

***Comment le processus de la relation
interpersonnelle dans un contexte domiciliaire
permet-il une intégration communautaire chez les
adultes souffrant de psychose ?***

Travail de Bachelor

CALANCHI Maria Mercedes n° 12658480

LEOPOLDO AGUADO Lorena n° 12655510

LOPEZ ALARCON Arantxa n° 12655486

Directeur-trice : DIBY Marc, infirmier spécialisé adjoint scientifique HES
Membre du jury externe : SANTOLI Isabelle, infirmière spécialisée Hôpitaux Universitaire de Genève

Genève, le vendredi 17 juillet 2015

Déclaration

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

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

Fait à Genève, le 17 juillet 2015

CALANCHI Maria Mercedes, LEOPOLDO AGUADO Lorena, LOPEZ ALARCON Arantxa

Remerciements

Il est important pour nous de remercier les personnes qui nous ont aidées dans l'avancée de ce travail. Grâce à leur soutien nous avons élaboré un travail de Bachelor de qualité.

Nous souhaitons ainsi remercier tout particulièrement :

Notre directeur de travail de Bachelor, Monsieur Marc DIBY, infirmier spécialisé et adjoint scientifique à la Haute Ecole de Santé de Genève, qui s'est montré disponible et à l'écoute. Il a su nous aiguiller en nous donnant des pistes afin d'affiner nos réflexions tout en respectant nos choix.

Notre jurée, Madame Isabelle SANTOLI, infirmière en psychiatrie, pour l'intérêt porté à notre travail ainsi que pour le partage de son expertise clinique.

Laura LOPEZ ALARCON et Valentine GARRONE, que nous remercions pour le temps accordé à la relecture et à la correction de notre écrit.

Finalement, nous tenons à remercier chaleureusement nos familles et amis qui ont été d'un grand soutien dans les moments de découragement comme dans les moments de joie.

Résumé

Dans un contexte domiciliaire l'infirmière est de plus en plus confrontée à des clients souffrant de troubles psychiatriques. La relation qu'elle établit avec le patient est au cœur de son intégration communautaire. Le but de ce travail est de définir comment le processus de la relation interpersonnelle dans un contexte domiciliaire permet-il une intégration communautaire chez les adultes souffrant de psychose ?

Une revue de la littérature a été conduite sur les bases de données CINAHL, MEDLINE/PubMed et PsycINFO en utilisant diverses combinaisons de termes MeSH.

La relation infirmière-client, à la suite des travaux de Peplau confirme son rôle d'outil thérapeutique. L'évolution du progrès de la relation peut être évaluée par l'échelle « Relationships form » proposée par Forchuk. Quant à la nature de la relation infirmière-client, elle peut être évaluée par la « Working Alliance Inventory » élaborée par Horvath et Greenberg.

Lors de la transition de l'hôpital à la communauté, une période de chevauchement permet à l'infirmière domiciliaire de débiter la relation avec le client alors qu'il est encore hospitalisé. Cette approche permet une meilleure évolution et une prise de confiance dans la relation interpersonnelle.

Les évaluations de l'évolution et de la nature de la relation établie avec le client permettent de mieux organiser le dispositif de soins à domicile où de multiples professionnels interviennent. Par conséquent, elles sont utiles pour l'élaboration des rôles propres de chaque intervenant.

Mots-clés :

Schizophrénie, relation interpersonnelles, services de soins à domicile, adaptation sociale

Schizophrenia, interpersonal relations, home care service, social adjustment

Liste des abréviations

ADL	Activities of Daily Living
AVASAD	Association Vaudoise d'Aide et de Soins A Domicile
AVQ/AIVQ	Activités de la Vie Quotidienne/Activités Instrumentales de la Vie Quotidienne
CAPPA/CAPPI	Centre Ambulatoire de Psychiatrie et de Psychothérapie de l'Agé/Centre Ambulatoire de Psychiatrie et Psychothérapie Intégrés
CDS	Conférence suisse des Directrices et Directeurs cantonaux de la Santé
COAV	Centre d'Observation et d'Analyse du Vieillissement
DSM-IV-TR	Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux
HEdS	Haute Ecole de Santé - Genève
HON	Health On the Net foundation
OBSAN	Observatoire de la Santé
OFAS	Office Fédéral des Assurances Sociales
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
RAI-HC	Resident Assessment Instrument-Home Care
RAI-MH	Resident Assessment Instrument-Mental Health
WAI	Working Alliance Inventory

Liste des tableaux

Tableau 1 : Source d'information et stratégie de recherche documentaire	7
Tableau 2 : Synthèse de la méthode de recherche	8
Tableau 3 : Analyse critique des articles retenus	10
Tableau 4 : Comparatif des études retenues pour l'analyse critique	15

