire représente réellement le construit théorique étudié, c'est-à-dire la qualité de vie.

Les données issues du QOLDA en pré-intervention ont été analysées par un test de Student afin de comparer les différences de moyennes des scores dans les deux groupes. En post-intervention, elles ont été analysées et comparées en utilisant une analyse de covariance. Cette méthode de combinaison entre une analyse de variance et une régression multiple permet d'avoir un contrôle statistique sur les variables parasites. Le choix de cette démarche est judicieux car il permet de déterminer l'effet de l'intervention thérapeutique sur la qualité de vie des héroïnomanes tout en contrôlant l'impact indirecte d'autres variables sur la relation initiale entre la variable dépendante et indépendante. La validité interne de l'étude est ainsi renforcée (Loiselle, 2007, p. 385). Les chercheurs ont décidé de placer le seuil de significativité à 0.05.

Les forces de l'étude sont, selon les auteurs, le nombre de participants assez élevé, leur randomisation et le fait qu'il n'y ait pas eu d'abandon durant l'étude. Ceci évite en effet le risque de biais d'attrition. La taille de l'échantillon favorise la généralisation des données au niveau de la population héroïnomane chinoise. Cependant, les chercheurs émettent des doutes quant à la généralisation des résultats sur une population extérieure à la Chine, culturellement différente. De plus, ils expliquent qu'ils ne disposent d'aucune information sur l'effet bénéfique d'une intervention au-delà de six mois et mettent en avant la nécessité de réaliser d'autres recherches à ce sujet.

8.1.3 Pertinence clinique

Les résultats de cette étude mettent en avant l'efficacité d'une intervention infirmière issue de la TCC auprès de patients toxicomanes, en particulier sur le soulagement des symptômes, l'amélioration de la santé physique et psychologique ainsi que leurs fonctions sociales. Ces résultats corroborent ceux d'autres études antérieures telle que celle de Carroll et al. (2008). Les chercheurs avancent que malgré le fait que leur programme thérapeutique soit basé sur la TCC, ils l'ont modifié. Il est ainsi difficile d'en tirer une certaine constance. En effet, lors de leur intervention, ils ont intégré des devoirs à réaliser de séance en séance. Ceux-ci ont été jugés bénéfiques par les patients pour renforcer de nouvelles acquisitions. Les auteurs se posent la question de savoir si ces devoirs ont contribué au succès de l'intervention. De plus, ce genre de méthodes a déjà été évalué positivement par une autre étude et une méta-analyse (Carroll, Nich, & Ball, 2005; Kazantzis, Deane, & Ronan, 2006).

8.2 Etude 2

Favrod, J., Nguyen, A., Fankhauser, C., Ismailaj, A., Hasler, J.-D., Ringuet, A., ... Bonsack, C. (2015). Positive Emotions Program for Schizophrenia (PEPS): a pilot intervention to reduce anhedonia and apathy. *BMC Psychiatry*, 15(1)

8.2.1 Description de l'étude

Cette étude pilote a pour but de tester la faisabilité du programme « Positive Emotions for Schizophrenia (PEPS) » et son effet sur les symptômes d'anhédonie et d'apathie chez des personnes schizophrènes. Cette intervention a été conçue par les infirmiers romands Jérôme Favrod, spécialiste clinique en psychiatrie et diplômé universitaire en TCC et Alexandra Nguyen, diplômée en thérapie systémique et masterisée en Sciences de l'éducation. Cette intervention psycho-éducative cible spécifiquement les symptômes d'anhédonie et d'apathie en augmentant le contrôle cognitif des émotions par l'expression du plaisir, l'anticipation du plaisir et par la capacité à savourer les moments agréables. Ces symptômes sont présents dans la schizophrénie et sont généralement associés à un mauvais pronostic en diminuant le fonctionnement social et professionnel. Ils mènent à une qualité de vie plus basse. Les auteurs expliquent que les individus schizophrènes ont une capacité diminuée à anticiper le futur et les nouvelles expériences, à maintenir des sentiments positifs et à avoir une bonne estime d'eux-mêmes, ce qui entraîne facilement de l'apathie et de l'anhédonie. L'équipe de recherche a utilisé un devis quantitatif avant-après à groupe unique. Les patients de l'échantillon ont été recrutés dans les centres de soins psychiatriques de Lausanne, Rolle et Marsens, d'avril à novembre 2015. Les données ont été collectées en pré et post-intervention durant des interviews standardisés d'une heure avec un psychologue formé à leur utilisation.

Les patients ont bénéficié de huit séances d'une heure dispensée grâce à un support PowerPoint. Les huit différentes séquences se nomment : « les croyances défaitistes », « savourer les moments plaisants », « expression comportementale des émotions », « capitaliser », « savourer et se remémorer les bonnes choses », « anticiper le plaisir », « anticiper les moments agréables » et « révision des compétences ». Chaque session inclut des étapes précises. La séance commence par un mot de bienvenue, cinq minutes de relaxation et de méditation, un passage en revue des devoirs donnés à la session précédente et un exercice de confrontation d'une croyance défaitiste avec recherche de croyances alternatives. Ensuite, en fonction du thème de la séance, les patients apprennent et entraînent une nouvelle compétence pour améliorer leur anticipation et maintien du plaisir. La session se termine par l'explication des tâches à effectuer pour la semaine suivante. Les données sur les symptômes négatifs ont été récoltées grâce à deux différents outils, l'échelle « Scale for the

Assessment of Negative Symptoms (SANS) » et « The Calgary Depression scale For Schizophrenia » (CDSS), utilisés avant et après l'intervention. Les auteurs ont également mis à profit un autre outil, « The Savoring Belief Inventory » (SBI), afin d'évaluer la capacité des patients à apprécier les expériences positives. De plus, des données cliniques (durée de la pathologie et médication) et sociodémographiques (sexe, âge, statut marital, scolarité, lieu de vie et statut professionnel) ont été récoltées durant l'interview.

Les données ont été analysées grâce à un test de Student apparié et un effet de taille de Cohen. Un test U de Mann-Whitney a été réalisé en analyse secondaire. Le seuil de significativité a été placé à 0.001 après ajustement avec une correction de Bonferroni. Les principaux résultats indiquent qu'il n'y a pas de différences statistiquement significatives dans les réponses des questionnaires SANS et CDSS avant l'intervention. Après intervention, les items aboulie-apathie et anhédonie-asociabilité de l'échelle SANS ont diminué de manière significative, tout comme le score moyen de l'échelle CDSS. Les scores moyens de l'échelle SANS et de l'échelle SBI ne sont pas statistiquement significatifs. Par la suite, les chercheurs ont réalisé une seconde analyse afin de dissocier l'apathie et l'anhédonie considérés tous les deux comme symptômes négatifs de la schizophrénie, des symptômes d'un état dépressif. Pour ce faire, ils ont divisé l'échantillon en deux groupes. D'une part, un groupe de personnes considérées comme dépressives ayant un score de plus de 6 sur l'échelle CDSS avant intervention et d'autre part, un groupe de personnes considérées comme non dépressives ayant un score plus petit que 6. La comparaison des résultats des items aboulie-apathie et anhédonie-asociabilité de l'échelle SANS indique qu'après intervention, les patients dépressifs affichent une plus grande amélioration que les personnes de l'autre groupe.

L'étude a été approuvée par un comité éthique.

8.2.2 Validité méthodologique

Les auteurs de cette étude désirent tester la faisabilité de leur programme PEPS sur une petite population en vue d'un essai clinique randomisé. Le devis utilisé est de type avant-après à groupe unique. Les chercheurs ont travaillé avec un échantillon choisi grâce aux critères d'inclusion (avoir un diagnostic établi à partir de la CIM-10 de schizophrénie ou souffrir de troubles schizo-affectifs, avoir un score d'au moins 2 sur l'outil SANS, être âgé entre 18 et 65 ans, être capable de lire et comprendre le français, pouvoir démontrer une capacité de consentement analysée grâce au « San Diego Brief Assessment of Capacity to Consent » et le donner. 39 patients ont été élus admissibles à l'étude. Par la suite, deux personnes ont refusé d'y participer, une a déménagé et cinq ont abandonné après deux sessions. L'échantillon final comporte 31 patients dont 28 ont achevé les huit sessions du programme, deux sont allés jusqu'à sept et un s'est arrêté à quatre. Il n'y a pas de groupe témoin et le

psychologue qui a évalué les patients ne l'a pas fait en aveugle, risquant d'augmenter la probabilité de biais d'attrition.

Les données à propos des symptômes négatifs ont été récoltées grâce à l'outil SANS qui permet d'évaluer le retrait affectif, l'alogie, l'apathie, l'anhédonie et l'attention. La deuxième échelle est la CDSS. Elle a été utilisée pour mesurer les symptômes suivants : humeur dépressive, désespoir, autodépréciation, idées de référence à thème de culpabilité, culpabilité pathologique, dépression matinale, éveil précoce, idées de suicide et dépression observée. Ces deux premières échelles ont été traduites et validées en français selon les auteurs. La dernière échelle est le SBI. Elle permet de mesurer les croyances d'une personne quant à sa capacité à savourer les expériences positives passées, actuelles ou futures. Il est référencé dans l'étude qu'elle dispose d'une bonne validité et un score de fidélité élevé, vérifié par test-retest. Les auteurs ont sélectionné trois échelles différentes afin de mesurer au mieux la variable dépendante et assurer une bonne validité de construit.

Dans un premier temps, les données ont été analysées grâce à un test de Student apparié qui permet de comparer la moyenne de deux séries de valeurs récoltées sur le même échantillon à un moment différent (pré et post-intervention). Cette méthode permet de diminuer l'erreur de variance car l'influence d'autres facteurs externes sera la même lors des deux mesures sur l'échantillon (Fortin & Gagnon, 2016, p. 429-430). Par la suite, les auteurs ont décidé de mesurer la taille de l'effet sur les résultats afin de savoir si l'effet de l'intervention est fort, moyen ou faible. Cette mesure permet de constater si une intervention a un effet même sur un petit échantillon ou si le résultat n'est pas significatif (Polit & Beck, 2012, p. 423). Le seuil de significativité a été placé à 0.001 en utilisant une correction de Bonferroni. Cette correction permet d'adapter le seuil de significativité afin que les données analysées plusieurs fois apparaissent à tort significatives (Polit & Beck, 2012, p. 720). Parce que leur échantillon est petit, les auteurs ont choisi la taille d'effet et la correction de Bonferroni pour avoir la meilleure conclusion statistique possible.

Ensuite, ils ont réalisé une seconde analyse en créant deux groupes, dépressifs et non dépressifs, et ont comparé les résultats des différents scores de l'échelle SANS en utilisant un test U de Mann-Withney. Ce test non paramétrique permet de comparer deux échantillons indépendants, ici les déprimés et les non-déprimés.

8.2.3 Pertinence clinique

Cette étude pilote démontre que l'intervention PEPS est une méthode de traitement faisable. Ce programme a entraîné une diminution des symptômes dépressifs, d'anhédonie et d'apathie présent dans la schizophrénie. La taille d'effet de l'intervention sur les symptômes d'aboulie-apathie et d'anhédonie-asocialité de l'échelle SANS est considérée comme modérée sur le score moyen du questionnaire CDSS.

Grâce à ces résultats encourageants et le besoin de preuves supplémentaires, les mêmes auteurs ont entrepris un essai contrôlé randomisé sur l'intervention thérapeutique PEPS qui devrait être publié en 2018. En outre, les résultats corroborent l'enthousiasme général des patients et leur participation assidue lors des sessions, peu habituel dans cette population. Les patients ont aussi apprécié que le leader de la séance participe de manière active aux exercices et partage ses expériences personnelles. Deux autres études pilotes sur le travail des émotions positives chez les schizophrènes ont obtenu des résultats similaires.

8.3 Etude 3

Casañas, R., Catalán, R., del Val, J. L., Real, J., Valero, S., & Casas, M. (2012). Effectiveness of a psycho-educational group program for major depression in primary care: a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 12(1).

8.3.1 Description de l'étude

Cet essai contrôlé randomisé se déroule en Espagne et a pour but d'évaluer l'efficacité d'un programme psycho-éducatif dispensé par des infirmières et des infirmiers basé sur des soins personnels et un mode de vie sain auprès de personnes atteintes de dépression modérée ou sévère dans des centres de soins primaires. L'efficacité de l'intervention est évaluée par le taux de rémission après intervention, puis à trois mois et finalement à six mois. Le deuxième objectif de la recherche est de déterminer laquelle de ces deux populations bénéficie au mieux de l'intervention psycho-éducative. Cet essai a été réalisé par des psychiatres et des psychologues.

Le programme comprend trois aspects majeurs : l'amélioration des connaissances de la pathologie, la promotion d'un mode de vie sain et le développement de ressources servant à faire face à des situations critiques en se basant sur des techniques d'activation comportementale et cognitive, de résolution de problèmes et de relaxation/respiration. L'intervention consiste en douze sessions hebdomadaires de 90 minutes composées de huit à douze participants et dispensées par deux infirmières préalablement entraînées. De plus, afin de valoriser le rôle actif du patient, des devoirs sont à compléter pour chaque séance.

L'échantillon se compose de 246 patients dépressifs sélectionnés deux mois avant le début de l'étude par des médecins généralistes et des infirmières et infirmiers dans douze centres de soins primaires barcelonais. Les patients susceptibles de correspondre aux critères d'inclusion et d'exclusion ont été provisoirement acceptés dans l'étude. Par la suite, deux infirmières de chaque centre ont mené une première évaluation en récoltant des données sociodémographiques (âge, sexe, nationalité, statut marital, niveau éducatif, nombre d'enfants, statut professionnel, cohabitation du ménage et médication), des données issues

de « l'Inventaire de Dépression de Beck » (IDB) ainsi que des données d'un autre questionnaire évaluant la qualité de vie « EuroQoL-5D (EQ-5D) ». Chaque patient évalué et répondant aux critères d'inclusion a été reparti de manière aléatoire entre un groupe témoin et un groupe expérimental par une personne extérieure à l'étude. Le groupe témoin a reçu les soins habituels proposés par les centres de soins, soit divers renseignements sur la pathologie, la médication ou l'adhérence thérapeutique.

Toutes les données récoltées ont été évaluées avant l'étude, à la fin des douze semaines, puis à six mois et à neuf mois. Le taux de rémission a été calculé en se basant sur l'IDB car une perte de onze points sur ce questionnaire signifie une rémission. Le logiciel IBM SPSS Statistics v.18 a été utilisé pour l'analyse statistique et la valeur p fixée à 0.05. Les données sociodémographiques et cliniques de chaque groupe ont été analysées par un test de Student pour les variables continues et un test de Chi-deux pour les variables catégorielles. L'effet de l'intervention sur les variables dépendantes est mesuré par la différence de résultats entre les groupes ainsi que la taille d'effet de l'intervention.

Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les données sociodémographiques et cliniques du groupe test et du groupe contrôle avant l'intervention, sauf pour le statut marital ($p= 0.03$). En contraste, une différence statistiquement significative a été trouvée entre le nombre de rémissions, plus important dans le groupe test que dans le groupe contrôle et ce après l'intervention, tant à six mois qu'à neuf mois. Les résultats montrent aussi que les patients souffrant de dépression légère ont vu une diminution de leur symptomatologie dépressive à court et à long terme, alors que chez les patients souffrant d'une dépression modérée, les résultats ne sont pas statistiquement significatifs à long terme. A court terme, la qualité de vie s'est améliorée chez les patients du groupe test comparé au groupe contrôle, mais pas de manière significative sur le long terme. De plus, après neuf mois, la qualité de vie des patients dépressifs légers est supérieure à celle des dépressifs modérés.

L'étude est approuvée par un comité éthique.

8.3.2 Validité méthodologique

Le devis de cette étude est expérimental, avec une randomisation aléatoire des patients dans le groupe test ou le groupe contrôle. En effet, avant le début de l'essai, les auteurs ont calculé la taille de l'échantillon nécessaire afin d'obtenir un taux élevé de puissance statistique. Ils ont admis un risque alpha à 5% et un risque bêta à 20%. De ce fait, 92 patients sont requis dans le groupe test et 92 dans le groupe contrôle afin d'avoir une différence d'au moins 4.5 points sur l'IDB. Un taux de perte de 15% a été estimé. Les patients répondant aux critères d'inclusion (être âgé de plus de 20 ans, avoir un diagnostic de dépression basé sur la CIM-10, présenter des symptômes allant de léger à modérés sur l'IDB et signer le formulaire de consentement) et d'exclusion (souffrir d'une autre pathologie mentale, avoir des idées suicidaires, utiliser des

services de santé secondaires, être atteint d'une pathologie aiguë ou terminale, ne pas parler l'espagnol ou le catalan, avoir des troubles cognitifs ou sensoriels, être analphabète, être un résident temporaire et ne pas signer le formulaire de consentement) ont été placés au hasard par une liste d'allocation réalisée sur ordinateur. Les listes vont de 16 à 24 en fonction du nombre de participants par centre de soins. La randomisation a été réalisée par une personne extérieure à l'étude et l'allocation de chaque patient a été placée dans une enveloppe opaque quelques jours avant le début de l'intervention. Cependant, lorsque l'intervention a commencé, les patients et les infirmiers-ères n'étaient pas en aveugle et savaient qui appartenait à quels groupes, augmentant ainsi le risque de biais, comme l'effet Hawthorne.

246 patients ont été analysés comme éligibles, mais quinze n'ont pas été inclus. L'échantillon se compose donc de 231 patients, 112 dans le groupe contrôle et 119 dans le groupe test. 54 personnes ont abandonné l'étude et n'ont pas été évaluées en post-intervention. Ce nombre correspond à un taux d'abandon de 23%. Les chercheurs ont quand même analysé l'échantillon entier de 231 patients car leur étude est menée sur la base d'une intention de traiter. Ils ont remplacé les données manquantes par les scores des échelles recueillis lors de la dernière évaluation. Cette méthode permet d'éviter les risques de biais d'attrition provoqués par la perte de participants (Polit & Beck, 2012, p. 247-248).

L'IDB a été utilisé dans l'étude pour définir les niveaux de dépression, la symptomatologie dépressive et les rémissions. Le score varie de 0 à 39. Un score plus élevé que quatre correspond à une dépression légère. Cette échelle d'auto-évaluation a été sélectionnée par les auteurs car elle présente une bonne validité interne et inclut des items d'évaluation des symptômes cognitifs et psychosociaux. Les chercheurs mettent en avant qu'utiliser cette échelle pour mesurer la rémission n'est pas aussi pertinent que de diagnostiquer une nouvelle fois le patient. La deuxième échelle utilisée est le EQ-D5. C'est une auto-évaluation qui permet d'apprécier son état de santé. Cet outil standardisé est applicable à une grande variété de problèmes de santé. Cette échelle a été validée en espagnol en 1999 par Xavier Badia.

Les différences sociodémographiques et cliniques entre les sujets d'origine ont été examinées grâce à un test de Student, pour les données continues, et un test Chi-deux pour les variables catégorielles telles que le sexe et la médication. Ce test permet d'examiner l'existence ou non d'une relation entre deux variables catégorielles dans une population. L'effet de l'intervention sur les variables a été mesuré par la différence de scores entre les groupes et par la taille d'effet grâce au d de Cohen.

