

# **Interventions infirmières auprès de patients souffrant de troubles psychotiques et consommant régulièrement du cannabis**

**Une revue de littérature étoffée**

**Travail en vue de l'obtention du titre de Bachelor of Science  
HES-SO en soins infirmiers**

Par  
**Balmat Damien et Hadorn Valentine**  
Promotion 2010-2013

Sous la direction de Pierre-Benoît Auderset

**Haute École de Santé de Fribourg**  
Filière soins infirmiers

Le 1<sup>er</sup> juillet 2013

## REMERCIEMENTS

Nous aimerions en premier lieu remercier chaleureusement notre directeur de Bachelor Thesis, Mr Pierre-Benoît Auderset pour sa disponibilité ainsi que pour son soutien tout au long de ce travail. Ses critiques nous ont permis d'avancer efficacement tout au long de ce travail. Nous aimerions également remercier Mme Nadot Nicole pour ses précieux conseils en matière de méthodologie. Nous remercions nos proches pour leur soutien lors des moments plus difficiles.

## RESUME

**Objectif:** Un grand nombre de patients souffrant de troubles psychotiques consomment régulièrement du cannabis, ce qui a un effet néfaste sur leur maladie. Cette consommation a comme conséquence une augmentation du nombre de rechutes et d'hospitalisations. Nous aimerions au travers de cette revue de littérature, rechercher les interventions thérapeutiques que peuvent proposer les infirmières à ces patients afin qu'ils évitent de nouvelles rechutes et ainsi qu'ils se rétablissent de leur trouble psychotique.

**Méthode:** Afin de réaliser cette revue de littérature, nous avons retenu 14 articles scientifiques à partir des banques de données Pubmed et Google Scholar. Nous avons effectué des recherches en utilisant des combinaisons de mots Mesh. Une analyse fine de ces études a été effectuée à l'aide de grilles d'analyses. Finalement, nous avons aussi évalué si ces études correspondaient à nos critères d'inclusion.

**Résultats:** À la suite des analyses des recherches retenues, nous avons pu dégager deux catégories d'interventions thérapeutiques: les thérapies uniques et les thérapies intégrées. De plus, les interventions s'inscrivaient dans un processus de changement. L'entretien motivationnel, les thérapies cognitivo comportementales, la psychoéducation ainsi que les thérapies dans le milieu ont démontré des résultats intéressants en lien avec notre question de recherche.

**Implications pour la pratique:** Nous avons pu constater que ces interventions ne pouvaient être réalisées que par des infirmières ayant reçu une formation spécifique. De plus, elles s'inscrivent dans le rôle autonome de l'infirmière en psychiatrie. L'infirmière peut guider le patient dans son processus de changement en utilisant ces interventions thérapeutiques et ainsi l'aider à évoluer vers le rétablissement de sa maladie.

**Conclusion:** Ce travail a permis de mettre en évidence la pertinence de cette thématique pour la pratique infirmière dans le domaine de la santé mentale actuelle.

**Mots-clés:** *Psychotic disorders, Recurrence, Substance-related disorders, Motivation, Dual diagnosis, Psychotherapy*

## ABSTRACT

**Aim :** A large number of patients with psychotic disorder use regularly cannabis which has a harmful effect on their health. This consumption results in an increasing number of relapses and hospitalizations. With this systematic review, we aim to search therapeutic interventions that nurses can offer to patients to avoid further relapses and so they can get into recovery.

**Method:** To achieve this literature review, we selected 14 scientific articles from Pubmed and Google Scholar. We used combinations of Mesh terms to search the articles. A detailed analysis of these studies was performed using analytical tools in order to criticize the research. Finally, we also assessed whether the studies met our inclusion criteria.

**Results:** Following analysis of selected research, we have identified two types of therapeutic interventions: the individual therapies and integrated therapies. Interventions took part in a process of change. The motivational interviewing, cognitive behavioral therapy, psychoeducation and family therapies show interesting results related to our research question.

**Implications for practice:** We have found that these interventions could be only carried out by nurses who have received specific training. These interventions take part in the autonomous role of the psychiatric nurse. The nurse can guide the patient in his process of change with these therapeutic interventions and can help him, getting into recovery from his illness.

**Conclusion:** This study has highlighted the relevance of this issue for nursing practice in the area of the current mental health.

**Key words:** *Psychotic disorders, Recurrence, Substance-related disorders, Motivation, Dual diagnosis, Psychotherapy*

## TABLE DES MATIÈRES

<b>Remerciements .....</b>	<b>1</b>
<b>Résumé.....</b>	<b>2</b>
<b>Abstract.....</b>	<b>3</b>
<b>Table des matières .....</b>	<b>4</b>
<b>1 Introduction.....</b>	<b>7</b>
<b>2 Problématique .....</b>	<b>8</b>
2.1 Question de recherche.....	16
2.2 But de la revue de littérature étoffée.....	17
<b>3 Cadre conceptuel.....</b>	<b>18</b>
3.1 Concepts.....	18
3.1.1 <i>Le rétablissement</i> .....	18
3.1.2 <i>La prévention</i> .....	20
3.1.3 <i>Le rôle infirmier en psychiatrie</i> .....	21
3.2 Cadre de référence: l'accompagnement vers le changement.....	22
3.2.1 <i>L'entretien motivationnel</i> .....	23
3.2.2 <i>La thérapie cognitivo comportementale</i> .....	24
3.2.3 <i>La psychoéducation</i> .....	25
3.2.4 <i>Les thérapies familiales</i> .....	25
<b>4 Méthodologie .....</b>	<b>27</b>
4.1 Argumentation du devis.....	27
4.2 Description des étapes .....	27
4.3 Critères d'inclusion des écrits empiriques .....	28
4.4 Critères d'exclusion des écrits empiriques .....	28
4.5 Mots-clés et termes Mesh .....	29
4.6 Articles retenus .....	31
4.6.1 <i>Articles retenus sur Pubmed</i> .....	31
4.6.2 <i>Articles retenus sur Google Scholar</i> .....	35
4.7 Articles non retenus .....	36

4.7.1	<i>Articles non retenus sur Pubmed:</i> .....	36
4.7.2	<i>Article non retenu sur le Consortium:</i> .....	37
4.8	Moteurs de recherche .....	38
4.9	Grille d'analyse .....	38
4.9.1	<i>Grille de lecture</i> .....	39
<b>5</b>	<b>Résultats</b> .....	<b>40</b>
5.1	Les thérapies uniques .....	41
5.1.1	<i>L'entretien motivationnel</i> .....	41
5.1.2	<i>L'intervention familiale</i> .....	42
5.1.3	<i>La formation aux professionnels</i> .....	44
5.2	Les thérapies intégrées .....	45
5.2.1	<i>L'entretien motivationnel, les interventions cognitivo comportementales et les interventions familiales</i> .....	45
5.2.2	<i>La psychoéducation et la thérapie cognitivo comportementale</i> .....	48
5.2.3	<i>L'entretien motivationnel et la thérapie cognitivo comportementale</i> .....	50
5.2.4	<i>La psychoéducation et l'entretien motivationnel</i> .....	52
<b>6</b>	<b>Discussion</b> .....	<b>54</b>
6.1	Regard critique des études retenues .....	54
6.2	Regard critique sur le travail de Bachelor .....	56
6.3	Discussion des résultats .....	57
6.4	Réponse à la question de recherche .....	62
<b>7</b>	<b>Perspectives</b> .....	<b>64</b>
7.1	Implications pour la pratique .....	64
7.2	Implications pour la recherche future .....	66
<b>8</b>	<b>Conclusion</b> .....	<b>68</b>
<b>9</b>	<b>Bibliographie</b> .....	<b>69</b>
9.1	Ouvrages publiés.....	69
9.2	Articles publiés .....	69
9.3	Rapports .....	73
9.4	Ouvrages non publiés.....	73
9.5	Sites WEB.....	74

<b>10 Annexes .....</b>	<b>76</b>
Annexe A: Déclaration d'authenticité .....	76
Annexe B: Grille de lecture critique .....	77
Annexe C: Tableau récapitulatif des recherches retenues .....	80
Annexes D: Grilles de lecture des articles retenus .....	92
<b>Glossaire des échelles.....</b>	<b>185</b>

# 1 INTRODUCTION

Durant nos périodes de formation pratique dans des unités de psychiatrie hospitalière, nous avons été confrontés à plusieurs reprises à des personnes souffrant de troubles psychotiques. Parmi cette population, une grande majorité utilisait régulièrement des substances psychoactives telles que le cannabis. Cette consommation a souvent été un facteur de nouvelle décompensation de leur maladie. Malgré l'importance du rôle de ce produit dans les rechutes, nous avons le sentiment que peu d'interventions ont été mises en place pour pallier à cette consommation. Nous nous posons donc la question de savoir s'il existe des interventions thérapeutiques que les infirmières<sup>1</sup> en santé mentale peuvent proposer afin de guider les patients vers une diminution voire une abstinence de leur consommation de cannabis.

Il nous paraît donc important de traiter ce sujet afin de promouvoir la santé des personnes souffrant de troubles psychotiques. De plus, nous avons remarqué que plusieurs auteurs en Suisse et ailleurs dans le monde ont publié des écrits traitant de la même problématique.

Dans cette revue de littérature, nous allons mettre en avant l'argumentation du choix de cette problématique. Suite à cela, la question de recherche sera clairement définie. Puis, une partie explicitant la méthodologie nous permettra de décrire distinctement les étapes nécessaires à l'élaboration de cette revue de littérature étoffée. Nous allons également proposer un certain nombre d'articles scientifiques qui vont être analysés et retenus en fonction de nos critères d'inclusion. Les résultats de ces recherches seront explicités et mis en lien avec le cadre de référence. Finalement, un chapitre permettra d'argumenter les résultats pour la pratique infirmière.

---

<sup>1</sup> Dans ce travail, la référence au mot « infirmière » fait référence aux genres masculin et féminin.



## 2 PROBLEMATIQUE

Pour l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2013), la santé mentale est une composante primordiale de la santé en général. Il démontre que plus de 450 millions de personnes dans le monde souffrent d'un trouble mental (ibid., 2010). L'organisation explique que les troubles mentaux accompagnés d'une consommation de substances illicites sont très répandus et «représentent une charge importante de santé publique» (OMS, 2008, p.29). En général, les ressources allouées à cette problématique sont insuffisantes, inefficaces ou mal réparties (ibid., 2008). «Le plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020», récemment adopté par la «Soixante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé» (ibid., 2013), rappelle, dans le même sens, que la schizophrénie et l'abus de substances psychoactives font partie des troubles mentaux «entraînant une charge de morbidité élevée» (p.3). Ce nouveau rapport met l'accent sur «la promotion, la prévention, le traitement, la réadaptation, les soins et le rétablissement» (ibid., 2013, p.3) en santé mentale. Il «définit aussi des lignes d'action claires pour les États membres, le Secrétariat et les partenaires aux niveaux international, régional et national» (ibid., 2013, p.3) afin d'atteindre les objectifs prédéfinis.

De plus, selon l'OMS (2001), 24 millions de personnes dans le monde souffriraient de schizophrénie. Au vu des ressources insuffisantes consacrées aux soins des troubles mentaux, il n'est guère étonnant de découvrir un chiffre aussi important. Llorca (2005), médecin psychiatre, affirme que cette même maladie fait partie des troubles les plus invalidants. En effet, 70 à 80 % des schizophrènes sont déclarés invalides et se retrouvent sans emploi (ibid., 2005). L'OMS (2001) poursuit en expliquant que le coût qu'engendrait la schizophrénie aux États-Unis d'Amérique en 1999 avoisine les 19 milliards de dollars américains et que l'incapacité liée à la pathologie a provoqué, durant cette même année, un coût de 46 milliards de dollars. Ces chiffres ne concernent que la schizophrénie et n'incluent pas les autres pathologies de la psychose. De ce fait, nous pouvons en déduire que ces données peuvent être plus importantes si l'on y inclut l'ensemble des troubles psychotiques.

Dès lors, il nous semble nécessaire de décrire en premier lieu la psychose.

La psychose, terme introduit en 1844 par le psychiatre autrichien Feuchtersleben (Llorca, 2005), désigne des affections mentales parmi les plus graves, «elles se caractérisent principalement par une atteinte globale de la personnalité du sujet par le processus pathologique» (ibid., 2005, p. XIX).

Une personne souffrant de psychose (Townsend, 2010) peut être définie comme un sujet ayant des idées délirantes ou des hallucinations prolongées.

Le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV (DSM-IV) (2003) classe deux catégories de pathologies dans le spectre des troubles psychotiques: d'une part la schizophrénie, d'autre part les troubles délirants. La psychose, dans la pathologie schizophrénique, induit durant la phase active «des idées délirantes, des hallucinations prononcées, un discours désorganisé ou un comportement désorganisé ou catatonique et des symptômes négatifs» (Llorca, 2005, p. XXI).

Le trouble délirant se caractérise par la présence d'idées délirantes et par l'absence des symptômes de la phase active de la schizophrénie. Subséquemment, dans le DSM-IV se trouvent également les troubles schizoaffectifs et les troubles psychotiques brefs (ibid., 2005). Le trouble schizoaffectif se définit comme suit: présence successive d'épisodes dépressifs majeurs et d'épisodes maniaques avec des symptômes identiques à ceux de la schizophrénie. Les troubles psychotiques brefs se caractérisent par une symptomatologie telle que: idées délirantes, hallucinations, discours et/ou comportements désorganisés durant une période allant de un jour à un mois (ibid., 2005).

Selon le DSM-IV-TR (2003), l'évolution de la schizophrénie est variable: certains patients présentent des rémissions, tandis que d'autres développent une psychose chronique. Cette chronicité nécessite «une prise en charge au long cours (...)» (Llorca, 2005, p. XVIII). La rémission complète est peu courante dans ce trouble. Dans la chronicité, une évolution relativement stable se présente tandis que pour d'autres sujets, une aggravation progressive peut se dessiner. Durant les phases de stabilité, les symptômes négatifs peuvent apparaître, tandis que les symptômes positifs apparaissent lors de rechutes/décompensations (DSM-IV-TR, 2003). De plus, d'après le Mini DSM-IV-TR (2004), entre deux épisodes psychotiques, il peut y avoir des symptômes résiduels de la phase active avec des symptômes négatifs prononcés ou l'absence de ces

symptômes. L'évolution de la maladie peut être continue, c'est-à-dire que des symptômes caractéristiques de la schizophrénie persistent, en s'accompagnant parfois de symptômes négatifs.

Les personnes présentant des troubles psychiques sévères sont plus à risque de développer des troubles concomitants comme l'abus de substance (Ménard, 2001, cité par Townsend, 2010). L'abus de substance est défini comme un «mode d'utilisation inadéquat d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement» (Mini DSM-IV-TR, 2004, p.113), tandis que la dépendance à une substance est définie comme un «mode d'utilisation inadapté d'une substance» (ibid, 2004, p. 107) se caractérisant par une tolérance de la substance, la présence de symptômes de sevrage, une recherche intermittente du produit, une présence d'un désir de contrôle de l'utilisation et une prise importante sur une période prolongée.

Les personnes souffrant de psychoses ne font pas exception à l'apparition d'un trouble concomitant puisqu'on estime à 47 le pourcentage de patients schizophrènes dépendant ou abusant de drogues (Townsend, 2010). L'OMS (2008) adhère à cette affirmation en expliquant que l'utilisation de substances psychoactives est fréquente chez les personnes souffrant de psychose. L'office fédéral de la santé publique (OFSP, 2006) tout comme certains chercheurs tels que Favrod (2009), infirmier au centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), expliquent que le cannabis est la drogue illicite la plus fréquemment consommée. En 2002, près de 5 % de la population totale en Suisse âgée de 15 à 64 ans ont déjà consommé du cannabis, la moitié d'entre eux à une fréquence d'au moins une fois par semaine (OFSP, 2007). Besancon-Queleennec, Pouvreau & Scerbanenko (2010), infirmiers, ainsi que Schofield, Tennant, Degenhardt, Cornish, Hoobs & Brennan (2006) disent également que la consommation est élevée chez les personnes souffrant de psychose. L'usage de ce produit est deux à cinq fois supérieur chez ce type de patients comparé à la population générale, de ce fait, on estime que 35 à 60 % des patients psychotiques consomment du cannabis.

Le fait que «l'information sur le danger de substance comme le cannabis et l'alcool n'est pas assez bien relayée» (Jourdain-Menninger & Strohl-Maffesoli, 2004, p.17) peut donner des pistes de compréhension à cette consommation accrue.

La question de savoir comment la consommation de cannabis affecte l'état de santé des personnes souffrant de psychose découle d'une façon évidente de ce qui précède.

Dans ce sens, il est démontré que les rechutes et les hospitalisations sont plus fréquentes chez les consommateurs de cannabis souffrant d'une psychose (ibid, 2004) et qu'une surconsommation de cannabis est observée dans les semaines précédant une nouvelle décompensation (ibid., 2004). Quant à Richard, médecin psychiatre (2009), il explique que le patient psychotique dépendant au cannabis rechute plus fréquemment et est également plus souvent hospitalisé. Favrod (2009) cite aussi que les patients souffrant de psychose ont une moins bonne compliance au traitement et que leurs rechutes sont donc plus fréquentes. Burke, Lewis, Zammit, Moore, Lingford-Hughes, Barnes & Jones (2008), vont aussi dans ce sens en expliquant le nombre accru de rechutes et de réhospitalisations ainsi qu'une moins bonne adhérence au traitement pour ces personnes. L'institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA, 2006) note également que la consommation de cannabis peut péjorer l'évolution des psychoses et causer des rechutes. Dans ce sens, Schofield et al. (2006) expliquent aussi que les rechutes sont fréquentes chez cette population de patients et que le cannabis peut précipiter ou augmenter les symptômes de la psychose. De plus, cette substance diminue l'efficacité de certains médicaments antipsychotiques en perturbant leur mécanisme d'action et favorise de ce fait le risque de nouvelle décompensation (Favrod, 2009). Henquet, Os, Kuepper, Delespaul, Smits, A Campo & Myin-Germeys (2010) argumentent l'effet néfaste de la consommation de cannabis chez les patients psychotiques. Ils expliquent que les patients souffrant de psychose sont plus sensibles à l'effet hallucinogène du cannabis, ce qui favoriserait l'apparition de nouvelles hallucinations.

Si l'abus de cannabis et la dépendance à cette substance sont clairement délétères pour les patients psychotiques, il est prouvé que sa consommation occasionnelle leur nuit également gravement (Besancon-Quellenec, et al., 2010). Lors d'une étude menée sur le suivi de jeunes patients psychotiques consommant du cannabis, González-Pinto, Alberich, Barbeito, Gutierrez, Vega, Ibàñez, Haidar, Vieta & Arango (2009), ont remarqué que les patients ayant arrêté leur consommation voient une amélioration des symptômes négatifs 5 ans plus tard. Ceux qui consommaient encore présentaient des symptômes négatifs à long terme. Dans les deux cas, les symptômes positifs ont

diminué grâce au traitement antipsychotique. De plus, dans une autre étude, Mullin, Gupta, Compton, Nielssen, Harris & Large (2012) ont remarqué une amélioration des symptômes positifs lorsque l'arrêt de la consommation de substance survenait après le premier épisode psychotique. Pour eux, il est important d'informer les patients ayant ce double diagnostic dès la première décompensation.

Dans ce sens, l'OMS (2011) a établi un guide d'évaluation et de prise en charge de la maladie mentale. Il y stipule l'importance de soigner à la fois la psychose et le trouble addictif lorsque les deux problématiques sont présentes chez la même personne.

De tout ce qui précède, nous en déduisons qu'il est essentiel d'intervenir auprès du patient pour limiter sa consommation de cannabis afin de prévenir des rechutes. Cette prévention des rechutes par la diminution de la consommation de cannabis ne peut se faire sans la volonté du patient. Dans ce sens, Cottraux (2011), médecin psychiatre, explique qu'«il n'y a pas de changement sans motivation (...)» (p.23). La motivation de changer ce comportement (consommation de cannabis) s'inscrit donc dans un processus de rétablissement de la maladie. En effet, selon Provencher, professeure en soins infirmiers et Keyes, docteur en sociologie (2010), le rétablissement regroupe plusieurs éléments, dont la motivation.

Pour Anthony (1993, cité par Assad, 2007), le rétablissement peut être défini comme une manière de vivre:

«satisfaisante, pleine d'espoir, en contribuant à la vie de son milieu avec les limites engendrées par la maladie. Le rétablissement implique le développement d'un nouveau sens et de nouveaux buts dans la vie à mesure que la personne grandit au-delà des effets catastrophiques de la maladie mentale» (p. 4)

Nous estimons donc qu'il est important d'expliquer ce qu'est le cannabis afin de mieux saisir son impact sur le patient souffrant de psychose et de mieux comprendre les raisons de son utilisation.

Selon Richard, médecin psychiatre (2009), le cannabis est une plante contenant une substance active: le THC (delta 9-tétrahydrocannabinol). Ses effets psychoactifs sont l'euphorie, l'apathie, l'antalgie, les modifications des perceptions sensorielles et du

temps vécu. Le cannabis inhibe l'activité de différents neurotransmetteurs par certains mécanismes:

- «au niveau de l'hippocampe et du cervelet, il perturbe la mémorisation immédiate et la coordination motrice;
- au niveau de l'amygdale, il induit des réactions anxieuses;
- au niveau du cortex préfrontal, il diminue le contrôle inhibiteur et entraîne donc une désinhibition des comportements;
- au niveau de la voie méso — cortico-limbique, il augmente le tonus dopaminergique, d'où ses effets gratifiants susceptibles de conduire au développement d'une dépendance» (ibid., 2009, pp.27-28).

Nous pouvons donc tenter de décrire les motivations des patients atteints d'un trouble psychotique à consommer une telle substance. Plusieurs auteurs se sont intéressés à ce questionnement.

Favrod (2009) explique que les professionnels ont plusieurs hypothèses quant à la consommation régulière de cannabis chez les personnes psychotiques: il pourrait s'agir d'une tentative de diminuer les effets secondaires des neuroleptiques ou de s'automédiquer.

Richard (2009) quant à lui décrit le cannabis comme une substance qui «constituerait une automédication des signes déficitaires de la schizophrénie (anhédonie, difficultés affectives et relationnelles, avolition, pauvreté idéatoire, etc.)» (p.69).

Il semble que la consommation de cannabis offre aux utilisateurs souffrant de psychose divers effets bénéfiques que Favrod (2009) résume ainsi: la recherche d'une sensation de plaisir, l'effet relaxant, la recherche de sociabilité et la diminution de la déprime.

Dans ce sens, Schofield et al. (2006) notent que le cannabis a un grand lien avec les effets secondaires des neuroleptiques les plus invalidants pour les patients. De nombreux patients consomment donc du cannabis pour atténuer ces effets. Plus de 80 % des patients de cette population utilisent cette drogue pour lutter contre la baisse d'énergie et l'impatience tandis que plus de 60 % pour des problématiques de pertes de poids, de cauchemars, d'insomnies. Par ailleurs, plus de 80 % des sujets expliquent que la consommation de cannabis permet de réduire l'ennui ainsi que l'isolement social.

Spencer, Castle & Michie (2002), expliquent les différentes raisons pour les personnes atteintes d'un trouble psychotique de consommer des substances telles que le cannabis. En effet, ils ont pu mettre en évidence trois catégories de motivations à la consommation. La première est l'amélioration des contacts sociaux et avec le monde extérieur. La seconde concerne l'usage du produit pour faire face à l'affect désagréable: ceci dans le but d'améliorer la confiance qu'a le patient avec le monde extérieur. La troisième raison de consommation est décrite comme le soulagement des effets indésirables et des symptômes positifs. En effet, la volonté de diminution des hallucinations auditives, la paranoïa ainsi que les effets secondaires des psychotropes sont cités pour cette catégorie.

Pourtant Favrod (2009) poursuit en démontrant le peu d'interventions mises en place par les institutions pour remplacer l'effet que le cannabis apporte à ses consommateurs par «des activités enivrantes non toxiques (jeux vidéos, danse, sport, etc.) ou plaisantes» (ibid., 2009, p. 210). De plus, les méthodes de relaxation et «les techniques d'entraînement aux habiletés sociales ne sont pas assez souvent utilisées par les professionnels de la santé, même si elles sont recommandées» (ibid., 2009, p.210). Henquet et al. (2010) expliquent que la question de la consommation de cannabis n'est pas assez abordée entre les professionnels de la santé et les patients.

Après avoir compris les raisons de leur consommation, il est important de proposer des interventions pour la limiter.

L'OMS (2011) quant à lui, propose dans son guide d'évaluation et de prise en charge de la maladie mentale des interventions psychosociales telles que la psychoéducation, la réinsertion sociale et le suivi ambulatoire et pharmacologique pour soigner les personnes atteintes de psychose. L'organisation ne précise pas les interventions efficaces pour traiter à la fois la psychose et l'abus de substance et plus précisément de cannabis.

Plusieurs chercheurs présentent dans leurs ouvrages quelques interventions thérapeutiques. Selon Henquet et al. (ibid, 2010), une combinaison de l'entretien motivationnel et de la thérapie cognitivo comportementale peuvent être proposées pour une majorité de ces patients. Pour Schofield et al (2006), il est essentiel d'observer attentivement les facteurs de motivation de la consommation et de prescrire une

médication appropriée afin de diminuer les effets secondaires. De plus, ils citent que l'éducation ainsi que les interventions comme l'entretien motivationnel, doivent être utilisées. Spencer, Castle & Michie (2002), indiquent que les thérapies cognitivo comportementales ont un bon effet sur la diminution de consommation chez ces patients. Mais ils citent qu'il est important que cela se fasse en fonction de la volonté du patient.

Cleary, Hunt, Matheson, Siegfried & Walter (2010), ont réalisé une revue de littérature étoffée concernant les interventions psychosociales chez les patients avec le double diagnostic; maladie psychique grave et consommation de substance. Dans leur recherche, ils citent qu'il serait nécessaire d'effectuer une nouvelle revue de littérature en se centrant sur une substance, un diagnostic et un mode de consommation spécifique (abus de substance ou dépendance).

Baker, Hides & Lubman (2010) quant à eux, ont réalisé une revue de littérature sur les différents traitements, qu'ils soient pharmacologiques ou psychothérapeutiques, utilisés pour diminuer la consommation de cannabis chez les personnes atteintes de psychose ou de dépression. Cette revue regroupe les résultats de 7 études randomisées contrôlées. Ils ont relevé que l'association du traitement pharmacologique et psychothérapeutique permet la réduction de consommation de cannabis à court terme. Ils relèvent également qu'aucune indication spécifique quant au type et à la durée nécessaire des traitements psychothérapeutiques ne peut être posée pour le moment, mais que l'entretien motivationnel et la thérapie cognitivo comportementale semblent être prometteurs. Cette recherche s'est basée sur un aspect médical et non infirmier du traitement de la consommation de cannabis chez les personnes souffrant de psychose ou de dépression.

Favrod (2009) écrit également que l'entretien motivationnel pourrait être une méthode adaptée pour réduire la consommation de cannabis chez les psychotiques. Il ajoute qu'il faudrait trouver d'autres interventions thérapeutiques pour atteindre ce but (ibid., 2009).

Trouver d'autres interventions thérapeutiques implique la présence d'une «thérapeute» travaillant avec le patient. Cette thérapeute sera dans cette revue de littérature étoffée une infirmière diplômée.

Le rôle de l'infirmière en santé mentale (Merkling, 2007) est constitué de différents actes tels que le soin, la prévention, l'évaluation et la préservation de l'autonomie du



patient. Selon Merkling (2007), infirmier en santé mentale et cadre supérieur de santé, l'infirmière a précisément pour mission d'aider le patient à faire diminuer ou disparaître sa souffrance, sa dépendance ou sa fragilité vers un état de consolidation psychique, d'autonomie et de diminution de sa douleur psychique. L'infirmière est «co-constructeur» (ibid., 2007, p.215) du soin. Selon les institutions de soins, l'infirmière en psychiatrie doit réaliser ses soins selon les modèles théoriques en vigueur: psychanalytique, cognitivo comportemental ou centré sur la personne. Ce qui précède nous laisse penser que l'infirmière tient un rôle de thérapeute auprès du patient vivant une phase aiguë de sa maladie. En accompagnant le patient souffrant de psychose soigné dans différents milieux de soins vers une limitation de sa consommation, elle pourrait prévenir le risque de nouvelle décompensation. Elle empêcherait que la chronicité s'installe et de ce fait elle préserverait l'autonomie du patient.

L'indication d'une future étude conseillée par Cleary, et al. (2010), la réflexion de Favrod (2009) sur la nécessité de trouver des interventions thérapeutiques adéquates et l'importance du rôle infirmier en psychiatrie nous permettent de poser la question de recherche de cette revue de littérature étoffée. Aussi, le choix des articles de la revue de Baker et al., étant limité, cela nous permet d'imaginer une recherche plus élargie pour répondre à notre question de recherche en excluant les études utilisées dans cette revue.

## **2.1 QUESTION DE RECHERCHE**

Pour cette revue de littérature étoffée, nous avons décidé de nous intéresser à tous les types de psychose afin d'élargir notre champ d'intérêt et son impact sur la pratique infirmière. Nous avons également convenu que nous allons nous centrer sur la consommation abusive et/ou la dépendance au cannabis, ceci pour les mêmes raisons. Il en va de même pour le milieu de soins dans lequel les personnes sont soignées. Nous sommes donc parvenus à notre question de recherche:

**Quelles interventions thérapeutiques peuvent être proposées par une infirmière à un patient souffrant d'un trouble psychotique et ayant une consommation régulière de cannabis afin d'éviter les rechutes?**

## **2.2 BUT DE LA REVUE DE LITTÉRATURE ETOFFÉE**

Cette revue de littérature étoffée contiendra un recensement des articles ou des recherches scientifiques sur la thématique abordée. Cet inventaire nous permettra de faire la synthèse des interventions thérapeutiques que l'infirmière peut utiliser dans son rôle de prévention, de soin, d'évaluation et de préservation de l'autonomie en santé mentale.

### **3 CADRE CONCEPTUEL**

Avant de décrire le cadre de référence qui nous permettra d'analyser les résultats de notre revue étoffée de littérature, il paraît nécessaire d'établir les concepts-clés de ce travail.

#### **3.1 CONCEPTS**

##### **3.1.1 LE RÉTABLISSEMENT**

Selon Provencher (2010), deux visions du rétablissement existent. La première se penche plus traditionnellement sur une approche de la pathologie: de ce fait, le rétablissement signifie l'absence de psychopathologie. L'évolution du trouble mental y est fortement avancée. Le degré de rémission de la maladie peut différencier d'un spécialiste à un autre: soit elle doit être totale ou alors la rémission partielle peut être vue comme suffisante. La seconde vision vise les transformations positives de la personne et des facteurs environnementaux pouvant faciliter ou bloquer le rétablissement. On entend par transformation les modifications du rapport qu'a le patient avec sa maladie, sa vision de sa relation avec lui-même, l'entourage social, envers la société ou de façon plus large, à la vie. La restauration des capacités perdues ou modifiées par la maladie est une composante importante du concept du rétablissement. Il est important ici que le patient puisse retrouver un sentiment d'espoir face à une évolution positive de sa maladie et de retrouver une qualité de vie convenable. De ce fait, le:

«pouvoir d'agir (empowerment) face à la maladie est une autre vision centrale et regroupe plusieurs éléments, dont la motivation, l'autodétermination, le sentiment d'efficacité personnelle ainsi que des stratégies efficaces d'adaptation qui englobent la revendication et la restauration de droits.» (ibid, 2010, p. 582).

Il est important d'intervenir au niveau environnemental afin de permettre à la personne de retrouver son rôle social. La diminution des préjugés et de la discrimination est une part importante du rétablissement. Dans cette deuxième vision du rétablissement, le développement de ressources personnelles ainsi qu'environnementales contribuant à la prévention des rechutes représente une part importante de ce concept.

Dans cette direction, Favrod, Rexhaj & Bonsack (2012), expliquent que quatre éléments sont essentiels au processus de rétablissement.

Pour commencer, l'espoir est le moteur du rétablissement permettant de démarrer ce processus. Il permet au patient de se projeter dans l'avenir et d'avoir confiance en son potentiel de se rétablir. Il est également nécessaire que le patient puisse redéfinir son identité. Il doit pouvoir séparer la symptomatologie imputable à sa maladie des éléments faisant partie de sa propre personne. Il est important que le patient se considère comme une personne à part entière et non comme un malade.

Il est nécessaire que le patient puisse concevoir un sens à sa vie, que cela soit par un nouveau but personnel ou de nouvelles valeurs. Cela va permettre à la personne de découvrir «ce qui rend la vie précieuse et enrichissante, à se réaliser dans une activité créatrice, à s'engager dans le soutien aux pairs ou encore à développer une nouvelle vision du monde sur le plan spirituel ou philosophique» (ibid., 2012, p.34). Finalement, le patient doit endosser la responsabilité de son rétablissement impliquant la gestion de sa santé, de son traitement, ainsi que son autonomie dans les choix de vie.

Favrod, Rexhaj & Bonzack (2012) expliquent que la première étape du rétablissement se nomme le moratoire qui «est caractérisé par le déni, la confusion, le désespoir, le repli et la révolte» (ibid., 2012, p.34).

Deuxièmement, la conscience permet à la personne d'avoir un premier sentiment d'espoir en une qualité de vie convenable. Cela peut venir d'un professionnel ou par le patient lui-même. Troisièmement, la préparation au rétablissement se caractérise par l'établissement d'une liste différenciant les comportements du patient imputables à sa maladie de ceux qui lui appartiennent vraiment. Le patient définit également ses valeurs et ses faiblesses (ibid., 2012). Il est essentiel que le patient apprenne à gérer sa maladie. Quatrièmement, dans l'étape de la reconstruction, le patient va travailler son rétablissement et va devoir se forger une identité positive. Il va utiliser ses ressources afin de réaliser les buts qu'il s'était fixés. Cela va lui permettre de se responsabiliser quant à la gestion de sa maladie, de son trouble et d'avoir donc un certain contrôle sur sa vie. Cinquièmement, la dernière étape, la croissance, indique que le patient sait gérer sa maladie et se sent grandi par l'expérience de cette dernière.

Nos interventions infirmières mises en place avec le patient visant à diminuer sa consommation de cannabis s'inscriront dans cette démarche du rétablissement.

### 3.1.2 LA PRÉVENTION

Selon l'OMS (1999), la prévention de la maladie vise à «empêcher l'apparition de la maladie (...), mais également à en arrêter les progrès et à en réduire les conséquences» (p.4). La prévention de la maladie est l'action qu'ont les professionnels de la santé sur des populations cibles dont les personnes présentent des facteurs de risque identifiables «souvent associés à des comportements à risque différents» (ibid., 1999, p.4). Les différents types de prévention sont utilisés en milieu communautaire.

Il existe trois types de prévention:

- la prévention primaire: elle cherche à éviter l'apparition d'une maladie en luttant contre les facteurs de risque
- la prévention secondaire: elle stoppe l'évolution de la maladie
- la prévention tertiaire: elle diminue les conséquences liées à la maladie, elle tente d'éviter les rechutes et que la maladie se chronicise

Plus précisément, la première vise à détecter les facteurs favorisant d'une maladie dans des populations cibles afin de les limiter ou de les éviter (Townsend, 2010). L'infirmière cherche également à améliorer les stratégies pour diminuer les facteurs favorisant des individus touchés.

La prévention secondaire consiste à réduire la fréquence d'apparition d'une maladie grâce à un dépistage avancé. Une fois la maladie détectée, l'infirmière oriente la personne vers des services adaptés afin de traiter la pathologie.

Pour finir, la prévention tertiaire tente de limiter les conséquences de la maladie. Elle favorise «une réadaptation permettant à la personne d'agir au mieux de sa capacité fonctionnelle» (ibid., 2010, p. 706). Le but étant que la personne puisse retrouver un niveau d'autonomie satisfaisant. En santé mentale, il est important pour les patients de réapprendre des comportements sociaux leur permettant de retrouver une place dans la communauté.

Dans le cadre de l'accompagnement vers une diminution de la consommation de cannabis chez des personnes souffrant de psychose, les interventions infirmières s'inscriront dans un processus de prévention tertiaire, voire secondaire.

### 3.1.3 LE RÔLE INFIRMIER EN PSYCHIATRIE

Dans la maladie psychiatrique, la relation à l'autre est souvent défaillante, car ces pathologies font partie intégrante de la personnalité du sujet. Chez les personnes souffrant de psychose, la maladie déforme la réalité et rend l'autre indissociable de soi (Merkling, 2010). Le soignant entre dans une relation spécifique avec le patient. Cela va donc obliger l'infirmière en psychiatrie à acquérir des connaissances et des techniques de relation qui vont lui permettre de s'adapter à la spécificité du patient induite par sa pathologie. Le principal moyen qu'a l'infirmière pour soigner le malade psychique est la relation, il devient outil de soins

Selon Merkling (2007), l'infirmière en santé mentale peut voir son rôle constitué par différents actes relevant de sa compétence. Cette compétence peut être divisée en 9, selon le plan d'étude-cadre Bachelor 2006, filière de formations Soins infirmiers de la HES-SO (2008):

- La première compétence est de «concevoir une offre en soins en partenariat avec la clientèle, inscrite dans une démarche de soins.» (ibid, 2008 p. 6)
- La seconde est de «réaliser l'offre en soins dans la perspective de projets de soins interdisciplinaires.» (ibid, 2008, p.7)
- La troisième est de «promouvoir la santé et d'accompagner la clientèle dans son processus de gestion de la santé.» (ibid, 2008, p. 8)
- La quatrième compétence est d'«évaluer ses prestations professionnelles.» (ibid, 2008, p.9)
- La cinquième est de «contribuer à la recherche en soins et en santé.» (ibid, 2008, p.9)
- La sixième est de «contribuer à l'encadrement et à la formation des professionnels de la santé.» (ibid, 2008, p.10)
- La septième est de «coopérer et coordonner son activité avec les acteurs du système sociosanitaire.» (ibid, 2008, p.10)
- La huitième est de «participer aux démarches qualité.» (ibid, 2008, p. 11)

- La neuvième et dernière compétence est de «exercer sa profession de manière responsable et autonome.» (ibid, 2008, p.11)

Pour cette revue de littérature, le rôle infirmier dans l'accompagnement des personnes souffrant de psychose et consommant du cannabis s'inscrit dans plusieurs de ces compétences. En effet, les interventions infirmières proposées à la suite de ce travail permettront d'offrir des prestations en partenariat avec les patients. De plus, elles devront être discutées en équipe interdisciplinaire, intégrant donc la deuxième compétence, mais également la neuvième compétence. La prévention des rechutes s'inscrit dans la troisième compétence par l'accompagnement des patients dans leur processus de changement. Finalement, cette revue de littérature s'inscrira dans une contribution à la recherche en soins et santé. Elle permettra également de fournir des informations aux infirmières en santé mentale et s'inscrit donc dans le cadre de formation des professionnels de la santé (6<sup>ème</sup> compétence).

