

La relation thérapeutique infirmière auprès des personnes souffrant de schizophrénie, afin de contribuer à leur rétablissement

Travail de Bachelor

Alberto Amorim Moreira - N° matricule : 17592650

Bryan Monteiro Vieira - N° matricule : 17593914

Michael Ramos Baptista - N° matricule : 17593468

Directrice : Sandrine Favre – Inf., MSc, Maître d'enseignement HES-SO Genève

DÉCLARATION

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

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

Fait à Genève, le 13 août 2020

Alberto Amorim Moreira, Bryan Monteiro Vieira et Michael Ramos Baptista

REMERCIEMENTS

Nous tenons tout d'abord à remercier chaleureusement toutes les personnes qui nous ont accompagnés et soutenus durant tout le processus de l'élaboration de ce travail, tout particulièrement :

Mme Sandrine Favre, infirmière, maître d'enseignement HEdS et directrice de ce travail de Bachelor pour son suivi, son enthousiasme et son encouragement durant cette période difficile.

Mme Sara Pinto Coelho Teixeira, infirmière, maître d'enseignement HEdS pour ses précieux conseils lors l'élaboration du travail en Science Infirmière 4.

Nous remercions également nos proches pour leurs soutiens et leurs encouragements.

RÉSUMÉ

Thème : La schizophrénie est une maladie psychiatrique chronique. Elle est caractérisée par des symptômes positifs et négatifs. L'objectif des soins infirmiers est d'accompagner le patient¹ dans l'expérience « santé-maladie » et dans le processus de rétablissement, car la guérison des personnes souffrant de schizophrénie est longue et complexe. Pour cela, il est essentiel de soutenir les besoins des patients et de contribuer à leur qualité de vie, mais aussi d'éviter les rechutes. La théorie de Hildegarde Peplau, infirmière théoricienne, prône dans sa théorie et sa méthodologie de la pratique de la relation « soignant-soigné » comme outil thérapeutique, en proposant des outils facilitateurs au cours de phases qui sont le cœur de sa méthodologie de la pratique.

Problématique : Comment l'infirmier peut-il, au travers de la relation thérapeutique avec la personne soignée souffrant de schizophrénie, contribuer à son rétablissement ?

Méthode : Des équations de recherche ont été élaborées afin d'effectuer différentes recherches sur 2 bases de données (CINAHL, Pubmed) avec la méthode Population Intervention Comparative Outcome (PICO).

Résultats : La pharmaco-éducation, la gestion des émotions et l'empowerment sont les études les plus prometteuses incluant les soins infirmiers. Elles proposent des interventions infirmières afin d'accompagner le patient vers une meilleure qualité de vie.

Discussion/conclusion : Les résultats des études sur la pharmaco-éducation, la gestion des émotions et l'empowerment sont encourageants afin d'accompagner un patient vers un rétablissement dans le rôle infirmier. Cependant, il est nécessaire de mener d'autres études afin d'approfondir le rôle infirmier avec des cadres théoriques et permettre ainsi de les inclure dans le cursus de la formation des soins infirmiers.

Mots-clés : Soins infirmiers, schizophrénie, relation thérapeutique, rétablissement, hospitalier.

Keywords: Nursing care, schizophrenia, the therapeutic relationship, recovery, hospital

¹ À lire également au féminin comme pour les autres termes ci-dessous : soignant, infirmier, etc.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

BAS	Barnes Akathisia Scale
BCIS	Beck Cognitive Insight Scale
BDI	Beck Depression Inventory
BEQ	Berkeley Expressivity Questionnaire
BIS	Behavioral avoidance/inhibition Scales
CAN	Camberwell Assessment of Need
CAINS	Clinical Assessment Interview for Negative Symptoms
CDSS	Calgary Depression Scale of Schizophrenia
CFI	Comparative Fit Index
CGI	Clinical Global Impression
CRF	Cardio-Respiratory Fitness
CHUV	Centre Hospitalier Universitaire Vaudois
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EBN	Evidence Based Nursing
EBS	Emotional Behavior Scale
EMNP	Emotion Management Nursing Program
FROGS	Functional Remission Of General Schizophrenia
GAF	Global Assessment of Functioning
HEdS	Haute Ecole de Santé – Genève
HUG	Hôpitaux Universitaires de Genève
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
LHS	Learned Helplessness Scale
MADRS	Montgomery Asberg Depression Rating Scale
MAP-SR	Motivation And Pleasure Scale-Self Report
MARS	Medication Adherence Rating Scale
MINI	Mini International Neuropsychiatric Interview
NOSIE-30-K	Nurses Observation Scale of In-patient Evaluation-30-Korea
OFSP	Office fédéral de la santé Publique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PANSS	Positive And Negative Syndrome Scale
PICO	Population Intervention Comparative Outcome
QOL	Quality Of Life
RAS	Recovery Assessment Scale

RCS	Relationship Change Scale
RMSEA	Root Mean Square Error of Approximation
SANS	Scale Assessment of Negative Symptoms
SAS	Simpson Angus Scale
SBS	Social Behavior Scale
SQS	Société Québécoise de la Schizophrénie
SRMR	Standardized Root Mean Square Residual
SSPP	Société Suisse de Psychiatrie et de Psychothérapie
TCC	Thérapie Cognitive-Comportemental
UKU	Udvalg For Kliniske Undersogelser
WHOQOL-SRPB	World Health Organization Quality Of Life, spirituality, religiousness and personal beliefs
4PAS	4-Point Ordinal Alliance Scale

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Recommandations de la posologie des antipsychotiques par Kaiser & al., (2018).....	17
Tableau 2 : Les principaux effets secondaires selon Kaiser & al., (2018)	19
Tableau 3 : Terminologie PICO	32
Tableau 4 : Démarche de traduction des mots clés	33
Tableau 5 : Recherche sur PubMed	34
Tableau 6 : Recherche sur Cinahl	35
Tableau 7 : Tableau synoptique des articles selon les thèmes abordés.....	35
Tableau 8: Medication adherence in schizophrenia: the role of insight, therapeutic alliance and perceived trauma associated with psychiatric care.	44
Tableau 9: Contribution of spirituality to quality of life in patients with residual schizophrenia	46
Tableau 10: The effects on helplessness and recovery of an empowerment program for hospitalized persons with schizophrenia.	48
Tableau 11: Test of Mindfulness-Based Psychosocial Skills Training to Improve Insight and Functional Recovery in Schizophrenia	50
Tableau 12: Effects of an Emotion Management Nursing Program for Patients with Schizophrenia	52
Tableau 13: Effects of motivation interviewing using a Group Art Therapy Program on Negative Symptoms of Schizophrenia	54
Tableau 14: Exercise therapy improves mental and physical health in schizophrenia: a randomized controlled trial	56
Tableau 15: Effects of group music intervention on psychiatric symptoms and depression in patient with schizophrenia	58
Tableau 16 : Étude contrôlée randomisée des effets de la pharmaco-éducation sur une population française de patients souffrant de troubles schizophréniques et socioaffectifs	60

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Diagramme de flux décrivant le processus d'identification des articles ...	36
Figure 2 : Niveau d'interprétation des preuves.....	37

Table des matières

Déclaration	ii
Remerciements	iii
Résumé	iv
Liste des abréviations	v
Liste des tableaux	vii
Liste des figures	vii
Introduction	10
1. Problématique	13
1.1 Épidémiologie	13
1.2 Contexte et impacts clés	13
1.3 Question de recherche initiale	15
2. État des connaissances	16
2.1 Caractéristiques du trouble de la schizophrénie en lien avec le DSM-V	16
2.2 La prise en soins de la personne qui souffre de schizophrénie	17
2.3 Le code civil Suisse et les notions de l'impuissance/toute-puissance	21
2.4 Notion du rétablissement	23
3. Cadre théorique	25
3.1 Discipline professionnelle	25
3.2 L'ancrage disciplinaire	25
3.2.1 Holarchie des connaissances	26
3.2.2 Paradigme	26
3.2.3 École de pensée	27
3.2.4 Les métaconcepts selon Peplau	27
3.2.5 Les postulats	28
3.2.6 Outils facilitateurs pour la relation	29
3.2.7 Les six rôles essentiels de l'infirmier	30
3.2.8 La méthodologie pratique de la théorie de Peplau	31
3.3 Question de recherche finale	31
4. Méthode	32
4.1 Sources d'information et stratégie de recherche documentaire	32
4.2 Diagramme de flux	36
5. Résultats	37
5.1 Analyse critique des articles retenus	38
5.2 Tableau comparatif	43

6.	Discussion.....	62
6.1	L'alliance thérapeutique	62
6.2	La spiritualité.....	63
6.3	L'empowerment	64
6.4	Formation aux habiletés psychosociales et la pleine conscience	65
6.5	La gestion des émotions	66
6.6	Entretien motivationnel et art thérapie.....	67
6.7	L'activité physique.....	68
6.8	La musicothérapie.....	69
6.9	La pharmaco-éducation.....	70
7.	Conclusion	71
7.1	Limites du travail	72
7.2	Recommandations	73
7.2.1	Clinique.....	73
7.2.2	Recherche	73
7.2.3	Enseignement.....	73
8.	Références.....	75

INTRODUCTION

À la fin du Moyen Âge et au début de la Renaissance, l'image du fou renvoie à celle d'une bête redoutée, le diable (Gilly-Argoud, 2012). Le fou occupe une place importante au sein de la société médiévale, on éprouve de la compassion pour le faible ou le simple d'esprit. Il incarne les faiblesses des hommes, leurs vices et leurs inerties. Il renvoie chacun à ses doutes et à ses angoisses, faisant écho à la dureté de la vie de l'époque (Dortier, 2010). La classification de la folie a parcouru un chemin semé d'embûches jusqu'aux définitions attribuées actuellement. Il est tout de même possible de séparer en 4 grandes périodes historiques la folie (Dortier, 2010). Dès l'Antiquité, Hippocrate, considéré encore aujourd'hui comme le père de la médecine et Claude Galien, ont débuté un travail de description de certains troubles comme l'anoia (démence), l'épilepsie, l'hystérie et la manie. Selon eux, la mélancolie serait observable physiologiquement parlant. Elle serait attribuable à la bile noire, fabriquée par la rate, apportant mélancolie et anxiété. Cette classification restera la base de référence jusqu'au XVIII^{ème} siècle, début de la grande ère des Lumières (Dortier, 2010).

Plus tard, entre le 18^{ème} et le 19^{ème} siècle, Phillipe Pinel et Jean-Étienne Esquirol tentent de regrouper les « aliénés² » en 4 catégories : maniaques, idiots, déments et mélancoliques (Dortier, 2010). Il y a donc les fous furieux (ou « des fous à lier »), les fous tranquilles (à enfermer sans les attacher), les extravagants (à surveiller minutieusement), les fous en démence (qui nécessitent des soins physiques) et les insensés (à conduire comme des enfants) (Dortier, 2010). Au passage du XIX^{ème} au XX^{ème} siècle, un travail minutieux est effectué pour décrire les différents troubles : schizophrénie, perversions sexuelles, névroses obsessionnelles, arriérations mentales et hystéries. À partir de ses troubles, deux grandes familles émergent : la psychose (altération profonde de la personnalité, sans que la personne ait conscience de son trouble) et la névrose (trouble moins profond, et la personne a conscience du trouble) (Dortier, 2010).

Aujourd'hui, les différents troubles sont bien référencés dans le DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), le dernier étant le DSM-V (Crocq & Guelfi, 2015). Ce manuel sera d'ailleurs abordé plus tard dans le travail. Il existe cependant encore plusieurs définitions de la folie, néanmoins elles renvoient surtout à l'incapacité d'une personne à s'adapter à des normes sociétales. Par extension, la folie symbolise ou non la capacité d'adaptation d'une personne au sein d'un certain type de société qui la porte.

² Personne qui étrangère à soi-même, différentes des autres et qui est privé de sa personnalité.

Elle se réfère souvent comme une « anormalité », aux normes et habitudes culturelles. Au-delà de cette pensée sociétale, la folie reflète la condition humaine, car elle traduit l'ensemble des qualités et les défauts de ce qui nous constitue, en d'autres termes, notre humanité. Vient alors, à soigner ses « écarts » de la société, des marginaux en souffrance psychique qui doivent trouver dans un milieu hospitalier, assistance et soins (Arveiller, 2006).

La normalité est intimement liée à la santé mentale, car si l'une est en souffrance, l'autre va irrémédiablement se péjorer en même temps (Melman, 2006). La notion de normalité se réfère souvent à la place qu'un individu peut avoir dans une communauté et à sa manière d'interagir dans celle-ci (Melman, 2006). Depuis quelques années, il y a une sorte de mutation, en effet, l'individu ne cherche pas à l'approbation de l'autre comme autrefois pour se satisfaire (Melman, 2006). Cependant, il cherche à se procurer sa propre satisfaction, la notion même de normalité devient donc floue et abstraite (Melman, 2006). Il est plus judicieux actuellement de parler de normalité comme la capacité d'un individu à pouvoir accomplir des tâches destinées pour lui (Melman, 2006).

La santé mentale est un thème large et varié qui met en exergue la position forte d'infirmier dans les milieux de soins. Les professionnels rencontrent et accompagnent des personnes souffrant de pathologies psychiatriques qui sont parfois complexes, mettant à nu les patients. Dans les unités psychiatriques, comme d'ailleurs auprès de toute personne en besoin de soins, le rôle infirmier est primordial, car l'infirmier est la pierre angulaire dans la prise en soins entre la personne et l'ensemble des acteurs directs/indirects de l'équipe interprofessionnelle.

La schizophrénie est un trouble qui se caractérise par une difficulté de traiter et d'intégrer l'information. Le trouble schizophrénique affecte la personne dans sa manière de penser, sentir et percevoir les événements externes, mais, aussi internes à elle-même. Le trouble schizophrénique peut entraver l'accomplissement des actes de la vie quotidienne, ainsi que sur la manière dont la personne s'exprime aussi bien sur le plan comportemental que verbal. La symptomatologie comprend deux familles de symptômes, les symptômes positifs et les symptômes négatifs. Les symptômes positifs s'ajoutent à la réalité et aux fonctions mentales habituelles de l'individu. Les symptômes positifs les plus fréquents sont les hallucinations visuelles et auditives, une modification de la pensée de type délire et une désorganisation du comportement. Les symptômes négatifs quant à eux traduisent une perte des aptitudes habituelles, physiques comme psychiques. Les symptômes les plus fréquents sont l'alogie, l'anhédonie, l'aboulie, une pauvreté de la pensée et un retrait social (Société Québécoise de la Schizophrénie [SQS], 2019). Les traitements médicamenteux de choix actuellement sont les neuroleptiques. Leurs buts sont de soulager les états d'agitation, dit effet sédatif et de

lutter contre les symptômes positifs (Psycom, 2016). Néanmoins, leurs effets sur les symptômes négatifs sont moindres, voire inexistants (Institut national de la santé et de la recherche médicale [Inserm], 2020). Ces traitements possèdent de nombreux effets indésirables et seule l'expérience de la personne permet de savoir si les traitements fonctionnent, car ils n'ont pas un effet curatif. Certaines personnes vont devoir prendre quotidiennement ou à dose régulière des traitements à vie pour éviter la réapparition des symptômes ou d'une décompensation (Inovagora, 2016). Il y a entre 20% et 30% des malades qui sont peu sensibles aux traitements neuroleptiques (Inserm, 2020).

Aujourd'hui encore, la schizophrénie est une maladie redoutée, un mal qui ronge les personnes de l'intérieur. Ce que représentent la maladie, les traitements, sa chronicité, sont des éléments qui effraient.

C'est pourquoi l'annonce du diagnostic est si complexe et redoutée, pour les patients, leurs proches comme pour les médecins. Toutefois, l'annonce du diagnostic peut être parfois rassurante, car cela peut mettre en lumière un phénomène vécu par la personne. Cependant, elle engendre un remaniement dans l'entourage de la personne, dans son environnement et dans ses relations sociales, car la schizophrénie garde une connotation négative auprès de la population (Galinowski, 2011). Toute la difficulté de l'annonce du diagnostic chez une personne souffrant d'une pathologie psychiatrique est la réaction en chaîne que cela va engendrer sur le plan bio, psycho-social et spirituel (Galinowski, 2011). De nombreux patients pensent qu'il s'agit d'un mal existentiel et, non d'une maladie à part entière. Lorsque les maux ont un nom, cela peut être libérateur pour certaines personnes, car cela permet d'avoir de la reconnaissance d'autrui sur un mal invisible. Mais, cela reste un coup perçu comme un premier coup de massue (Galinowski, 2011). Le médecin se retrouve confronté à devoir mettre des mots sur la pathologie, mais aussi éviter toute connotation péjorative, comme le terme « sévère », « spectre » (Galinowski, 2011). Dans le déroulement de l'entretien, s'ensuit inmanquablement le futur et surtout les traitements possibles, c'est le deuxième coup de massue, un traumatisme secondaire, mais pas seulement (Galinowski, 2011). L'impact et le traumatisme engendré chez le patient peuvent faire contre-transfert chez les soignants, en éveillant en eux un sentiment d'impuissance (Galinowski, 2011).

Dans le cadre d'un milieu hospitalier, les infirmiers font face à des personnes en décompensations psychotiques qui n'adhèrent pas aux traitements ou ne répondant pas aux molécules (Leucht & al., 2013). Afin de développer le rôle propre des infirmiers, il est important d'explorer des thérapies non médicamenteuses et d'inclure un ancrage théorique infirmier sur une approche sur le développement de la relation infirmier-patient (Parker & Smith, 2010).

1. PROBLÉMATIQUE

1.1 Épidémiologie

La schizophrénie touche environ 1,1 % de la population en Suisse (Maercker, Perkonigga, Preisig, Schaller & Weller, 2013). En ce qui concerne la population européenne, cela représente 1,2 % (Wittchen & al., 2011). Au niveau mondial, cela correspond à 0,28 % (Charlson & al., 2018), ce qui équivaut à environ 23 millions de personnes (Organisation Mondiale de la Santé [OMS], 2019).

Les hospitalisations en placement à des fins d'assistance pour des troubles schizophréniques représentent 27 % de toutes les hospitalisations psychiatriques. Les personnes hospitalisées sont principalement dans la tranche d'âge entre 20 ans et 39 ans. La durée moyenne des hospitalisations chez les personnes souffrant de schizophrénie est de 41 jours (Schuler, Tuch, & Peter, 2018).

1.2 Contexte et impacts clés

Selon l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE) (2014), elle estime que les coûts des troubles mentaux en Suisse représentent 18 milliards de francs par an. Cela représente environ 33'600 francs par année pour une personne atteinte de troubles psychotiques (Schuler, Tuch, Buscher, & Camenzind, 2016). De plus, selon l'étude effectuée par OCDE, les différentes évaluations louent la capacité de la Suisse à faire face aux problèmes des troubles mentaux, mais pointent certaines lacunes (OCDE, 2014). Elles concernent majoritairement l'emploi, pour favoriser les employeurs à embaucher des personnes atteintes d'une pathologie psychiatrique et de bénéficier d'un suivi, mais aussi d'une meilleure détection précoce des problèmes de santé mentale (OCDE, 2014).

La maladie se déclare généralement entre 18 et 25 ans (Hôpitaux Universitaires de Genève [HUG], 2019). Elle touche plus d'hommes que de femmes et elle est souvent associée à de lourds handicaps qui peuvent restreindre les cursus éducatifs et professionnels. Le risque de mourir prématurément est 2 à 3 fois plus élevé pour les personnes atteintes de schizophrénie par rapport à la population générale (OMS, 2019). Il y a plusieurs pathologies somatiques associées à la schizophrénie comme le diabète ou une maladie néoplasique (Lorabi, Samalin & Llorca, 2010). De plus, il y a une prévalence plus élevée de comorbidités respiratoires, cardio-vasculaires et infectieuses (Lorabi & al., 2010). Les discriminations, la stigmatisation et les violations des droits fondamentaux des personnes souffrant de schizophrénie sont encore courantes. Il y a

50 % qui vont tenter de mettre fin à leurs jours, malheureusement entre 10 à 15 % vont y parvenir (Naguy & Al-Rabaie, 2017).

Comme il a été expliqué précédemment dans ce travail, la schizophrénie inspire la peur. Elle peut représenter la « différence » que les gens distinguent, entre eux et les « malades », de manière consciente ou inconsciente. Concernant cette dernière, le stigmatisme est un processus inconscient face aux personnes dites « vulnérables » et « différentes ». La schizophrénie est également « indissociable » de la « folie » que peut représenter la schizophrénie auprès de la population (Bonsack, Morandi, Favrod & Conus, 2013). La stigmatisation est un processus complexe qui dépasse le simple étiquetage que les gens peuvent coller auprès des personnes atteintes de schizophrénie (Bonsack & al., 2013). Tout de même, l'étiquetage reste la partie la plus courante et elle représente le mieux la première étape du mécanisme de la stigmatisation (Bonsack & al., 2013). La seconde étape du processus est le stéréotype, c'est-à-dire d'attribuer des défauts aux personnes étiquetées (Bonsack & al., 2013). En raison de ses 2 étapes fondamentales du processus de stigmatisation, la personne étiquetée devient quelqu'un à isoler, de différente (Bonsack & al., 2013). Les dernières composantes du processus sont la discrimination et la privation du pouvoir social (Bonsack & al., 2013). La personne étiquetée va être mise à l'écart et va donc perdre le droit de profiter pleinement de son rôle social dans la société (Bonsack & al., 2013).

L'impact qu'une personne souffrant de schizophrénie va recevoir est inimaginable, tout comme celui que la famille. Lorsqu'une personne est atteinte de schizophrénie, elle est amenée à vivre de grands tourments, c'est une affection complexe qui perturbe non seulement la personne elle-même, mais aussi ses proches (Caqueo-Urizar & al., 2017). Les familles jouent un rôle clé, car elles peuvent participer aux soins de longue durée et apporter un soutien continu, devenant ainsi partenaires de soins (Caqueo-Urizar & al., 2017). Cette participation dans le projet de soins des proches aidants peut avoir un impact négatif significatif sur leur propre santé, physique comme psychique (Caqueo-Urizar & al., 2017). Mais pas seulement, sur le plan économique, cela peut restreindre les possibilités d'avoir un emploi à temps plein, selon les besoins en soins qu'ils doivent fournir à la personne atteinte de schizophrénie (Caqueo-Urizar & al., 2017).