Par la suite, pour évaluer l'évolution du IDB entre les groupes, les auteurs ont produit un modèle d'effets mixtes en utilisant les quatre temps d'évaluation (pré-test, trois mois, six mois et neuf mois) comme effet aléatoire et le type d'intervention (soins habituels versus l'intervention), l'âge, le genre et le type de centre de soins comme effet fixe. La qualité de l'ajustement a été analysée par un test de Kolmogorov-Smirnov permettant de contrôler

l'hypothèse admettant que les deux échantillons sont issus de la même loi de distribution (« Test de Kolmogorov-Smirnov dans Excel », 2017).

Les auteurs évaluent la validité externe de leur étude comme une force. En effet, l'échantillon est grand et ils ont choisi des centres de soins localisés dans plusieurs secteurs de Barcelone manifestant des différences sociodémographiques et économiques entre les habitants. Selon les auteurs, il est donc possible de généraliser ces résultats au moins à la population de la ville.

8.3.3 Pertinence clinique

Les auteurs mettent en avant l'efficacité de leur programme à court et à long terme en s'appuyant sur la réduction du score de l'Inventaire de Dépression de Beck de cinq points et la poursuite de l'amélioration symptomatique lors de l'évaluation de suivi à neuf mois malgré une taille d'effet faible de l'intervention. De plus, les chercheurs ont pu préciser que le programme bénéficie plutôt aux patients souffrant de dépression légère que modérée à long terme, ce que corroborent d'autres études. Il peut être intéressant d'utiliser ce programme d'intervention comme moyen de prévention dans l'évolution d'une dépression légère à modérée. En outre, l'utilisation de programmes psycho-éducatifs comprenant des interventions comportementales, cognitives, de l'apprentissage de compétences et incluant des devoirs ont prouvé leur efficacité dans plusieurs autres études. Il est important de préciser que cette étude, réalisée par des psychiatres et psychologues, met en avant le fait que des interventions psycho-éducatives composées de notions de TCC peuvent être conduites par des infirmières et des infirmiers préalablement entraînés. Les auteurs voient cette possibilité comme une force de leur étude car elle met en avant leur rôle propre.

8.4 Etude 4

Chetty, D., & Hoque, M. (2013). Effectiveness of a nurse facilitated cognitive group intervention among mild to moderately-depressed-women in KwaZulu-Natal, South Africa. *African Journal of Psychiatry*, 16(1).

8.4.1 Description de l'étude

Cette étude se déroule dans un centre de psychiatrie communautaire dans la province du Kwazulu Natal près de Durban en Afrique du Sud. Elle a pour objectif d'évaluer l'efficacité d'une intervention cognitive de groupe simplifiée et menée par des infirmières et des infirmiers auprès de femmes souffrant de dépression. Pour ce faire, l'équipe a choisi un design quantitatif de type quasi-expérimental avec l'utilisation d'un groupe contrôle. L'échantillon se compose de femmes d'origine indienne sous traitement antidépresseur recevant des soins dans le centre psychiatrique. Les trente participantes ont été séparées de manière aléatoire en un

groupe contrôle et un groupe test. Les patientes du groupe test ont bénéficié de l'intervention infirmière hebdomadairement pendant quinze semaines. Le programme est basé sur une thérapie cognitive de groupe appelée « Insight » créée par Verona Gordon, infirmière et professeure à l'Université du Minnesota aux États-Unis. Cette thérapie a été simplifiée pour l'étude par une infirmière de pratique avancée en santé mentale. Chaque semaine est dédiée à un sujet : se fixer des buts, la dépression, l'estime de soi, les relations, l'affirmation de soi, la gestion de conflit et le stress. De plus, des thèmes comme être conscient des pensées et des comportements négatifs, apprendre des stratégies de coping, éliminer des mécanismes de défense et acquérir de la conscience par rapport à sa propre dépendance et son impuissance ont été discutés et travaillés durant les 15 sessions.

Les données sur la sévérité des symptômes dépressifs ont été récoltées grâce à l'Inventaire de Dépression de Beck avant l'intervention, à six semaines, puis à douze semaines durant l'intervention. Un autre formulaire, développé par les chercheurs afin de recueillir des données sociodémographiques et clinique a été utilisé.

Les données ont été analysées par le logiciel statistique SPSS version 13.0 et le niveau de significativité a été fixé à 0.05. Les données sociodémographiques et cliniques ont été résumées en utilisant des mesures de statistiques descriptives. Les données issues de l'IDB ont été analysées par un test de Student et finalement, afin de vérifier si une différence statistique existe entre les scores du groupe test et du groupe contrôle, un test de Friedman a été réalisé.

Les principaux résultats ont montré que les scores de l'IDB avant l'étude étaient quasi les mêmes dans les deux groupes, sans différence statistiquement significative. Au premier post-test, les scores de l'IDB du groupe test ont diminué et les score du groupe contrôle ont augmenté mais pas de manière significative. A 12 semaines, les scores du groupe test ont encore diminué, passant de 17.9 à 14.6, et ceux du groupe contrôle ont augmenté de 20.7 à 21, cette différence étant cette fois statistiquement significative.

L'étude a été approuvée par une commission éthique.

8.4.2 Validité méthodologique

Le devis de cette étude est quasi-expérimental à groupe témoins non-équivalent. En effet, les auteurs ont utilisé une méthode d'échantillonnage non-probabiliste appelée « accidentel » ou « par convenance ». Ce genre de méthode consiste à choisir des personnes selon leurs disponibilités et selon des critères précis dans un endroit et à un moment déterminé, jusqu'à atteindre le nombre désiré de participants. Ce type d'échantillonnage est pratique, mais peut induire un biais. Effectivement, comme les sujets sont volontaires, il est impossible de connaître au préalable leurs caractéristiques qui peuvent ne pas être représentatives de la population. Toutefois, ce biais peut être contrôlé en rendant l'échantillon plus homogène grâce

à des critères d'inclusions plus restrictifs, comme dans cette étude (Fortin & Gagnon, 2016, p. 234). Les chercheurs ont pu avoir accès aux dossiers cliniques du centre afin d'établir un état des lieux de la population accessible. La taille de l'échantillon a été déterminée au préalable en se basant sur la taille optimale d'un groupe allant de cinq participants, nombre minimal, à quinze participants, nombre maximal. 30 participants constituent la taille de groupe idéale afin de limiter les risques de biais d'attrition, engendrés par les retraits volontaires, l'absentéisme, les maladies ou les crises et qui pourraient restreindre le nombre de sujets. Les auteurs se sont basés sur Domar et al. (2000) et Baumann (2007) pour fixer ce nombre. Par la suite, les participantes ont été recrutées grâce à une affiche placée dans le centre de soins six semaines avant le début de l'intervention. Une équipe multidisciplinaire composée d'infirmières et d'infirmiers, de travailleurs sociaux, de psychologues, de psychiatres et d'étudiants en soins infirmiers ont participé au recrutement. Les participantes répondant aux critères d'inclusion (parler et comprendre l'anglais, être indienne, habiter dans la région sud de Durban, être âgée de 25 à 65 ans, avoir été diagnostiquée dépressive sur la base du DSM IV, avoir un score de plus de 9 et de moins de 29 sur l'IDB et être sous antidépresseurs prescrits par le psychiatre de la clinique depuis 3 mois ou plus) ont été réparties en deux groupes par tirage au sort. 30 cartes portant les inscriptions CG pour « control group » et NFCG pour « nurse-facilite cognitive group » ont été tirées d'un chapeau par les participantes. L'échantillon est considéré par les auteurs comme une des limites de l'étude du fait du petit nombre de participants, de leur genre et de leur origine indienne. Les résultats sont difficilement généralisables à une population autre que celle utilisée dans l'étude.

Les données ont été récoltées grâce à l'Inventaire de Dépression de Beck⁵. Ce questionnaire a permis de fixer les critères d'inclusion ainsi qu'à évaluer les symptômes dépressifs des participantes. Il est relevé dans le texte que cette échelle est reconnue, validée et qu'elle a été utilisée dans plus de 500 études publiées. Un formulaire appelé « Personal Profile questionnaire » (PPQ) a été rédigé par les chercheurs afin de recueillir des données sociodémographiques (statut marital, statut professionnel et éducationnel et âge) et cliniques (médication antidépressive utilisée). L'équipe de recherche a conçu ce questionnaire afin d'identifier les similarités et différences individuelles des participantes ainsi que pour évaluer les critères d'inclusion utilisés dans la sélection.

Les données sociodémographiques et cliniques ont été présentées et résumées en utilisant des mesures descriptives telles que l'écart-type et la médiane pour les variables qualitatives et des pourcentages pour les variables quantitatives. Ces mesures servent à renseigner sur la tendance centrale ainsi que sur la manière dont les personnes de l'échantillon se répartissent autour de la moyenne (Loiselle, 2007, p. 360-361). Les scores de l'IDB ont été

⁵ Cette échelle est détaillée dans l'analyse 3

analysés par un test de Student afin de comparer la moyenne des scores dans les deux groupes en pré-test puis au deux post-tests. Ensuite, afin de savoir s'il existe une différence statistiquement significative entre les deux groupes, un test de Friedman a été réalisé. Ce test sert à comparer les moyennes des valeurs quantitatives dans chacun des deux groupes et ce sur les trois relevés de score. La mesure des scores avant l'intervention permet d'obtenir une notion de base pour vérifier si c'est réellement l'impact de l'intervention qui change les scores en post-test, assurant ainsi une bonne validité interne.

8.4.3 Pertinence clinique

A travers cette étude, les auteurs constatent l'efficacité de leur intervention issue de la TCC sur la réduction des symptômes dépressifs. Les résultats corroborent ceux d'autres études sur le même thème. Des interventions de groupe basées sur de la TCC permettent de réduire, par exemple, les pensées négatives, d'améliorer son estime de soi et de mieux s'affirmer, par exemple. Les chercheurs avancent que ce genre d'intervention peut tout à fait être réalisé par des infirmières et des infirmiers et qu'il représente un bénéfice coût-efficacité. En effet, les résultats d'une étude montrent que d'enseigner des notions de TCC à des infirmier-ères à domicile améliore leur pratique clinique et réduit le nombre de consultations d'urgence. Les auteurs ajoutent que les soignants se trouvent en position clé pour mener ce genre d'interventions en raison de la prévalence élevée de la dépression et de la pénurie de spécialistes que rencontrent l'Afrique du Sud et d'autres pays.

Afin d'explorer plus largement le bénéfice de cette intervention, les chercheurs suggèrent de répliquer cette étude avec un échantillon plus grand, multiculturel et regroupant les deux genres afin de généraliser leurs résultats.

8.5 Etude 5

Chine, H.-C., Chung, Y.-C., Yeh, M.-L., & Lee, J.-F. (2015). Breathing exercise combined with cognitive behavioural intervention improves sleep quality and heart rate variability in major depression. *Journal of Clinical Nursing*, 24(21-22), 3206-3214.

8.5.1 Description de l'étude

Cette étude expérimentale se déroule dans un service de psychiatrie d'un hôpital général universitaire de 594 lits à Taïwan. Elle a pour but d'explorer l'effet d'une intervention cognitivo-comportementale combinée à un exercice de respiration, « cognitive behavioural intervention combined with a breathing relaxation exercise (CBIBRE) », sur la qualité du sommeil et sur la variabilité de la fréquence cardiaque (VFC) chez des patients dépressifs. La VFC est décrite comme la modulation automatique de la fréquence cardiaque par un équilibre entre le système

sympathique et parasympathique. Les antidépresseurs sont une médication qui peut réduire cette modulation. Une réduction marquée est associée à un risque de mortalité augmenté.

L'échantillon se compose de 89 patients dépressifs en séjour dans cet hôpital. Une fois sélectionnés grâce aux critères d'inclusion et d'exclusion, les patients ont été répartis au hasard dans un groupe expérimental et un groupe contrôle. Les sujets du groupe expérimental ont été séparés en six plus petits groupes pour bénéficier de douze séances d'une heure d'intervention CBIBRE, en plus des soins de base, trois fois par semaine durant quatre semaines. Les patients du groupe contrôle se sont contentés des soins normaux proposés par l'établissement (thérapie occupationnelle et activités journalières).

Chaque session débute et se termine par dix minutes d'exercices de respiration. Durant les 40 autres minutes, les patients participent à une discussion de groupe et partagent sur leur humeur dépressive, leurs sentiments et leurs habitudes de sommeil. Les séances une et deux sont les étapes initiales où les patients doivent faire connaissance et apprendre à reconnaître leurs émotions. Les séances trois à dix représentent la phase de travail où il est enseigné aux patients à reconnaître et à gérer leurs émotions, à identifier leurs pensées automatiques et leurs distorsions cognitives et finalement, à modifier leurs schémas négatifs. Les deux dernières séances servent à poursuivre la modification de ces schémas internes et à consolider les acquis. Les séances sont menées par une infirmière ou un infirmier spécialiste clinique en psychiatrie avec expérience dans le leadership de groupes.

Les données sur la sévérité de la maladie ont été récoltées à l'aide d'une échelle appelée « The Brief Psychiatric Rating Scale » (BPRS), les données sur la qualité du sommeil par l'outil « Pittsburgh Sleep Quality Index » (PSQI) et la VFC a été mesurée grâce à un outil d'analyse de la marque Leadtek. Les données ont été recueillies avant l'intervention puis à deux et quatre semaines après le début de l'intervention et finalement à une semaine après la fin de l'intervention.

Des informations sociodémographiques (sexe, âge, niveau d'éducation, statut marital, religion, nombre de participations à une thérapie de groupe et le niveau socio-économique) et cliniques (nombre d'hospitalisation et médication) ont aussi été récoltées.

Les données ont ensuite été analysées par le logiciel statistique IBM SPSS version 20.0. L'homogénéité de l'échantillon ainsi que l'apparition de maladies psychiques, la qualité du sommeil et la VFC ont été analysées par un test de Student et un test de Chi-deux. L'intervention CBIBRE dans les groupes contrôles et expérimentaux a été comparée en utilisant des équations d'estimations généralisées.

Les principaux résultats, à l'issue de la première mesure ne montrent pas de différence significative dans les deux groupes par rapport à la qualité de sommeil, à la VFC et aux données cliniques et sociodémographiques. La qualité de sommeil s'est améliorée de manière significative dans le groupe expérimental et dans le groupe contrôle, mais avec une différence

significative de l'amélioration dans le groupe expérimental chaque prise de mesure. La VFC du groupe expérimental a elle aussi augmenté de manière significative à toutes les prises de mesures permettant ainsi de réduire la mortalité associée. Elle a par contre diminué dans le groupe contrôle.

Cette étude est approuvée par un comité éthique.

8.5.2 Validité méthodologique

Le devis de cette étude est expérimental avec une randomisation aléatoire des patients dans le groupe test ou le groupe contrôle. Le nombre de participants nécessaire à l'étude a été calculé préalablement pour que l'étude soit puissante. L'échantillon a été conçu grâce au logiciel statistique G Power 3.0.10 en se basant sur la taille d'effet de la variable qualité de sommeil avec une valeur p placée à 0.05. De plus, les auteurs ont estimé une perte de 20% des participants durant le suivi. Ainsi, 50 patients sont nécessaires dans chaque groupe.

Par la suite, 142 participants répondant aux critères d'inclusion (être diagnostiqué dépressif majeur par un médecin basé sur le DSM-IV, obtenir un score supérieur à 5 sur l'échelle « Pittsburg Sleep Quality Index (PSQI) » et être capable de répondre aux questions de l'étude) et d'exclusion (avoir un comportement agressif et violent, avoir des symptômes psychiatriques sévères diagnostiqués par un médecin et être incapable de participer à une thérapie de groupe diagnostiqué par une infirmière) ont été séparés aléatoirement en un groupe expérimental et un groupe contrôle. Au cours de l'étude, 27 patients du groupe expérimental ont été exclus par manque de participation et 26 ont abandonné dans le groupe contrôle. Au final, le groupe expérimental se compose de 43 patients et le groupe contrôle de 46. Les auteurs mettent en avant la difficulté de la généralisation de leur résultat par rapport à leur échantillon. En effet, les participants sont des patients hospitalisés dans un service de crise. Il est donc difficile d'élargir ces résultats à des patients plus stables. De plus, le nombre de patients dans chaque groupe est en dessous de la limite des 20% de perte estimée au début de l'échantillonnage, ce qui risque d'amener un biais d'attrition.

Pour récolter les données sur les symptômes psychiatriques des patients, les auteurs ont utilisé « The Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) ». Cette échelle est de type likert et permet de mesurer certains symptômes caractéristiques d'une dépression tels l'anxiété ou le sentiment de culpabilité. La traduction chinoise de ce questionnaire présente un coefficient alpha de Cronbach à 0.83, signifiant une bonne fidélité. Les données relatives à la qualité du sommeil ont été récoltées grâce à l'échelle d'évaluation du sommeil PQSI. Cet outil est composé de dix questions qui mesurent la qualité du sommeil. Une valeur supérieure à 5 indique déjà un trouble. Ce questionnaire, utilisé chez des patients souffrant d'un état dépressif, possède un coefficient alpha de Cronbach à 0.52. Dernièrement, afin de mesurer la VFC des participant, les auteurs ont utilisé un outil analysant la fréquence cardiaque par

rapport au système nerveux autonome. L'utilisation de cet appareil a été confirmée par une autre étude qui l'estime idéale pour mesurer la VFC chez des patients déprimés sur le court terme.

Afin d'analyser l'homogénéité de l'échantillon ainsi que les données relatives à la survenue d'une pathologie psychiatrique et à la qualité de sommeil ainsi que les mesures de la VFC, un test chi-deux et un test de Student ont été utilisés. Ces tests ont été menés afin d'examiner les similitudes et les différences entre les deux groupes. Afin d'analyser l'impact de l'intervention CBIBRE, les chercheurs ont eu recours à des équations d'estimation généralisées. Cette méthode statistique de régression linéaire permet d'estimer de manière efficace et non biaisée la relation des variables entre elles (« IBM Knowledge Center - Equations d'estimation généralisées », 2015). Par exemple, il est connu que l'âge, le sexe et le statut socio-économique sont des paramètres qui peuvent influencer un état dépressif. Un modèle d'équation d'estimation a été utilisé afin d'éviter l'influence de ces variables sur l'impact de l'intervention CBIBRE et d'assurer une bonne validité interne à l'étude.

8.5.3 Pertinence clinique

Les résultats de cette étude correspondent à ceux d'autres études précédemment réalisées sur l'utilisation des TCC pour soigner l'insomnie avec une taille d'effet moyenne à haute. Les auteurs mettent en avant la compliance des patients durant l'étude pour améliorer les pensées mélancoliques. En effet, durant les séances, les patients ont été entraînés à se joindre aux discussions de groupe et à réaliser leurs devoirs en dehors des séances. Cette observation va dans le sens d'une autre recherche qui met en avant une bonne compliance comme paramètre améliorant les résultats cliniques en TCC.

En termes de pertinence clinique, l'intervention CBIBRE peut être applicable à des patients souffrant d'un état dépressif majeur même lors d'une hospitalisation de crise. Les patients ont appris à être impliqués dans les discussions de groupe et dans leurs devoirs, ce qui leur permet d'être actifs dans leur prise en charge.