### **3.2 CADRE DE REFERENCE: L'ACCOMPAGNEMENT VERS LE CHANGEMENT**

Afin d'analyser les résultats de nos recherches, nous allons utiliser le cadre de référence suivant: l'accompagnement infirmier vers le changement. Ce cadre de référence est le point commun entre les concepts-clés.

Cottraux (2011) explique qu'«il n'y a pas de changement sans motivation (...)» (p.23). En effet, l'efficacité d'une psychothérapie va dépendre de la motivation du patient à changer son comportement. La motivation au changement peut être influencée par le contexte interpersonnel, mais elle peut être, à l'origine d'une interaction (Miller & Rollnick, 2006). Plusieurs modèles d'interventions (Townsend, 2010) s'articulent autour de la motivation. Ces derniers seront établis à la suite du cadre de référence. La théorie la plus fréquemment utilisée est celle du modèle du changement de Prochaska et DiClemente élaboré en 1986 pour aider les personnes dépendantes aux substances à arrêter leur consommation (Miller & Rollnick, 2006). Ce modèle se base sur les attentes aux changements du patient. Ce modèle «se fonde sur l'idée qu'il existerait un état idéal, meilleur que celui dans lequel on se trouve actuellement, qu'il faut s'efforcer d'atteindre par les modifications importantes de structures et de comportement» (Fouilland, 2007, p.6). Cette motivation à changer de comportement va dépendre de l'interaction entre le patient et son thérapeute. Le modèle de Prochaska et de

DiClemente «considère le changement de comportement comme un processus et non un événement unique» (ibid., 2007 p.6).

Le changement s'opère selon 5 étapes successives:

- la précontemplation: durant cette phase, la personne nie son comportement problématique et est surprise lorsqu'une personne tierce lui en parle
- la contemplation: durant cette phase, la personne est ambivalente quant au choix de réagir face à son comportement. À la fois la personne exprime ses inquiétudes quant au comportement, mais elle relate également des raisons de ne pas s'en faire
- la décision: la personne a choisi de changer son comportement problématique
- l'action: durant cette période, le patient va réaliser les premiers pas vers le changement
- le maintien: le patient va essayer de maintenir son nouveau comportement et d'éviter les rechutes

Ce processus peut s'effectuer de façon cyclique. C'est-à-dire que les personnes peuvent rechuter et recommencer les étapes depuis le début ou depuis une phase antérieure. Le patient peut avoir un sentiment de culpabilité ou d'échec. Selon ce modèle, la rechute est une étape normale et il est parfois nécessaire de recommencer plusieurs cycles avant d'arriver un changement permanent. Cette théorie veut que le changement soit la responsabilité du patient et que le thérapeute ne joue qu'un rôle d'aide.

Les recherches retenues devront proposer des interventions infirmières visant l'accompagnement pouvant s'inscrire dans ce modèle transthéorique du changement de Prochaska et DiClemente.

### 3.2.1 L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL

Parmi les interventions visant la motivation au changement, nous pouvons citer l'entretien motivationnel. L'entretien motivationnel (Miller & Rollnick, 2006) amène le patient au changement par la communication. Cette intervention est centrée sur la personne et dans le but «d'augmenter la motivation intrinsèque au changement par l'exploration et la résolution de l'ambivalence» (ibid, 2006, p. 31). Scherrer-Burri (2012) explique que l'entretien motivationnel a démontré une bonne efficacité chez des



patients qui doivent changer de comportement. En effet, il permet de renforcer la motivation du patient, d'améliorer la compliance au traitement et de réduire le risque de rechute. Il peut s'avérer très utile pour aider les patients ayant des réticences ou des ambivalences au changement de comportement. Le soignant va permettre au patient de passer outre cette ambivalence par une exploration de cette dernière. Scherrer-Burri (ibid, 2012) explique que les compétences liées à l'entretien motivationnel peuvent être développées par une infirmière ayant suivi une formation spécifique.

### 3.2.2 LA THÉRAPIE COGNITIVO COMPORTEMENTALE

La thérapie cognitivo comportementale (Townsend, 2010) est le traitement de choix pour les troubles psychotiques. Elle permet la diminution de la détresse psychologique et des comportements problématiques tels que la dépendance à une substance. Elle permet au patient de modifier sa pensée et les croyances venant des symptômes psychotiques. Elle lui permet de prendre conscience d'une part de son trouble psychique et d'autre part de la problématique d'abus de substance. Cette thérapie vise le changement de comportement. De par leur place privilégiée auprès des patients, les infirmières sont les plus aptes pour évaluer et gérer les symptômes psychotiques et les problèmes associés des patients souffrant de psychose. Par ailleurs, avec une formation adéquate, les infirmières peuvent utiliser la thérapie cognitivo comportementale (TCC) avec ce type de patients de manière probante (Chan S.W.-C. *et al.*, 2002). De nombreuses études aux États-Unis et au Royaume-Uni ont démontré que les infirmières sont des thérapeutes compétentes en thérapie cognitivo comportementale (Chan S.W.-C. *et al.*, 2010). Brusset (2003) affirme que les thérapies cognitivo comportementales comportent plusieurs moyens thérapeutiques. Le renforcement positif et négatif permet de favoriser ou de réduire un comportement. Par la suite, l'affirmation de soi encourage le patient à passer outre les difficultés. L'entraînement aux compétences sociales permet la modification de certains comportements. Aussi, l'autocontrôle est une technique permettant au patient de contrôler un comportement inadapté et mauvais pour lui (Edmond, 2000). Pour finir, l'apprentissage par imitation va permettre au patient d'acquérir des compétences en observant l'autre (ibid., 2000). Chan & Leung (2002) citent différentes techniques utilisées en thérapie cognitivo comportementale: la modification des croyances, la modification des schémas et des pensées automatiques, la relaxation et les stratégies de résolution de problèmes entre autres.

### 3.2.3 LA PSYCHOÉDUCATION

La psychoéducation (Favrod et Bonsack, 2008) est «une intervention didactique et psychothérapeutique systématique qui vise à informer les patients et leurs proches sur le trouble psychiatrique et à promouvoir les capacités pour y faire face» (p.26). Cela induit donc un soin éducatif au patient. Ce soin ne peut pas se limiter à une transmission des informations qui sont souvent délicates au vu de la gravité de la maladie psychotique. De plus, le fait d'acquérir de nouveaux éclaircissements n'est pas suffisant pour que le patient puisse entreprendre un changement. La psychoéducation se base sur un manque d'informations du patient sur sa maladie et elle intervient sur trois thèmes:

- les connaissances de la maladie
- les représentations de la maladie
- les comportements

Des interventions inspirées de ces trois thèmes sont proposées par le thérapeute.

Favrod et Bonsack (2008) soulèvent l'importance de cette approche pour la pratique infirmière et argumentent que la psychoéducation nécessite des compétences professionnelles devant être enseignées dans les formations de base voire dans des formations continues. Pourtant, plusieurs éléments rendent difficile la bonne intégration de la psychoéducation dans la pratique. En effet, les mêmes auteurs (ibid, 2008) expliquent que les enseignants des écoles de soins infirmiers ne sont plus forcément dans la pratique et que cela a comme conséquence un retard dans l'introduction des nouveautés dans le domaine psychoéducatif. De plus, les infirmières ont tendance à délaisser l'objectif premier de soin au bénéfice du fonctionnement institutionnel et n'ont pas suffisamment accès à la formation pour développer les compétences liées à la psychoéducation (ibid, 2008).

### 3.2.4 LES THÉRAPIES FAMILIALES

La famille est considérée comme «un groupe de personnes unies par des liens affectifs profonds, par le sentiment d'appartenance au groupe et par le vif désir de participer à la vie de chacun de ses membres» (Townsend, 2010). Les membres de la famille sont interdépendants, de sorte que lorsqu'un changement survient chez un de ses membres,

tout le système familial se retrouve perturbé. L'hypothèse selon laquelle «certains modes de comportements favorisent le développement et la créativité, alors que d'autres mènent au dysfonctionnement et à l'absence de communication qui engendrent la maladie mentale» (Barash, 1979 cité par Townsend, 2010) a guidé l'émergence des thérapies familiales. Bonsack C. & Morandi S., (2011), expliquent dans leur recherche concernant l'engagement dans les soins des personnes souffrant de schizophrénie par un suivi intensif dans le milieu, que les patients «qui vivent entourés de leurs proches et qui bénéficient de leur soutien fonctionnent mieux et se montrent plus compliants que ceux qui sont isolés» (ibid., 2010). Selon Chan S.W.-C. *et al.*, (2002), les infirmières en psychiatrie tiennent un rôle clé dans la réhabilitation des patients à l'aide de l'utilisation de thérapies de famille. Elles doivent être capables d'aider les familles à établir des objectifs de changement dans les relations et à travailler conjointement avec elles pour atteindre ces derniers (Townsend, 2010).

## **4 METHODOLOGIE**

Dans ce chapitre, nous allons présenter la méthodologie utilisée dans ce travail. Nous allons argumenter en premier le choix du devis de recherche, puis détailler les étapes de réalisation de la recherche. Les MESH termes seront cités avec les articles retenus selon les critères d'inclusion et d'exclusion expliqués préalablement. Les grilles d'analyses servant à l'extraction des données seront présentées.

### **4.1 ARGUMENTATION DU DEVIS**

La recherche en sciences infirmières a pour but de répondre à des questions et résoudre les problèmes rencontrés dans la pratique (Loiselle, 2007). La recherche infirmière «se propose de définir, de décrire, d'explorer, d'expliquer, de prédire et de contrôler» (ibid., 2007, p.21). La revue de littérature permet aux infirmières d'appuyer leur pratique sur des résultats scientifiques. Elle permet, en outre, l'intégration de nouvelles connaissances facilitées par l'accumulation de ces dernières sur une problématique précise.

Il nous paraît important d'effectuer une revue de littérature dans le but de réunir les connaissances actuelles sur le sujet choisi. Cela nous permettra d'une part de recenser les interventions infirmières pouvant s'inscrire dans le thème de cette revue de littérature, mais d'autre part de proposer un outil professionnel détaillé et appuyé de recherches scientifiques.

### **4.2 DESCRIPTION DES ETAPES**

Une fois la question de recherche posée, nous allons déterminer les mots-clés ou MESH termes afin d'effectuer des recherches efficaces à l'aide des moteurs de recherches Pubmed et Google Scholar, et sur la base de données du Consortium qui rassemblent une grande quantité de journaux scientifiques. Puis, des critères d'inclusion et d'exclusion des études seront définis permettant ainsi de ne garder que les études nécessaires à la réalisation de ce travail. Une première lecture critique des articles sera effectuée à l'aide de la grille d'analyse d'un article quantitatif de Nadot et Bassal (2011), puis les articles seront évalués en fonction des critères d'inclusion et d'exclusion. Les recherches seront résumées en français et seront exposées à la fin de ce

travail. Un glossaire sera réalisé à la fin de ce travail afin de clarifier les outils d'évaluations des recherches. Les articles retenus seront analysés puis les résultats seront accompagnés d'une discussion grâce au cadre de référence. Finalement, à la fin de notre travail, nous pourrons répondre à la question de recherche de départ permettant ainsi de proposer des pistes à envisager pour le futur.

#### **4.3 CRITERES D'INCLUSION DES ECRITS EMPIRIQUES**

Les critères d'inclusion cités ci-dessous nous permettront de sélectionner des recherches pertinentes répondant à notre question de recherche.

- Écriture en anglais ou en français
- Années de publications entre 2000 et 2013
- Population (pôle patient) concernée: personnes souffrant de troubles psychotiques et ayant un diagnostic d'abus de substances, dont le cannabis, âgées de 16 à 65 ans.
- Population (pôle soignant): les stratégies répondant à notre question de recherche pouvant être appliquée au rôle autonome de la profession d'infirmière en psychiatrie
- Contexte: patient suivant un traitement en hospitalier, ou un traitement dans une unité de réhabilitation ou un traitement ambulatoire

#### **4.4 CRITERES D'EXCLUSION DES ECRITS EMPIRIQUES**

Nous avons également décidé d'exclure les recherches randomisées contrôlées (RCTs) utilisées dans la revue systématique de littérature de Baker et al. (2010) en raison de la proximité de la question de recherche de cette revue:

- Akerele E. & Lewin FR., (2007), comparison of olanzapin to risperidone in substance abusing individuals with schizophrenia, J Addict., 16, 260-268
- Baker A., Lewin T., Reichler H., et al., (2002), evaluation of motivational interview for substance use within psychiatric in patient services, Addiction, 97, 1329-1337

- Baker A., Bucci S., Lewin TJ., et al. (2006), cognitive-behavioral therapy for substance use disorder in people with psychotic disorders : Randomised controlled trial, Br J Psychiatry, 188, 439-448
- Cornelius JR., Salloum IM., Haskett RF., et al. (1999), Fluoxetine versus placebo for the marijuana use of depressed alcoholic. Addict Behav., 24, 111-114
- Edwards J., Elkins K., Hinton M., et al. (2006), Randomized controlled trial of a cannabis-focused intervention for young people with first-episode psychosis. Acta Psychiatr Scand. 114, 109-117
- Kay-Lambkin FJ., Baker AL., Lewin TJ., et al (2009), Computer-based psychological treatment for comorbid depression and problematic alcohol and/or cannabis use : a randomized controlled trial of clinical efficacy. Addiction, 104, 378-388
- Martino S., Carroll KM., Nich C., et al. (2006), A randomized controlled pilot study of motivational interviewing for patients with psychotic and drug use disorders. Addiction, 101, 1479-1492

#### 4.5 MOTS-CLES ET TERMES MESH

Les termes MESH, une fois introduits dans le moteur de recherche «Pubmed», nous aident à trouver des articles en lien avec notre question de recherche. Les termes MESH avec leur traduction française ainsi que le nombre de résultats trouvés sur le moteur de recherche sont exposés dans le tableau suivant:

MESH termes	Traduction française	Nombres de résultats trouvés sur Pubmed
psychotic disorders	trouble psychotique	35'059
Recurrence	rechute	144'317
Substance-related disorders	Troubles reliés à la substance	334'054
recovery	rétablissement	285'340

Motivation	Motivation	113'819
Nursing [Subheading]	Infirmière	107'287
Diagnosis, dual (Psychiatry)	Double diagnostic	2667
Psychotherapy	psychothérapie	142 155
Nursing care	Soins infirmiers	114 124
Comorbidity	Comorbidité	60 237
Schizophrenia	schizophrénie	80 715

Ces MESH termes ont été associés afin de donner différentes combinaisons. De ces combinaisons, plusieurs articles ont été retenus.

Afin d'obtenir un grand nombre d'articles, nous avons également effectué des recherches sur le moteur de recherche Google Scholar. Nous y avons aussi inclus les différents mots MESH dans la recherche documentaire.

Un total de 22 articles a été sélectionné en premier lieu. Finalement, 14 articles ont été retenus après avoir été analysés en fonction des critères d'inclusion et d'exclusion. Les recherches d'articles ont été effectuées entre mai 2012 et début juin 2013.

Les 8 articles que nous n'avons pas retenus pour notre revue de littérature ne remplissaient pas nos critères d'inclusion. Ils sont présentés au point 4.6 de ce travail avec les combinaisons leur correspondant.

## 4.6 ARTICLES RETENUS

### 4.6.1 ARTICLES RETENUS SUR PUBMED

- <sup>2</sup>Mueser K.T, Glynn S., Cather C., Xie, H., Zarate R., Fox Smith L., Clark R E., Gottlieb d. J., Wolfe R., Feldman J., (2012), A randomized controlled trial of family intervention for co-occurring substance use and severe psychiatric disorders, *Schizophrenia Bulletin*, 39, 658-672
- <sup>3</sup>Hjorthøj C. R., Fohlmann C., Larsen A.-M. Gluud C., Arendt M., Nordentoft M. (2012), *Specialized psychosocial treatment plus treatment as usual TAU) versus TAU for patients with cannabis disorder and psychosis : the CapOpus randomized trial*, *Psychological Medicine*, 8, 1-12

---

<sup>2</sup> Cet article n'a pas encore été indexé par des mesh termes sur pubmed, mais il peut être consulté par ce lien : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22282453>

<sup>3</sup> Cet article n'a pas encore été indexé par des mesh termes sur pubmed, mais il peut être consulté par ce lien : [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Specialized+psychosocial+treatment+plus+treatment+as+usual+TAU\)+versus+TAU+for+patients+with+cannabis+disorder+and+psychosis+%3A+the+CapOpus+randomized+trial](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Specialized+psychosocial+treatment+plus+treatment+as+usual+TAU)+versus+TAU+for+patients+with+cannabis+disorder+and+psychosis+%3A+the+CapOpus+randomized+trial)



Combinaison	Nombre de résultats	Nombre de recherches retenues
"substance-related disorders" [Mesh] AND "psychotic disorders" [Mesh] AND "recovery"	91	2
<ul style="list-style-type: none"> <li>Kemp R, Harris A, Vurel E, &amp; Sitharthan T, (2007), <i>Stop Using Stuff: trial of a drug and alcohol intervention for young people with comorbid mental illness and drug and alcohol problems</i>, Australasian Psychiatry. Bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists, 15, 490-493</li> <li>Bellack AS, Bennett ME, Gearon JS, Brown CH, &amp; Yang Y, (2006), <i>A randomized clinical trial of a new behavioral treatment for drug abuse in people with severe and persistent mental illness</i>, Archives of General Psychiatry, 63, 426-432</li> </ul>		
"substance-related disorders" [Mesh] AND "psychotic disorders" [Mesh] "recurrence" [Mesh]	216	1
<ul style="list-style-type: none"> <li>Barrowclough C, Haddock G, Wykes T, Beardmore R, Conrod P, Craig T, Davies L, Dunn G, Eisner E, Lewis S, Moring J, Steel C, &amp; Tarrier N, (2010), <i>Integrated motivational interviewing and cognitive behavioural therapy for people with psychosis and comorbid substance misuse: randomised controlled trial</i>, British Medical Journal, 341, 1-12</li> </ul>		
"substance-related disorders" [Mesh] AND "psychotic disorders" [Mesh] AND "motivation" [Mesh]	134	1

<ul style="list-style-type: none"> <li>Bonsack C., Gibellin Manetti S., Favrod J., Montagrin Y., Besson J., Bovet P., &amp; Conus P., (2011), <i>Motivational intervention to reduce cannabis use in young people with psychosis: a randomized controlled trial</i>, <i>psychotherapy and psychosomatics</i>, 80, 287-297</li> </ul>		
<b>“substance-related disorders” [Mesh] AND “motivation” [Mesh] AND “recurrence” [Mesh]</b>	375	2
<ul style="list-style-type: none"> <li>Barrowclough C., Haddock G., Tarrier N., Shôn W., Moring J., O’Brien R., Schofield N., &amp; McGovern J., (2001), <i>Randomized controlled trial of motivational interviewing, cognitive behavior therapy, and family intervention for patients with comorbid schizophrenia and substance use disorders</i>, <i>American journal of psychiatry</i>, 158, 1706-1713</li> <li>Haddock G., Barrowclough C., Tarrier N., Moring J., O’Brien R., Schofield N., Quinn J., Palmer S., Davies L., Lowens I., McGovern J., Lewis S., (2003), <i>Cognitive-behavioural therapy and motivational intervention for schizophrenia and substance misuse. 18-month outcome of a randomized controlled trial</i>, <i>the British Journal of psychiatry: the journal of mental science</i>, 183, 418-426</li> </ul>		
<b>“diagnosis, dual (Psychiatry)” [Mesh] AND "substance-related disorders" [Mesh] AND "psychotic disorders" [Mesh]</b>	217	1

<ul style="list-style-type: none"> <li>Johnson S., Thornicroft G., Afuwape S., Leese M., White IR., Hughes E., Wanagaratne S., Miles H., Craig T., (2007), <i>Effects of training community staff in interventions for substance misuse in dual diagnosis patients with psychosis (COMO study): cluster randomised trial</i>, the British Journal of psychiatry : the journal of mental science, 191, 451-452</li> </ul>		
<b>“diagnosis, dual (Psychiatry)” [Mesh] AND "substance-related disorders" [Mesh]</b> <b>AND " recurrence" [Mesh]</b>	<b>116</b>	<b>1</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Shaner A., Eckman T., Roberts L.J., Fuller T., (2003), <i>Feasibility of a skills training approach to reduce substance dependence among individuals with schizophrenia</i>, Psychiatric services (Washington, D.C), 54, 1287-1289</li> </ul>		
<b>“psychotherapy” [Mesh] AND “ psychotic disorders” [Mesh] AND “ substance-related disorders” [Mesh]</b>	<b>316</b>	<b>2</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>James W., Preston N.J., Koh G., Spencer C., Kisely S.R., Castle D.J., (2004), <i>A group intervention which assists patients with dual diagnosis reduce their drug use: a randomized controlled trial</i>, Psychological medicine, 34, 983-990</li> <li>Bradley A.C., Baker A., Lewin T.J, (2007), <i>Group intervention for coexisting psychosis and substance use disorders in rural australia: outcomes over 3 years</i>, Australian and New Zealand Journal of psychiatry, 41, 501-508</li> </ul>		
<b>"comorbidity"[Mesh] AND "schizophrenia"[Mesh] AND "substance-related disorders"[Mesh]</b>	<b>669</b>	<b>1</b>

- Craig T., Johnson S., McCrone P., Afuwape S., Hughes E., Gournay K., White I., Wanigaratne S., Leese M., Thornicrof G., (2008)  
*Integrated care for co-occurring disorders: psychiatric symptoms, social functioning, and service costs at 18 months*, Psychiatric service, 59, 276-282

#### 4.6.2 ARTICLES RETENUS SUR GOOGLE SCHOLAR

Combinaison	Nombre de résultats	Nombre de recherches retenues
«Intervention, reduce cannabis use in psychotic disorders»	18'800	1
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Smeerdijk M., Keet R., Dekker N., van Raaij B., Krikke ., Koeter M., de Haan L., Barrowclough C., Schippers G., &amp; Linszen D., (2011), <i>Motivational interviewing and interaction skills training for parents to change cannabis use in young adults with recent-onset schizophrenia :a randomized controlled trial</i>, Psychological medicine, 8, 1-10</li> </ul>		

## 4.7 ARTICLES NON RETENUS

### 4.7.1 ARTICLES NON RETENUS SUR PUBMED:

#### **"substance-related disorders" [Mesh] AND "psychotic disorders" [Mesh] AND "recovery"**

- Drake RE, McHugo GJ, Xie H, Fox M, Packard J, Helmstetter B, (2006), *Ten-year recovery outcomes for clients with co-occurring schizophrenia and substance use disorders*, Schizophrenia bulletin, 32, 464-473

#### **"substance-related disorders" [Mesh] AND "psychotic disorders" [Mesh] "recurrence" [Mesh]**

- Wade D, Harrigan S, Edwards J, Burgess PM, Whelan G, McGorry PD, (2006), *Substance misuse in first-episode psychosis: 15-month prospective follow-up study*, The British journal of psychiatry : the journal of mental science, 189, 229-234
- Hides L, Dawe S, Kavanagh DJ, Young RM, (2006), *Psychotic symptom and cannabis relapse in recent-onset psychosis. Prospective study*. The British journal of psychiatry : the journal of mental science, 189, 137-143

#### **"substance-related disorders" [Mesh] AND "psychotic disorders" [Mesh] AND "recovery" AND "nursing care" [Mesh]**

- Waldheter EJ, Penn DL, Perkins DO, Mueser KT, Owens LW, Cook E, (2008), *The graduated recovery intervention program for first episode psychosis: treatment development and preliminary data*, Community mental health journal, 44, 443-455

**Nursing» [Subheading] AND "recurrence" [Mesh] AND "substance-related disorders" [Mesh]**

- Cleary M., Walter G., Hunt GE., Clancy R., Horsfall J., (2008), *Promoting dual diagnosis awareness in everyday clinical practice*, Journal of psychosocial nursing and mental health service, 46, 43-49

**substance-related disorders" [Mesh] AND "psychotic disorders" [Mesh] "motivation" [Mesh] 134**

- Beardmore R., Emsley R., (2010) *Predicting therapeutic alliance in clients with psychosis and substance misuse*, The journal of nervous and mental disease, 198. 373-37
- Michael G. McDonell, Debra Srebnik, Frank Angelo, Sterling McPherson, Jessica M. Lowe, Andera Sugar, Robert A. Short, John M. Roll, Richard K. Ries ,*Randomized Controlled Trial of Contingency Management for stimulant use in community mental health patients with serious mental illness*, the American Journal of Psychiatry, 2013, Seattle, USA

4.7.2 ARTICLE NON RETENU SUR LE CONSORTIUM:

**intervention, reduce cannabis use in psychotic disorders, nursing care, motivation 72 résultats, recherche dans la collection Elsevier**

- Barrowclough C., Haddock G., Beardmore R., Conrod P., Craig T., Davies L., Dunn G., Lewis S., Moring J., Tarrier N., Wykes., (2009), *Evaluating integrated MI and CBT for people with psychosis and substance misuse: Recruitment, retention and sample characteristics of the MIDAS trial*, Addictive behaviors, 34, 859-866

#### **4.8 MOTEURS DE RECHERCHE**

Pour cette revue de littérature étoffée, nous avons utilisé le moteur de recherche «Pubmed» et la base de données du Consortium santé. Nous avons également effectué des recherches à l'aide du moteur de recherche Google Scholar. De plus, nous avons consulté le moteur de recherche «Google» pour rechercher des articles en texte intégral.

#### **4.9 GRILLE D'ANALYSE**

Pour l'extraction des données des articles retenus, nous allons utiliser la grille d'analyse d'approche quantitative de Nadot et Bassal (2011). De plus, nous avons réalisé une grille de lecture qui nous permettra d'obtenir un résumé complet de chaque recherche. Cette grille comporte plusieurs items:

- La source bibliographique de la recherche
- Le pays d'origine de l'étude
- La question de recherche, et ses buts
- La population
- Le devis de recherche
- La méthodologie
- Les interventions détaillées
- Les résultats ainsi que les discussions de ces résultats
- Les commentaires que nous faisons de la recherche

#### 4.9.1 GRILLE DE LECTURE

<b>Bibliographie</b>	
<b>Pays</b>	
<b>Question de recherche</b> <b>But de la recherche</b>	
<b>Population/échantillon</b>	
<b>Devis de recherche</b>	
<b>Méthodologie</b>	
<b>Interventions</b>	
<b>Résultats</b>	
<b>Discussion</b>	
<b>Commentaires des auteurs de la revue de littérature</b>	



## 5 RESULTATS

Les études retenues ont toutes un devis d'étude quantitatif. Une majorité des études (n=12) sont des études contrôlées randomisées, tandis que deux d'entre elles ont un devis quantitatif quasi expérimental. Les recherches retenues sont présentées de manière exhaustive sous forme de tableau en annexes C et D.

L'échantillon total des 14 études retenues est de 1563 patients, 158 soignants et 227 proches aidants. Au regard de ces études, une majorité des patients souffraient de schizophrénie et consommaient principalement du cannabis. L'utilisation d'alcool était également très présente dans certaines études. La répartition des sexes n'a pas pu être dégagée de façon significative étant donné que certaines recherches ne le précisent pas. D'autres diagnostics psychiatriques sont présents, mais à petits pourcentages comme les troubles schizoaffectifs ou les troubles bipolaires. Les patients ont tous été recrutés dans des centres de soins en santé mentale où ils suivaient un traitement.

Suite à l'analyse des 14 recherches, plusieurs interventions s'inscrivant dans le rôle infirmier ont pu être identifiées. Deux catégories d'interventions ont pu être dégagées. La première concerne les thérapies de soins uniques ne proposant qu'une approche de soins. Elle concerne principalement l'entretien motivationnel, l'intervention familiale ainsi que la formation aux professionnels de la santé mentale. La deuxième catégorie regroupe les interventions groupées. Ces interventions contiennent l'entretien motivationnel, les thérapies familiales, la psychoéducation et les thérapies cognitivo comportementales comprenant la réduction des risques, le renforcement positif, l'habilitation sociale ainsi que l'affirmation de soi. Les interventions proposées sont soit des interventions individuelles, des interventions en groupes ou les deux. La durée des interventions proposées allait de 4 à 48 séances réparties sur 1 semaine à 3 ans.

## 5.1 LES THERAPIES UNIQUES

### 5.1.1 L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL

Une étude randomisée contrôlée traite de l'entretien motivationnel comme intervention pour aider les patients à diminuer leur consommation de cannabis.

Bonsack & al. (2011), chercheurs basés en Suisse, proposent une intervention motivationnelle individuelle de 4 à 6 sessions chez 62 patients souffrant d'un trouble psychotique et consommant régulièrement du cannabis. Cette intervention est comparée à un groupe de contrôle. Les deux groupes recevaient également des soins psychiatriques habituels incluant le traitement pharmaceutique, un traitement ambulatoire ainsi que de la psychoéducation. Une moyenne de 5.13 sessions d'entretien motivationnel a été proposée aux patients du groupe d'intervention (n=30). Selon les auteurs (ibid, 2011), les deux groupes ont vu leur consommation réduire durant les 3 phases d'évaluations soit à 3, 6 et 12 mois. En effet, les auteurs (ibid, 2011) nous révèlent qu'à trois mois post-traitement, les deux groupes ont diminué leur consommation de 2.5 joints par semaine en moyenne, tandis que la diminution est de 5 joints par semaine à 6 mois post-traitement et de 6.5 joints par semaine à 12 mois post-traitement. Les patients du groupe ayant participé à l'entretien motivationnel ont réduit leur consommation de façon plus significative ( $p=0.015$ ) à 3 mois (moyenne de diminution à 6 joints par semaine) par rapport au groupe de contrôle (moyenne de 0.5 joint par semaine). Cette différence est maintenue à 6 mois post traitement ( $p=0.015$ ). Cette différence n'est pas maintenue à 12 mois post-traitement ( $p=0.37$ ) selon Bonsack & al. (2011). Ces auteurs nous révèlent également qu'aucune différence significative n'existe concernant une amélioration de la motivation au changement. En effet, à 3 mois, la significativité était de  $p=0.31$ , à six mois  $p=0.42$  et à douze mois  $p=0.4$ . Mais les participants du groupe d'intervention sont plus sensibles à l'importance de changer leur consommation de cannabis à trois mois post-traitement ( $p=0.08$ ), différence qui n'est pas maintenue à 12 mois ( $p=0.58$ ). Par contre, les participants expriment se sentir plus en confiance pour entreprendre un changement à 3 mois ( $p=0.02$ ) et à six mois ( $p=0.05$ ). Cette différence n'est plus significative à 12 mois ( $p=0.12$ ). Selon les auteurs (ibid, 2011), aucune différence significative concernant le nombre d'hospitalisations n'a

été relevée que cela soit pendant le traitement ( $p=0.79$ ) et à 12 mois post-traitement ( $p=0.84$ ).

### 5.1.2 L'INTERVENTION FAMILIALE

L'intervention dans le milieu et avec le milieu est analysée par deux études contrôlées randomisées (Smeerdijk, Keet, Dekker, Van Raij, Krikke, Koeter, De Haan, Barrowclough, Schippers & Linszen, 2011; Mueser, Glynn, Cather, Xie, Zarate, Fox Smith, Clark, Gottlieb, Wolfe & Fledman, 2012).

La recherche de Smeerdijk & al. (2011) réalisée en Hollande propose d'enseigner aux familles des patients souffrant d'un double diagnostic de trouble psychotique et de consommation de cannabis les techniques de l'entretien motivationnel afin d'aider leurs enfants à changer leur consommation. De plus, l'intervention proposée en 12 sessions planifiées toutes les 2 semaines permet également d'entraîner les parents aux compétences interactionnelles et à la résolution de problèmes dans le but d'améliorer leur communication et de résoudre les conflits avec leur enfant. Cette étude randomisée contrôlée regroupe 75 patients, dont 25 ayant refusé de continuer l'étude après l'évaluation initiale, mais ayant accepté que leurs parents continuent à y participer. 97 parents ont participé à l'étude. Ces participants ont été randomisés dans deux groupes: le groupe expérimental et le groupe de contrôle proposant une intervention systémique de routine contenant des entretiens axés sur le traitement émotionnel de la perte, la gestion des médicaments et la réhabilitation sociale.

Les résultats ont été analysés 3 mois avant l'inclusion, pendant l'étude et 3 mois après la fin de l'étude. À 3 mois post-traitement, les auteurs (ibid, 2011) nous expliquent que les participants du groupe expérimental ont démontré une diminution de leur consommation de cannabis de manière significative ( $p<0.05$ ). Ce groupe a également diminué la quantité en gramme de cannabis consommé durant l'étude de manière significative par rapport au groupe de contrôle ( $p=0.04$ ). Par contre, les auteurs ne relèvent aucune différence significative visible entre les deux groupes concernant le taux d'abstinence et les tests d'urines négatifs ( $p=0.51$ ). Une diminution significative de l'envie de consommer est démontrée chez le groupe expérimental contrairement au groupe de contrôle ( $p=0.01$ ). Les parents des deux groupes ont présenté une amélioration concernant le niveau de détresse psychologique et de la charge

émotionnelle vis-à-vis du vécu auprès d'une personne souffrant d'un trouble psychotique et consommant du cannabis.

Une seconde étude randomisée contrôlée a été réalisée aux Etats-Unis par Mueser & al (2012) sur cette même thématique. Les auteurs se sont intéressés à deux interventions familiales individuelles dans le traitement des patients ayant un double diagnostic souffrant de troubles psychotiques ou de troubles bipolaires et ayant un diagnostic d'abus de substances (cannabis, alcool et autres drogues). Un total de 108 patients ainsi que leurs parents proches ont participé à cette étude durant 3 ans. Deux groupes ont été réalisés: le groupe expérimental proposant un programme d'interventions familiales pour le double diagnostic (FIDD) et un groupe de contrôle proposant un programme d'éducation aux familles (ED) (ibid, 2012). Le programme FIDD a pour but de réduire les tensions familiales et le stress pouvant exacerber les symptômes psychiatriques et aider les familles à résoudre les problèmes liés à la consommation par des séances hebdomadaires lors des trois premiers mois, puis bimensuelles durant les 15 mois suivants. Des évaluations ont été réalisées tous les 6 mois. Le programme ED propose des interventions axées sur l'enseignement du trouble concomitant et du traitement aux familles par des entretiens d'une heure de façon hebdomadaire durant 2 à 3 mois.

Les auteurs (ibid, 2011) décrivent une diminution significative de la consommation de drogues pour les deux groupes à la fin de l'étude ( $p < 0.001$ ). Les patients démontrent également une amélioration de leur symptomatologie psychiatrique ( $p < 0.005$ ). Les patients présentaient une diminution des jours sans prise de traitement à la fin de l'étude ( $p = 0.07$ ) ainsi qu'une diminution du nombre de jours de consommation ( $p = 0.08$ ). Par contre, une amélioration du fonctionnement global a été démontrée chez les patients dont les parents sont participants du groupe FIDD par rapport aux parents du groupe ED ( $p = 0.08$ ), mais les patients des deux groupes démontrent tout de même une amélioration de leur fonctionnement global ( $p < 0.001$ ).

Les parents présentent des résultats significatifs dans les deux groupes concernant leurs connaissances du trouble concomitant ( $p = 0.012$ ) et leur fonctionnement mental ( $p < 0.001$ ). Une diminution significative de l'inquiétude ( $p = 0.002$ ) et de la stigmatisation ( $p < 0.001$ ) est également relevée. Toutefois, les parents du groupe FIDD démontrent de meilleures connaissances des troubles concomitants que les parents du groupe ED ( $p = 0.001$ ).

### 5.1.3 LA FORMATION AUX PROFESSIONNELS

Deux études randomisées contrôlées (Johnson, Thornicroft, Afuwape, Leese, White, Hughes, Wanigaratne, Miles & Craig, 2007; Craig, McCrone, Afuwape, Hughes, Gournay, White, Wanigaratne, Leese & Thornicroft, 2008) s'intéressent à la même formation des professionnels de la santé dans le cadre du traitement de patients souffrant de troubles psychotiques et ayant une consommation de drogues. Les populations des deux études sont les mêmes, mais les variables à évaluer sont différentes.

Johnson & al. (2007) ont mené une recherche en Grande-Bretagne sur 18 mois afin d'étudier l'efficacité d'une formation et d'une supervision pour les professionnels de la santé. Le but de cette formation est d'effectuer des interventions plus efficaces auprès de patients souffrant d'un double diagnostic de troubles psychotiques et de consommation de substances (principalement l'alcool et le cannabis). 232 patients ont participé à l'étude et 79 soignants les ont suivis. Cette formation se déroulait sur cinq journées où étaient abordés la thématique du trouble concomitant, l'entretien motivationnel et la thérapie cognitivo comportementale. Un groupe contrôle est constitué par des soignants n'ayant pas reçu cette formation. Par la suite, les soignants du groupe expérimental ont continué les soins en intégrant leurs nouvelles connaissances et en pratiquant des entretiens autant que possible. À la fin de la recherche, les auteurs (ibid, 2007) nous révèlent qu'il n'y a aucune différence significative concernant les durées d'hospitalisation durant les 18 mois de l'étude entre les deux groupes ( $p=0.3$ ). De plus, aucune différence n'a été relevée concernant le taux de nouvelles hospitalisations ( $p=0.18$ ) et le nombre de jours de consommation des patients. De plus, les patients des deux groupes n'ont pas présenté des résultats significatifs concernant la quantité de cannabis consommée ( $p=0.44$ ).

Craig & al (2008) ont également réalisé une étude contrôlée randomisée en Grande-Bretagne concernant une formation aux professionnels de la santé qui soignent des patients présentant un double diagnostic de trouble psychotique et de consommation de drogues (principalement l'alcool et le cannabis). Cet article fait suite à l'étude de Johnson & al. (2007) en publiant d'autres résultats que cette dernière. La formation a concerné une majorité d'infirmières (63 % des soignants) et avait pour but de vérifier l'hypothèse que les patients du groupe expérimental démontreraient une amélioration de

leur psychopathologie et de leur fonctionnement social. Les cours ont été développés selon un modèle en quatre étapes: l'engagement dans le traitement, la construction de la motivation, le traitement actif et la prévention des rechutes. Cette intervention s'appuie sur des éléments de l'entretien motivationnel et sur des stratégies cognitivo comportementales. Une sensibilisation de la problématique des drogues et de l'alcool, l'évaluation globale du patient, les stratégies de motivation et la résolution de problèmes sont également des thèmes abordés durant ces cours. Cette formation a duré 5 semaines à raison d'un cours par semaine. Durant les 18 mois de l'étude, une supervision a été effectuée pour chaque soignant une fois par semaine en abordant les situations des patients suivis. Un groupe contrôle a été réalisé, les soignants qui y étaient affectés n'ont pas reçu de formation et de supervision. Un total de 79 soignants et 232 patients ont été randomisés. Les patients souffraient de double diagnostic de troubles psychotiques et consommant de l'alcool ou des drogues. Les substances les plus consommées étaient l'alcool (33 %) et le cannabis (22 %). La consommation d'alcool et de cannabis a diminué sans différence significative entre les deux groupes. Toutefois, les patients du groupe expérimental ont démontré des améliorations significatives concernant leurs symptômes psychotiques, l'anxiété et les symptômes dépressifs ( $p < 0.001$ ). Les patients du groupe d'interventions ont également rapporté, selon les auteurs (ibid, 2008), avoir moins de besoins non satisfaits en matière de soins que le groupe de contrôle ( $p = 0.04$ ). Aucune différence en terme de fonctionnement social n'a pu être mise en valeur ( $p = 0.49$ ).