Liste des figures

Figure 1 : Diagramme de flux.....	9
-----------------------------------	---

Table des matières

1.	Introduction	1
1.1.	Problématique	1
1.1.1.	Santé mentale : évolution en Suisse	1
1.1.2.	Troubles psychotiques : la schizophrénie	2
1.1.3.	Le soin, vecteur d'intégration communautaire	2
1.1.4.	Les soins à domicile, une spécialisation pour la santé mentale	3
1.2.	Cadre théorique	4
1.2.1.	Ancrage disciplinaire	5
1.2.2.	Métaconcepts	5
1.3.	Question de recherche	6
2.	Méthode	7
2.1.	Source d'information et stratégie de recherche documentaire	7
2.2.	Diagramme de flux	9
3.	Résultats	10
3.1.	Analyse critique des articles retenus	10
3.1.1.	La relation	11
3.1.2.	Intégration communautaire	13
3.2.	Tableau comparatif	14
4.	Discussion	24
4.1.	Les outils de développement de la relation en santé mentale	24
4.2.	La transition de l'hôpital à la communauté	25
4.3.	L'intégration communautaire	25
4.4.	Le développement de la relation à partir des travaux de Peplau	28
5.	Conclusion	29
5.1.	Apports et limites du travail	30
5.2.	Recommandations	30
6.	Références	31
7.	Annexes	35
7.1.	Invalides bénéficiaires de rente par sexe et genre d'infirmité en Suisse (2013-14)	35
7.2.	Continuum démontrant les changements dans les relations infirmières – patients	36
7.3.	Echelle de la Relationships Form	37
7.4.	Echelle du Working Alliance Inventory - Version courte	38
7.5.	Grilles d'analyse d'article scientifique	40

1. INTRODUCTION

La santé mentale est une composante essentielle de la santé, c'est pourquoi il est important d'intervenir auprès de la population souffrant de troubles psychiatriques. La psychiatrie connaît un virage ambulatoire depuis environ 50 ans. A ce jour l'objectif primaire est de sortir les patients des structures hospitalières afin de leur permettre de se sociabiliser.

La *santé mentale* englobe le bien-être personnel, la satisfaction, la confiance en soi, la capacité à nouer des relations, à gérer le quotidien et à travailler. Elle n'est pas un état, mais un processus dynamique qui exige de l'individu une adaptation permanente. Inversement, les troubles psychiques sont une entrave à la vie quotidienne et ont des répercussions au niveau émotionnel, cognitif, interpersonnel, psychique et comportemental (OBSAN, 2012).

Maintenir les patients dans la société est le défi actuel des services de santé mentale. Ce maintien est possible si le patient interagit dans son environnement et établit des relations interpersonnelles.

1.1. Problématique

1.1.1. *Santé mentale : évolution en Suisse*

L'isolement en asile a été un traitement grandement utilisé à la fin du 19ème siècle pour guérir la folie. Cette méthode a été remise en question au cours du 20ème siècle. La conception des réseaux de santé, le développement des disciplines psychiatriques et psychologiques durant l'après-guerre, la découverte des neuroleptiques au début des années 1950 ont mené à une révolution psychiatrique : la désinstitutionalisation (Désinstitutionalisation psychiatrique en Acadie, en Ontario Francophone et au Québec, 1930-2013).

En Suisse, le nombre d'hospitalisations concernant les troubles mentaux a augmenté de près de 5% depuis 2002 (OBSAN, 2012). La durée moyenne des séjours hospitaliers relatifs aux troubles psychiatriques est en diminution ; de 40 jours en 2000 contre 28 jours en 2011 (OBSAN, 2012). Quant au nombre de personnes traitées en ambulatoire, il a augmenté de 9% entre 2006 et 2010¹. «On constate que les maladies psychiques constituent le motif le plus fréquent pour l'assurance invalidité², 43% des cas en 2010» (OBSAN, 2012). La proportion de nouveaux bénéficiaires augmente depuis dix ans (annexe 7.1) (OFAS, 2013). Chez les nouveaux bénéficiaires d'une rente – dominant les personnes âgées de 18 à 44 ans, 55.6% souffrent de troubles psychogènes contre 15.0% de psychoses et 11.7% de schizophrénie³.