8.6 Etude 6

Chien, W. T., & Thompson, D. R. (2014). Effects of a mindfulness-based psychoeducation programme for Chinese patients with schizophrenia: 2-year follow-up. *The British Journal of Psychiatry*, 205(1), 52-59.

8.6.1 Description de l'étude

Cet essai contrôlé randomisé se déroule dans trois centres ambulatoires situés dans la région des Nouveaux Territoires à Hong-Kong. Elle a pour objectif d'évaluer les effets d'une

intervention psycho-éducatrice basée sur la pleine conscience (MBPG) sur l'état mental, le taux de réadmission, l'insight dans la maladie et le soutien social de patients schizophrènes. L'échantillon est composé de patients diagnostiqués schizophrènes en traitement dans l'un des trois centres ambulatoires. Ils ont été séparés aléatoirement en trois groupes. L'un reçoit l'intervention MBPG, le deuxième de la psychoéducation conventionnelle et le dernier les soins habituels du centre.

Les patients du groupe test ont bénéficié d'une intervention MBPG de deux heures, deux fois par mois durant six mois. Cette intervention a été développée sur la base de programmes de réduction de stress basés sur la pleine conscience et testés auprès de patients chinois souffrant d'un état dépressif ainsi que sur d'autres programmes psycho-éducatifs récents. Les sessions sont menées par un infirmier-thérapeute et se composent de trois phases distinctes. La première tourne autour de l'orientation, de l'implication, de l'autonomisation des patients, de la conscience de ses sensations corporelles, d'expériences et de pensées ainsi que d'exercices de prise de conscience et des devoirs. La deuxième phase s'articule autour de l'acquisition de connaissances à propos de la schizophrénie et des soins qui en découlent, de la gestion de symptômes ainsi que de divers exercices de résolution de problèmes. Durant la troisième phase, les patients apprennent à modifier leurs comportements et à acquérir des stratégies afin d'éviter les rechutes. Ils sont aussi sensibilisés aux soutiens communautaires existant à l'extérieur. Une pratique quotidienne des exercices appris est aussi préconisée auprès des patients. L'intervention psycho-éducatrice habituelle (CPEP) à laquelle les patients du deuxième groupe ont participé comprend de l'éducation thérapeutique et du soutien thérapeutique. Les soins de base reçus par les participants du troisième groupe comprennent une consultation médicale et une éducation thérapeutique brève.

La récolte de données a été réalisée par un infirmier spécialisé en recherche et aveugle de la répartition aléatoire des patients. Les participants ont répondu à quatre questionnaires, le « Brief Psychiatric Rating Scale » (BPRS), le « Specific Levels of Functioning Scale » (SLOF), le « 6-items Social Support Questionnaire » (SSQ6) et le « Insight and Treatment Attitudes Questionnaire » (ITAQ) avant le début de la recherche, une semaine après le début de l'intervention, 12 mois après la fin de l'intervention puis 24 mois après. La fréquence et la durée de réadmission en hôpital psychiatrique ainsi qu'un certain nombre de données sociodémographiques et cliniques ont été recueillis avant le commencement du programme. Les données ont été analysées avec le logiciel statistique SPSS version 19.0. Toutes les données quantitatives ont été évaluées en intention de traiter. Les différences entre les caractéristiques de l'échantillon et les résultats des mesures ont été analysées par une analyse de variance. Par la suite, l'effet de l'intervention a été mesuré par une analyse de variance multivariée. La valeur p a été placée à 0.05 pour les mesures, sauf lors de l'analyse de la variance multivariée pour laquelle une correction de Bonferroni a été utilisée.

Il ressort des résultats que les différences entre les caractéristiques cliniques et démographiques des trois groupes ne sont pas statistiquement significatives au départ. A chaque relevé de mesures, les scores des trois questionnaires ont mis en avant des différences statistiquement significatives. En effet, le groupe MBPG a montré une réduction dans son score de l'outil BPRS et dans la durée de réadmission en hôpital, de même qu'une amélioration de ses scores sur les échelles SLOF et ITAQ. En comparaison avec la psychoéducation traditionnelle et les soins de bases, l'intervention MBPG a donc été efficace sur la sévérité des symptômes psychiatriques, le niveau de fonctionnement psychosocial, la prise de conscience de la maladie, la nécessité d'avoir un traitement et finalement la durée des séjours de réadmission. Cependant, on ne constate pas de différence notable au niveau de la fréquence des réadmissions que de la satisfaction des patients quant à leur prise en charge sociale.

La recherche a été approuvée par un comité éthique.

8.6.2 Validité méthodologique

Le devis de cette étude est expérimental avec une randomisation aléatoire des patients dans le groupe test et les deux groupes contrôle. La taille de l'échantillon a été estimée préalablement sur la base d'un autre essai clinique portant sur la psychoéducation auprès de patients schizophrènes chinois. Le calcul d'estimation a indiqué que 108 patients sont nécessaires afin de détecter des différences statistiquement significatives dans la sévérité des symptômes psychiatriques et le taux de réadmission en hôpital entre les groupes pour un effet de taille de 0.5, une valeur P de 0.05 et une puissance de statistique de 80% permettant une potentielle attrition de 20%. Afin de recruter les participants, les auteurs ont recensé la population de schizophrènes des trois établissements de soins. Sur 1085 patients éligibles, 515 ont pu être contactés, puis 450 ont accepté de participer. Sur les 450 participants volontaires, 107 répondent aux critères d'inclusion (être diagnostiqué schizophrène sur la base du DSM-IV, être schizophrène depuis au minimum cinq ans, avoir au moins 18 ans et être capable de comprendre le chinois ou le mandarin) et d'exclusion (avoir une autre pathologie mentale) et ont donc été inclus dans les différents groupes. Les participants sélectionnés ont été listés par ordre alphabétique puis répartis aléatoirement dans un des trois groupes par un programme informatique générateur de nombres aléatoires. Finalement, les groupes comprennent, respectivement, 35, 36 et 35 patients. Les auteurs indiquent que les patients étaient au courant de leur assignation dans le groupe, ce biais pouvant mener à un effet de Hawthorne. De plus, malgré la randomisation, la plupart des participants étaient volontaires et peut-être très motivés à participer, ce qui pourrait expliquer un taux d'abandon très bas.

Pour récolter les données sur les symptômes psychiatriques, les auteurs ont utilisé l'outil BPRS. Cette échelle d'évaluation de type likert, cote la sévérité de divers symptômes

psychiatriques telles les idées suicidaires et les hallucinations. Comme indiqué dans l'étude, cette échelle bénéficie d'une validité de contenu satisfaisante, une fiabilité testée par un accord inter juge et d'une cohérence interne acceptable mesurée à 0.89 par l'alpha de Cronbach, lorsque utilisée auprès de patients atteints de psychose. L'échelle SLOF sert à mesurer le fonctionnement psychosocial de l'individu. Elle est divisée en 47 items regroupés en trois catégories : l'entretien de soi, le fonctionnement social et les compétences de vie en communauté. La version chinoise de cette échelle, utilisée auprès d'une population schizophrène, a une validité de contenu satisfaisante, une fidélité évaluée par test-retest (r de Pearson = 0.79) et une cohérence interne acceptable (alpha de Cronbach = 0.96).

L'outil d'autoévaluation SSQ6 a été utilisé pour mesurer la satisfaction des patients quant au soutien psychosocial disponible dans leur environnement. C'est une échelle de type likert allant de zéro à six points, un score élevé indiquant une meilleure satisfaction. La version chinoise du questionnaire a une validité de contenu satisfaisante ainsi qu'une cohérence interne acceptable (alpha de Cronbach = 0.89-0.93) auprès de patients atteints de psychose. La dernière échelle, l'ITAQ, permet de mesurer le degré de conscience qu'a le patient de sa maladie et la nécessité de bénéficier d'un traitement. C'est un outil de type likert constitué de onze items cotés de zéro à trois. La version chinoise de ce questionnaire a une cohérence interne acceptable (alpha de Cronbach = 0.82), une fiabilité testée par un accord inter juge et une corrélation de Pearson ($r = 0.56$).

L'analyse statistique des données quantitatives a été réalisée selon le principe de l'intention de traiter qui permet d'atténuer les biais d'attrition. Les différences dans les données sociodémographiques et dans les scores des différents questionnaires ont été analysées grâce à une analyse de variance. Cette méthode permet de comparer les moyennes relevées dans plus de deux échantillons. Elle permet aussi de connaître l'effet des variables individuelles et leur interaction entre elles sur les variables dépendantes afin de savoir si c'est réellement l'intervention qui les fait varier ou non. Cependant, elle peut analyser une seule relation à la fois (M.-F. Fortin & Gagnon, 2016, p. 430-432). Par la suite, l'effet de l'intervention sur les variables dépendantes a été mesurée par une analyse de variance multivariée. Cette analyse permet d'obtenir simultanément l'effet de chaque variable dépendante afin de rechercher une différence significative (Polit & Beck, 2012, p. 446-447). La valeur p a été placée à 0.05 pour les mesures, sauf lors de l'analyse de variance multivariée pour laquelle une correction de Bonferroni ($p = 0.01$) a été utilisée.

8.6.3 Pertinence clinique

Les résultats de cette étude laissent penser que l'intervention MBPG auprès de personnes schizophrènes est une approche prometteuse pour le traitement de cette pathologie. Ils corroborent d'autres essais cliniques utilisant la même intervention dans le but de réduire le

sentiment de culpabilité envers la maladie et d'améliorer les pensées positives chez des patients schizophrènes. De plus, malgré l'insuffisance d'études sur le sujet, l'effet positif de l'intervention sur la prise de conscience de la maladie a déjà été mis en lumière dans une étude pilote. Notons qu'il existe peu de recherches sur le sujet. Les résultats de cette étude montrent aussi que les patients schizophrènes ne sont pas forcément angoissés par la fréquence des symptômes psychotiques mais plutôt par le sens qu'ils leur donnent et qu'ils perçoivent, comme déjà relevé dans plusieurs autres études qualitatives. Les chercheurs expliquent qu'il est nécessaire de continuer à tester ce genre de programme auprès d'un échantillon plus représentatif issu de milieux sociodémographiques et d'ethnies différents. Il est en effet possible que ce programme psycho-éducatif convienne particulièrement à la culture chinoise. Effectivement, les auteurs relèvent que les chinois sont des personnes de nature assez timide et qu'ils internalisent leurs émotions et sentiments ce qui leur permet de gérer plus facilement leur maladie. De plus, comme ils ont tendance à se blâmer facilement quand ils sont malades, ils sont donc une population intéressante pour la thérapie en pleine conscience caractérisée par l'acceptation de la maladie.

8.7 Synthèse des résultats

Pour aider à la compréhension de ce travail, les résultats les plus pertinents pour répondre à la problématique sont exposés ci-dessous et séparés par pathologies pour en faciliter la lecture.

Trois études mettent en avant l'efficacité d'interventions thérapeutiques issues des TCC pour améliorer la symptomatologie dépressive de patients adultes. L'intervention psycho-éducative de Casañas et al. (2012) testée auprès de patients dépressifs s'est montrée efficace sur l'amélioration symptomatique à court et à long terme. Cette intervention a été imaginée par des psychiatres et des psychologues, puis menée sur le terrain par des infirmiers préalablement entraînés en activation comportementale et en restructuration cognitive. Les auteurs voient cette possibilité comme une force de leur étude car elle met en avant le rôle infirmier.

L'intervention cognitive groupale de Chetty & Hoque (2013) dispensée par des infirmières et des infirmiers auprès de femmes souffrant de dépression modérée s'est montrée efficace en réduisant la sévérité des symptômes. L'intervention a été élaborée par une infirmière en 2002 puis simplifiée par un soignant diplômé en pratiques avancées en psychiatrie travaillant dans la structure où se déroule l'étude. Les auteurs mettent en avant le fait que ce genre d'intervention issue des TCC peut tout à fait être réalisé par des infirmières et des infirmiers et qu'il peut s'avérer bénéfique en regard du rapport coût-efficacité, ce qui permet de réduire le nombre de consultations d'urgence.

L'intervention de H.-C. Chien et al. (2015), basée sur des exercices de respiration et de TCC s'est avérée efficace dans l'amélioration de la qualité de sommeil et dans la variabilité de fréquence cardiaque chez les patients souffrant d'états dépressifs majeurs. Les séances sont menées par une infirmière ou un infirmier spécialiste clinique en psychiatrie avec une expérience dans le leadership de groupe.

Deux études de ce corpus avaient pour but de tester l'efficacité d'intervention sur plusieurs symptômes handicapants de la schizophrénie. Elles utilisaient des méthodes de thérapie en pleine conscience pour W. T. Chien & Thompson (2014) et de travail sur les émotions positives pour Favrod et al. (2015).

L'intervention psycho-éducative basée sur la méditation en pleine conscience est efficace sur l'amélioration des symptômes psychotiques et l'insight chez les patients schizophrènes. L'étude a été réalisée par un infirmier de pratique avancée spécialisé en santé mentale.

L'intervention PEPS sur les pensées positives s'est montrée réalisable et efficace sur la réduction des symptômes d'anhédonie et d'apathie présents dans la schizophrénie. Le PEPS a été créé par un infirmier spécialiste clinique en santé mentale et par une infirmière, enseignante en santé mentale. L'intervention a été menée par quatre infirmières ou infirmiers, deux aide-soignants et quatre travailleurs sociaux, tous préalablement entraînés par les auteurs.

Pour terminer, une étude s'intéresse à l'utilisation d'une intervention thérapeutique basée sur la TCC pour améliorer la qualité de vie de patients toxicomanes.

L'intervention de Zhuang et al. (2014) a permis d'améliorer la qualité de vie des patients héroïnomanes chinois en soulageant les symptômes, en améliorant leur santé psychique et physique et leurs fonctions sociales, indépendamment de leurs caractéristiques démographiques et cliniques. L'intervention a été menée par des infirmières ou infirmiers cliniciens travaillant dans un centre de désintoxication préalablement entraînés en TCC par les chercheurs, eux-mêmes infirmiers.

9 Discussion

Cette partie propose une synthèse des résultats, en lien avec la problématique de cette revue. Elle a pour but de mettre en évidence les éléments découverts et de les interpréter afin de faire ressortir des perspectives cohérentes et utilisables.

9.1 Discussion des résultats

Cette revue de la littérature a pour objectif de répondre à la questions suivante, posée au début du travail : « Quelles sont les interventions basées sur des techniques de thérapie cognitivo-comportementale utilisées par des infirmières travaillant auprès de patients adultes atteints de pathologies psychiatriques et quelle est leur efficacité ? »

Les six études présentées dans ce travail abordent toutes l'efficacité d'interventions thérapeutiques auprès de patients souffrants de pathologies psychiques. Néanmoins, les interventions choisies ainsi que les pathologies étudiées ne sont pas les mêmes dans chaque étude. Afin d'apporter une meilleure compréhension des résultats d'un point de vue de la problématique, cette discussion sera divisée en plusieurs parties : les techniques psychothérapeutiques utilisées, leur l'efficacité puis le lien possible avec le rôle infirmier.

Il a été démontré au fil de l'analyse de ces études que les infirmières et les infirmiers utilisent régulièrement des méthodes thérapeutiques issues des TCC.

D'abord, toutes les interventions élaborées dans les recherches intègrent des notions d'approche cognitivo-comportementale. En effet, comme présenté dans le cadre théorique, la restructuration cognitive a été utilisée dans toutes les études. Chaque fois, les patients ont été amené à identifier leurs pensées automatiques, leurs émotions afin de finalement pouvoir modifier les schémas pathologiques qui en découlent (Chetty & Hoque, 2013; Casañas et al., 2012; Zhuang et al., 2014; H.-C. Chien et al., 2015). Après des patients schizophrènes il s'agissait plutôt de pouvoir remettre en cause la véracité des hallucinations et des délires en travaillant sur l'élaboration d'hypothèses alternatives plus cohérentes (Favrod et al., 2015; W. T. Chien & Thompson, 2014).

Ensuite, plusieurs études ont utilisé des méthodes comportementales dans leurs interventions. Casañas et al. (2012) ont, par exemple, intégré de la planification quotidienne dans leur programme afin de permettre aux patients dépressifs de « désapprendre » les comportements pathologiques et de les remplacer par des activités qui leur sont plaisantes. Zhuang, An, & Zhao (2014) ont également proposé aux participants de rédiger un plan d'action pour améliorer leur qualité de vie dans un contexte de désintoxication à l'héroïne en ayant préalablement acquis des stratégies de gestion. Favrod et al. (2015) ont incorporé dans leur intervention des exercices d'expression comportementale et des sensations de plaisir. Les participants étaient

amenés à sourire ou à rire afin de prendre conscience de ces sensations positives et de les renforcer. Dans l'étude de Chien & Thompson (2014), les patients schizophrènes ont dû travailler leurs habiletés et compétences sociales afin de pallier ce genre de déficit comportemental très commun dans cette pathologie.

Enfin, plusieurs études ont inséré dans leurs programmes des interventions issues de la troisième vague de la TCC, les émotions. Favrod et al. (2015) ont spécifiquement développé une intervention travaillant sur les émotions positives des personnes schizophrènes. Ils ont été entraînés à savourer consciemment les émotions afin de sortir des schémas d'évitement renforçant les symptômes d'anhédonie et d'apathie. Chien & Thompson (2014) ont développé leur intervention selon l'orientation de la méditation en pleine conscience afin d'améliorer l'insight des patients schizophrènes. L'intervention comporte du body scan, des exercices de relaxation et de respiration afin d'amener le patient à accepter les expériences mentales et les symptômes présents au quotidien.

D'autres méthodes issues des TCC et non explicitées dans le cadre théorique de ce travail ont été utilisées dans les études. H.-C. Chien et al. (2015) ont utilisé la cohérence cardiaque dans le but d'équilibrer la fréquence cardiaque chez des patients souffrant de dépression majeure. Trois des études ont intégré des exercices physiques, de relaxation et de respiration (Zhuang et al., 2014; H.-C. Chien et al., 2015; Chien & Thompson, 2014).

Finalement, toutes les études sauf celle de H.-C. Chien et al. (2015) ont intégré de la psychoéducation dans leur recherche de façon à ce que les patients améliorent leurs connaissances ainsi que leur adhérence thérapeutique. Il est intéressant de relever que seule cette étude s'est déroulée dans un établissement psychiatrique d'urgence. Il est possible d'émettre l'hypothèse que les auteurs ont préféré se concentrer sur des symptômes cliniques aigus telle que l'insomnie, bien que l'éducation thérapeutique soit possible, même en crise, en posant des objectifs négociés avec le patient et adaptés aux ressources et limites de celui-ci. Les méthodes thérapeutiques utilisées dans les études correspondent à celles utilisées dans le canton du Valais. En effet, la prise en charge psychiatrique ambulatoire utilise des interventions groupales issues des TCC telles que le travail des habiletés sociales et la planification hebdomadaire, la gestion des émotions, la résolution de problèmes, l'affirmation de soi, l'exposition et la restructuration cognitive. Toutefois, les patients ne sont pas séparés en fonction de leur diagnostic mais mélangés dans les groupes. Les stratégies enseignées restent les mêmes mais les patients ne les appliqueront qu'en fonction de leurs propres difficultés et de leurs besoins.