## **5.2 LES THERAPIES INTEGREES**

### **5.2.1 L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL, LES INTERVENTIONS COGNITIVO**

#### **COMPORTEMENTALES ET LES INTERVENTIONS FAMILIALES**

Trois études contrôlées randomisées (Barrowclough, Haddock, Tarrier, Shôn, Moring, O'Brien, Schofield & McGovern, 2001 ; Haddock, Barrowclough, Tarrier, Moring, O'Brien, Schofield, Quinn, Palmer, Davies, Lowens, McGovern & Lewis, 2003 ; Kemp, Harris, Vurel & Sitharthan, 2007) se sont intéressées à des thérapies intégrant l'entretien motivationnel, les interventions cognitivo comportementales ainsi que les interventions familiales.

Barrowclough & al. (2001) ont réalisé une étude contrôlée randomisée en Grande-Bretagne afin de vérifier les bénéfices d'une thérapie individuelle intégrée de 9 mois en comparaison aux soins psychiatriques habituels. 36 patients ont participé à cette étude. Ces derniers souffraient de troubles psychotiques et d'abus de substances. La drogue la plus consommée était le cannabis. Le groupe expérimental suivait une thérapie intégrant l'entretien motivationnel de cinq sessions individuelles et hebdomadaires, puis à partir de la sixième semaine commençaient les thérapies cognitivo comportementales réalisées sur 18 séances individuelles et hebdomadaires, suivies de 6 séances toutes les deux semaines. Puis, les entretiens familiaux ont eu lieu sur 10 à 16 séances, avec ou sans le patient. Les objectifs communs ont été réalisés en co-construction avec le patient et ses proches. Le groupe de contrôle bénéficiait des soins habituels comprenant une médication, un suivi ambulatoire et des activités de réhabilitation communautaire. Les thérapeutes, dont une infirmière, ont été formés pour conduire ces entretiens. Les auteurs (ibid, 2001) nous révèlent que les patients du groupe expérimentaux présentaient de meilleurs résultats concernant leur fonctionnement global que le groupe de contrôle ( $p < 0.001$  à 9 mois d'intervention;  $p = 0.001$  à 12 mois). Les patients présentaient également une diminution des symptômes positifs à la fin de l'intervention ( $p < 0.01$ ) dans le groupe expérimental. Les symptômes négatifs ont diminué chez les patients du groupe expérimental à 9 mois ( $p < 0.07$ ), mais la différence n'était plus significative à 12 mois. Une différence significative a été démontrée entre les deux groupes concernant le nombre de rechutes. En effet, le groupe expérimental a moins rechuté contrairement au groupe de contrôle ( $p < 0.09$  à 9 mois;  $p < 0.05$  à 12 mois). Le pourcentage de jours d'abstinence a augmenté de façon significative en faveur du groupe expérimental ( $p < 0.03$ ).

Une deuxième étude (Haddock & al., 2003) effectuée en Grande-Bretagne traite aussi de l'intégration de l'entretien motivationnel et la thérapie cognitivo comportementale ainsi que des interventions familiales. Les auteurs proposent une intervention individuelle composée de l'entretien motivationnel et de la thérapie cognitivo comportementale qui a lieu sur 29 séances accompagnées de l'intervention avec la famille sur 10 à 16 séances. Le groupe de contrôle bénéficiait de soins habituels comprenant un traitement par neuroleptiques et des entretiens réguliers. Un soutien familial leur a également été proposé au sein d'une association pour les proches d'une personne souffrant de schizophrénie. Un total de 36 patients et 36 proches aidants ont

été randomisés. Les patients souffraient d'un double diagnostic de trouble psychotique et de consommation de substances, principalement l'alcool et le cannabis. Selon les auteurs (ibid, 2003), le fonctionnement global des patients présente des résultats plus significatifs en faveur du groupe expérimental ( $p=0.048$ ). Les symptômes positifs et négatifs ont diminué de façon significative ( $p=0.004$ ) en faveur du groupe d'intervention intégrée. À la fin de l'étude (18 mois), le fonctionnement social se présente plus significatif pour le groupe expérimental. Les patients du groupe de contrôle ont compté un plus grand nombre de rechutes ( $p=0.063$ ). Finalement, les patients du groupe expérimental ont présenté un plus grand nombre de jours d'abstinence, mais les différences statistiques n'étaient pas significatives durant toute l'étude. Les proches aidants du groupe expérimental expliquent avoir moins de besoins que les proches aidants du groupe de contrôle ( $p=0.08$ ).

La recherche australienne de Kemp, Harris, Vurel & Sitharthan (2007) a proposé une intervention intégrant l'entretien motivationnel, la psychoéducation individuelle ou en groupe, la psychoéducation aux familles, la médication et les thérapies cognitivo-comportementales sous la dénomination de «Stop using Stuff» (SUS) (ibid, 2007, p.490). Cette intervention se veut brève et ne dure que 4 à 6 séances d'une heure chacune. Le groupe de contrôle a bénéficié des soins habituels comprenant les séances de psychoéducation individuelle ou en groupe, la psychoéducation aux familles et la médication. L'évaluation a été réalisée à l'inclusion, à 3 mois et 6 mois après l'intervention. L'étude regroupait 19 patients âgés de 17 à 25 ans souffrant de troubles psychotiques et ayant une consommation de drogues (principalement du cannabis) ou d'alcool. Les résultats de cette étude démontrent une consommation plus importante de drogues et d'alcool à l'inclusion pour les participants du groupe expérimental ( $p<0,05$ ). Lors des évaluations, les deux groupes démontraient une diminution significative de leur consommation ( $p<0.05$ ). Par contre, les auteurs ne relèvent aucune différence concernant la quantité de drogues consommées. Mais l'intervention expérimentale présente tout de même des résultats plus significatifs concernant la consommation de substances par rapport au groupe de contrôle ( $p<0.05$ ). Une amélioration de la perception de leur qualité de vie et de la maîtrise d'eux-mêmes ont été démontrées significativement chez les patients du groupe expérimental ( $p<0.05$ ).



### 5.2.2 LA PSYCHOÉDUCATION ET LA THÉRAPIE COGNITIVO COMPORTEMENTALE

Deux études se sont intéressées à l'intégration de la psychoéducation avec des interventions cognitivo comportementales (Shaner, Eckman, Roberts & Fuller, 2003 ; Bellack, Bennet, Gearon, Brown & Yang, 2006).

Une étude contrôlée randomisée réalisée aux États-Unis d'Amérique (Bellack, & al., 2006) expose une nouvelle forme d'approche cognitivo comportementale pour les patients souffrant de double diagnostic.

Les auteurs (2006) nous expliquent qu'ils ont randomisé 175 patients dans deux groupes: le groupe expérimental contient l'approche BTSAS (= « Behavioral treatment for substance abuse in severe and persistent mental illness » *ibid*, 2006, p.426). Ils proposent dans leur étude randomisée contrôlée une approche basée sur l'apprentissage social en utilisant un modèle de réduction des risques en tentant d'améliorer la motivation au changement par des entretiens individuels tous les 3 mois. De plus, des tests urinaires sont effectués et du renforcement positif par de l'argent est utilisé pour les tests négatifs et positifs (les participants reçoivent moins d'argent pour les tests positifs à la drogue). De la psychoéducation est également proposée concernant la prévention des rechutes. Des groupes thérapeutiques ont lieu deux fois par semaines durant les 6 mois de l'étude où le patient propose des objectifs réalisables à court terme concernant sa consommation. Le groupe de contrôle bénéficie de l'approche STAR (= « Supportive treatment for addiction recovery », *ibid*, 2006, p.426). Cette approche se déroule sous forme de groupes offrant des moments de paroles pour les participants sans sujet imposé. De la psychoéducation est proposée si les participants le désirent. Des tests d'urines sont effectués, mais sans rétroactions, et la thématique n'est pas rediscutée durant les groupes.

Les auteurs nous révèlent (*ibid*, 2006) que les participants du groupe expérimental présentaient une meilleure adhésion à la thérapie ( $p=0.055$ ) et ont participé à davantage de séances ( $p<0.001$ ). Les participants ayant participé à l'étude le plus longtemps présentent une tendance à moins consommer ( $p<0.001$ ), mais ces résultats sont selon les auteurs (*ibid*, 2006) peu fiables étant donné qu'ils ont été recueillis par des auto-questionnaires. Les patients du groupe expérimental ont présenté davantage de tests d'urines négatifs que les participants du groupe de contrôle ( $p<0.001$ ). Néanmoins, il

n'y a aucune différence significative entre les deux groupes concernant le nombre de jours de consommation de drogues. Une diminution du nombre de jours d'hospitalisation a été démontrée chez les participants du groupe expérimental ( $p=0.002$ ). Une augmentation de la perception d'une meilleure qualité de vie a été relevée par les résultats de cette recherche (ibid, 2006) ( $p=0.008$ ). Les participants du groupe expérimental exprimaient avoir moins de difficultés pour gérer de façon indépendante les activités de la vie quotidienne ( $p<0.001$ ).

Une étude quantitative à devis quasi expérimental effectuée aux États-Unis d'Amérique (Shaner & al., 2003) propose une intervention intégrant la psychoéducation et la thérapie cognitivo comportementale sous la dénomination de «substance abuse management module (SAMM)» (ibid, 2003, p.1287). Cette étude s'intéresse donc à l'évaluation de ce traitement pour prévenir les rechutes de consommation chez des patients ayant un double diagnostic de troubles psychotiques et un long passé de consommation de substances. 34 patients ont participé entièrement à l'étude. Cette intervention est basée sur l'acquisition répétée de compétences afin de réagir face à des situations à risques (comme refuser de la drogue). De la psychoéducation en groupe, des tests d'urine, une gestion de cas intensive et l'utilisation de produits pharmaceutiques étaient proposés par une équipe interdisciplinaire. Cette intervention se déroule à raison de cinq séances par semaines durant quinze semaines. Les auteurs (ibid, 2003) nous révèlent que les diagnostics de dépendance les plus rencontrés dans cette étude étaient la dépendance à la cocaïne (85 %), puis à l'alcool (53 %) et pour finir au cannabis (35 %). Par contre, les substances les plus consommées étaient le cannabis ( $n=14.82$ ) puis la cocaïne ( $n=10.39$ ). Les résultats nous démontrent que les patients se sont montrés intéressés par l'intervention et ont donc appris facilement les compétences enseignées. Le nombre de jours de consommation de cannabis a diminué de façon significative durant l'étude ( $p=0.038$ ) et durant le suivi. De plus, le nombre de jours d'abstinence durant le mois précédent a également augmenté de façon très significative pour toutes les drogues consommées ( $p<0.001$ ). Une amélioration significative de la compliance au traitement ( $p=0.001$ ) ainsi que de la qualité de vie ( $p<0.05$ ) a été relevée par les auteurs (ibid, 2003). Les patients ont remarqué une amélioration significative de leurs symptômes psychotiques durant l'étude ( $p<0.001$ ).

### 5.2.3 L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL ET LA THÉRAPIE COGNITIVO COMPORTEMENTALE

Nous avons comptabilisé trois études (Bradley, Baker & Lewin, 2007 ; Barrowclough, Haddock, Wykes, Beardmore, Conrod, Craig, Davies, Dunn, Eisner, Lewis, Moring, Steel & Tarrier, 2010 ; Hjorthøj, Fohlmann, Larsen, Gluud, Arendt & Nordentoft, 2012) ayant proposé à des personnes souffrant de psychose et consommant des drogues une intervention se basant à la fois sur l'entretien motivationnel et la thérapie cognitivo comportementale.

Premièrement, Bradley, Baker & Lewin (2007) se sont intéressés, dans leur recherche à devis quasi expérimentale effectuée en Australie, à la mise en place dans un groupe de patients d'une intervention contenant à la fois l'entretien motivationnel et la thérapie cognitivo comportementale. Cette recherche a duré 3 ans avec des évaluations effectuées tous les 3 mois depuis l'inclusion, puis à 1 année, 2, et 3 ans. Le but de cette étude à devis quasi expérimental est d'évaluer comment les patients présents hebdomadairement à des séances de groupes pourraient diminuer leur consommation de drogues, améliorer leur compliance au traitement, la gestion de leurs symptômes, leur fonctionnement social et diminuer le nombre d'hospitalisations en milieu psychiatrique et la fréquentation impromptue des centres ambulatoires de santé mentale. 39 patients adultes ont participé à cette recherche, tous souffraient d'un trouble psychotique ou bipolaire et d'un actuel trouble d'abus de substance (dont la majorité (53,8 %) souffrait d'un trouble d'abus de substance «modéré»). Les substances principalement consommées étaient l'alcool et le cannabis. Durant les séances de groupe, les thérapeutes formés à l'intervention (dont une infirmière) ont pris le temps d'aborder les thèmes de la maladie, de la consommation et du traitement médicamenteux avec les patients afin d'améliorer leurs connaissances à ce sujet. Les thérapeutes ont conduit les séances en suivant les approches motivationnelles et cognitivo comportementales. Ils ont également demandé aux participants de se fixer des objectifs personnels à atteindre au travers de ces séances par rapport à leur consommation. Un accent particulier a été mis sur la prévention des rechutes auprès de chaque patient de façon individuelle. Les résultats de cette étude (ibid, 2007) ont démontré que les participants de l'étude ont bénéficié d'une diminution significative de leur consommation de substance ainsi qu'une amélioration des conséquences physiques et psychosociales de l'abus de drogues durant les 3 ans de l'étude ( $p < 0.001$ ). Une diminution de la symptomatologie

psychiatrique a également été relevée de façon significative ( $p<0.001$ ). Les auteurs (ibid, 2007) ont remarqué une légère amélioration de la compliance au traitement à la fin de l'étude ( $p=0.02$ ). Le nombre de jours d'hospitalisation a aussi pu être diminué en passant d'une moyenne de 5.48 jours à l'inclusion de l'étude vers 2.34 jours 3 ans après l'inclusion. De plus, les patients ont nécessité moins de besoins de la part des professionnels de la santé ( $p<0.001$ ). Les résultats permettent encore de noter une amélioration significative du fonctionnement global des patients ( $p<0.001$ ).

Deuxièmement, Hjorthøj, Fohlmann, Larsen, Gluud, Arendt & Nordentoft (2012), ont également proposé une thérapie contenant à la fois l'entretien motivationnel et l'approche cognitivo comportementale à des personnes souffrant à la fois de psychose et consommant du cannabis. Le but de cette étude randomisée contrôlée danoise était de comparer les effets de cette intervention avec le traitement usuel composé de la thérapie médicamenteuse et des entretiens cognitivo comportementaux qui n'étaient pas ciblés sur la consommation de cannabis. L'intervention expérimentale était axée sur les problématiques de la consommation de cannabis, les avantages et les inconvénients à continuer la consommation et sur les stratégies à adopter en lien avec des situations pouvant entraîner des rechutes. Afin de renforcer l'adhérence à l'étude, des dons de vivres ont été effectués indépendamment de la consommation. L'intervention a duré six mois à raison d'une séance par semaine, et des sessions hebdomadaires en groupes ont été réalisées. 103 patients ont été randomisés dans cette étude. Les auteurs (ibid, 2012) nous révèlent qu'aucune différence significative ( $p=0.75$ ) n'existe entre les deux groupes concernant la fréquence de la consommation de cannabis durant le mois dernier. Par contre, une baisse de la quantité de cannabis fumée par mois chez les patients du groupe expérimental a été relevée par rapport au groupe de contrôle depuis le suivi ( $p=0.14$ ) et à la fin du traitement ( $p=0.05$ ). Les résultats ne sont pas significatifs concernant les symptômes positifs ( $p=0.86$ ) et négatifs ( $p=0.44$ ) du trouble psychotique, les tests cognitifs ( $p=0.11$ ) et la qualité de vie ( $p=0.89$ ).

La troisième recherche britannique de Barrowclough & al. (2010) est un essai contrôlé randomisé ayant pour but la comparaison d'une nouvelle intervention motivationnelle et cognitivo comportementale à des soins de routine uniquement. L'étude comptait 327 patients souffrant d'un double diagnostic de troubles psychotiques et d'abus de substance. Ces participants ont été randomisés dans deux groupes: le groupe

expérimental et le groupe de contrôle. Le groupe expérimental comprenait l'intervention motivationnelle et cognitivo comportementale sur 26 séances de thérapies individuelles réalisées sur 12 mois le plus souvent chez le patient. Les entretiens traitaient de plusieurs thématiques: l'initiation et le maintien de l'engagement du patient, la construction de la motivation, guider le patient vers son processus de changement, l'élaboration d'objectifs personnels, l'élaboration d'un plan de changement et le développement de techniques cognitivo comportementales. De plus, l'intervention expérimentale (ibid, 2010) comprenait les soins standards incluant le traitement par neuroleptique, un suivi ambulatoire et un suivi dans une unité de réadaptation. Le groupe de contrôle bénéficiait uniquement des soins de routine.

Selon les auteurs (ibid, 2010), la drogue la plus fréquemment utilisée était l'alcool suivi par le cannabis. Les résultats nous indiquent qu'il n'y a pas eu de différences significatives entre les deux groupes concernant le nombre de rechutes et d'admissions à l'hôpital ( $p=0.833$ ) durant les 24 mois de l'étude. Il n'y avait aucune différence significative entre les deux groupes concernant le pourcentage de jours d'abstinence toutes substances confondues ( $p=0.725$ ). Une diminution de la quantité de consommation quotidienne de la substance principale (ibid, 2010) a été relevée significativement positive ( $p=0.016$ ) ainsi que pour toutes les autres substances utilisées ( $p=0.017$ ) en faveur du groupe expérimental. De plus, les participants du groupe expérimental ont une fois et demie plus de chance que le groupe de contrôle d'être abstinent. Les auteurs (ibid, 2010) nous révèlent que les patients du groupe expérimental ont augmenté significativement leur motivation au changement à 12 mois après le début de l'intervention ( $p=0.004$ ), mais cette différence entre les deux groupes n'est pas maintenue à 24 mois après le début de l'étude ( $p=0.320$ ). Aucune différence de la perception des conséquences de l'utilisation de drogue (ibid, 2010) n'a été relevée entre les deux groupes à 12 mois ( $p=0.787$ ) ainsi qu'à 24 mois ( $p=0.620$ ). En terme de symptomatologie psychotique à 12 mois ( $p=0.84$ ) ainsi qu'à 24 mois ( $p=0.47$ ), aucune différence n'a été relevée entre les deux groupes. Le constat est identique pour le fonctionnement général des patients (12 mois,  $p=0.92$ ; 24 mois,  $p=0.82$ )

#### 5.2.4 LA PSYCHOÉDUCATION ET L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL

Une étude contrôlée randomisée australienne (James, Preston, Koh, Spencer, Kisely & Castle, 2004) s'intéresse à une intervention de soins intégrant la psychoéducation et

l'entretien motivationnel. Les auteurs proposent une intervention pour le traitement des doubles diagnostics sur plus de 6 semaines. Des séances hebdomadaires de groupes de 6 patients (représentant au total près de 112 heures sur toute la durée du traitement) adaptées au modèle de la roue du changement de Prochaska et DiClemente (ibid, 2004) étaient proposées. Elles contenaient les interventions suivantes: la psychoéducation sur l'usage des substances et la santé mentale, la raison de l'utilisation, la raison du changement, les stratégies de réduction des risques ainsi que l'affirmation de soi. De plus, la prévention des rechutes est également abordée. 63 patients ont été randomisés dans le groupe expérimental (cité ci-dessus) et dans le groupe de contrôle comprenant de la psychoéducation sur la toxicomanie ainsi que les conséquences de leur dépendance sur leur trouble. Des stratégies de réductions des méfaits sont abordées durant une seule séance d'une heure. Les participants de l'étude souffraient de troubles psychotiques et d'abus de substance selon les critères du CIM-10 (ibid, 2004).

Les auteurs (ibid, 2004) nous révèlent que les participants du groupe d'intervention ont démontré des résultats significativement meilleurs 3 mois post-traitement en terme de psychopathologie ( $p=0.005$ ) et de toxicomanie ( $p=0.001$ ). Les résultats démontraient que ces patients exprimaient avoir moins besoin de traitement médicamenteux ( $p=0.046$ ). Les résultats suggèrent également que la consommation de cannabis a été réduite significativement dans le groupe expérimental ( $p=0.02$ ) ainsi que la consommation d'alcool ( $p=0.015$ ) et l'usage multiple de substances ( $p=0.014$ ). La gravité de la dépendance a diminué en comparaison du groupe de contrôle ( $p=0.001$ ). Les résultats (ibid, 2004) nous révèlent que les patients du groupe expérimental ont été moins souvent hospitalisés durant le suivi que ceux du groupe de contrôle ( $p=0.005$ ).

## **6 DISCUSSION**

Dans ce chapitre, nous allons exposer les critiques liées aux recherches retenues pour cette revue de littérature étoffée. Dans un second temps, une critique sur notre méthodologie sera effectuée. Finalement, les différents résultats retenus seront analysés en lien avec le cadre de références ainsi que les concepts afin de pouvoir répondre à notre question de recherche.

### **6.1 REGARD CRITIQUE DES ETUDES RETENUES**

Nous avons donc retenu 14 recherches scientifiques répondant à nos critères d'inclusion et nous donnant des pistes d'actions concernant notre question de recherche.

Concernant la qualité des études, toutes (n=14) ont été évaluées à l'aide de la grille d'analyse d'approche quantitative de Nadot & Bassal (2011) (cf. Annexe A). Cette procédure nous a permis d'apprécier leur pertinence d'un point de vue méthodologique dans un premier temps. La totalité des recherches (n=14) a été jugée de très bonne qualité. À la suite de l'analyse de ces recherches, nous avons pu les retenir du fait qu'elles répondaient à nos critères d'inclusion. De plus, une majorité des études (n=12) sont des études contrôlées randomisées et deux études des recherches à devis quasi expérimentaux. Ceci nous permet donc d'affirmer que notre travail contient des études à haute validité scientifique d'un point de vue méthodologique. Un total de 8 études retenues premièrement n'ont pas répondu à ces critères et ont donc été exclues de notre revue de littérature.

La totalité des études (n=14) était rédigée en anglais, répondant ainsi à notre critère d'inclusion concernant la langue. Concernant les années de publications, nous avons relevé qu'un grand nombre d'études (n=5) étaient très récentes (entre 2010 et 2012), six ont été publiés entre 2004 et 2009, tandis que le reste des études dataient de 2001 à 2003 (n=3). Ceci nous permet d'affirmer que la problématique de la consommation de cannabis chez les personnes souffrant de troubles psychotiques est un sujet d'actualité depuis la dernière décennie. Les résultats exposés sont donc jugés comme valables au vu de leurs récentes années de publication.

Par la suite, nous avons pu dégager la profession des différents auteurs principaux des études. En effet, les professions sont variées: professeur de psychiatrie (n=6), professeur de psychologie clinique (n=3), psychologue (n=2), case manager (n=1), médecin psychiatre (n=1) et chercheur en santé mentale (n=1). Nous n'avons pas pu identifier la profession d'un auteur principal, mais un des auteurs de la recherche en question est professeur en psychiatrie. Nous remarquons que c'est une limite de ce travail étant donné qu'aucun des auteurs principaux n'est issu de la profession infirmière. Néanmoins, nous avons pu relever qu'un infirmier a participé à une des recherches ce qui nous conforte dans l'idée que la problématique de notre travail est d'actualité dans les soins infirmiers en santé mentale. De plus, nous avons remarqué que certaines études comportent les mêmes auteurs principaux. Ces auteurs ont étudié l'efficacité d'interventions différentes d'une étude à l'autre ce qui nous permet d'avancer que ce n'est pas une limite dans notre revue de littérature.

Nous avons également remarqué que les recherches ne spécifiaient pas forcément la profession exacte des thérapeutes impliqués dans les interventions. Nous ne pouvons donc pas toujours savoir si une infirmière peut proposer certaines interventions au même titre qu'un psychologue par exemple. Ce manque de précision pourrait être une limite à notre revue de littérature.

La majorité des études retenues (n=5) ont été écrites en Grande-Bretagne, 3 en Australie ainsi que 3 aux États-Unis d'Amérique. Une autre étude provenait de Hollande, une du Danemark ainsi qu'une dernière de Suisse. Nous pouvons donc nous questionner sur la possibilité de transférabilité de ces études étrangères dans le système de santé Suisse. La similitude de la recherche Suisse comparée aux autres nous permet d'avancer que les résultats obtenus dans les autres études peuvent être transférés aux soins psychiatriques en Suisse.

Concernant la validité éthique des études retenues, nous avons pu relever que six études ont noté l'accord d'un comité éthique pour leur travail. Pour les 8 études restantes, les auteurs n'ont pas clairement défini si un comité d'éthique a approuvé leur recherche, mais ils citent clairement que les participants des études ont donné leur consentement libre et éclairé avant l'inclusion.



Certaines limites apparaissent à la suite de l'analyse des articles retenus. Une des limites est le manque de résultats de certains écrits (n=4) en fonction des sexes, de la culture d'origine ainsi que de la situation socio-économique des participants. Ces variables pourraient probablement créer des biais dans les résultats de chaque étude et par conséquent dans notre revue de littérature. De plus, deux articles sont issus d'un même travail de recherche. En effet, les populations et l'intervention choisies sont similaires. Mais, les résultats présentés sont différents, car les variables évaluées ne sont pas identiques entre les deux écrits. Aussi, les études précisent toujours dans quels lieux les participants ont été recrutés. La majorité étant des centres de soins en santé mentale. Les auteurs des études n'indiquent pas systématiquement s'il s'agit de structures hospitalières ou ambulatoires. Ce manque d'information concernant le contexte dans lequel les patients ont été approchés pourrait créer des biais dans notre revue de littérature. Le même problème se pose concernant l'endroit où les thérapies ont été conduites. En effet, les études stipulent peu le lieu d'intervention. Ces données auraient été nécessaires pour la discussion des résultats.

## **6.2 REGARD CRITIQUE SUR LE TRAVAIL DE BACHELOR**

Dans ce chapitre, nous aimerions apporter un regard critique sur notre travail de Bachelor.

Cette revue de littérature constitue une nouveauté pour nous. En effet, nous n'avons jamais effectué un tel travail et ceci a pu engendrer certaines difficultés. Premièrement, la rigueur méthodologique nécessaire à la réalisation d'une revue de littérature a été difficile à atteindre. Après consultations de certains professeurs à la Haute École de Santé de Fribourg, nous avons pu acquérir la rigueur méthodologique imposée. Ensuite, la maîtrise de l'utilisation adéquate des banques de données telles que Pubmed nous a demandé énormément de travail. Aussi, la totalité des recherches retenues était écrite en anglais. N'étant pas de langue maternelle anglaise et ayant comme bagage uniquement nos connaissances scolaires, la traduction la plus fidèle possible de ces études a été une tâche ardue. Malgré cela, l'utilisation d'outil de traduction nous a permis de passer outre ces difficultés liées à la langue anglaise, ce qui nous a permis de proposer des résumés complets de ces recherches. Encore, nous nous sommes rendu compte que les interventions dégagées des 14 études retenues s'adressent essentiellement à un personnel infirmier formé dans le domaine de la santé mentale. De ce fait, nous avons

dû effectuer plusieurs recherches personnelles afin de comprendre les subtilités de ces interventions. Par cela, nous avons approfondi nos connaissances concernant ces interventions thérapeutiques. Finalement, bien que le thème choisi soit peu étudié, nous avons pu tout de même trouver 14 recherches répondants à nos critères d'inclusion.

### **6.3 DISCUSSION DES RESULTATS**

Dans cette partie, nous allons discuter les résultats des recherches retenues en regard du cadre de référence choisi et exposé en point 3.2: l'accompagnement vers le changement.

Tout d'abord, les interventions thérapeutiques évaluées dans les 14 études de cette revue de littérature s'inscrivent dans le cadre de référence choisi. En effet, l'entretien motivationnel, la thérapie cognitivo comportementale, les thérapies familiales et la psychoéducation sont différentes approches qui, utilisées à juste titre, guident le bénéficiaire de soins vers un processus de changement de son comportement.

Fouilland (2007) explique que le processus de changement demande un grand nombre d'efforts de la part de la personne concernée afin d'atteindre les buts choisis. Il ajoute que ce changement doit se faire par des «modifications importantes de structures et de comportements» (ibid., 2007, p.6). Nous pouvons imaginer que certains patients n'ont pas suffisamment confiance en eux pour entreprendre de telles démarches au vu des difficultés futures qu'elles comportent. En effet, ce processus est un cycle où le patient peut rechuter et passer à des étapes antérieures (ibid, 2007). Le patient peut donc culpabiliser ou se décourager alors qu'il est normal de rechuter au cours d'un processus de changement. Il nous semble donc important que face à ces difficultés, le patient puisse construire sa motivation au changement de façon solide afin de la maintenir dans toutes les situations. De ce fait, Bonsack & al. (2011) expliquent que l'entretien motivationnel permet au patient souffrant d'un double diagnostic de psychose et d'abus de substance d'avoir plus confiance en ses capacités de changer son comportement addictif. De plus, les patients ayant bénéficié de l'entretien motivationnel expriment être plus sensibles à l'importance de la réduction de la consommation de cannabis. Nous pouvons donc faire un lien avec la roue du changement de Prochaska et DiClemente (Fouilland, 2007) notamment avec la phase de contemplation où les personnes commencent à réfléchir sur leurs capacités à entreprendre le changement et sur l'importance de ce dernier. Du point de vue des stades de la roue du changement,

l'entretien motivationnel comme proposé par Bonsack & al. (2010) permet au patient de franchir la phase de contemplation vers le stade de la décision dans le but d'accéder à la phase d'action. Bien que dans cette étude la consommation de cannabis ne diminue pas de façon plus significative dans le groupe ayant bénéficié de l'entretien motivationnel, cette thérapie démontre son efficacité du point de vue de la motivation au changement, mais pas sur le long terme. En effet, comme expliqué ci-dessus, il est important que le patient maintienne cette motivation étant donné qu'il est fort probable qu'il se retrouve en difficultés et puisse rechuter vers des phases antérieures. La question se pose donc de savoir dans quelles mesures il est possible de pérenniser cette motivation au changement. Cottraux (2011) explique qu'«il n'y a pas de changement sans motivation» (p.23). De ce fait, il est donc important de maintenir la motivation du patient dans le temps. Ceci nous laisse penser que plus l'intervention dure comme l'est celle de Barrowclough & al. (2010) par rapport à celle proposée par Bonsack & al. (2010), plus le patient conserve sa motivation et se maintient dans l'engrenage de la roue du changement de Prochaska et DiClemente. Il nous paraît donc important de proposer des séances régulières et sur le long terme, basées sur l'entretien motivationnel afin de maintenir la motivation à continuer le processus de changement.

Par la suite, Barrowclough & al. (2010), Bradley & al. (2007) et Hjorthøj & al. (2012) avancent que des interventions comprenant l'entretien motivationnel et la thérapie cognitivo comportementale permettent d'entrevoir une diminution de la consommation de cannabis soit par une réduction de la fréquence ou par une diminution de la quantité de cannabis fumée. En effet, ces études (ibid, 2010, ibid. 2007, ibid. 2012) démontrent des résultats significativement positifs à moyen terme et à long terme pour l'étude de Bradley & al. (2007). Les interventions intégrant la thérapie cognitivo comportementale avec l'entretien motivationnel donnent des résultats favorables quant à une diminution de la consommation. À l'aide de cette approche, nous pouvons aider le patient à construire sa phase d'action selon le modèle de la roue du changement (Fouilland, 2007) par l'utilisation de la thérapie cognitivo comportementale tout en maintenant une motivation à ce changement à l'aide d'entretiens motivationnels. La phase d'action correspond, selon Fouilland (2007), à la mise en œuvre du changement. Il est donc nécessaire de proposer une thérapie efficace afin d'aider le patient à réduire sa consommation de cannabis ou à s'en abstenir sur un plus long terme.

Il semblerait que les thérapies intégrées soient plus efficaces dans ce sens qu'une thérapie unique. Kemp & al. (2007) ont proposé une intervention brève intégrant l'entretien motivationnel et la thérapie cognitivo comportementale ainsi que la psychoéducation. Leur intervention intégrée suit le cheminement de la roue du changement. En effet, l'intégration de plusieurs thérapies sous-entend qu'on désire aider et guider le patient dans cette roue du changement. Les résultats sont significatifs quant à la diminution de la consommation de cannabis, ce qui laisse penser que les patients ont pu modifier leur position dans la roue du changement et sont passés à la phase d'action. D'autres études proposent des interventions pertinentes dans la réduction de la consommation de cannabis (Barrowclough & al. (2001); Haddock & al. (2003)). En effet, ces interventions étaient constituées de l'entretien motivationnel afin d'aider le patient à améliorer sa motivation au changement, d'interventions cognitivo comportementales et d'interventions familiales. Il semblerait selon les résultats de ces trois études que les interventions cognitivo comportementales et familiales en plus de l'entretien motivationnel puissent être efficaces pour que le patient diminue sa consommation ou augmente ses chances d'être abstinent. En effet, Bonsack & Morandi (2011) expliquent que si le patient a un entourage qui le soutient dans son processus de changement, ce dernier sera plus compliant au traitement. Il va donc posséder plus de chances de réduire sa consommation.

L'intervention familiale comme unique thérapie démontre des résultats intéressants concernant la diminution de la consommation. En effet, les deux études retenues (Smeerdijk & al, 2011; Mueser & al. 2012) démontrent que l'intervention auprès de la famille et avec la famille permet de guider le patient vers une réduction de sa consommation. En effet, il semblerait selon Bonsack & Morandi (2011) que le soutien des proches apporte à leur enfant une meilleure compliance au traitement. Chan & al (2002) expliquent que l'infirmière doit aider les familles à établir des objectifs de changement dans les relations avec leur enfant. Nous pouvons donc avancer que si le patient souffrant de double diagnostic de trouble psychotique et de consommation de cannabis possède de bonnes relations avec ses parents, il se montrera plus adhérent aux thérapies proposées pour son processus de changement. Dans ce sens, Smeerdijk & al. (2011) proposent une intervention ayant pour but l'acquisition par les parents de stratégies afin qu'ils puissent résoudre les problèmes relationnels avec leur enfant. Les résultats de cette étude démontrent que les parents présentent une diminution de leur

détresse psychologique face à ce trouble ainsi qu'un sentiment de charge moins lourde à s'occuper d'un proche souffrant de double diagnostic. De plus, Mueser & al. (2012) expliquent que les parents stigmatisent moins la maladie de leur enfant. De ce fait, nous pouvons donc définir que si les parents sont plus compréhensifs par rapport à la situation de leur proche et s'ils perçoivent la situation comme moins lourde, celui-ci sera mieux soutenu dans son processus de changement comme le définissent également Bonsack & Morandi (2011). En effet, de meilleures relations au sein du système familial permettent une meilleure communication et une amélioration de la maladie mentale (Townsend, 2010) par une diminution de la consommation de cannabis. Ceci s'inscrit donc dans la phase d'action de la roue du changement de Prochaska et DiClemente (Fouilland, 2007).

Bellack & al. (2006) se sont penchés sur l'efficacité de la thérapie cognitivo comportementale. Cette thérapie a pour but de viser le changement de comportement en modifiant les pensées et les croyances venant des symptômes psychotiques (Towsned, 2010). De plus, elle est indiquée comme traitement de choix pour les patients souffrant de trouble psychotique. Elle comprend plusieurs techniques thérapeutiques: l'affirmation de soi, le renforcement positif et négatif, la résolution de problèmes, l'entraînement aux compétences sociales et l'apprentissage par imitation entre autres (Brusset 2003 ; Chang & Leung., 2002 ; Edmond 2000). Elle permet également une diminution de la détresse psychologique et une réduction de certains comportements comme la dépendance à une substance (ibid, 2010). Les résultats de l'étude (Bellack & al., 2006) laissent entrevoir une efficacité de la thérapie concernant la réduction de la consommation de cannabis. Mais, les résultats significatifs de cette étude ont été jugés comme peu fiables par les auteurs au vu de la manière de récolter les données (auto questionnaires et tests d'urines). Cette intervention a été intégrée à de la psychoéducation comme l'intervention proposée par Shaner & al. (2003). Shaner & al., 2003 ont démontré une réduction de l'abus de cannabis par ce procédé. Nous pouvons donc avancer que la psychoéducation permet de favoriser la motivation à un changement par des connaissances précises sur l'impact du double diagnostic sur leur vie quotidienne.

La psychoéducation (Favrod & Bonsack, 2008) permet d'aider le patient à s'informer sur son trouble. Elle se base en effet sur un manque d'informations et un soin éducatif

est donc mis en place. Afin de pouvoir favoriser le changement de comportement, nous pensons qu'il est nécessaire que les patients puissent connaître leur double diagnostic ainsi que les effets néfastes de leur consommation sur leur trouble psychotique. Cette dimension éducative prend donc une place importante quant à la préparation au changement. En effet, James & al. (2004) ont proposé une intervention regroupant l'entretien motivationnel et la psychoéducation afin d'aider les patients à réduire leur consommation. Nous pensons que cette méthode permet de guider le patient d'une phase de pré-contemplation vers la phase d'action avec comme but la réduction de la consommation. En effet, les résultats significativement positifs de cette étude nous laissent entrevoir ce scénario.

Une fois que le patient a établi son plan d'action, il est nécessaire qu'il maintienne son nouveau comportement, soit la diminution de la consommation et par conséquent la réduction de la probabilité de nouvelles rechutes (Fouilland, 2007). Plusieurs interventions thérapeutiques ont montré des résultats encourageants dans ce sens. Les interventions proposées par Barrowclough & al. (2001), Haddock & al. (2003), Bradley & al. (2007) et James & al. (2004) démontrent une diminution du nombre de jours d'hospitalisation et de rechutes. Ceci nous laisse penser que les thérapies intégrées favorisent le maintien des nouveaux comportements, soit une consommation faible ou modérée de cannabis. Selon Favord (2009), la consommation de cannabis a des répercussions néfastes chez ces patients en provoquant des rechutes ainsi que de nombreuses hospitalisations. Nous pouvons donc en déduire que si la personne réduit sa consommation de façon significative et la maintient à long terme, elle pourra diminuer son nombre d'hospitalisations.