¹ Chiffre tiré de « La santé psychique en Suisse », OBSAN, 2012

² En Suisse, l'assurance-invalidité est une assurance obligatoire pour tous. En octroyant des mesures de réadaptation, elle permet aux assurés invalides de disposer par eux-mêmes du minimum dont ils ont besoin pour vivre ou d'une partie au moins de celui-ci. Le même but peut être atteint par l'octroi d'une rente (partielle) lorsqu'une (ré) insertion n'est pas envisageable ou seulement en partie.
<http://www.bsv.admin.ch/themen/iv/00021/index.html?lang=fr>

³ Office Fédérale des Assurances Sociales (OFAS), 2013
(Echantillon : Hommes/Femmes de 18 à 64 ans 2000 : n = 198'968 ; 2005 : n = 251'828 ; 2010 : n = 240'905)

1.1.2. Troubles psychotiques : la schizophrénie

La schizophrénie affecte plus de 21 millions de personnes dans le monde, mais n'est pas le plus commun des troubles mentaux. Le Plan d'action en santé mentale de l'OMS 2013-2020⁴, approuvé par l'Assemblée mondiale de la Santé en 2013, met en évidence les étapes nécessaires pour fournir des services appropriés aux personnes souffrant de troubles mentaux, dont la schizophrénie. Une recommandation clé du Plan d'action est de faire passer les services des institutions dans la communauté (OMS, 2014, traduction libre)⁵.

« D'après une étude réalisée récemment dans 14 pays sur les incapacités associées aux affections physiques et mentales, la psychose évolutive a été placée au troisième rang des maladies invalidantes par la population générale, avant la paralysie et la cécité (Üstün et al., 1999) » (OMS, 2001).

Il est prouvé que l'évolution et l'issue de la schizophrénie sont devenues moins sévères au cours des dernières années qu'au début du siècle, mais cette pathologie continue d'être considérée comme l'une des maladies mentales les plus répandues et dévastatrices (McGlashen et Fenton, 1993, traduction libre).

En Suisse, 70 000 malades souffrent de schizophrénie (1% de la population)⁶ en 2012 et chaque année, environ 1'500 nouveaux cas sont déclarés⁷. La schizophrénie est le diagnostic le plus fréquent des consommateurs recevant des soins des infirmières de la santé mentale communautaire (Happell B, Hoey W, J Gaskin C, 2012, traduction libre).

1.1.3. Le soin, vecteur d'intégration communautaire

Le défi actuel en santé mentale est celui d'accompagner les patients vers une stabilisation de l'état psychique afin de leur permettre de rester à domicile.

Si les soins ne sont pas suffisants, les risques d'évolution clinique grave, de chronicité, de comorbidité, d'isolement social et de suicidalité augmentent [...]

Chez les personnes souffrant de troubles psychiques importants, la proportion de personnes au chômage ou de personnes non actives est nettement plus importante que chez les personnes souffrant de troubles psychiques moyens ou faibles (OBSAN, 2012).

Le soin vise la réinsertion sociale et est alors effectué à domicile.

La réinsertion sociale de ces personnes - psychotiques - est un processus extrêmement complexe qui n'implique pas leur seule motivation. Actuellement, nous cherchons à élargir l'éventail de nos actions en élaborant des plans d'intervention plus individualisés (ils sont déjà personnalisés) afin d'établir un pont réel et efficace entre la psychiatrie et la communauté.

⁴ Ce plan d'action global reconnaît le rôle essentiel de la santé mentale dans la réalisation de l'objectif de la santé pour tous. Il repose sur une approche portant sur toute la durée de la vie, vise à parvenir à l'équité moyennant la couverture sanitaire universelle et souligne l'importance de la prévention (OMS, 2013).

⁵ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/en/>

⁶ <http://www.lerelais.ch>

⁷ <http://www.lefaitmedical.ch/fr/articles/la-schizophrenie-55-418>

La désinstitutionnalisation suggère des améliorations dans les résultats cliniques telles que les activités de la vie quotidienne, le comportement social, état cognitif et la réduction des taux de ré-hospitalisation sont les résultats de l'accompagnement de la transition de l'hôpital psychiatrique aux logements communautaires [...] (Gibbons, Dubois, Ross, Parker, Morris, Lim, Bédard, 2007, traduction libre).

1.1.4. Les soins à domicile, une spécialisation pour la santé mentale

L'intégration sociale se fait par le biais de soins à domicile⁸. En Suisse, les interventions de soins à domicile sont définies après une évaluation des besoins de la personne par le RAI-Domicile Suisse.

RAI-MH, méthode de collecte de données sur les patients, permet une évaluation globale et fournit des données sur des questions cliniques clés tels que les besoins du patient et la planification des soins. [...] Le but étant que les personnes ayant une maladie mentale grave puissent atteindre l'indépendance dans un cadre communautaire.