L'efficacité des interventions utilisées est l'autre question posée dans la problématique. Premièrement, toutes les études excepté celle de Favrod et al. (2015) ont créé un groupe témoin afin de comparer l'efficacité de leurs interventions thérapeutiques. Les résultats des

recherches ont montré que toutes les interventions testées se sont avérées positives en comparaison avec les soins habituels proposés dans chaque établissement. Cependant, certains auteurs reconsidèrent leurs résultats.

En effet, W. T. Chien & Thompson (2014) se demandent laquelle des deux composantes de leur intervention, la méditation en pleine conscience ou la psychoéducation, a démontré le plus d'efficacité et si, dispensées séparément, les deux engendreraient les mêmes résultats. Ils expliquent que le programme demande une grande implication personnelle et beaucoup d'entraînement et se posent la question de savoir si des variables extérieures, comme l'observance médicamenteuse, ont pesé sur les résultats.

Zhuang et al. (2014) semblent penser que l'introduction de devoirs en dehors des sessions a largement contribué à l'efficacité de l'intervention en permettant aux participants de mieux intégrer les notions apprises et de les généraliser dans leur environnement naturel.

Favrod et al. (2015) s'interrogent sur la part d'efficacité qu'a apporté l'approche collaborative dans leur intervention. En effet, les auteurs ont pu constater que le fait que les animateurs participent aux exercices et donnent leur opinion a motivé les patients à faire de même. Comme exprimé par Bandura, ce genre d'apprentissage collaboratif, le modelling, permet d'observer et d'intégrer facilement le comportement afin de le reproduire dans une situation similaire.

Finalement, H.-C. Chien et al. (2015) expliquent que les participants de leur étude, hospitalisés en service aigu, étaient plutôt passifs, ce qui obligeait les animateurs à les encourager continuellement. Ils ont utilisé le renforcement positif afin que les patients soient plus motivés à être actifs dans la thérapie. Au fil de l'étude, les patients se sont montrés très observants et les auteurs se demandent si ce comportement a pu influencer les résultats positifs de l'étude. Il est important de souligner que tous les participants de l'étude suivaient une thérapie médicamenteuse. L'association psychothérapie et pharmacothérapie représente le modèle thérapeutique dominant (Chapelle et al., 2011, p. 85). Il est donc judicieux de ne pas omettre l'importance du traitement médicamenteux. Dans la schizophrénie par exemple, le traitement permet au patient d'être stable et plus enclin à participer à une thérapie (Maillard, 2013, p. 22).

Enfin, un des buts de cette revue de la littérature était d'apporter un éclairage sur le rôle infirmier et l'utilisation de psychothérapies. Comme déjà mis en avant précédemment dans les études sélectionnées, les TCC ont été employées par des infirmières et des infirmiers. Dans les six études, les interventions thérapeutiques ont été dispensées de manière efficace par des infirmières et des infirmiers en psychiatrie. Il est cependant nécessaire, de préciser que tous ces professionnels ont été entraînés à le faire ou étaient formés à la prise en charge psychiatrique. Plusieurs d'entre eux sont cliniciens, spécialistes cliniques, infirmiers thérapeutes, diplômés en pratique avancée ou en TCC. Comme cinq de ces études ont été

réalisées en dehors de la Suisse, il est difficile de savoir réellement quelle est l'équivalence exacte de ces titres dans notre pays. Toutefois, une des études présentées dans cette revue est lausannoise. L'intervention a été créée par deux infirmiers experts en psychiatrie puis dispensée par des infirmières et des infirmiers, aide-soignants et des travailleurs sociaux formés au programme. En résumé, la grande majorité des infirmières et des infirmiers présents dans les études sont expérimentés et ont une formation post-grade en santé-mentale. Ces constats semblent permettre d'avancer que les soignants formés sont aptes à dispenser des interventions issues des TCC en raison de leur côté protocolisé et de leur rigueur scientifique. Les auteurs de la seule étude non disciplinaire mentionnent d'ailleurs que les infirmières et des infirmiers sont capables de le faire et que cela met leur rôle en valeur (Casañas et al., 2012). Une revue de la littérature réalisée en 2015 sur les interventions psychothérapeutiques infirmières parvient aux mêmes conclusions. Les principaux résultats de cette étude montrent que les infirmières et les infirmiers en santé mentale sont assez compétents pour dispenser des interventions psychothérapeutiques et que ces interventions sont efficaces d'un point de vue clinique et économique (Sampaio, Sequeira, & Lluch Canut, 2015).

Comme décrit par Peplau (1991), le soignant a un rôle de « conseiller-thérapeute » auprès du patient en l'encourageant et en aidant le patient à initier des comportements de renouvellement de soi et de prise de conscience en acceptant ses difficultés. Toutefois, elle fait la différence entre le rôle de psychothérapeute, qui est un terme protégé en Suisse, et celui d'infirmier en soulignant la notion de temps consacré au patient lors d'une psychothérapie. Il nous permet de constater que, selon Peplau, les interventions thérapeutiques utilisées dans les études analysées ne sembleraient pas faire partie du rôle infirmier propre. Cependant, il est possible de s'interroger sur l'inclusion de ses pratiques dans le rôle infirmier en pratique avancée.

9.2 Discussion de la qualité et de la crédibilité des évidences

Les six études retenues pour cette revue sont issues de l'approche quantitative. Trois d'entre elles sont des essais contrôlés randomisés et les trois autres utilisent des designs expérimentaux. Elles constituent toutes un niveau de preuves assez élevé. Toutefois, elles présentent toutes un risque de biais. En effet, la nature de l'intervention ne peut pas être administrée à l'insu des patients. Ils savent donc dans quel groupe ils ont été placés. La possibilité que les participants se soient montrés plus motivés et qu'ils présentent une amélioration clinique surestimée existe. Il est nécessaire de pondérer les résultats relevés dans cette revue.

De plus, de par l'hétérogénéité des études sélectionnées, ces résultats sont difficilement transférables. Premièrement, les interventions utilisées dans les études, bien qu'elles soient issues des TCC, sont toutes légèrement différentes. Deuxièmement, cette revue s'intéresse à

trois pathologies psychiatriques distinctes, la schizophrénie, la dépression et l'addiction à l'héroïne. Troisièmement, les échantillons de recherches ne sont pas homogènes : l'étude de Chetty & Hoque (2013) n'inclut que des femmes, l'échantillon de Casañas et al. (2012) est composé à 90% de femmes et l'échantillon de l'étude de Zhuang et al. (2014) et de H.-C. Chien et al. (2015) est constitué à plus de 80% d'hommes. Finalement, trois des six études proviennent d'Asie, une d'Afrique du Sud et deux d'Europe. Les cultures asiatiques et africaines diffèrent des cultures occidentales, ce qui peut limiter la généralisation de ces résultats. Par exemple, W. T. Chien & Thompson (2014) indiquent honnêtement dans leur étude que la culture chinoise a certainement eu un effet sur le bon fonctionnement de l'intervention. Les auteurs expliquent que les Chinois sont des personnes assez pudiques qui internalisent leurs émotions et sentiments pour pouvoir ainsi plus facilement gérer leur maladie. De plus, comme ils ont tendance à se blâmer facilement d'être malade, ils sont une population intéressante pour la thérapie en pleine conscience caractérisée par l'acceptation de la maladie. L'une des études quand même est suisse et francophone, ce qui permet facilement de transférer ses résultats au canton du Valais. Néanmoins, elle est une étude pilote et l'essai clinique randomisé qui porte sur la même intervention est prévu pour 2018, il sera intéressant de rester informé de ses résultats et de son application à la pratique. Aussi, comme mentionné plus haut, les interventions relevées dans ces études, qu'elles soient chinoises ou africaines, sont similaires à celles utilisées en Valais.

9.3 Limites et critiques de la revue de littérature

La principale limite de cette revue de la littérature est son exhaustivité. En effet, il s'agit d'une revue de la littérature et non d'une revue systématique. Elle comprend donc un nombre limité d'études afin de respecter les consignes de ce travail. Seules deux bases de données et trois mots-clés différents ont été utilisés. C'est insuffisant pour répondre objectivement à la problématique. Il est possible que certaines études pertinentes aient été oubliées.

De plus, le concept de TCC étudié dans cette revue est très vaste. Un grand nombre de méthodes utilisées dans les études présentées proviennent de ce courant psychothérapeutique mais n'a pas pu être inclu dans le cadre théorique à cause de la limitation du nombre de pages imposées dans la consigne. Après coup, il aurait été intéressant d'intégrer plus de concepts utilisés en pratique, telle la résolution de problème ou la psychoéducation.

10 Conclusion

Cette revue de la littérature a permis de constater que les interventions infirmières issues de la TCC étaient efficaces auprès de patients souffrant de pathologies psychiatriques. La prise en charge dispensée par les infirmières et les infirmiers en santé mentale a permis d'améliorer la clinique symptomatique des patients souffrant de dépression, de schizophrénie et d'addiction à l'héroïne. Le rôle infirmier a aussi été exploré en rapport à l'utilisation d'interventions thérapeutiques. Il en est ressorti que les soignants en psychiatrie constituent un personnel capable de les réaliser. Cependant, la majorité des infirmières et des infirmiers présents dans les études bénéficient de formations spécialisées et post-grade dans ce domaine.

10.1 Propositions pour la pratique

L'efficacité de la TCC a été démontrée plusieurs fois dans cette revue, qu'elle soit dispensée par des thérapeutes certifiés ou des infirmières et des infirmiers. Cependant, les interventions utilisées dans les études étaient groupales et s'intéressaient à une pathologie spécifique. Il est donc difficile de proposer des pistes précises pour des prises en charge de groupe contenant des personnes atteintes de pathologies différentes comme rencontré en milieu psychiatrique valaisan. De plus, la majorité des programmes thérapeutiques de cette analyse se passent en environnement ambulatoire.

En somme, il serait judicieux de renforcer les activités déjà dispensées puis d'en créer de nouvelles, plus spécifiques, s'adressant à des personnes rencontrant la même problématique. Il pourrait aussi être intéressant d'intégrer des notions de méditation en pleine conscience dans la prise en charge de la schizophrénie mais aussi pour d'autres pathologies. Les thérapies basées sur la pleine conscience sont particulièrement efficaces pour traiter le stress, l'anxiété et les symptômes dépressifs (Khoury et al., 2013). L'intégration de nouvelles méthodes d'intervention ainsi que la création de nouveaux groupes thérapeutiques pourraient se faire en interdisciplinarité, entre les infirmiers, travailleurs sociaux et autres professionnels de la santé ainsi qu'avec des psychologues, psychothérapeutes et psychiatres au cours de travaux de groupes et d'analyse de pratiques professionnelles (APP) à l'interne.

10.2 Propositions pour la formation

Les TCC sont une thématique partiellement abordée durant le cursus académique de base proposé par la HES-SO Valais Wallis. En effet, elles sont traitées dans le cadre d'un module de deuxième année sur la santé mentale et les dépendances. Le cours aborde les trois mouvements de TCC (comportemental, cognitif et émotionnel) et les pratiques qui en découlent, telles l'exposition et la restructuration cognitive par exemple. Plus tard, la HES-SO

Valais propose une formation post-grade, le “Certificate of Advanced Studies (CAS)” en psychiatrie qui a pour objectifs d’identifier les comportements psychopathologiques, de connaître les causes possibles des troubles mentaux et de proposer des interventions adéquates en situation de crise et dans une visée de réinsertion. Les TCC, l’entraînement aux habiletés sociales, l’entretien motivationnel et la thérapie comportementale-dialectique sont traitées sous le thème des interventions spécifiques lors de situations complexes (« HES-SO Valais-Wallis Haute Ecole de Santé Formation continue CAS en Psychiatrie », 2017). L’Université de Genève (UNIGE) propose elle aussi un CAS en stratégies cognitives et comportementales de la relation thérapeutique, accessible aux infirmières et infirmiers. Il est indiqué dans le prospectus d’information que les TCC sont une approche multidisciplinaire du fait de leur efficacité dans plusieurs lieux de soins et de prise en charge psychiatrique. Elles peuvent être pratiquées par plusieurs acteurs de façon adaptée et propre à leur spécialité. Cette formation continue propose aux professionnels d’améliorer leurs compétences dans l’entretien soignant-soigné, dans la compréhension de situations cliniques ainsi que dans l’aide « à faire face » à la détresse psychologique et à la résolution de problèmes (« CAS - Stratégies cognitives et comportementales de la relation thérapeutique », 2008). Il serait judicieux de recommander cette formation aux infirmières et infirmiers désireux d’aller plus loin dans leur spécialité et d’améliorer leurs compétences relationnelles auprès des patients.

10.3 Propositions pour la recherche

L’efficacité des TCC est un sujet très présent dans la littérature scientifique et cela depuis les années 70. Leur utilisation par le corps infirmier est aussi un sujet de recherche depuis longtemps. Par exemple, une enquête longitudinale anglaise réalisée sur 25 ans a été publiée en 2000 pour évaluer l’efficacité clinique et économique d’infirmières et d’infirmiers spécialisés en TCC (Gournay et al., 2000). Cependant, afin d’adapter les TCC aux soins infirmiers, les interventions proposées sont souvent personnalisées par les soignants et donc un peu différentes de la pratique standardisée. Plusieurs méthodes y sont mélangées, le nombre de séances et les lieux de soins sont différents (milieux aigus et ambulatoires). Afin de prodiguer des soins infirmiers factuels et cliniquement efficaces, il est nécessaire de continuer à évaluer les interventions afin de les rendre aussi pertinentes que possibles.

Aussi, la majorité des études consultées pour ce travail s’insère dans le paradigme positiviste. Plusieurs recherches s’intéressent à l’efficacité du traitement en évaluant l’amélioration des symptômes grâce à des échelles standardisées. Il serait intéressant d’évaluer l’efficacité des interventions d’un point de vue qualitatif en plaçant le ressenti du patient au centre de la démarche. Un concept comme l’amélioration de la qualité de vie, souvent évalué en psychiatrie, est subjectif et intrinsèque à la personne et difficilement évaluable autrement qu’en s’intéressant à son vécu.

11 Bibliographie

- Alligood, M. R., & Marriner-Tomey, A. (Éd.). (2010). *Nursing theorists and their work* (7th ed). Maryland Heights, Mo: Mosby/Elsevier.
- Analyse de Variance Multivariée (MANOVA). (2017). Consulté 10 mai 2017, à l'adresse <https://www.xlstat.com/fr/solutions/fonctionnalites/analyse-de-variance-multivariee-manova>
- Baumann, S. E. (2007). *Primary health care psychiatry: a practical guide for southern Africa*. Kenwyn [Cape Town: Juta.
- Bourque, J., Blais, J.-G., & Larose, F. (2009). L'interprétation des tests d'hypothèses : p, la taille de l'effet et la puissance. *Revue des sciences de l'éducation*, 35(1), 211. <https://doi.org/10.7202/029931ar>
- Bouvet, C. (2014). *Introduction aux thérapies comportementales et cognitives (TCC)*. Paris: Dunod.
- Carroll, K. M., Ball, S. A., Martino, S., Nich, C., Babuscio, T. A., Nuro, K. F., ... Rounsaville, B. J. (2008). Computer-assisted delivery of cognitive-behavioral therapy for addiction: a randomized trial of CBT4CBT. *The American Journal of Psychiatry*, 165(7), 881-888. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.07111835>
- Carroll, K. M., Nich, C., & Ball, S. A. (2005). Practice Makes Progress? Homework Assignments and Outcome in Treatment of Cocaine Dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(4), 749-755. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.4.749>
- CAS - Stratégies cognitives et comportementales de la relation thérapeutique. (2008, février 18). Consulté 9 mai 2017, à l'adresse <https://www.unige.ch/formcont/casstrategiescognitives/>
- Casañas, R., Catalán, R., del Val, J. L., Real, J., Valero, S., & Casas, M. (2012). Effectiveness of a psycho-educational group program for major depression in primary care: a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 12(1). <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-230>
- Caughill, A. (2016). Preserving the Art and Science of Psychotherapy for Advance Practice Psychiatric Mental Health Nurses. *Issues in Mental Health Nursing*, 37(4), 268-272. <https://doi.org/10.3109/01612840.2016.1147625>
- Chapelle, F., Monié, B., Poinot, R., Rusinek, S., & Willard, M. (2011). *L'Aide-mémoire des Thérapies comportementales et cognitives: en 38 notions*. Dunod.
- Chetty, D., & Hoque, M. (2013). Effectiveness of a nurse facilitated cognitive group intervention among mild to moderately-depressed-women in KwaZulu-Natal, South Africa. *African Journal of Psychiatry*, 16(1). <https://doi.org/10.4314/ajpsy.v16i1.5>
- Chien, H.-C., Chung, Y.-C., Yeh, M.-L., & Lee, J.-F. (2015). Breathing exercise combined with cognitive behavioural intervention improves sleep quality and heart rate variability in major depression. *Journal of Clinical Nursing*, 24(21-22), 3206-3214. <https://doi.org/10.1111/jocn.12972>

- Chien, W. T., & Thompson, D. R. (2014). Effects of a mindfulness-based psychoeducation programme for Chinese patients with schizophrenia: 2-year follow-up. *The British Journal of Psychiatry*, 205(1), 52-59. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.134635>
- Chisholm, D., Sweeny, K., Sheehan, P., Rasmussen, B., Smit, F., Cuijpers, P., & Saxena, S. (2016). Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis. *The Lancet Psychiatry*, 3(5), 415-424. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30024-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30024-4)
- Cottraux, J. (2007). *Thérapie cognitive et émotions: la troisième vague*. Issy-les-Moulineaux: Masson.
- Cottraux, J. (2011). *Les psychothérapies comportementales et cognitives* (5e éd. revue et augm..). Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.
- Crocq, M.-A., Guelfi, J. D., Boyer, P., Pull, C. B., Pull-Erpelding, M.-C., & American Psychiatric Publishing. (2013). *DSM-5 manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*.
- Cuijpers, P., Cristea, I. A., Karyotaki, E., Reijnders, M., & Huibers, M. J. H. (2016). How effective are cognitive behavior therapies for major depression and anxiety disorders? A meta-analytic update of the evidence. *World Psychiatry*, 15(3), 245-258. <https://doi.org/10.1002/wps.20346>
- Domar, A. D., Clapp, D., Slawsby, E., Kessel, B., Orav, J., & Freizinger, M. (2000). The impact of group psychological interventions on distress in infertile women. *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 19(6), 568-575.
- Fall, E. (2016). *Introduction à la pleine conscience*. Paris: Dunod.
- Favrod, J., Nguyen, A., Fankhauser, C., Ismailaj, A., Hasler, J.-D., Ringuet, A., ... Bonsack, C. (2015). Positive Emotions Program for Schizophrenia (PEPS): a pilot intervention to reduce anhedonia and apathy. *BMC Psychiatry*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0610-y>
- Fontaine, O. (2006). *Guide clinique de thérapie comportementale et cognitive*. Paris: Retz.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche: méthodes quantitatives et qualitatives*.
- Fortinash, K. M. (2013). *Soins infirmiers: santé mentale et psychiatrie*. Bruxelles: De Boeck.
- Gournay, K., Denford, L., Parr, A.-M., & Newell, R. (2000). British nurses in behavioural psychotherapy: a 25-year follow-up. *Journal of Advanced Nursing*, 32(2), 343-351. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01482.x>
- Guay, L., & Grasse, J.-M. (1997). *Des modèles conceptuels en soins infirmiers*. Presses Inter Universitaires.
- Hedden, S. L., Woolson, R. F., & Malcolm, R. J. (2006). Randomization in substance abuse clinical trials. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 1, 6. <https://doi.org/10.1186/1747-597X-1-6>