La famille étant une ressource non négligeable, les soignants le sont tout autant. L'étude de Frank & Gunderson (1990) consistait à examiner le rôle de l'alliance thérapeutique dans le traitement des patients souffrant de schizophrénie. Pour créer une bonne alliance thérapeutique, les participants ont été amenés à établir une relation de confiance et à se montrer collaborants avec leurs thérapeutes. Au total, il y avait 143 adultes et 81 thérapeutes qui participaient à l'étude. Les résultats de cette étude

montrent que les patients qui forment de bonnes alliances seront moins susceptibles d'abandonner la psychothérapie. De plus, elles peuvent améliorer l'adhérence aux traitements des patients. Pour déterminer la qualité de l'alliance thérapeutique, les auteurs ont évalué plusieurs items pour ensuite classer la relation entre « bonne alliance », « alliance équitable » et « alliance appauvrie » (Frank & Gunderson, 1990). Des recherches antérieures ont également montré que l'échec d'une relation est fortement associé à la non-conformité des patients aux plans de traitement et à des mauvais résultats.

Selon John Bowlby, père de la théorie de l'attachement, le rôle du thérapeute est d'être une figure d'attachement temporaire auprès d'un patient (1975). Il considère que les relations d'attachements sont bidirectionnelles avec une recherche intrinsèque de sollicitations, de proximité et de sourires (Bowlby, 1969 ; Bowlby, 1973). Tout ceci s'apparente à des comportements de soins, comme une voix apaisante, au toucher et à la protection (Bowlby, 1969 ; Bowlby, 1973). Tout thérapeute a une histoire unique, qui va influencer sur la formation des liens d'attachements, par rapport à ces expériences, sans oublier la relation unique avec chaque patient (Bowlby, 1969 ; Bowlby, 1973). Tous ces éléments vont graviter et interagir entre eux, ce qui va influencer l'alliance thérapeutique (Bowlby, 1969 ; Bowlby, 1973).

Pour finir, l'un des piliers actuels de la prise en soins d'une personne souffrant de schizophrénie est la pharmacologie. Néanmoins, les traitements de choix que sont les neuroleptiques ne sont pas sans effets secondaires.

Ils existent des effets semblables qui sont plus invalidants et fréquents que d'autres, comme le syndrome malin, la prise de poids, la baisse de la tension artérielle, des troubles cardiaques et les troubles extrapyramidaux (Psycom, 2016).

Selon le Centre Hospitalier Universitaire Vaudois [CHUV] (2015), « les meilleurs résultats sont obtenus en combinant un traitement médicamenteux à base de neuroleptique et un traitement psychosocial. Ces thérapies ont pour but d'aider le patient et ses proches à faire face à la maladie et aux problèmes qu'elle engendre » (p.9).

Les infirmiers dont leur rôle d'être en première ligne dans la prise en soins des patients souffrant de schizophrénie, se retrouvent parfois impuissants face à l'inefficacité des projets de soins. La complexité de chaque individu, le sentiment de ne pas avancer avec le patient, de ne pas pouvoir le « guérir » est tant d'éléments qui peuvent engendrer une impuissance et une frustration chez les infirmiers (Delieutraz, 2012).

1.3 Question de recherche initiale

Quels sont les effets des thérapies non-médicamenteuses chez la personne souffrant de schizophrénie ?

2. ÉTAT DES CONNAISSANCES

2.1 Caractéristiques du trouble de la schizophrénie en lien avec le DSM-V

Selon Crocq & Guelfi (2015) :

Le spectre de la schizophrénie et des troubles psychotiques comprend : la schizophrénie, les troubles psychotiques et la personnalité schizotypique. Ces troubles sont définis par des anomalies dans au moins un des cinq domaines suivants : idées délirantes, hallucinations, pensée désorganisée (discours), comportement moteur grossièrement désorganisé ou anormal (incluant la catatonie) et symptômes négatifs (p.103).

Les critères de diagnostics (Crocq & Guelfi, 2015, p.116-117) :

- A. Présence d'un ou des symptômes suivants.
 - Idées délirantes
 - Hallucinations
 - Discours désorganisé
 - Comportement grossièrement désorganisé ou catatonique
 - Symptômes négatifs (aboulie ou diminution de l'expression émotionnelle).
- B. Le niveau de fonctionnement de la personne a diminué à l'apparition des troubles dans les domaines suivants : travail, relations interpersonnelles ou l'hygiène personnelle.
- C. Les signes du trouble persistent depuis au moins 6 mois. C'est-à-dire, les symptômes de la phase active (A), doivent être présent au moins pendant un mois ou moins si un traitement efficace.
- D. Les autres troubles tels que : trouble schizoaffectif, dépressif, ou trouble bipolaire avec manifestations psychotiques ont été exclus.
- E. Le trouble ne disparaît pas après disparition d'effets physiologiques d'une substance, telle que de la drogue.
- F. S'il existe des antécédents de trouble du spectre de l'autisme, ou de trouble de la communication débutant à l'enfance, le diagnostic de la schizophrénie est posé si les symptômes hallucinatoires et délirants sont présents pendant au moins un mois.

2.2 La prise en soins de la personne qui souffre de schizophrénie

Actuellement, le suivi d'une personne atteinte de schizophrénie vise à diminuer les symptômes et à préserver la meilleure qualité de vie (Psycom, 2016). La prise en soins doit prendre en compte les dimensions sociales, familiales et affectives de la personne. Les traitements médicamenteux permettent d'agir sur la gestion des symptômes, mais il existe d'autres méthodes pour pouvoir suppléer comme la psychothérapie ou des mesures sociales thérapeutiques (Psycom, 2016). Toutefois, l'élément central pour traiter une personne qui souffre de schizophrénie reste tout de même les neuroleptiques (Psycom, 2016).

Tableau 1 : Recommandations de la posologie des antipsychotiques par Kaiser & al., (2018)

Antipsychotiques (AP) autorisées en CH	Préparation originale CH	Dose initiale (mg/jour)	Doses journalières	Dose cible PEP (mg / jour)	Dose Cible MEP (mg / jour)	Dose maximale (mg / jour)
AP de deuxième génération						
Amisulpride	Solian	200	(1) -2	100 - 300	400 - 800	1200 (800 ¹)
Aripiprazole	Abilify	5 - 15	1	15 - (30)	15 - 30	30
Clozapine	Leponex	25	2-(4)	100-250	300 - 800	900
Lurasidone	Latuda	40	1	40-80	40 - 120	120
Olanzapine	Zyprexa	5 - 10	1	5 -15	5-20	30 (20 ¹)
Palipéridone	Invega	3 - 6	1	3 - 9	3-12	12
Quetiapine IR/XR	Seroquel	50 ²	2/1	300-600	400 - 750	1000 (800 ¹)
Sertindole	Serdolect	4	1	12 - 20	12 - 24	24
Rispéridone	Risperdal	1 - 2	1 - 2	1 - 4	3 - 10	10

AP de première génération						
Chlorprothixène	Truxal	50 - 100	2 - 4	100 - 150	200 - 300	1200
Clotiapine	Entumin	20 - 40	1 - 3	60 - 100	120 - 200	360
Flupentixol	Fluanxol	2 - 10	1 - 3	2 - 10	10 - 20	40
Halopéridol	Haldol	1 - 10	(1) - 2	1 - 4	3 - 15	20
Lévomépromazine	Nozinan	25 - 50	2 - 4	75 - 125	150 - 250	500
Promazine	Prazine	50 - 150	1 - 2	100 - 300	200 - 600	1000
Pipampérone	Dipiperon	40	3	60 - 180	120 - 360	360
Sulpiride	Dogmatil	50	2 - 3	400 - 800	800 - 1600	1600
Zuclopenthixol	Clopixol	2 - 50	1 - 3	2 - 10	25 - 50	80
<p>CH = Suisse ; PEP = premier épisode psychotique ; MEP = multiples épisodes psychotiques</p> <p>Oltre les AP de deuxième génération mentionnés ci-dessus, la ziprasidone (Zeldox) et l'asénapine (Sycrest) sont autorisés en dehors de Suisse pour le traitement des schizophrénies.</p> <p>¹ Pour les médicaments dont les recommandations de posologie internationales dépassent la dose maximale autorisée en Suisse, cette dernière est indiquée entre parenthèses.</p> <p>² Les doses indiquées ici pour la quétiapine correspondent aux doses utilisées dans les études ayant mené à l'autorisation du médicament. Dans la pratique, des doses initiales plus élevées ont fait leurs preuves chez les patients présentant des symptômes aigus.</p>						

Tableau 2 : Les principaux effets secondaires selon Kaiser & al., (2018)

Effet indésirable	Principe actif									
	Halopéridol	Amisulpride	Aripiprazole	Clozapine	Olanzapine	Palipéridone	Quétiapine	Rispéridone	Sertindole	Lurasidone
Akathisie / parkinsonisme	+++	0/(+)	+	0	0/(+)	0/++	0/(+)	0/++	0/(+)	++
Dyskinésie tardive	+++	(+)	(+)	0	(+)	(+)	?	(+)	(+)	?
Crises d'épilepsie	+	0	(+)	++	0	0	0	0	(+)	?
QTc	+	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	+++	(+)
Hyperglycémie	(+)	(+)	0	+++	+++	++	++	++	+	(+) - +
Hyperlipidémie	(+)	(+)	0	+++	+++	++	++	++	+	(+) - +
Hypotension	++	0	+	(+)	(+)	++	++	++	(+)	0/(+)
Agranulocytose	0/(+)	0/(+)	0/(+)	+	0/(+)	0/(+)	0/(+)	0/(+)	0/(+)	0/(+)
Prise de poids	+	+	(+)	+++	+++	++	++	++	++	(+) - +
Augmentation de la prolactine	+++	+++	0	0	(+)	++	(+)	++	(+)	++
Sédation	+	0/(+)	0	+++	+ / ++	+	++	+	(+)	++
Syndrome malin des neuroleptiques (SMN)	+	?	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	?

Fréquence: 0: pas de risque; (+): rare, comparable au placebo; +: <1%; ++: <10%; +++: ≥10%; ?: données inexistantes ou limitées

Poids (changement sur 6-10 semaines): +: 0-1,5 kg; ++: 1,5-3 kg; +++: >3 kg

¹ Il existe des indices suggérant un risque accru de crise pour différents AP atypiques. Vu que les données ne sont pas encore claires, nous nous alignons sur l'évaluation de Hasan et al.

Quant aux psychothérapies, elles permettent d'agir sur la gestion des symptômes, sur la modification de la perception et de la compréhension. Elles doivent toujours être associées à un suivi psychiatrique ainsi qu'au traitement médicamenteux (Psycom, 2016).

Thérapie de soutien : La thérapie de soutien permet à la personne soignée d'avoir un échange sur son quotidien de façon générale afin de pouvoir cerner les difficultés rencontrées. Cette thérapie se fait avec un psychiatre ou avec une thérapeute travaillant avec ce dernier (Psycom, 2016).

Thérapies comportementales et cognitives (TCC) : Elles aident à réduire les symptômes principalement les idées délirantes, à réguler les émotions, à mieux gérer la vie quotidienne et à suivre scrupuleusement la prise des traitements. De plus, l'entraînement des habiletés sociales vise à apporter des outils pour améliorer/faciliter la communication avec les soignants et les proches (Psycom, 2016).

Remédiation cognitive : C'est un exercice réalisé par un professionnel à l'aide de divers supports tels que des planches avec des mots, des images, des films. Elle peut être réalisée en groupe ou individuellement et permet ainsi de diminuer les troubles cognitifs (Psycom, 2016).

Éducation thérapeutique du patient (ETP) et psychoéducation : Cette thérapie fait intervenir différents professionnels de la santé, mais aussi sociaux. Elle est réalisée en groupe, avec le patient et sa famille et permet de comprendre les causes, les symptômes, les traitements et les effets. Cette approche montre son efficacité pour permettre de diminuer le nombre de rechutes de la maladie (Psycom, 2016).

Thérapies familiales : Cette thérapie est utilisée pour résoudre d'éventuels conflits dans la famille qui ne sont plus gérables par eux-mêmes. Elle permet d'aider les proches à devenir des partenaires de soins (Psycom, 2016).

Les mesures sociales thérapeutiques permettent d'améliorer la qualité de vie, de maintenir ou rétablir l'insertion sociale et l'autonomie du patient (Psycom, 2016).

De plus, elles peuvent participer à la prévention des rechutes. En effet, les différentes interventions peuvent avoir un effet protecteur face aux facteurs de risques, comme cesser de prendre des médicaments, subir un stress majeur, être épuisé physiquement et psychologiquement (SQS, s.d.)

Seulement 20 à 30% des personnes souffrant de schizophrénie travaillent dans un milieu ordinaire (Psycom, 2016). Certaines peuvent être parfaitement autonomes ou peu gênées par les conséquences de la maladie (Psycom, 2016). En revanche, d'autres personnes peuvent nécessiter de l'aide et faire intervenir des auxiliaires de vie ou d'une aide-ménagère à domicile. Cela leur permettra d'avoir de l'aide pour effectuer les actes de la vie quotidienne (hygiène, repas et ménage) (Psycom, 2016).

Pour finir, la spiritualité peut être une ressource chez certains patients. Heureusement, depuis les années 1990, les aumôniers ont revu leurs manières d'accompagner spirituellement et religieusement les personnes hospitalisées (HUG, 2019). La spiritualité est une qualité de ce qui est esprit, de ce qui est dégagé de toute matérialité (Larousse, s.d.) La religion est un ensemble de pratiques et de rites spécifiques propres à chacune de ces croyances (Larousse, s.d.). La littérature montre la relation que possède la spiritualité avec la santé physique et mentale. Concernant la schizophrénie, les études ont observé le lien entre les délires mystiques et les hallucinations à caractère religieux. Certains patients ont fait appel à des ressources religieuses afin de les accompagner dans un processus de rétablissement psychologique. Malheureusement, la dimension spirituelle et religieuse est souvent mal investiguées/exploitées par les soignants, essentiellement à cause d'un manque de formation (Mohr, Borrás, Gillieron, Brandt & Huguelet, 2006).

2.3 Le code civil Suisse et les notions de l'impuissance/toute-puissance

Selon l'article 426 du Code civil suisse sur les placements à des fins d'assistance ou de traitement du 10 décembre 1907 (CC ; RS 210).

Une personne peut être placée dans une institution appropriée lorsque, en raison de troubles psychiques, d'une déficience mentale ou d'un grave état d'abandon, l'assistance ou le traitement nécessaires ne peuvent lui être fournis d'une autre manière. La charge que la personne concernée représente pour ses proches et pour des tiers ainsi que leur protection est prise en considération.

Une personne souffrant de schizophrénie peut être placée à des fins d'assistance contre sa volonté et cela peut provoquer chez elle un sentiment d'impuissance. Elle peut se sentir livrée sans défense au bon vouloir d'autrui. La loi permet à toute personne placée dans une institution d'avoir recours à une personne de confiance qui lui viendra en aide du début jusqu'à la fin des procédures.

Selon l'article 432 du Code civil suisse, « Toute personne placée dans une institution a le droit de faire appel à une personne de son choix qui l'assistera pendant la durée de son séjour et jusqu'au terme des procédures en rapport avec celui-ci ».

Le patient souffrant de schizophrénie est potentiellement à risque d'être isolé dans une chambre fermée et protégée (Liegeois, 1998). L'isolement d'un patient psychiatrique consiste à l'enfermement de celui-ci dans une chambre afin de le protéger de lui-même et d'autrui (Liegeois, 1998). Pendant des années, l'isolement était considéré comme une simple mesure de protection, mais elle est toutefois vécue comme une forte restriction de la liberté du patient et à contrario, elle donne le sentiment de pouvoir aux soignants (Liegeois, 1998).

Le patient peut ressentir son isolement douloureusement ou négativement et surtout si les soignants font appel à la force. Ils se sentent humiliés, impuissants, sans défense et comparent cela à une punition (Liegeois, 1998). Les conséquences de l'isolement sont nombreuses, cela peut induire chez le patient de la rancœur, de la colère, de l'agressivité, mais aussi de la culpabilité et de la honte (Liegeois, 1998). Il est dit que dans certaines situations, les soignants ne peuvent qu'isoler le patient afin de le protéger de lui-même et d'autrui (Liegeois, 1998). De plus, la famille ne désire pas voir l'isolement se prolonger, mais aussi lorsque cette mesure est utilisée comme moyen de punition. Elle le ressent comme un abus de pouvoir de la part des soignants et se sent très impuissante vis-à-vis du proche enfermé (Liegeois, 1998).

Le fait de pouvoir isoler quelqu'un contre son gré peut relever de la toute-puissance qu'ont les soignants face à des patients dans une situation aiguë. La toute-puissance se définit comme un être humain possédant l'omnipotence pour accomplir un acte, un désir ou une action (Compaijen, 2007). Dans un milieu de soins, cela peut être perçu comme une personne, un patient ou un professionnel ne faisant qu'à sa tête, ne tenant pas compte de l'avis des autres (Compaijen, 2007). Hors d'une hiérarchie purement physique, la toute-puissance est une notion imaginaire, abstraite et intangible. La personne qui est soumise à la toute-puissance de l'autre devient une sorte d'objet qui subit la vision du réel et la véracité de l'autre (Compaijen, 2007). La dangerosité de cette notion est que l'individu porteur va chercher à garder cette toute puissante envers autrui, et tenter d'évincer tout élément néfaste face à son pouvoir (Compaijen, 2007).

Selon l'article 435 du Code civil suisse, « En cas d'urgence, les soins médicaux indispensables peuvent être administrés immédiatement si la protection de la personne concernée ou celle d'autrui l'exige. Lorsque l'institution sait comment la personne entend être traitée, elle prend en considération sa volonté ».

L'isolement est un moyen thérapeutique efficace, il permet de calmer le patient et d'instaurer un traitement intensif afin de promouvoir l'autonomie du patient (Liegeois, 1998). Les soignants peuvent également subir l'expérience de manière négative, lorsqu'ils observent que le patient vit son isolement contrairement aux objectifs attendus. À leurs tours, les soignants se sentent anxieux et impuissants face aux réactions des patients (Liegeois, 1998). L'impuissance professionnelle se caractérise par des soignants qui n'ont pas la possibilité de pouvoir soulager ou guérir une personne en raison de plusieurs facteurs et donc de faire face à l'échec. Le soignant essaye alors de trouver une réponse pour faire face à ses incertitudes, à l'absence de solution à ses questions, cela crée ou amplifie l'angoisse du soignant (Michon, 2015). La réponse à ses questions est primordiale pour pouvoir soulager l'autre et soi-même en ayant accompli son devoir (Michon, 2015). Il est également important de s'interroger sur l'action que l'on va mettre en place, elle peut ne pas être amenée par le désir d'aider, mais, plutôt par la satisfaction du pouvoir (Michon, 2015).

Dans un premier temps, l'isolement implique une restriction de la liberté du mouvement du patient (Liegeois, 1998). Les soignants peuvent être amenés à prendre cette mesure de par le comportement du patient, qui menace une atteinte à son intégrité physique ou psychique ou à celle d'autrui (Liegeois, 1998). En raison de son comportement, le patient n'est pas en mesure de contrôler ses mouvements (Liegeois, 1998). Le but de l'isolement est de protéger le plus possible l'intégrité et la capacité à

pouvoir prendre des décisions du patient. En limitant la liberté de mouvement du patient, il y aura par la même occasion une atteinte de sa vie privée (Liegeois, 1998).

2.4 Notion du rétablissement

Selon le livre de Favrod, Maire, Rexhaj & Nguyen (2015), il s'agit d'un modèle psychologique afin de répondre aux besoins des patients souffrant de schizophrénie compatible aux croyances de santé. L'objectif est de fournir aux patients des outils permettant de vivre de nouveau une vie pleine et significative, portée par des notions positives telles qu'une identité positive forte fondée sur l'autodétermination et l'espoir. Ceci afin de répondre au chamboulement psychologique que peut engendrer la maladie.

Le processus de rétablissement s'articule sur 4 ingrédients essentiels (Favrod & al., 2015).

L'espoir : C'est l'élément fondateur et catalyseur du rétablissement. C'est la graine fondatrice qui va faire germer le processus.

La redéfinition de l'identité : C'est une auto-évaluation de la personne souffrant de schizophrénie afin de lui permettre de distinguer ce qui provient des symptômes et de ce qui fait partie d'elle. L'intérêt de cette pratique est d'éviter de stigmatiser la personne en la résumant uniquement en « malade », mais de laisser le choix au patient d'intégrer la maladie comme une partie de soi ou extérieur à elle.

La découverte d'un sens à la vie : La maladie peut parfois stopper brutalement une formation professionnelle ou voire provoquer une perte d'emploi. Cela peut aussi remettre en question les relations interpersonnelles et le rapport à l'autre. Dans ce sens, la personne souffrant de schizophrénie devra repenser ces projets, ou bien créer des nouveaux. Cette quête d'un nouveau sens de vie va plonger la personne dans une nouvelle vision et va potentiellement insuffler un nouvel élan de vie.

La responsabilité du rétablissement : Elle implique à la personne de devoir prendre en main sa gestion de sa santé, ses médicaments et de son autonomie. De plus, cette étape va offrir le choix au patient de prendre ou non des risques lors du processus de rétablissement afin de poursuivre sa croissance.

Avec les ingrédients cités ci-dessus qui vont suivre le processus de rétablissement, le concept évolue en plusieurs étapes (Favrod & al., 2015) :

- **Le moratoire** : caractérisé par le déni, la déception, le repli sur soi.