Pour répondre à la spécificité des troubles psychiatriques un RAI spécifique a été développé. Le RAI-MH qui répond à des variables qui sont liés à différents domaines : l'histoire résidentielle (situation de vie), les capacités/compétences (capacité à participer à des soins de santé, aux traitements ou à la prise de décision financière), l'abus de substances (les modes d'utilisation et les symptômes de sevrage), le préjudice à soi-même ou aux autres (risque d'adopter des comportements qui peuvent nuire à soi-même ou aux autres), la cognition (mémoire et capacité de rappel), les auto-soins (ADL) (manger, utiliser les toilettes, marcher, hygiène personnelle) et la prise de médicaments (adhésion aux médicaments prescrits) (Gibbons, et al., 2007, traduction libre).

L'intégration sociale est une nouvelle exigence pour les soins infirmiers à domicile. Concept en corrélation avec la définition des soins infirmiers proposé par Peplau : « Les soins infirmiers sont un instrument éducatif, une force aidant à la maturité, qui a pour but de promouvoir le développement de la personnalité vers une vie créative, constructive, productive pour l'individu et pour la communauté » (Poletti, 1977, p. 41).

Dans le cas présent, la relation interpersonnelle de Peplau (modèle théorique de la relation infirmière-patient) souligne la mutualité comme un processus essentiel pour une relation de travail infirmière-patient. Efficace pour stimuler la croissance des réponses d'adaptation vers un objectif de récupération (Wills, 2010, traduction libre).

⁸ « L'aide et les soins à domicile désignent l'ensemble des prestations d'aide et de soins extrahospitalières qui visent à faciliter et à favoriser le maintien à domicile des personnes de tout âge ayant besoin d'aide, de soins, d'encadrement, d'accompagnement et de conseils » (Spitex, 2012).

1.2. Cadre théorique

Hildegard E. Peplau, doctoresse en éducation, a pris position dans les théories des sciences infirmières en soulignant l'importance des relations interpersonnelles. Cette théoricienne a surtout centré son intérêt sur l'école de l'interaction, des effets souhaités et de l'apprentissage dont elle fait partie depuis les années 50. Sa théorie permet de voir la maladie comme une expérience humaine visant la maturité de la personne touchée si elle en comprend la signification. Pour ce faire, elle centre le rôle infirmier sur le patient, afin d'instaurer une relation interpersonnelle psychodynamique au travers d'instruments éducatifs aidant à la maturité et au développement de la personnalité.

Le processus de soins infirmiers est éducatif et thérapeutique lorsque l'infirmière et le patient arrivent à se connaître et à se respecter mutuellement en tant que personnes qui sont semblables à certains égards, mais aussi différentes, en tant que personnes qui collaborent à la résolution de problèmes (Poletti, 1977, p. 42).

Le but de la relation infirmière-client (annexe 7.2) est de promouvoir la santé par le développement de relations interpersonnelles, la résolution de problèmes et les compétences de vie en communauté (Forchuk, Jewell, Schofield, Sircelj et Valledor, 1998, traduction libre). L'humain vit en communauté, il est sans cesse en contact, il agit et interagit avec le monde qui l'entoure.

L'infirmière et le client se déplacent ensemble suivant des étapes identifiables : orientation, travail (subdivisé en identification et en exploitation) et résolution. La phase d'orientation débute dès la première rencontre jusqu'à la clarification de la situation de soin. La relation est basée sur la confiance mutuelle afin que le client reconnaisse et comprenne la nécessité d'aide. Dans la phase d'identification, le client se situe en fonction de ses besoins. Les premières impressions sont éclaircies, le patient peut ainsi réagir face aux personnes qui semblent lui offrir l'aide nécessaire. Dans la phase d'exploitation, le client tire pleinement partie des moyens qui lui sont offerts, il joue un rôle actif dans la prestation des soins et dans son rétablissement. L'infirmière est une ressource et un soutien pour l'aider dans ce procédé. La dernière phase est la résolution. Le client rassemble ses forces pour retrouver son indépendance, il est capable d'utiliser les ressources de la communauté en vue de satisfaire ses besoins. Il sait identifier l'apparition de nouveaux besoins et parvient à les combler (Washington, 2013 ; Pépin, Kérouac, Ducharme, 2010, p.58).

Pour favoriser les compétences de la vie en communauté « on demande à l'infirmière d'assumer bien des rôles. Les patients leur attribuent ceux qu'ils estiment nécessaires à la résolution de problème tel qu'ils le perçoivent » (Peplau, 1995, p.41). Les rôles spécifiques et les activités varient pour chaque étape de développement. Des concepts cliniques majeurs dans le cadre de Peplau incluent l'utilisation de rôles (par exemple substitut, étranger, personne ressource, éducateur, leader) de l'anxiété, de l'apprentissage et l'utilisation thérapeutique de la langue (Forchuk, Voorberg, 1991, traduction libre).