Afin de proposer des interventions efficaces, nous pensons que les infirmières doivent bénéficier de formations. En effet, Chan & al. (2002) expliquent que les infirmières doivent être formées afin de proposer des interventions cognitivo comportementales de qualité. De leur côté Favrod & Bonsack (2008) expliquent que les infirmières doivent acquérir des compétences pour effectuer des interventions psychoéducatives. Ils mettent en avant l'importance de la formation de ces techniques auprès des écoles de soins infirmiers et lors des formations continues. De plus, Scherrer-Burri (2012) explique que les infirmières devraient suivre une formation afin d'acquérir les compétences nécessaires à l'utilisation de l'entretien motivationnel. Les infirmières doivent

également être capables d'établir des objectifs avec les familles des patients et de travailler avec ces dernières (Townsend, 2010). Ceci sous-entend que des compétences spécifiques doivent être acquises afin de proposer une intervention efficace. En effet, l'étude de Johnson & al. (2007) met en avant qu'une formation trop faible ne permet pas d'obtenir des résultats significatifs concernant la consommation de cannabis. Craig & al. (2008) expliquent également qu'une formation brève se montre insuffisante pour noter des résultats favorables à la réduction de la consommation de cannabis. Au vu de ces constats, nous pensons donc qu'il est important de proposer des formations plus conséquentes sur les différentes thérapies.

Différentes études abordent le thème de la qualité de vie et de l'amélioration de la symptomatologie psychotique. En effet, certaines études (Bellack & al., 2006; Kemp & al., 2007; Shaner & al., 2003) expliquent que leurs interventions ont permis d'entrevoir une amélioration de la perception de la qualité de vie par les patients. De plus, Mueser & al. (2012), Craig & al. (2008), Bellack & al. (2006), Barrowclough & al. (2001), Haddock & al. (2003) et James & al. (2004) ont pu démontrer une amélioration de la symptomatologie psychotique par une réduction des symptômes positifs et négatifs. Cette amélioration de la psychopathologie et cet état de mieux-être nommés dans ces différentes études nous laissent penser que ces patients vivent un rétablissement de leur maladie. Favrod, Rexhaj & Bonsack (2012) expliquent que le patient dans sa phase de rétablissement va devenir responsable de la gestion de sa maladie et va retrouver un sentiment d'espoir de recouvrer une qualité de vie convenable (Provencher, 2010). Nous pouvons avancer que si le patient ne présente plus, ou moins de symptômes psychotiques, il va bénéficier d'une meilleure qualité de vie et va donc certainement s'efforcer de la maintenir. Ce maintien va se faire par une réduction des facteurs favorisant une rechute, dont la consommation de cannabis.

#### **6.4 REPONSE A LA QUESTION DE RECHERCHE**

Nous pouvons à présent répondre à notre question de recherche: *«Quelles interventions thérapeutiques peuvent être proposées par une infirmière à un patient souffrant d'un trouble psychotique et ayant une consommation régulière de cannabis afin d'éviter les rechutes?»*

Les différentes approches thérapeutiques ont démontré des résultats positifs dans le soin auprès de patients souffrant de troubles psychotiques et d'abus de substance. Les résultats ont démontré une grande efficacité des thérapies intégrées. En effet, ces thérapies ont permis d'obtenir une diminution de la consommation de cannabis, une amélioration de la symptomatologie psychotique, de la qualité de vie et une diminution du nombre d'hospitalisations et de rechutes. Les thérapies uniques n'ont pas démontré des résultats plus significatifs que les interventions intégrées. Néanmoins, elles peuvent démontrer des effets positifs sur certains points et peuvent être une aide pour guider le patient dans son processus de changement. Le fait que la thérapie soit donnée de façon individuelle ou en groupe n'a pas démontré de résultats significativement différents. De ce fait, les interventions des thérapies intégrées peuvent être abordées des deux façons. Ces thérapies peuvent être réalisées par une infirmière, mais cette dernière doit effectuer des formations afin de proposer des interventions de qualité. Il est important de rappeler que le processus de changement est cyclique et que le patient peut à tout moment retourner à des phases antérieures. La rechute est donc considérée comme une étape «normale» d'un processus de changement (Fouilland, 2007). De plus, les thérapies proposées peuvent être différentes en fonction des objectifs du patient. Nous pensons également que si l'intervention thérapeutique est conséquente en temps et en quantité, le patient pourrait se maintenir plus facilement dans le cycle de la roue du changement comme les résultats ont laissé l'entrevoir. Finalement, il est important de relever que les soins proposés jusqu'à maintenant comme le traitement médicamenteux ainsi que les différents suivis par les équipes interdisciplinaires sont primordiaux dans la prise en charge de tels patients. Les interventions thérapeutiques doivent donc être intégrées aux soins habituels.



## **7 PERSPECTIVES**

Dans ce chapitre, nous allons exposer les implications pour la pratique infirmière ainsi que les propositions pour des recherches futures.

### **7.1 IMPLICATIONS POUR LA PRATIQUE**

Cette revue de littérature a permis de dégager plusieurs moyens thérapeutiques efficaces s'inscrivant dans le rôle infirmier pour que les patients souffrant de troubles psychotiques diminuent leur consommation de cannabis et par conséquent évitent de nouvelles rechutes et hospitalisations. De plus, ces différentes interventions thérapeutiques s'inscrivent dans le rôle propre d'une infirmière (plan d'étude-cadre Bachelor 2006, filière de formation Soins infirmiers de la HES-SO, 2008). En effet, l'entretien motivationnel va permettre de «concevoir une offre en soins en partenariat avec la clientèle» (ibid., 2008, p.6). De plus, les interventions cognitivo-comportementales, familiales et psychoéducatives permettent de «réaliser l'offre en soins dans la perspective de projets de soins interdisciplinaires» (ibid., 2008, p.7). Parallèlement, l'infirmière en accompagnant le patient dans son processus de changement de comportement (diminution de la consommation de cannabis) propose des actions préventives. Ces actions s'inscrivent dans la prévention tertiaire (OMS, 1999), soit dans le but d'éviter les rechutes et la chronicisation de la maladie. Dans un idéal, il serait adéquat que le patient arrête totalement de consommer du cannabis. Ceci s'inscrirait dans la prévention secondaire (ibid., 1999). Ces actions de prévention correspondent à une compétence du rôle infirmier (plan d'étude-cadre Bachelor 2006, filière de formation Soins infirmiers de la HES-SO, 2008): «promouvoir la santé et accompagner la clientèle dans son processus de gestion de la santé» (p. 8). La prévention des rechutes s'inscrit aussi dans cette compétence infirmière. À la suite de ceci, nous pouvons donc affirmer que la prise en charge de patients souffrant d'un double diagnostic de trouble psychotique et de consommation de cannabis à l'aide de ces interventions thérapeutiques s'inscrit entièrement dans le rôle infirmier.

Ensuite, nous aimerions proposer un plan de traitement inspiré des différentes études mises en lien avec la théorie de la roue du changement de Prochaska et DiClemente.

Pour commencer, il serait important d'effectuer une première approche du patient arrivant soit dans un service de suivi ambulatoire ou dans un service de réhabilitation. Les recherches ont démontré que le traitement de cette population doit se faire sur un long terme argumentant ainsi le choix d'intervenir dans des milieux de soins de longs séjours. Cette approche permettra d'établir un lien de confiance avec le patient et de co-construire les objectifs que le patient souhaite atteindre tout au long de la prise en charge. Une rencontre avec la famille, si le patient ainsi que les proches l'acceptent, peut permettre d'aborder le point de vue des proches, leurs besoins, de leur expliquer la prise en charge et de leur rappeler qu'ils seront des partenaires de soins importants.

Par la suite, il paraît important d'expliquer au patient par de la psychoéducation les effets néfastes que peut avoir le cannabis sur son trouble psychotique. Nous pouvons donc explorer les croyances et les raisons de la consommation du patient. Ainsi nous pourrions aider le patient à passer d'une phase de pré-contemplation à une phase de contemplation selon le modèle de la roue du changement (Fouilland, 2007).

Par la suite, l'infirmière peut guider le patient désirant changer de comportement à l'aide d'entretiens motivationnels. Nous ne pouvons pas obliger un patient à modifier certaines de ses habitudes de vie ou comportementales. Dans le cas où le patient exprime vouloir changer, il va pouvoir, à l'aide des entretiens motivationnels, exprimer clairement les motivations qui le poussent à vouloir le changement. Il est nécessaire ici d'encourager le patient dans son processus de changement. Il est essentiel dans ce point d'établir avec lui ses objectifs et un plan d'action afin de l'aider dans ce processus dès qu'il sera dans la phase de décision (ibid, 2007). Nous pouvons également proposer des entretiens psychoéducatifs visant l'acquisition voire le maintien des connaissances de l'effet de la consommation de cannabis sur son trouble psychotique afin de favoriser le maintien de cette motivation durant cette phase.

Lorsque le patient a pris la décision de changer de comportement, il va pouvoir entreprendre ce changement. La diminution de consommation de cannabis peut s'avérer difficile. La thérapie cognitivo comportementale permet d'aider le patient à entreprendre ce changement. L'acquisition et l'entraînement aux compétences pour faire face à une situation à risque peuvent être proposés afin de donner des pistes d'actions au patient lorsqu'il est confronté à une situation pouvant l'amener à consommer. Par cela, il va pouvoir réagir de manière adéquate à ce genre d'événements

afin qu'il se maintienne dans ce processus de diminution ou d'abstinence. Des techniques d'affirmation de soi pourront le conduire à se positionner face à des situations à risque de consommation ainsi que l'encourager à passer au travers des difficultés rencontrées. De plus, ces difficultés vont probablement décourager le patient à continuer son processus. Le travail sur les schémas et sur les pensées automatiques permettra de favoriser le changement à travers les modifications de ces pensées pouvant entraver la motivation au changement. Nous pouvons également utiliser le renforcement positif. En effet, cette technique permet de renforcer le comportement désiré et par conséquent de favoriser le maintien de ce dernier. Ces interventions pourront aider le patient dans son processus. De plus, les interventions familiales peuvent être utilisées. La formation des proches à des techniques de communication ainsi qu'à la compréhension du diagnostic de leur enfant permettra à ces derniers d'effacer les éventuels conflits avec le patient. De plus, la famille pourra être un soutien pour le patient dans le maintien de sa motivation et de son changement, ce qui permettra ainsi d'encourager ce dernier.

Finalement, une fois que le patient a finalisé son changement de comportement, il se situe dans la phase de maintien selon le modèle de la roue du changement (Fouilland, 2007). Il est important que le patient puisse rester dans cette phase le plus longtemps possible. Le soutien par le milieu, l'entretien motivationnel ainsi que l'entraînement aux compétences vont permettre au patient de maintenir sa motivation à garder son nouveau comportement et donc d'éviter des rechutes.

## **7.2 IMPLICATIONS POUR LA RECHERCHE FUTURE**

À la suite de ce travail de Bachelor, nous aimerions apporter quelques propositions pour de futures recherches.

Premièrement, nous nous sommes intéressés uniquement aux interventions. Nous n'avons pas abordé le vécu que peuvent avoir les infirmières face à ce genre de patients. En effet, en effectuant nos recherches d'articles sur les différentes bases de données, nous avons remarqué qu'un certain nombre d'études s'étaient intéressées à cette thématique. Il nous semblerait important de la traiter, car nous avons remarqué par nos expériences que la relation dans le soin est fortement influencée par les ressentis des soignants. Afin de pouvoir proposer des interventions efficaces, il est nécessaire que

l'infirmière puisse entretenir une bonne relation avec le patient. Ceci justifie notre proposition de future recherche.

De plus, nous avons pu remarquer que les interventions que nous avons proposées s'adressaient à un personnel soignant formé dans les différentes thérapies. Il serait également intéressant de savoir s'il existe des interventions qu'une infirmière novice ou sans formation continue puisse effectuer.

Nous avons remarqué que dans nos études ainsi que dans la littérature, la consommation d'alcool chez les patients souffrant de troubles psychotiques est importante. Nous nous posons la question de savoir si les interventions pour ces patients diffèrent des interventions que nous avons proposées tout au long de cette revue de littérature étoffée. Il serait donc aussi intéressant pour la pratique d'effectuer des recherches concernant les interventions auprès de patients ayant un double diagnostic de consommation d'alcool et de troubles psychotiques.

Finalement, les recherches retenues s'intéressaient aux interventions données dans des milieux de soins tels que des unités ambulatoires ou de réhabilitation. Nous nous posons la question de savoir si ces interventions ou d'autres peuvent être appliquées dans des services de psychiatrie aiguë afin d'entreprendre ce travail sur la réduction de la consommation de cannabis.

## 8 CONCLUSION

À travers ce travail de Bachelor, nous avons pu développer plusieurs compétences. Tout d'abord, nous avons acquis de nouvelles connaissances au niveau méthodologique et scientifique. Aussi, nous avons appris à utiliser les différentes banques de données, à respecter les cadres méthodologiques nécessaires à l'élaboration d'une revue de littérature et nous avons pu perfectionner notre anglais. Finalement, au-delà des connaissances acquises liées à l'élaboration méthodologique de ce travail, nous avons aussi appris énormément concernant la prise en charge des personnes souffrant d'un double diagnostic, ce qui nous sera fortement utile dans notre future pratique professionnelle.

Concernant la thématique choisie, nous nous sommes rendu compte de plusieurs éléments. Tout d'abord, il existe de nombreuses interventions thérapeutiques infirmières pour accompagner les patients souffrant d'un trouble psychotique et consommant du cannabis. L'importance pour les infirmières de se former à ce type de thérapie nous semble aussi primordiale. Ceci nous conforte dans l'idée de suivre, durant notre carrière professionnelle, une formation continue en lien avec notre thématique.

Aussi, nous sommes rassurés de voir que cette thématique est d'actualité et est passablement étudiée. Les recherches à ce sujet s'intéressent essentiellement aux moyens thérapeutiques pouvant être proposés à ce type de patients démontrant un réel besoin de la part des professionnels, des systèmes de santé et des patients.

En conclusion, ce travail nous a permis de travailler conjointement de manière professionnelle et efficace. Ce qui sera un avantage pour notre future pratique. Nos différentes compétences, connaissances et affinités nous ont permis d'établir une complémentarité au sein de notre groupe de travail. Nous avons également pris beaucoup de plaisir à effectuer cette revue de littérature.

## 9 BIBLIOGRAPHIE

### 9.1 OUVRAGES PUBLIES

- Boyer P., Guelfi J.-D., Pull C.-B. & Pull M.-C., (Ed.), (2003), *DSM-IV-TR, manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, texte révisé*, Paris: Masson
- Boyer P., Guelfi J.-D., Pull C.-B. & Pull M.-C., (Ed.), (2004), *MINI DSM-IV-TR, Critères diagnostiques*, Paris: Masson
- Brusset B., (2003), *Les psychothérapies*, Paris: puf
- Cottraux J., (2011), *Choisir une psychothérapie efficace*, Paris: Odile jacob
- Edmond M., (2000), *Guide pratique des psychothérapies*, Tournai: RETZ
- Llorca P.-M., Chéreau-Boudet I., Lachaux B., Lançon C., Lombertie E.-R. & Trarieux A.-M., (2005), *Les troubles psychotiques*, Paris: MASSON
- Loiselle C.G., (2007), *Méthodes de recherche en science infirmière, approches quantitatives et qualitatives*, Québec: ERPI
- Merklings J., (2007), *Le métier d'infirmier en santé mentale*, Paris: Seli Arslan
- Merklings J., (2010), *Activité thérapeutique à médiation, rôle infirmier et soin en santé mentale*, Issy-Les-Moulineaux: Elsevier Masson
- Miller W.R., & Rollnick S., (2006), *l'entretien motivationnel, aider la personne à engager le changement*, Paris: InterEditions
- Richard D. (2009), *Le cannabis et sa consommation*, Paris: Armand Colin
- Townsend M.C (Ed.), (2010), *Soins infirmiers, psychiatrie et santé mentale*, Saint-Laurent: ERPI

### 9.2 ARTICLES PUBLIES

- Amanda L. Baker, Hides L. & Lubman D.I, (2010), *Treatment of cannabis use among people with psychotic or depressive disorders : a systematic review*, Journal of clinical Psychiatry 71 :3, 247-254
- Barrowclough C., Haddock G., Tarrier N., Shôn W., Moring J., O'Brien R., Schofield N., & McGovern J., (2001), *Randomized controlled trial of motivational interviewing, cognitive behavior therapy, and family intervention*

*for patients with comorbid schizophrenia and substance use disorders, American journal of psychiatry, 158, 1706-1713*

- Barrowclough C, Haddock G, Wykes T, Beardmore R, Conrod P, Craig T, Davies L, Dunn G, Eisner E, Lewis S, Moring J, Steel C, & Tarrier N, (2010), *Integrated motivational interviewing and cognitive behavioural therapy for people with psychosis and comorbid substance misuse: randomised controlled trial*, British Medical Journal, 341, 1-12
- Bellack AS, Bennett ME, Gearon JS, Brown CH, & Yang Y, (2006), *A randomized clinical trial of a new behavioral treatment for drug abuse in people with severe and persistent mental illness*, Archives of General Psychiatry, 63, 426-432
- Besancon-Queleennec D., Pouvreau C. & Scerbanenko D., (2010), *Psychose et cannabis: quelles possibilités thérapeutiques?*, Dépendance, 33, 25-27
- Bonsack C., Gibellin Manetti S., Favrod J., Montagrin Y., Besson J., Bovet P., & Conus P., (2011), *Motivational intervention to reduce cannabis use in young people with psychosis: a randomized controlled trial*, psychotherapy and psychosomatics, 80, 287-297
- Bradley A.C., Baker A., Lewin T.J, (2007), *Group intervention for coexisting psychosis and substance use disorders in rural australia: outcomes over 3 years*, Australian and New Zealand Journal of psychiatry, 41, 501-508
- Cleary M. Hunt GE., Matheson SL., Siegfried N. & Walter G., (2010), *Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse (Review)*, The Cochrane Library, Issue 3, 1-149
- Craig T., Johnson S., McCrone P., Afuwape S., Hughes E., Gournay K., White I., Wanigaratne S., Leese M., Thornicrof G., (2008) *Integrated care for co-occurring disorders: psychiatric symptoms, social functioning, and service costs at 18 months*, Psychiatrics service, 59, 276-282
- Favrod J., Bonsack C., (2008), *Qu'est-ce que la psychoéducation?* Santé mentale, 126, 26-32
- Favrod J., Bonsack C., (2008), *Psychoéducation: de la théorie à la pratique*, Santé mentale, 126, 33-38
- Favrod J., (2009), *Intervention motivationnelle: psychose et cannabis*, L'Encéphale, Supplément 6 , 209-213

- Favrod J., Rexhaj S. & Bonsack C., (2012), *Le processus du rétablissement*, Santé mentale, 166, 32-37
- Fouilland P., (2007), *Approche de Prochaska et DiClemente*, «modèle des étapes du changement», ACTAL, 2, 32
- Gonzàles-Pinto A., Alberich S., Barbeito S., Gutierrez M., Vega P., Ibàñez B., Haidar M.K., Vieta & Arango Cl., (2011), *Cannabis and first-episode psychosis : Different long-term outcomes depending on continued or discontinued use*, Schizophrenia Bulletin, 37, 631-639
- Haddock G., Barrowclough C., Tarrier N., Moring J., O'Brien R., Schofield N., Quinn J., Palmer S., Davies L., Lowens I., McGovern J., Lewis S., (2003), *Cognitive-behavioural therapy and motivational intervention for schizophrenia and substance misuse. 18-month outcome of a randomized controlled trial*, the British Journal of psychiatry: the journal of mental science, 183, 418-426
- Henquet C., van Os J., Kuepper R., Delespaul P., Smits M., à Campo J. & Myin-Germeys I., 2010, *Psychosis reactivity to cannabis use in daily life: an experience sampling study*, The British Journal of Psychiatry, 196, 447-453
- Hjorthøj C. R., Fohlmann C., Larsen A.-M. Gluud C., Arendt M., Nordentoft M. (2012), *Specialized psychosocial treatment plus treatment as usual (TAU) versus TAU for patients with cannabis disorder and psychosis: the CapOpus randomized trial*, Psychological Medicine, 8, 1-12
- James W., Preston N.J., Koh G., Spencer C., Kisely S.R., Castle D.J., (2004), *A group intervention which assists patients with dual diagnosis reduce their drug use: a randomized controlled trial*, Psychological medicine, 34, 983-990
- Johnson S., Thornicroft G., Afuwape S., Leese M., White IR., Hughes E., Wanagaratne S., Miles H., Craig T., (2007), *Effects of training community staff in interventions for substance misuse in dual diagnosis patients with psychosis (COMO study): cluster randomised trial*, the British Journal of psychiatry : the journal of mental science, 191, 451-452
- Kemp R, Harris A, Vurel E, & Sitharthan T, (2007), *Stop Using Stuff: trial of a drug and alcohol intervention for young people with comorbid mental illness and drug and alcohol problems*, Australasian Psychiatry. Bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists, 15, 490-493



- Morandi S. & Bonsack C., (2011), *Engager dans les soins des personnes souffrant de schizophrénie par un suivi intensif dans le milieu (SIM)*, Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie, 162 (7), 278-283
- Mueser K.T, Glynn S., Cather C., Xie, H., Zarate R., Fox Smith L., Clark R E., Gottlieb d. J., Wolfe R., Feldman J., (2012), *A randomized controlled trial of family intervention for co-occurring substance use and severe psychiatric disorders*, Schizophrenia Bulletin, 39, 658-672
- Mullin K., Gupta P., Compton MT., Nielssen O., Harris A. & Large M., (2012), *Does giving up substance use work for patients with psychosis? A systematic meta-analysis*, The Australian and New-Zealand Journal of Psychiatry, 0, 1-14
- Provencher H. & Keyes C. L.M., (2010), *Une conception élargie du rétablissement*, L'Information psychiatrique, 86, 579-589
- Scherrer-Burri F., (2012), *Se former en entretien motivationnel, comment développer des compétences spécifiques et les maintenir à long terme*, Kinesither Rev, 12, 29-31
- Schofield D., Tennant C., Nash L., Degenhardt L., Cornish A., Hobbs C. & Brennan G., (2006), *Reasons for cannabis use in psychosis*, Journal complitations, The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists, 40, 570-574
- Shaner A., Eckman T., Roberts L.J., Fuller T., (2003), *Feasibility of a skills training approach to reduce substance dependence among individuals with schizophrenia*, Psychiatric services (Washington, D.C), 54, 1287-1289
- Smeerdijk M., Keet R., Dekker N., van Raaij B., Krikke., Koeter M., de Haan L., Barrowclough C., Schippers G., & Linszen D., (2011), *Motivational interviewing and interaction skills training for parents to change cannabis use in young adults with recent-onset schizophrenia: a randomized controlled trial*, Psychological medicine, 8, 1-10
- Spencer C., Castle D. & Michie P. (2002), *Motivations that maintain substance use among individuals with psychotic disorders*, Schizophrenia Bulletin, 28, 233-247

### 9.3 RAPPORTS

- Assad L., (2007), *Le rétablissement: un défi pour l'intervention*, Le partenaire 2: Association québécoise pour la réadaptation psychosociale
- Graf M. Annahein B. & Messerli J., *Genre masculin et dépendance: données de base et recommandations*, [Rapport], Lausanne: ISPA
- Jourdain-Menninger D. & Strohl-Maffesoli H., (2004), *Enquête sur la prévention et la prise en charge des adolescents et jeunes adultes souffrant de troubles psychiatriques*, [Rapport], Inspection générale des affaires sociales
- Organisation Mondiale de la Santé, (1999), *Glossaire de la promotion de la santé*, [Rapport], Genève: OMS
- Organisation Mondiale de la Santé (2001), *Rapport sur la santé dans le monde 2001*, [Rapport], Genève: OMS
- Organisation Mondiale de la Santé, (2008), *Programme d'action Comblant les lacunes en santé mentale, Elargir l'accès aux soins pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substance psychoactive*, [Rapport], Genève: OMS
- Organisation Mondiale de la Santé, (2011), *Programme d'action Comblant les lacunes en santé mentale, Elargir l'accès aux soins pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substance psychoactive*, [Rapport], Genève: OMS
- Organisation Mondiale de la Santé (2013), *Projet de plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020*, [Rapport], Genève: OMS
- Rosen A., Hadzi-Pavlovic D., Parker G., & Trauer T., (2006), *Background, Items and Scoring for the LSP-39, LSP-20 and the LSP-16*, [Rapport], Sydney: BlackDog Institute

### 9.4 OUVRAGES NON PUBLIES

- Haute École Spécialisée de Suisse occidentale, (2008), *Plan d'études cadre Bachelor 2006, Filière de formation Soins infirmiers*, [Rapport], sans lieu
- Nadot N. & Bassal C., (2011), *Grille de lecture critique d'un article scientifique, approche quantitative*, [Polycopié], Fribourg: Haute École de Santé

## 9.5 SITES WEB

- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2007), *Treatment perception questionnaire (TPQ)*, [Page WEB]. Accès: <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index4322EN.html>, [Page consultée le 11 juin 2013]
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, (2004) *Maudsley Addiction Profile*, [Page WEB]. Accès: <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index3667EN.html>, [Page consultée le 11 juin 2013]
- Festing M., (2012), *The ANOVA*, [Page WEB]. Accès: [http://isogenic.info/html/the\\_anova.html](http://isogenic.info/html/the_anova.html), [Page consultée le 1 juin 2013]
- Nation Institutes of Health (2003), *Addiction Severity Index*, [Page WEB]. Accès: [http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/AssessingAlcohol/InstrumentPDFs/04\\_A\\_SI.pdf](http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/AssessingAlcohol/InstrumentPDFs/04_A_SI.pdf), [Page consultée le 1 juin 2013]
- Infotechsoft (2013), *Brief Psychiatric Rating Scale*, [Page Web]. Accès: [http://infotechsoft.com/products/aspect\\_forms.aspx?formID=BPRS-18](http://infotechsoft.com/products/aspect_forms.aspx?formID=BPRS-18), [Page consultée le 1 juin 2013]
- Psychology Foundation of Australia (2013), *Depression Anxiety Stress Scales*, [Page WEB]. Accès: <http://www2.psy.unsw.edu.au/dass/>, [Page consultée le 1 juin 2013]
- United Kingdom psychiatric pharmacy group, (2006), *Drug Attitude inventory*, [Page WEB]. Accès: <http://www.ukppg.org.uk/DAI-10.html>, [Page consultée le 1 juin 2013]
- Derogatis L.R (2012), *Brief Symptom Inventory* [Page WEB]. Accès: <http://psychcorp.pearsonassessments.com/HAIWEB/Cultures/en-us/Productdetail.htm?Pid=PAbsi>, [Page consultée le 1 juin 2013]
- Yoshioka M.R., *The Medical Outcomes Study short Form (SF-36)*, [Page WEB]. Accès: <http://www.columbia.edu/cu/ssw/projects/pmap/docs/yoshiokamos.pdf>, [Consultée le 1 juin 2013]
- Schwarzer R., (2012), *General Sel-Efficacy Scale*, [Page WEB]. Accès: <http://userpage.fu-berlin.de/~health/selfscal.htm>, [Consultée le 11 juin 2013]

- Organisation Mondiale de la Santé, (2013), *WHO Quality of Life-BREF* [Page WEB]. Accès:  
[http://www.who.int/substance\\_abuse/research\\_tools/whoqolbref/en/](http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/whoqolbref/en/), [Consultée le 1 juin 2013]

## **10 ANNEXES**

### **Annexe A: Déclaration d'authenticité**

« Nous déclarons avoir effectué ce travail de façon personnelle selon les critères imposés par la Haute École de Santé de Fribourg. Les références bibliographiques sont citées de manière claire et précise»

Damien Balmat

Valentine Hadorn

## Annexe B: Grille de lecture critique

Grille d'analyse d'approche quantitative de Nadot & Bassal (2011)

Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair*	1— Argumentation de l'évaluation: à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques Et 2 — Extraction de données significatives
<b>Titre</b>	— Permet-il de saisir le problème de recherche?				
<b>Résumé</b>	— Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?				
<b>Introduction</b> Énoncé du problème	— Le problème de recherche est-il énoncé clairement?				
Recension des écrits	— Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées?				
Cadre théorique ou conceptuel	— Les principales théories et concepts sont-ils définis?				

Hypothèses	— Les hypothèses sont-elles clairement formulées?				
	— Découlent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures?)				
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	— Le devis de recherche est-il décrit?				
Population et contexte	— La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée?				
	— La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche?				
Collecte des données et mesures	— Les instruments de collecte des données sont-ils décrits?				
	— Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées?				
Déroulement de l'étude	— La procédure de recherche est-elle décrite? — A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique)?				
<b>Résultats</b> Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses?				
Présentation des	— Les résultats sont-ils présentés de manière claire				

résultats	(commentaires, tableaux, graphiques, etc.)?				
<b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts	— Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures?				
	— Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions?				
	— les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude?				
Perspectives futures	— Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir?				
<b>Questions générales</b> Présentation	— L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse?				
Évaluation globale	— L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière?				



### Annexe C: Tableau récapitulatif des recherches retenues

Auteur	Année	Interventions	Résultats	Discussions	Commentaires des auteurs de la revue de littérature
1. Barrowclough C., Haddock G., Tarrier N., Shôn W., Moring J., O'Brien R., Schofield N., & McGovern J., (2001),	2001	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entretien motivationnel</li> <li>• Interventions cognitivo comportementales</li> <li>• Interventions familiales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amélioration significative du fonctionnement global du patient</li> <li>• Diminution des symptômes positifs</li> <li>• Réduction de l'exacerbation des symptômes</li> <li>• Augmentation du nombre de jours d'abstinence</li> </ul>	<p>Limitations:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• faible échantillon</li> <li>• traitement de soins intégrés a duré plus longtemps par rapport aux soins de routine</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interventions dans des unités de longs séjours ou ambulatoires</li> <li>• L'association de plusieurs interventions permet d'orienter les pratiques des entretiens pour la population concernée</li> <li>• Il manque en détail les interventions précises des TCC, MI et familiales</li> </ul>

Auteur	Année	Interventions	Résultats	Discussions	Commentaires des auteurs de la revue de littérature
2. Kemp R., Harris A., Vurel E. & Sitharthan T.	2007	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entretien motivationnel</li> <li>• Psychoéducation</li> <li>• TCC pour l'abus de substances. <ul style="list-style-type: none"> <li>• 5 phases: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ orientation</li> <li>○ engagement</li> <li>○ persuasion</li> <li>○ action de maintenance</li> <li>○ prévention des rechutes</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Résultats significatifs quant à la consommation de drogue et d'alcool</li> <li>• Pas de résultats significatifs sur la quantité de produits consommés</li> <li>• Meilleure qualité de vie, meilleurs tests de consommation de drogues</li> <li>• Meilleure maîtrise de soi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Peut être utilisé chez des patients jeunes</li> <li>• Réduction de la consommation de drogue par la réduction de l'alcool</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'étude suggère donc de s'intéresser aux étapes de la roue du changement</li> <li>• Pour les infirmières, il est important de diriger les actions en fonction de la roue du changement afin d'accompagner le patient dans sa motivation au changement</li> </ul>
3. Mueser K.T, Glynn S., Cather C., Xie, H., Zarate R., Fox Smith L., Clark R E., Gottlieb d. J., Wolfe R., & Feldman J., A	2012	<p>Interventions familiales pour le double diagnostic par:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'enseignement sur les troubles du patient et utilisation du concept du changement</li> <li>• La motivation au changement</li> <li>• La prévention des rechutes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Résultats significatifs pour la consommation de drogues, d'alcool, des symptômes psychotiques</li> <li>• Amélioration des liens sociaux, du nombre de jours de consommation et de la compliance au traitement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les participants ont montré une amélioration sur les 3 ans de l'étude</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'étude relève l'importance de la place de la famille dans les soins</li> <li>• Il est donc important d'organiser des entretiens de familles, de s'assurer de leur connaissance du trouble et du rétablissement de leur proche</li> </ul>

Auteur	Année	Interventions	Résultats	Discussions	Commentaires des auteurs de la revue de littérature
4. Smeerdijk M., Keet R., Dekker N., van Raaij B., Krikke., Koeter M., de Haan L., Barrowclough C., Schippers G., & Linszen D	2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>Intervention familiale motivationnelle par une formation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diminution du nombre de jours de consommation de drogues chez les patients psychotiques</li> <li>Diminution nette de l'envie de consommer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Résultats correspondant à d'autres études</li> <li>Résultats peu probants, car les participants avaient des consommations peu excessives</li> <li>Limites: petit échantillon et beaucoup de refus de participation</li> <li>Le FMI demande aux parents un grand engagement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Il est important de considérer les proches aidants comme partenaires de soins à part entière</li> <li>Les infirmières ont les compétences pour mener des entretiens familiaux</li> <li>Nous pensons également que pour l'intervention FMI, une infirmière spécialisée a les compétences nécessaires pour la formation des parents</li> </ul>

Auteur	Année	Interventions	Résultats	Discussions	Commentaires des auteurs de la revue de littérature
5. Bonsack C., Manetti Gibellini S., Favrod J., Montagrin Y., Besson J., Bovet P. & Conus P.	2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entretien motivationnel individuel sur 4 à 6 sessions</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminution jusqu'à 6 mois de la consommation de cannabis pour le groupe expérimental</li> <li>• Diminution de la consommation de cannabis pour les deux groupes</li> <li>• Pas de résultats significatifs pour la motivation au changement</li> <li>• Pas de résultats significatifs concernant le taux d'admission à l'hôpital</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Durant l'intervention, la diminution de consommation est significative</li> <li>• Le traitement est efficace pour réduire la consommation sans pour autant l'arrêter</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'étude permet de relever plus précisément une technique d'entretien motivationnel permettant ainsi de réduire la consommation de cannabis sur un moyen terme</li> </ul>

Auteur	Année	Interventions	Résultats	Discussions	Commentaires des auteurs de la revue de littérature
6. Barrowclough C, Haddock G, Wykes T, Beardmore R, Conrod P, Craig T, Davies L, Dunn G, Eisner E, Lewis S, Moring J, Steel C, & Tarrier N	2010	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entretien motivationnel</li> <li>• La thérapie cognitivo comportementale (vise l'intérêt du changement et ses désirs de changements d'habitudes de vie)</li> <li>• Traitement habituel (traitement chimique, suivi ambulatoire et traitement dans une unité de réhabilitation)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• À 12 mois, augmentation de la motivation au changement, n'est pas maintenue à 24 mois</li> <li>• Pas de différence sur la perception des conséquences des drogues</li> <li>• Pas de différence concernant la symptomatologie psychotique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ne démontre pas de résultats en termes de rechutes, de décompensations, d'hospitalisations, du fonctionnement général et de l'automutilation</li> <li>• Démonstre une augmentation de la motivation au changement, mais ne l'est plus un an après le traitement</li> <li>• Résultats sur la diminution de consommation au niveau de la quantité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ce type de traitement permet d'améliorer la motivation au changement, mais ne permet pas d'aider le patient dans ce cycle de changement</li> <li>• Ceci est donc intéressant en tant qu'infirmière afin d'aider le patient à la fin d'une hospitalisation à commencer son processus de changement</li> </ul>

Auteur	Année	Interventions	Résultats	Discussions	Commentaires des auteurs de la revue de littérature
7. Bellack A.S., Bennet M.E., Gearon J.S., Brown C.H., & Yang Y.,	2006	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Thérapie cognitivo comportementale: <ul style="list-style-type: none"> <li>- réduction des risques</li> <li>- renforcement positif (par des tests d'urine)</li> <li>- habilitation sociale</li> <li>- psychoéducation</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Augmentation du nombre de tests d'urine négatifs</li> <li>• Pas de différence sur le nombre de jours de consommation de drogue</li> <li>• Meilleure situation financière et meilleures qualités de vie selon les patients</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminution de la consommation</li> <li>• Augmentation de la probabilité de l'adhérence au traitement</li> <li>• Diminution du risque de décompensation, moins d'hospitalisation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le renforcement positif peut être utilisé s'il est accompagné d'autres interventions</li> </ul>

Auteur	Année	Interventions	Résultats	Discussions	Commentaires des auteurs de la revue de littérature
8. James W., Preston N.J., Koh G., Spencer C., Kisely S.R., & Castle D.J.	2004	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interventions diverses adaptées à la roue du changement (intégration psychoéducation, entretien motivationnel): <ul style="list-style-type: none"> <li>- psychoéducation</li> <li>- raison de l'utilisation de la drogue</li> <li>- raison du changement</li> <li>- stratégies de réduction des méfaits</li> <li>- affirmation de soi</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réduction importante de la consommation de cannabis et d'autres drogues en consommation simultanée et la consommation d'alcool</li> <li>• Diminution des hospitalisations</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les traitements intégrés sont plus efficaces.</li> <li>• Limites: petit échantillon, pas de vérification de la consommation par des tests d'urines ou sanguins, évaluation des résultats à court terme</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cette recherche permet d'avancer que l'entretien motivationnel ajouté à de la psychoéducation permet de réduire considérablement le risque de rechute et la consommation</li> <li>• Ceci indique donc que les infirmières peuvent animer ces groupes</li> <li>• Il est important de relever que l'abstinence totale n'est pas visée</li> </ul>

Auteur	Année	Interventions	Résultats	Discussions	Commentaires des auteurs de la revue de littérature
9. Bradley A., Baker A., & Lewin T. J.	2007	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entretien motivationnel</li> <li>• Thérapie cognitivo comportementale</li> <li>• Suivi de consignes selon Miller et Rollnick (empathie, ambivalence, résistances et renforcement l'efficacité personnelle)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amélioration de leur consommation et des conséquences</li> <li>• Diminution du nombre de jours d'hospitalisation, mais à long terme une légère recrudescence</li> <li>• Diminution de l'utilisation du réseau de santé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'intervention de groupe est réalisable chez les patients</li> <li>• Permet de stabiliser la fréquentation des unités de soins ou de prévoir les hospitalisations plus rapidement</li> <li>• Les recommandations sont un minimum de 10 séances de groupe pour des résultats significatifs</li> <li>• Étude facilement généralisable</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Permet de comprendre l'importance des thérapies de groupes intégrées lors de traitement ambulatoire</li> <li>• Les interventions peuvent être réalisées par des infirmières diplômées</li> </ul>



Auteur	Année	Interventions	Résultats	Discussions	Commentaires des auteurs de la revue de littérature
10. Haddock G., Barrowclough C., Tarrier N., Moring J., O'Brien R., Schofield N., Quinn J., Palmer S., Davies L., Lowens I., McGovern J., & Lewis S.,	2003	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Thérapie cognitive comportementale</li> <li>• Entretien motivationnel</li> <li>• Interventions familiales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Meilleur fonctionnement global du patient, diminution du nombre de rechute et plus de jours d'abstinence</li> <li>• Concernant les proches aidants, il a été relevé que le besoin baisse et les demandes de besoins se stabilisent</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les résultats laissent penser à un potentiel de diminution de consommation</li> <li>• D'autres études sont nécessaires pour clarifier les modes de traitement</li> <li>• Le traitement intégré devrait accentuer l'expression des émotions chez les proches aidants</li> <li>• L'intervention intégrée peut diminuer les coûts de la santé</li> <li>• Étude difficilement généralisable aux patients vivants seuls ou sans famille.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Permet d'avancer l'importance d'inclure la famille proche dans les soins</li> <li>• Démontre également des résultats intéressants</li> <li>• L'infirmière peut mener cette thérapie et doit axer sa prise en charge autant sur l'individu, mais sur l'entourage et les ressources à disposition</li> </ul>