- **La conscience** : C'est une première lueur d'espoir pour une meilleure vie. Lorsque cette étape est franchie, la personne peut endosser un nouveau rôle. Elle ne se considère plus d'être juste une « malade ».
- **La préparation** : C'est une étape essentielle, car elle implique de faire la part des qualités et des faiblesses de la personne. Cela demande d'apprendre à gérer la maladie et de connaître ses propres limites afin de demander de l'aide.
- **La reconstruction** : Lors de cette étape, la personne va employer toute son énergie afin de se forger une identité positive. L'objectif est de reprendre la main sur la maladie, en définissant des buts. Inmanquablement, pour y parvenir, il y aura des essais, avec des réussites et des échecs.
- **La croissance** : Cette étape ne signifie pas la fin des symptômes, mais une liberté totale. Elle met en lumière la capacité de la personne à gérer sa maladie et se considérer comme rétablie. L'orage estompe, le ciel et les horizons se profilent et un avenir radieux est espéré.

En médecine conventionnelle, le rétablissement se réfère à l'absence de signes ou de symptômes d'une maladie. Concernant la schizophrénie, des chercheurs ont établi des critères spécifiques du rétablissement (Liberman, Kopelowicz, Ventura & Gutkind, 2003 cités par Favrod & al., 2015, p.11). Selon la recherche, entre 42 et 68% des personnes souffrant de schizophrénie présentent soit une amélioration substantielle de la qualité de vie, soit un rétablissement complet (Liberman & al., 2003 cités par Favrod & al., 2015, p.11).

- Être employé avec un pourcentage minimum de 50% durant les 2 dernières années.
- Avoir des interactions sociales avec ses proches, mais cela n'inclut pas la famille.
- Être capable de pouvoir gérer des activités de la vie quotidienne comme : gérer son argent, ses courses, ses repas et son hygiène corporelle.
- Ne plus ressentir de symptômes durant les deux dernières années.

3. CADRE THÉORIQUE

3.1 Discipline professionnelle

La discipline de la science infirmière est dite professionnelle, car elle est orientée vers une pratique professionnelle. Tandis que, les disciplines telles que, la physique, la biologie et l'histoire sont dites théoriques (Donaldson & Crowley, 1978 ; Litchfield & Jonsdottir, 2008 cités par Pepin, Kérouac & Ducharme, 2010, p. 3). De plus, selon Martha Rodgers (2005), ce qui est important dans la discipline infirmière ce n'est pas ce que ces derniers font, mais, ce qu'ils savent. C'est le savoir qui guide les actions, la capacité à se remettre en question et à participer au développement de la profession. Ce sont même selon Carper (1978) divers savoirs (esthétique, empirique, personnel, éthique et émancipatoire) qui doivent être mobilisés par l'infirmier dans chacune de ses prises en soins des personnes et de leurs entourages. Ils appartiennent à des savoirs ancrés dans une philosophie de soin.

En effet, selon Carper (1978), dans la discipline infirmière, nous retrouvons cinq différents modes de savoirs. Le savoir personnel, qui prend appui sur l'expérience personnelle de l'infirmier, de l'être unitaire, conscient et authentique (Carper, 1978). Ensuite, il y a le savoir esthétique, qui englobe la façon dont le geste va être effectué, l'empathie et l'intensité d'une interaction avec l'autre (Carper, 1978). Le savoir éthique, qui fait intervenir les concepts de bienfaisance, non-malfaisance, d'autonomie, de liberté, des comportements moraux et immoraux. Le savoir empirique est en lien avec la recherche, l'explication scientifique des phénomènes (Carper, 1978). Pour finir, Chinn & Kramer (2015) ont intégré le savoir émancipatoire qui consiste à connaître les milieux sociopolitiques, les perceptions et les croyances des différentes personnes rencontrées.

3.2 L'ancrage disciplinaire

Dans un contexte hospitalier, la manière dont la personne soignée vit le trouble de la schizophrénie aura un impact dans la relation soignant-soigné. Chaque relation est unique et singulière et, si l'infirmier guide sa pratique soignante avec la théorie développée par H. Peplau, il va alors chercher à créer une relation de confiance avec le patient. En effet, H. Peplau met en avant l'importance de la relation soignée soignante, qui va être primordiale à travailler en lien avec les symptômes de la schizophrénie (Parker & Smith, 2010). La théoricienne met en avant l'importance du savoir-être pour permettre à l'infirmier de construire sa relation avec la personne soignée et l'accompagner dans les meilleures conditions possibles. En d'autres termes, la

relation soignant-soigné selon H. Peplau joue un rôle thérapeutique auprès de la personne.

3.2.1 Holarchie des connaissances

Selon l'holarchie des connaissances selon Fawcett, la théorie de H. Peplau est dite « intermédiaire », le travail de l'infirmier sera guidé par ce qui se joue dans la relation entre la personne soignée et le soignant. La méthodologie de la pratique développée par H. Peplau s'articule sur les phases des éléments interpersonnels qui se produisent lorsqu'un infirmier et une personne malade se rencontrent et travaillent ensemble afin de résoudre une difficulté liée à la santé du patient (Fawcett & Desanto-Madeya, 2013).

3.2.2 Paradigme

Tout débute au milieu du XIX^e siècle avec Florence Nightingale, pionnière dans des soins infirmiers modernes. Grâce à son sens aiguisé de l'observation, son amour pour les chiffres, son expérience, sa capacité analytique, sa personnalité, elle va bouleverser les codes en promouvant la pratique infirmière et le changement dans les milieux hospitaliers. La structure de la pratique infirmière doit s'exercer autour de l'environnement du patient afin de permettre de maintenir la santé, la prévention des infections et les conditions sanitaires, c'est la naissance du paradigme infirmier (Pepin & al., 2010). Celui-ci se définit comme un élément donnant du sens et une orientation dans une prise en soins, devenant ainsi un modèle de soins.

À partir du XX^e siècle jusqu'à aujourd'hui, trois paradigmes vont influencer la recherche de la pratique, la gestion et la formation des soins infirmiers. Selon Pepin & al., (2010), les paradigmes sont définis comme étant les postulats philosophiques à la base de la discipline infirmière.

Au début du XX^e siècle, l'approche scientifique vise à expliquer des phénomènes qui sont aux centres de la recherche, pour ainsi vérifier des hypothèses (Pepin & al., 2010). L'objectif est d'analyser des phénomènes, à la recherche des relations linéaires et causales entre eux (Pepin & al., 2010). Cette approche scientifique va être un des piliers fondateurs du premier paradigme, celui de la **catégorisation** (Pepin & al., 2010). Celui-ci reconnaît les éléments multiples et les manifestations en lien avec la situation (Pepin & al., 2010). Dans le domaine de la santé, cela se réfère à la volonté de pouvoir trouver un facteur dit « causal » afin de comprendre les maladies (Pepin & al., 2010).

Cependant, cette recherche de l'agent « causal » a démontré ses limites, à cause de la difficulté à l'identifier. De ce fait, une autre approche a émergé, celle du paradigme **de l'intégration** (Pepin & al., 2010). Celui-ci s'articule sur la multi dimensionnalité, c'est-à-dire qu'il y a plusieurs phénomènes, mais aussi des facteurs qui gravitent autour du

patient dans un contexte précis, et ces éléments vont interagir entre eux et s'impacter (Pepin & al., 2010).

De plus, il y a une reconnaissance dans ce paradigme que les phénomènes sont considérés comme holistiques (biopsychosocial, culturel et spirituelle) en interaction constante avec son environnement (Pepin & al., 2010).

Le dernier paradigme en date est celui de la **transformation**. Cette fois, le changement est perpétuel, unidirectionnel, ce qui fait qu'on ne se retrouve jamais au même point (Pepin & al., 2010). Dans ce paradigme, le point de départ est l'interaction de phénomènes complexes, qui vont être le point de départ à une dynamique (Pepin & al., 2010). Il s'agit d'un processus itératif, réciproque et simultané d'interaction (Pepin & al., 2010). Dans le paradigme de la transformation, un praticien considère le tout, afin de reconnaître le pattern unique, comme une unité globale en interaction réciproque avec le monde qui entoure le patient (Pepin & al., 2010). De ce fait, il s'intéresse à l'expérience de la personne, famille, communauté et la population. C'est le point central de l'analyse critique (Pepin & al., 2010).

En d'autres termes, ces différents paradigmes sont des manières « fondamentales » (ontologie) de voir/considérer le métaparadigme, c'est-à-dire la personne, la santé-maladie, l'environnement et le soin. Ainsi, selon comment l'infirmier guide sa pratique dans un ou l'autre paradigme sa posture soignante sera différente.

3.2.3 École de pensée

Hildegard E. Peplau fait partie de l'école de pensée « de l'interaction » (Pepin & al., 2010). En effet, elle considère que le soin est un processus interactif où un professionnel et plus particulièrement l'infirmier va faire avec la personne au travers de la relation d'aide. Il existe donc un processus interactif entre une personne capable de fournir des soins de qualité et une personne nécessitant des soins (Pepin & al., 2010). L'infirmier joue un rôle thérapeutique dans sa manière d'être avec la personne, son « moi » est au service de ce qui se joue dans la relation.

3.2.4 Les métaconcepts selon Peplau

3.2.4.1 La personne

Peplau considère que l'être humain se définit comme un être bio-psycho-socio-spirituel en développement constant qui présente des besoins constants et à la capacité de transformer son anxiété en énergie positive et ainsi de répondre à ses besoins (Pepin & al., 2010). Dans la schizophrénie, la personne va potentiellement vivre de multiples expériences qui vont interagir sur son être aussi bien physique que psychique, social et spirituel.

3.2.4.2 Le soin

C'est une relation soignant-soigné qui a pour but de favoriser le développement de la personnalité de la personne soignée qui se définit, selon Peplau, par trois phases distinctes : phase d'orientation, puis phase de travail (anciennement phase de reconnaissance et d'approfondissement) et phase de résolution (Pepin & al., 2010).

3.2.4.3 La santé

Elle est liée à la personnalité et interagit de façon discontinue. Elle permet l'accomplissement de tâches, d'activités interprofessionnelles ainsi qu'au développement personnel (Pepin & al., 2010).

3.2.4.4 L'environnement

Il se définit comme un « groupe de personnes significatives avec qui la personne interagit selon sa culture » (Pepin & al., 2010). L'infirmier doit tenir compte de la culture et des mœurs lorsque la personne change d'environnement (Pepin et al., 2010).

3.2.5 **Les postulats**

Il y a plusieurs déclarations philosophiques sous-jacentes à la théorie interpersonnelle. Ces postulats sont décrits de la manière suivante (Fawcett & Desanto-Madeya, 2013).

Les êtres humains agissent en se basant sur leurs interprétations des événements, mais aussi, avec la qualité, le lien et le climat que la relation apporte. La réaction va avoir un lien direct avec le climat et les performances qui se déroulent dans la relation (Peplau, 1952 cités par Fawcett & Desanto-Madeya, 2013, p.383).

Les infirmiers et les soins infirmiers : L'efficacité de la relation entre le patient découle de l'apprentissage de celui-ci via les expériences en lien avec sa maladie (Peplau, 1952 cités par Fawcett & Desanto-Madeya, 2013, p.383).

Les relations interpersonnelles sont sujettes aux interactions que chacun des intervenants peut percevoir d'une situation et les attentes vis-à-vis de l'autre (Peplau, 1997 cités par Fawcett & Desanto-Madeya, 2013, p.383).

La relation entre infirmier et patient découle de multiples facteurs comme les concepts théoriques que l'infirmier a acquis ainsi que sur ses capacités intellectuelles et interpersonnelles qui sont utilisées (Peplau, 1997 cités par Fawcett & Desanto-Madeya, 2013, p.383).

La méthodologie clinique de la théorie de Peplau peut être expliquée, constatée, étudiée et comprise de la relation qui en découle d'un soignant et d'un soigné (Peplau, 1992 cités par Fawcett & Desanto-Madeya, 2013, p.383).

Les postulats sont fortement liés à la thématique que sont les êtres humains, les infirmiers, les soins infirmiers et les relations interpersonnelles. Dans le contexte d'une difficulté des personnes atteintes de schizophrénie à pouvoir exprimer leurs émotions, il est important que l'infirmier et le patient puissent s'exprimer dans un climat sain et qualitatif. La théorie met à disposition des outils facilitateurs pour permettre de résoudre des problèmes éventuels lors de la relation, tels que l'observation, la communication et la récolte de donnée (Fawcett & Desanto-Madeya, 2013). En ce qui concerne les relations interpersonnelles, les patients qui ont reçu une thérapie vont être pris en soins par l'infirmier. Celui-ci va percevoir la nouvelle situation du patient lié aux différentes expériences et apprentissages. Les patients vont pouvoir développer de nouvelles compétences sur leurs maladies (Peplau, 1995).

3.2.6 Outils facilitateurs pour la relation

Afin d'accompagner dans les processus des 3 phases, la théorie de Peplau propose des techniques facilitatrices aux infirmiers afin d'aider à créer une relation de confiance entre soignant/soigné.

- L'observation : Son but est d'identifier, de clarifier et de vérifier des impressions de la relation soignant-soigné. Les éléments observables sont les mots utilisés, le ton, la voix, mais aussi, le langage non-verbal. C'est la capacité de l'infirmier et du patient à transmettre ses émotions à l'autre (Fawcett & Desanto-Madeya, 2013).
- La communication : Elle permet de résoudre des problèmes et de fournir des outils pour développer les compétences du patient. L'infirmier va utiliser des questionnements, des commentaires afin d'amener le patient à réfléchir et à utiliser ses capacités. La communication est au centre de toute relation, car c'est via ce biais de partage que la relation de confiance va se créer (Fawcett & Desanto-Madeya, 2013).
- La collecte de données : C'est un outil afin de permettre à l'infirmier de connaître le patient. À travers la relation, la personne soignée va s'exprimer sur sa maladie, sur ses besoins et sur ses sentiments (Fawcett & Desanto-Madeya, 2013). Avec ces informations, l'infirmier va les enregistrer puis les analyser.
- Analyse : Grâce à la collecte de données, l'infirmier va progressivement dans la prise en soins, identifier des hypothèses sur les besoins du patient. Identifie des hypothèses. Puis, l'infirmier va formuler des diagnostics infirmiers afin de proposer des objectifs et des interventions de soins avec le patient (Fawcett & Desanto-Madeya, 2013).

3.2.7 Les six rôles essentiels de l'infirmier

Peplau considère que l'infirmier doit être capable de palier aux besoins du patient, en utilisant six rôles thérapeutiques distincts.

- **Rôle d'étranger** : Un étranger est une personne que l'autre ne connaît pas. Lors de la rencontre, ils n'ont pas conscience d'avoir des éléments en commun. La bonne approche d'un infirmier à tenir résulte d'une part de sa personnalité ainsi que de son évaluation concernant la situation. Pour le demandeur de soins, ses attentes vont être certainement influencées par des facteurs culturels multiples (Peplau, 1995).
- **Rôle de personne-ressource** : Un infirmier a des connaissances afin d'améliorer la santé des demandeurs de soins. L'infirmier, en tant que personne-ressource, peut offrir des réponses spécifiques sur une question formulée par un patient. L'objectif est double, fournir des informations fiables et transmettre une réponse médicale compréhensible auprès du patient (Peplau, 1995).
- **Rôle éducatif** : Ce rôle est lié au désir du patient à connaître des informations médicales complémentaires. L'enseignement se base sur les connaissances déjà acquises de l'individu. Le but recherché est que le patient puisse répondre à des difficultés récurrentes de sa vie et l'aider à résoudre certains problèmes (Peplau, 1995).
- **Rôle des fonctions de leader en soins infirmiers** : Le leadership dans les soins infirmiers est une caractéristique de la vie démocratique qui permet aux patients de pouvoir recourir aux infirmiers afin de les orienter face aux difficultés (Peplau, 1995).
- **Rôle de substitut** : Le patient prend l'infirmier comme quelqu'un d'autre. Le professionnel de la santé peut être perçu comme une image d'un membre de la fratrie ou endosser le rôle maternel/paternel. Le rôle de substitut peut être créé lorsque le patient vit une situation psychologique qui réactive en lui des sentiments éprouvés dans une relation antérieure (Peplau, 1995).
- **Rôle de conseiller, d'assistance psychosociale** : Ce rôle est essentiel, il se retrouve dans toute relation soignant-soigné. Le but est de permettre au patient de pouvoir réaliser ses objectifs. L'infirmier va accompagner le patient dans une prise de conscience de sa santé, et ainsi l'aider à identifier les problématiques liées à la santé. Ce rôle a comme but de faciliter l'apprentissage du patient concernant ses rapports interpersonnels (Peplau, 1995).

3.2.8 La méthodologie pratique de la théorie de Peplau

Phase d'orientation :

Dans cette phase, l'infirmier doit s'identifier en tant qu'être humain, mais aussi en tant que professionnel de la santé. Il planifie le but, la nature et le temps mis à disposition pour la personne malade (Fawcett & Desanto-Madeya 2013). Lors de cette phase, l'infirmier et le patient débutent la relation en étant deux étrangers l'un à l'autre (Peplau, 1995). Si nécessaire, le patient peut identifier l'infirmier comme une personne-ressource qui va transmettre des informations sur sa maladie et sa nouvelle situation (Peplau, 1995). Il est intéressant pour l'infirmier d'explorer les capacités de gestion de l'émotion pour éventuellement programmer une intervention infirmière, c'est donc le rôle d'assistant psychosocial que l'infirmier va endosser (Peplau, 1995).

Phase de travail :

Le travail majeur commence. La personne soignée apprend à utiliser la relation infirmier/patient. Il utilise au maximum les ressources disponibles qu'ont les professionnels (Fawcett & Desanto-Madeya, 2013). Lors de l'identification des besoins, l'infirmier va apporter toute son expertise en matière de soins pour mettre en place des interventions et des thérapies conjointes par rapport au désir du patient, c'est le rôle éducatif (Peplau, 1995).

Phase de résolution :

Le travail est accompli et arrive à son terme. L'infirmier donne des outils aux patients pour qu'ils puissent par la suite être libre dans ses activités sociales, dans ses relations, et qu'elles soient productives (Fawcett & Desanto-Madeya, 2013).

Il est évident que la méthodologie de la pratique selon Peplau est un processus d'accompagnement complexe qui engage la personne soignée comme l'infirmier au travers de la relation soignant-soigné. Le cheminement infirmier au travers de ces phases est un réel travail de réflexion, d'observation aussi bien de la personne soignée que de soi-même en tant qu'infirmier.

3.3 Question de recherche finale

Comment l'infirmier peut-il, au travers de la relation thérapeutique avec la personne soignée qui souffre de schizophrénie, contribuer au rétablissement de cette dernière ?

4. MÉTHODE

La première démarche méthodologique du travail de recherche était, dans un premier temps d'identifier les concepts clés de notre problématique, puis de les définir. Cette démarche est essentielle afin de sélectionner les mots-clés les plus pertinents à utiliser dans les bases de données.

4.1 Sources d'information et stratégie de recherche documentaire

L'usage de la méthode PICO est indispensable, car elle permet de cibler des études en lien avec la problématique. Cette méthode décompose les différents items d'une problématique de recherche pour mettre en lumière les points importants et respecter la méthodologie.

Tableau 3 : Terminologie PICO

P	I	C	O
Population	Intervention	Comparateur	Outcome
Personnes atteintes de schizophrénie	Accompagnement infirmier	Milieu hospitalier	Le rétablissement auprès des personnes atteintes de schizophrénie.

Grâce à cet outil, l'équation de recherche a pu être établie. L'outil de traduction des mots clés français-anglais est HeTOP, puis ces termes ont été utilisés pour rechercher les « MESH Terms ». Ces termes facilitent les recherches sur diverses bases de données scientifiques, tels que « PubMed » ou « Cinahl ».

Tableau 4 : Démarche de traduction des mots clés

PICO	En français	HeTOP	
	Mots clés	En français	En anglais [Termes Mesh]
Population	Personnes atteintes de schizophrénie	Schizophrénie ; Adulte d'âge moyen	Schizophrenia ; Middle aged.
Intervention	Interventions/thérapies infirmiers non médicamenteuses. Accompagnement infirmier.	Soins infirmiers ; Soins infirmiers en psychiatrie/méthode ; Schizophrénie thérapie ; Qualité de vie ; Religion ; Famille ; Adhérence aux médicaments/psychologie ; Éducation du patient comme sujet	Nursing care; Psychiatric nursing/methods; Schizophrenia therapy; Quality of life; Religion; Family; Medication adherence/psychology; Patient education as topic
Contexte	Milieu hospitalier	Hospitalier	Hospitals
Outcome	Le rétablissement auprès des personnes atteintes de schizophrénie	Réhabilitation / Rétablissement	Réhabilitation / Recovery

Plusieurs équations de recherche ont été utilisées avec l'utilisation de l'opérateur booléen « AND » pour permettre d'affiner la question de recherche. Les recherches des articles ont été effectuées entre le 14 mars 2020 et le 26 mai 2020. L'utilisation d'un paramètre excluant les articles de moins de 10 ans est primordiale pour une cohérence avec les données actuelles. Un article a été trouvé en incluant le critère d'essai clinique dans les études. Ils ont été retenus sur la base de la problématique, ainsi que sur l'acronyme PICO.

Chez la personne atteinte de schizophrénie (P), l'accompagnement infirmier (I) pourrait favoriser le rétablissement auprès des malades (O) dans un centre hospitalier (C).