1.2.1. Ancrage disciplinaire

Le phénomène de la relation interpersonnelle dans un contexte domiciliaire concerne particulièrement la discipline infirmière. En effet, « il est établi que l'esprit se développe dans et par la structure ou le milieu social dans lequel la personne a vu le jour et que ce processus social représente le fonctionnement humain global » (Peplau, 1995, p.13). Dans son rôle professionnel, l'infirmière est « responsable de ce contexte social et de son amélioration, étant donné que les besoins humains des patients sont exprimés dans ce contexte » (Peplau, 1995, p.13).

La psychose, plus spécifiquement la schizophrénie (DSM IV) provoquent une déficience dans le fonctionnement du patient, telle que l'auto-soin, les relations interpersonnelles et professionnelles (Hewitt, Coffey, 2005, traduction libre). Ainsi, grâce à sa formulation comme une théorie, Peplau fournit un langage permettant aux infirmières de l'appliquer à la pratique. Le travail de Peplau (1952, 1988) est toujours considéré comme précurseur et son point de vue largement humaniste de la relation infirmière-patient est toujours considéré comme influant dans la santé mentale actuelle (Hewitt, Coffey, 2005, traduction libre).

Comme la relation interpersonnelle et le contexte domiciliaire influencent l'intégration communautaire, celle-ci devient donc un sujet d'intérêt pour la recherche et la pratique infirmières. En effet, les soins infirmiers «peuvent amener les individus et la collectivité à introduire des changements de comportements bénéfiques dans leurs vies. Au contact d'infirmières hospitalières et de santé publique, nombreux sont les individus qui ont appris à réagir différemment à leurs problèmes » (Peplau, 1995, p.8).

Le cadre théorique est choisi par sa spécificité axée en psychiatrie et par ses indicateurs empiriques.

C'est sur ce point que les méthodes médicales et psychiatriques diffèrent essentiellement. Tandis qu'une infirmière est souvent appelée à expliquer une maladie et les données médicales sur lesquelles le patient peut avoir un certain contrôle pour améliorer son état, la même démarche éducative ne s'applique pas aux sentiments et pensées du patient. En psychiatrie, la procédure thérapeutique est simplement un véhicule permettant au patient de se reconstruire et de comprendre des sentiments, pensées et idéaux déjà présentés (Peplau, 1995, p.218).

Le paradigme de l'intégration avec son « approche communautaire » (Pépin et al., 2010, p. 34) répond d'avantage à la problématique.

1.2.2. Métaconcepts

Les métaconcepts ou métaparadigmes sont constitués de quatre concepts centraux qui donnent une vue d'ensemble de la discipline. « Partant d'une perspective intrapsychique » (Pépin et al., 2010, p.57), Peplau les définit comme tels :

1.2.2.1. *La personne - L'adulte souffrant de psychose*

Considérée comme un être bio-psycho-socio-spirituel, la personne agit et réagit en fonction des interactions avec qui elle est en relation. « Elle a la capacité de comprendre sa situation et de transformer son anxiété en énergie positive qui lui permettra de répondre à ses besoins » (Pépin et al., 2010, p.57). L'intégralité de la personne doit être maintenue.

1.2.2.2. *Le soin - Le processus de la relation interpersonnelle*

Processus interpersonnel thérapeutique d'interaction entre l'infirmière et la personne soignée afin d'observer, comprendre et identifier les difficultés de la personne. L'infirmière adopte alors un rôle thérapeutique aidant à la maturité et qui a pour but de promouvoir le développement et la maturité de la personnalité. « L'interaction se fait entre deux personnes ayant un but commun, ce qui implique respect, croissance et apprentissage mutuels » (Pépin et al., 2010, p.58).

1.2.2.3. *La santé - L'intégration communautaire*

« Mouvement continu de la personnalité en lien avec d'autres processus humains vers une vie personnelle et communautaire créative, constructive et productive » (Pépin et al., 2010, p.58). La maladie doit alors être considérée comme une expérience visant la croissance.

1.2.2.4. *L'environnement – Le contexte domiciliaire*

Ne figure pas de définition spécifique, cependant, la culture et les mœurs occupent une place importante dans le développement de la personnalité.

La méthodologie de la pratique se fait au travers de la relation interpersonnelle. Le soin est considéré comme la clé de l'intervention infirmière, un soin psycho socioculturel avec la notion de « faire avec »⁹, concept en corrélation avec l'évolution¹⁰ de la schizophrénie.