- HES-SO Valais-Wallis Haute Ecole de Santé Formation continue CAS en Psychiatrie. (2017). Consulté 11 mai 2017, à l'adresse <http://www.hevs.ch/fr/hautes-ecoles/haute-ecole-de-sante/soins-infirmiers/autres-formations/formation-continue/cas/clinique/cas-hes-so-en-psychiatrie-1716>
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cognitive therapy and research*, 36(5), 427-440. <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1>
- IBM Knowledge Center - Equations d'estimation généralisées. (2015). Consulté 10 mai 2017, à l'adresse https://www.ibm.com/support/knowledgecenter/fr/SSLVMB_22.0.0/com.ibm.spss.statistics.help/spss/advanced/idh_idd_gee_repeated.htm
- IBM Knowledge Center - Test T pour échantillons appariés. (2015). Consulté 10 mai 2017, à l'adresse https://www.ibm.com/support/knowledgecenter/fr/SSLVMB_22.0.0/com.ibm.spss.statistics.help/spss/base/idh_tpr.htm
- Institut national de la santé et de la recherche médicale (France). (2004). *Psychothérapie: trois approches évaluées*. Paris: INSERM.
- Jauhar, S., McKenna, P. J., Radua, J., Fung, E., Salvador, R., & Laws, K. R. (2014). Cognitive-behavioural therapy for the symptoms of schizophrenia: systematic review and meta-analysis with examination of potential bias. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 204(1), 20-29. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.116285>
- Jónsson, H., & Hougaard, E. (2009). Group cognitive behavioural therapy for obsessive-compulsive disorder: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 119(2), 98-106. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2008.01270.x>
- Kabat-Zinn, J. (2006). Mindfulness-Based Interventions in Context: Past, Present, and Future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144-156. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg016>
- Kazantzis, N., Deane, F. P., & Ronan, K. R. (2006). Homework Assignments in Cognitive and Behavioral Therapy: A Meta-Analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7(2), 189-202. <https://doi.org/10.1093/clipsy.7.2.189>
- Khoury, B., Lecomte, T., Fortin, G., Masse, M., Therien, P., Bouchard, V., ... Hofmann, S. G. (2013). Mindfulness-based therapy: A comprehensive meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 33(6), 763-771. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.05.005>
- L'essai adaptatif en recherche clinique - 2011-16-062.pdf. (s. d.). Consulté 10 mai 2017, à l'adresse <http://medicalforum.ch/docs/smf/archiv/fr/2011/2011-16/2011-16-062.pdf>
- Loiselle, C. G. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières: approches quantitatives et qualitatives*. Saint-Laurent: ERPI.
- Maillard, S. (2013). CHUV Magazine.
- Mavranzouli, I., Mayo-Wilson, E., Dias, S., Kew, K., Clark, D. M., Ades, A. E., & Pilling, S. (2015). The Cost Effectiveness of Psychological and Pharmacological Interventions for

Social Anxiety Disorder: A Model-Based Economic Analysis. *PloS One*, 10(10), e0140704. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0140704>

Meyer, M.-A. (2014). Une consultation infirmière spécialisée en thérapies comportementales et cognitives. <http://www.em-premium.com/data/revues/02416972/v35i295/S0241697214001327/>.

Modèles mixtes. (s. d.). Consulté 17 mai 2017, à l'adresse <https://www.xlstat.com/fr/solutions/fonctionnalites/modeles-mixtes>

Monitoring suisse des addictions » Opioïdes. (s. d.). Consulté 18 janvier 2017, à l'adresse <http://www.suchtmonitoring.ch/fr/3.html>

Morasz, L. (2012). *L'infirmièr(e) en psychiatrie: les grands principes du soin en psychiatrie*. Paris: Masson.

Nichols, J. (2009). Examining nurses' use of cognitive behavioural therapy. *Kai Tiaki nursing New Zealand*, 15(8), 14-16.

Office fédéral de la santé publique. (2015). Mesures concernant la santé psychique en Suisse. Consulté 30 novembre 2016, à l'adresse <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/14149/16197/index.html?lang=fr>

OMS. (2016, avril). Troubles mentaux. Consulté 30 novembre 2016, à l'adresse <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/fr/>

OMS, & Groupe de la Banque Mondiale. (2016). Les investissements dans le traitement de la dépression et de l'anxiété rapportent quatre fois leur valeur. Consulté 29 novembre 2016, à l'adresse <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/depression-anxiety-treatment/fr/>

Organisation Mondiale de la Santé. (2008). CIM-10 Version:2008. Consulté 18 janvier 2017, à l'adresse

Organisation Mondiale de la Santé. (2016a). La dépression. Consulté 18 janvier 2017, à l'adresse <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/fr/>

Organisation Mondiale de la Santé. (2016b). Schizophrénie. Consulté 18 janvier 2017, à l'adresse <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/fr/>

Peplau, H. E. (1991). *Interpersonal relations in nursing: a conceptual frame of reference for psychodynamic nursing*. New York: Springer.

PEPS : Programme Émotions Positives pour la Schizophrénie | Se rétablir. (s. d.). Consulté 2 mai 2017, à l'adresse <http://www.seretablir.net/outils-interventions/peps/>

Pinquart, M., Duberstein, P. R., & Lyness, J. M. (2007). Effects of psychotherapy and other behavioral interventions on clinically depressed older adults: a meta-analysis. *Aging & Mental Health*, 11(6), 645-657. <https://doi.org/10.1080/13607860701529635>

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice* (Ninth Edition). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

- Prudhomme, C., Jeanmougin, C., & Duffet, B. (2009). *Psychiatrie: soins infirmiers aux personnes atteintes d'affections psychiatriques*. Paris: Maloine.
- Sampaio, F. M. C., Sequeira, C. A. da C., & Lluch Canut, M. T. (2015). Nursing psychotherapeutic interventions: a review of clinical studies. *Journal of Clinical Nursing*, 24(15-16), 2096-2105. <https://doi.org/10.1111/jocn.12808>
- Skinner, B. F. (1991). *The behavior of organisms: an experimental analysis*. Acton, Massachusetts: Copley Publishing Group.
- Slim, K. (2008). *Lexique de la recherche clinique et de la médecine factuelle (evidence-based medicine)*. Issy-les-Moulineaux (Hauts-de-Seine): Masson.
- Test de Kolmogorov-Smirnov dans Excel. (2017). Consulté 8 mai 2017, à l'adresse <https://help.xlstat.com/customer/fr/portal/articles/2062428-test-de-kolmogorov-smirnov-dans-excel>
- Thérapie cognitive, principes. (s. d.). Consulté 29 novembre 2016, à l'adresse <http://therapie.cognitive.free.fr/principes.html>
- Townsend, M. C., & Clavet, helene. (2010). *Soins infirmiers psychiatrie et santé mentale*. Saint-Laurent (Québec): ERPI.
- Wahlen, R., Favre, F., Gloor, V., Clausen, F., Konzelmann, I., Fornerod, L., ... Observatoire valaisan de la santé (OVS). (2015). *La santé de la population valaisanne 2015* (No. 5). Valais. Consulté à l'adresse <https://www.vs.ch/web/ssp/etat-de-sante-de-la-population>
- Wan, C., Fang, J., Jiang, R., Shen, J., Jiang, D., Tu, X., ... Tang, W. (2011). Development and validation of a quality of life instrument for patients with drug dependence: Comparisons with SF-36 and WHOQOL-100. *International journal of nursing studies*, 48(9), 1080-1095. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.02.012>
- Widlöcher, D., Marie-Cardine, M., Braconnier, A., & Hanin, B. (2006). *Choisir sa psychothérapie: les écoles, les méthodes, les traitements*. Paris: OJacob.
- World Health Organization (Éd.). (2015). *Mental health atlas 2014*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Yoshinaga, N., Nosaki, A., Hayashi, Y., Tanoue, H., Shimizu, E., Kunikata, H., ... Shiraishi, Y. (2015). Cognitive Behavioral Therapy in Psychiatric Nursing in Japan. *Nursing Research and Practice*, 2015, 1-9. <https://doi.org/10.1155/2015/529107>
- Zhuang, S.-M., An, S.-H., & Zhao, Y. (2014). Effect of cognitive behavioural interventions on the quality of life in Chinese heroin-dependent individuals in detoxification: a randomised controlled trial. *Journal of Clinical Nursing*, 23(9-10), 1239-1248. <https://doi.org/10.1111/jocn.12287>
- Zimmerman, G., & Pomini, V. (2013). Méta-analyse et efficacité des psychothérapies: faits et fictions. *Psychologie Française*, (58), 167-175. <https://doi.org/10.1016/j.psfr.2012.12.002>
- Zust, B. L. (2000). Effect of cognitive therapy on depression in rural, battered women. *Archives of Psychiatric Nursing*, 14(2), 51-63. [https://doi.org/10.1016/S0883-9417\(00\)80020-5](https://doi.org/10.1016/S0883-9417(00)80020-5)

12 Annexe I : tableaux de recension

<p>Zhuang, S.-M., An, S.-H., & Zhao, Y. (2014). Effect of cognitive behavioural interventions on the quality of life in Chinese heroin-dependent individuals in detoxification : a randomised controlled trial. <i>Journal of Clinical Nursing</i>, 23(9-10), 1239-1248.</p>						
<p>Type d'étude ou devis : Essai contrôlé randomisé</p> <p>Paradigme : Post-positiviste</p> <p>Niveau de preuve : II</p>	<p>Echantillon : 240 patients (80% d'hommes et 20% de femmes) âgés entre 21 et 43 ans parlant chinois ayant un diagnostic de dépendance à l'héroïne et suivant un traitement dans le centre de désintoxication de l'hôpital d'Ankang en Chine pendant 2 ans.</p> <p>Echantillonnage (méthode) : Participants approchés durant leur hospitalisation individuellement et confidentiellement par une infirmière spécialisée en recherche lorsqu'ils répondaient aux critères. Ils ont été séparés en 2 groupes (n=120) par un logiciel de randomisation adaptative grâce à un assistant de recherche. Les résultats ont été placés dans des enveloppes opaques.</p> <p>Critères d'inclusion : Parler chinois et avoir un diagnostic de dépendance à l'héroïne.</p> <p>Critères d'exclusion : Avoir une pathologie pouvant changer le résultat d'évaluation sur le questionnaire de la qualité de vie, avoir un problème mental non traité, avoir une maladie cognitive et être traité dans le centre de désintoxication pendant moins de 6 mois.</p>	<p>But général : Déterminer si une intervention cognitivo-comportementale améliore la qualité de vie des héroïnomanes chinois.</p> <p>Question de recherche : L'intervention cognitive et comportementale est-elle efficace sur l'allègement des symptômes et l'augmentation de la qualité de vie des héroïnomanes chinois ?</p> <p>Hypothèses : Pas indiquées.</p> <p>Variables : Indépendantes : L'intervention cognitive et comportementale.</p> <p>Dépendantes : La qualité de vie et l'allègement des symptômes.</p>	<p>Concepts : Cadre de référence : Cadre théorique :</p> <p>La dépendance aux opiacés.</p> <p>La qualité de vie.</p> <p>Les interventions cognitives et comportementales.</p> <p>Les soins infirmiers en santé mentale.</p>	<p>Méthode de collecte de données : Les données sur la qualité de vie dans un contexte de toxicomanie ont été récoltées grâce au questionnaire d'auto-évaluation « Quality Of Life in Drug Addiction Questionnaire (QOLDA) ». Il a été distribué et rempli au commencement et à la fin de l'étude. Le questionnaire était distribué par une infirmière « en aveugle » du résultat de la randomisation.</p> <p>Un 2^{ème} questionnaire a été distribué par l'infirmière au début de l'étude pour récolter des données démographiques (sexe, âge, niveau d'éducation, statut marital, méthode et dose d'injection, nombre d'années de dépendance et nombre de tentatives d'abstinence).</p> <p>Ethique : Les patients ont pris connaissance de la durée, du but et des risques de l'étude et ont signé un consentement. Il n'y a pas d'information quant à l'approbation de cette étude par une commission éthique.</p>	<p>Méthode d'analyse : Test de Student indépendant pour l'analyse des variables quantitatives des informations démographiques et des caractéristiques cliniques et un test chi-carré pour les variables qualitatives.</p> <p>Test de Student pour comparer QOLDA des deux groupes.</p> <p>Analyse de covariance (COANOVA) pour mesurer l'effet de l'intervention cognitivo-comportementale sur la qualité de vie des patients.</p> <p>Logiciel statistique : SPSS version 16.0.</p>	<p>Résultats : Il n'y a pas de différences significatives entre les caractéristiques démographiques et cliniques du groupe contrôle et du groupe test. Ni entre les résultats du questionnaire évaluant la qualité de vie au départ de l'étude. Après 6 mois d'intervention, la différence entre le soulagement des symptômes, l'amélioration de la santé physique et psychique, des capacités sociales et de la qualité de vie en général du groupe contrôle et du groupe test est statistiquement significative. Les auteurs ont démontré une relation entre l'augmentation de la prévalence de l'addiction à la drogue et le jeune âge et le niveau d'éducation.</p> <p>Conclusion : L'intervention infirmière reposant sur la TCC a amélioré la qualité de vie et la santé des héroïnomanes chinois.</p> <p>Force de l'étude : Grand échantillon, randomisation de l'échantillon, aucun participant n'a arrêté l'étude avant la fin ce qui limite le risque de biais d'attrition.</p> <p>Faiblesse de l'étude : La limitation des ressources des chercheurs les a empêchés de faire durer l'étude plus de 6 mois. Ils n'ont aussi pas évalué si les améliorations des patients dureraient à plus long terme. La qualité de vie a été mesurée par un seul questionnaire alors que c'est un concept difficile à mesurer.</p>

Favrod, J., Nguyen, A., Fankhauser, C., Ismailaj, A., Hasler, J.-D., Ringuet, A., ... Bonsack, C. (2015). Positive Emotions Program for Schizophrenia (PEPS): a pilot intervention to reduce anhedonia and apathy. BMC Psychiatry, 15(1).						
<p>Type d'étude ou devis : Etude pilote, devis quasi-expérimentale</p> <p>Paradigme : Post-positiviste</p> <p>Niveau de preuve : II</p>	<p>Echantillon : 37 patients (24 hommes et 13 femmes) la moyenne d'âge est de 41.84 ans, 31 ont un diagnostic de schizophrénie et 6 de troubles schizo-affectifs, la durée moyenne de la maladie est de 19.05 ans, 28 sont célibataires, 8 sont séparés et 1 est veuf, 6 n'ont pas terminé la scolarité obligatoire et 17 l'ont terminée, 3 ont terminé l'école secondaire, 8 ont réussi un apprentissage et 3 sont diplômés d'une école professionnelle ou de l'université, 3 vivent seul, 2 avec leur famille et 32 dans un logement protégé. Tous les participants sauf 1 ont un traitement antipsychotique et 14 sont aussi sous antidépresseurs.</p> <p>Echantillonnage (méthode) : Les participants ont été recrutés dans 3 foyers de soins et foyers sociaux à Lausanne, Rolle et Marsens en Suisse du 20.04.15 au 30.11.15.</p> <p>Critères d'inclusion : Avoir un diagnostic établi à partir de la CIM-10 de schizophrénie ou de troubles schizo-affectifs. Avoir un score d'au moins 2 sur l'outil « Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS) », avoir entre 18 et 65 ans, être capable de lire et comprendre le français, démontrer une capacité de consentement analysée grâce au « San Diego Brief Assessment of Capacity to Consent » qui évalue la compréhension du patient par des questions.</p> <p>Critères d'exclusion : Pas indiqués.</p>	<p>But général : Tester la faisabilité de l'intervention « Positive Emotions Program for Schizophrenia (PEPS) » et ses effets sur des individus souffrant de schizophrénie et de troubles du spectre schizo-affectif et qui présentent un symptôme d'anhédonie.</p> <p>Question de recherche : L'intervention PEPS est-elle réalisable et peut-elle réduire l'anhédonie des patients schizo-affectifs ou souffrant des troubles du spectre schizo-affectif ?</p> <p>Hypothèses : 8 sessions de PEPS peuvent réduire l'anhédonie et l'apathie comme mesuré par l'échelle SANS.</p> <p>Variables indépendantes : L'intervention PEPS.</p> <p>Dépendantes : L'anhédonie et l'apathie.</p>	<p>Concepts : Cadre de référence : Cadre théorique :</p> <p>Soins infirmiers en santé mentale.</p> <p>Intervention psychothérapeutique.</p> <p>Schizophrénie.</p> <p>Symptômes négatifs.</p> <p>Dépression.</p>	<p>Méthode de collecte de données : Les données collectées en pré et post-intervention ont été récoltées grâce à différentes échelles lors d'interviews standardisés par un psychologue formé à leur utilisation. Des données cliniques et sociodémographiques ont aussi été récoltées durant l'interview. Les données sur les symptômes négatifs ont été récoltées grâce à l'outil SANS, l'échelle appelée « The Calgary Depression scale For Schizophrenia (CDSS) » a été utilisée pour évaluer les symptômes négatifs, l'échelle « The Savoring Belief Inventory (SBI) » a permis de mesurer les croyances d'une personne quant à sa capacité à savourer les expériences positives passées, actuelles ou futures.</p> <p>Les données ont été récoltées avant et après l'intervention PEPS.</p> <p>Ethique : L'étude pilote a été approuvée par la Commission Cantonale Vaudoise sur la recherche médicale. Les patients recrutés ont signé un consentement éclairé.</p>	<p>Méthode d'analyse : Un test de Student apparié a été utilisé pour comparer la moyenne de deux séries de valeurs récoltées sur le même échantillon à un moment différent (pré et post-intervention).</p> <p>Mesure de la taille de l'effet de Cohen sur les résultats afin de savoir si l'effet de l'intervention est fort, moyen ou faible.</p> <p>Correction de Bonferroni en plaçant le seuil de significativité à 0.001.</p> <p>Analyse secondaire des données avec un test U Mann-Whitney.</p> <p>Logiciel statistique : Pas indiqué.</p>	<p>Résultats : L'analyse post-test a montré que les scores des participants dans les items anhédonie et apathie de l'échelle SANS ont diminué et ce de manière statistiquement significative. Le score de l'échelle CDSS s'est amélioré en post-test de manière significative avec une taille d'effet moyenne forte. Les scores totaux de l'échelle SANS et de l'échelle SBI ont montré une petite taille d'effet de l'intervention mais pas de manière significative. Les auteurs ont différencié les patients dépressifs (score de plus de 6 sur la CDSS, 17 patients) et les patients non dépressifs (14 patients) en comparant leurs scores sur les items anhédonie et apathie de l'échelle SANS et les ont analysés avec un test U de Mann-Whitney. Les patients dépressifs ont montré une plus grande amélioration de leurs scores que les patients non déprimés. Sur les 17 patients déprimés, seuls 9 l'étaient encore en post-test.</p> <p>Conclusion : L'intervention PEPS a montré une réduction de l'anhédonie et l'apathie chez des patients schizo-affectifs.</p> <p>Force de l'étude : Les résultats de cette étude sont identiques à ceux de deux autres études pilotes, ce qui montre qu'il est judicieux de continuer à développer ce type de programme auprès de patients schizo-affectifs.</p> <p>Faiblesse de l'étude : L'étude n'a pas de groupe contrôle et le psychologue qui évaluait les patients n'était pas en aveugle.</p>