Tableau 5 : Recherche sur PubMed

Date de recherche	Équation	Filtre	Résultats par recherche	Articles éligibles
10.03.2020	1 ^{ère} équation: (Psychiatric nursing [MeSH Terms]) AND (Schizophrenia/Therapy [MeSH Terms])	< 10 ans	478 sans le filtre. 65 avec le filtre.	4
10.03.2020	2 ^{ème} équation: (Schizophrenia [MeSH Terms]) AND (Music Therapy [MeSH Terms])	< 10 ans	62 sans le filtre. 17 avec le filtre.	1
26.05.2020	3 ^{ème} équation: (Metabolic Syndrome / therapy [MeSH Terms]) AND (Schizophrenia / therapy [MeSH Terms])	- < 10 ans + - Clinical trial	78 sans le filtre. 12 avec les filtres.	1
10.03.2020	4 ^{ème} équation: (Medication Adherence/Psychology [MeSH Terms]) AND (Schizophrenia/drug therapy [MeSH Terms]) AND (Middle aged [MeSH Terms])	< 10 ans	100 sans le filtre. 87 avec le filtre	1
26.06.2020	5 ^{ème} équation: ((Religion [MeSH Terms]) AND (Schizophrenia [MeSH Terms]) AND (Quality of life [MeSH Terms]))	< 10 ans	26 sans le filtre. 21 avec le filtre.	1
10.03.2020	6 ^{ème} équation: (Agents, antipsychotic [MeSH Terms]) AND (Psychotropic drugs [MeSH Terms]) AND (Quality of life [MeSH Terms])) AND (Medication adherence [MeSH Terms])	< 10 ans	53 sans le filtre. 42 avec le filtre.	1

Tableau 6 : Recherche sur Cinahl

Date de recherche	Équation	Filtres	Résultats par recherche	Article éligible
14.03.2019	Social skills AND Schizophrenia AND Nurses	< 10 ans	48 sans le filtre. 22 avec le filtre.	0

Tableau 7 : Tableau synoptique des articles selon les thèmes abordés

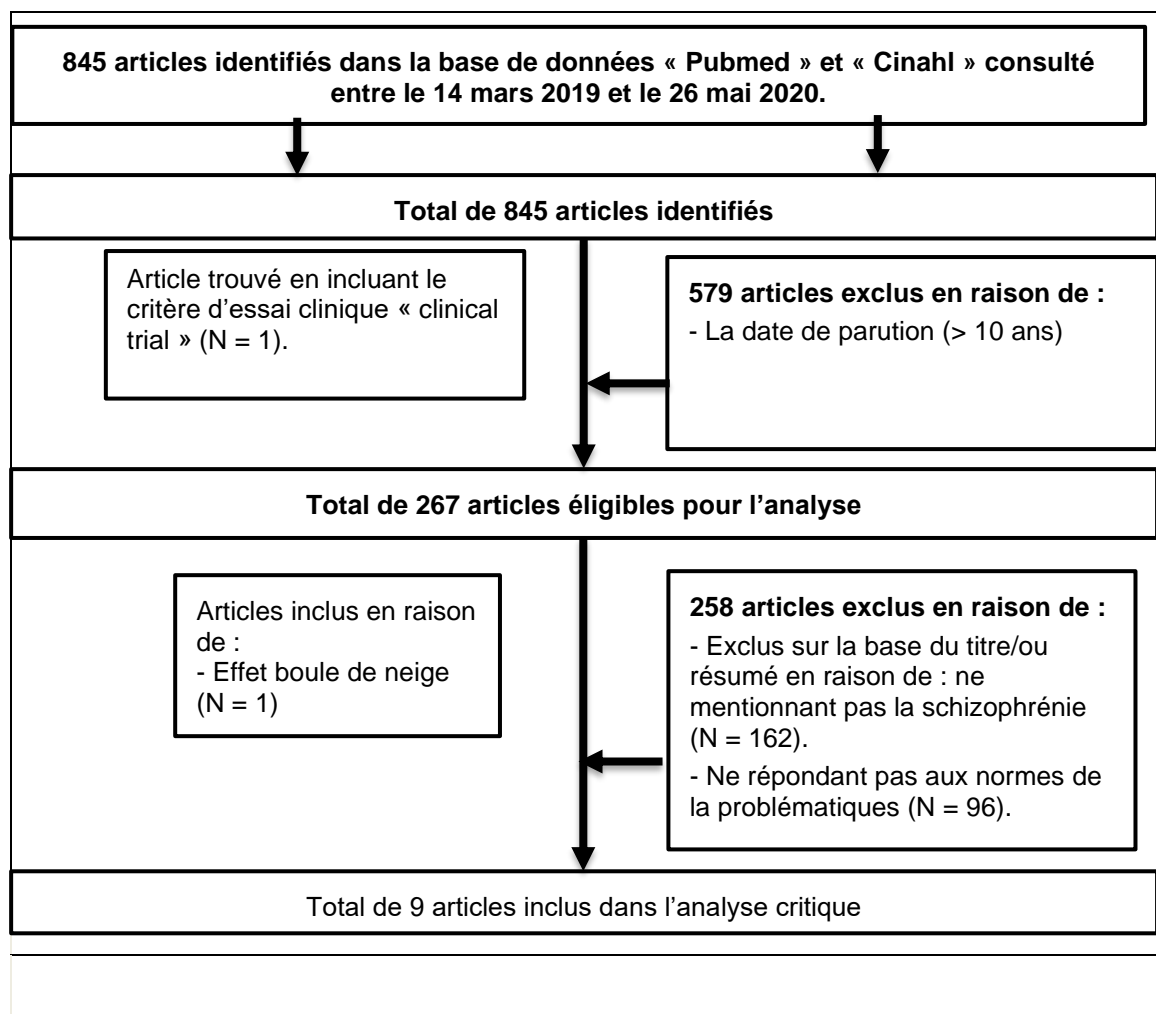
Article	Soins infirmiers	Éducation thérapeutique	Intervention non médicamenteuse	Relation thérapeutique
Tessier & al., (2017)	✓	✓		✓
Shah & al., (2011)				
Park & Sung (2013)	✓		✓	✓
Yilmaz & Okanlı (2018)			✓	
Won, Lee, Lee & Choi (2012)	✓		✓	✓
Cho & Lee (2018)			✓	
Scheewe & al., (2013)			✓	
Lu & al., (2013)	✓		✓	
Maurel, Drai, Kaladjian, Pauly & Azorin (2010)	✓	✓	✓	✓

4.2 Diagramme de flux

Dans le cadre de ce travail, un total de 845 articles a été identifié dans les deux bases de données. Les articles datant de plus de 10 ans, soit 579, n'ont pas été retenus. Dans les 266 articles restants, 161 articles ont été exclus en raison du titre qui ne mentionnait pas la schizophrénie. De plus, 96 articles ont été retirés de notre recherche, car il ne répondait pas aux normes de la problématique. Une étude a été trouvée par la méthode « boule de neige » lors des recherches d'articles. Une autre étude a été découverte en incluant le critère d'essai clinique dans la recherche. En conclusion, 9 études ont été conservées.

Le processus d'identification des articles est fourni dans le diagramme de flux présenté dans la Figure 1.

Figure 1. Diagramme de flux décrivant le processus d'identification des articles



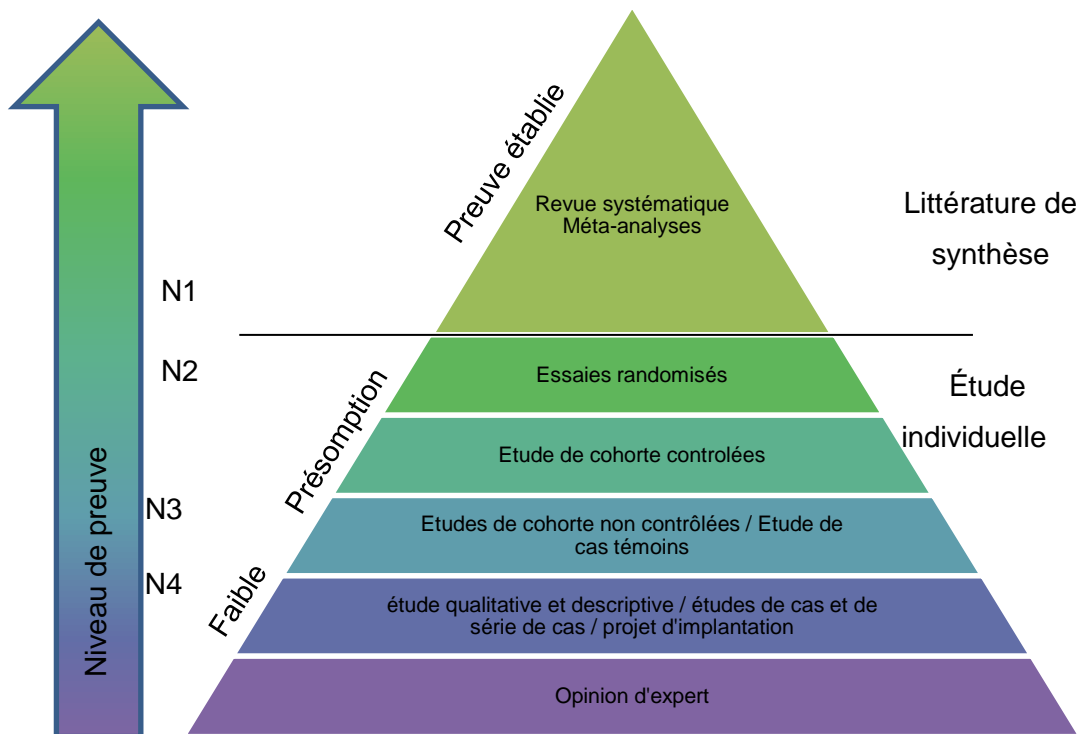
5. RÉSULTATS

Pour ce travail de Bachelor, neuf études ont donc été retenues. Parmi celles-ci se trouvent trois essais randomisés, deux études contrôlées, deux études de cas témoins et deux études descriptives. Ces études ont été analysées en fonction de leur niveau de preuve, afin d'élucider la question clinique de départ.

En fonction de la force de l'étude, celle-ci est classée dans une hiérarchie de preuves à six niveaux, connus sous le nom de « niveaux d'interprétation des preuves » (Fortin & Gagnon, 2016), représentée sous la Figure 2 ci-dessous.

La hiérarchisation des niveaux de preuves permet de déterminer l'étude possédant le meilleur devis afin de répondre à la problématique. Le plus bas niveau de preuve équivaut à des opinions d'experts, et à contrario, le plus haut niveau de preuve correspond aux revues systématiques (Fortin & Gagnon, 2016).

Figure 2 : Niveau d'interprétation des preuves



Basé à partir du Centre Cochrane Français (2011), de Fortin et Gagnon (2016)

Après l'analyse de ces études, plusieurs études sont intéressantes. Dans un premier temps, l'étude sur la musicothérapie de Lu & al., (2013) (N = 2) est recommandée par ses auteurs pour être une intervention mise en place par les infirmiers comme un soin de routine. Cette étude pourrait être prometteuse dans la gestion de la schizophrénie. L'étude quasi-expérimentale contrôlée de Cho & Lee (2018) (N = 2) intervient sur un groupe d'art thérapie avec des entretiens motivationnels, montrant de nombreux bénéfices sur les comportements des patients atteints de schizophrénie. En outre, la relation entre le soignant-soigné est primordial, l'étude de Tessier & al., (2017) met en évidence que l'adhérence aux traitements est liée à une meilleure alliance thérapeutique. Malgré cela, cette étude comporte certaines limites (N = 4). Ensuite, le programme d'empowerment de Park & Sung (2013) (N = 3), démontre une meilleure récupération chez le groupe ayant reçu le programme. De plus, il est utilisable, car l'intervention est de courte durée et les infirmiers peuvent l'utiliser facilement. L'étude de cas-témoin de Yilmaz & Okanlı (2018) (N = 3) sur les thérapies psychosociales apportent des résultats positifs. Cependant, cette thérapie n'a pas été effectuée par des infirmiers. L'essai contrôlé randomisé sur la pharmaco-éducation de Maurel & al., (2010), comporte peu de limites (N = 2) et présente plusieurs effets sur la symptomatologie de la schizophrénie, surtout que les résultats se portent sur le long terme. Concernant l'étude de Shah & al., (2011), elle s'intéresse au lien entre la spiritualité et la qualité de vie globale du patient. Cette étude présente un faible niveau de preuve (N = 4) et englobe un certain type de patient dans leur étude. Néanmoins, elle a le mérite d'explorer un sujet vaste et peu documenté. Quant à l'essai clinique randomisé de Scheewe & al., (2013) évaluant l'efficacité de l'activité physique chez les personnes atteintes de schizophrénie. Cet essai clinique randomisé comporte peu de limites (N = 2) et présente plusieurs bénéfices, psychologique comme biologique. Finalement, l'étude contrôlée de (Won & al., 2012) (N = 2) sur la gestion des émotions conclut qu'il est important de développer les compétences des patients, car elles impactent sur la qualité de vie et le rétablissement. De plus, c'est un programme spécifique qui met en avant le rôle propre des soins infirmiers. Toutefois, cette étude comprend certaines limites.

5.1 Analyse critique des articles retenus

Dans l'étude descriptive de Tessier & al., (2017), qui porte sur l'observation de la compliance aux traitements par rapport à la connaissance de la maladie, l'alliance thérapeutique et le traumatisme perçu lié aux médicaments chez des patients souffrant de schizophrénie. 72 patients ont été sélectionnés après des critères d'exclusions dans différents hôpitaux psychiatriques en France. Pour évaluer le traumatisme perçu, les chercheurs ont développé un questionnaire spécifique, qui n'est pas validé

scientifiquement, ce qui représente donc un biais de mesure. Tous les patients sont jugés cliniquement stables et le diagnostic de schizophrénie a été effectué avec le DSM-IV. La méthodologie pour effectuer l'intervention n'est pas décrite explicitement, ce qui peut être un biais d'enquêteur et mettre en péril la validité interne de l'étude. La corrélation de Pearson a mis en évidence la relation entre l'adhérence aux médicaments, la perception du traumatisme, l'insight et l'alliance thérapeutique.

L'étude descriptive Shah & al., (2011), explore la relation entre la spiritualité et la qualité de vie chez des personnes atteintes d'une schizophrénie résiduelle. Après sélection, il reste 103 patients. Chacun a reçu un test de dépistage avec le DSM-IV pour confirmer le diagnostic de la schizophrénie. Chaque participant a bénéficié d'une ou de deux séances de 4 heures avec le chercheur afin de répondre à des questionnaires. Les résultats mettent en lumière que le domaine des croyances spirituelles, religieuses et personnelles était en corrélation significative avec tous les autres domaines de la qualité de vie. Tout de même, la majorité des participants sont des hommes ($n = 64$, 62%), ce qui crée une mauvaise représentation de l'échantillon, ce qui est un biais de sélection. Puis, l'étude s'intéresse à une seule religion, l'hindouisme, et non sur plusieurs autres pour avoir un comparateur, ce qui peut compromettre la validité externe de l'étude.

Au sujet de l'étude quasi-expérimentale de Park & Sung (2013), cherchant à évaluer les effets bénéfiques d'un programme d'empowerment sur l'impuissance et la récupération des patients atteints de schizophrénie chronique dans un contexte hospitalier. Le programme a été distribué au groupe contrôle ($n = 23$), le groupe témoin ($n = 23$) quant à lui n'a pas reçu le programme. Certains patients dans le groupe intervention, et dans le groupe contrôle recevaient d'autres médicaments psychoactifs, hormis les antipsychotiques qui étaient utilisés par l'ensemble des participants. Il est donc difficile d'estimer ou non l'impact de ses traitements, ce qui représente un biais d'information. Chaque semaine, les participants recevaient 2 séances de 60 minutes, ce qui représente 6 semaines au total. Les résultats montrent des effets significatifs concernant l'impuissance, qui est plus faible chez les participants du groupe contrôle par rapport au groupe témoin. De plus, sur le rétablissement subjectif, les chercheurs ont observé qu'il augmentait significativement dans le groupe témoin par rapport au groupe contrôle.

L'étude semi-expérimentale de cas témoin de Yilmaz & Okanlı (2018), avait pour but d'observer les effets d'une formation psychosociale à travers la pleine conscience. Il y avait au total 45 patients. Durant l'étude, le groupe intervention a reçu une formation

psychosociale ainsi que des traitements antipsychotiques, tandis que le groupe témoin n'a reçu que des traitements antipsychotiques qui ont été donnés par un psychiatre. Certains facteurs cognitifs et comportementaux n'ont pas été évalués, ce qui peut donner un biais d'information. La formation psychosociale comprenait un total de 16 sessions, d'une durée de 40 à 50 minutes par session. Cette formation aura duré 8 semaines, à raison de 2 sessions par semaine. Lors de cette étude, plusieurs outils ont mesuré des scores en pré-test, en post-test et 2 mois après la fin de l'intervention. En post-test, la compréhension cognitive et la récupération fonctionnelle chez le groupe intervention étaient significativement supérieures comparé à celle du groupe témoin. Cependant, les chercheurs ont constaté une diminution des effets de la formation 2 mois après la fin de l'intervention, ce qui peut remettre en cause la pertinence de l'intervention. De plus, dans le cadre théorique, le rôle des soins infirmiers n'est pas mis en valeur.

Concernant l'étude contrôlée de Won & al., (2012), elle cherche à mettre en avant les bénéfices de la gestion des émotions des personnes souffrant de schizophrénie. Les participants de cette étude ont été recrutés dans la communauté hospitalière psychiatrique de Séoul, en Corée. Un total de 52 patients a été choisi, dans le groupe expérimental ($n = 22$) et dans le groupe témoin ($n = 30$). Il y a une différence significative entre le nombre de participants des 2 groupes et sur leurs caractéristiques (âge, nombres admissions dans un centre hospitalier). Il aurait été judicieux de former des groupes plus homogènes afin d'éviter un biais d'information. De plus, pour permettre d'avoir des données plus fiables, l'utilisation du principe de randomisation et de simple ou double aveugle aurait été appropriée pour ne pas créer de biais d'enquêteur. Les chercheurs mentionnent que les patients ont été diagnostiqués comme souffrant de schizophrénie, mais, l'outil de diagnostic n'apparaît pas dans l'étude, ce qui indique un biais de mesure. L'intervention, qui est un programme infirmier a été donnée 1 fois par semaine, d'une durée de 90 minutes par session pendant 8 semaines. Le groupe intervention a montré une amélioration dans l'expression des émotions par rapport au groupe témoin. Concernant le contrôle des émotions, le groupe intervention a présenté une augmentation du score alors que, le groupe témoin a démontré une diminution qui est significative. L'étude conclut qu'il est important pour les patients atteints de schizophrénie de développer des capacités permettant d'améliorer leur gestion des émotions, car cela impacte sur la réhabilitation et leur qualité de vie. Le rôle propre de l'infirmier ainsi que l'intérêt de l'intervention permettent de soigner les patients plus efficacement et de manière plus personnalisée. Les chercheurs signalent que les émotions sont reliées à la culture de la personne, et donc les résultats peuvent différer selon le pays.

L'étude quasi-expérimentale contrôlée de Cho & Lee (2018), porte sur l'impact d'entretiens motivationnels au sein un groupe d'art thérapie sur les symptômes négatifs. Le groupe des participants était hospitalisé dans une unité fermée et ont été diagnostiqué comme souffrant de schizophrénie par rapport au DSM-V. Après avoir appliqué les critères d'exclusion, il restait un faible échantillon, que 35 participants. L'utilisation du principe de simple et double aveugle, avec des participants placés de manière randomisée aurait été plus judicieux. Il n'est pas indiqué le type de traitement médicamenteux que les patients reçoivent, ce qui pourrait constituer un biais d'information. L'objectif était de proposer aux patients de dessiner des conversations de personnes. De plus, tout au long de l'intervention, les patients ont reçu une autre thérapie en parallèle qui mettrait en évidence un biais de réponse. L'intervention montre un effet positif significatif sur le groupe intervention par rapport au groupe contrôle sur les symptômes négatifs, les différences de motivation et de plaisir, sur les relations interpersonnelles et sur l'hygiène personnelle.

À propos de l'essai clinique randomisé de Scheewe & al., (2013), qui évalue l'efficacité des activités sportives chez les personnes atteintes de schizophrénie. Cet essai s'est déroulé avec 63 participants, réparti de manière randomisée soit dans le groupe intervention, soit le groupe contrôle. L'intervention propose des activités de renforcement musculaire. Les participants du groupe intervention sont amenés à effectuer 6 exercices par semaine, 3 fois 10 à 15 répétitions maximum pour chaque muscle. Ils ont reçu une heure d'exercice deux fois par semaine pendant 6 mois. L'intensité a augmenté progressivement tout au long des semaines. Contrairement au groupe intervention, le groupe témoin a reçu des séances d'ergothérapie une heure deux fois par semaine pendant 6 mois. Les participants n'étaient pas au courant de leurs appartenance au groupe intervention ou contrôle, à contrario des chercheurs. Ce qui signifie que l'étude est en simple aveugle. Il aurait été plus judicieux d'utiliser la méthode de double aveugle. Les résultats de l'étude montrent que la thérapie par l'exercice réduit les symptômes psychotiques et de dépression. L'étude met en avant des résultats après 6 mois, cependant, il n'est pas mentionné que des effets significatifs soient présents après 1 ou 2 mois, ce qui peut suggérer que les bénéfices sont visibles qu'après 6 mois.

En lien avec les interventions non médicamenteuses, l'étude de Lu & al., (2013), observe l'intérêt que peut avoir la musicothérapie chez des personnes souffrant de schizophrénie avec des symptômes dépressifs. Le devis est une étude expérimentale, avec un essai contrôlé randomisé. Après avoir sélectionné les patients à l'aide des critères d'inclusion et d'exclusion, ils restent 75 patients. Les participants du groupe

intervention ont participé à 10 séances de musicothérapie passives et actives, 60 minutes 2 fois par semaines, pendant 5 semaines. Les résultats démontrent qu'après 5 semaines, les symptômes psychotiques et les symptômes dépressifs sont significativement moins élevés dans le groupe intervention comparé au groupe contrôle. Néanmoins, il est important de nuancer le résultat, car l'effet bénéfique est corrélé avec la mesure de base et la mesure faite à la fin du programme. Tandis que l'effet n'est pas significatif avec la mesure de base et les mesures durant l'intervention. Cela signifie qu'il faut attendre 5 semaines pour constater des effets bénéfiques sur les différentes échelles de mesure utilisées. De plus, les résultats obtenus après 3 mois montrent que l'effet bénéfique de l'intervention n'est pas maintenu, laissant perplexe l'intérêt de l'étude sur le long terme.