L'environnement n'est pas un axe principal mais il englobe des motifs de continuité (passé, présent, futur), des conditions de vie et des relations interpersonnelles expérimentées qui sont propres au contexte domiciliaire (Forchuk et al., 1998, traduction libre). Entrent alors des variables pour l'intégration communautaire, qui résultent, entre autres, des expériences d'hospitalisations, d'état psychologique, d'adaptation sociale, de performances professionnelles, économiques ou domestiques, toutes sont en mouvements (Davis, Dinitz et Pasamanick, 1972, traduction libre).

1.3. **Question de recherche**

Le but de cette revue de littérature dans un premier temps, vise à explorer et décrire le processus de la relation interpersonnelle développés dans un contexte domiciliaire pour des adultes souffrant de

⁹ Tiré de *La pensée infirmière* (Pépin, Kérouac, Ducharme, 1994, p. 34).

¹⁰ Une rémission complète (c.-à-d. un retour complet à un fonctionnement prémorbide) n'est probablement pas courante dans ce trouble. Parmi les patients qui restent malades, certains semblent avoir une évolution relativement stable, alors que d'autres présentent une aggravation progressive associée à une incapacité sévère. (American Psychiatric Association, 2003, p. 356)

psychose. Dans un second temps, elle mettra en exergue des sous-résultats qui sont les indicateurs d'intégration communautaire utilisés pour la relation.

Comment le processus de la relation interpersonnelle dans un contexte domiciliaire permet-il une intégration communautaire chez les adultes souffrant de psychose ?

2. MÉTHODE

La recherche des données électroniques a été entreprise pour passer en revue la littérature se rapportant à la problématique. L'élaboration de cette dernière s'est basée sur le concept PICO (population, intervention, contexte, outcome) auxquels sont attribués pour chaque indicateur des mots-clés. Ces derniers sont ensuite traduits par le programme HONselect¹¹ en termes MeSH, dans le but de cibler et peaufiner les recherches d'articles scientifiques. Dans le cadre d'une enquête plus large, nous avons effectué des recherches sur les bases de données CINAHL, MEDLINE/PubMed et PsycINFO en utilisant diverses combinaisons de termes MeSH.

2.1. Source d'information et stratégie de recherche documentaire

PICO	Mots-clés	Termes MeSH HON select	CINAHL	MEDLINE/ PubMed	PsycINFO
P adultes souffrant de psychose	Schizophrénie	Schizophrenia	✓	✓	✓
I processus de la relation interpersonnelle	Relation interpersonnelle	Interpersonal relations	✓	✓	✓
		Interpersonal relations theory	x	x	✓
	Relation infirmière/patient	Nurse-patient relations	✓	✓	✓
	Théories en soins infirmiers	Nursing theory	✓	✓	✓
C contexte domiciliaire	Psychiatrie communautaire	Community Psychiatry	x	✓	✓
	Services communautaires en santé mentale	Community Mental Health Services	✓	✓	✓
	Services de soins à domicile	Home care service	✓	✓	✓
O intégration communautaire	Adaptation sociale	Social adjustment	✓	✓	✓

Tableau 1 : Source d'information et stratégie de recherche documentaire

✓ **Présence** x **Absence**

¹¹ « HONselect combine cinq types d'informations - la classification MeSH®, des articles scientifiques, l'actualité médicale, les sites Web et le multimédia - en un seul et unique outil afin de mieux cibler et accélérer votre recherche d'informations médicales » https://www.healthonnet.org/HONselect/index_f.html.

La base de données CINAHL propose des alternatives à des termes MeSH introuvables, comme :
 Interpersonal relations theory → *Peplau Interpersonal Relations Model*,
 Community Psychiatry → *Community Mental Health Nursing*.

Le titre et le résumé de chaque article ont été lus et jugés en fonction de leur pertinence. Lorsque la pertinence des publications n'a pas pu être déterminée sur la base du titre ou du résumé, les publications complètes ont été étudiées. De plus, les listes des références des articles ou des ouvrages pertinents ont été analysées pour trouver d'autres publications. Par ce procédé, une publication a été retenue et forme la base des résultats. Des critères d'inclusions et d'exclusions ont été déterminés afin de réduire les publications hors sujet. Faute de résultats lors des recherches, la pertinence contemporaine n'a pas été retenue comme un critère d'inclusion. Quant aux termes MeSH, ils ont parfois été élargis en « all fields » afin de retenir tous les champs. Les recherches ont été limitées aux publications écrites dans la langue française et anglaise. Ces recherches ont généré chacune entre 5 et 29 entrées dans les différentes bases de données.