Auteur	Année	Interventions	Résultats	Discussions	Commentaires des auteurs de la revue de littérature
11. Shaner A., Eckman T., Roberts L.J., & Fuller T.	2003	<ul style="list-style-type: none"> <li>•prévention des rechutes</li> <li>•réduction des risques avec des interventions pharmacologiques</li> <li>•gestion de cas intensive</li> <li>•psychoéducation en groupe</li> <li>•tests d'urine</li> <li>•l'entraînement des compétences</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminution du nombre de jours de consommation</li> <li>• Amélioration à la compliance au traitement après l'intervention</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'intervention a été réalisée après une hospitalisation</li> <li>• L'étude ne permet pas de comparer à un groupe de contrôle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'approche interdisciplinaire est importante dans le traitement de ces patients</li> </ul>
12. Johnson S., Thornicrof G., Afuwape S., Leese M., White I. R., Hugues E., Wanigaratne S., Miles H., & Craig T.	2007	<p>Formation professionnelle de 5 jours sur:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• l'évaluation de la gestion des doubles diagnostics avec un accent sur l'entretien motivationnel et les TCC</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aucune différence significative sur les durées d'hospitalisation, sur le taux d'hospitalisation et sur la consommation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'étude peut être réalisée facilement, car l'intervention est assez courte</li> <li>• La formation était trop faible pour avoir des répercussions sur la prise en charge de ces patients</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'article montre que la formation des professionnels de la santé sur la prise en charge d'un patient ayant un double diagnostic ne permet pas de réduire la quantité de consommation de cannabis et le taux de nouvelle hospitalisation</li> </ul>

Auteur	Année	Interventions	Résultats	Discussions	Commentaires des auteurs de la revue de littérature
13. Hjorthøj C. R., Fohlmann C., Larsen A.-M. Gluud C., Arendt M., & Nordentoft M	2012	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entretien motivationnel</li> <li>• Thérapie cognitive comportementale ciblée sur le problème de cannabis ainsi que le traitement usuel</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pas de résultats significatifs sur le nombre de jours de consommation</li> <li>• Diminution significative de la quantité consommée</li> <li>• Pas de résultat significatif sur la psychopathologie, les tests cognitifs et la qualité de vie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Une tendance à la diminution de la consommation est démontrée</li> <li>• Les participants sont satisfaits de la prise en charge</li> <li>• Les déficits liés à la psychose peuvent affecter l'entretien motivationnel et la TCC</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'étude permet d'envisager l'intégration de l'entretien motivationnel et des TCC de façon plus spécifique que les autres études en ciblant sur le trouble addictif</li> <li>• Le suivi peut être réalisé par une équipe infirmière en ambulatoire</li> </ul>
14. Craig T., Johnson S., McCrone P., Afuwape S., Hughes E., Gournay K., White I., Wanigaratne S.,	2008	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formation et Supervision des gestionnaires de cas dans l'évaluation et la gestion des troubles concomitants</li> <li>• S'appuie sur des éléments de l'entretien motivationnel et TCC</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les réductions de la consommation d'alcool n'étaient pas statistiquement significatives tout comme le cannabis</li> <li>• Une différence significative a été</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• améliorations significatives des symptômes et des niveaux de couverture des besoins psychiatriques</li> <li>• Pas de résultats significatifs dans l'usage de substances ou de la qualité de vie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Peut être réalisée par des infirmières diplômées n'ayant pas un grand nombre d'années d'expérience si on leur offre la possibilité de se former</li> <li>• Cette recherche démontre l'ouverture des professionnels de la santé quant aux</li> </ul>

Auteur	Année	Interventions	Résultats	Discussions	Commentaires des auteurs de la revue de littérature
Leese M., & Thornicrof G.		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensibilisation sur les problématiques de drogues, l'évaluation globale du patient, les stratégies de motivation, la gestion de la résistance, la prévention des rechutes</li> </ul>	<p>observée pour les symptômes psychotiques et pour les symptômes d'anxiété et de dépression</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aucune différence entre les groupes en termes de l'évaluation du fonctionnement social n'est démontrée</li> <li>• Les coûts des soins ne diffèrent pas entre les groupes.</li> </ul>		<p>formations qu'on leur propose, bien que parfois la dure réalité de la pratique vienne compliquer ces formations complémentaires</p>

## Annexes D: Grilles de lecture des articles retenus

### Recherche 1: Barrowclough & al, 2001

<b>Bibliographie</b>	Barrowclough C., Haddock G., Tarrier N., Shôn W., Moring J., O'Brien R., Schofield N., & McGovern J., (2001), <i>Randomized controlled trial of motivational interviewing, cognitive behavior therapy, and family intervention for patients with comorbid schizophrenia and substance use disorders</i> , American journal of psychiatry, 158, 1706-1713
<b>Pays</b>	Grande-Bretagne
<b>Question de recherche</b> <b>But de la recherche</b>	Investigation des bénéfices d'une intégration de différents traitements psychologiques et psychosociaux aux soins psychiatriques de routine pour patients souffrant de schizophrénie et d'abus de substances
<b>Population/échantillon</b>	La population (ibid, 2001) comprend des personnes souffrant d'une schizophrénie ou d'un trouble schizoaffectif et d'un trouble d'abus de substances, âgées de 18 à 65 ans, suivies au minimum 10 heures par semaines par un soignant d'un centre de traitement psychiatrique et ne souffrant pas d'une pathologie cérébrale pouvant compromettre les facultés mentales de la personne.
<b>Devis de recherche</b>	Étude randomisée contrôlée, devis quantitatif
<b>Méthodologie</b>	Les critères d'inclusion de l'étude sont (ibid, 2001): <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trouble psychotique non affectif (schizophrénie ou trouble schizoaffectif)</li> </ul>

- Dépendance ou abus de substance
- Bénéficiant des services de professionnels en santé mentale
- Être âgés de 18 à 65 ans
- Contact au minimum de 10 heures hebdomadaires avec un soignant
- Absence de maladie cérébrale organique

Les participants (ibid, 2001) sont identifiés à l'admission d'une hospitalisation. Les sites de sélection sont trois hôpitaux du nord de l'Angleterre. Les participants sont reçus une première fois pour établir leur consentement à l'étude.

*Procédure d'évaluation et instruments:*

Pour les premiers résultats (ibid, 2001), l'échelle d'évaluation globale de fonctionnement est utilisée afin d'évaluer le fonctionnement de chaque participant. Cette échelle comporte plusieurs items évalués de 0 à 100. Plusieurs résultats secondaires sont utilisés comme la mesure de la symptomatologie et de la consommation de substance. Les mesures d'évaluations des résultats ont été effectuées à 3 moments durant l'étude: avant le début de la randomisation, directement après le traitement (9 mois depuis le début de l'étude) et 3 mois après la fin du traitement.

*Évaluation des symptômes et du fonctionnement des patients:*

L'échelle d'évaluation globale de fonctionnement (ibid, 2001), les échelles des symptômes négatifs et positifs, et l'échelle de fonctionnement social ont été utilisées pour l'évaluation des symptômes et du fonctionnement des

	<p>patients. Deux assistants de recherche ont évalué 10 patients choisis au hasard en utilisant l'échelle d'évaluation globale du fonctionnement. L'échelle «the drug attitude inventory » (ibid, 2001), une échelle d'auto-évaluation a été utilisée pour mesurer la compliance au traitement. Deux méthodes d'évaluation de la fréquence et de la durée des rechutes ont été utilisées dans les deux ans avant le début de l'étude et au cours de l'étude. La première identifie le nombre et la durée des hospitalisations et la seconde identifie le nombre et la durée de l'exacerbation des symptômes durant plus de 2 semaines et nécessitant un changement du programme thérapeutique.</p> <p>Durant l'étude, les comportements de consommation des participants ont été évalués à plusieurs intervalles (3 mois avant le début de l'étude, à 3 et 6 mois pendant et 9 et 12 mois après le début de traitement). Les détails sur les comportements ont été recherchés. Deux variables ont été calculées (pourcentage de jours d'abstinence de la substance la plus fréquemment utilisée et pourcentage des jours d'abstinence toutes substances confondues).</p>
<b>Interventions</b>	<p>1. Entretien motivationnel, interventions cognitivo comportementales et interventions familiales:</p> <p>La période d'intervention (ibid, 2001) a duré 9 mois. Des sessions ont lieu au domicile des patients ou sur le lieu de travail des soignants. Pour chaque patient, un professionnel de soutien familial est assigné. Leurs services comprennent l'inclusion d'information, l'accès aux conseils et un soutien émotionnel. La fréquence de passage ainsi que sa nature sont évaluées par les soignants et le patient. Le programme de traitement intégré comprend trois approches: l'entretien motivationnel, la thérapie individuelle cognitivo comportementale et l'intervention familiale. L'intervention commence par l'entretien motivationnel avec cinq sessions hebdomadaires afin d'évaluer et améliorer la motivation au changement du patient. À partir de la sixième semaine, la thérapie cognitivo comportementale</p>

	<p>commence en parallèle des entretiens motivationnels. Ces thérapies cognitivo comportementales sont réalisées sur 18 séances hebdomadaires, suivies de 6 séances 2 fois par semaine (au total 29 séances individuelles incluant les entretiens motivationnels). Les cliniciens sont formés à l'entretien motivationnel. Six cliniciens, dont 5 psychologues et une infirmière, conduisent les thérapies cognitivo comportementales. Tous ont réalisé des thérapies cognitivo comportementales chez des patients psychotiques et utilisant des méthodes reconnues par l'association britannique de psychothérapie cognitivo comportementale. Les thérapeutes bénéficient de supervisions hebdomadaires. Puis, les entretiens familiaux ont eu lieu sur 10 à 16 séances, soit avec le patient ou parfois sans. Les objectifs communs ont été réalisés en co-construction avec le patient et ses proches.</p> <p>2. Les soins usuels:</p> <p>Ils comprennent la médication par neuroleptiques, un suivi en ambulatoire et des activités de réhabilitation communautaire (ibid, 2001).</p>
<b>Résultats</b>	<p>Sur les 66 patients pouvant participer potentiellement à l'étude (ibid, 2001), 30 au total ont refusé. En comparant les participants et les personnes ayant refusé, des différences étaient notables: les participants sont tous plus jeunes, souffrent de leur maladie depuis moins longtemps et ont été hospitalisés plus régulièrement durant les trois dernières années.</p> <p>L'étude finale (ibid, 2001) comptait 36 patients dont 92 % sont des hommes et la moyenne d'âge était de 31.1 ans ainsi que 36 proches aidants. La moyenne des années écoulées depuis le début de leur maladie était de 8.4 années, et la moyenne du nombre d'hospitalisations était de 4.9. 19 patients consommaient des drogues et de l'alcool, 11</p>



uniquement de l'alcool et 6 uniquement des drogues. La drogue la plus consommée était le cannabis (22 patients), les amphétamines (10 patients), la cocaïne (4 patients) et l'héroïne (4 patients). 3 décès ont été constatés durant les 9 mois de l'étude (1 une crise cardiaque et deux dans le groupe de soins usuels, dont un par overdose et l'autre par suicide). Deux patients ont finalement refusé de continuer l'étude. Au total, 17 patients étaient inclus dans le groupe expérimental et 15 dans le groupe de contrôle.

La moyenne des séances d'interventions familiales (ibid, 2001) était de 11 et 22 pour les interventions individuelles cognitivo comportementales. Le nombre d'entretiens de soutien par des professionnels était plus élevé lors de traitement usuel (moyenne 7.5 contre 4.5 pour le programme intégré). Il n'y avait pas de différence dans le nombre de rencontres avec les soignants dans les deux groupes (moyenne 4.5 contre 5.5 pour le programme intégré).

Le niveau de fonctionnement des patients (ibid, 2001) présentait un résultat supérieur pour le groupe bénéficiant du traitement intégré selon l'échelle d'évaluation globale du fonctionnement à 9 mois (moyenne à 57.2 pour le traitement intégré versus 46.16)/ $p<0.001$  et à 12 mois (moyenne à 60.14 pour le traitement intégré versus 46.28)/ $p=0.001$ .

Pour l'échelle des symptômes positifs et négatifs (ibid, 2001), le traitement intégré présentait des scores plus faibles sur les symptômes positifs au fil du temps contrairement au groupe de contrôle qui présentait des scores légèrement plus élevés. Cette différence n'était pas significative à 9 mois (moyenne 14.8 versus 17)/ $p<0.07$ , mais l'était à 12 mois (moyenne 12.85 versus 16.63)/ $p<0.01$ . Pour les symptômes négatifs, une différence en faveur du traitement intégré est à noter (moyenne à 12.5 versus 16.17)/ $p<0.02$ , mais n'est pas maintenue à 12 mois (moyenne 12.68 versus

	<p>14.63). Il n'y a pas de différence entre les deux groupes pour les scores de l'échelle des symptômes négatifs et positifs à 9 mois ou à 12 mois (moyenne 56.91 (soins intégrés) versus 63.36). Pour le fonctionnement social, il n'y a pas de différence entre les deux groupes à 9 mois (moyenne 104.20 versus 100.94) ou à 12 mois (107.06 versus 102.78)/<math>p &lt; 0,08</math>.</p> <p>Concernant les rechutes (ibid, 2001), à la fin des 9 mois de traitement, 55,5 % des patients du groupe contrôle ont rechuté contrairement à 27.8 % du groupe de soins intégrés (<math>p &lt; 0,09</math>). À 12 mois, la différence reste significative (33,3 % du groupe de soins intégrés ont rechuté contre 66,7 % du groupe contrôle) <math>p &lt; 0,05</math>.</p> <p>Le pourcentage de jours d'abstinence toutes substances confondues était meilleur pour le groupe de soins intégrés (moyenne 19.99 versus 13.47 pour le groupe de contrôle)/<math>p &lt; 0,03</math>. Cependant, la différence entre les groupes dans la moyenne de pourcentage de jours d'abstinence est moins significative en comparant uniquement les substances les plus utilisées (moyenne 17.76 versus 14.65 pour le groupe contrôle) (ibid, 2001).</p>
<b>Discussion</b>	<p>Le groupe de contrôle (ibid, 2001) démontre une amélioration significative des résultats du fonctionnement général des patients. De nombreux avantages pour les patients sont présentés comme une diminution des symptômes positifs, une réduction de l'exacerbation de symptômes et une augmentation du nombre de jours d'abstinence aux drogues sur une période de 12 mois. De ce fait, le traitement intégré est avantageux en termes de diminution de la consommation de substances et de réduction des symptômes de la maladie. La compliance au programme est démontrée (94 % des patients ont terminé le programme) contrairement à d'autres études (30,31 %).</p> <p>Le petit échantillon de cette étude est une limitation et les auteurs (ibid, 2001) se posent la question de la</p>

	<p>généralisation de cette étude à d'autres patients atteints de schizophrénie et de troubles de consommation de substances.</p> <p>Le cannabis est la drogue la plus fréquemment utilisée et la consommation d'alcool se retrouve chez des patients ayant déjà une consommation multiple de drogues (ibid, 2001). Les faibles résultats pour les patients du groupe contrôle concordent avec le reste de la littérature. En effet, deux tiers des patients ont rechuté dans les 12 mois. Ces patients ont également une détérioration du fonctionnement général avec une augmentation des symptômes positifs.</p> <p>Une autre limitation de l'étude est que les patients du groupe de soins intégrés ont bénéficié d'une durée de traitement plus élevée que le groupe de contrôle ce qui pourrait expliquer les résultats positifs de l'étude.</p> <p>Des études (ibid, 2001) sont nécessaires afin d'évaluer l'efficacité des différentes interventions du traitement intégré et d'autres études sont également nécessaires pour évaluer les résultats à long terme et le coût de ce programme.</p>
<b>Commentaires des auteurs de la revue de littérature</b>	<p>L'étude démontre l'importance d'intégrer plusieurs moyens thérapeutiques non pharmacologiques. Ces traitements peuvent être réalisés par des infirmières en santé mentale. La présente recherche nous indique qu'il est nécessaire de travailler avec plusieurs cadres de référence auprès de cette population (patients psychotiques avec un trouble lié à l'utilisation de substances) afin d'optimiser la réduction des risques de nouvelles décompensations par la diminution de la consommation de substances, dont le cannabis. Ces interventions s'inscrivent dans le modèle du changement de Prochaska et DiClemente.</p>

## Recherche 2: Kemp & al, 2007

<b>Bibliographie</b>	Kemp R, Harris A, Vurel E, & Sitharthan T, (2007), <i>Stop Using Stuff: trial of a drug and alcohol intervention for young people with comorbid mental illness and drug and alcohol problems</i> , Australasian Psychiatry. Bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists, 15, 490-493
<b>Pays</b>	Australie
<b>Question de recherche</b> <b>But de la recherche</b>	Cette étude décrit une intervention brève cognitivo comportementale basée sur une intervention spécialisée dans le traitement des addictions à l'alcool et aux drogues chez un groupe de jeunes gens souffrant d'un trouble psychotique et abusant de substances, consultant dans un centre spécialisé de l'ouest de Sydney. Les auteurs veulent mettre en évidence les interventions motivationnelles brèves.
<b>Population/échantillon</b>	La population de cette étude (ibid, 2007) comporte des jeunes personnes âgées de 17 à 25 ans souffrant du double diagnostic de trouble psychotique et d'abus de substance. Il y a en tout, 19 patients qui participent à l'étude.
<b>Devis de recherche</b>	Essai randomisé contrôlé, devis quantitatif
<b>Méthodologie</b>	Le Comité d'Éthique de la Recherche des Services de Santé de l'ouest de Sydney (ibid, 2007) a approuvé l'étude. Les participants à l'étude ont été sélectionnés par une équipe spécialisée dans le traitement des troubles liés à l'utilisation de substances. Les participants doivent présenter plusieurs critères d'inclusion dont les troubles psychotiques répondants aux critères du DSM-IV, les troubles liés à une substance et ils doivent donner leur

	<p>consentement éclairé pour participer à l'étude. Les critères d'exclusion sont les troubles neurologiques influençant sur leurs capacités cognitives et les patients ne maîtrisant pas suffisamment l'anglais. Les outils de mesure de cette étude sont l'échelle de symptômes positifs et négatifs, les tests d'urine, les tests d'identification d'abus d'alcool, la sous-échelle de dépression et d'anxiété, une échelle d'auto-efficacité et l'échelle de la qualité de vie de l'OMS. La quantité et la fréquence d'utilisation de substances sont enregistrées, les sujets sont répartis soit dans le groupe de contrôle ou dans le groupe expérimental de façon aléatoire et équitable. Tous les patients sont contactés 3 mois après l'achèvement du traitement proposé par l'étude et réévalués 6 mois après la fin du programme.</p>
<b>Interventions</b>	<p>1. Intervention "Stop Using Stuff" (SUS) (ibid, 2007, p.490):</p> <p>Intégration de l'entretien motivationnel et de thérapies cognitivo comportementales pour les abus de substances.</p> <p>« SUS » est une intervention comprenant: l'entretien motivationnel et les TCC pour les abus de substances. 5 étapes sont décrites: l'orientation, l'engagement, la persuasion, l'action de maintenance et la prévention de la rechute. La psychoéducation, en individuelle, en groupe ou en famille et le suivi du traitement pharmacologique font également partie de l'intervention. L'intervention compte 4 à 6 séances d'une heure chacune.</p> <p>2. Le traitement usuel (TAU) (ibid, 2007):</p> <p>Il comprend des séances individuelles et en groupe de psychoéducation familiale et le suivi du traitement pharmacologique. Ces deux interventions sont également intégrées dans le groupe SUS.</p>

<b>Résultats</b>	<p>70 % des participants (ibid, 2007) sont des hommes dans le groupe expérimental et 100 % dans le groupe de contrôle. Les drogues principalement consommées étaient l'alcool et le cannabis. Les participants du groupe d'intervention présentaient des scores plus élevés concernant les échelles DASS et AUDIT (<math>p &lt; 0,05</math>) à l'inclusion. Les échelles ANOVA et «two way Anova» sont utilisées afin d'observer les différences entre les deux groupes. Des effets significatifs sont relevés pour la consommation d'alcool (<math>F=4.718</math>)/<math>p &lt; 0,05</math> et la consommation de drogue (<math>F=7.0</math>)/<math>p &lt; 0,05</math>. Il n'y a pas de résultats significatifs dans la quantité de produits consommés. En utilisant l'échelle ANOVA, il y a des résultats significatifs pour les deux groupes pour le test d'abus de drogues (DAST)/<math>p &lt; 0,05</math> (<math>F=13.67</math>), pour le test d'identification de consommation d'alcool (AUDIT) (<math>F= 5.82</math>), pour l'échelle de la qualité de vie selon l'OMS (WHOQOL)/<math>p &lt; 0,05</math> (<math>F= 4.97</math>) ainsi que pour la maîtrise de soi (SES) (<math>F=4.97</math>).</p>
<b>Discussion</b>	<p>Cette étude (ibid, 2007) fournit des preuves que l'intégration d'interventions pour les doubles diagnostics peut être utilisée auprès d'une population jeune. Le groupe SUS bénéficie d'une réduction significative de la consommation de substance avec de meilleurs résultats dans l'autoévaluation (self efficacy score). Néanmoins, le petit échantillon de l'étude doit être traité avec précaution. Cette population suggère d'être assistée par des interventions simples et brèves.</p> <p>La réduction de la consommation de substances illicites s'est produite dans le contexte d'une réduction de la consommation d'alcool, ce qui suggère qu'aucune substitution de l'alcool par des drogues illicites ne s'est produite dans le groupe SUS (ibid, 2007). Aucun changement pour la quantité moyenne d'alcool consommée n'a été observé chez le groupe de contrôle. En outre, cela s'est produit dans le contexte d'une augmentation non significative des</p>

	symptômes psychiatriques dans ce même groupe.
<b>Commentaires des auteurs de la revue de littérature</b>	L'intégration de l'entretien motivationnel et des thérapies cognitivo comportementales présentent des résultats intéressants dans les soins de jeunes adultes souffrant de troubles psychotiques et ayant une consommation de cannabis. L'étude suggère donc de s'intéresser aux étapes de la roue du changement. Pour les infirmières, il est important de diriger les actions en fonction de la roue du changement afin d'accompagner le patient dans sa motivation au changement.

### Recherche 3: Mueser & al., 2012

<b>Bibliographie</b>	Mueser K.T, Glynn S., Cather C., Xie, H., Zarate R., Fox Smith L., Clark R E., Gottlieb d. J., Wolfe R., Feldman J., (2012), <i>A randomized controlled trial of familiy intervention for co-occurring substance use and severe psychiatric disorders</i> , Schizophrenia Bulletin, 39, 658-672
<b>Pays</b>	États-Unis d'Amérique
<b>Question de recherche</b> <b>But de la recherche</b>	Le but de cette étude est de comparer deux interventions familiales (FIDD et ED) dans le traitement des troubles d'abus de substances chez des patients souffrant de troubles psychotiques.
<b>Population/échantillon</b>	108 patients ainsi que leurs parents proches (n=108) ont participé à l'étude au départ (ibid, 2012). À la fin de l'étude, il restait seulement 25 participants dans le groupe ED et 23 dans le groupe FIDD. Les critères d'inclusion étaient: avoir plus de 18 ans, un diagnostic de schizophrénie, de trouble schizoaffectif ou de trouble bipolaire selon le DSM-IV, avoir un diagnostic d'abus de substance (cannabis, alcool ou autres drogues) ou de dépendance dans les 6 derniers mois, avoir un contact de 4 heures par semaine avec les proches, être patient dans une des trois institutions psychiatriques participant à l'étude (2 à Boston et une à Los Angeles) et avoir donné son consentement éclairé en tant que proche ou patient
<b>Devis de recherche</b>	Essai contrôlé randomisé, étude quantitative
<b>Méthodologie</b>	<i>Mesure des résultats:</i>



Les évaluations (ibid, 2012) ont été conduites par des thérapeutes formés. Les participants ont été évalués à l'inclusion et tous les six mois durant trois ans. Au cours de l'étude, un total de 4 thérapeutes ont travaillé à Boston et 3 à Los Angeles. Des enregistrements audio des entretiens ont été choisis au hasard afin d'effectuer des supervisions. Les entretiens d'évaluation abordaient la consommation de drogues, les symptômes psychotiques, le fonctionnement global du patient, la compliance au traitement, les connaissances liées aux troubles d'abus de substance, les compétences de résolutions de problèmes, le nombre d'hospitalisations ainsi que les jours sans domicile et les incarcérations. Le taux d'hospitalisations, de jours sans domicile et d'incarcérations étaient relativement faibles durant les 3 ans de l'étude. Les évaluateurs ont calculé le pourcentage de jours sans domicile durant les 3 ans. Les évaluations concernant la consommation étaient obtenues par des évaluations auprès des soignants référents du patient. Les entretiens avec les proches avaient pour but d'évaluer les connaissances concernant les troubles concomitants, les compétences de résolutions de problèmes, le fonctionnement physique et mental et l'expérience d'être un proche aidant.

*Abus de substance:*

L'abus de substance (ibid, 2012) a été évalué avec le Timeline Follow-back Calendar adapté pour des patients souffrant de maladies psychiatriques. L'échelle de consommation d'alcool et de drogue a été utilisée en résumant la période la plus critique sur les 6 derniers mois. L'échelle de traitement de l'abus de substance (SATS) a été utilisée par un clinicien afin d'évaluer l'engagement du patient vers la rémission de ce trouble.

*Les symptômes psychiatriques, la compliance au traitement et le fonctionnement général:*

La gravité des symptômes (ibid, 2012) a été évaluée avec l'échelle Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) évaluant les symptômes psychotiques et dépressifs. Afin d'évaluer la compliance au traitement, le thérapeute questionne le patient sur le nombre de jours au cours du mois passé durant lequel il n'a pas pris son traitement médicamenteux. L'échelle d'évaluation globale a été utilisée afin d'évaluer le fonctionnement psychiatrique global.

*Capacité de résolution de problème et connaissances de la maladie:*

Les connaissances des proches liées aux troubles concomitants (ibid, 2012) ont été évaluées avec trois versions du test de connaissance selon le diagnostic principal du patient avec 16 questions à choix multiples. Les capacités de résolution de problèmes des familles et des patients ont été évaluées grâce à l'inventaire de résolution de problèmes.

*Le fonctionnement mental et physique des proches:*

Le fonctionnement (ibid, 2012) a été évalué avec le Medical Outcomes Study Short Form-12 (SF-12)

*Soins par les proches aidants:*

Les soins (ibid, 2012) ont été évalués par la Family Experiences Interview Schedule (FEIS) donnant une vision des effets sur le proche d'avoir une relation étroite avec une personne souffrant d'une maladie mentale.

*Contact des familles suivant le programme et participation à des groupes de soutien:*

Après chaque session de FIDD et ED avec des familles ou des proches en individuel (ibid, 2012), le thérapeute a

	<p>rempli un formulaire de contact résumant l'heure, le but de l'entretien, le lieu, la durée et le contenu de la session. Lors de chaque évaluation (tous les 6 mois), le thérapeute demande aux familles s'ils avaient suivi un groupe de soutien aux familles (ex.: alliance nationale pour la maladie mentale).</p> <p><i>Programme de traitement:</i></p> <p>Les deux interventions FIDD et ED sont décrites à la suite de ce point.</p> <p>Les soins habituels: durant l'étude (ibid, 2012), les patients continuaient à recevoir leur traitement habituel. Ces traitements comprenaient: le traitement médicamenteux, des entretiens médico-infirmiers, le traitement de jour, la réadaptation professionnelle et l'aiguillage vers un traitement de la toxicomanie.</p>
<b>Interventions</b>	<p>1. Programme ED (éducation familiale) (ibid, 2012):</p> <p>Il a été axé sur l'enseignement aux membres de la famille concernant les troubles concomitants et leur traitement afin de les aider à prendre des décisions éclairées et à accéder aux services de santé mentale. Les séances durant une heure ont été menées de manière individuelle 6 à 8 fois de façon hebdomadaire durant 2 à 3 mois avec tous les membres de la famille impliqués et dans un endroit idéal pour la famille (domicile, institution participant à l'étude). Les entretiens abordaient plusieurs thèmes: la médication, le modèle de vulnérabilité au stress des patients, le rôle de la famille, le rôle de l'alcool et des drogues, les motivations et les conséquences de la consommation de drogues et les traitements des troubles concomitants et des maladies infectieuses. L'évaluation de ce traitement commence depuis le 6<sup>ème</sup> mois</p>

	<p>jusqu'au 36<sup>ème</sup> mois.</p> <p>2. Programme FIDD (interventions familiales pour les doubles diagnostics) (ibid, 2012):</p> <p>Les modalités d'entretiens sont identiques qu'au programme ED, mais ce programme cherche à réduire les tensions familiales et le stress pouvant exacerber les symptômes psychiatriques et à aider la famille à résoudre les problèmes de toxicomanie par des techniques de communication et de résolution de problème. Des méthodes d'apprentissages sont utilisées telles que des jeux de rôle. L'approche des stades de changements a été utilisée pour aider la famille à reconnaître comme un problème la consommation de leur proche. En premier lieu, le clinicien établit une relation thérapeutique avec la famille. Puis, il travaille avec les familles sur la motivation au changement, mais également sur le maintien de l'abstinence et la prévention des rechutes. Durant les trois premiers mois, les séances étaient hebdomadaires puis durant les mois suivants sont devenues bimensuelles et mensuelles sur un total de 18 mois avec des évaluations tous les 6 mois à partir du 6<sup>ème</sup> mois de traitement. Si les parents faisaient part de leur propre consommation de drogue, le thérapeute a investigué l'effet sur la consommation de la personne souffrant d'un trouble psychotique. Les familles ont également la possibilité de participer à des groupes de soutien mensuel qui fournit des informations supplémentaires sur les troubles concomitants et les stratégies afin d'y remédier. Toutefois, la participation étant faible, ces groupes ont été abandonnés à la fin de l'étude.</p>
<b>Résultats</b>	<p>Il n'y a pas de différences entre les deux groupes concernant les données démographiques (ibid, 2012). 41 % des participants du groupe ED sont des hommes contre 35 % dans le groupe FIDD. Les proches aidants sont représentés par 14 hommes dans le groupe ED et 13 dans le groupe FIDD. Les parents ayant été affectés au FIDD ont été 15 % à</p>

participer à un groupe de soutien familial en comparaison à 11 % des personnes intégrées au programme ED. Pour les deux groupes, les résultats concernant la consommation d'alcool et de drogue, la sévérité des symptômes psychiatriques, le pourcentage de jours au sein d'une communauté entre deux hospitalisations ont été améliorés de façon significative (ibid, 2012):

- Consommation de drogues: ED (4.06 au départ, 2.38 à 36 mois) FIDD (3.98 au départ, 2.50 à 36 mois)/ $p < 0.001$
- Consommation d'alcool: ED (3.88 au départ, 2.13 à 36 mois) FIDD (3.78 au départ, 1.92 à 36 mois)/ $p < 0.001$
- Symptômes psychiatriques (BPRS): ED (2.04 au départ, 1.87 à 36 mois) FIDD (2.02 au départ, 1.86 à 36 mois)/ $p < 0.005$
- Pourcentage de jours au sein d'une communauté: ED (0.87 à 0.93 à 36 mois) FIDD (0.84 au départ, 0.92 à 36 mois)/ $p < 0.02$

Une amélioration significative pour le nombre de jours de consommation a été décrite ainsi qu'une meilleure compliance au traitement (ibid, 2012):

- Nombre de jours de consommation: ED (50.02 au départ à 30.56 à 36 mois) FIDD (49.86 au départ à 43.35 à 36 mois)/ $p = 0.08$
- Jour sans prise de traitement dans le mois précédent: ED (2.57 au départ à 1.24 à 36 mois) FIDD (4.51 au départ à 2.45 à 36 mois)/ $p = 0.07$
- Les patients intégrés au programme FIDD ont démontré un meilleur fonctionnement global (ED 42.68 à 47.54

	<p>/FIDD 43.38 à 48.27)/p&lt;0.001</p> <p>Au niveau des parents proches des patients, les résultats démontrent des améliorations significatives également (ibid, 2012):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Connaissances des troubles concomitants: ED (29.34 à 35.55 à 36 mois) FIDD (31.51 à 41.19 à 36 mois)/p=0.012</li> <li>• Fonctionnement mental: ED (47.66 à 52.16 à 36 mois) FIDD (43.35 à 49.91 à 36 mois)/p&lt;0.001</li> <li>• Dépenses financières (dollars dépensés les 30 derniers jours pour le patient): FIDD (309.12 à 200.90 à 36 mois)</li> <li>• L'inquiétude (FEIS): ED (2.37 à 2.15 à 36 mois) FIDD (2.53 à 2.06 à 36 mois)/p=0.002</li> <li>• Stigmatisation (FEIS): ED (0.19 à 0.03 à 36 mois) FIDD (0.24 à 0.13 à 36 mois)/p&lt;0.001</li> </ul>
<b>Discussion</b>	<p>Les participants des deux groupes (ibid, 2012) ont montré de nettes améliorations durant les trois ans de l'étude: au niveau de la toxicomanie, des symptômes psychiatriques, des périodes entre deux hospitalisations et du fonctionnement global. Ces résultats sont comparables à d'autres études similaires. Les proches des deux groupes ont démontré de nettes améliorations dans leur fonctionnement mental, leur aide financière au patient, leur inquiétude et dans leur stigmatisation de la maladie mentale. Mais il n'y a eu aucun changement dans la perception des membres de la famille quant aux avantages de leur relation avec le patient. Ces améliorations de la détresse des familles et des soins qu'ils donnent sont cohérentes avec d'anciennes recherches bien que cela soit la première étude évaluant l'impact de l'accompagnement des familles de personnes souffrantes de troubles concomitants. Ces résultats</p>

pourraient avoir plus d'impact sur les membres de la famille en mettant davantage l'accent sur l'amélioration de la résilience de la famille à faire face à des troubles concomitants. Les clients inclus dans le programme FIDD avaient des symptômes psychiatriques moins sévères et ont donc démontré une amélioration plus favorable de leur fonctionnement global que le groupe ED. Des écrits précédents (ibid, 2012) avaient reporté que l'intervention motivationnelle et le traitement comportemental enseigné aux familles amélioreraient davantage que le traitement habituel le fonctionnement des patients souffrant de troubles concomitants. Cette étude est la première à expliquer ces effets par l'intervention familiale seule. D'autres recherches (ibid, 2012) montrent également que des interventions familiales à long terme seraient plus efficaces que des programmes sur une courte durée concernant la prévention des rechutes et l'amélioration du fonctionnement chez les patients. Le programme de soins FIDD montre également plus d'avantages concernant le fonctionnement de la santé mentale que le programme ED, suggérant ainsi que la réduction des symptômes de la maladie mentale peut être un facteur important pour le bien-être des proches aidants. Dans cette étude, un résultat inattendu est apparu: les parents ayant participé au programme FIDD expriment avoir de meilleures connaissances sur les troubles concomitants que ceux du programme ED ( $p=0,001$ ). Malgré le même contenu d'enseignement, il est possible que le programme FIDD leur ait permis d'assimiler et de traiter les connaissances enseignées. Contrairement à leur hypothèse de départ, les soins FIDD ne sont pas plus efficaces que le programme ED afin d'améliorer la toxicomanie malgré le fait que les résultats soient positifs pour les deux. Parallèlement, l'étude ne confirme pas des aspects positifs dans les compétences de résolution de problèmes dans les deux groupes. Les résultats suggèrent que les familles doivent bénéficier d'une attention accrue au début de l'intervention concernant la motivation à traiter les problèmes de toxicomanie en famille ainsi que la réduction des effets néfastes de la consommation sur la dynamique familiale. Les patients masculins suivant le programme FIDD

	<p>ont montré une diminution significative du nombre de jours de consommation d'alcool contrairement à ceux qui suivaient le programme ED. Mais il n'y avait aucune différence chez les femmes. Mais les femmes voyaient leurs symptômes psychotiques diminuer davantage dans le programme FIDD que dans le ED, contrairement aux hommes qui ne voient aucune diminution dans le programme FIDD. Des recherches supplémentaires sont nécessaires afin d'élaborer des programmes familiaux plus brefs et plus ciblés pour une population ayant des difficultés à s'engager dans un programme de soins et à le poursuivre.</p> <p>Plusieurs limites sont relevées (ibid, 2012): la taille de l'échantillon inférieure à ce qui était prévu (108 au lieu de 140) rendant difficile les résultats statistiques sur les différences entre les deux interventions. Plusieurs familles n'ont pas pu être contactées pour les évaluations après 36 mois. Une autre limite est la durée des deux interventions, en effet le programme ED était plus court que le programme FIDD expliquant ainsi les meilleurs résultats du programme FIDD. Les auteurs expliquent que la petite taille de l'échantillon (48 participants à la fin de l'étude contre 108 au départ) rend difficile la généralisation des résultats vers d'autres institutions à travers le monde.</p>
<b>Commentaires des auteurs de la revue de littérature</b>	<p>L'étude relève l'importance de la place de la famille dans les soins. La démarche doit se faire dans le milieu du patient. Il est donc important d'organiser des entretiens de familles, de s'assurer de leur connaissance du trouble et du rétablissement de leur proche. Les infirmières sont directement impliquées dans les soins dans le milieu.</p>



#### Recherche 4: Smeerdijk & al, 2011

<b>Bibliographie</b>	Smeerdijk M., Keet R., Dekker N., van Raaij B., Krikke ., Koeter M., de Haan L., Barrowclough C., Schippers G., & Linszen D., (2011), <i>Motivational interviewing and interaction skills training for parents to change cannabis use in young adults with recent-onset schizophrenia :a randomized controlled trial</i> , Psychological medicine, 8, 1-10
<b>Pays</b>	Hollande
<b>Question de recherche But de la recherche</b>	Déterminer si apprendre aux familles des patients l'entretien motivationnel peut réduire la consommation de cannabis chez les jeunes personnes qui fument du cannabis et qui souffrent de psychose. D'autres paramètres sont évalués: la consommation d'autres substances, l'envie de consommer du cannabis, la qualité de vie des patients et la détresse des parents ainsi que le sens qu'ils donnent à ce fardeau. Est-ce que le FMI (Family Motivational Intervention) sera plus utile dans ce sens que le RFS (Routine Family Support)? (ibid, 2011).
<b>Population/échantillon</b>	Patients souffrant de troubles psychotiques et ayant une consommation de cannabis et un contact régulier avec leurs proches
<b>Devis de recherche</b>	Essai randomisé contrôlé, devis quantitatif
<b>Méthodologie</b>	<p><i>Les participants:</i></p> <p>Les patients (ibid, 2011) ont été recrutés dans deux hôpitaux psychiatriques hollandais. Les critères d'inclusion sont les suivants: avoir un diagnostic de schizophrénie ou de trouble psychotique selon le DSM-IV, être âgés de 16 à 35</p>

ans, souffrir de psychose depuis 5 ans au maximum, prendre des neuroleptiques ou avoir une indication médicale pour en prendre, avoir consommé du cannabis au moins 2 fois par semaine durant les 3 mois précédents et avoir eu des contacts avec ses parents au moins 10 heures par semaine durant le mois précédent l'inclusion.