Cabañas, R., Catalán, R., del Val, J. L., Real, J., Valero, S., & Casas, M. (2012). Effectiveness of a psycho-educational group program for major depression in primary care: a randomized controlled trial. <i>BMC Psychiatry</i> , 12(1).						
<p>Type d'étude ou devis : Essai contrôlé randomisé</p> <p>Paradigme : Post-positiviste</p> <p>Niveau de preuve : II</p>	<p>Echantillon : 231 patients, 119 dans le groupe test et 112 dans le groupe contrôle. Le participant type de l'étude selon les résultats du questionnaire sociodémographique indique : une femme mariée de nationalité espagnole et âgée de 54 ans.</p> <p>Echantillonnage (méthode) : Les patients ont été recrutés 2 mois avant le début de l'étude par un médecin généraliste et une infirmière dans 12 centres de soins primaires barcelonais. Après avoir évalué une 1^{ère} fois leurs profils sociodémographiques, leur médication, leurs scores sur l'Inventaire de Dépression de Beck (IDB) et sur un questionnaire évaluant la qualité de vie, les participants ont été placés dans un groupe contrôle ou test par randomisation réalisé par une personne externe.</p> <p>Critères d'inclusion : Avoir plus de 20 ans, diagnostic de dépression majeure basé sur la CIM-10, des symptômes allant de léger à modéré sur le IDB et signer le formulaire de consentement.</p> <p>Critères d'exclusion : Avoir une autre pathologie mentale, et des idées suicidaires, utiliser des services de santé secondaires, souffrir d'une pathologie aiguë ou terminale, ne pas parler l'espagnol ou Catalan, avoir des troubles cognitifs ou sensoriels, être analphabète, être un résident temporaire et ne pas signer le formulaire de consentement.</p>	<p>But général : Evaluer l'efficacité d'un programme psycho-éducatif dispensé par des infirmières et basé sur des soins personnels et un mode de vie sain auprès de personnes atteintes de dépression sévère et modérée dans des centres de soins primaires. Analyser auprès de quels patients (dépressifs sévères ou modérés) l'intervention est la plus efficace.</p> <p>Question de recherche : L'intervention psycho-éducatif, basée sur l'évaluation du taux de rémission des patients à la fin du programme, à 6 mois et à 9 mois est-elle efficace ?</p> <p>Hypothèses : Pas indiquées.</p> <p>Variables indépendantes : Intervention psycho-éducatif.</p> <p>Dépendantes : Qualité de vie, symptomatologie dépressive, rémission.</p>	<p>Concepts : Cadre de référence : Cadre théorique :</p> <p>Soins infirmiers en santé mentale.</p> <p>Dépression majeure et modérée.</p> <p>Psychoéducation.</p> <p>Thérapie cognitivo-comportementale.</p> <p>Activation comportementale.</p> <p>Résolution de problème.</p>	<p>Méthode de collecte de données : Les données sociodémographiques et les caractéristiques cliniques ont été récoltées par un formulaire avant l'étude.</p> <p>La symptomatologie dépressive a été évaluée par l'IDB. Pour évaluer la rémission l'IDB a été utilisé (score en dessous de 11 signifie être en rémission).</p> <p>Les données sur la qualité de vie ont été récoltées grâce au questionnaire « Euroqol quality of life questionnaire ».</p> <p>Toutes les données ont été évaluées avant l'étude, à la fin des 3 mois que durait l'étude, plus 6 et 9 mois après la fin de l'étude.</p> <p>Ethique : Consentement éthique donné par la Fondation Jordi Gol i Gurina. Le consentement a été signé par tous les participants avant l'étude.</p>	<p>Méthode d'analyse :</p> <p>Un test de Student pour les variables continues et un test chi-deux pour les variables catégorielles.</p> <p>L'effet de l'intervention sur les variables a été mesuré par la différence de scores entre les groupes et sur la taille de l'effet. L'effet de groupe standardisé est calculé comme étant l'écart type entre les 2 groupes, divisé par la déviation standard du groupe contrôle.</p> <p>L'effet de l'intervention sur les variables a été mesuré par la différence de scores entre les groupes et sur la taille d'effet grâce au d de Cohen.</p> <p>L'évolution des scores de l'IDB entre les groupes a été analysée en produisant un modèle d'effets mixtes, puis la qualité de l'ajustement a été analysée en utilisant un test de Kolmogorov-Smirnov.</p> <p>Logiciel statistique : IBM SPSS Statistiques version 18.</p>	<p>Résultats : Constat d'une différence statistiquement significative entre le nombre de rémissions, plus important dans le groupe test que dans le groupe contrôle et ce après l'intervention, à 6 mois et aussi à 9 mois. Les résultats montrent aussi que les patients souffrant de dépression légère ont vu une diminution de leurs symptomatologie dépressive à court et à long terme, alors que chez les patients souffrant de dépression modérée les résultats ne sont pas statistiquement significatifs. La qualité de vie s'est améliorée chez les patients du groupe test (comparé au groupe contrôle), mais pas de manière significative. De plus, la qualité de vie des patients dépressifs légers était supérieure après 9 mois que celle des dépressifs modérés.</p> <p>Conclusion : Les résultats montrent que l'intervention psycho-éducatif est plus efficace chez les patients dépressifs légers car ils ont un taux de rémission des symptômes plus élevé à court et long terme. De plus, cette augmentation est associée avec une meilleure qualité de vie.</p> <p>Force de l'étude : La diversité et le nombre de centres de soins choisis permettent de généraliser les résultats à l'ensemble de la ville de Barcelone. Aussi, les auteurs mettent en avant le rôle des infirmiers dans l'utilisation d'interventions psychothérapeutiques.</p> <p>Faiblesse de l'étude : L'étude est randomisée mais pas en double aveugle. De plus il y a eu 23% d'abandon alors que les chercheurs l'avaient estimé à 15%.</p>

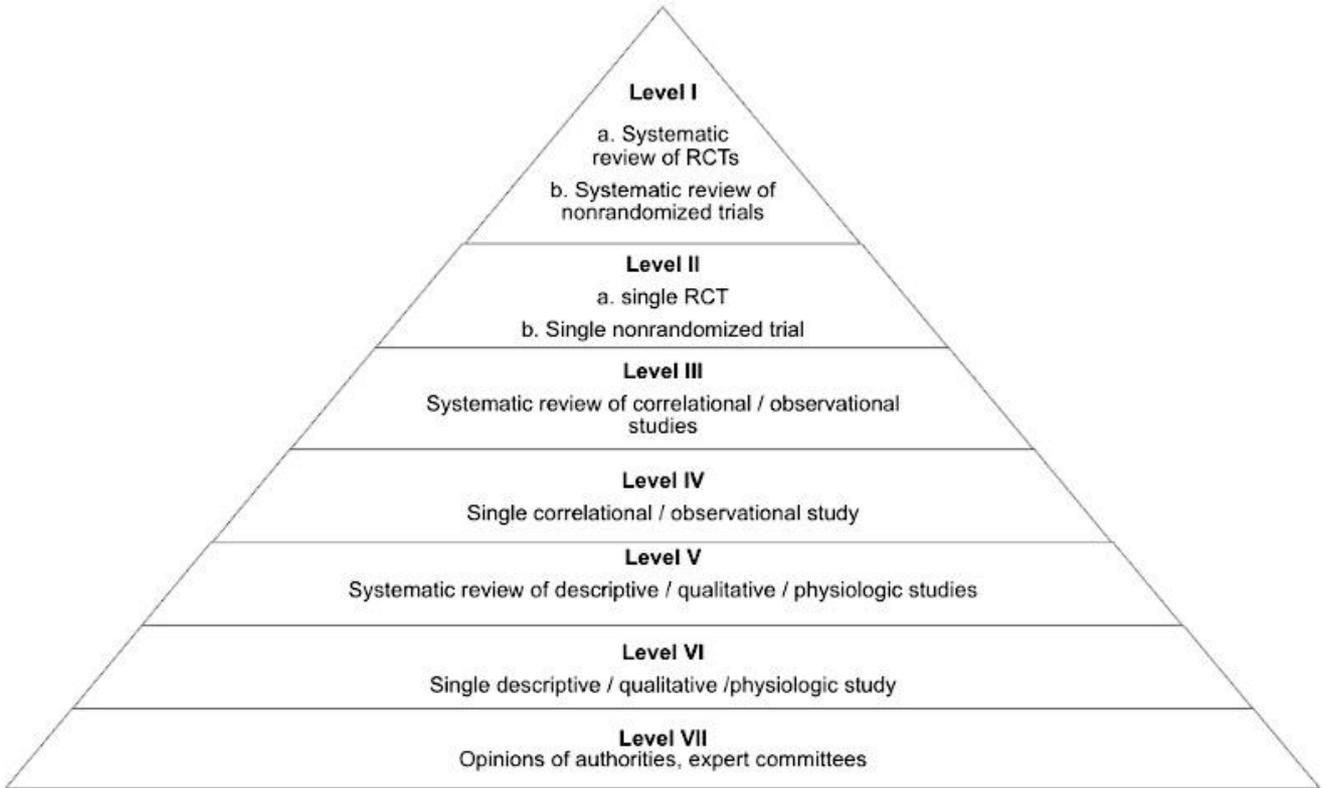
Chetty, D., & Hoque, M. (2013). Effectiveness of a nurse facilitated cognitive group intervention among mild to moderately-depressed-women in KwaZulu-Natal, South Africa. African Journal of Psychiatry, 16(1).						
<p>Type d'étude ou devis : Devis quasi-expérimental à groupe non équivalent</p> <p>Paradigme : Post-positiviste</p> <p>Niveau de preuve : II</p>	<p>Echantillon : 30 patientes ont été sélectionnées et réparties aléatoirement, 15 dans un groupe contrôle et 15 dans un groupe test. La moyenne d'âge est de 45 ans, 43% sont mariées, 20% sont veuves et 20% sont séparées. 43% ont atteint l'école primaire, 40% le secondaire, 6.67% réussi le secondaire et 10% ne sont pas allées à l'école. 95.55% sont femmes au foyer et 76.67% sont sous antidépresseurs tricycliques et 23% sous tétracycliques.</p> <p>Echantillonnage (méthode) : 6 semaines avant le début de l'étude les auteurs ont affiché une annonce dans la clinique communautaire psychiatrique de la province de KwaZulu-Natal en Afrique du Sud afin de recruter des participantes. Une équipe pluridisciplinaire composée d'infirmiers, de travailleurs sociaux, de psychologues et de psychiatres a recruté les participantes. Afin d'être réparties, les patientes ont tiré au sort une carte dans un chapeau indiquant CG pour « control group » et NFCG pour « nurse-facilitated cognitive group ».</p> <p>Critères d'inclusion : Parler et comprendre l'anglais, être indienne, habiter dans la région sud de Durban, avoir entre 25 et 65 ans, avoir été diagnostiquée dépressive par un psychiatre ou psychologue de la clinique sur les critères du DSM IV, avoir un score de plus de 9 et de moins de 29 sur 54 points sur l'Inventaire de Dépression de Beck ce qui correspond à une dépression légère à modérée, être sous antidépresseurs prescrits par le psychiatre de la clinique depuis 3 mois ou plus.</p> <p>Critères d'exclusion : Pas indiqués.</p>	<p>But général : Evaluer l'efficacité d'une intervention cognitive-comportementale de groupe, simplifiée et menée par des infirmières et couplée d'une médication antidépressive auprès de femmes indiennes ayant un diagnostic de dépression légère à modérée.</p> <p>Question de recherche : L'intervention infirmières auprès de ces femmes est-elle efficace en termes de réduction des symptômes dépressifs ?</p> <p>Hypothèses : Pas indiquées.</p> <p>Variables indépendantes : L'intervention cognitive-comportementale de groupe.</p> <p>Dépendantes : Les symptômes dépressifs.</p>	<p>Concepts : Cadre de référence : Cadre théorique :</p> <p>Infirmière en psychiatrie.</p> <p>Dépression.</p> <p>Les TCC.</p> <p>Les interventions auprès de groupes.</p> <p>La santé mentale en Afrique du Sud.</p>	<p>Méthode de collecte de données : Les données sociodémographiques ont été récoltées par un questionnaire développé par les auteurs et appelé « the Personal Profile questionnaire ».</p> <p>La sévérité des symptômes dépressifs a été évaluée par le IDB. L'inventaire de Beck a été utilisé pour les critères d'inclusion et pour évaluer l'efficacité de l'intervention infirmière aussi.</p> <p>L'évaluation par l'IDB a été réalisée avant l'étude, à la fin de l'étude (6 semaines) puis enfin 12 semaines plus tard.</p> <p>Ethique : Etude approuvée par la commission éthique par le Comité de Recherches et de Publications de l'Université de Technologie de Durban.</p> <p>La permission de réaliser l'étude a été accordée par le directeur des services de santé psychiatrique de la région de KwaZulu-Natal.</p> <p>La participation à l'étude était volontaire et chaque participant a signé un consentement.</p>	<p>Méthode d'analyse : Les informations démographiques des échantillons ont été analysées en utilisant des mesures descriptives et exprimées en écart-type et par la médiane pour les variables continues et en pourcentage pour les variables catégorielles.</p> <p>Pour comparer les données issues de l'IDB le test de Student a été utilisé.</p> <p>Afin de savoir si les différences dans les données des 2 groupes étaient statistiquement significatives un test de Friedman en plaçant une valeur P à 0.05 a été utilisé.</p> <p>Logiciel statistique : SPSS version 13.0.</p>	<p>Résultats : Les scores IDB avant l'étude étaient quasi les mêmes dans le groupe test ainsi que dans le groupe contrôle sans différence statistiquement significative. Après 6 semaines, les scores de l'IDB du groupe test ont diminué et les scores du groupe contrôle ont augmenté. Cependant la différence entre les 2 groupes n'est pas statistiquement significative. A 12 semaines, les scores du groupe test ont encore diminué passant de 17.9 à 14.6 et ceux du groupe contrôle ont augmenté de 20.7 à 21. Cette différence étant cette fois statistiquement significative.</p> <p>Conclusion : L'étude a pu montrer que l'intervention de groupe basée sur les TCC réalisée par des infirmières et couplée d'une pharmacothérapie a permis de diminuer la symptomatologie dépressive des patientes, alors que celles qui recevaient les soins normaux, tel que la pharmacothérapie seulement ont vu une augmentation de leur symptomatologie.</p> <p>Force de l'étude : L'étude met en valeur le fait que des infirmières puissent réaliser des interventions psychothérapeutiques efficaces pour des patients atteints de dépression.</p> <p>Faiblesse de l'étude : L'échantillon est petit et ne s'intéresse que à une culture (indienne) et un sexe. Ces résultats sont donc difficilement généralisables à une autre population.</p>

Chien, H.-C., Chung, Y.-C., Yeh, M.-L., & Lee, J.-F. (2015). Breathing exercise combined with cognitive behavioural intervention improves sleep quality and heart rate variability in major depression. Journal of Clinical Nursing, 24(21-22), 3206-3214.						
<p>Type d'étude ou devis : Devis expérimental</p> <p>Paradigme : Post-positiviste</p> <p>Niveau de preuve : II</p>	<p>Echantillon : 94% d'hommes, 77,5% célibataires, 52.8% ont un statut socioéconomique de niveau 3 (basé sur leur niveau d'éducation et sur leur activité professionnelle), 67.4% d'entre eux ne prennent qu'une médication psychiatrique, 49.4% n'ont pas de religion et 38.2% sont bouddhistes.</p> <p>Echantillonnage (méthode) : Recrutement des participants dans un hôpital psychiatrique de Taiwan. La taille de l'échantillon a été conçue grâce au logiciel statistique G Power 3.0.10 en se basant sur la taille d'effet de la variable qualité de sommeil afin qu'elle ait un résultat statistiquement significatif il fallait 2 groupe de 41 participants au minimum. Au début 146 participants ont été recrutés, 4 ont été exclus car n'entrant pas dans les critères d'inclusion, le reste a été divisé en 6 groupes expérimentaux et 6 groupes contrôle. 27 personnes du groupe expérimental ont été rejetées au cours de l'étude car elles n'ont pas participé plus de 30 minutes lors des activités ou plus de 6 fois. 26 personnes ont été rejetée du groupe contrôle. Finalement, on retrouve 43 patients dans le groupe expérimental et 46 dans le groupe contrôle.</p> <p>Critères d'inclusion : Etre diagnostiqué dépressif majeur par un médecin basé sur le DSM-IV, avoir un score supérieur à 5 sur l'échelle « Pittsburg Sleep Quality Index (PSQI) » et être capable de répondre aux questions de l'étude.</p> <p>Critères d'exclusion : Avoir un comportement agressif et violent, des symptômes psychiatriques sévères diagnostiqués par un médecin et être incapable de participer à une thérapie de groupe selon l'avis d'une infirmière.</p>	<p>But général : Explorer l'effet d'une intervention cognitivo-comportementale combinée à un exercice de respiration réalisé par des infirmiers en psychiatrique, sur la qualité de sommeil et variabilité de fréquence cardiaque (VFC) chez des patients dépressifs.</p> <p>Question de recherche : Est-ce que l'intervention couplée à des exercices de respiration peut-elle améliorer la qualité de sommeil et augmenter la VFC d'individus souffrant de dépression ?</p> <p>Hypothèses : Pas indiquées.</p> <p>Variables Indépendantes : L'intervention cognitivo-comportementale et les exercices de respiration.</p> <p>Dépendante : La qualité de sommeil, la VFC.</p>	<p>Concepts : Cadre de référence : Cadre théorique :</p> <p>Dépression.</p> <p>Les TCC.</p> <p>Exercices de respiration.</p>	<p>Méthode de collecte de données : Les données sur les symptômes psychiatriques des patients ont été récoltées avec « The Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) ». Les données sur la qualité de sommeil ont été récoltées par le PSQI.</p> <p>Les données sur la VFC ont été récoltées grâce à l'outil « the Lead tek heart rate analyzer (HVR) ».</p> <p>Les données ont été collectées une semaine avant le début de l'intervention, a une et 4 semaines durant l'intervention et finalement une semaine après la fin de l'intervention.</p> <p>Les données cliniques et sociodémographiques des participants ont été collectées avant l'étude.</p> <p>Ethique : L'étude est approuvée par le la commission d'examen institutionnelle de l'Hôpital où se déroule l'étude. Les patients ont été informés de la recherche et ont signé un consentement.</p>	<p>Méthode d'analyse : L'homogénéité des groupes, les différences entre l'apparition d'une maladie psychiatrique, la qualité de sommeil et le VFC ont été analysées en utilisant un test de Student et un test chi-deux.</p> <p>L'intervention dans les 2 groupes a été analysée en utilisant une équation d'estimation généralisée (GEE).</p> <p>Logiciel statistique : IBM SPSS 20.0.</p>	<p>Résultats : A la première mesure il n'y a pas de différence significative dans les 2 groupes par rapport à la qualité de sommeil et à la VFC. La qualité de sommeil s'est améliorée de manière significative dans les 2 groupes, avec une différence significative de l'amélioration dans le groupe expérimental et ce à chaque prise de mesure. La différence de VFC entre les 2 groupe est statistiquement significative et ce à chaque mesure.</p> <p>Conclusion : L'intervention cognitivo-comportementale couplée d'exercices de respiration permet d'améliorer la qualité du sommeil et d'augmenter la variabilité de la fréquence cardiaque en permettant ainsi de réduire la mortalité associée.</p> <p>Force de l'étude : L'intervention proposée par les infirmiers est efficace et pourra être reproduite à plus grande échelle.</p> <p>Faiblesse de l'étude : L'étude s'est déroulée dans un seul hôpital, ce qui ne permet pas de généraliser les résultats. De plus, il y a eu plusieurs pertes de patients au cours de l'étude. L'étude s'est déroulée en milieu de soins aigus avec des patients dont l'hospitalisation est courte. Il est donc difficile de tirer des conclusions à long terme.</p>