Critères d'inclusions

- Axé soins infirmiers
- Rôles de l'infirmière

Critères d'exclusions

- Personnes âgées de 18 ans à 65 ans
- Articles de langue non latine
- Clients non psychotiques

Date	Base de données	Equation de recherche	Nombre d'articles	Nombre d'articles retenus
07.05.14	PubMed	((schizophrenia[MeSH Terms]) AND home care services[MeSH Terms]) AND quality of life[MeSH Terms]	15	1
29.01.15	CINAHL	Interpersonal relations theory AND Community mental health services	29	1
04.02.15	PubMed	Schizophrenia[MeSH Terms] AND nurse patient relations[MeSH Terms] AND nursing[MeSH Terms] Filters: Review	15	1
29.04.15	CINAHL	Schizophrenia AND Nurse-Patient Relations AND Community mental health services	7	1
29.04.15	PubMed	((schizophrenia[MeSH Terms]) AND nursing theory[MeSH Terms]) AND nurse-patient relations[MeSH Terms]	5	1
11.05.15	PubMed	((((Social adjustment) AND schizophrenia) AND Community Mental Health Services) AND Interpersonal relations	21	2
13.05.15	PubMed	((schizophrenia[MeSH Terms]) AND home care services[MeSH Terms]) AND Nurse-patient relations[MeSH Term]	4	1

Tableau 2 : Synthèse de la méthode de recherche

2.2. Diagramme de flux

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

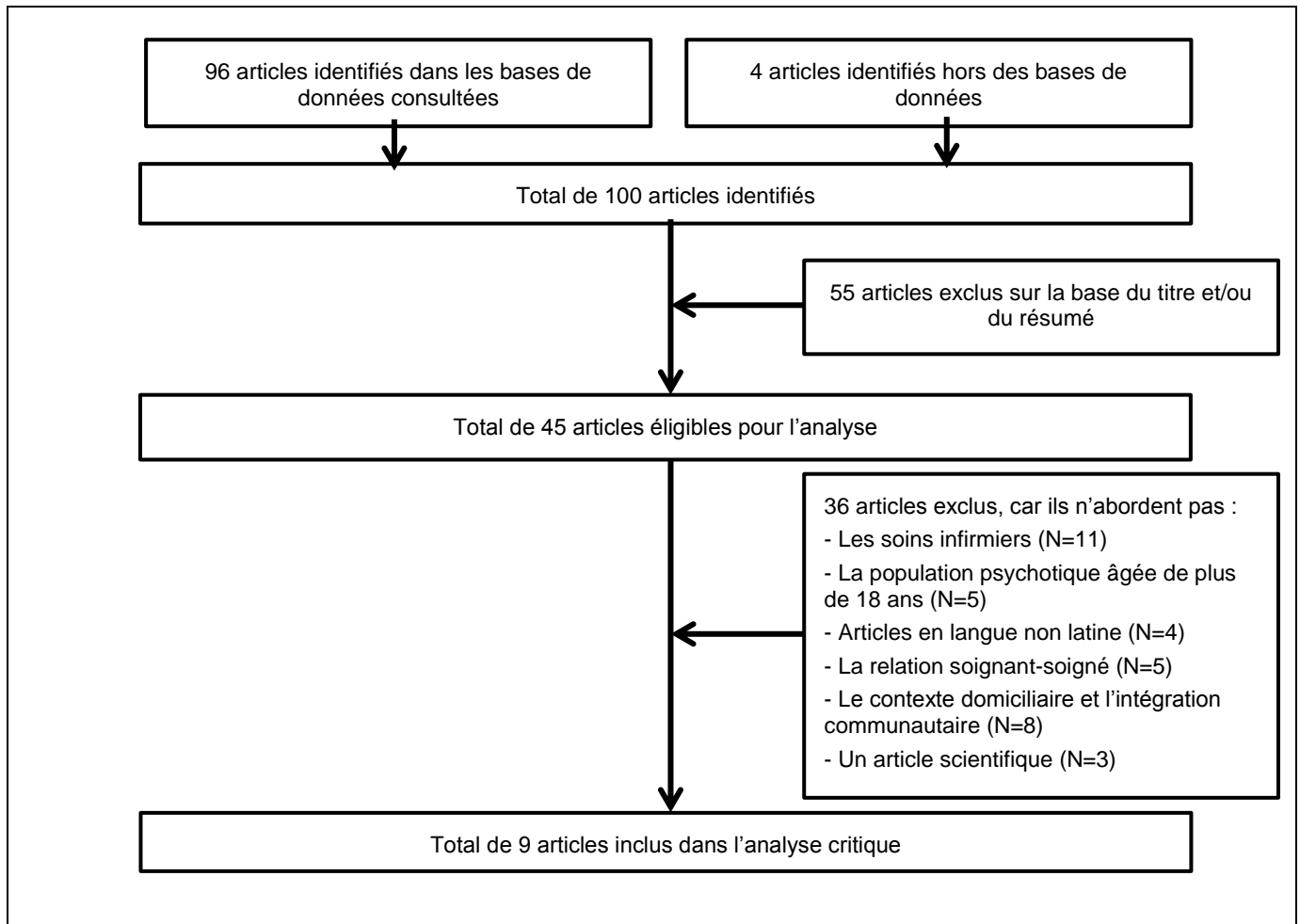


Figure 1 : Diagramme de flux

3. RÉSULTATS

Les articles retenus ont été édités entre 1972 et 2013.