*La conception de l'étude et les hypothèses:*

Un tirage au sort contrôlé a été conduit pour placer les parents dans le groupe FMI ou RFS (ibid, 2011). Dans les deux cas, les patients ont reçu un programme de traitement standard pour leur récent trouble psychotique. Ce traitement consiste en une prise en charge hospitalière de 2 mois et un traitement en ambulatoire de 12 mois. Ce programme contient de la psychoéducation, l'apprentissage de la gestion de la médication, la réduction du stress et la prévention des rechutes. La première hypothèse est que les patients du groupe expérimental verront leur consommation de cannabis diminuer davantage que le groupe de contrôle. La seconde hypothèse est que le l'intervention motivationnelle donnera des meilleurs résultats que le traitement standard dans la diminution de consommation d'autres substances par les patients, dans la diminution de l'envie de consommer du cannabis et dans l'augmentation de la qualité de vie des patients. Dans ce sens, le FMI devrait diminuer la détresse des parents et le poids ressenti par les parents concernant les symptômes de leurs enfants et les habitudes de consommation de cannabis.

*Procédure:*

Les patients (ibid, 2011) ont été invités à participer après avoir reçu toutes les informations nécessaires concernant le contenu et le but de l'étude. Les parents ont été contactés pour l'étude après que les patients aient signé un

consentement éclairé. Il était possible qu'un ou les deux parents participent à l'étude. Les parents et les patients ont été évalués séparément à 2 reprises: une fois dans les 4 semaines avant le début de l'étude et 3 mois après la fin de l'étude. L'évaluation initiale a été prévue dans le premier mois de traitement ambulatoire ou en hospitalier. L'évaluation a été effectuée par un des auteurs qui ne savaient pas dans quel groupe le patient était assigné (au début de l'inclusion et 3 mois après la fin de l'étude). Les parents ont pu assister à deux séances de psychoéducation durant le premier mois de traitement en ambulatoire ou en hospitalier. Après cette séance, les parents ont suivi le FMI ou le RFS durant une période de 6 mois de manière individuelle.

*Mesures:*

La consommation par les patients de cannabis, d'alcool, de cocaïne, d'amphétamines, d'opiacés et d'autres drogues psychoactives a été évaluée avec le TLFB (timeline followback), un outil qui consiste en des entretiens structurés afin que le patient puisse noter sur un calendrier ses consommations précises de substances durant les 90 derniers jours (ibid, 2011). Pour valider les dires des patients, des tests urinaires ont été effectués. Pour évaluer l'envie de consommer, l'échelle d'utilisation compulsive ou obsessionnelle de drogues a été utilisée (OCDUS). Cette échelle mesure 3 facteurs d'envie de consommation dans les 7 jours précédents: les pensées quant au produit et les interférences que ces pensées causent, le désir de consommer le produit et le contrôle sur ce désir et la résistance aux réflexions concernant le cannabis et l'intention d'en consommer. La qualité de vie des patients a été mesurée avec la forme simplifiée du questionnaire de l'Organisation mondiale de la santé sur la qualité de vie automesurée (WHOQOL-BREF). Ces mesures ont été évaluées à l'inclusion et lors de l'évaluation finale (3 mois après la fin de l'étude). Pour évaluer le stress que cause chez les parents le fait de s'occuper d'une personne souffrant de psychose et consommant

	<p>du cannabis, les parents ont rempli 3 questionnaires: l'inventaire de l'expérience des proches aidants (ECI, experience of caregiving inventory), le questionnaire familial (FQ, family questionnaire) et le questionnaire de santé générale (GHQ-28, general health questionnaire). Le ECI mesure les évaluations négatives et positives des proches qui s'occupent d'une personne souffrant de troubles psychiques. Le FQ mesure 3 dimensions de la perception des parents: la fréquence des symptômes, leur préoccupation quant à ces symptômes et leur habilité à gérer ces symptômes. Le GHQ-28 évalue la détresse psychologique des personnes durant les 4 dernières semaines. Ces mesures ont été évaluées à l'inclusion et lors de l'évaluation finale (3 mois après la fin de l'étude).</p> <p><i>Analyses statistiques:</i></p> <p>Toutes les données (ibid, 2011) ont été analysées avec la version 17 pour Windows. Tous les tests d'urine manqués ont été comptés comme positifs.</p>
<p><b>Interventions</b></p>	<p>1. l'intervention familiale (ibid, 2011):</p> <p>L'intervention motivationnelle familiale consiste en 12 sessions de groupe planifiées toutes les semaines en l'absence de leur enfant. Cette formation offre la possibilité aux parents d'acquérir des compétences issues de l'entretien motivationnel et de l'entraînement aux compétences interactionnelles (IST). Le but de l'IST est d'entraîner les patients à l'utilisation de compétences interactionnelles, de la résolution de problème et de conflits. Trois compétences en particulier ont été entraînées: l'écoute active, l'envoi de messages clairs et le maintien des limites. Quant à l'entretien motivationnel, les parents ont été entraînés à poser des questions ouvertes, à écouter de manière réflexive, donner des résumés et vaincre la résistance au changement. Les entretiens ont été menés par un thérapeute</p>

	<p>systemicien expérimenté. Certaines séances ont été filmées afin d'effectuer des supervisions du thérapeute tout au long de l'étude.</p> <p>2. Le soutien familial de routine (RFS) (ibid, 2011):</p> <p>Il consistait en des rencontres individuelles entre le thérapeute et les parents (sans la présence de leur enfant). Les entretiens étaient axés sur le traitement émotionnel de la douleur et de la perte, la gestion de la médication et de la crise et la réhabilitation sociale. Les parents amènent leurs propres sujets de discussion et il n'y avait pas de compétences précises à atteindre. Le RFS a été donné 2 fois par mois à raison d'un total de 12 fois.</p>
<b>Résultats</b>	<p><i>Le taux de participation à l'étude:</i></p> <p>Au départ, 149 patients (ibid, 2011) présentaient les critères d'inclusion à l'étude et 194 parents. 74 patients n'ont finalement pas participé. Sur les 75 restants, 25 ont refusé de passer l'évaluation initiale, mais ont accepté que leurs parents participent à l'étude. Le groupe expérimental comptait 9 couples et 16 parents célibataires, le groupe de contrôle comptait quant à lui 7 couples et 16 parents célibataires. 5 couples et 9 parents célibataires des patients n'ayant pas accepté de participer à l'étude faisaient partie du groupe expérimental contre 3 couples et 8 parents célibataires dans le groupe de contrôle. Sur les 53 parents du groupe expérimental, 92 % ont participé à au moins 8 des 12 sessions contre 89 % des 44 parents du groupe de contrôle durant les 6 mois que durait l'étude. Les évaluations à l'inclusion et durant l'étude ont été remplies par 87 % des proches du groupe expérimental et par 73 % du groupe de contrôle. À la fin de l'étude, il restait 17 patients pour le FMI et 20 patients pour le RFS.</p>

*Caractéristiques des participants:*

Les caractéristiques des patients et des parents (ibid, 2011) n'étaient pas différentes dans le groupe de contrôle et dans le groupe expérimental. Il n'y a pas non plus de différences significatives entre les patients qui ont poursuivi l'étude jusqu'au bout et les autres. L'âge, le sexe, le niveau d'éducation, le pays de naissance, le travail, le service fréquenté font partie des éléments retenus pour l'étude. Aucun participant à l'étude ne poursuivait encore le traitement ambulatoire au moment de l'évaluation finale (3 mois après la fin de l'étude).

*Les résultats par rapport aux patients:*

À l'inclusion (ibid, 2011), aucune différence de consommation de drogues et/ou de cannabis durant les 3 mois précédents n'était relevable entre les participants des deux groupes. Les auteurs notent une grande différence entre le temps de l'inclusion et de l'évaluation entre les 2 groupes concernant la moyenne de jours où il y a eu consommation de cannabis durant les 3 mois précédents ( $p > 0,05$ ). En effet, les participants du groupe expérimental ont diminué leur consommation de 40.89 jours contre 12.83 jours pour le groupe de contrôle ( $p < 0,05$ ). Les deux groupes n'ont pas vu changer leur consommation d'alcool ou d'autres substances entre l'inclusion et l'évaluation finale ( $p > 0,05$ ). Quant aux grammes de cannabis consommé durant les 3 mois précédents, il y eut une légère augmentation (+ 0.08 gramme) dans le groupe de contrôle et une diminution de 0.53 gramme pour le groupe expérimental entre l'inclusion et l'évaluation finale ( $p = 0,04$ ). Le taux d'abstinence au cannabis, à l'alcool ou aux autres substances n'était pas différent entre les groupes lors de l'évaluation finale. Il n'y a pas eu de différence significative entre les deux groupes concernant les tests d'urine négatifs au cannabis ( $p = 0,51$ ). Les scores obtenus avec l'échelle OCDUS ne démontrent

	<p>pas de différence entre les groupes lors de l'inclusion en ce qui concerne l'envie de consommer. Par contre, lors de l'évaluation finale, les scores obtenus dans le groupe expérimental sont nettement en baisse (-8.13) concernant l'envie de consommer et augmentent légèrement dans le groupe de contrôle (+0.94)/<math>p=0,01</math>. Concernant la qualité de vie, aucune différence n'est à noter entre les groupes lors de l'inclusion et lors de l'évaluation finale.</p> <p><i>Les résultats concernant les parents:</i></p> <p>Les résultats des différentes échelles (ibid, 2011) ne montraient pas de différences significatives concernant les deux groupes lors de l'inclusion et lors de l'évaluation finale. Les parents des deux groupes ont démontré une amélioration de leur niveau de détresse et de la charge qu'incombe le fait de vivre avec une personne souffrant de psychose et consommant du cannabis.</p> <p><i>Les relations entre les patients et leurs parents:</i></p> <p>Contrairement aux attentes des auteurs (ibid, 2011), aucune relation n'a pu être démontrée entre l'amélioration du sentiment de détresse des parents et le changement de consommation de cannabis des patients dans les deux groupes. Le taux de fréquentation des parents aux sessions des deux groupes n'a pas pu être relié avec le changement de consommation de cannabis des patients ou avec leur sentiment de détresse ou de la charge qu'ils ressentent.</p>
<b>Discussion</b>	<p>Cette étude (ibid, 2011) démontre que le FMI donne de meilleurs résultats en termes de consommation de cannabis et d'envie de consommer que le RFS. Ces résultats sont importants lorsqu'on sait que l'envie de consommer est un médiateur important de rechutes après une abstinence. Ces résultats correspondent à ceux obtenus lors d'études</p>

précédentes. Concernant les autres résultats, les deux groupes n'ont pas démontré d'amélioration significative de leur consommation d'alcool ou d'autres drogues. Il était par ailleurs difficile d'obtenir des résultats probants vu que très peu de participants à l'étude souffraient de consommation excessive d'alcool ou d'autres drogues. Les deux groupes ont démontré une nette amélioration de la qualité de vie des patients et du niveau de détresse des parents. Cette amélioration pourrait être due à court terme des avantages obtenus avec le traitement que les patients avaient reçu avant l'évaluation de suivi, qui comprenait la pharmacothérapie et les interventions psychosociales. Dans ce cas, il aurait été difficile d'établir des avantages du FMI sur la qualité de vie au-delà de ceux qui sont déjà atteints. Concernant les limites de l'étude, les auteurs en citent plusieurs.

Premièrement le fait que l'échantillon de participants soit peu élevé a rendu difficile l'analyse statistique (ibid, 2011). Aussi, énormément de personnes (tant les parents que les patients) ont refusé de participer à l'étude. Ceux qui y ont participé l'ont fait avec un engagement élevé. Il se peut donc que les patients qui ont pris part à la recherche aient été déjà dans un stade avancé de changement de leur consommation et que ceci ait biaisé l'étude. Aussi, participer au FMI demande un grand engagement de la part des parents (12 sessions de 3 heures chacune effectuée en 6 mois), c'est pourquoi beaucoup de participants ont dû refuser à cause de leurs activités quotidiennes. Il se peut donc que cette approche ne soit pas idéale pour tous les parents.

Deuxièmement, la consommation de cannabis et l'envie de consommer (ibid, 2011) n'ont été évaluées qu'après 3 mois après la fin de l'étude. D'autres recherches sont nécessaires pour déterminer si tel serait encore le cas après une plus longue période.



	<p>Troisièmement (ibid, 2011), il est difficile de dire si les résultats de l'étude resteraient significatifs si les patients avaient moins de contact avec leur famille. Il est également difficile pour les auteurs de savoir si les résultats avaient été les mêmes si d'autres membres de la famille avaient été inclus dans l'étude.</p> <p>Pour finir (ibid, 2011), le traitement hospitalier dure 2 mois. Il serait intéressant de savoir si les résultats de cette étude seraient encore significatifs si le traitement hospitalier durait moins longtemps.</p> <p>Dans les deux groupes (ibid, 2011), une augmentation de la qualité de vie des patients et une diminution de la détresse des parents ont été observées. Mais seul le groupe expérimental a démontré une amélioration de la consommation de cannabis et des envies de consommation. Ce qui signifie qu'enseigner l'entretien motivationnel aux parents lorsqu'un de leur enfant souffre de schizophrénie et consomme du cannabis est indiqué et doit être intégré au traitement de routine. Les parents ont pu apprendre à laisser la responsabilité de la consommation à leur enfant (ce qui diminue le risque que les parents se sentent frustrés par le manque de résultats). Ils ont été sensibilisés au fait qu'essayer de convaincre leur proche d'arrêter la consommation crée des résistances au changement. Les auteurs expliquent encore la nécessité pour les prochaines études de déterminer quelle composante de l'entretien motivationnel enseigné aux familles est le plus probante et de déterminer les effets sur le long terme de l'implication des parents dans le traitement de la maladie de leur enfant.</p>
<b>Commentaires des auteurs de la revue de littérature</b>	<p>Cette recherche démontre l'importance de considérer les proches aidants comme partenaires de soins à part entière. Ceci peut aider au rétablissement de leurs enfants souffrant de psychose et consommant du cannabis. Cette recherche s'inclut dans les thérapies familiales. Les infirmières ont les compétences pour mener des entretiens familiaux,</p>

	principalement dans les soins de routine aux familles. Nous pensons également que pour l'intervention FMI, une infirmière spécialisée a les compétences nécessaires pour la formation des parents.
--	--

### Recherche 5: Bonsack & al, 2011

<b>Bibliographie</b>	Bonsack C., Gibellin Manetti S., Favrod J., Montagrin Y., Besson J., Bovet P., & Conus P., (2011), <i>Motivational intervention to reduce cannabis use in young people with psychosis: a randomized controlled trial</i> , psychotherapy and psychosomatics, 80, 287-297
<b>Pays</b>	Suisse
<b>Question de recherche But de la recherche</b>	Le but de l'étude est d'étudier l'efficacité d'une intervention motivationnelle spécifique chez de jeunes personnes souffrant de psychose qui consomment du cannabis. La première hypothèse est que le groupe expérimental verra sa consommation de cannabis diminuer davantage que le groupe de contrôle.
<b>Population/échantillon</b>	La recherche (ibid, 2011) compte 62 participants âgés de 18 à 35 ans qui suivent un traitement hospitalier ou ambulatoire au département de psychiatrie du CHUV à Lausanne durant l'étude. Les critères d'inclusion sont les suivants: avoir un diagnostic (selon le DSM-IV) de schizophrénie, de trouble schizophréniforme, d'un trouble bipolaire avec symptômes psychotiques, d'un trouble schizoaffectif ou d'une psychose non spécifiée et avoir fumé au minimum 3 joints par semaine durant le mois ayant précédé l'inclusion. Les critères d'exclusion sont: un retard mental, des difficultés en français, une addiction à l'alcool ou toutes autres substances (sauf cannabis et nicotine)
<b>Devis de recherche</b>	Essai randomisé contrôlé, devis quantitatif
<b>Méthodologie</b>	<i>Méthode:</i>

Deux groupes (ibid, 2011) ont été formés de façon aléatoire. Le groupe de contrôle participait à des séances de traitement habituel, le groupe expérimental recevait le traitement habituel et des entretiens motivationnels. Les participants du groupe expérimental devraient aussi voir diminuer leurs symptômes psychotiques et leurs jours d'hospitalisation et augmenter leur motivation à changer leur consommation de cannabis. Les entretiens motivationnels ont été conduits par des psychologues spécialistes supervisés par un psychiatre responsable (Charles Bonsack).

*Participants:*

Les participants (ibid, 2011) ont été sélectionnés sur la liste informatique des patients recevant un traitement au département de psychiatrie du CHUV et au travers d'une revue systématique des listes de patients des médecins psychiatres du CHUV. Tous les patients possédant les critères d'inclusion ont été invités, avec un proche, à un premier entretien servant à leur expliquer le but et le déroulement de la recherche, à faire une évaluation initiale et à leur demander leur consentement écrit. Ils ont reçu les documents nécessaires à leur consentement éclairé et la confirmation de la non-diffusion des données. Les participants étaient invités à participer à cette étude durant une phase stable de leur maladie.

*Mesures des résultats:*

L'évaluation (ibid, 2011) a eu lieu au début de l'inclusion, à 3, 6 et 12 mois. Pour mesurer la quantité de joints fumés durant une semaine, le TLFB a été utilisé (timeline followback technique). L'échelle d'évaluation de l'utilisation du cannabis et des substances a été utilisée pour mesurer la quantité de joints fumés le mois passé, la fréquence

	<p>d'utilisation du cannabis (par semaine, jour, mois...) et contenait également un index de sévérité d'utilisation du cannabis (échelle de 1 à 4). Les critères du DSM-IV ont été utilisés lors de l'inclusion pour évaluer le diagnostic d'abus ou de dépendance. La promptitude à changer la consommation de cannabis, l'évaluation clinique et celle de l'utilisation des services hospitaliers ont été évaluées grâce à plusieurs échelles. L'échelle des symptômes positifs et négatifs a été utilisée pour évaluer les symptômes positifs et négatifs (PANSS). L'échelle d'occupation et de fonctionnement social (SOFAS) ainsi que l'échelle d'évaluation du fonctionnement (GAF) ont servi à évaluer le fonctionnement global des patients. La promptitude à changer la consommation de cannabis a été évaluée selon 3 dimensions elles-mêmes contenues dans 3 échelles: promptitude à arrêter ou diminuer la consommation de cannabis, l'importance de ce changement pour le patient et la confiance qu'ils ont eux-mêmes pour changer cette consommation.</p> <p>Les deux groupes (ibid, 2011) ont été comparés selon leur utilisation du cannabis, leur promptitude à changer leur utilisation du cannabis, la psychopathologie et leur fonctionnement psychosocial.</p>
<b>Interventions</b>	<p>1. Traitement habituel (TAU) (ibid, 2011):</p> <p>Le traitement habituel est identique dans les 2 groupes et consiste en une prise en charge psychiatrique par un psychiatre et une infirmière en psychiatrie ou un psychologue clinicien. Le traitement incluait la médication antipsychotique, le contact régulier avec l'équipe soignante en cabinet ou pour le suivi du traitement et la possibilité d'avoir accès à un traitement de réadaptation comme un centre de jour. Le traitement habituel est adapté aux besoins du patient et n'a pas été standardisé. Il comprenait également de la psychoéducation et des conseils standards par</p>

	<p>rapport au cannabis, mais pas d'entretien motivationnel.</p> <p>2. L'entretien motivationnel (ibid, 2011):</p> <p>L'entretien motivationnel est additionné au traitement habituel pour le groupe expérimental. Le but principal de l'entretien motivationnel est la réduction des risques liés à la consommation de cannabis. Les sessions d'entretiens motivationnels étaient individuelles, basées sur des trames écrites et au nombre de 4 à 6 sessions (selon le stade de motivation à changer du patient). La première session durait 60 minutes, les points abordés étaient les représentations du cannabis, de la maladie et des questions ouvertes sur les avantages et les inconvénients d'arrêter le cannabis. La deuxième session durait 45-60 minutes la semaine suivante pour évaluer le premier entretien et remplir la balance décisionnelle, définir les buts du patient par rapport à sa consommation de cannabis et définir des stratégies pour changer. Durant la troisième semaine, le patient était invité à écrire un feed-back des premières sessions et à remplir la balance décisionnelle, ils devaient aussi téléphoner à leur thérapeute pour effectuer un feed-back oral des premières sessions. Ensuite 2 à 4 sessions étaient programmées avec le patient selon son besoin pour mettre l'accent sur son désir de changement, pour maintenir la motivation à changer, parler de la réduction des risques et réfléchir avec le patient à des stratégies pour maintenir une consommation sans risque. Les patients avaient aussi l'occasion d'assister à 3 séances motivationnelles supplémentaires en groupe.</p>
<b>Résultats</b>	<p><i>Recrutement, administration du traitement:</i></p> <p>Les participants (ibid, 2011) ont été sélectionnés entre septembre 2005 et décembre 2006. 365 patients ont été évalués par les spécialistes au départ, dont 88 répondaient aux critères d'inclusion. 11 patients ont refusé de participer</p>

et 12 ont refusé dans un deuxième temps. 65 participants ont accepté de participer à l'étude et ont été affectés de façon aléatoire au groupe expérimental (30) et au groupe de contrôle (32). En effet, 2 patients ne se sont pas présentés à l'évaluation initiale et un patient ne répondait plus aux critères d'inclusion, il restait donc 62 personnes participant à l'étude.

Les 30 patients du groupe expérimental (ibid, 2011) ont reçu une moyenne de 5.13 sessions d'entretiens motivationnels dans les 6 premiers mois. 4 participants ont reçu entre 7 et 12 sessions d'entretien motivationnel en accord avec leur motivation à changer et leur besoin. 2 participants n'ont reçu que 3 sessions d'entretien motivationnel. 15 participants du groupe expérimental ont pris part aux sessions de groupe de l'entretien motivationnel. Au total, les patients du groupe expérimental ont assisté à 6.43 sessions en moyenne. Les évaluations de suivi ont été complétées par 54 patients (25 dans le groupe expérimental et 29 dans le groupe de contrôle).

*Caractéristiques démographiques, cliniques et de consommation au début de l'inclusion:*

Les caractéristiques démographiques (ibid, 2011), cliniques et de la consommation des participants à l'étude étaient semblables dans le groupe de contrôle et dans le groupe expérimental. Les premières incluaient le genre, l'âge, la situation maritale, le niveau d'éducation et le lieu de vie. L'âge moyen des participants est 26.4 ans, 87.1 % étaient des hommes, célibataires (91.9 %) et des citoyens suisses (69,4 %). 66.1 % des participants avaient un diagnostic de schizophrénie et 82.3 % remplissaient les critères de dépendance au cannabis. Durant le mois avant l'inclusion, 76,8 % des participants expliquent avoir fumé 27.3 joints par semaine. L'âge lors de la première consommation de cannabis est 15.3 ans et 17.9 ans pour la consommation régulière de cannabis. À signaler encore qu'aucune

différence de consommation de cannabis ou d'autres substances n'est à signaler entre le groupe de contrôle et expérimental.

*Mesures des résultats primaires et secondaires:*

1. Consommation de cannabis (ibid, 2011)

La consommation de cannabis a diminué de manière significative dans les 2 groupes à 3,6 et 12 mois. Mais à 3 mois, les participants du groupe expérimental ont réduit de manière plus forte leur consommation que le groupe de contrôle. Cette différence a perduré jusqu'au 6<sup>ème</sup> mois de l'étude puis n'est plus significative à 12 mois. À 12 mois, les participants du groupe de contrôle expliquaient avoir été abstinentes au cannabis durant 8,5 jours le mois précédent contre 5.5 pour le groupe expérimental (moyenne des deux groupes  $p=0,015$ ).

2. La motivation à changer la consommation de cannabis (ibid, 2011)

À 12 mois, la motivation à changer la consommation de cannabis n'était pas différente pour le groupe de contrôle et le groupe expérimental concernant la «promptitude à changer les habitudes de consommation» (3 mois:  $p=0,31$ , 6 mois:  $p=0,52$ , 12 mois:  $p=0,4$ ) et «l'importance de changer cette consommation» (3 mois:  $p=0,08$ , 6 mois:  $p=0,5$ , 12 mois:  $0.58$ ) bien qu'elles aient été plus élevées à 3 et 6 mois dans le groupe expérimental. Les participants du groupe expérimental montrent une plus grande confiance en eux pour changer leurs habitudes de consommation à 3 ( $p=0,02$ ) et 6 mois ( $p=0,05$ ), mais pas plus que le groupe de contrôle à 12 mois ( $p=0,12$ ).



	<p>3. La psychopathologie, le fonctionnement global et le taux d'admission à l'hôpital (ibid, 2011)</p> <p>Il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes concernant les jours passés à l'hôpital et le nombre d'admissions. Il n'y a pas non plus de différence par rapport aux symptômes négatifs (<math>p=0,25</math> à 12 mois) et positifs (<math>p=0,38</math> à 12 mois) (PANSS) et au fonctionnement global (GAF)/<math>p=0,32</math> à 12 mois.</p>
<b>Discussion</b>	<p>Bien que les résultats (ibid, 2011) ne démontrent pas de différence significative à 12 mois concernant la consommation de cannabis entre les deux groupes, le groupe expérimental montre une plus grande diminution de la consommation durant la période d'intervention. Aussi, les participants de ce dernier démontrent une plus grande confiance en eux-mêmes pour changer leur consommation durant cette même période. Ces deux effets avaient déjà été observés dans des études précédentes. Pour expliquer ceci, les auteurs pensent à plusieurs raisons. Tout d'abord, il est possible que l'intervention ait été trop courte pour agir sur la consommation de cannabis. Le fait que les deux groupes démontrent une baisse significative de leur consommation de cannabis peut s'expliquer par le fait que le traitement habituel est efficient. Le fait que les participants du groupe de contrôle participaient à une étude a certainement pu modifier leur comportement et augmenter leur motivation à changer leurs habitudes de consommation. Tous les participants ont également subi une évaluation détaillée de leur consommation, ce qui a pu augmenter leur perspicacité par rapport à celle-ci. Durant l'étude, les chercheurs se sont questionnés sur la consommation de cannabis et l'amélioration des compétences des patients en abordant avec eux sept thématiques. Les chercheurs se posent la question de savoir si les interventions visant les troubles liés à une substance sont plus efficaces s'ils sont intégrés à un programme de soins ou utilisés de façon séparée. Dans les programmes intégrés, les interventions comprennent une approche progressive utilisée par des professionnels spécialisés en clinique. Les soins</p>

fournis à long terme sont généralement donnés dans différents services (hôpital, centres ambulatoires) et en collaboration avec le soutien des proches. Il est donc probable que l'intégration de l'intervention dans les soins standard aurait conduit à des améliorations plus importantes dans le groupe expérimental.

Il y a également plusieurs limites à l'étude (ibid, 2011). Premièrement, la diminution de la consommation de cannabis a été plus élevée qu'imaginée au départ dans le groupe de contrôle. Cela suggère que le traitement habituel était déjà efficace à la base. La différence entre les groupes peut aussi s'expliquer par le fait que les patients du groupe expérimental ont bénéficié de sessions supplémentaires. La consommation de cannabis durant l'étude peut résulter d'une demande ou de l'espérance de fonctionnement du traitement plutôt que d'une véritable réduction de consommation. Aussi, le TLFB a démontré une meilleure validité dans la mesure de consommation de cannabis que les tests d'urine. De façon générale, les utilisateurs de cannabis des deux groupes ont diminué leur consommation de joints durant l'étude.

Les résultats de cette étude (ibid, 2011) sont encourageants, ils démontrent que l'intégration de l'entretien motivationnel au traitement habituel peut être efficace pour réduire la consommation de cannabis, mais pas pour l'arrêter, chez les jeunes personnes souffrant de psychose. La simplicité de l'entretien motivationnel démontre un impact supplémentaire sur la motivation à diminuer leur consommation. En effet, cette intervention leur a permis de s'exprimer librement sur leur consommation sans être jugés. Des efforts doivent être conduits pour développer des interventions efficaces afin de favoriser la diminution de la consommation de cannabis dans les équipes de soins en psychiatrie. Ces équipes doivent également prêter attention à cette consommation chez leurs patients psychotiques sur des traitements au long cours. Ceci permettrait de développer une approche plus réactive, quand les patients sont

	les plus susceptibles de bénéficier d'une approche motivationnelle, plus particulièrement lorsqu'un lien peut être établi entre leur consommation et leurs symptômes.
<b>Commentaires des auteurs de la revue de littérature</b>	L'étude permet de relever plus précisément une technique d'entretien motivationnel permettant ainsi de réduire la consommation de cannabis sur un moyen terme. De plus, l'entretien motivationnel peut être adapté aux soins infirmiers en santé mentale.

## Recherche 6: Barrowclough & al, 2010

<b>Bibliographie</b>	Barrowclough C, Haddock G, Wykes T, Beardmore R, Conrod P, Craig T, Davies L, Dunn G, Eisner E, Lewis S, Moring J, Steel C, & Tarrier N, (2010), <i>Integrated motivational interviewing and cognitive behavioural therapy for people with psychosis and comorbid substance misuse: randomised controlled trial</i> , British Medical Journal, 341, 1-12
<b>Pays</b>	Grande-Bretagne
<b>Question de recherche</b> <b>But de la recherche</b>	Le but de l'étude est de comparer l'intervention motivationnelle associée à de la thérapie cognitivo comportementale en parallèle des soins habituels à des soins habituels seuls.
<b>Population/échantillon</b>	<p>Les critères d'inclusion (ibid, 2010) sont les suivants: âge supérieur à 16 ans, avoir un contact régulier avec les services de santé, avoir diagnostic actuel de trouble psychotique selon le CIM-10 ou le DSM-IV, diagnostic de dépendance ou d'abus de substance selon le DSM-IV, consommation hebdomadaire d'alcool de plus de 28 unités pour les hommes et 21 pour les femmes durant les 3 derniers mois (1 unité= 10 ml d'éthanol pur) ou utilisation de drogues au moins deux jours par semaines dans les 3 derniers mois. En outre, les participants ne doivent pas présenter des antécédents de facteurs biologiques impliqués dans l'apparition du trouble psychotique, ils doivent être anglophones et posséder un domicile fixe.</p> <p>Au départ, les auteurs ont cherché à recruter 400 patients afin d'avoir des résultats significatifs et précis. Puis cette</p>

	taille a été réduite à 320 patients. Le total au début de l'étude est de 327 patients.
<b>Devis de recherche</b>	Étude randomisée contrôlée, devis quantitatif
<b>Méthodologie</b>	<p>Le Comité d'Éthique de la région du Cambridge (ibid, 2010) a approuvé la recherche et tous les participants ont donné leur consentement éclairé.</p> <p><i>Procédure:</i></p> <p>Les participants à l'étude (ibid, 2010) ont été recrutés dans six centres hospitaliers en santé mentale de Grande-Bretagne. Une liste de vérification a été remplie en interrogeant sur la consommation avant le début de l'étude pour tous les participants potentiels. Si les patients remplissaient les critères d'inclusion, des tests cliniques structurés du DSM-IV ont été réalisés pour confirmer le diagnostic d'abus de substance pour la substance posant le plus de problèmes (cannabis, amphétamine, alcool, opiacés). La répartition aléatoire a été effectuée par un service indépendant limitant ainsi les risques de biais.</p> <p>Durant l'étude, trois entretiens ont été organisés entre le patient, son thérapeute et son référent afin d'évaluer les progrès.</p> <p><i>Formation des thérapeutes:</i></p> <p>L'équipe (ibid, 2010) comprenait deux psychologues, deux infirmières et un éducateur social ayant tous reçu une formation dans la conduite de la thérapie cognitivo comportementale chez des patients souffrant de troubles</p>

psychotiques et d'abus de substances ainsi qu'une formation à l'entretien motivationnel. Des supervisions ont eu lieu afin d'évaluer leur pratique.

*Évaluation des résultats:*

Les renseignements démographiques et ceux concernant le trouble psychotique ainsi que la toxicomanie ont été recueillis lors de l'inclusion à l'étude par des questionnaires remplis par le patient (ibid, 2010). Le test d'identification de la dépendance à l'alcool et celui de la consommation de drogues a été utilisé pour évaluer la sévérité de ces troubles. La compliance au traitement a été évaluée avec l'inventaire du comportement de consommation. Les résultats de l'étude ont été évalués à l'inclusion de l'étude puis à 6 mois, 12 mois, 18 mois ainsi qu'à 24 mois.

*Résultats primaires:*

Le premier critère d'évaluation (ibid, 2010) était l'hospitalisation suite à une décompensation psychotique. Les critères secondaires qui ont été comptabilisés sont les rechutes (exacerbation des symptômes psychotiques, changement dans le traitement, hospitalisations) et les admissions à l'hôpital pendant l'année précédant la recherche et durant la période d'essai. La consommation de substance ainsi que la motivation au changement ont été évaluées grâce au questionnaire sur le changement et grâce à l'inventaire des conséquences de la consommation. La fréquence et la quantité de l'abus de substance ont été évaluées avec le « timeline Followback method ». L'évaluation de la consommation a été également réalisée avec l' « Alcohol use scale » et la « drug use scale » lors de l'inclusion et tous les 6 mois. Les participants ayant donné leur accord ont dû effectuer des tests capillaires afin de détecter la présence

	<p>de drogues. L'échelle d'évaluation des symptômes positifs et négatifs a été utilisée pour évaluer les symptômes du trouble psychotique. Le fonctionnement général des participants a été évalué grâce à la sous-échelle du fonctionnement général. L'apparition ou non de gestes autoagressifs a été évaluée durant les 12 mois précédant l'étude grâce à un entretien structuré.</p>
<b>Interventions</b>	<p>1. La thérapie psychologique (ibid, 2010):</p> <p>Le traitement du groupe expérimental contenait 26 séances de thérapie individuelle sur 12 mois effectuées le plus souvent au domicile du patient. Les entretiens traitent l'initiation et le maintien de l'engagement du patient ainsi que son intérêt à suivre la thérapie. Les thérapeutes se sont efforcés d'être le plus flexibles dans le lieu de la thérapie et dans les dates de rendez-vous. La cible thérapeutique a été mise sur l'intérêt du patient et ses désirs de changements de style de vie afin d'éviter la résistance chez les personnes ayant une faible motivation à diminuer leur consommation.</p> <p>L'entretien motivationnel (ibid, 2010):</p> <p>Le groupe expérimental a aussi suivi des séances d'entretien motivationnel. Plusieurs phases ont eu lieu. La première phase de l'intervention est la construction de la motivation. Puis, le thérapeute aide le patient à se diriger vers son processus de changement par l'utilisation de compétences de base et des principes de l'intervention motivationnelle. Les étapes suivantes sont: la phase d'engagement, amener le patient à comprendre et à se projeter dans ses objectifs personnels, l'exploration des perspectives du patient sur la consommation et les problématiques sociales rencontrées. La deuxième phase de l'intervention est l'action. Un plan de changement a été développé avec le patient et des</p>

	<p>techniques cognitivo comportementales traitant à la fois le trouble psychotique et l'abus de substance ont été utilisées. Le thérapeute accompagne le patient vers ce changement. Pour les patients n'ayant pas identifié leur consommation comme problématique, le thérapeute utilise l'entrevue motivationnelle afin d'aider le patient à faire le lien entre l'usage de substance et les problématiques actuelles.</p> <p>2. Soins standards (ibid, 2010):</p> <p>Ils comprennent le traitement neuroleptique, le suivi ambulatoire et un traitement dans une unité de réadaptation.</p>
<b>Résultats</b>	<p>Un total de 327 patients a participé à l'étude (ibid, 2010). 137 patients du groupe contrôle sont des hommes, tandis que 146 hommes complètent le groupe d'intervention. La moyenne d'âge du groupe de contrôle est de 38.3 ans et de 37.4 ans pour le groupe expérimental. 246 patients ont terminé l'étude. 25 % des patients du groupe de contrôle et 24.4 % du groupe expérimental utilisaient le plus fréquemment du cannabis tandis que 57.1 % du groupe contrôle et 57.3 % du groupe expérimental consommaient de l'alcool. Les autres substances sont utilisées par une minorité des participants.</p> <p>Pendant la période de l'étude (ibid, 2010), 7 décès ont eu lieu dans les deux groupes. 22.1 % des patients du groupe expérimental ont été hospitalisés contre 17.2 % du groupe contrôle. Concernant les rechutes et les admissions à l'hôpital, il n'y a pas eu de différence significative entre les deux groupes (<math>p=0,833</math>). Le constat est identique pour les réadmissions à l'hôpital. Il n'y avait aucune différence significative entre les deux groupes concernant le pourcentage de jour d'abstinence toutes substances confondues (<math>p=0.725</math>). Une diminution de la quantité de consommation quotidienne de la substance principale a été relevée de manière positive (<math>p=0.016</math>) ainsi que pour toutes les autres</p>



	<p>substances utilisées secondairement (<math>p=0.017</math>) en faveur du groupe expérimental. Toutefois, les participants du groupe expérimental ont une fois et demie plus de probabilité d'être abstinents à leur substance principale.</p> <p>À 12 mois (ibid, 2010), les participants du groupe expérimental ont augmenté significativement leur motivation à changer leur consommation (37.3 % vs 49.6 % pour le groupe expérimental) (<math>p=0.004</math>). Cette différence n'a pas été maintenue à 24 mois (43.2 % vs 35.7 % pour le groupe expérimental) (<math>p=0.320</math>). Il n'y a eu aucune différence entre les deux groupes à 12 (<math>p=0.787</math>) et à 24 mois (<math>p=0.620</math>) pour la perception des conséquences de la consommation de drogues. Il n'y a aucune différence entre les deux groupes en terme de symptomatologie psychotique (12mois: 55.3 vs 57.82 pour le groupe expérimental, <math>p=0,84</math> /24 mois: 51.85 vs 54.56 pour le groupe expérimental, <math>p=0,47</math>) ou du fonctionnement général (12mois: 35.6 vs 34.96 pour le groupe expérimental, <math>p=0,92</math> /24 mois: 36.18 vs 35.97 pour le groupe expérimental, <math>p=0,82</math>).</p>
<b>Discussion</b>	<p>Cette étude (ibid, 2010) démontre qu'il n'y a pas de résultats significatifs entre le traitement habituel et le traitement habituel avec l'entretien motivationnel et la thérapie cognitivo comportementale pour les patients souffrant d'un trouble psychotique et d'abus de substances en terme de rechute, de décompensation psychotique, d'hospitalisation, du fonctionnement général et de l'automutilation. Toutefois, le traitement intégré a démontré une augmentation de la volonté de changer la consommation de drogue chez cette population d'ici la fin du traitement. Cette amélioration n'est plus significative une année après le traitement. Une période de traitement d'une année serait probablement trop courte pour des patients ayant un long passé de consommation de drogue, de troubles psychiatriques avec un faible niveau de fonctionnement et ayant peu de soutien de la part du réseau social. Les patients du groupe expérimental étaient plus sujets à réduire leur consommation d'alcool et de drogue au niveau de la quantité, mais pas sur la</p>