Chien, W. T., & Thompson, D. R. (2014). Effects of a mindfulness-based psychoeducation programme for Chinese patients with schizophrenia: 2-year follow-up. <i>The British Journal of Psychiatry</i> , 205(1), 52-59.						
<p>Type d'étude ou devis : Essai contrôlé randomisé</p> <p>Paradigme : Post-positiviste</p> <p>Niveau de preuve : II</p>	<p>Echantillon : 61 hommes et 46 femmes, la majorité d'entre eux est âgée de 26 ans et a obtenu un diplôme d'école secondaire, la durée moyenne de la maladie est de 2.6 ans, la plupart des participants vivent avec leur famille et plus de la moitié d'entre eux prend un dosage moyen d'antipsychotiques (environ 8.5 mg d'halopéridol par jour).</p> <p>Echantillonnage (méthode) : La taille de l'échantillon a été estimée sur la base d'un autre essai clinique. Le calcul d'estimation a indiqué que 108 patients sont nécessaires afin de détecter des différences statistiquement significatives dans la sévérité des symptômes psychiatriques et le taux de réadmission en hôpital entre les groupes pour un effet de taille de 0.5, une valeur P de 0.05 et une puissance de statistique de 80% permettant une potentielle attrition de 20%. Pour recruter les participants, les auteurs ont recensé la population de schizophrènes présente dans les trois établissements. Sur 1085 patients éligibles, 515 ont pu être contactés, puis 450 ont accepté de participer. Sur les 450 participants, 107 répondent aux critères d'inclusion et d'exclusion et ont été inclus. Les participants sélectionnés ont été listés par ordre alphabétique puis répartis aléatoirement dans un des trois groupes par un programme informatique générateur de nombres aléatoires. Finalement, les groupes comprenaient, respectivement, 35, 36 et 35 patients.</p> <p>Critères d'inclusion : Être diagnostiqué schizophrène sur la base du DSM-IV, être schizophrène depuis au minimum cinq ans, avoir au moins 18 ans et être capable de comprendre le chinois ou le mandarin.</p> <p>Critères d'exclusion : Avoir une autre pathologie mentale.</p>	<p>But général : Evaluer les effets d'une intervention psycho-éducationnelle tirée de la pleine conscience (MBPG) sur l'état mental, le taux de réadmission, l'insight dans la maladie et le soutien psychosocial de patients schizophrènes.</p> <p>Question de recherche : L'intervention MBPG a-t-elle un effet sur l'amélioration de l'état mental et de l'insight dans la maladie, la diminution du taux de réadmission en hôpital psychiatrique et le soutien psychosocial de patients schizophrènes chinois ?</p> <p>Hypothèses : Pas indiquées.</p> <p>Variables :</p> <p>Indépendantes : L'intervention MBPG.</p> <p>Dépendante : La sévérité des symptômes, le taux de réadmission, l'insight, le soutien psychosocial.</p>	<p>Concepts :</p> <p>Cadre de référence : Cadre théorique :</p> <p>Soins infirmiers en santé mentale.</p> <p>Soins communautaires.</p> <p>Schizophrénie.</p> <p>Intervention psycho-éducationnelle basée sur la pleine conscience.</p>	<p>Méthode de collecte de données : Les données ont été récoltées grâce aux échelles suivantes : « Brief Psychiatric Rating Scale » (BPRS), « Specific Levels of Functioning Scale » (SLOF), « 6-items Social Support Questionnaire » (SSQ6) et « Insight and Treatment Attitudes Questionnaire » (ITAQ).</p> <p>La fréquence et la durée de réadmission en hôpital psychiatrique ainsi que des données sociodémographiques et cliniques ont été recueillies avant le commencement du programme.</p> <p>Les données ont été récoltées au début de l'étude, une semaine après le début de l'intervention, 12 mois après la fin de l'intervention puis encore 24 mois après.</p> <p>Ethique : Consentement éthique donné par le comité éthique de la recherche sur les humains de l'Université Polytechnique de Hong-Kong. Les patients ont donné leur consentement écrit.</p>	<p>Méthode d'analyse : Toutes les données quantitatives ont été évaluées en intention de traiter. Les différences entre les caractéristiques de l'échantillon et les résultats des mesures ont été analysées par une analyse de variance.</p> <p>L'effet de l'intervention a été mesuré par une analyse de variance multivariée.</p> <p>La valeur P a été placée à 0.05 pour les mesures, sauf lors de l'analyse de la variance multivariée où une correction de Bonferroni a été utilisée ($p = 0.01$).</p> <p>Logiciel statistique : Windows SPSS version 10.0.</p>	<p>Résultats : Les différences entre les caractéristiques cliniques et démographiques des trois groupes ne sont pas statistiquement significatives au départ. Les scores des trois questionnaires ont mis en avant des différences statistiquement significatives et ce à chaque relevé de mesures. En effet, le groupe MBPG a vu une réduction dans son score de l'outil BPRS et dans la durée de réadmission en hôpital de même qu'une amélioration de ses scores sur les échelles SLOF et ITAQ.</p> <p>Conclusion : L'intervention, en comparaison avec la psychoéducation traditionnelle et les soins de bases, est efficace sur la sévérité des symptômes psychiatriques, le niveau de fonctionnement psychosocial, la prise de conscience de la maladie, la nécessité d'avoir un traitement et finalement sur la durée des séjours de réadmission.</p> <p>Force de l'étude : La méthodologie est rigoureuse et les auteurs proposent plusieurs pistes d'amélioration et s'accordent sur le fait que d'autres études supplémentaires doivent être faites.</p> <p>Faiblesse de l'étude : Les résultats sont peu généralisables à cause de l'échantillon culturellement différents d'autres pays et les patients étaient au courant du groupe auquel ils étaient assignés, pouvant créer un effet de Hawthorne.</p>

13 Annexe II : pyramide des preuves quantitatives

Pyramide des preuves tirée de Polit & Beck (2012, p. 28)



14 Annexe III : tableau récapitulatif des études

Numéro d'étude	Auteurs et qualifications	Revue de publication	Editeur	Considérations éthiques	Conflits d'intérêt	Financement de l'étude	Facteur d'impact
1	Jordi Real Jose Luis Del Val, PhD Miquel Casas, PhD Rosa Catalán, PhD Rocío Casañas, MS Sergi Valero, PhD	BMC Psychiatry.	Anna Clark	Consentement éthique donné par la Fondation Jordi Gol i Gurina, consentement signé par tous les participants avant l'étude.	Aucun.	Financée par Fondo de Evaluación de Tecnologías Sanitarias Spanish Ministry of Health.	3.38
2	Dayanithree Chetty RN Muhammad Hoque PhD	African Journal of Psychiatry.	Christopher P. Szabo	Participants volontaires, signature d'un consentement éclairé, accepté par la commission éthique Research Publication and Ethics Committee of the Durban University of Technology, permission de réaliser l'étude accordée par le directeur des services de santé psychiatrique de la région de Kwazulu-Natal.	Pas indiqué.	Pas indiqué.	0.54
3	Hui-Ching Chien, PhD, RN Jia-Fu Lee, PhD, MD Mei-Ling Yeh, PhD, RN Yu-Chu Chien, PhD, RN	Journal of Clinical Nursing.	Debra Jackson Sue Barnason, Carol Haigh, Leslie Gelling Graeme D. Smith	Etude approuvée par la l'institution Review Board of Tri-Service General Hospital National Defense Medical Center, participants informés et signature d'un consentement.	Aucun.	Pas indiqué.	0.81
4	David R. Thompson, PhD, MBA, BSc, RN, FRCN, FAAN, FESC Wai Tong Chien, PhD, MPhil, BN, RMN, FPHKAN	The British Journal of Psychiatry.	Kamaldeep Bhui	Consentement éthique donné par le comité de recherche sur les humains de l'Université Polytechnique de Hong-Kong. Les patients ont donné leur consentement écrit.	Aucun.	Financée par the Central Research Fund, the Hong Kong Polytechnic University et Health and Medical Research Fund, Hong Kong SAR, China.	1.12
5	Abel Ringuet Alban Ismailaj, MS Alexandra Nguyen, RN, MS Caroline Fankhauser, MS Charles Bonsack, PhD Jean-David Hasler Jérôme Favrod, RN Shyhrete Rexhaj, RN, MS	BMC Psychiatry.	Anna Clark	L'étude approuvée par la Commission Cantonale Vaudoise sur la recherche médicale, les patients ont signé un consentement de participation.	Aucun.	Financée par le Dr. Alexander Engelhorn.	3.38
6	Shi-Hui An, RN Shu-Mei Zhuang, PhD, RN Yue Zhao, PhD, RN	Journal of Clinical Nursing.	Debra Jackson Sue Barnason, Carol Haigh, Leslie Gelling Graeme D. Smith	Patients ont pris connaissance de la durée, du but et des risques de l'étude et ont signé un consentement. Il n'y a pas d'indication quant à l'approbation par un comité éthique.	Aucun.	Financée par l'école Graduate School of Tianjin Medical University.	0.81

15 Annexe IV : glossaire méthodologique

Analyse de covariance ANCOVA : analyse statistique utilisée pour vérifier les différences moyennes entre les groupes quant à la variable dépendante, tout en neutralisant une ou plusieurs variables parasites (covariables) (Loiselle, 2007, p. 384).

Analyse de variance ANOVA : analyse statistique destinée à vérifier les différences entre trois groupes ou plus, en comparant la variabilité entre les groupes à la variabilité au sein des groupes (Loiselle, 2007, p. 375).

Analyse de variance multivariée : il s'agit d'une extension de l'ANOVA permettant de prendre en compte une combinaison de variables dépendantes plutôt qu'une variable dépendante unique. L'avantage de l'utilisation d'une MANOVA au lieu de plusieurs ANOVA simultanées réside dans le fait qu'elle prend en compte les corrélations entre les variables réponses et permet ainsi une meilleure utilisation des informations provenant des données (« Analyse de Variance Multivariée (MANOVA) », 2017).

Analyse en intention de traiter : en comparant les résultats des deux groupes, seule est considérée la première allocation. C'est-à-dire que même si le patient finit par avoir le traitement alternatif, les événements ultérieurs seront mis sur le compte du traitement qui lui a été alloué initialement. Cette analyse est critère de bonne qualité des études (Slim, 2008, p. 66).

Biais (Slim, 2008, p. 16-17) :

- **Biais d'attrition** : retrait de certains patients de l'analyse ;
- **Biais d'observation** : évaluation subjective et critiquable des critères de jugements
- **Biais de sélection** : La population de l'étude ne correspond pas au monde réel, les personnes incluses ne sont pas représentatives de la population générale et/ou de la maladie étudiée, il y a eu auto-sélection.

Coefficient alpha de Cronbach : indice de fidélité destiné à mesurer la cohérence interne ou l'homogénéité d'une mesure composée de plusieurs éléments ou sous-parties (Loiselle, 2007, p. 332)

Coefficient de corrélation de Pearson (r) : le coefficient exprime la valeur de la relation entre deux variables mesurées au minimum sur une échelle à intervalles (Loiselle, 2007, p. 366).

Correction de Bonferroni : méthode statistique qui garantit la conservation du risque alpha à 0.05 lorsqu'il n'est pas possible d'utiliser un test prévu pour comparer deux moyennes en une seule fois (Slim, 2008, p. 26-27)

Devis quantitatif avant-après avec groupe témoin non-équivalent : devis quasi-expérimental dans lequel des mesures sont prises auprès d'un groupe expérimental et d'un

groupe de comparaison non équivalent avant et après l'intervention (Fortin & Gagnon, 2016p. 498).

Devis quasi-expérimentaux : devis qui ne répondent pas à toutes les exigences du devis expérimental du fait qu'il manque le groupe témoin ou la répartition aléatoire ou les deux (Fortin & Gagnon, 2016, p. 499).

Ecart-type : statistique pour mesurer la variabilité dans un ensemble de scores (Loiselle, 2007, p. 361).

Echantillon : sous-ensemble d'une population donnée, sélectionnée pour participer à une étude (Loiselle, 2007, p. 60).

Echantillonnage accidentel : méthode d'échantillonnage non probabiliste qui consiste à choisir des personnes selon leur accessibilité dans un lieu déterminé et à un moment précis (Fortin & Gagnon, 2016, p. 499).

Echantillonnage non probabiliste : choix d'un échantillon sans recourir à une répartition aléatoire (Fortin & Gagnon, 2016, p. 499).

Echantillonnage probabiliste : choix d'un échantillon à l'aide de techniques aléatoires afin que chaque élément de la population ait une chance égale d'être choisi pour faire partie de l'échantillon (Fortin & Gagnon, 2016, p. 500).

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 (Fortin & Gagnon, 2016, p. 500).

Effet Hawthorne : répercussion sur la variable dépendante attribuable au fait que les sujets savent qu'ils font partie d'une étude (Loiselle, 2007, p. 189).

Equation d'estimation généralisée : méthode qui permet l'analyse des mesures répétées ou d'autres observations corrélées, par exemple des données juxtaposées (« IBM Knowledge Center - Equations d'estimation généralisées », 2015).

Erreur de type 1 : rejet de l'hypothèse nulle, alors qu'elle est vraie. Les résultats sont le fait du hasard (Loiselle, 2007, p. 370).

Erreur de type 2 : acceptation de l'hypothèse nulle, alors qu'elle est fausse. Les résultats ne sont pas le fait du hasard (Loiselle, 2007, p. 370).

Essai contrôlé randomisé : essai qui comporte la réalisation d'un tirage au sort (distribution ou allocation ou affectation aléatoire) pour répartir les patients dans les différents groupes de l'étude. Il s'agit de la meilleure méthode de recherche clinique pour évaluer l'efficacité d'un traitement ou tester une hypothèse car la distribution aléatoire réduit le risque de biais (Slim, 2008, p. 46).

Fidélité : cohérence ou constance avec laquelle un instrument mesure l'attribut qu'il est censé mesurer (Loiselle, 2007, p. 330).

Fidélité de test-retest (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 (Fortin & Gagnon, 2016, p. 294)

Groupe expérimental : sujets d'une étude qui reçoivent le traitement ou font l'objet de l'intervention (Loiselle, 2007, p. 185).

Groupe témoin : sujets d'une expérimentation qui ne font pas l'objet du traitement expérimental et dont les résultats servent de référence pour mesurer les effets du traitement (Loiselle, 2007, p. 185).

Hypothèse de recherche (H_1) : affirmation d'une relation anticipée entre deux variables et qui doit être démontrée par des résultats (Fortin & Gagnon, 2016, p. 501).

Hypothèse nulle : affirmation qu'il y a ni différences ni relations statistiques entre des variables (Fortin & Gagnon, 2016, p. 501).

Médiane : statistique descriptive qui mesure la tendance centrale et représente la valeur qui se situe exactement au milieu dans une répartition de scores. Elle ne tient pas compte des valeurs individuelles et n'est pas sensible aux extrêmes (Loiselle, 2007, p. 360).

Mode : mesure de tendance centrale qui correspond à la valeur qui apparaît le plus souvent dans une distribution de fréquences (Fortin & Gagnon, 2016, p. 502).

Modèle d'effet mixte : les modèles mixtes sont des modèles complexes qui ont été développés à partir du modèle linéaire. Ils permettent de prendre en compte, d'une part, la notion de mesure répétée et, d'autre part, celle de facteur aléatoire. Les variables explicatives pourront être aussi bien quantitatives que qualitatives (« Modèles mixtes », s. d.).

Moyenne : statistique descriptive qui mesure la tendance centrale, calculée en additionnant tous les scores et en divisant le total par le nombre de scores (Loiselle, 2007, p. 360).

Opérateurs booléens ou logiques: termes (ET, OU, SAUF ; AND, OR, NOT) qui servent à unir des mots-clés dans un repérage documentaire (Fortin & Gagnon, 2016, p. 502).

Paradigme : façon de voir un phénomène naturel qui s'appuie sur un ensemble de postulats philosophiques et sert de guide à la recherche (Loiselle, 2007, p. 15).

Paradigme positiviste : paradigme traditionnel qui sous-tend l'approche scientifique, dans lequel on suppose l'existence d'une réalité fixe et ordonnée qui se prête à une étude objective (Loiselle, 2007, p. 16).

Puissance statistique : capacité d'un test à détecter une différence significative ou une relation existante entre des variables, ce qui revient à la probabilité de rejeter correctement une hypothèse nulle (Fortin & Gagnon, 2016, p. 503).

Randomisation : répartition aléatoire des participants à une étude clinique (ou expérimentale) au hasard dans deux (ou plusieurs) groupes (Slim, 2008, p. 97).

Randomisation adaptative : la randomisation s'effectue selon un rapport constant (par ex. 1:1 ou 1:2). Lorsqu'elle est adaptative, elle est ajustée à chaque étape d'analyse intermédiaire

(méthode bayésienne) afin d'augmenter la probabilité pour un patient d'être randomisé vers un bras de traitement efficace (« L'essai adaptatif en recherche clinique », 2011).

Régression linéaire : analyse statistique multivariée servant à établir la relation prédictive entre une variable dépendante (Y) et un ensemble de variables indépendantes (X_1, X_2, \dots) (Fortin & Gagnon, 2016p. 504).

Régression linéaire multiple : forme d'analyse multivariée où l'effet des facteurs dit confondants peut être corrigée. Dans ce cas, c'est l'association de plusieurs variables continues qui est analysée (Slim, 2008, p. 100).

Risque Alpha : probabilité de commettre une erreur de type 1 (Loiselle, 2007, p. 370).

Risque Bêta : probabilité de commettre une erreur de type 2. En général, on accepte une valeur bêta de 0.20, qui représente le risque d'erreur de type 2 que les chercheurs sont prêts à assumer (Loiselle, 2007, p. 371).