L'étude contrôlée randomisée expérimentale de Maurel & al., (2010), a observé les effets de la pharmaco-éducation sur la population souffrant de troubles schizophréniques et socioaffectifs. Pour l'analyse des résultats, il reste 72 patients éligibles, réparti de manière randomisée dans un groupe intervention ou un groupe contrôle. Cependant, il n'est pas précisé explicitement si l'étude utilise le principe du simple ou double aveugle, ce qui suggère un biais d'enquêteur et remet en cause la validité interne de l'étude. De plus, il est intéressant de noter que 61% des patients du groupe intervention avaient un problème psychosocial, et uniquement 31% dans le groupe contrôle, ce qui représente un biais de sélection, car les 2 groupes ne sont pas homogènes. Cette intervention consistait à un module de 20 séances à raison de 2 séances de 90 minutes par semaine pour le groupe intervention. Quant au groupe contrôle, ils ont reçu des séances non spécifiques d'entraînement à la communication et aucune question n'a été abordée concernant le traitement pharmacologique. Les résultats de l'étude ont démontré un effet significatif dans l'ensemble des deux années concernant la durée totale d'hospitalisation entre les deux groupes. Il va de même pour le nombre de médicaments reçu dans l'ensemble des deux années d'intervention ainsi que pour les effets indésirables des traitements, et de la gravité clinique.

5.2 Tableau comparatif

Les résultats de l'analyse critique des neuf articles sont synthétisés dans les tableaux ci-dessous³. Les études ont été classées par ordre croissant. Les études avec un niveau de preuve les plus faibles sont mentionnées au début, les études avec le plus haut niveau de preuve sont consignées dans les derniers tableaux.

³ Plusieurs abréviations sont utilisées dans les tableaux afin d'optimiser l'espace. Veuillez-vous référer à la Liste des abréviations située à la page 5-6.

Tableau 8: Medication adherence in schizophrenia: the role of insight, therapeutic alliance and perceived trauma associated with psychiatric care.

Auteur, année, pays, titre : Article publié le 31 juillet 2017 France par Tessier Arnaud, Boyer Laurent, Husky Mathilde, Baylé Franck, Liorca Pierre Michel et Misdrahi, David.

Devis et objectif	Population	Méthode/ intervention (si présent)	Résultats	Commentaire
<p>Devis : Étude descriptive.</p> <p>Objectif : L'objectif de l'étude est d'observer la relation entre l'adhérence aux traitements par rapport à la connaissance de la maladie, l'alliance thérapeutique et le traumatisme perçu lié aux médicaments chez les patients atteints de schizophrénies.</p>	<p>72 patients de trois hôpitaux psychiatriques comparables, à Bordeaux (n = 47), Clermont-Ferrand (n = 8) et Paris (n = 17).</p>	<p><u>Sélection de l'échantillon :</u> Les patients ont été sélectionnés durant leur hospitalisation. Une fois la phase aiguë passée, lorsque les patients étaient considérés cliniquement stables, un suivi ambulatoire a été organisé.</p> <p><u>Critères d'inclusions :</u> Diagnostiqué comme souffrant de schizophrénie ou de troubles schizo-affectifs selon les critères du DSM-IV, âgé de +/- 18 ans et capable de parler couramment le français et de comprendre l'intervention.</p> <p><u>Intervention :</u> Des entretiens mensuels ont été menés par des psychiatres avec un questionnaire semi-structuré standardisé. Entretiens mensuels avec les psychiatres.</p> <p><u>Outils utilisés :</u> - Positive And Negative Syndrome Scale (PANSS) est une échelle d'hétéro-évaluation, afin de mesurer les symptômes psychotiques (positif et négatif). - Global Assessment of Functioning (GAF) est une échelle numérique utilisée en psychiatrie pour évaluer le</p>	<p>Dans cette étude, pour démontrer les relations variables entre les éléments analysés, le coefficient de Pearson a été utilisé. Ce qui signifie qu'une valeur égale à -1 ou à +1 indique une relation linéaire parfaite entre deux variables. Cependant, le coefficient est nul ($r = 0$) lorsqu'il n'y a pas de relation entre les variables.</p> <p>Il y a une corrélation significative entre l'adhérence médicamenteuse, l'insight ($r = 0.374$), l'alliance thérapeutique ($r = 0.413$) et le traumatisme perçu ($r = -0.316$). L'étude suggère qu'un taux plus élevé d'adhérence aux médicaments peut être lié à un meilleur</p>	<p>- Il n'y a pas de notion de temporalité concernant la durée de l'étude.</p> <p>- L'étude respecte la loi française sur la bioéthique, la recherche clinique et la protection des données.</p> <p>- Tous les participants ont donné leurs consentements écrit.</p> <p>- Tous les participants ont donné leurs consentements écrits.</p> <p>- Le rôle des soins infirmiers n'est pas spécifié dans cette étude.</p>

		<p>fonctionnement global d'un individu (psychologique, social et professionnel).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Beck Depression Inventory (BDI) est un questionnaire permettant d'identifier l'intensité des symptômes de la dépression. - Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) est un entretien explorant de façon standardisée les principaux troubles psychiatriques du DSM-IV. - Behavioral avoidance/Inhibition Scale (BIS) est une échelle pour mesurer la sensibilité du système comportementale. - Medication Adherence Rating Scale (MARS) est une échelle évaluant l'adhérence aux médicaments - 4-Point Ordinal Alliance Scale (4PAS) est un questionnaire d'auto-évaluation sur les relations thérapeutiques - Udvalg for Kliniske Undersogelser (UKU) est une échelle évaluant les effets secondaires. - Questionnaire : Semi-structuré standardisé pour les variables sociodémographiques. <p><u>Tests statistiques :</u></p> <p>Les résultats de cette étude ont été analysés par le Chi-carré, RMSEA, CFI, SRMR, corrélation de Pearson, test de Kolmogorov-Smirnov.</p>	<p>insight, une alliance thérapeutique plus élevée et un traumatisme perçu inférieur.</p> <p>Il est à noter que les facteurs s'influencent entre eux. Le fonctionnement global et les symptômes ($r = -0,674$), l'alliance thérapeutique et les symptômes ($r=0,460$), l'alliance thérapeutique et le fonctionnement global ($r = 0,395$), finalement la dépression et l'alliance thérapeutique ($r=0,471$). Il est donc possible que des facteurs aient un impact indirect sur l'adhérence.</p>	<p><u>Limites selon les auteurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Il faudrait reproduire l'étude dans un échantillon plus large. - Utilisation d'un questionnaire qui n'est pas approuvé par la recherche.
--	--	---	--	--

Tableau 9: Contribution of spirituality to quality of live in patients with residual schizophrenia				
Auteur, année, pays, titre : Article publié le 11 octobre 2011 en Inde par Shah Ruchita, Kulhara Parmanand, Grover Sandeep, Kumar Suresh, Malhotra Rama et Tyagi Shikha.				
Devis et objectif	Population	Méthode/ intervention (si présent)	Résultats	Commentaires
<p>Devis : Étude descriptive (transversal)</p> <p>Objectif : Explorer la relation entre la spiritualité et la qualité de vie chez des personnes atteintes de schizophrénie résiduelle.</p>	103 patients, âgés entre 20 et 60 ans.	<p>Sélection de l'échantillon : Les patients ont été sélectionnées parmi des services ambulatoires et qu'ils étaient suffisamment aptes à mener une vie au sein d'une communauté.</p> <p>Critères d'exclusions : Les patients avec des comorbidités suivantes : Les troubles affectifs, anxieux, l'usage de substances, retards mentaux et des troubles organiques cérébraux. Un comité d'éthique a validé l'intervention en garantissant la confidentialité des données recueillies.</p> <p>Intervention : Avec les 103 patients qui respectaient les critères d'inclusions et d'exclusions, mais aussi en fournissant un consentement éclairé. Il y a eu 1 à 2 séances de 4 heures pour évaluer 2 échelles cliniques, l'échelle hétéro-évaluative (PANSS) a été complétée par un chercheur. Puis, chacun des patients a été invité à compléter l'échelle WHOQOL-SRPB.</p>	Il n'y avait pas de différences significatives dans les scores de domaine (y compris SRPB) et la qualité de vie globale en ce qui concerne l'âge, le sexe, l'état matrimonial (célibataire ou marié), l'éducation (avec plus de 10 ans d'éducation formelle par rapport à ceux avec moins de ou égal à 10 années d'éducation formelle), religion, type de famille, profession (employé contre chômeur) et zone de résidence (urbaine contre rurale). Aucune corrélation significative n'a été trouvée entre aucun des scores de domaine et la qualité de vie globale avec l'âge au début, la durée de la maladie et la psychopathologie.	<p>- L'étude s'est concentrée sur deux religions, l'hindouisme et le sikhisme, les plus populaires en Inde, ce qui n'est pas le cas dans le reste du monde.</p> <p>- Cette étude suggère que la spiritualité et la religiosité ont une influence importante sur la qualité de vie globale des patients atteints de schizophrénie. Par conséquent, outre la prise en charge pharmacologique et non pharmacologique de la schizophrénie, les cliniciens devraient se concentrer sur cet aspect et encourager leurs patients à suivre leurs pratiques religieuses et leurs croyances spirituelles.</p>

		<p><u>Outils utilisés :</u></p> <p>- World Health Organization Quality of life- Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs (WHOQOL-SRPB) est un questionnaire regroupant des questions sur la spiritualité et les croyances.</p> <p>- PANSS</p> <p><u>Tests statistiques :</u></p> <p>Analyse statistique avec le SPSS (Statistical Package For Social Sciences), le test de corrélation de Pearson et le chi carré.</p>	<p>Tout de même, le domaine des croyances spirituelles, religieuses et personnelles et toutes ses facettes autres que la connexion spirituelle était en corrélation significative à hauteur de ($p < 0.001$) avec tous les autres domaines de la qualité de vie et de la qualité de vie globale.</p>	<p><u>Limites selon les auteurs :</u></p> <p>- Les résultats ne peuvent pas être généralisés à d'autres types de patients par exemple ceux hospitalisés en phase aiguë.</p> <p>- L'étude avait des patients types pour participer à l'étude.</p>
--	--	--	--	---

Tableau 10: The effects on helplessness and recovery of an empowerment program for hospitalized persons with schizophrenia.				
Auteur, année, pays, titre : Article publié le 7 Novembre 2012 en Corée du Sud par Soon Ah Park et Kyung Mi Sung.				
Devis et objectif	Population	Méthode/ intervention (si présent)	Résultats	Commentaires
<p>Devis : Étude quasi-expérimentale, de cas témoin.</p> <p>Objectif : L'objectif de l'étude était d'évaluer les effets de l'impuissance et la récupération d'un programme d'empowerment pour les patients atteints d'une schizophrénie chronique.</p>	<p>Tous les patients étaient hospitalisés en Corée du Sud. 1 hôpital pour le groupe témoin (n = 23) et deux hôpitaux pour le groupe intervention (n = 23).</p> <p>Tous les patients ont été diagnostiqués via le DSM-4 et tous prenaient des antipsychotiques.</p>	<p>Critères d'inclusions :</p> <p>Tous les patients ont été diagnostiqués via le DSM-4 et tous prenaient des antipsychotiques.</p> <p>Intervention :</p> <p>Le programme a utilisé une intervention de 12 séances modèles. Chaque session était donnée deux fois par semaine pendant 60 minutes, avec un total de 6 semaines.</p> <p>Le programme se compose de 12 sujets qui sont séparés par 3 catégories : 1. Comprendre le rétablissement d'une maladie mentale. 2. Faire et défaire : effort de rétablissement. 3. Retenir les bons éléments pour son rétablissement.</p> <p>Outils utilisés :</p> <p>Learned Helplessness Scale (LHS) est une échelle de réduction de la gravité. Instrument d'auto-évaluation.</p> <p>Recovery Assessment Scale (RAS) est une échelle de l'évaluation du rétablissement subjectif. Elle vise à mesurer les objectifs de vie, l'adaptation et la connaissance des systèmes de soutien.</p>	<p>Les résultats : l'hypothèse selon laquelle l'impuissance du groupe intervention, qui utilisait le programme d'autonomisation, serait plus faible par rapport que celle du groupe témoin a été confirmée (p < 0,001).</p> <p>La deuxième l'hypothèse selon laquelle le degré de récupération du groupe intervention augmenterait plus que celui du groupe témoin, selon l'avis subjectif du patient est significatif (p < 0,001), tout comme l'observation clinique des infirmiers concernant les patients (p < 0,001).</p>	<p>- Le programme d'empowerment peut être mis en œuvre facilement dans les hôpitaux psychiatriques et présente une durée relativement courte (6 semaines).</p> <p>- Le programme a été ajusté pour permettre d'être pleinement utilisé par des infirmiers.</p> <p>- Dans le programme, il est proposé de fournir une éducation à l'adhérence aux traitements, afin d'éviter le risque élevé de rechutes.</p> <p>- C'est un programme de groupe, il exclut donc les symptômes psychotiques et pathologies différentes selon chaque patient.</p> <p>- Selon l'étude, le mieux serait de proposer un programme individualisé.</p>

		<p>The Nurses Observation Scale of In-patient Evaluation -30-Korea (NOSIE-30-K) est une échelle d'observation infirmière en milieu hospitalier. Elle est appropriée pour évaluer les effets de l'intervention.</p> <p><u>Tests statistiques :</u></p> <p>L'analyse des données a été faite par le SPSS, le Chi-carré et t-tests.</p>		<p><u>Limites selon les auteurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Les évènements de la vie individuelle du patient n'ont pas été évalués. - Utilisation de méthodes d'évaluation multidimensionnelles et d'un échantillon représentatif pour les recherches futures.
--	--	--	--	--

Tableau 11: Test of Mindfulness-Based Psychosocial Skills Training to Improve Insight and Functional Recovery in Schizophrenia				
Auteur, année, pays, titre : Article publié le 22 Mars 2017 en Turquie par Emine Yilmaz et Ayse Okanli				
Devis et objectif	Population	Méthode/ intervention (si présent)	Résultats	Commentaires
<p>Devis :</p> <p>Semi-expérimental, étude cas-témoins.</p> <p>Objectif :</p> <p>Cette étude cherchait à déterminer l'effet d'une formation aux compétences psychosociales basées sur la pleine conscience de divers types de fonctionnement (fonctionnement social, soins de santé, compétences de la vie quotidienne, fonctionnement professionnel,</p>	<p>Après avoir épluché les critères d'exclusions et d'inclusions, il reste un total de 45 patients, dans le groupe intervention (n = 21) et dans le groupe témoin (n = 24).</p>	<p>Critères d'inclusions :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Donner son consentement pour participer à l'étude. - Âgé entre 18 et 65 ans. – Résidant dans le centre-ville d'Erzurum et inscrit à la CMHC après avoir reçu un diagnostic de schizophrénie selon les critères du DSM par un psychiatre. - Être dans un état euthymique, - Ne pas avoir été inclus dans un programme d'éducation similaire dirigé au cours des 3 dernières années. – Être ouvert à la coopération et à la communication. <p>Intervention :</p> <p>Le chercheur qui a coordonné cette étude a participé à l'atelier de thérapie cognitive basée sur la pleine conscience organisée par Satwant Singh en juillet 2015 et a reçu un certificat. La formation aux compétences psychosociales était basée sur la communication, la manière de résoudre des problèmes, l'évitement de substances illicites, l'apprentissage et l'application des règles d'hygiène ainsi que des méthodes pour faire face au stress. Un guide de pratique des compétences psychosociales a également été développé pour les patients. Avant la formation des groupes de cas et de témoins, des pré-tests (Formulaire de renseignements personnels, FROGS, BCIS) ont été demandés aux deux groupes. Le groupe intervention a été divisé, la formation a été intégrée et comprenait un total de 16 sessions. Les séances de 40 ou 50 minutes ont lieu deux fois par semaine pendant 8 semaines. Chaque groupe comprenait en</p>	<p>Sur le post-test, la différence entre les groupes sur la compréhension cognitive et l'échelle de la récupération fonctionnelle s'est montrée statistiquement significative ($p < 0,05$). Les niveaux de compréhension et de récupération fonctionnelle chez le groupe intervention étaient supérieurs que celle du groupe témoin.</p> <p>Les résultats de cette étude ont montré que le rétablissement fonctionnel et les connaissances cognitives ont augmenté après l'intervention. Plusieurs autres études ont également démontré qu'un programme de réadaptation basé sur la pleine conscience améliorerait</p>	<p>- Suite à la diminution des effets de la formation au long terme, est-ce pertinent de l'utiliser au vu de ses effets limités.</p> <p>- La littérature souligne que les familles jouent un rôle clé dans le maintien des effets des approches psychosociales. C'est pourquoi les familles devraient être incluses pendant cette période.</p> <p>Limites selon les auteurs :</p> <p>- Le programme de formation n'a duré que 8 semaines. Les approches à court terme peuvent entraîner une régression des patients</p>

<p>fonctionnement cognitif). L'étude était basée sur l'hypothèse que la formation serait complémentaire et aiderait les patients atteints de schizophrénie à améliorer leurs niveaux de fonctionnement. L'étude comprenait des groupes de cas et de témoin. Elle était basée sur des scores d'un pré-test, post-test, ainsi que d'un suivi.</p>		<p>moyenne 10 à 12 personnes. La formation a été réalisée à travers de conférences, de matériel visuel, de questions et réponses, de jeux de rôles et de devoirs. Une fois les sessions terminées, des post-tests (FROGS et BCIS) ont été complétés aux 2 groupes (cas et témoins). 2 mois après la fin des post-tests, des FROGS et des BCIS ont été demandés à nouveau pour un suivi. Durant cette période, les patients ont continué à prendre les antipsychotiques prescrits par leur médecin.</p> <p><u>Outils utilisés :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Formulaire de renseignements personnels (sexe, âge, formation, statut professionnel – matrimonial, et l'âge du début). - Functional Remission Of General Schizophrenia (FROGS) est une échelle de rémission fonctionnelle de la schizophrénie. Elle est composée de 19 éléments et comprend 4 sous-dimensions (Fonctionnement social, Soins et traitement de santé, Compétences de la vie quotidienne, Fonctionnement professionnel). - Beck Cognitive Insight Scale (BCIS) est une échelle de la compréhension cognitive, conceptualisée par une capacité à évaluer et à corriger ses propres croyances déformées. <p><u>Tests statistiques :</u></p> <p>Les données obtenues ont été analysées à l'aide du logiciel SPSS 18. Les caractéristiques individuelles ont été analysées à l'aide du chi carré.</p>	<p>différents modes de fonctionnement du patient.</p> <p>Une diminution a été retrouvée après un suivi de 2 mois, cette diminution a conduit à croire que la formation avait un rôle actif sur la récupération fonctionnelle des patients, mais qu'il n'était pas permanent. Valencia, Fresan, Juárez, Escamilla, et Saracco (2013) ont constaté au cours d'un suivi de 6 mois que la récupération fonctionnelle n'a pas montré de diminution et que les effets d'une formation aux compétences sociales ont été maintenus.</p>	<p>après une certaine période de temps.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pour maintenir les effets du programme, il est recommandé que la formation soit intégrée dans la période de réadaptation. La littérature souligne notamment que les méthodes cognitivo-comportementales doivent faire partie du processus de réadaptation. - L'étude n'a pas été randomisée et comportait une petite taille d'échantillon. - Il y a de nombreux facteurs cognitifs et comportementaux non mesurés qui ont pu impacter les patients durant l'étude.
---	--	--	---	--

Tableau 12: Effects of an Emotion Management Nursing Program for Patients with Schizophrenia				
Auteur, année, pays, titre : Article publié en 2012 à Séoul en Corée du Sud par Mi-RA Won, Kwang-Ja Lee, Ja-Hyung Lee et Yun-Jung Choi				
Devis et objectif	Population	Méthode/ intervention (si présent)	Résultats	Commentaires
<p>Devis : Étude quasi-expérimentale contrôlée.</p> <p>Objectif : Le but de cette étude est de développer et d'examiner les effets d'un programme infirmier intitulé <i>Emotion Management Nursing Program (EMNP)</i>, chez des patients atteints de schizophrénies.</p>	<p>Les patients ont été recrutés dans la communauté hospitalière psychiatrique de Séoul en Corée. Ces derniers ont entre 19 ans et 60 ans et ont tous le diagnostic de schizophrénie.</p> <p>52 patients ont été sélectionnés dans deux groupes différents.</p> <p>Groupe intervention (n = 22) et dans le groupe contrôle (n = 30).</p>	<p><u>Sélection de l'échantillon :</u></p> <p>Les participants ont été sélectionnés parmi le recueil des patients psychiatriques à Séoul en Corée.</p> <p><u>Critères d'inclusions :</u> Non renseigné</p> <p><u>Intervention :</u></p> <p>Programme infirmier introduit dans le groupe contrôle. Ce groupe a reçu ce programme 1x/semaine durant 90 minutes pendant 8 semaines.</p> <p>L'intervention vise à travailler sur 4 items : la perception de l'émotion, l'expression des émotions, l'application des émotions ainsi que du contrôle des émotions.</p> <p><u>Outils utilisés :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - The Berkeley Expressivity Questionnaire (BEQ) est un questionnaire utilisé pour évaluer l'expression des émotions des participants. - The Emotional Behavior Scale (EBS) est une échelle pour évaluer le contrôle des émotions. 	<p>Le groupe intervention a montré une amélioration dans le score de l'expression des émotions (BEQ) ($p = 0.002$), par rapport au groupe contrôle.</p> <p>Concernant l'échelle EBS sur le contrôle des émotions, le groupe intervention a présenté une augmentation du score, tandis que le groupe contrôle a présenté une diminution. La différence des deux groupes est significative ($p = 0,000$).</p> <p>De plus, sur l'échelle RCS, de l'auto-évaluation du comportement social, le groupe intervention a montré une augmentation. En revanche, le groupe contrôle a présenté une régression du résultat. La différence des deux groupes est significative ($p = 0,000$).</p> <p>Pour finir, sur l'échelle du comportement social (SBS). Le</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Les résultats suggèrent qu'aider les patients à comprendre les émotions des autres, permet d'avoir un effet positif sur leurs relations interpersonnelles. - EMNP est un programme d'intervention structuré qui applique des soins infirmiers fondés sur des données probantes aux infirmiers qui travaillent dans des unités psychiatriques. Il permet aussi de faire une passerelle entre le programme et les diagnostics infirmiers, mais aussi d'avoir une structure uniforme dans les soins. - De plus, le programme peut éventuellement offrir des avantages aux organisations, car il pourrait