	<p>fréquence de l'utilisation. Ce meilleur résultat a été maintenu durant les 24 mois de l'étude.</p> <p>Les résultats (ibid, 2010) démontrent qu'il existe une probabilité que la thérapie intégrée soit plus efficace chez les patients consommant uniquement de l'alcool. Cette intervention permet de faciliter l'engagement des patients dans le traitement en augmentant leur motivation au changement et en réduisant leur consommation de substance au niveau de la quantité. La façon d'améliorer les symptômes cliniques n'est pas claire.</p>
<b>Commentaires des auteurs de la revue de littérature</b>	<p>Ce type de traitement permet d'améliorer la motivation au changement. Ceci est intéressant, en effet, les infirmières peuvent aider le patient à commencer son processus de changement à la fin d'une hospitalisation.</p>

## Recherche 7: Bellack & al., 2006

<b>Bibliographie</b>	Bellack AS, Bennett ME, Gearon JS, Brown CH, & Yang Y, (2006), <i>A randomized clinical trial of a new behavioral treatment for drug abuse in people with severe and persistent mental illness</i> , Archives of General Psychiatry, 63, 426-432
<b>Pays</b>	États-Unis d'Amérique
<b>Question de recherche But de la recherche</b>	Le but de l'étude est l'évaluation de l'efficacité d'un nouveau traitement comportemental pour l'abus de substance (Behavioral treatment for substance abuse in severe and persistent mental illness= BTSAS) en comparaison avec le groupe contrôle STAR (supportive treatment for addiction recovery).
<b>Population/échantillon</b>	Un total de 293 personnes (ibid, 2006) ont accepté de participer à l'étude et ont donné leur consentement éclairé, mais 175 personnes répondaient aux critères de l'étude. Les critères d'inclusion sont: avoir un trouble affectif majeur, une schizophrénie ou un trouble schizoaffectif, souffrir d'une maladie mentale persistante et être dépendant à la cocaïne, à l'héroïne ou au cannabis selon le DSM-IV. Ces patients sont suivis en traitement ambulatoire.
<b>Devis de recherche</b>	Étude randomisée contrôlée, devis quantitatif
<b>Méthodologie</b>	<p>Le programme (ibid, 2006) a été mené par des thérapeutes formées. Les deux traitements ont été donnés à de petits groupes de 4 à 6 personnes deux fois par semaine durant 6 mois.</p> <p>La principale évaluation (ibid, 2006) est le test d'urine qui fournit une mesure objective de la consommation de</p>

	<p>drogue. Un abandon définitif à l'étude est considéré à partir de 8 absences aux groupes. Les critères secondaires incluaient 4 à 8 semaines d'abstinence et le nombre de séances auxquelles le patient a assisté. Les participants ont rempli plusieurs échelles auto évaluatives à l'inclusion et à la fin de l'étude: l'index de sévérité de l'addiction pour la consommation de drogue (ASI), « the substance use event survey for schizophrenia » et la « brief quality of life scale ».</p>
<b>Interventions</b>	<p>Les deux interventions ont été menées au sein d'une Clinique Ambulatoire Communautaire et au sein de Centre Medical pour les Vétérans de Baltimore.</p> <p>1.Traitement comportemental pour l'abus de substance chez les patients souffrant de trouble (BTSAS) (ibid, 2006):</p> <p>C'est un programme d'apprentissage social structuré développé par les auteurs spécifiquement pour les personnes souffrant d'une maladie mentale persistante. Il utilise un modèle de réduction des risques dans lequel l'utilisation intermittente de drogue n'est pas punie. Il tente d'accroître la motivation au changement par des entretiens individuels à l'inclusion de l'étude, à 3 mois et à 6 mois. En outre, lors de chaque séance, un test urinaire est réalisé. Les sujets reçoivent entre 1.5 dollar US et 3.5 dollars US et 50 cents sont ajoutés si les tests d'urines sont négatifs. Si le patient ne se présente pas ou si le test est positif, le patient ne reçoit que 1.5 dollar US. Des objectifs réalisables à court terme sont établis lors de chaque entretien afin d'éviter d'éventuels échecs et d'empêcher une nouvelle rechute. Beaucoup de temps est consacré pour entraîner les compétences sociales (enseigner aux participants comment refuser la drogue, s'engager dans des activités sociales alternatives et développer des contacts sociaux non associés à la drogue). Lors de chaque session, les résultats d'un échantillon d'urine sont annoncés à tout le groupe. Lors</p>

	<p>d'échantillon positif, des discussions non accusatrices ont lieu pour repérer les éléments ayant entraîné une consommation afin d'augmenter la probabilité d'abstinence. Un contrat est signé pour la prochaine séance avec des objectifs réalisables pour diminuer leur consommation. Le reste de la session est basé sur de la psychoéducation de la toxicomanie et la prévention des rechutes.</p> <p>2. Traitement pour le rétablissement du trouble addictif (STAR) (ibid, 2006):</p> <p>Le groupe STAR est conçu pour offrir un endroit de paroles sûr et sans jugement afin que les participants puissent s'exprimer sur leur consommation. De la psychoéducation est également proposée lorsque le sujet arrive dans la discussion. Le thérapeute suit le rythme du patient et les patients déterminent leur sujet de discussion. Les patients n'ont pas d'obligation de participation. Un échantillon d'urine est analysé avant chaque séance, mais aucune rétroaction n'existe et le sujet n'est pas repris avec le groupe.</p>
<b>Résultats</b>	<p>Sur 293 sujets ayant donné leur consentement (ibid, 2006), 175 patients ont rempli les critères d'inclusion. 63.9 % du groupe BTSAS sont des hommes tandis que 69.4 % sont des hommes dans le groupe STAR. Les données démographiques ne diffèrent pas entre les deux groupes. À la fin de l'étude, 110 patients (61 BTSAS et 49 STAR) ont achevé le traitement. L'étude démontre des résultats plus favorables à l'adhésion du traitement dans le groupe BTSAS que dans le groupe STAR (<math>p=0,055</math>). Les patients du groupe BTSAS ont participé à plus de séances (<math>p&lt;0,001</math>). Les participants ayant poursuivi l'étude jusqu'à la fin consommaient moins de drogues selon l'échelle ASI lors de l'inclusion que les sujets n'ayant pas réussi à s'engager dans ce traitement (<math>p&lt;0,001</math>). Ces résultats sont peu fiables, car ils sont autoévalués. Par ailleurs, les participants ayant poursuivi l'étude démontrent de plus grands</p>

	<p>résultats positifs que ceux l'ayant interrompue. L'étude ne permet pas d'identifier les facteurs de participation au traitement.</p> <p>Les participants du groupe BTSAS (ibid, 2006) ont démontré une élévation significative du nombre de tests d'urines négatifs durant les 6 mois de l'étude en comparaison au groupe STAR (<math>p&lt;0,001</math>). Aucun des deux groupes ne démontre des résultats plus significatifs au niveau du nombre de jours de consommation de drogue. Les auto-évaluations ASI ne correspondaient pas toujours avec les tests d'urine et le test d'entrevue structurée du DSM-IV. Les participants au groupe BTSAS (<math>p=0,002</math>) démontraient de meilleurs résultats sur certains points comme le nombre d'hospitalisations que le groupe STAR (<math>p=0,3</math>). Les participants du groupe BTSAS ont déclaré avoir de meilleurs revenus à la fin de l'étude concernant l'échelle de qualité de vie (<math>p=0,008</math>). Les sujets BTSAS démontrent donc une amélioration de leur qualité de vie en comparaison au groupe STAR. Enfin, les participants du groupe BTSAS ont montré une augmentation significative de la capacité à gérer de manière indépendante les activités de la vie quotidienne (échelle sociale du fonctionnement)/<math>p&lt;0,001</math>.</p>
<b>Discussion</b>	<p>Cette étude démontre l'efficacité de la BTSAS (ibid, 2006). En effet, près de 59 % des participants de ce groupe démontrent des tests d'urine négatifs comparés au 25 % du groupe STAR. Peu de sujets sont totalement abstinentes, mais une diminution de leur consommation permet une meilleure sécurité physique, une augmentation de la probabilité de l'observance du traitement et une diminution du risque de rechute. Par ailleurs, les participants au groupe BTSAS sont moins fréquemment hospitalisés, arrêtés par les forces de l'ordre, ont plus d'argent disponible pour les dépenses de la vie quotidienne et une meilleure qualité de vie. Ce programme permet de diminuer jusqu'à 23 % des admissions en milieu hospitalier. Le programme STAR reflète la qualité des soins actuels dans une clinique</p>

	<p>universitaire et a été administré par des professionnels de la santé formés. Par conséquent, les résultats de cette étude sont significatifs pour la santé publique. Le programme BTSAS est efficace pour maintenir les participants dans le traitement.</p> <p>Les auteurs (ibid, 2006) définissent une problématique présente à la fin de cette étude: l'adhésion au traitement. Une nouvelle étude est en cours afin d'établir un protocole pour améliorer cette adhésion.</p>
<b>Commentaires des auteurs de la revue de littérature</b>	<p>Le renforcement positif peut être utilisé s'il est accompagné d'autres interventions. Le programme STAR présente également des résultats encourageants pour le traitement des patients présentant un double diagnostic. Étant donné que le risque de rechute est diminué, il est important de viser en premier lieu la diminution de la consommation au lieu de l'abstinence complète. Ce traitement peut également intégrer d'autres substances comme la cocaïne ou l'héroïne, ce qui permet d'intervenir de manière plus large.</p>

### Recherche 8: James & al., 2004

<b>Bibliographie</b>	James W., Preston N.J., Koh G., Spencer C., Kisely S.R., Castle D.J., (2004), <i>A group intervention which assists patients with dual diagnosis reduce their drug use: a randomized controlled trial</i> , Psychological medicine, 34, 983-990
<b>Pays</b>	Australie
<b>Question de recherche But de la recherche</b>	L'étude (ibid, 2004) a pour but la comparaison entre les soins standards et une intervention de groupe abordant les motivations pour l'utilisation de substances et la réduction de leur consommation.
<b>Population/échantillon</b>	<p>63 patients ont été randomisés avec les critères d'inclusion suivants (ibid, 2004):</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Trouble psychotique non organique</li><li>• Utilisation actuelle d'alcool ou de drogue</li><li>• Avoir la volonté de parler de sa consommation en groupe</li><li>• Connaissance de l'anglais pour maintenir une conversation</li><li>• Absence de difficultés intellectuelles pouvant nuire au groupe</li><li>• Répondre aux critères du CIM-10 pour l'usage et/ou la dépendance</li></ul> <p>Le critère d'exclusion est (ibid, 2004):</p>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avoir déjà suivi un traitement pour l'abus de drogue dans un autre établissement</li> </ul>
<b>Devis de recherche</b>	Étude contrôlée randomisée, devis quantitatif
<b>Méthodologie</b>	<p>Les participants (ibid, 2004) ont été recrutés dans trois centres de soins hospitaliers en santé mentale de l'Ouest australien. Ils ont tous signé un document stipulant qu'ils consentaient à participer à l'étude et un comité d'éthique a approuvé celle-ci. La psychopathologie, la quantité de la consommation de drogues et le niveau de dépendances ont été évalués au début de l'étude et à 3 mois de suivi. La psychopathologie a été évaluée avec l'échelle BPRS (« Brief psychiatric rating scale ») et avec l'inventaire des symptômes autodéclarés (BSI). L'échelle d'indice de gravité globale (GSI) a également été utilisée. Afin d'évaluer l'utilisation de drogues, 4 échelles sont utilisées: l'échelle de gravité de la dépendance (SDS), le « drug abuse screening test » (DAST) et l'« alcohol use disorder identification test » (AUDIT). Le nombre d'hospitalisations des patients est enregistré à l'admission dans l'étude.</p>
<b>Interventions</b>	<p>Tous les participants ont reçu des soins en santé mentale classiques comprenant la gestion de cas, les traitements ambulatoires et un programme de réadaptation de jour et de prise en charge de logement.</p> <p><i>Groupe de contrôle</i> (ibid, 2004):</p> <p>Les patients ont reçu une séance d'une heure d'éducation sur la toxicomanie en développant les conséquences de leur dépendance sur leur trouble psychotique ainsi que des stratégies de réductions des méfaits.</p> <p><i>Groupe d'intervention</i> (ibid, 2004):</p>

	<p>C'est un programme de double diagnostic sur plus de 6 semaines. Il comprend des séances de groupe hebdomadaires durant 112 heures au total sur toute la durée du traitement, ces séances sont conçues selon le modèle de la roue du changement de Prochaska et DiClemente. Chaque groupe comprenait 2 thérapeutes pour un maximum de 6 patients. Le groupe était une cohorte fermée ou aucune admission n'est autorisée en cours de traitement. L'intervention comprenait le soutien par les pairs, les stratégies d'amélioration de la motivation, de réduction des méfaits et la prévention des rechutes. Plusieurs thématiques sont développées chaque semaine dans l'ordre suivant: la psychoéducation sur l'usage de drogues et la santé mentale, la raison de l'utilisation, la raison du changement, les stratégies de réduction des méfaits, faire face à des situations à haut risque, l'affirmation de soi et la planification pour l'avenir.</p>
<b>Résultats</b>	<p>83 patients ont été évalués à l'inclusion de l'étude (ibid, 2004). 10 ont refusé et 9 ont été exclus de l'étude. Un total de 63 patients a participé à l'étude au départ. 5 patients ne l'ont pas terminée. En moyenne, les sujets ont participé à 4.7 des 6 sessions dans le groupe d'interventions. 63 % des patients du groupe d'interventions souffraient d'une schizophrénie, 3 % d'une dépression sévère avec des symptômes psychotiques, 6 % d'une manie avec psychose, 22 % d'un trouble schizoaffectif et 13 % d'autres troubles psychotiques. Les deux groupes présentent une population semblable au niveau démographique.</p> <p>Le groupe d'intervention (ibid, 2004) a montré des résultats significativement meilleurs en terme de psychopathologie (<math>p=0,005</math>), de la toxicomanie (<math>p=0,001</math>) et du besoin de médicaments (<math>p=0,046</math>). Une réduction importante de la consommation de cannabis (<math>p=0,02</math>), de l'utilisation de plusieurs substances simultanément (<math>p=0,014</math>) et de la consommation d'alcool (<math>p=0,015</math>) est démontrée. La gravité de la dépendance a diminué en</p>

	comparaison au groupe de contrôle (p=0,001). Les patients du groupe d'intervention ont été moins souvent hospitalisés (11 personnes vs 17 pour le groupe de contrôle)/p=0,005.
<b>Discussion</b>	<p><i>Comparaison à d'autres études:</i></p> <p>Cette étude (ibid, 2004) aborde un grand nombre de lacunes des études précédentes par la mise en œuvre d'une intervention soigneusement articulée possible à mettre en place comportant une bonne fidélité au traitement. Les résultats appuient l'idée que les traitements intégrés sont efficaces pour les personnes souffrant de troubles psychotiques avec une consommation de substances.</p> <p><i>Points forts de l'étude:</i></p> <p>L'approche (ibid, 2004) a intégré les conclusions de la littérature existante sur les interventions de doubles diagnostics. Les taux de rétentions sont plus élevés que les autres études. Les participants ont été suivis entre deux séances par des appels téléphoniques.</p> <p><i>Limite de l'étude:</i></p> <p>L'étude (ibid, 2004) comprend un petit échantillon de patient. Le temps passé dans le cadre du groupe, la durée totale avec le thérapeute et la fidélité au traitement n'ont pas été évalués. Les résultats ne sont évalués qu'à court terme. La consommation de substances n'a pas pu être vérifiée par des examens d'urines ou sanguins.</p>
<b>Commentaires des</b>	Cette recherche permet d'avancer que l'entretien motivationnel ajouté à de la psychoéducation permet de réduire

<b>auteurs de la revue de littérature</b>	considérablement le risque de rechute et de diminuer de la consommation. Ceci indique donc que les infirmières peuvent animer ces groupes. Il est important de relever que l'abstinence totale n'est pas visée.
---	---

## Recherche 9: Bradley & al, 2007

<b>Bibliographie</b>	Bradley A.C., Baker A., Lewin T.J, (2007), <i>Group intervention for coexisting psychosis and substance use disorders in rural australia: outcomes over 3 years</i> , Australian and New Zealand Journal of psychiatry, 41, 501-508
<b>Pays</b>	Australie
<b>Question de recherche</b> <b>But de la recherche</b>	Le but de l'étude (ibid, 2007) est d'évaluer comment un groupe de patients conduit hebdomadairement utilisant l'approche de l'entretien motivationnel et l'approche cognitivo comportementale peut diminuer la consommation de substance, augmenter l'observance au traitement, améliorer la gestion des symptômes psychiatriques, diminuer les hospitalisations en milieu psychiatrique, diminuer la fréquentation non programmée des centres ambulatoires et améliorer le fonctionnement social chez des personnes souffrant de psychose et ayant un problème de dépendance. La seconde hypothèse est que les participants à l'étude ayant suivi plus de séances de groupe devraient présenter une meilleure amélioration de ces variables que ceux qui y ont moins participé.
<b>Population/échantillon</b>	39 patients (ibid, 2007) sont issus d'un milieu rural (hommes 73 %, nés en Australie 100 %, 33.42 ans en moyenne). Les participants ont été recrutés dans 3 centres de soins en santé mentale de l'Ouest australien durant la période de juin 1992 à juin 1998. Les critères d'inclusion sont les suivants: souffrir d'une psychose ou d'un trouble bipolaire selon les critères du DSM-IV depuis au moins 2 ans, remplir les critères de ce même ouvrage pour un abus de substance ou une dépendance ou avoir une consommation périodique de substance qui affecte le fonctionnement, exacerbe les symptômes psychiatriques ou conduit à un comportement antisocial durant les 2 ans précédant l'inclusion. Les participants qui avaient rempli les critères de dépendance, mais qui étaient en rémission ont été

	inclus. Les critères d'exclusion sont l'absence de diagnostic de psychose ou de trouble bipolaire et l'incapacité de participer aux séances dues à des troubles cognitifs sévères.
<b>Devis de recherche</b>	Quantitatif, devis quasi expérimental
<b>Méthodologie</b>	<p><i>Procédure:</i></p> <p>Les résultats cliniques (ibid, 2007) ont été récoltés durant 3 mois à l'inclusion, à 1, 2 et 3 ans. Le groupe d'intervention était donné hebdomadairement et durait 60 à 90 minutes. Tous les groupes ont été menés par des cliniciens, un psychologue et une infirmière tous formés à l'intervention. Comme cette étude était initialement un projet d'évaluation des services, l'approbation par un comité d'éthique n'était pas nécessaire.</p> <p><i>Les mesures:</i></p> <p>Le taux d'hospitalisation et de fréquentation des centres ambulatoires non programmés (ibid, 2007) ont été mesurés à l'aide des archives des services. Le taux de suivi de l'étude a été défini comme le nombre de fois qu'un participant était présent à la séance hebdomadaire. Les gestionnaires de cas ont évalué le fonctionnement des participants à l'aide de 3 échelles: « the case manager rating scale (CMRS: l'échelle du taux des gestionnaires de cas)», «the case manager rating form (CMRF: le formulaire d'évaluation des gestionnaires de cas)» et «the life skills profile (LSP: le profile de compétences de la vie quotidienne)» (ibid, 2007).</p> <p><i>L'analyse statistique:</i></p>

	<p>Les résultats (ibid, 2007) ont été récoltés sur une période de 3 ans. Les chercheurs ont adapté les analyses statistiques au taux de données manquantes pour minimiser les risques de biais.</p>
<b>Intervention</b>	<p>Le but de l'entretien motivationnel dans les groupes (ibid, 2007) était d'aider les participants à mieux comprendre leur maladie et leur problème de consommation ainsi que leur traitement. Les animateurs ont suivi les consignes de Miller et Rollnick: exprimer de l'empathie, développer l'ambivalence, travailler avec les résistances et renforcer l'efficacité personnelle. Les objectifs de chaque participant en matière de consommation de drogues ont été développés de manière individuelle. La consommation causant le plus de dommages a été ciblée prioritairement pour conduire cette consommation jusqu'à un seuil moins problématique. Chaque participant a été encouragé à identifier les drogues qu'ils avaient déjà utilisées et leur niveau de consommation et à déterminer le contexte d'apparition des symptômes psychiatriques et des problèmes au niveau légal et du fonctionnement. La prévention des rechutes a été développée et renforcée avec chaque participant de manière individuelle. Les directives de prévention des rechutes dans le cadre d'abus de substance ont été suivies bien qu'elles ne soient pas adaptées aux personnes souffrant de psychose.</p> <p>Un programme flexible (ibid, 2007) a été préparé pour chaque session afin de laisser une marge de manœuvre à l'animateur en réduisant par exemple, la confrontation et en lui permettant de conserver l'intérêt des participants. Les participants avaient la possibilité de quitter la séance en cours s'ils en ressentaient le besoin.</p>
<b>Résultats</b>	<p><i>Les caractéristiques de base des participants:</i></p> <p>49 patients (ibid, 2007) ont été sélectionnés au départ puis il en est resté 39 suites à différentes raisons (critères</p>

d'inclusion pas respectés, des personnes vivant trop loin et des personnes ayant déménagé hors de la zone de l'hôpital). La moyenne d'âge des participants était de 33.42 ans, la majorité était des hommes (73.7 %), nés en Australie (100 %). Le premier diagnostic rencontré est la schizophrénie (79.5 %) suivie du trouble bipolaire (12.8 %) et du trouble schizoaffectif (7.7 %). 10.3 % des participants présentaient également un trouble de la personnalité et 30.8 % une maladie physique (majoritairement une BPCO). Les drogues consommées de manière problématique ou abusive sont (ibid, 2007):

- L'alcool (43.6 %)
- Le cannabis (28.2 %)
- Plusieurs drogues utilisées (25.6 %)

En termes de sévérité de la consommation à l'inclusion (ibid, 2007):

- 10,3 % des participants avaient un indice de sévérité «moyen»
- 53.8 % avec un indice «modéré»
- 28.2 % «sévère» («abus de substance» dans le DSM-IV)
- 7.7 % «extrêmement sévère» («dépendance à une substance» dans le DSM-IV)

*La participation au traitement de groupe:*

Le nombre moyen de séances de groupe auxquelles les patients (ibid, 2007) ont participé était 28,51. Suite à l'obtention de ces résultats, les chercheurs ont identifié deux sous-groupes: ceux qui ont participé à moins de séances



(19 participants), qui ont participé à une moyenne de 10,63 sessions et ceux qui ont assisté à plus de séances (20 participants) et qui ont participé à une moyenne de 45,50 sessions. En plus d'assister à moins de séances dans l'ensemble, le premier sous-groupe affichait une fréquentation moins régulière, avec un taux de participation de session moyenne aux groupes de 30,5 %, contre 57,6 % pour l'autre sous-groupe. Il n'y avait pas de différences entre les sous-groupes dans l'âge, le sexe, les caractéristiques de diagnostic, la gravité globale de leurs symptômes de base ou la consommation de substance.

*Les résultats concernant la consommation de substance, la symptomatologie et l'utilisation des services hospitaliers:*

Selon l'échelle CMRS (ibid, 2007), les participants à l'étude ont vu une amélioration de leur consommation de substance et des conséquences physiques et psychosociales ( $p < 0,001$ ). Les résultats sont les suivants:

- à l'inclusion: le groupe présentait une moyenne de 3.21
- à 1 année: le groupe présentait une moyenne de 2.78
- à 2 ans: le groupe présentait une moyenne de 2.72
- à 3 ans: le groupe présentait une moyenne de 2.61

Selon l'échelle CMRF (ibid, 2007), voici les résultats pour les participants:

Pour leur consommation de substance ( $p < 0,001$ ) (ibid, 2007):

- à l'inclusion: le groupe présentait une moyenne de 6.16

- à 1 année: le groupe présentait une moyenne de 5.72
- à 2 ans: le groupe présentait une moyenne de 5.54
- à 3 ans: le groupe présentait une moyenne de 5.31

Pour les symptômes psychiatriques ( $p < 0,001$ ) (ibid, 2007):

- à l'inclusion: le groupe présentait une moyenne de 5.44
- à 1 année: le groupe présentait une moyenne de 4.72
- à 2 ans: le groupe présentait une moyenne de 4.50
- à 3 ans: le groupe présentait une moyenne de 4.49

La non-compliance au traitement ( $p = 0,02$ ) (ibid, 2007):

- à l'inclusion: le groupe présentait une moyenne de 4.18
- à 1 année: le groupe présentait une moyenne de 3.33
- à 2 ans: le groupe présentait une moyenne de 3.38
- à 3 ans: le groupe présentait une moyenne de 3.40

Les participants des groupes ont également vu leur moyenne de jours d'hospitalisation diminuer jusqu'à 2 ans puis ont démontré une légère recrudescence (ibid, 2007):

- à l'inclusion: moyenne de 5.48 jours

- à 1 année: moyenne de 4.97 jours
- à 2 ans: moyenne de 2.05 jours
- à 3 ans moyenne de 2.34 jours

Par rapport à l'utilisation impromptue des services de santé, les participants ont vu leurs résultats diminuer, ce qui signifie une moins grande utilisation imprévue des services de santé mentale ( $p < 0,001$ ) (ibid, 2007):

- à l'inclusion: moyenne de 4.12
- à 1 année: moyenne de 2.74
- à 2 ans: moyenne de 2.33
- à 3 ans: moyenne de 2.15

Les participants (ibid, 2007) qui ont participé à plus de sessions ont reporté une baisse initiale de leur utilisation des services psychiatriques hospitaliers durant la période de l'inclusion à 1 année. Puis, une recrudescence est apparue durant la période allant de 1 année de traitement à 2 ans. Finalement, durant la troisième année, les résultats se sont stabilisés. Pour les participants ayant suivi moins de séances de groupe, d'autres résultats ont été observés: les participants n'ont pas vu changer leur nombre de jours d'hospitalisation durant la période allant de l'inclusion à 1 année, puis durant la période de 2 à 3 ans. Par contre, ce nombre a diminué durant la période de 1 à 2 ans.

Les participants (ibid, 2007) à l'étude ont également vu une amélioration de leur fonctionnement général selon la LSP. Voici les résultats ( $p < 0,001$ ):

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• à l'inclusion: moyenne de 83.68</li> <li>• à 1 année: moyenne de 71.78</li> <li>• à 2 ans: moyenne de 69.99</li> <li>• à 3 ans: moyenne de 69.77</li> </ul>
<b>Discussion</b>	<p>L'étude (ibid, 2007) démontre que l'intervention de groupe est réalisable chez les patients souffrant de trouble psychotique avec un trouble lié à une substance. Les patients souffrant de troubles modérés de toxicomanie peuvent suivre des séances de groupes durant plusieurs mois. L'intervention ambulatoire peut permettre une réduction de leur consommation si les séances abordent les thématiques suivantes: l'affirmation de soi, le traitement intégré, l'entretien motivationnel et cela sur une durée supérieure à une année.</p> <p>Cette intervention (ibid, 2007) permet de stabiliser la fréquentation des services de soins ou de prévoir des hospitalisations.</p> <p>L'étude démontre également des améliorations dans le fonctionnement, dont l'utilisation de substance. Une probabilité de réduction des rechutes a été démontrée par cette intervention de longue durée. Les recommandations cliniques comportent 10 séances de groupes afin de voir une diminution de la consommation. Une fréquentation du groupe durant une année permet aussi de prévenir des rechutes.</p> <p>L'intervention (ibid, 2007) proposée peut être généralisable vers d'autres contextes, services, personnels et d'autres patients. L'étude démontre certaines limitations comme l'absence d'un groupe de contrôle et l'absence d'évaluation</p>

	individuelle.
<b>Commentaires des auteurs de la revue de littérature</b>	Cet article permet de comprendre l'importance des thérapies de groupes intégrées lors de traitement ambulatoire. Elle démontre une réduction de la consommation, mais permet également de stabiliser le nombre de rechutes et d'hospitalisations. Les interventions peuvent être réalisées par des infirmières diplômées.

## Recherche 10: Haddock & al., 2003

<b>Bibliographie</b>	Haddock G., Barrowclough C., Tarrier N., Moring J., O'Brien R., Schofield N., Quinn J., Palmer S., Davies L., Lowens I., McGovern J., Lewis S., (2003), <i>Cognitive-behavioural therapy and motivational intervention for schizophrenia and substance misuse. 18-month outcome of a randomized controlled trial</i> , the British Journal of psychiatry: the journal of mental science, 183, 418-426
<b>Pays</b>	Grande-Bretagne
<b>Question de recherche But de la recherche</b>	L'étude (ibid, 2003) a pour but d'évaluer l'efficacité sur une période de 18 mois du programme intégrant TCC individuelle et thérapie de famille ainsi que les interventions motivationnelles chez les patients souffrant de schizophrénie et consommant des drogues ou de l'alcool
<b>Population/échantillon</b>	Les critères d'inclusion (ibid, 2003) sont: avoir un diagnostic de schizophrénie, de troubles schizoaffectifs ou d'un trouble délirant, un diagnostic de consommation de substance, être âgés de 18 à 65 ans et avoir un contact avec des proches aidants au minimum 10 heures par semaines. 36 patients ont été randomisés ainsi que 36 proches aidants les accompagnants.
<b>Devis de recherche</b>	Essai randomisé contrôlé, devis quantitatif
<b>Méthodologie</b>	Les participants (ibid, 2003) à l'étude ont été recrutés dans trois centres de soins hospitaliers en santé mentale britanniques. Dès l'inclusion dans l'étude, les patients et les proches aidants ont été approchés afin de donner leur

	<p>consentement à l'étude. Les patients ont été répartis dans le groupe expérimental et le groupe de contrôle en veillant à ce que le nombre de personnes consommant plusieurs drogues simultanément, un seul type de drogue ou de l'alcool soient répartis de façon équitable.</p> <p>L'échelle GAF (échelle globale du fonctionnement) (ibid, 2003) a été utilisée afin d'évaluer les patients sur leur fonctionnement résultant de l'interaction du trouble psychotique et de la consommation de drogues. L'échelle PANSS ainsi que l'échelle du fonctionnement social (ESF) et le « timeline followback » ont été également utilisés. Les évaluations se sont faites après la randomisation, immédiatement après l'intervention , à 9 mois, à 12 mois et à la fin de l'étude à 18 mois.</p> <p>Deux variables (ibid, 2003) ont été réalisées (pourcentages de jours d'abstinences de la substance le plus utilisée et le pourcentage de jours d'abstinence de toutes les drogues confondues). Ceci a été évalué par l'échelle de l'indice de gravité de la toxicomanie tous les 3 mois</p> <p>Le fonctionnement des proches aidants (ibid, 2003) a également été évalué au début de l'étude, à 9 et à 12 mois. Les connaissances générales de la psychopathologie des proches aidants et les besoins psychosociaux ont été évalués.</p> <p>Les résultats économiques ont été évalués afin de déterminer l'efficacité de la thérapie intégrée sur les coûts de santé</p>
<b>Interventions</b>	<p>1. La thérapie cognitivo comportementale, l'intervention motivationnelle, l'intervention familiale et les soins de routine (ibid, 2003):</p>

	<p>L'intervention individuelle (TCC et entretien motivationnel) a eu lieu sur 29 séances tandis que les interventions familiales ont eu lieu sur 10 à 16 séances. Certains patients ont la motivation d'arrêter leur consommation, mais les symptômes de la maladie et le stress de la famille peuvent avoir un effet néfaste sur leur motivation. Le but de la thérapie est donc d'augmenter le fonctionnement global du patient en réduisant l'impact et la gravité des symptômes de la psychose ainsi que l'abus de substances par les thérapies cognitivo comportementales et l'entretien motivationnel.</p> <p>2. Soins de routine (ibid, 2003):</p> <p>Ils sont composés de la gestion du cas et du traitement par neuroleptique. Ils ont tous également reçu l'appui d'un soutien familial délivré par une association caritative britannique sur la schizophrénie.</p>
<b>Résultats</b>	<p>À la fin de l'étude (ibid, 2003), les patients ont démontré de meilleurs résultats dans le groupe expérimental dans leur fonctionnement global (60.12 % à 18 mois vs 49.67 % pour le groupe d'intervention)/<math>p=0,048</math>. Des résultats significativement encourageants sont démontrés dans le groupe expérimental dans les scores des sous-échelles PANSS des symptômes positifs (16.50 vs 13.87) alors que dans le groupe de contrôle une diminution plus sensible a été constatée. Il y a le même constat pour l'échelle PANSS des symptômes négatifs (<math>p=0,004</math>). Aucun résultat significatif n'a été constaté pour les échelles PANSS générales. Concernant leur fonctionnement social, il y a une tendance en faveur du groupe expérimental à 18 mois. Un total de 11 rechutes dans le groupe expérimental et de 24 dans le groupe de contrôles ont été constatées (<math>p=0,063</math>). Le groupe expérimental a un nombre de jours d'abstinence plus élevé par rapport au groupe contrôle, mais les différences statistiques n'étaient pas significatives en tout temps.</p>



	<p>Concernant les proches aidants, à 12 mois, une tendance significative a été relevée concernant les besoins des proches aidants: les proches aidants du groupe expérimental expriment moins de besoins tandis que dans le groupe témoin, les besoins restent stables (<math>p=0,08</math>). Les autres mesures des proches aidants sont restées stables dans les deux groupes. L'évaluation des coûts n'a pas été significative étant donné un nombre de biais dans l'étude (<math>p=0,65</math>).</p>
<b>Discussion</b>	<p>L'intervention (ibid, 2003) regroupée a donné lieu à des résultats positifs sur la consommation de drogues et dans le fonctionnement global (22.5 %) des patients à 18 mois de suivi. Les résultats sur les symptômes négatifs sont également significatifs ce qui laisse suggérer un potentiel de diminution de consommation. Les interventions des proches aidants permettent d'accroître le fonctionnement des patients en intégrant les thérapies cognitivo comportementales individuelles. Les bénéfices à 12 mois pour les symptômes positifs ne sont pas maintenus à 18 mois contrairement à d'autres études précédentes. Bien que l'intégration des TCC dans les interventions démontre son efficacité dans le traitement des troubles psychotiques et de l'abus de substances, d'autres travaux sont nécessaires afin de clarifier plus précisément les modes d'interventions afin qu'ils soient plus efficaces.</p> <p>Le traitement intégré (ibid, 2003) devrait accentuer l'expression des émotions chez les proches aidants. Ceci permettrait, à l'aide d'interventions spécifiques, d'améliorer le changement chez le proche aidant. Les interventions des proches aidants devraient être courtes, mais il est également possible que cela soit intensif. Le groupe expérimental n'a pas démontré des résultats significatifs sur la réduction des coûts. Toutefois, le groupe de contrôle démontrait un plus grand nombre d'hospitalisations et de journées à l'hôpital ce qui permet de dire que l'intervention intégrée peut diminuer les coûts de la santé.</p>

	<p>Il est difficile de généraliser l'étude (ibid, 2003) chez des patients qui vivent seuls ou sans contacts avec leur famille.</p> <p>Il est probable que les patients sans contact régulier développent des troubles plus importants.</p>
<b>Commentaires des auteurs de la revue de littérature</b>	<p>La recherche permet d'avancer l'importance d'inclure la famille proche dans les soins. Elle démontre également des résultats intéressants. L'infirmière peut mener cette thérapie et doit axer sa prise en charge sur l'individu, mais aussi sur l'entourage et les ressources à disposition.</p>

### Recherche 11: Shaner & al., 2003

<b>Bibliographie</b>	Shaner A., Eckman T., Roberts L.J., Fuller T., (2003), <i>Feasibility of a skills training approach to reduce substance dependence among individuals with schizophrenia</i> , Psychiatric services (Washington, D.C), 54, 1287-1289
<b>Pays</b>	États-Unis d'Amérique
<b>Question de recherche</b> <b>But de la recherche</b>	Le but de cette étude (ibid, 2003) est l'évaluation d'un traitement axé sur la répétition de comportements liés à un petit ensemble de compétences afin de prévenir la consommation de drogues (traitement SAMM, substance abuse management module) chez des personnes souffrant de troubles psychotiques.
<b>Population/échantillon</b>	La population regroupe des patients atteints de maladies psychiques graves et chroniques (troubles psychotiques) et consommant des substances comme la cocaïne et le cannabis.
<b>Devis de recherche</b>	Étude quantitative avec un devis quasi expérimental
<b>Méthodologie</b>	La gestion de la consommation (ibid, 2003), les compétences enseignées, la satisfaction du traitement, la consommation de drogues et d'alcool, la psychopathologie, l'adhérence au traitement, le fonctionnement social et la qualité de vie ont été évalués avant et après le traitement et trois mois après la fin de l'intervention. Les participants ont été recrutés au Centre Médical des Vétérans de l'ouest de Los Angeles. Tous les participants ont donné leur consentement écrit et l'étude a été approuvée par les instances supérieures.