Seuil de signification (α) : probabilité de rejeter l'hypothèse nulle alors qu'elle est vraie et dont les seuils les plus courants sont 0.05 et 0.01 (Fortin & Gagnon, 2016, p. 504).

Statistique descriptive : statistique utilisée pour décrire et résumer des données (moyenne arithmétique, écart-type, par exemple) (Loiselle, 2007, p. 356).

Statistique inférentielle : statistique permettant de faire des inférences pour savoir si les relations observées dans un échantillon sont susceptibles de s'appliquer à la population dans son ensemble (Loiselle, 2007, p. 367).

Taille d'effet : la taille d'effet désigne à quel degré un phénomène donné est présent dans la population [...]. Elle décrit dans quelle mesure l'hypothèse nulle est fautive : plus la taille de l'effet est grande, plus il est justifié de rejeter l'hypothèse nulle (Bourque, Blais, & Larose, 2009, p. 7).

Tendance centrale : indice statistique illustrant la valeur la plus représentative d'un ensemble de scores et provenant du centre de la distribution (Loiselle, 2007, p. 359).

Test d'hypothèse : procédure d'inférence statistique qui permet de choisir, non sans risque de se tromper, entre deux hypothèses, l'hypothèse nulle (H_0) et l'hypothèse de recherche (H_1), à partir d'échantillons aléatoires (Fortin & Gagnon, 2016, p. 504).

Test de Chi-deux : test non paramétrique utilisé pour évaluer l'existence éventuelle d'une relation entre deux variables de niveau nominal (Loiselle, 2007, p. 378).

Test de Friedman : test qui sert à vérifier la différence entre les rangs quant aux scores de trois groupes liés, ou plus (Loiselle, 2007, p. 380).

Test de Kolmogorov-Smirnov : test non-paramétrique adapté pour comparer les distributions de deux échantillons à des distributions théorique sous-jacente (exemple : distribution normale) (« Test de Kolmogorov-Smirnov dans Excel », 2017).

Test de Student ou test t : test statistique paramétrique destiné à analyser la différence entre deux moyennes arithmétiques (Loiselle, 2007, p. 374).

Test de Student ou test t apparié : la procédure Test T pour échantillons appariés compare la moyenne de deux variables pour un seul groupe. Elle permet de calculer les différences entre les valeurs des deux variables pour chaque observation et de tester si la moyenne diffère de 0 (« IBM Knowledge Center - Test T pour échantillons appariés », 2015).

Tests non paramétriques : tests de statistiques inférentielles ne reposant pas sur des postulats rigoureux quant à la distribution des scores, utilisés le plus souvent avec des valeurs nominales ou ordinales (Loiselle, 2007, p. 373).

Tests paramétriques : tests de statistiques inférentielles qui comprennent des postulats sur la distribution des scores, l'estimation d'un paramètre et l'utilisation de mesures à intervalles et avec proportions (Loiselle, 2007, p. 373).

test U de Mann-Whitney : test qui sert à vérifier la différence entre les rangs de scores de deux groupes indépendants (Loiselle, 2007, p. 380).

Valeur P : dans un test statistique, probabilité que les résultats obtenus sont uniquement le fait du hasard ; probabilité de commettre une erreur dite de type I (Loiselle, 2007, p. 373).

Validité de construit : degré auquel un instrument mesure le construit étudié (Loiselle, 2007, p. 335).

Validité externe : degré auquel les résultats de l'étude peuvent être généralisés et appliqués à des situations ou à des échantillons autres que les situations ou les échantillons étudiés (Loiselle, 2007, p. 206).

Validité interne : degré auquel on peut déduire que le traitement expérimental (ou la variable indépendante), plutôt que les facteurs parasites, sont à l'origine des effets observés (Loiselle, 2007, p. 204)

Variable catégorielle : variable dont les modalités sont des catégories sans ordre de grandeur, comme « masculin » et « féminin » pour la variable sexe (Fortin & Gagnon, 2016, p. 505).

Variable dépendante : dans une analyse de régression (et dans d'autres analyses multivariées), variable indépendante incorporée à l'analyse afin de pouvoir prédire la variable dépendante. Aussi appelée variable prédictive ou prédicteur (Loiselle, 2007, p. 381).

Variable indépendante : variable qui, d'après les chercheurs, est à l'origine de la variable dépendante ou influe sur celle-ci ; dans une recherche expérimentale, variable manipulée (traitement) (Loiselle, 2007, p. 37).

Variable quantitative continue : variable dont les modalités ont des valeurs numériques pouvant prendre n'importe quelles valeurs sur un continuum (Fortin & Gagnon, 2016, p. 504)

Variance : mesure de la variabilité des individus dans une population, égale au carré de l'écart-type (Loiselle, 2007, p. 361).

16 Annexes V : tableau de Beck

Tableau à 5 colonnes de Beck, tiré de (« Thérapie cognitive, principes », s. d.)

Situation	Emotions	Pensée Automatique	Réponse Rationnelle	Résultat
	Spécifier : Tristesse : % Colère : % Anxiété : % %	La pensée automatique qui a conduit à l'émotion :	La pensée rationnelle qui répond à la pensée automatique :	Réévaluation de la croyance dans la pensée automatique Tristesse : % Colère : % Anxiété : % %
	Spécifier de nouvelles émotions éventuelles :			Spécifier de nouvelles émotions éventuelles :
	Evaluer l'intensité globale de l'émotion : %	Niveau de croyance dans cette pensée automatique : %	Niveau de croyance dans cette pensée rationnelle : %	Evaluer l'intensité globale de l'émotion après analyse : %

17 Annexe VI : interventions utilisées dans les études

Description de l'intervention utilisée dans l'étude de Zhuang et al. (2014).

Table 1 Intervention techniques used in the CBT treatment

Sessions 1–4	
	Introduce roles and effects of the cognitive behavioural interventions (CBI) for heroin dependence
	Participants discuss feelings and experiences of heroin dependence, and personal goals for treatment
	Provide information about how heroin dependence happens and negative complications
	Discuss ways to modify them
	Introduction to body relaxation training
Homework	
	Monitor physical symptoms
	Practise body relaxation training
Sessions 5–8	
	Participants give feedback on homework from previous session, with support and problem solving of difficulties
	Provide information about the change of psychological and behavioural reactions to heroin dependence
	Discuss ways to modify them
	Introduce breathing training
Homework as before plus	
	Monitor psychological and behavioural reactions
	Practise breathing training
Sessions 9–12	
	Participants give feedback on homework from previous sessions, as above
	Discuss cognitive, emotional and behavioural reactions to heroin complications and generate more helpful responses
	Provide cognitive and behavioural heroin complications management techniques
	Participants try out cognitive and behavioural strategies for managing heroin complications
Homework as before plus	
	Monitor thoughts and behavioural reactions to heroin complications
	Practise heroin complications management techniques
Sessions 13–16	
	Participants give feedback on homework from previous sessions as above
	Discuss the change of physical, psychological, cognitive and behavioural reactions to heroin complications and generate more helpful responses
	Introduce use of physical exercise and effectiveness
	Participants create an action plan to enhance quality of life (QOL)
Homework as before plus	
	Implement the action plan
Sessions 17–20	
	Participants give feedback on homework from previous session as above
	Provide information on the reasons and prevention of relapse
	Provide tips on managing physical, psychological, cognitive and behavioural reactions to prevent relapse
	Create an action plan to form regular healthy lifestyle
	Practise relaxation and breathing training
Homework as before plus	
	Implement regular lifestyle
Sessions 21–24	
	Participants give feedback on homework from previous sessions as above
	Discuss and share personal maintenance plan and experiences
	Create a future plan to improve positive changes and overcome barriers and setbacks
	Practise relaxation and breathing training
	Goodbye and how to access help in the future

Description de l'intervention utilisée dans l'étude de Favrod et al. (2015).

- Session 1: defeatist thinking
- Session 2: savoring pleasant moments (I)
- Session 3: accentuating the behavioral expression of emotions
- Session 4: making the most of pleasant moments by sharing them with others
- Session 5: savoring past pleasant moments (II)
- Session 6: anticipating pleasant moments (I)
- Session 7: anticipating pleasant moments (II)
- Session 8: review of all skills.

Les auteurs mettent à disposition les documents de support à l'intervention sur le site internet (« PEPS », s. d.).

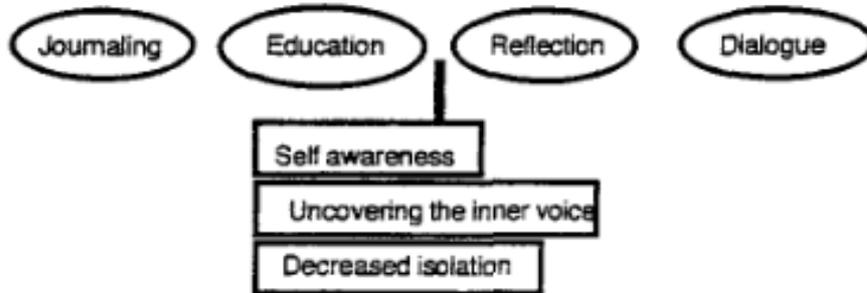
Description de l'intervention utilisée dans l'étude de Casañas et al. (2012).

Table 1 Psychoeducational program

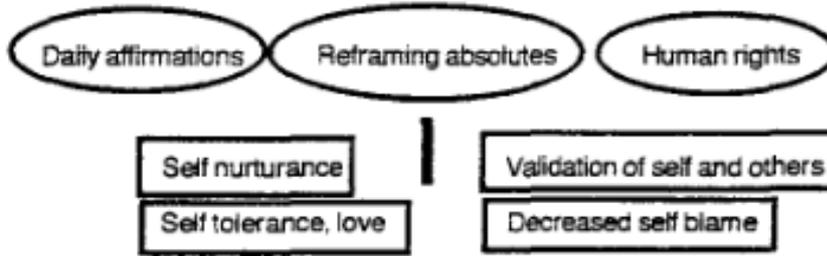
Sessions	Objectives
1	First contact with the group Breathing techniques
2	Behavioral Activation I Health education and identification of depressive symptoms
3	Behavioral Activation II
4	How to take care to advance I - Diet - Sleep - Educational about pharmacological treatment
5	Problem solving I
6	Problem solving II
7	Self-esteem and self-image
8	Assertiveness
9	How to take care to advance II - Pleasant activities, social skills - Physical exercise
10	Cognitive-behavioral perspective I
11	Cognitive-behavioral perspective II
12	Group farewell Final evaluation

Description de l'intervention inventée par Verona Gordon utilisée dans l'étude de (Chetty & Hoque, 2013) et trouvée dans l'étude de Zust (2000)

Awareness: Naming and identifying irrational beliefs.



Affirmation: Reframing irrational beliefs.



Action: Acting on positive self image

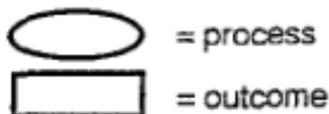
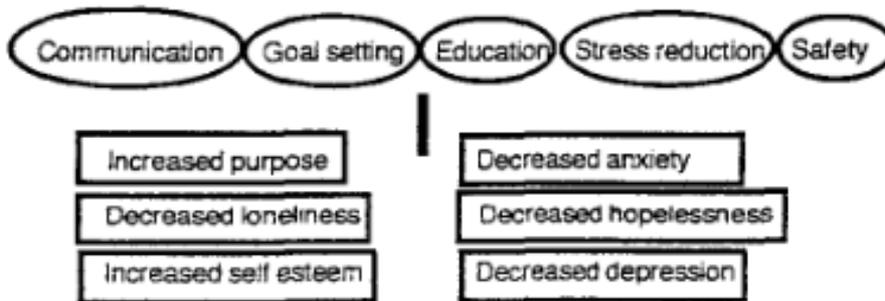


Fig 2. Process-Outcome Model for INSIGHT.

Description de l'intervention utilisée dans l'étude de W. T. Chien & Thompson (2014).

Mindfulness-based psychoeducation programme for people with schizophrenia

Phase	Component	Goals or rationale	Main topics/themes	Practice
I	(1) Orientation and engagement (2 sessions)	(a) Establishment of mutual trust and respect, treatment goals and objectives, and expected roles and responsibilities in the group, and (b) Understanding of the group programme and information about the illness and its symptoms <i>Session 1: Stepping out of automatic pilot and negative thoughts</i> Rationale: (a) Mindfulness starts when we recognise the tendency to be on automatic pilot (b) Commitment to learning how to step out of it and being aware of each symptom and related experience, and (c) Practice in purposefully drawing attention to bodily sensations and movements <i>Session 2: Mindfulness of the breath and staying present</i> Rationale: (a) Becoming familiar with the behaviour of the mind (often being busy and scattered) (b) The mind is most scattered when trying to cling to something and avoid others, and (c) Mindfulness offers a means to stay present by providing another place from which to view things <i>Session 3: Acceptance, holding, allowing; and letting be</i> Rationale: (a) Relating differently involves bringing to the experience a sense of allowing it to be as it is, without judging it or trying to make it different, and (b) An accepting attitude is a major part of taking care of oneself and seeing clearly what, if anything, needs to change	Orientation to the programme and its functions Establishing trust and respect among group members Achieving agreed goals and objectives Schizophrenia and its impact	(i) Self-introduction and game activities (ii) Group discussion about their roles and responsibilities in the group, and about schizophrenia and its impact on patients and their families
	(2) Focused awareness of bodily sensations, thoughts, feelings and symptoms (3 sessions)	(a) Mindfulness starts when we recognise the tendency to be on automatic pilot (b) Commitment to learning how to step out of it and being aware of each symptom and related experience, and (c) Practice in purposefully drawing attention to bodily sensations and movements <i>Session 2: Mindfulness of the breath and staying present</i> Rationale: (a) Becoming familiar with the behaviour of the mind (often being busy and scattered) (b) The mind is most scattered when trying to cling to something and avoid others, and (c) Mindfulness offers a means to stay present by providing another place from which to view things <i>Session 3: Acceptance, holding, allowing; and letting be</i> Rationale: (a) Relating differently involves bringing to the experience a sense of allowing it to be as it is, without judging it or trying to make it different, and (b) An accepting attitude is a major part of taking care of oneself and seeing clearly what, if anything, needs to change	Body scan, noticing sensations, feelings and thoughts Dealing with barriers to focusing thoughts, emotions and events, particularly pleasurable events	(i) Body scan (ii) Breath and awareness and mindfulness thereof (iii) Focusing on both pleasant and annoying events (iv) Focused awareness of the body, thoughts and feelings (homework)
	(3) Empowerment of self-control of psychotic symptoms and negative thoughts (1 session)	(a) Negative thoughts and moods that accompany them colour or reduce our ability to relate to experience (b) Thoughts are merely thoughts, we can choose whether to engage with them or not, and (c) The same patterns of thoughts recur again and again, without necessarily having to question them and seek alternatives	Awareness of the breath offers an anchor to the present (a possibility of being more focused and gathered) Categorising experiences v. describing bare sensations/thoughts Getting to know the territory of schizophrenia	Allowing and accepting attitude towards the illness and its symptoms Awareness of and opening up troubles in the mind; expanded breathing and stress-holding space
			Thoughts are not facts – alternative perspectives of seeing your thoughts and sensations Options for working with negative and disorganised thoughts Recognising recurring thoughts and standing back from them, without questioning them	(i) Exercise on awareness of breath, body, thoughts and emotions (ii) Recognising and discussing difficulties with such awareness (iii) Expanded breathing space – opening up troubles in the mind and settling down these troubles (iv) Mindful walking
				(i) Expanded breathing space (ii) Alternative perspectives and options for working with thoughts (iii) Diary writing and awareness of early warning signs of relapse (iv) Selection of practices (homework)

(continued)

Mindfulness-based psychoeducation programme for people with schizophrenia (continued)

Phase	Component	Goals or rationale	Main topics/themes	Practice
II	(1) Knowledge of schizophrenia and its care (2 sessions)	(a) Understanding psychotic symptoms and individual psychosocial health concerns (b) Understanding cultural issues within family and society, and (c) Identifying important needs for patients, self and family	Patients' individual health needs in relation to schizophrenia care Information sharing of schizophrenia and its treatment Sharing of behavioural and perceptual problems, intense emotions, and feelings about illness management Discussing ways to deal with negative thoughts and emotions, cultural issues and beliefs of mental illness, stigma and family Information about medication and its effects, self-care, daily activities and functioning, and illness and home management	(i) Group discussion and video watching (ii) Information search from internet and healthcare organisations (iii) Expert (both ex-patients and professionals) sharing (iv) Selection of mindfulness practices learnt (homework) (v) Communication and social skills training
	(2) Illness management and problem-solving (1 session)	(a) Information about self-management of schizophrenia and its related behavioural problems, and (b) Learning effective coping and problem-solving skills	Enhancing social support, stress coping and problem-solving skills by working on each member's life situations Performing behavioural rehearsals of social interactions with co-patients (and invited family members) within groups Review of real-life practice of coping skills learnt in group sessions	(i) Group discussion and video watching (ii) Ex-patients' sharing of illness management experiences (iii) Role play on coping and problem-solving skills (iv) Practices of coping skills learnt (homework)
III	(1) Behavioural rehearsal of relapse prevention (2 sessions)	<i>Session 1: How can I best take care of myself?</i> Rationale: (a) Specific things can be done when psychotic symptoms threaten my living and functioning (b) Taking a breathing space first and then deciding what action to take (c) Each patient has his/her own unique patterns of symptoms and relapse and thus also his/her own prevention strategies, and (d) Group members can provide support and help each other to plan the best self-care <i>Session 2: Using learnt skills to deal with future problems in thoughts and moods</i> Rationale: (a) Maintaining balance in life is helped by regular mindfulness practice, and (b) Good intentions can be strengthened by linking practice with positive thoughts and reasons for taking care of oneself	Identifying signs of relapse and associated factors Reflect on daily activities, stressors and accompanying emotions (i.e. nourishing v. depleting activities) Evaluation of self-care, illness management, coping skills and interpersonal relationships	(i) Group discussion (ii) Role play and behavioural rehearsals of coping skills and self-reflection (iii) Awareness of breath, body, sounds, thoughts, difficulty, and social support (iv) Breathing space and selecting forms of practice to continue (v) Continuous practice of coping skills learnt (homework)
	(2) Community resources and future plans (1 session)	(a) Being familiar with community support services and resources for schizophrenia care (b) Review of main issues and those skills learnt and selected for practices, and (c) Planning for future independent living	What thing(s) in our life do you value most and what can the practice of mindfulness help you with? Preparing for future life problems and relapse prevention Consolidation of selected and practised coping and mindfulness skills	(i) Body scan, sitting and walking mindfulness (ii) Best wishing and positive thinking (iii) Group discussion about future problems (iv) Continuous practise of selected mindfulness strategies (homework)
			Summary of the main issues and topics covered and knowledge and skills learnt Introduction of available community support resources Issues expected in future life and psychological and behavioural preparations for the future Action plans for illness management and the future Questions and comments from group members and specific requests for follow-up	(i) Body scan and mindful walking (ii) Discussion about learning from the programme and plan for the future (iii) Checking each person's support resources/mechanisms (iv) Invitation to outcome assessment and interviews