		<p>- The Relationship Change Scale (RCS) est une échelle d'autoévaluation sur le comportement sociable.</p> <p>- Social Behavior Scale (SBS) est une échelle du comportement social.</p> <p>- Emotion Management Nursing Program (EMNP) est un programme infirmier sur la gestion des émotions.</p> <p><u>Tests statistiques :</u></p> <p>L'analyse des résultats a été effectuée par le SPSS, le test de chi-carré, le test exact de Fisher's, le t-tests et l'ANCOVA.</p>	<p>groupe intervention a présenté une diminution à contrario, le groupe contrôle a présenté une augmentation. Dans les deux groupes, il y a une différence significative à hauteur de $p = 0,000$.</p> <p>De ce fait, EMNP est bénéfique dans la prise en soins dans la gestion des émotions chez les patients souffrant de schizophrénies.</p>	<p>faciliter la réadaptation des patients et améliore la satisfaction globale des patients sans frais supplémentaires.</p> <p><u>Limite selon les auteurs :</u></p> <p>- Les auteurs nuancent tout de même que la gestion des émotions puisse différer selon la culture et le pays autrement que la maladie, ce qui peut éventuellement changer les résultats de la recherche.</p>
--	--	---	--	---

Tableau 13: Effects of motivation interviewing using a Group Art Therapy Program on Negative Symptoms of Schizophrenia				
Auteur, année, pays, titre : Article publié le 19 juillet 2018 en Corée du Sud par Cho Min Jung et Lee Kyunghee.				
Devis et objectif	Population	Méthode/ intervention (si présent)	Résultats	Commentaires
<p>Devis : Étude contrôlée.</p> <p>Objectif : Permettre de confirmer si les entretiens motivationnels dans le groupe ayant l'art thérapie ont un impact sur les symptômes négatifs.</p>	<p>Les 35 participants sont hospitalisés dans une unité fermée.</p>	<p><u>Les critères inclusions :</u></p> <p>Groupe de patients diagnostiqués comme souffrant de schizophrénie par rapport au DSM-V pendant au moins 2 ans, accepter l'étude, qu'un psychiatre donne son approbation sur les sujets, la confirmation légale d'accepter l'étude et que les patients avaient un traitement antipsychotique.</p> <p><u>L'intervention :</u></p> <p>Un des auteurs est un infirmier avec dix ans d'expérience dans un service psychiatrique et possède une licence de psychothérapeute artistique. L'objectif est de fournir des outils adaptés aux besoins des patients.</p> <p>L'objectif de chaque session était de travailler avec des techniques directives (une caractéristique des entretiens de motivation), notamment en dessinant des conversations des personnes interrogées sur le changement et l'écoute réflexive.</p> <p>L'étude se déroule en 12 sessions qui sont séparées en 3 catégories :</p> <p>1-3 session : Le focus était mis dans la construction relationnelle.</p> <p>4-7 sessions : Sur la motivation.</p> <p>8-12 sessions : Sur la planification. L'intervention s'est déroulée pendant 6 semaines à raison de 2 sessions de 50 minutes.</p>	<p>Sur les symptômes négatifs dans les 2 groupes. : Des différences significatives entre le groupe intervention et le groupe contrôle ($p < 0.001$) lors de la mesure durant l'intervention et la suivante.</p> <p>Sur les différences de motivation et de plaisir dans les 2 groupes : Il y a une différence significative entre le groupe intervention et le groupe contrôle à hauteur de ($p < 0.001$) lors de la mesure durant l'intervention et la suivante.</p> <p>Concernant les relations interpersonnelles dans les deux groupes : Il y a une différence significative entre le groupe intervention et le groupe contrôle à hauteur de ($p < 0.001$) lors de la mesure durant l'intervention et la suivante.</p>	<p>- Cette étude concerne uniquement les bénéfices sur les symptômes négatifs de la schizophrénie.</p> <p>- La durée de l'étude est relativement courte (6 semaines), ce qui permet d'avoir effets bénéfiques rapidement, mais nécessite d'être évalué sur un plus long terme.</p> <p>- Les chercheurs suggèrent de planifier et d'exécuter des programmes d'art thérapie de groupe similaires par des infirmiers, qui peuvent facilement mettre en œuvre des interventions auprès des patients tant</p>

		<p><u>Outils utilisés :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - The Scale Assessment of Negative Symptoms (SANS) est une échelle permettant d'évaluer les symptômes négatifs chez les patients souffrant de schizophrénies. - Motivation And Pleasure Scale-Self Report (MAP-SR) est une échelle d'autoévaluation évaluant la motivation et le plaisir - Clinical Assessment interview for negative Symptoms (CAINS) est un entretien avec les patients permettant d'évaluer les symptômes négatifs. <p><u>Tests statistiques :</u></p> <p>ANOVA a été utilisé pour analyser les résultats.</p>	<p>Concernant l'hygiène personnelle dans les 2 groupes :</p> <p>Il y a une différence significative entre le groupe intervention et le groupe contrôle à hauteur de ($p < 0.001$) lors de la mesure durant l'intervention et la suivante.</p> <p>Sur le programme psychiatrique dans les 2 groupes : Il y a une différence significative entre le groupe intervention et le groupe contrôle à hauteur de ($p < 0.001$) lors de la mesure durant l'intervention et la suivante.</p>	<p>qu'elles ont intérêt à se servir d'outil thérapeutique.</p> <p><u>Limites selon les auteurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Les patients n'étaient pas dans une phase aiguë de la maladie. - Les patients avec des difficultés à s'exprimer n'étaient pas inclus dans l'étude. - L'étude devrait être effectuée avec des patients avec des niveaux cognitifs différents
--	--	---	--	---

Tableau 14: Exercise therapy improves mental and physical health in schizophrenia: a randomized controlled trial

Auteur, année, pays, titre : Article publié le 26 octobre 2012 en Hollande par Scheewe, T.W., Backx, F.J.G., Takken, T., Jörg, F., Van Strater, A.C.P., Kroes, A.G., Kahn, R.S. et Cahn, W.

Devis et objectif	Population	Méthode/ intervention (si présent)	Résultats	Commentaires
<p>Devis : Essai clinique randomisée.</p> <p>Objectif : Évaluer l'effet d'exercices physiques chez des personnes souffrant de schizophrénie.</p>	<p>63 patients atteints de schizophrénies ont participé à cette étude. 26 patients sont du centre hospitalier universitaire de Utrecht en Hollande et 37 patients de 3 instituts régionaux de Utrecht spécialisé en maladie mental.</p> <p>Groupe intervention (n = 31) et le groupe contrôle (n = 32).</p> <p>Tous les patients sont atteints de schizophrénie (n = 45), schizoaffectifs (n = 15), et de troubles schizophréniforme (n = 3)</p>	<p>Sélection de l'échantillon :</p> <p>Les enquêteurs ont demandé si les patients potentiellement éligibles étaient intéressés par l'étude. Suite à cela, les patients ont été dû signer un consentement écrit éclairé afin de participer.</p> <p>Critères d'inclusions :</p> <p>Patients diagnostiqués via le DSM-IV et confirmés par le Compréhensive Assessment of Schizophrenia and History (CASH). - Stable avec des anti-psychotiques (dosage identique depuis 4 semaines). – Ne pas présenter de problème cardiovasculaire, neuromusculaire, endocrinien ou d'autres pathologies</p> <p>- Ne pas être diagnostiqué addict à une substance ou alcoolique.</p> <p>- QI supérieur à 70.</p> <p>Intervention :</p> <p>L'intervention s'est focalisée sur plusieurs exercices de force musculaire (6 exercices par semaines, trois fois 10 à 15 répétitions maximum pour les biceps, les triceps, les abdominaux, les quadriceps, les pectoraux et les muscles deltoïdes).</p> <p>Cette thérapie a été livrée selon un protocole strict et supervisé par un psychothérapeute spécialisé dans la psychiatrie. L'intensité de l'activité physique a augmenté progressivement au cours des semaines. Les patients ont reçu une heure d'exercice</p>	<p>Les analyses ont montré que la thérapie par l'exercice avait un effet sur les symptômes dépressifs (P = 0,07) et un effet significatif sur la forme cardiovasculaire, mesuré par Wpeak (P < 0,01), par rapport à l'ergothérapie. Les analyses selon le protocole ont montré que la thérapie par l'exercice réduisait les symptômes de la schizophrénie (P = 0,001), de la dépression (P = 0,012), du besoin de soins (P = 0,050) et d'une meilleure condition cardiovasculaire (P <</p>	<p>- L'étude n'a pas été menée par des infirmiers.</p> <p>- L'intervention peut être déroutante pour certaines personnes, car elles nécessitent un effort physique « important ».</p> <p>- Les critères inclusions sont très nombreux, ce qui peut restreindre les bénéfices dans une unité de soins classiques.</p> <p>- L'étude montre une efficacité sur les symptômes psychotiques/dépressifs avec au minimum 2 séances d'une heure par semaine.</p>

		<p>deux fois par semaine pendant 6 mois. À contrario, les patients du groupe témoin ont reçu de l'ergothérapie une heure deux fois par semaine pendant 6 mois afin de limiter leurs activités physiques.</p> <p>Toutes les mesures de base et de suivi (après 6 mois d'intervention) ont été évaluées par un assistant de recherche et un médecin du sport en simple aveugle.</p> <p><u>Outils utilisés :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - PANSS - Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS) est une échelle d'auto-évaluation de la dépression selon Montgomery Asberg. - The Camberwell Assessment of Need (CAN) : elle permet d'évaluer les besoins en soins. - Cardio-Respiratory Fitness (CRF) : C'est une échelle pour évaluer l'aptitude cardio-respiratoire par un test d'effort. <p><u>Tests statistiques :</u></p> <p>Les données ont été analysées en utilisant le SPSS. Une analyse de variance multiple pour les variables non catégorielles et une analyse du chi carré pour les variables catégorielles ont été utilisées pour examiner les différences entre l'exercice et le groupe d'ergothérapie dans les caractéristiques démographiques et cliniques de référence.</p>	<p>0,001) par rapport à l'ergothérapie.</p> <p>Aucun effet pour MetS (facteurs) n'a été trouvé, sauf une tendance à la réduction des triglycérides (P = 0,08).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Il n'est pas nécessaire de se fournir en matériel supplémentaire, ce qui permet d'avoir des coûts relativement bas. - L'intervention se déroule sur 6 mois, il est donc important de savoir si les effets sont immédiats ou s'ils nécessitent 6 mois complets. <p><u>Limites selon les auteurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Un taux élevé d'abandon chez les participants. - Il n'y a pas d'évaluation post-intervention pour observer si les effets bénéfiques persistent.
--	--	---	--	---

Tableau 15: Effects of group music intervention on psychiatric symptoms and depression in patient with schizophrenia				
Auteur, année, pays, titre : Article publié le 20 septembre 2013 en Taïwan par Lu, S.F., Lo, C.H., Sung, H.C., Hsieh, T.C., Yu, S.C. et Chang, S.C.				
Devis et objectif	Population	Méthode/ intervention (si présent)	Résultats	Commentaires
<p>Devis : Étude expérimentale, essai contrôlé randomisée.</p> <p>Objectif : Observer l'effet d'un groupe de musicothérapie chez des patients souffrant de schizophrénies avec des symptômes de dépression.</p>	<p>Après avoir utilisé les critères d'inclusions, d'exclusions et l'accord des participants, il reste 35 personnes dans le groupe intervention et 40 dans le groupe contrôle pour l'analyse des données, car 5 participants ont été perdus de vue.</p>	<p><u>Sélection de l'échantillon :</u> Les patients ont été sélectionnés aléatoirement depuis une base de données avant d'être éligibles aux critères d'inclusion et d'exclusion à l'étude.</p> <p><u>Les critères d'inclusions :</u> Adulte ayant été diagnostiqué comme souffrant de schizophrénie via le DSM-IV, effectué par un psychiatre. Être capable de rester assis pendant 1 heure.</p> <p><u>Les critères d'exclusions :</u> Problème d'élocution et dans la communication.</p> <p><u>Intervention :</u> Les membres du groupe d'intervention ont participé à 10 séances d'interventions musicales passives et actives. Les patients ont assisté à deux séances de 60 minutes par semaine pendant 5 semaines. Le choix de la musique était basé sur une enquête sur les préférences des patients atteints de schizophrénie menée avant l'intervention, car la recherche a suggéré que les antécédents et les intérêts des patients devraient être pris en compte lors du choix de la musique de thérapie.</p>	<p>Après 5 semaines d'intervention, les changements dans les critères de jugement principaux de la ligne de base aux mesures post-test entre les groupes étaient tous significatifs. La différence moyenne de score PANSS entre le groupe intervention et le groupe contrôle était de ($p < 0,001$).</p> <p>La différence moyenne entre les scores CDSS des 2 groupes était ($p < 0,05$).</p> <p>Au suivi de 3 mois, la différence moyenne entre les scores PANSS des 2 groupes était ($p > 0,05$). La différence moyenne entre les scores CDSS des 2 groupes étaient de ($p > 0,05$). Cela indique que l'effet de la musicothérapie n'a pas été maintenu pendant 3 mois.</p>	<p>- Les résultats montrent que les scores PANSS et CDSS se sont considérablement améliorés entre les évaluations initiales et les post-tests entre les deux groupes. Cependant, cette amélioration ne s'est pas maintenue sur 3 mois dans le groupe d'intervention. Cela est peut-être dû au fait que l'intervention de musicothérapie n'a pas continué pendant cette période de 3 mois, ce qui indique également que l'effet de la musicothérapie ne peut durer qu'un mois.</p> <p>- L'étude suggère que la musicothérapie doit être utilisée comme soins de routine de soins infirmiers.</p>

		<p>L'étude comprenait un pré-test, un post-test et des mesures de suivi, car une étude précédente a montré que les mesures de suivi reflètent la durée de l'efficacité de la musicothérapie. Le groupe témoin a reçu des soins de bases.</p> <p><u>Outils utilisés :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - PANSS - Calgary Depression Scale of Schizophrenia (CDSS) est une échelle pour évaluer la dépression chez les patients souffrant de schizophrénies. <p><u>Tests statistiques :</u></p> <p>Toutes les données ont été analysées avec l'outil SPSS. Les variables continues ont été comparées entre les groupes à l'aide d'un test t indépendant et sont exprimées en moyenne \pm écarts-types (ET). Les données catégorielles ont été analysées à l'aide des tests exacts de Fisher et sont rapportées en pourcentage. Le coefficient de corrélation intra-classe (ICC) a été utilisé pour comparer la fiabilité inter-évaluateur des évaluations PANSS. Des tests t à deux échantillons ont été utilisés pour déterminer la fonction de la musicothérapie de groupe. L'analyse de la covariance (ANCOVA) a été utilisée pour comparer les résultats PANSS et CDSS entre le MIG et l'UCG, en contrôlant les mesures PANSS et CDSS de base.</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Les études futures pourraient inclure l'observation à long terme sur les changements dans la qualité de vie, dans les symptômes psychiatriques. <p><u>Limites selon les auteurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Aucune conception en double aveugle. Les patients étaient conscients de l'affectation du groupe. - Le temps et le financement étaient limités pour collecter les données après 6 et 12 mois.
--	--	---	--	--

Tableau 16 : Étude contrôlée randomisée des effets de la pharmaco-éducation sur une population française de patients souffrant de troubles schizophréniques et socioaffectifs				
Auteur, année, pays, titre : Article publié le mai 2010 en France par Maurel Murièle, Draï Delphine, Kaladijan Arthur, Pauly Vanessa et Azorin Jean-Michel.				
Devis et objectif	Population	Méthode/ intervention (si présent)	Résultats	Commentaires
<p>Devis : Étude contrôlée randomisée, expérimentale. C'est une étude prospective avec analyse rétrospective.</p> <p>Objectif : Évaluer l'effet d'un module pharmaco-éducatif durant des plages d'hospitalisation ainsi que l'état clinique et fonctionnel de personnes souffrant de troubles schizophréniques.</p>	<p>Après sélection, à l'aide des critères d'inclusion et d'exclusion.</p> <p>Groupe pharmaco-éducation : 36 patients.</p> <p>Groupe témoin : 36 patients.</p>	<p><u>Les critères d'inclusions :</u> Patients hospitalisés ou non, ayant été diagnostiqué comme souffrant de schizophrénie ou possédant un trouble socioaffectif avec une entrevue clinique structurée en utilisant les critères du DSM-IV. Tous les patients inclus dans l'étude doivent signer une décharge de consentement éclairé.</p> <p><u>Les critères d'exclusions :</u> Tranche d'âge comprise entre 18 ans et 65 ans, une dépendance à une substance, une pathologie cérébrale, un retard mental, une comorbidité importante somatique et une forme résiduelle de la schizophrénie.</p> <p><u>Intervention :</u> Module de 20 séances à raison de 2 séances de 90 minutes par semaine pour le groupe pharmaco-éducatif, le groupe témoin a reçu des séances non</p>	<p>Indicateurs d'hospitalisation : Effet significatif entre les deux groupes ($P < 0.001$), le groupe intervention a présenté un indicateur bien plus faible par rapport au groupe témoin</p> <p>Nombre de médicaments : Le nombre de médicaments reçus sur l'ensemble des deux années est significativement plus faible chez le groupe intervention ($P < 0,001$).</p> <p>Effets indésirables du traitement. (BAS et SAS) Concernant l'échelle BAS, elle est significativement améliorée dans le groupe intervention ($P < 0.03$). Concernant l'échelle SAS, il n'existe pas de différence entre le groupe intervention et témoin ($P = 0.36$).</p>	<p>- L'étude a été publiée en 2010, mais s'est déroulée entre septembre 2002 et septembre 2006.</p> <p>- Les mesures sont prises dans une période de longue durée. Cela permet de voir que l'effet de l'intervention est bénéfique au moins après deux ans.</p> <p>- Les thérapeutes infirmiers verbalisent dans la majorité des compétences renforcées et leurs capacités relationnelles. Cela permet de valoriser le rôle propre infirmier.</p>

		<p>spécifiques et aucune question n'a été abordée sur le traitement pharmacologique. Ce sont des infirmiers qui ont mené ses interventions. Les données ont été recueillies initialement, puis par la suite avec une mesure chaque année pendant 2 ans.</p> <p><u>Outils utilisés :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - PANSS - GAF - Clinical Global Impression (CGI) est une échelle sur l'impression clinique globale du patient. - Barnes Akathisia Scale (BAS) est une échelle pour évaluer l'akathisie. - Simpson Angus Scale (SAS) est une échelle pour évaluer les symptômes parkinsoniens (syndrome extrapyramidaux). - Quality Of Life (QOL) est une échelle sur la qualité de vie. <p><u>Tests statistiques :</u></p> <p>Pour l'analyse statistique, l'utilisation du chi carré et du test exact de Fisher a été nécessaire.</p>	<p>Concernant l'aspect clinique et les symptômes positifs et négatifs (PANSS et CGI) :</p> <p>Les deux échelles d'analyse mettent en évidence un effet significatif avec une diminution des deux scores pour le groupe intervention à hauteur de ($P < 0.001$).</p> <p>Qualité de vie (QOL) :</p> <p>Sur l'ensemble de ses deux échelles, il existe un effet significatif par rapport au groupe contrôle ($P < 0.001$).</p>	<p><u>Limites selon les auteurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Sur les modalités de l'étude : Une hétérogénéité des 2 groupes à l'inclusion. - L'observance n'a pas été mesurée, mais a été inférée par rapport aux conséquences des hospitalisations. - Les populations observées étaient constituées de sujets dans la tranche d'âge 18-65 ans, les résultats ne peuvent donc pas être extrapolés sur des sujets plus âgées.
--	--	--	---	--

6. DISCUSSION

Il existe à ce jour, plusieurs études proposant des interventions afin d'accompagner des personnes atteintes de schizophrénie. En lien avec la question de recherche « comment l'infirmier peut-il, au travers de la relation thérapeutique avec la personne soignée qui souffre de schizophrénie, contribuer au rétablissement de cette dernière ? ». Les différentes études analysées apportent un éclairage sur les possibilités de prise en soins infirmières afin de répondre aux besoins des patients souffrant de schizophrénie. L'infirmier peut intégrer dans sa prise en soins un cadre théorique, comme le concept de rétablissement. Celui-ci est un processus qui s'articule sur plusieurs étapes, allant du moratoire, caractérisé par le déni de la maladie, jusqu'à la croissance, dernière phase qui symbolise la capacité de la personne à pouvoir gérer la maladie. Le rôle de l'infirmier va consister, dans sa relation thérapeutique avec le patient, à évaluer dans quelle phase se trouve le patient afin de le soutenir. De plus, la science infirmière met à disposition plusieurs théories de soins afin de donner une coloration et une méthodologie pratique. Dans le cadre de ce travail, la méthodologie infirmière de la pratique développée par H. Peplau a été retenue, car tout comme le concept de rétablissement, elle s'articule sur différentes phases qui accompagnent le patient à être de nouveau autonome dans ses activités. De plus, la théorie propose des outils facilitateurs afin de former une relation thérapeutique. Pour finir, l'objectif des études retenues est d'amener le patient vers un rétablissement à l'aide de la relation thérapeutique entre l'infirmier et la personne souffrant de schizophrénie.