<b>Interventions</b>	<p>Module de gestion de l'abus de substances (SAMM) (ibid, 2003):</p> <p>Ce traitement est basé sur de la prévention des rechutes et la réduction des risques. Une équipe interdisciplinaire fournit des interventions pharmacologiques, une gestion de cas intensive, des groupes de psychoéducation, des tests d'urines et l'entraînement aux compétences. L'intervention se déroule sur 15 semaines réparties sur 5 séances hebdomadaires. L'intervention propose une répétition de comportements pouvant prévenir une rechute.</p>
<b>Résultats</b>	<p>34 des 56 patients ont terminé l'étude (ibid, 2003). L'âge moyen des participants est de 43.3 ans. Ils ont une moyenne de 12.59 années de scolarisation. Les personnes ayant abandonné ne sont jamais revenues pour l'intervention dès le deuxième jour. Les patients ont suivi en moyenne 54 sessions. Les diagnostics d'abus de substances rencontrés le plus fréquemment étaient la cocaïne (85 %), l'alcool (53 %) puis le cannabis (35 %) en sachant que certains patients consommaient plusieurs substances. Par contre, la substance la plus utilisée était le cannabis (n=14.82), puis la cocaïne (n=10.39). Les résultats indiquent que les patients ont appris facilement les compétences qui ont été enseignées. Ils se sont montrés en général très satisfaits et aucun n'a fait de commentaires négatifs sur ce module. Le nombre de jours de consommation de cannabis a diminué nettement durant l'étude (<math>p=0.038</math>) et le nombre de jours d'abstinence durant le mois précédent pour toutes les drogues a augmenté de façon très marquée (<math>p&lt;0.001</math>). Il y a également une amélioration de la compliance au traitement et de leur qualité de vie (<math>p&lt;0.05</math>) trois mois après le traitement (<math>p=0.001</math>) Une amélioration significative concernant la psychopathologie a été démontrée durant l'étude (<math>p&lt;0.001</math>)</p>
<b>Discussion</b>	<p>Durant ce traitement (ibid, 2003), les patients ont suivi régulièrement les interventions et ont démontré des capacités</p>

	<p>d'apprentissage et de maintien de connaissances afin de prévenir les rechutes. Ils ont trouvé le programme pertinent et utile suggérant ainsi qu'il est possible d'intégrer ce traitement à d'autres structures. Le but de cette étude est d'évaluer la faisabilité de l'intervention. Les résultats sont positifs avec des améliorations significatives. Les participants ont été inscrits à l'étude après une hospitalisation et les résultats démontrent l'évolution du rétablissement après la crise. De futures recherches doivent être menées afin de tester la faisabilité du programme dans d'autres contextes cliniques, d'utiliser un groupe contrôles et de déterminer si les patients utilisent les compétences qui leur ont été enseignées.</p>
<p><b>Commentaires des auteurs de la revue de littérature</b></p>	<p>Malgré le but de l'étude qui ne visait pas la diminution de la consommation sur le premier plan, les résultats laissent entendre que cette technique permet d'aborder la situation du patient de façon interdisciplinaire. Il est donc important de prendre en considération l'équipe interdisciplinaire afin d'obtenir des résultats significatifs dans la réduction de la consommation et donc de prévenir le risque de nouvelle décompensation.</p>

## Recherche 12: Johnson & al., 2007

<b>Bibliographie</b>	Johnson S., Thornicroft G., Afuwape S., Leese M., White IR., Hughes E., Wanagaratne S., Miles H., Craig T., (2007), <i>Effects of training community staff in interventions for substance misuse in dual diagnosis patients with psychosis (COMO study): cluster randomised trial</i> , the British Journal of psychiatry : the journal of mental science, 191, 451-452
<b>Pays</b>	Grande-Bretagne
<b>Question de recherche</b> <b>But de la recherche</b>	Le but de cette recherche (ibid, 2007) est d'étudier l'efficacité d'une formation et de supervision aux professionnels de la santé afin d'effectuer des interventions plus efficaces auprès de patients souffrant de troubles psychotiques et de toxicomanie.
<b>Population/échantillon</b>	La population (ibid, 2007) regroupe des patients ayant un double diagnostic (trouble psychotique et toxicomanie). 232 patients ont participé à l'étude, dont 127 dans le groupe expérimental et 105 dans le groupe contrôle.  Tous les soignants ont été invités à participer à l'étude. 79 soignants ont participé à l'étude, dont 40 dans le groupe d'intervention et 39 dans le groupe contrôle.
<b>Devis de recherche</b>	Étude contrôlée randomisée, devis quantitatif
<b>Méthodologie</b>	Tous les gestionnaires de cas (ibid, 2007) travaillant dans 13 centres de soins en santé mentale de Londres ont été invités à participer à l'étude. Les dossiers de soins des patients qu'ils suivaient ont été passés en revue afin de

	<p>recruter des participants à l'étude.</p> <p>L'étude s'étend sur 18 mois. Les résultats au départ et après 18 mois ont été recueillis sur différentes thématiques (ibid, 2007):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• le nombre d'hospitalisations au cours des 18 derniers mois</li> <li>• l'usage de substances psychoactives durant le mois précédent</li> <li>• La symptomatologie psychotique ainsi que le fonctionnement social du patient</li> </ul> <p>La consommation de drogues a été évaluée par l'échelle MAP (« Maudsley Addictions Profile ») (ibid, 2007).</p> <p>Les entretiens avec les patients ont été réalisés à chaque fois qu'il était possible. Une randomisation a été effectuée pour les patients et les gestionnaires de cas. Chaque professionnel de la santé suivait en moyenne 3.43 patients dans le groupe expérimental et 2.69 dans le groupe contrôle. Les critères éthiques ont été respectés.</p>
<b>Interventions</b>	<p><i>Formations aux professionnels</i> (ibid, 2007):</p> <p>L'intervention donnée au groupe expérimental consistait à une formation de 5 jours contenant l'évaluation et la gestion du trouble à doubles diagnostics. Un accent sur l'entretien motivationnel et les thérapies cognitivo comportementales a été mis durant la formation.</p> <p><i>Groupe de contrôle</i> (ibid, 2007):</p>

	<p>Les gestionnaires de cas assignés au groupe de contrôle ont continué à pratiquer leurs soins habituels auprès de leurs patients souffrant de double diagnostic sans interventions spécifiques pour les doubles diagnostics et sans avoir bénéficié de la formation.</p>
<b>Résultats</b>	<p>À la fin de l'étude (ibid, 2007), seulement 33 professionnels participaient encore à l'étude dans le groupe expérimental et 45 patients. Dans le groupe de contrôle, 85 patients ont poursuivi l'étude jusqu'à la fin. L'étude a relevé qu'il n'y avait aucune différence concernant les durées d'hospitalisation entre les deux groupes (74.9 jours en moyenne pour le groupe expérimentale et 71.8 jours pour le groupe contrôle) durant les 18 mois de l'étude (<math>p=0,3</math>). Aucune différence n'a été relevée concernant le taux d'hospitalisations entre les deux groupes (43 % vs 48 %)/<math>p=0,18</math>. Aucune différence significative concernant le nombre de patients ayant consommé (74 % vs 71 %) ni concernant la quantité consommée entre les deux groupes n'a été relevée. Les drogues principalement utilisées étaient le cannabis, l'alcool et d'autres drogues.</p>
<b>Discussion</b>	<p><i>Les points forts de l'étude sont les suivants:</i></p> <p>L'intervention (ibid, 2007) a lieu dans un contexte de santé de routine et l'intervention est assez courte pour être réalisée facilement. Tous les patients ayant un double diagnostic peuvent être inclus.</p> <p>Il n'y a aucune preuve (ibid, 2007) que la formation des soignants permet de diminuer le temps de séjours à l'hôpital et le nombre de nouvelles hospitalisations. La formation était trop faible pour avoir des répercussions dans la prise en charge de ces patients.</p>



<b>Commentaires des auteurs de la revue de littérature</b>	<p>L'article montre que la formation des professionnels de la santé sur la prise en charge d'un patient ayant un double diagnostic ne permet pas de réduire la quantité de consommation de cannabis et le taux de nouvelle hospitalisation.</p>
--	---

### Recherche 13: Hjorthøj & al., 2012

<b>Bibliographie</b>	Hjorthøj C. R., Fohlmann C., Larsen A.-M. Gluud C., Arendt M., Nordentoft M. (2012), <i>Specialized psychosocial treatment plus treatment as usual (TAU) versus TAU for patients with cannabis disorder and psychosis: the CapOpus randomized trial</i> , Psychological Medicine, 8, 1-12
<b>Pays</b>	Danemark
<b>Question de recherche</b> <b>But de la recherche</b>	Comparer la méthode CapOpus (ibid, 2012) qui est composée de l'entretien motivationnel et de thérapie cognitivo comportementale destinée aux problèmes d'abus de cannabis avec les soins habituels comparés au traitement habituel seul. L'hypothèse est que ce traitement est plus efficace dans la réduction de la consommation de cannabis et que la psychopathologie serait également améliorée.
<b>Population/échantillon</b>	Les critères d'inclusion (ibid, 2012) sont les suivants: avoir un trouble psychotique avec une consommation de cannabis, être âgé de 17 à 42 ans. L'abus d'autres drogues a été autorisé. Le consentement des participants a été obtenu. 52 patients dans le groupe d'interventions et 51 patients dans le groupe de contrôle ont participé à l'étude.
<b>Devis de recherche</b>	Étude contrôlée randomisée, devis quantitatif
<b>Méthodologie</b>	Les patients ont été recrutés (ibid, 2012) de différentes manières. Ils pouvaient être adressés par leur médecin psychiatre traitant ou par différents centres de soins en santé mentale danois. Une randomisation a été effectuée par informatique. Les entretiens ont eu lieu dès le début de l'intervention, à la fin de l'étude (c'est-à-dire après 6 mois) et

	<p>4 mois après la fin de l'étude afin d'évaluer la situation du patient. Le nombre de joints fumés a été quantifié. Des auto-évaluations ont été réalisées pour mesurer leur consommation. L'échelle PANSS a été utilisée. L'évaluation du fonctionnement global, l'évaluation de l'invalidité, la cognition et l'apprentissage verbal ont également été évalués.</p>
<b>Interventions</b>	<p>1. CapOpus (intervention pour le groupe expérimental) (ibid, 2012):</p> <p>L'intervention dure 6 mois entre le premier contact et la fin des séances. Une séance par semaine est réalisée. L'entretien motivationnel est utilisé en premier lieu afin d'améliorer l'alliance thérapeutique et la motivation au changement. Puis la thérapie cognitivo comportementale (TCC) est utilisée afin d'aider le patient à changer son comportement addictif. Un retour à l'entretien motivationnel est effectué afin d'analyser les avantages et les inconvénients à continuer la consommation et afin de les aider à développer des stratégies personnelles en lien avec des situations complexes pouvant entraîner une rechute. Les séances peuvent avoir lieu dans des bureaux d'entretien ou chez le patient. Les thérapeutes ont été formés à l'entretien motivationnel et aux TCC. Pour renforcer l'adhérence, des dons de nourriture ont été réalisés indépendamment de leur consommation. Des sessions hebdomadaires de groupes ont été réalisées. Les thérapeutes ont rencontré les familles ainsi que les gestionnaires de cas des patients participants à l'étude.</p> <p>2. Traitement habituel (traitement proposé au groupe de contrôle) (ibid, 2012):</p> <p>Le traitement comporte les traitements pharmacologiques, des entretiens TCC qui ne sont pas ciblés sur la consommation de cannabis. Les familles des patients et les soignants ont été rencontrés par les thérapeutes</p>

<b>Résultats</b>	<p>38 personnes (ibid, 2012) dans le groupe d'intervention étaient des hommes tandis que 40 hommes participaient au groupe de contrôle. La moyenne d'âge est de 26.6 ans dans le groupe expérimental et de 27.1 ans dans le groupe de contrôle. Le nombre de jours de consommation de cannabis le mois dernier a été comparé et ne présente aucune différence significative (<math>p= 0.75</math>) entre les deux groupes. Le nombre de joints consommés dans le groupe d'intervention s'est montré significatif. En effet, les patients du groupe d'intervention n'étant pas abstinents à l'entrée de l'étude fumaient 26.1 joints par mois en moins que le groupe de contrôle (<math>p=0.02</math>). Durant le suivi, la différence se réduit à 18.2 (<math>p=0.14</math>). À la fin du traitement, la différence était en faveur du groupe d'intervention (<math>p=0.05</math>). Les patients chômeurs ont réduit leur consommation de moitié à la fin du traitement (<math>p=0.03</math>). Il n'y a pas de résultats significatifs sur les autres résultats comme les scores PANSS (PANNS positif, <math>p=0.86</math>/PANSS négatif, <math>p=0.44</math>), les tests cognitifs (<math>p=0.11</math>) et la qualité de vie (<math>p=0.29</math>).</p> <p>Une moyenne de 24 sessions (ibid, 2012) a été réalisée pour le groupe d'intervention. 77 % des patients ont participé à au moins 8 séances. L'adhérence au traitement variait en fonction du thérapeute. Les gestionnaires de cas du groupe de contrôle ont présenté des difficultés pour intégrer les familles dans les entretiens (73 % des patients ont refusé que leurs parents participent aux réunions). Les participants du groupe d'intervention ont bénéficié du même nombre de séances, ce qui est peu significatif (<math>p=0.89</math>).</p>
<b>Discussion</b>	<p>Le nombre de jours de consommation (ibid, 2012) n'a pas vraiment diminué, mais une tendance à une diminution de la quantité a pu être démontrée. Les participants du groupe d'intervention se sont dits plus satisfaits de leur prise en charge. Les résultats sont comparables à d'autres études, mais cette étude a duré plus longtemps. Plusieurs explications peuvent être possibles. En premier lieu, le patient peut consommer pour diminuer les symptômes</p>

	<p>négatifs. De plus, la dépendance physique a pu être trop forte et aucune aide pharmacologique n'a été proposée. Les déficits cognitifs liés à la psychose peuvent compliquer l'application des TCC et de l'entretien motivationnel bien que ces approches aient été ciblées sur la consommation. Une tendance à la diminution de joints consommés a été observée en post-traitement dans le groupe d'intervention chez les patients non-abstinents au départ, ce qui prouve que la méthode peut aider les patients.</p> <p>Plusieurs limites à l'étude (ibid, 2012) existent: les patients choisis ont exprimé leur motivation au changement. Les auteurs ne sont pas certains que les résultats peuvent être généralisables chez les patients en phase de précontemplation selon le modèle de la roue du changement de Prochaska et DiClemente.</p>
<b>Commentaires des auteurs de la revue de littérature</b>	<p>L'étude permet d'envisager l'intégration de l'entretien motivationnel et des TCC de façon plus spécifique que les autres études en ciblant sur le trouble addictif. Le suivi peut être réalisé par une équipe infirmière en ambulatoire. L'étude permet donc d'envisager une diminution de la consommation plutôt que l'abstinence totale.</p>

#### Recherche 14: Craig & al. (2008)

<b>Bibliographie</b>	Craig T., Johnson S., McCrone P., Afuwape S., Hughes E., Gournay K., White I., Wanigaratne S., Leese M., Thornicrof G., (2008) <i>Integrated care for co-occurring disorders: psychiatric symptoms, social functioning, and service costs at 18 months</i> , Psychiatric service, 59, 276-282
<b>Pays</b>	Grande-Bretagne
<b>Question de recherche</b> <b>But de la recherche</b>	Cette étude (ibid, 2008) a testé l'hypothèse que, par rapport aux patients du groupe de contrôle, les patients qui ont reçu l'intervention démontreraient une amélioration de leurs symptômes psychiatriques, du fonctionnement social, de la qualité de vie et de la satisfaction des soins reçus. La deuxième hypothèse est que les coûts de leur prise en charge diminueraient
<b>Population/échantillon</b>	Le nombre de patients (ibid, 2008) recrutés était de 235, et ils ont été associés à 79 questionnaires de cas. Les patients souffraient d'un double diagnostic de psychose et de consommation de drogues. Les questionnaires de cas étaient majoritairement des infirmières travaillant dans des centres de santé mentale de la banlieue de Londres.
<b>Devis de recherche</b>	Essai randomisé contrôlé, devis quantitatif
<b>Méthodologie</b>	<i>Design de l'étude:</i>  L'étude (ibid, 2008) a été menée dans les services de santé mentale de la banlieue de Londres. La plupart des

gestionnaires de cas y travaillant sont des infirmières, mais le groupe comprend aussi des travailleurs sociaux et des ergothérapeutes. Les gestionnaires de cas fournissent des conseils, surveillent l'état psychique des patients, contrôlent la prise des médicaments, gèrent et coordonnent diverses interventions comme l'aide pour les activités de la vie quotidienne, le logement et les finances. Toutes les équipes comprennent également des psychiatres et des psychologues cliniciens. Bien que de nombreux gestionnaires de cas ont reçu une formation sur les troubles de toxicomanie dans le cadre de leur formation professionnelle initiale, il n'y avait pas de spécialistes de la toxicomanie dans les équipes.

L'approbation de l'étude (ibid, 2008) a été obtenue à partir des comités d'éthique de la recherche. Le processus de recrutement s'est déroulé comme suit: les dossiers cliniques de tous les patients ont été examinés. Les critères d'inclusion sont les suivants: le patient doit souffrir de schizophrénie, d'un trouble schizoaffectif ou d'un autre trouble psychotique non affectif selon le CIM-10. Les patients souffrant de troubles bipolaires avec des symptômes psychotiques étaient également inclus. Ces patients ont ensuite été examinés pour la consommation de drogues en utilisant l'échelle d'évaluation clinique de l'alcool et des drogues (« clinician alcohol and drug use scale ») (ibid, 2008). Les patients devaient au moins être dépendant à une substance pour être inclus dans l'étude. Les gestionnaires de cas de chaque équipe ont été répartis de façon aléatoire dans le groupe expérimental ou de contrôle, les patients souffrant de troubles concomitants ont été automatiquement affectés au groupe de leur gestionnaire de cas.

*Mesures:*

Le personnel de recherche (ibid, 2008) qui ne participait pas à l'étude a recueilli des données à partir des dossiers des

	<p>hôpitaux, des entrevues avec des patients et des entrevues avec des gestionnaires de cas.</p> <p>Les symptômes de la maladie mentale ont été mesurés en utilisant la version étendue de l'échelle d'évaluation psychiatrique (BPRS).</p> <p>La consommation d'alcool et de drogues ainsi que les problèmes associés au cours du mois passé (ibid, 2008) ont été évalués grâce à l'utilisation du profil d'addiction selon Maudsley (« Maudsley Addiction profile »), grâce au test d'identification du trouble lié à l'usage d'alcool (« Alcohol Use Disorders Identification Test ») et grâce à l'évaluation de mode de vie selon Dartmouth (« the Dartmouth Assessment of Lifestyle Instrument »). La qualité de vie a été évaluée par l'évaluation succincte de la qualité de vie selon Manchester (« Manchester Short Assessment of Quality of Life »). La satisfaction des soins prodigués a été mesurée par le questionnaire de satisfaction du client (« Client Satisfaction Questionnaire ») et par le questionnaire de perception du traitement (« Treatment Perceptions Questionnaire »). Le fonctionnement social a été mesuré avec le profil des compétences de vie (« Life Skills Profile »). Le besoin de soins a été évalué grâce à l'utilisation de l'échelle d'évaluation des besoins sur une courte période selon Camberwell (« the Camberwell Assessment of Need Short Assessment Schedule »).</p> <p>Ces mesures ont été répétées tout au long des 18 mois de suivi.</p> <p>L'inventaire de l'utilisation des services par les patients (« Client Service Receipt Inventory ») (ibid, 2008) a été utilisé pour recueillir des données sur l'utilisation des services pour les six mois précédant l'inclusion et pendant la période des 18 mois de suivi. Le coût des services, y compris les coûts liés aux soins de santé, l'implication de la justice pénale et l'incarcération, ont été calculés en combinant les données d'utilisation des services de</p>
--	---



	renseignements du coût unitaire. Le total des coûts a été calculé en multipliant les coûts de six mois par trois et en ajoutant cette somme aux frais d'hospitalisation.
<b>Interventions</b>	<p>1. L'intervention expérimentale (ibid, 2008):</p> <p>L'intervention expérimentale comprend la formation et la supervision des gestionnaires de cas dans l'évaluation et la gestion des troubles concomitants. La formation a été élaborée à partir d'un cours bien établi fondé à l'Institut de Psychiatrie basée sur un modèle en quatre étapes: l'engagement dans le traitement, la construction de la motivation, le traitement actif et la prévention des rechutes. Cette thérapie s'appuie sur des éléments de l'entretien motivationnel et sur des stratégies cognitivo comportementales. La formation des gestionnaires de cas abordait également la sensibilisation aux problématiques des drogues et de l'alcool (les symptômes, les signes, les habitudes de consommation, les effets, et ainsi de suite), l'évaluation globale du patient, les stratégies de motivation, la gestion de la résistance, la résolution de problèmes, les options de traitement actif et la prévention des rechutes. En utilisant un jeu de rôle, les gestionnaires de cas ont travaillé sur une série de principes et de techniques d'entretien motivationnel, y compris l'équilibre décisionnel, la volonté de changer, les objectifs et les obstacles au changement. Ils ont été encouragés à évaluer le niveau de motivation de leurs clients et à adapter leurs réponses thérapeutiques en conséquence. Ces techniques ont été modifiées pour être utilisées avec des personnes atteintes de maladies mentales graves. Elles mettent l'accent sur une introduction simple et claire à chaque séance de thérapie sous la forme d'un ordre du jour, ainsi que sur l'importance de la répétition et de la paraphrase, sur l'utilisation de documents écrits, sur la nécessité de faire des rappels sur ce qui a été discuté et sur l'importance de garder le rythme de traitement</p>

	<p>approprié aux besoins de la personne.</p> <p>La formation a été donnée un jour par semaine pendant cinq semaines. Un manuel d'utilisation pour la thérapie a été fourni. Il contient des descriptions détaillées des interventions et des lectures complémentaires sur chaque sujet. Les gestionnaires de cas ont reçu une heure de supervision avec le formateur chaque semaine pendant les 18 mois de l'étude. La supervision a été axée sur les patients de chaque gestionnaire de cas présentant des troubles concomitants. Les supervisions fournissent aux chercheurs un contrôle sur la mise en œuvre de l'intervention.</p> <p>2. L'intervention du groupe de contrôle (ibid, 2008):</p> <p>Le groupe d'intervention a été comparé à un groupe qui a reçu des soins standard, sans soutien ou supervision spécifique. Bien que les gestionnaires de cas dans le groupe de contrôle de l'étude n'aient pas reçu une formation spécialisée, ils étaient tous des professionnels expérimentés. Des précautions ont été prises pour minimiser la contamination d'informations entre les gestionnaires de cas du groupe expérimental et le personnel du groupe de contrôle en leur demandant de ne pas partager les détails de la formation et en évitant le transfert des patients entre les gestionnaires de cas ne faisant pas partie du même groupe.</p>
<b>Résultats</b>	<p>Un total de 79 gestionnaires de cas (ibid, 2008) a participé à l'étude. Quarante gestionnaires de cas ont été assignés aléatoirement au groupe expérimental et 39 ont été affectés au groupe de contrôle. Les gestionnaires de cas dans cette étude étaient typiques de ceux qu'on trouve sur la plupart des équipes de santé mentale de la communauté anglophone. Ils sont issus principalement d'une formation en soins infirmiers (50 sur 79, soit 63 %). Un tiers des gestionnaires de cas étaient titulaires d'un diplôme de niveau universitaire. La moitié étaient des femmes (39</p>

gestionnaires de cas, soit 49 %), et 47 (59 %) avait déjà 5 ans d'expérience ou plus. Tous avaient une expérience de travail avec des patients souffrant d'une maladie mentale grave, et un tiers avait déjà reçu une formation dans la gestion des troubles addictifs.

Seulement 72 des 127 patients dans le groupe d'intervention (57 %) et 72 des 105 patients dans le groupe de contrôle (68 %) (ibid, 2008) ont pu être suivis par le même professionnel durant toute l'étude. Les nouveaux gestionnaires de cas qui ont remplacé les partants ont reçu la même formation.

Après une première sélection, 232 patients ont été inclus dans l'étude, 127 étaient suivis par des gestionnaires de cas du groupe expérimental et 105 patients étaient suivis par les gestionnaires de cas du groupe témoin.

Aux 18 mois de suivi (ibid, 2008), deux patients du groupe expérimental et un du groupe de contrôle étaient morts. Parmi les autres patients, 84 dans le groupe expérimental et 75 dans le groupe témoin étaient encore en contact régulier avec l'équipe d'origine, 12 patients dans le groupe expérimental et 10 dans le groupe de contrôle avaient été transférés à une autre équipe, et 18 dans le groupe expérimental et 15 dans le groupe de contrôle ont quitté l'étude. Les auteurs n'ont pas réussi à retrouver la trace de 16 patients (neuf dans le groupe expérimental et sept dans le groupe témoin). Les gestionnaires de cas ont transmis les notes de suivi de l'étude pour 113 patients du groupe expérimental (98 %) et 98 patients dans le groupe témoin (93 %). Les évaluations basées sur des entrevues, qui constituaient la majorité des données de cette étude, étaient disponibles pour 77 patients du groupe expérimental (62 %) et pour 77 patients dans le groupe témoin (74 %). La plupart des patients étaient des hommes (110, soit 87 %, dans le groupe expérimental et 85, ou 81 %, dans le groupe de contrôle), célibataires (109, soit 86 %, dans le groupe

expérimental et 87, soit 83 %, dans le groupe de contrôle) et au chômage (119, soit 94 %, dans le groupe expérimental et 97, ou 93 %, dans le groupe de contrôle). La majorité des patients du groupe d'intervention étaient de race blanche (Royaume-Uni ou l'Irlande), 55 patients (43 %) étaient noirs (Afrique, des Caraïbes ou de la Colombie), 57 patients (45 %) asiatiques (Inde, Pakistan, ou chinois) et d'autres origines. Pour les patients du groupe de contrôle, les majorités étaient blanches (61 %), noires (32 %), d'Asie (4 %) et 3 patients avaient d'autres origines (3 %). La majorité souffre d'une schizophrénie, d'un trouble schizoaffectif ou d'un trouble délirant (113, soit 89 %, dans le groupe expérimental et 95, ou 90 %, dans le groupe de contrôle). La plupart ont également eu une longue histoire de suivi avec les services de santé mentale; plus de 70 % de tous les patients avaient déjà été suivis pendant plus de cinq ans. Parmi ces 232 patients souffrant de troubles concomitants, les substances les plus couramment utilisées étaient l'alcool et le cannabis (77 patients consommaient uniquement de l'alcool, soit 33 %, du cannabis seulement, 52 patients, soit 22 %, les deux à la fois, 29 patients, soit 13 %, des stimulants, 55 patients, soit 24 %, toutes les autres drogues, 19 patients, soit 8 %).

*Les événements indésirables:*

Des comportements menaçants et violents graves (définis comme une menace avec une arme ou des menaces verbales de mort) (ibid, 2008) ont été signalés pour un quart des patients. Les actes de violence étaient suffisamment graves pour que les victimes nécessitent des soins en milieu hospitalier pour un patient dans le groupe de contrôle et deux patients dans le groupe expérimental.

Durant l'étude (ibid, 2008), quatre patients dans le groupe de contrôle et trois dans le groupe expérimental ont

indiqué qu'ils avaient eu des comportements auto dommageables depuis l'inclusion. Deux participants du groupe de contrôle ont fait une tentative de suicide suffisamment grave pour qu'ils nécessitent une admission dans un hôpital de soins généraux.

23 patients (22 %) du groupe d'intervention et 14 patients (14 %) du groupe de contrôle ont eu au moins un épisode d'itinérance qui a duré un mois ou plus.

*Les résultats cliniques, la satisfaction des soins et les coûts de l'utilisation des services de santé:*

La consommation d'alcool (ibid, 2008) a chuté d'une moyenne de 4,8 unités par jour au départ à 3,5 unités par jour lors du suivi dans le groupe expérimental et de 7,2 à 4,4 unités par jour dans le groupe de contrôle. Toutefois, les réductions de la consommation d'alcool n'étaient pas statistiquement significatives. Les différences entre les deux groupes dans la consommation de cannabis ne l'étaient pas non plus. Les coûts mensuels pour la consommation de drogues autres que le cannabis sont passés de 144 £ à 33 £ dans le groupe expérimental et de 110 £ à 124 £ dans le groupe de contrôle, mais ces différences ne sont pas statistiquement significatives.

Bien que la réduction de la consommation de drogues n'était pas significative au cours du suivi (ibid, 2008), les patients du groupe expérimental ont démontré des scores plus faibles que les patients du groupe de contrôle selon l'échelle d'évaluation psychiatrique (BPRS). Une différence significative a été observée pour les symptômes psychotiques et pour les symptômes d'anxiété et de dépression (évaluation des symptômes psychotiques lors du suivi: 7.0 pour le groupe expérimental contre 9.0 pour le groupe de contrôle/ $p < 0,001$ ). De manière générale, le groupe expérimental a continué à avoir des scores concernant les symptômes nettement inférieurs à ceux du groupe

de contrôle.

Bien que les patients du groupe d'intervention aient rapporté moins de besoins non satisfaits en matière de soins au moment du suivi (de 8,2 à l'inclusion à 6,8 lors du suivi pour le groupe expérimental contre 7,8 à 7,5 pour le groupe de contrôle/ $p=0,4$ ) (ibid, 2008), aucune différence entre les groupes n'a pu être mise en valeur en termes de l'évaluation du fonctionnement social (score de 112,4 à l'inclusion puis 121 pour le groupe expérimental et 113,5 à 120,5 pour le groupe de contrôle/ $p=0,49$ ). Dans les deux groupes, la plupart des patients ont rapporté une satisfaction modérée des soins prodigués. Concernant le CSQ (« client satisfaction questionnaire »), les scores pour le groupe expérimental sont les suivants: 23,5 à l'inclusion à 23,5 lors du suivi. Pour le groupe de contrôle concernant les scores du CSQ: 22,8 à 23,4 / $p= 0.39$ . Concernant le TPQ (« treatment perception questionnaire »), le groupe expérimental est passé de 20,1 à 21,5 lors du suivi, le groupe de contrôle quant à lui est passé de 20,1 à 21,1 lors du suivi/ $p=0,62$ .

Environ quatre cinquièmes des patients (ibid, 2008) ont eu des contacts avec les professionnels en santé mentale et ont utilisé des médicaments pour leurs symptômes. Plus de la moitié, des patients avaient consulté un psychiatre au cours des six mois précédents, environ un tiers avait vu un travailleur social et un tiers était en contact avec un médecin généraliste. Une proportion relativement importante de patients dans les deux groupes a été en contact avec la police (38 pour le groupe de contrôle et 44 pour le groupe expérimental). 40 % des patients ont utilisé les services psychiatriques hospitaliers durant l'étude. Les coûts des soins prodigués aux patients durant les 18 mois de l'étude ne diffèrent pas significativement entre les deux groupes. Les coûts par personne étaient 1.033 £ plus élevée pour le

	groupe expérimental.
<b>Discussion</b>	<p>Cette étude (ibid, 2008) a examiné l'efficacité d'une intervention visant à fournir une intervention intégrée pour les personnes ayant une maladie mentale grave et souffrant également d'un trouble de l'utilisation de substances. Elle a testé une intervention qui avait le potentiel d'être généralisée. Bien que l'étude n'ait pas conclu que l'intervention a eu un impact significatif sur la consommation de drogues après les 18 mois de suivi, un effet modeste a été trouvé sur le trouble psychiatrique concomitant. Les scores obtenus grâce à l'échelle d'évaluation psychiatrique lors du suivi démontrent une amélioration plus importante dans le groupe d'intervention que dans le groupe de contrôle. Cette différence avait déjà été observée dans des études précédentes.</p> <p>Bien que cette étude (ibid, 2008) ait l'avantage de tester une intervention qui pourrait être facilement appliquée dans les établissements de soins en santé mentale habituels, un certain nombre de limites doivent être citées. Premièrement, beaucoup de patients ont abandonné l'étude, alors qu'aucune différence d'ordre démographique n'a été relevée entre les patients ayant terminé la recherche et les autres. Du côté des gestionnaires de cas, certaines difficultés à maintenir les formations ont été rencontrées. Moins de la moitié des gestionnaires de cas dans le groupe d'intervention ont assisté à toutes les sessions de formation et de supervision. À la fin de l'étude, un tiers des patients n'étaient plus suivis par le même gestionnaire de cas avec lequel ils avaient commencé l'étude. Enfin, les auteurs ne peuvent pas être certains qu'il n'y avait pas une certaine contamination entre les groupes d'intervention et de contrôle parce que les participants du groupe de contrôle ont travaillé aux côtés de ceux qui avaient reçu une formation.</p> <p>Le taux élevé de rotation du personnel qualifié dans les services de santé mentale du centre-ville est bien reconnu</p>

	<p>(ibid, 2008), tout comme les pressions amenées par le travail qui interrompent souvent la formation et la supervision. De ce fait, il semble très probable que l'intervention n'était tout simplement pas une forme efficace de traitement de la toxicomanie ou que sa durée était insuffisante pour parvenir à des changements dans la consommation de drogues. Mais, par rapport aux soins standards, l'intervention semble avoir produit une amélioration des symptômes et du niveau des besoins non satisfaits, sans frais supplémentaires.</p> <p>Les problèmes que les auteurs (ibid, 2008) ont rencontrés dans la prestation et le maintien d'une intervention de haute qualité dans les soins de routine ne sont pas uniques au traitement intégré des troubles concomitants. Une stratégie alternative pourrait donc être la création dans chaque équipe de soins d'un poste dédié à l'application d'une thérapie psychologique et à la supervision des membres de l'équipe. C'est une étape à franchir pour les prochaines recherches, car elles pourraient tester l'efficacité d'une alliance plus puissante de l'entretien motivationnel et de la thérapie cognitivo comportementale.</p> <p>Par rapport aux soins standards (ibid, 2008), le traitement intégré des troubles concomitants a conduit à des améliorations significatives des symptômes et des niveaux de couverture des besoins psychiatriques, mais pas dans l'usage de substances ou de la qualité de vie.</p>
<b>Commentaires des auteurs de la revue de littérature</b>	<p>La thérapie cognitivo comportementale et l'entretien motivationnel peuvent être conduits par des infirmières diplômées en soins généraux n'ayant pas un grand nombre d'années d'expérience si on leur offre la possibilité de se former. Elles démontrent aussi que les soins infirmiers de routine en psychiatrie pour les personnes souffrant de doubles diagnostics sont déjà satisfaisants dans plusieurs domaines (fonctionnement social et abus de substance).</p>



	Cette recherche démontre l'ouverture des professionnels de la santé quant aux formations qu'on leur propose, bien que parfois la dure réalité de la pratique vienne compliquer ces formations complémentaires.
--	--

## GLOSSAIRE DES ECHELLES

### A

ANOVA.....	The analysis of variance = Échelle permettant de calculer la probabilité que deux groupes aient des différences. (Festing, 2012)
ASI.....	Addiction Severity Index =Index de sévérité de l'addiction. C'est une entrevue semi-structurée destinée aux patients toxicomanes. L'état de santé, l'emploi, le soutien, la consommation de drogues et d'alcool, le statut juridique, familial et social ainsi que les antécédents psychiatriques sont évalués sur un entretien d'une heure. (Nation Institutes of Health, 2003)
AUDIT.....	Alcohol use disorders Identification Test = Test d'identification du trouble de consommation d'alcool. Cette échelle est utilisée afin d'identifier les personnes ayant une consommation d'alcool pouvant être nuisible à leur santé. L'évaluation est réalisée par un questionnaire comportant 10 items. (James & al., 2004)
AUS .....	Alcohol Use Scale =Échelle permettant d'évaluer la consommation d'alcool. (Townsend, 2010)

## **B**

BPRS .....	Brief psychiatric Rating Scale = c'est une échelle comportant 18 items qui permet d'évaluer l'anxiété, la désorganisation, les comportements hallucinatoires, etc. (InfotechSoft, 2013)
------------	--

## **C**

CMRF.....	Case Manager Rating Form. Les trois paramètres évalués avec cette échelle sont la sévérité des symptômes psychiatriques, la consommation de substance et le niveau de non-observance du traitement. (Bradley & al., 2007)
CMRS.....	Case Manager Rating Scale. L'évaluation a été remplie par les gestionnaires de cas pour chaque substance consommée et évaluant particulièrement les conséquences physiques et psychosociales négatives de cette consommation. (Bradley & al., 2007)

## **D**

DAI.....	Drug attitude inventory = Questionnaire qui permet de comprendre ce que les patients pensent de la médication, de leur trouble et les expériences vécues avec ces médicaments. (United Kingdom psychiatric pharmacy group, 2006)
----------	---

DASS..... Depression Anxiety Stress Scales = Auto-évaluation comportant 42 items qui permet d'évaluer l'état émotionnel négatif de la dépression, l'anxiété et le stress.  
(Psychology Foundation of Australia, 2013)

DAST..... Drug Abuse screening Test = Test basé sur 20 items permet d'identifier les personnes consommant des drogues psychoactives et de quantifier la sévérité de leur consommation.  
(James & al., 2004)

DUS..... Drug use scale = Echelle permettant d'évaluer la consommation de drogues au cours des 6 derniers mois.  
(Townsend, 2010)

## ***E***

ECI..... Experience of caregiving inventory = Mesure de l'évaluation positive et négative des soins qu'apporte un proche à un patient souffrant de troubles psychiques.  
(Smeerdijk & al., 2012)

## ***F***

FQ..... Family questionnaire = Mesure trois dimensions de la perception parentales: la fréquences des symptômes, le lien avec les symptômes et l'habilité pour faire face aux symptômes.  
(Smeerdijk & al, 2012)

## ***G***

GAF .....	Global assessment of functioning = Echelle servant à évaluer le fonctionnement psychologique, social et professionnel des patients. (DSM-IV-TR, 2004)
GHQ-28 .....	General Health Questionnaire 28 = Autoquestionnaire évaluant la détresse psychologique et psychopathologique pour une évaluation de la santé mentale du patient. (Smeerdjik & al., 2012)
GSI.....	Global severity Index = Index permettant d'évaluer la détresse psychologique. (Derogatis, 2012)

## ***L***

LSP .....	Life Skills Profile = Questionnaire permettant de mesurer le fonctionnement d'une personne souffrant d'un trouble psychotique. (Roser, Hadzi-Pavlovic, Parker, & Trauer, 2006)
-----------	---

## ***MP***

MAP.....	Maudsley Addictions Profile = Instrument pour évaluer la consommation de drogue, la santé psychique et physique, les risques pour la santé et le fonctionnement social. (European Monitoring Centre for drugs and Drug Addictions (2004))
----------	--

Medical Outcomes Study Short Form ...	Échelle permettant de mesurer la santé et les perceptions qu'a le patient sur 36 items. (Yoshioka, 1992)
---------------------------------------	---

***O***

OCDUS.....	Obsessive Compulsive Drug Use scale = Echelle permettant de mesurer trois facteurs de la consommation de cannabis sur trois thématiques: les pensées concernant le cannabis et les interférences que ces pensées ont, le désir de consommation ainsi que le contrôle sur ce désir et la capacité de résistance à l'envie de consommation. (Smeerdijk & al., 2012)
------------	--

***P***

PANSS.....	Positive and Negative Syndrome Scale = Echelle permettant de mesurer les symptômes psychotiques. (The PANSS Institute, 2013)
------------	---

***S***

SATS .....	Substance abuse treatment scale = Echelle évaluant les étapes du traitement d'abus de substances. Elle ne permet pas de poser un diagnostic et l'évaluation se porte sur les 6 derniers mois. (Townsend, 2010)
------------	---

SDS.....	Severity of dependence scale = Echelle sur 5 items autoévaluatoire permettant de
----------	--

mesurer le degré de la dépendance psychologique aux drogues.

(James & al., 2004)

SES ..... Self Efficacy Scale = Echelle sur 10 items permettant d'évaluer les compétences d'un individu face à une difficulté dans la vie. (Schwarzer, 2012)

SOFAS..... Social and Occupational Functioning Assessment Scale = Echelle permettant d'évaluer de 0 à 100 le fonctionnement social du patient. (SpringerReference, 2013)

## ***T***

Timeline Followback..... Echelle permettant d'évaluer la consommation quotidienne de drogues en utilisant un calendrier afin de la quantifier sur une longue période (environ 12 mois). Elle permet de favoriser la motivation au changement. (Nation Institutes of Health, 2003)

TPQ..... Treatment Perceptions Questionnaire = Questionnaire permettant d'évaluer la satisfaction d'un patient par rapport aux services reçus. (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction 2007)

## ***W***

WHOQOL ..... World Health Organization Qualité of Live = Echelle permettant d'évaluer chez les patients leurs perceptions individuelles

de leurs valeurs, leurs cultures et leurs buts.

(Organisation mondiale de la santé, 2013)