6.1 L'alliance thérapeutique

L'alliance thérapeutique est au centre de la prise en soins infirmiers depuis plusieurs décennies afin de permettre aux patients de gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique (Sofrà, Delgado, Masmont-Berwar & Ruiz, 2014). Les enjeux de l'alliance thérapeutique découlent des expériences et des liens d'attachements que le soignant et le patient ont tissé tout au long de leur vie (Bowlby, 1969 ; Bowlby, 1973). L'étude descriptive de Tessier & al., (2017), porte sur le lien entre l'alliance thérapeutique et l'adhérence aux traitements. Les chercheurs ont proposé des entretiens semi-structurés aux participants afin de répondre à différentes échelles. Les résultats démontrent que l'alliance thérapeutique peut permettre au patient de mieux modérer les symptômes psychotiques, d'améliorer le fonctionnement global, c'est-à-dire la capacité du patient à faire certaines tâches. Tout comme les connaissances sur la schizophrénie, la diminution des symptômes dépressifs ainsi que sur le nombre de médicaments.

Dans le cadre d'une personne souffrant de schizophrénie désirant se rétablir, elle peut passer dans différentes phases distinctes. Dans le cadre de la phase de préparation du concept du rétablissement, la personne va faire une autoévaluation afin de pouvoir gérer sa maladie. C'est un moment charnière, car la personne va s'ouvrir afin demander de l'aide pour atteindre un objectif. C'est pourquoi dans la relation thérapeutique, le patient pourrait bénéficier d'un soutien, d'encouragements et d'outils afin de l'accompagner dans le processus. Pour l'infirmier, la relation thérapeutique sera la clé des enjeux qui se passent dans la relation d'un soignant/soigné, théorisée par H. Peplau. Grâce à elle, l'infirmier pourrait analyser ce qui en découle de la relation, afin de proposer des interventions adéquates.

Cependant, cette étude décrit un phénomène, elle ne propose pas d'intervention pour la pratique. Il n'est pas aisé pour l'infirmier de créer une relation thérapeutique, c'est un travail minutieux où l'approche est fondamentale, qui s'acquiert généralement avec l'expérience. C'est pourquoi il serait intéressant de proposer une étude, avec une intervention incluant un cadre théorique infirmier afin de proposer des outils accessibles à tous les infirmiers.

6.2 La spiritualité

Il existe peu d'études explorant les liens entre la spiritualité et la schizophrénie. Tout de même l'étude descriptive de Shah & al., (2011) explore la contribution de la spiritualité sur la qualité des patients souffrant de schizophrénie. Ainsi, durant une ou deux séances, les chercheurs ont évalué les symptômes positifs et négatifs à l'aide d'échelles durant un entretien. Puis, les participants se sont autoévalués sur un questionnaire concernant leur qualité de vie et la spiritualité. Les résultats démontrent que les croyances spirituelles, religieuses et personnelles ont été en corrélations significatives avec la qualité de vie.

Pour un patient souhaitant se rétablir, un des ingrédients est l'espoir. Celui-ci est fondateur dans le rétablissement, et la spiritualité peut être un vecteur d'espoir, afin de disséminer la première graine. Au-delà, elle peut être aussi un soutien tout au long du rétablissement, mais durant toute la vie du patient. Ainsi pour l'infirmier, prendre en compte la spiritualité dans une prise en soins est essentiel selon le métaconcept de la personne de H. Peplau. De plus, cela pourrait favoriser l'alliance thérapeutique, car le patient pourrait se sentir plus en confiance, plus libre dans la relation, en voyant l'infirmier s'interrogeant sur cet élément.

Tout de même, les soins infirmiers ne sont pas formés sur ces problématiques. D'un point de vue plus métaphysique, cela pourrait interroger les infirmiers sur la conception de la spiritualité et confronter leurs visions face à celles des patients. Il est peut-être aisé

d'interroger le patient sur la spiritualité, mais il est peut-être moins évident d'utiliser l'information à bon escient dans une prise en soins. C'est pour cela qu'il faudrait proposer une étude interventionnelle infirmière, afin de proposer des outils afin de répondre à ce besoin. Il serait aussi judicieux d'inclure dans un projet, un aumônier, ou un théologien. Concernant les limites de l'étude, il serait intéressant d'inclure d'autres religions, car les auteurs se sont concentrés sur les religions majoritaires en Inde, ce qui n'est pas le cas dans tous les pays et plus particulièrement en Suisse. De plus, les participants sont atteints d'une schizophrénie résiduelle, ce qui peut faire varier, voire annuler les résultats chez des patients en phase aiguë dans un cadre hospitalier.

6.3 L'empowerment

L'empowerment consiste à identifier les forces et les compétences de chaque individu afin de leur permettre de gérer leur état de santé, tout en retrouvant un sens significatif de leur appartenance (Park & Sung, 2013). Il y a de nombreuses études qui visent à aider la collaboration entre des infirmiers et des patients hospitalisés atteints de schizophrénie, avec la mise en œuvre de projets d'empowerment. D'ailleurs, les sciences infirmières actuelles tendent de plus en plus à placer le patient au centre du projet de soins, et plus particulièrement dans le domaine de la psychiatrie. Ce type d'intervention présente pour tous les infirmiers un moyen efficace pour accompagner les patients hospitalisés à être autonome et ainsi favoriser leurs rétablissements. Dans le cadre de cette étude, ces programmes ont été ajustés afin d'être pleinement utilisés par des infirmiers, ce qui facilite leur application et leur usage. L'intervention dure 6 semaines, avec 2 sessions par semaine. L'étude présente des résultats significatifs avec une durée relativement courte. Le programme d'autonomisation a présenté des effets significatifs sur la récupération ainsi que sur l'impuissance d'agir.

Il est intéressant d'utiliser ce type d'étude dans la phase de reconstruction du concept de rétablissement, qui s'articule sur la capacité de la personne à pouvoir reprendre la main sur la maladie. Cela va de pair avec la phase de la croissance, où la personne est pleinement capable de pouvoir suppléer ses besoins. Une intervention infirmière pourrait être un pont afin de faire traverser le patient dans la phase de croissance. Cela pourrait être aussi un ingrédient dans la responsabilité du rétablissement, qui a comme objectif de donner lieu à une autonomie entière aux patients dans leur gestion de la santé. Par ailleurs, elle entre parfaitement en lien avec la dernière phase de la méthodologie de la pratique de H. Peplau. Cette phase se focalise sur la transmission de pouvoir que les infirmiers vont restaurer auprès des patients. Afin qu'ils puissent être de nouveau libres dans leurs activités sociales. Il peut être délicat pour les infirmiers, de jauger la manière dont les patients gèrent leurs capacités et leurs compétences dans leur vie de tous les

jours. L'infirmier doit trouver un juste milieu pour que le patient soit apte à être en sécurité dans ses activités de la vie quotidienne et dans sa gestion de la santé. D'autant plus qu'il est important, dès le moment importun, que l'infirmier n'endosse plus le rôle de figure d'attachement afin que le patient puisse voler vers d'autres horizons.

Les chercheurs suggèrent qu'il est nécessaire de fournir une éducation thérapeutique pour éviter le risque de rechutes. Il aurait pu être judicieux d'implanter ce genre d'intervention dans la méthodologie de l'étude. De plus, les auteurs notent qu'il serait idéal de proposer un programme individualisé, mais cela demande des compétences et des coûts institutionnels plus importants. Pour finir, il serait intéressant de faire d'autres mesures après les 5 semaines d'intervention, étant donné que la schizophrénie est une maladie chronique.

6.4 Formation aux habiletés psychosociales et la pleine conscience

Le traitement pharmacologique est essentiel et fait partie intégrante de la prise en soins afin de soulager les symptômes de la schizophrénie, surtout sur les symptômes positifs. Il présente, cependant une efficacité très limitée dans les symptômes négatifs, dont l'appauvrissement des relations sociales. D'autant plus que la littérature montre le chamboulement que la schizophrénie induit, un impact non négligeable sur les relations interpersonnelles. Plusieurs approches ont donc émergé, dont l'enseignement à des compétences sociales et sur la pleine conscience. Ces approches visent à aider les patients à comprendre les différents types de réactions qui peuvent nuire sur leur niveau de fonctionnement, en se concentrant sur l'acceptation d'idées inconfortables plutôt que sur le changement (Chun, 2015 cités par Yilmaz & Okanlı, 2018). En Suisse, Psychoped a été utilisé chez des patients souffrant de schizophrénie chronique afin de favoriser leur intégration dans des communautés (Pomini & Grasset, 2001). L'étude d'Yilmaz & Okanlı (2018) combinent la formation aux habiletés sociales et de la pleine conscience. La méthode de l'étude était de travailler dans un atelier de thérapie cognitive en ajoutant la pleine conscience dans le projet. Les résultats démontrent une différence significative entre les deux groupes sur la compréhension cognitive et la récupération fonctionnelle.

Ce type d'étude peut être intéressante à être utilisé durant le processus de rétablissement, plus particulièrement dans la phase de préparation. En effet, l'annonce de la maladie peut avoir un effet dévastateur sur les projets professionnels et sur les relations interpersonnelles. De plus, la formation à la pleine conscience pourrait permettre d'accompagner le patient dans la phase de conscience, afin de pouvoir endosser un nouveau rôle et ainsi accompagner le patient vers l'étape de la préparation. Dans ce sens, fournir une intervention sur les habiletés psychosociales et la pleine conscience pourrait permettre à la personne souffrant de schizophrénie de créer des

projets ambitieux sans contrainte. Le travail des soins infirmiers pourrait être, selon la théorie de Peplau, d'endosser le rôle « d'assistant psychosocial » afin d'explorer la manière dont le patient interagit dans ses relations interpersonnelles. Pour le professionnel, l'une des difficultés premières est d'assumer et de garantir l'endossement de ce rôle. En outre, il devra analyser les comportements du patient afin de s'adapter et proposer des solutions adéquates à la situation. Ce processus se trouve dans la phase d'orientation, qui est essentielle en vue de pouvoir par la suite proposer des interventions dans la phase de travail.

Concernant les limites, il est important de signaler que la personne qui a effectué l'intervention possède un diplôme spécialisé, ce qui peut demander des ressources plus importantes, humaines comme économiques. Il serait donc peut-être intéressant de développer une spécialité infirmière psychosociale afin de développer les compétences et le rôle des soins infirmiers. Les chercheurs constatent une diminution du bénéfice après deux mois. Il est tout de même intéressant de voir que la littérature manifeste des résultats sur le long terme concernant les compétences psychosociales (Valencia, Fresan, Juárez, Escamilla, & Saracco, 2013 cités par Yılmaz & Okanlı, 2018).

6.5 La gestion des émotions

Il y a un certain nombre d'études qui mettent en évidence un déficit émotionnel chez les patients souffrant de schizophrénie, causé par les symptômes négatifs. Cela a permis l'émergence d'interventions infirmières concernant les difficultés émotionnelles que peuvent vivre les patients. L'étude contrôlée de Won & al., (2012) propose un programme de gestion des émotions d'une durée de 8 semaines. Les résultats mettent en évidence les bénéfices de l'EMNP sur l'expression et le contrôle des émotions.

Ce type d'intervention pourrait être intégré comme un ingrédient de la définition de l'identité dans le concept de rétablissement. En effet, l'infirmier fournit des compétences pour permettre aux patients de mettre des mots sur ses émotions. Le but étant que le patient puisse faire une auto-évaluation de lui-même, afin de reconnaître ses besoins. L'objectif étant que durant la phase de préparation, la personne pourrait mettre des mots sur ce qu'elle vit, afin de pouvoir apprendre à gérer sa maladie. Par la suite, l'infirmier pourra récolter les données pour identifier des interventions appropriées dans la phase de travail de H. Peplau. Il est tout de même important de noter que la gestion des émotions peut varier selon le pays et qu'il faut prendre en compte la culture, mais aussi la spiritualité, d'après le métaconcept de la personne selon Peplau. La grande force de l'EMNP pour les soins infirmiers est son accessibilité. Cela pourrait rassurer l'infirmier lors de son utilisation, indépendamment de son expérience dans des unités

psychiatriques. D'autant plus que cela donne une importante plus-value aux soins infirmiers.

Il est intéressant de mettre en place ce type de programme, car il est fondé sur des données infirmières probantes dans des unités psychiatriques. Cela offre une importante valorisation de la profession infirmière dans son accompagnement, et d'autre part, pour les institutions, car cela ne nécessite aucun fonds économique supplémentaire. De plus, les résultats suggèrent que le bénéfice pourrait améliorer les relations interpersonnelles. Cette intervention pourrait donc être un outil supplémentaire, en combinaison avec les habiletés psychosociales. Tout de même, il serait intéressant de savoir si le programme se montre bénéfique au-delà de 8 semaines.

6.6 Entretien motivationnel et art thérapie

L'art thérapie est un ensemble d'activité s'appuyant sur des théories psychodynamiques et des expériences créatrices favorisant l'expression de soi (Association Professionnelle Suisse des Art-thérapeutes, 2020). Plusieurs études explorent les bienfaits de cette intervention, comme celle de Kim, Oh, An & Kim (2008), qui montre des effets bénéfiques de l'art thérapie avec des participants atteints de schizophrénie. L'étude de Cho & Lee (2018) est une intervention d'une durée de 6 semaines, qui s'est déroulée dans un groupe d'art thérapie chez des patients souffrant de schizophrénie. Les bienfaits de cette étude se sont manifestés sur les symptômes négatifs, la motivation, le plaisir, les relations interpersonnelles, l'hygiène personnelle et le programme psychiatrique.

Cela peut être intéressant de joindre une intervention d'art thérapie comme un ingrédient dans la redéfinition de l'identité du concept de rétablissement. En effet, proposer un support afin de permettre aux patients de mettre des émotions en dessin pourrait d'une part favoriser l'expression des émotions. Mais, également de leur permettre de comprendre la nature profonde des chamboulements causés par la maladie. En se référant à la méthodologie pratique de H. Peplau, il peut être intéressant d'employer des interventions sur l'art thérapie dans la phase de travail. Elles permettent effectivement de favoriser une image de soi positive et d'exprimer des émotions intérieures. De plus, l'étude intègre des entretiens motivationnels. Cela pourrait donc être un bon outil afin d'instaurer un changement chez le patient, et d'accompagner le patient dans la dernière phase du rétablissement.

Toutefois, l'étude met en évidence seulement des bénéfices de l'intervention uniquement sur les symptômes négatifs. Il aurait été intéressant d'observer incorporer une méthodologie afin d'évaluer les 2 familles de symptômes de la schizophrénie. De plus, les chercheurs suggèrent que les groupes peuvent être menés par des infirmiers.

Il serait donc judicieux d'effectuer des recherches approfondies afin d'inclure ce type d'intervention dans l'Evidence Based Nursing (EBN).

6.7 L'activité physique

Plusieurs études dans la littérature recommandent l'utilisation d'exercice physique au sein d'une prise en soins de patients atteints de schizophrénie. L'Office fédéral de la santé Publique (OFSP) confirme que l'activité physique a un impact bénéfique sur la qualité de vie ainsi que sur le bien-être psychologique (2019). En effet, il existe un certain nombre d'études qui intègrent l'activité physique et sportive auprès de patients souffrant de schizophrénie. Elles sont regroupées dans la revue de Zosso & Sentissi (2019), qui analyse plusieurs activités sportives. Ces interventions sont déjà mises en place dans certains hôpitaux. Par exemple, les HUG proposent un programme de santé sportive interdisciplinaire comportant entre autres des infirmiers. Les objectifs auprès des patients sont d'améliorer leur bien-être, de développer des compétences pour mieux comprendre leurs corps, afin de favoriser l'empowerment et une meilleure maîtrise de leur vie (HUG, 2020). L'étude de Scheewe & al., (2013) a pour but d'objectiver les effets d'un programme sportif sur des patients souffrant de schizophrénie. L'intervention s'est focalisée sur plusieurs exercices de forces musculaires avec des durées et des intensités qui ont augmenté jusqu'à la fin de l'intervention. Tandis que le groupe contrôle a reçu des séances d'ergothérapie afin de limiter leurs activités physiques. Les principaux résultats de l'intervention ont montré que l'exercice physique avait des effets bénéfiques sur les symptômes dépressifs, sur les symptômes psychotiques et les besoins en soins. De plus, l'intervention présente un effet bénéfique sur le système cardiovasculaire.

L'activité physique pourrait être adjointe à la responsabilité du rétablissement. En proposant des exercices physiques, le patient pourra développer des compétences dans la gestion de sa santé. Il est nécessaire que le patient soit stabilisé, au vu de la temporalité de 6 mois, elle peut être intéressante à être employée lors de phase de croissance. De plus, cela fait écho à la dernière phase de la théorie de Peplau, qui encourage les patients à être autonome dans leurs gestions de leurs santés. Les patients souffrant de schizophrénie sont une population à risque de développer des pathologies somatiques, en outre cardiovasculaire. Il est donc judicieux de faire de la prévention et de la promotion de la santé, en s'appuyant sur interventions.

L'étude est accessible, car elle présente un coût moindre et une organisation facile. Elle permet ainsi au patient de pouvoir reproduire les exercices chez lui. Cependant, dans un contexte hospitalier, la durée de l'intervention est de 6 mois, ce qui peut freiner les patients à cause de l'exigence et la temporalité. De plus, elle n'intègre pas les soins

infirmiers dans la méthodologie, il est donc judicieux de les incorporer afin de rendre l'intervention plus accessible. Pour finir, il aurait intéressant de proposer des jeux d'équipes, enfin de favoriser l'empowerment et les relations interpersonnelles.

6.8 La musicothérapie

L'utilisation de la musique comme intervention auprès des patients souffrant de schizophrénie n'est pas une intervention nouvelle. En effet, la littérature possède un certain nombre d'études sur le sujet. D'ailleurs, ce type intervention est déjà développé en pratique comme aux HUG, qui eux possèdent déjà plusieurs groupes de musique (HUG, 2019). L'intervention peut être donnée sous différentes formes. Le patient peut soit décider de jouer de la musique (participation active) ou soit, écouter de la musique (participation passive). Ses deux formes de participation servent à faire ressentir auprès des patients des images apaisantes ou à contrario, ravivées des images négatives. L'étude de Lu & al., (2013) propose au groupe intervention 10 séances comportant l'écoute de musique active et passive. Le groupe témoin quant à lui a reçu que des soins de bases sans musicothérapie. La durée de l'intervention a duré 5 semaines en raison de deux séances de 60 minutes par semaine. Les résultats suggèrent que l'intervention présente des effets bénéfiques sur les symptômes psychotiques, mais aussi dépressifs.

La musicothérapie pourrait être utilisée dans toutes les phases du concept de rétablissement. Ce dernier est effet un chemin semé d'embûches, avec des périodes de joies, mais également de tristesse. Il est donc important de soutenir le bien-être, tant la schizophrénie peut éprouver le corps, mais également l'esprit. De plus, jouer un instrument ou simplement chanter dans un endroit calme et accueillant pourrait favoriser la relation d'attachement et montrer ainsi aux patients des aptitudes qui pensaient avoir perdu. Concernant la méthodologie de H. Peplau, la musicothérapie, peut se joindre à la phase de travail puisqu'elle va permettre aux patients de raviver certaines émotions et de faire part à l'équipe soignante de ses éventuels besoins. L'infirmier aura principalement le rôle de ressource auprès des patients, étant donné qu'il répondra à ses questionnements et l'orientera vers le chemin le plus idéal.

L'avantage pour l'infirmier est que ce type d'intervention peut être relativement facile à mettre en place, surtout concernant l'écoute passive. Ce moment d'échange, en groupe ou individuel, peut être un élément catalyseur dans la relation thérapeutique. L'une des grandes forces de cette étude est qu'elle présente des effets significatifs sur les symptômes psychotiques, mais aussi dépressifs. Il pourrait être judicieux d'inclure le protocole de cette étude et d'incorporer les échelles mentionnées pour évaluer les bénéfices sur les symptômes positifs. D'autant plus que cela pourrait permettre aux infirmiers de développer des compétences et proposer des séances individualisées, car

l'étude préconise de former les infirmières en musicothérapie. Elle a l'avantage de présenter des coûts moindres et une efficacité après 5 semaines d'intervention. Cependant, il est important de signaler que les effets ne sont pas significatifs au-delà de 3 mois. Il est donc important de mener des recherches pour étudier l'efficacité de l'intervention à long terme. Pour finir, il serait intéressant de combiner les effets de la musicothérapie avec l'art thérapie détaillés précédemment, afin de potentialiser les interventions.

6.9 La pharmaco-éducation

Les traitements antipsychotiques améliorent le pronostic des patients. Cependant, ils présentent de nombreux effets indésirables, qui limitent l'observance médicamenteuse. C'est d'ailleurs l'un des facteurs de risques de rechutes et de réhospitalisations. L'éducation thérapeutique est très régulièrement citée dans les sciences infirmières, car elle fournit aux patients des compétences pour être partenaire de soins éclairée. En Suisse par exemple, et plus particulièrement à Genève, les HUG fournissent une prestation pour se spécialiser (CAS-DAS) en éducation thérapeutique pour les infirmiers (HUG, 2019). Ils existent un grand nombre d'études sur le sujet, avec un large panel d'interventions proposées. L'une d'elles est l'étude de Maurel & al., (2010), qui évalue un module de pharmaco-éducation. L'intervention se déroule en 20 séances, à raison de 2 séances de 90 minutes par semaine pour le groupe intervention. Le groupe témoin quant à lui a reçu des interventions non spécifiques. Les mesures ont été prises après 20 séances, puis, à la fin de la première et à la deuxième année post intervention. Les résultats montrent des effets bénéfiques avec un l'indicateur d'hospitalisation est plus faible, tout comme le nombre de médicaments. De plus, l'état clinique et les symptômes psychotiques, ils ont été significativement plus faibles. Pour finir, la qualité de vie globale est quant à elle plus haute significativement.

Ce type d'étude peut être incluse dans la dernière étape du processus de rétablissement. L'objectif est que le patient puisse être autonome dans sa gestion des médicaments. D'autant plus que l'une des échelles qui évaluent les critères du rétablissement stipule que le patient souffrant de schizophrénie ne doit ni avoir des symptômes, ni avoir de rechute. Il est aussi envisageable d'inclure ce type d'intervention dans la phase de travail. L'expertise qu'offre l'infirmier peut être une ressource afin que le patient développe des compétences pour être autonome dans la gestion de ses médicaments. Cela nécessite dans un premier temps pour l'infirmier de connaître précisément les effets attendus et indésirables des médicaments. Dans un second temps, d'évaluer les connaissances du patient afin d'apporter des réponses adaptées. Dans un troisième temps, de faire preuve de pédagogie en utilisant des supports visuels

ou autre. Tout le processus de cette intervention correspond au rôle éducatif dans la théorie d'Hildegarde Peplau.

L'une des forces de ce travail est que l'étude prend des mesures jusqu'à deux ans. Malgré cela, il est intéressant de réactualiser les données, car les méthodes d'apprentissages et plus particulièrement les outils informatiques se sont popularisées ces dix dernières années, car l'intervention se déroule au début des années 2000. Le module est spécifiquement utilisé par des infirmiers, sachant que ces derniers disent se sentir valorisés grâce au module pharmaco-éducatif.

7. CONCLUSION

À ce jour, les résultats des études sont encourageants afin d'accompagner le mieux, par la relation thérapeutique, à aboutir au rétablissement d'une personne atteinte de schizophrénie. Il existe un grand nombre d'interventions, toutefois elles n'intègrent pas toujours les soins infirmiers. L'importance de la relation thérapeutique, pour le patient, est que par les échanges il pourra parler de son vécu et de son expérience face à la maladie. Pour l'infirmier, ce sera d'adapter la prise en soins avec des interventions adéquates, au regard de la clinique du patient, selon un cadre théorique, une théorie de soins mais aussi de son expérience en tant que personne.

Parmi les études proposées dans ce travail et compte tenu de la réalité du terrain, l'empowerment, la pharmaco-éducation et la gestion des émotions sont les plus prometteuses. En effet, elles présentent toutes un travail infirmier dans le processus de l'intervention et chacune d'entre elles démontre des effets significatifs. De plus, ce sont des études bien documentées et étudiées par la recherche, ce qui montre un intérêt de celle-ci dans la littérature. Ces études peuvent être parfaitement reproduites dans des unités hospitalières et valoriser les soins infirmiers.

Concernant les études sur l'art thérapie et la musicothérapie, elles suggèrent que les interventions peuvent être menées par des infirmiers. Elles nécessitent toutefois d'être mieux exploré sur la méthodologie afin d'intégrer un cadre théorique infirmier. De plus, concernant la musicothérapie, les effets de l'intervention ne sont plus significatifs après 3 mois. Il serait judicieux de modifier la méthodologie afin d'apporter des conclusions plus probantes sur le long terme.

D'autres études, celles sur l'exercice physique et la formation psychosociale, méritent quant à elles d'approfondir le rôle infirmier afin de les inclure plus facilement lors de projets de soins.

Puis, les études traitant l'alliance thérapeutique et la spiritualité ont le mérite d'explorer des éléments fondamentaux que les soignants investiguent de manière

informelle. De ce fait, il reste donc à produire des essais cliniques et de les intégrer dans la pratique fondée sur des données probantes.

Pour finir, indépendamment des études, il est important de travailler avec un cadre théorique afin de donner du sens dans la prise en soins. Le choix s'est porté sur le concept de rétablissement, car il présente une réponse compatible avec le système de croyances des patients en matière de santé. Concernant le choix de la théorie de soin, celle de H. Peplau semble la plus idoine afin d'accompagner l'infirmier dans son rôle de soutien dans sa relation thérapeutique avec le patient. Néanmoins, d'autres paradigmes ont émergé depuis le modèle intégratif, comme celui de la transformation, qui analyse le changement perpétuel et continu de l'individu. Globalement, le modèle transformatif s'oriente autour de l'expérience du patient, de sa famille, voire de sa communauté. Il serait donc peut-être plus judicieux d'accompagner le patient, dans le cadre d'une théorie de soin, dans le prisme transformiste.

7.1 Limites du travail

Il existe un certain nombre de limites dans ce travail. La première concerne l'inclusion des soins infirmiers dans les différentes études, qui ne sont pas clairement établis, ou pas mentionnés. En effet, la littérature actuelle intègre plutôt les médecins ou des thérapeutes spécialisées dans les interventions au dépit des infirmiers.

La deuxième limitation se porte sur la méthodologie de la recherche d'articles. Les articles analysés dans ce travail ont été trouvés dans sa globalité sur la base de données « Pubmed ». Les articles recherchés sur la base de données « CINAHL » n'ont pas retenu notre attention. De plus, les recherches datent de 2019, il aurait été donc intéressant d'explorer à nouveau le site afin de réactualiser la base de données. À cela s'ajoute, qu'il est important de signaler que les recherches auraient pu être développées et focalisées sur d'autres bases de données.

Une troisième limitation sur le cadre théorique. Les articles retenus dans ce travail ne mentionnent à aucune reprise un cadre théorique infirmier, ce qui ne renforce pas la plus-value des soins infirmiers dans la prise en soins des patients souffrant de schizophrénie.

La dernière limitation concerne le fait qu'aucune étude n'a été effectuée en Suisse. Selon le système de santé, la culture et les enjeux géopolitiques, cela peut faire varier la qualité intrinsèque des études, mais aussi sa capacité à se généraliser. Il s'ajoute à cela que seules 3 études sont des essais cliniques, il est donc important pour les autres de mener d'autres recherches pour permettre de parvenir à des conclusions plus probantes.

7.2 Recommandations

7.2.1 Clinique

Les articles analysés mettent en évidence un grand nombre d'études intéressantes afin d'accompagner le patient à se rétablir, avec des projets de soins personnalisés. Ce dernier point est essentiel, car le vécu de la personne souffrant de schizophrénie est unique, d'où l'importance d'une relation thérapeutique où l'échange doit être la pierre angulaire.

Au-delà du rôle infirmier, accomplir un rétablissement doit toujours s'accompagner d'un neuroleptique. Il est donc important pour le patient de transmettre ses observations, afin que le médecin puisse adapter la médication. Pour le rôle infirmier, ses observations sont importantes, mais il serait judicieux de proposer au patient une pharmacopédagogie. L'objectif est de faire de la promotion de la santé afin d'améliorer la qualité de vie, mais aussi d'éviter le risque de rechutes et les ré hospitalisations.

Pour finir, il est indispensable d'utiliser une théorie de soins selon les besoins du patient. En lien avec les progrès actuels et les écoles de pensées, il serait plus judicieux d'utiliser le paradigme de la transformation pour proposer des prises en soins incluant la famille et la communauté proche du patient.

7.2.2 Recherche

La littérature possède une richesse d'articles proposant des interventions afin d'accompagner un patient souffrant de schizophrénie. Cependant, il serait enrichissant pour la recherche de proposer des méta analyses, car malgré l'abondance d'interventions, il manque des guidelines et des preuves fiables. De plus, inclure les soins infirmiers dans la méthodologie pourrait favoriser l'EBN afin de valoriser la prise en soins infirmière.

La plupart des interventions analysées dans ce travail durent quelques semaines, avec un effet bénéfique notoire certes, mais présentent tout de même un manque de donnée sur le long terme. Comme mentionné auparavant, les bénéfices de la formation psychosociale et de la musicothérapie, s'estompent après 2-3 mois. Seules les études sur la pharmacopédagogie et sur l'exercice thérapeutique montrent des effets positifs significatifs au-delà de 6 mois. Il serait donc judicieux d'employer ce type de méthodologie afin de s'assurer de la durée des effets des interventions.

7.2.3 Enseignement

Le sujet de la schizophrénie est relativement bien abordé sur le versant théorique. Il est, en revanche, sur le versant pratique, très peu exploré. Pourtant, sur le terrain, le

patient est en souffrance psychique, et l'infirmier peut se retrouver démuni et sans arme. Il n'est pas rare, en effet, d'être confronté à des patients qui ne collaborent pas, voire être dans une position de refus de soins. Que cela concerne ou non la schizophrénie, la relation thérapeutique est elle aussi, finalement, très peu exposée dans des situations pratiques. Il aurait été intéressant de proposer des techniques relationnelles, des simulations, afin d'acquérir plusieurs manières de créer une relation de confiance avec un patient. De plus, aborder de manière plus détaillée la théorie de l'attachement peut être judicieux, afin de comprendre la subtilité des enjeux qui se jouent durant les relations.

Pour finir, Il serait judicieux d'aller à la rencontre d'anciens patients qui ont su se rétablir de la maladie, mais aussi des infirmiers expérimentés afin de transmettre leur savoir et leur expérience. De plus, il serait aussi enrichissant pour les professeurs d'apporter plus de cas cliniques, avec un suivi dès les premiers symptômes jusqu'au rétablissement. Cela pourrait d'une part, permettre aux étudiants de visualiser les différentes étapes du processus, mais aussi de voir les outils infirmiers utilisés pour connaître leurs forces, mais aussi leurs faiblesses selon les besoins du patient.

8. RÉFÉRENCES

Art. 426 du Code civil suisse sur les placements à des fins d'assistance ou de traitement du 10 décembre 1907 (CC ; RS 210). Accès <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19070042/index.html#a426>

Art. 432 du Code civil suisse sur les placements à des fins d'assistance ou de traitement du 10 décembre 1907 (CC ; RS 210). Accès <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19070042/index.html#a432>

Art. 435 du Code civil suisse sur les placements à des fins d'assistance ou de traitement du 10 décembre 1907 (CC ; RS 210). Accès <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19070042/index.html#a435>

Arveiller, J.-P. (2006). *Psychiatrie et folie sociale*. Accès <https://www.cairn.info/psychiatrie-et-folie-sociale--9782749205458-page-97.htm>

Association Professionnelle Suisse des Art-thérapeutes. (2020). *Qu'est-ce que l'art-thérapie ?* Accès <https://apsat.ch/art-therapie/>

Bonsack, C., Morandi, S., Favrod, J., & Conus, P. (2013). Le stigmate de la « folie » : de la fatalité au rétablissement. *Revue médicale Suisse*, 9, 588-592.

Bowlby, J. (1975). Attachment theory, separation theory, and mourning, in David A. Hamburg, D.A., Brodie, K.H.; eds, *American Handbook Of Psychiatry*, 2nd edition (pp. 292-309). Basic Books.

Bowlby, J. (1973). *Attachment and Loss : vol. 1 : Attachment*. Basic Books.

Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss : vol. 2 : Separation*. Basic Books.

Caqueo-Urizar, A., Rus-Calafell, M., Craig, T., Irarrazaval, M., Urzúa, A., Boyer, L., & Williams, D.-R. (2017). Schizophrenia: Impact on Family Dynamics. *Current Psychiatry Reports*, 19(2), 1-8.

Carper, B. (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. *ANS Adv Nurs Sci*, 1(1), 13-23.

- Centre Cochrane Français. (2011). *Validité interne par type d'étude*. Paris : Cochrane France.
- Centre Hospitalier Universitaire Vaudois. (2015). *Vivre avec la schizophrénie*. Accès <http://ateliers-rehab.ch/wp-content/uploads/2015/06/Vivre-avec-la-schizophrenie.pdf>
- Charlson, F.J., Ferrari, A. J., Santomauro, D. F., Diminic, S., Stockings, E., Scott, J. G., McGrath, J. J., & Whiteford, H. A.(2018). Global Epidemiology and Burden of Schizophrenia: Findings From the Global Burden of Disease Study 2016. *Schizophrenia Bulletin*, 44(6), 1195-1203.
- Chinn, P. L., & Kramer, M. K. (2015). *Knowledge development in nursing : theory and process (9th ed.)*. St-Louis : Elsevier Mosby.
- Cho, J.M., & Lee, K. (2018). Effects of motivation interviewing using a group art therapy program on negative symptoms of schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32(6), 878-884.
- Compaijen, J. (2007). De la toute-puissance à l'humilité.... *Empan*, 68(4), 135-143.
- Crocq, M.-A., & Guelfi, J.D. (2015). DSM-V. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (5^{ème} éd.). Paris : E.Masson.
- Delieutraz, S. (2012). Le vécu d'impuissance chez le soignant : Entre pertes et élan retrouvé. *Cliniques*, 4(2), 146-162.
- Dortier, J. (2010). Qu'est-ce qu'un trouble mental ? *Les Grands Dossiers des Sciences Humaines*, 20(9), 3-3.
- Favrod, J., Maire, A., Rexhaj, S., & Nguyen, A. (2015). *Se rétablir de la schizophrénie (2^{ème} éd.)*. Paris : E. Masson.
- Fawcett, J., & Desanto-Madeya. (2013). Contemporary Nursing Knowledge: Analysis and Evaluation Nursing Models and Theories (3rd ed.). Philadelphia: F.A Davis Company.

- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : Méthodes quantitatives et qualitatives (3^{ème} éd.)*. Montréal: Chenelière Education.
- Frank, A. F., & Gunderson, J. G. (1990). The role of the therapeutic alliance in the treatment of schizophrenia. Relationship to course and outcome. *Archives of General Psychiatry*, 47(3), 228-236.
- Galinowski, A. (2011). L'annonce du diagnostic en psychiatrie. *Laennec, Tome 59*(3), 44-58.
- Gilly-Argoud, M. (2012). Les fous en image à la fin du Moyen Âge. Iconographie de la folie dans la peinture murale alpine (XIV^{ème}-XV^{ème} siècles). *Babel*, 25, 11-37.
- Hôpitaux Universitaires de Genève. (2020). *Réseau sport santé intégration*. Accès <https://www.hug.ch/departement-psychiatrie/reseau-sport-sante-integration>
- Hôpitaux Universitaires de Genève. (2019). *Accompagnement spirituel et accompagnement religieux*. Accès <https://www.hug.ch/aumoneries/accompagnement-spirituel-accompagnement-religieux>
- Hôpitaux Universitaires de Genève. (2019). *CAS-DAS Éducation thérapeutique du patient*. Accès <https://www.hug.ch/unite-education-therapeutique-du-patient/cas-das-education-therapeutique-du-patient>
- Hôpitaux Universitaires de Genève. (2019). *Pluriprofessionnels de santé : Mission*. Accès <https://www.hug.ch/pluriprofessionnels-sante/mission-4>
- Hôpitaux Universitaires de Genève. (2019). *Schizophrénie : Un diagnostic précoce est essentiel*. Accès <https://pulsations.hug.ch/article/schizophrénie-un-diagnostic-precoce-est-essentiel>
- Institut national de la santé et de la recherche médicale. (2020). *Schizophrénie*. Accès <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/schizophrénie>

- Kaiser, S., Berger, G., Conus, P., Kawohl, W., Müller, T., Schimmelmann, B., Traber, R., Trächsel, N., Vauth, R., & Seifritz, E. (2018). Recommandations thérapeutiques de la SSPP pour le traitement de la schizophrénie. *Forum Médical Suisse*, 18(25), 532-539.
- Kim, S.H., Oh, B.H., An, S.K., & Kim, J.K. (2008). Effects of clinical art therapy on negative symptoms in patients with schizophrenia. *Journal of Clinical Arts therapy*, 3, 89-94.
- Larousse. (s.d.). *Spiritualité*. Accès <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/spiritualité/74250>
- Leucht, S., Cipriani, A., Spineli, L., Mayridis, D., Örey, D., Richter, F., Samara, M., Barbui, C., Engel, R. R., Geddes, J. R., Kissling, W., Stapf, M.P. Lässig, B., Salanti, G., & Davis, J. (2013). Comparative efficacy and tolerability of 15 antipsychotic drugs in schizophrenia: A multiple treatments meta-analysis. *The Lancet*, 382(9896), 951-962.
- Liegeois, A. (1998). Mettre l'isolement en contexte. Une approche éthique de l'isolement des patients psychiatriques. *Ethica Clinica*, 98(11), 36-41.
- Lorabi, O., Samalin, L., & Llorca, P. M. (2010). Comorbidités somatiques et schizophrénie : une interaction multifactorielle complexe [Dossier]. *La Lettre du Psychiatre*, 6, 200-222.
- Lu, S.-F., Lo, C.-H. K., Sung, H.-C., Hsieh, T.-C., Yu, S.-C., & Chang, S.-C. (2013). Effects of group music intervention on psychiatry symptoms and depression in patient with schizophrenia. *Complementary Therapies in Medicine*, 21(6), 682-688.
- Maercker, A., Perkonig, A., Preisig, M., Schaller, K., & Weller, M. (2013). The costs of disorders of the brain in Switzerland: an update from the European Brain Council Study for 2010. *Swiss Medical Weekly*, 143(0102), 1-12.

- Maurel, M., Drai, D., Kaladjian, A., Pauly, V., & Azorin, J.-M. (2010). Étude contrôlée randomisée des effets de la pharmaco-éducation sur une population française de patients souffrant de troubles schizophréniques et schizoaffectifs. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 55(5), 329-337.
- Melman, C. (2006). Aperçu sur la normalité. *Journal français de psychiatrie*, 27(4), 6-8.
- Mohr, S., Borrás, L., Gillieron, C., Brandt, P.-Y., & Huguelet, P. (2006). Spiritualité, pratiques religieuses et schizophrénie : mise au point pour le praticien. *Revue Médicale Suisse*, 2, 31644.
- Naguy, A., & Al-Rabaie, A. (2017). Suicidality and Survivability in Schizophrenia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 205(7), 585.
- Office fédéral de la santé Publique. (2019). *Recommandations en matière d'activité physique*. Accès <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/gesund-leben/gesundheitsfoerderung-und-praevention/bewegungsfoerderung/bewegungsempfehlungen.html>
- Organisation de coopération et de développement économiques. (2014). *La Suisse doit s'attaquer aux problèmes de santé mentale au travail*. Accès <https://www.oecd.org/fr/els/emp/la-suisse-doit-sattaquer-aux-problemes-de-sante-mentale-au-travail.htm>
- Organisation mondiale de la santé. (2019). *Schizophrénie*. Accès <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
- Park, S. A., & Sung, K. M. (2013). The Effects on Helplessness and Recovery of An Empowerment Program for Hospitalized Persons With Schizophrenia. *Perspectives in Psychiatric Care*, 49(2), 110-117.
- Parker, M. & Smith, M. (2010). *Nursing theories & Nursing practice*. F.A Davis Company.
- Pepin, J., Kérouac, S. & Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière* (3^{ème} éd.). Montréal : Chenelière Éducation.
- Peplau, H.E. (1995). *Relations interpersonnelles en soins infirmiers*. Paris : InterEditions.

- Pomini, V., & Grasset, F. (2001). Psychoped, un programme d'entraînement des compétences sociales pour patients psychiatriques chroniques. *Revue médicale suisse*, -3, 21606.
- Psycom. (2016). *Prendre un médicament neuroleptique* [Brochure]. Accès <http://www.psycom.org/Ou-s-adresser/Soins/Medicaments-psychotropes/Prendre-un-medicament-neuroleptique>
- Psycom. (2016). *Troubles psychiques : Schizophrénie(s)* [Brochure]. Accès http://www.psycom.org/file/download/32225/607499/file/schizophrenies_11-16-Web.pdf
- Rodgers, B. L. (2005). *Developing Nursing Knowledge: Philosophical Traditions and Influences*. Philadelphiq : Lippincott Williams & Wilkins.
- Scheewe, T. W., Backx, F.J.G., Takken, T., Jörg, F., van Strater, A. C. P., Kroes, A. G., Kahn, R. S., & Cahn, W. (2013). Exercise therapy improves mental and physical health in schizophrenia: A randomized controlled trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 127(6), 464-473.
- Schuler, D., Tuch, A., Buscher, N., & Camenzind, P. (2016). *La santé psychique en Suisse. Monitoring 2016* (Obsan Rapport 72). Neuchâtel : Observatoire suisse de la santé.
- Schuler, D., Tuch, A., & Peter, C. (2018). *Placements en établissement psychiatrique à des fins d'assistance* (Obsan Bulletin 2/2018). Neuchâtel : Observatoire suisse de la santé.
- Shah, R., Kulhara, P., Grover, S., Kumar, S., Malhotra, R., & Tyagi, S. (2011). Contribution of spirituality to quality of life in patients with residual schizophrenia. *Psychiatry Research*, 190(2-3), 200-205.
- Société Québécoise de la Schizophrénie. (s.d.). *Vers la prévention des rechutes*. Accès <https://www.schizophrenie.qc.ca/fr/prevention-des-rechutes>
- Société Québécoise de la Schizophrénie. (s.d.). *Les symptômes de schizophrénie diffèrent d'une personne à l'autre par leur intensité et leur manifestation*. Accès <https://www.schizophrenie.qc.ca/fr/symptomes>

- Sofrà, D., Delgado, H., Masmont-Berwart, S., & Ruiz, J. (2014). L'éducation thérapeutique pour tous : programme de sensibilization pour professionnel de la santé. *Revue médicale suisse*, 10, 1249-1253.
- Tessier, A., Boyer, L., Husky, M., Baylé, F., Llorca, P.-M. & Misdrahi, D. (2017). Medication adherence in schizophrenia: The role of insight, therapeutic alliance and perceived trauma associated with psychiatric care. *Psychiatry Research*, 257, 315-321.
- Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., Olesen, J., Allgulander, C., Alonso, J., Faravelli, C., Fratiglioni, L., Jennum, P., Lieb, R., Maercker, A., van Os, J., Preisig, M., Salvador-Carulla, L., Simon, R., & Steinhausen, H.-C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21(9), 655-679.
- Won, M.-R., Lee, K.-J., Lee, J.-H., & Choi, Y.-J. (2012). Effects of an Emotion Management Nursing Programm for Patients With Schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 26(1), 54-62.
- Yilmaz, E., & Okanlı, A. (2018). Test of Mindfulness-Based Psychosocial Skills Training to Improve Insight and Functional Recovery in Schizophrenia. *Western Journal of Nursing Research*, 40(9), 1357-1373.
- Zosso, G., & Sentissi, O. (2019). Activités physiques adaptées et troubles psychiatriques : état des lieux et revue de la littérature. *Swiss Archives of Neurology, Psychiatry and Psychotherapy*, 170(01), 1-9.