3.1. Analyse critique des articles retenus

	Design	Biais de sélection	Critères d'éligibilité				Commission éthique	Résultats correspondants
			P	I	C	O		
Brooker, C., et al. (1992)	Essai clinique randomisé, Etude comparative mixte	✓	✓	x	✓	✓	✓	●
Chang, L. R., et al. (2013)	Etude transversale, mixte	✓	✓	x	✓	✓	x	●
Davis, A. E., et al. (1972)	Etude de cohorte, évaluation comparative mixte	x	✓	x	✓	✓	x	●
Forchuk C., et al. (1991)	Etude de cas, qualitative	✓	✓	✓	✓	✓	x	●
Forchuk, C. (1995)	Etude secondaire d'une étude de cohorte, qualitative	✓	✓	✓	✓	x	x	●
Forchuk, C., et al. (1998)	Etude descriptive, qualitative	✓	✓	✓	✓	✓	x	●
Hewitt, J., et al. (2005)	Revue de la littérature, qualitative	x	✓	x	✓	✓	x	●
Katakura, N., et al. (2010)	Etude descriptive, qualitative	✓	✓	x	✓	✓	✓	●
Kayama, M., et al. (2001)	Etude descriptive, qualitative	x	✓	x	✓	✓	x	●

Tableau 3 : Analyse critique des articles retenus

● Conforme ● Légère non-conformité
 ✓ Présence x Absence

3.1.1. La relation

3.1.1.1. La relation infirmière – client

La relation est l'outil de soin de l'infirmière. Elle vise à instaurer un climat de confiance, d'empathie et de respect pour favoriser la coopération des clients (Davis, et al., 1972 ; Forchuk, et al., 1998 ; Hewitt et Coffey, 2005). Au moyen d'entretiens réguliers au domicile, l'infirmière et le client formulent des objectifs sur les attentes personnelles du malade afin de définir les interventions (Davis, et al., 1972 ; Forchuk, Voorberg, 1991, 1995 ; Kayama et al., 2001).

Forchuk et al., (1998) ont mis en évidence l'intérêt d'une phase de chevauchement des services lors de la transition hôpital – communauté. Il est indispensable que la rencontre entre le client et l'infirmière communautaire se fasse durant l'hospitalisation afin d'établir la relation durant la phase d'orientation (Chang L, et al., 2013 traduction libre). Ainsi, l'infirmière hospitalière termine la relation en phase de résolution et simultanément l'infirmière communautaire intègre à la relation des sorties en société pour démystifier les craintes liées au retour à domicile. Grâce à ce procédé, le client perçoit la désinstitutionalisation comme une transition plutôt qu'un événement redouté (Forchuk et al, 1998, traduction libre).

Kayama et al. (2001) établissent que le but de la relation vise l'autonomie du client. Ils décrivent six compétences que l'infirmière doit développer pour bâtir cette relation : accepter le refus de la visite, se montrer l'alliée du client et de la famille, partir du vécu du client, recueillir des informations sur le client auprès de ses proches, agir auprès du client et de sa famille lorsqu'ils reconnaissent leurs difficultés et leurs besoins d'aide, reconnaître le droit à l'erreur des clients et de leur famille (traduction libre).

Forchuk (1991 ; 1995), a développé l'échelle « Relationship Form » (annexe 7.3), un outil d'évaluation de la qualité de la relation soignant–soigné. Forchuk et al. (1995) ont mis au point cet instrument basé sur la théorie de Peplau et qui retrace le progrès de la relation infirmière-client à travers les quatre phases. L'échelle décrit le comportement de l'infirmière et du client dans chaque phase et met en exergue l'évolution des rôles infirmiers au sein même de cette relation. Cela permet d'identifier avec précision la qualité de la relation et de son développement pour chacune des phases. L'outil est utilisé par l'infirmière en auto évaluation. La fiabilité et la validité de l'échelle ont été mesurées par Forchuk, C, Brown, B. (1989) cité par Forchuk et Voorberg (1991). L'agrément infirmière-client est de 92% pour le niveau de la relation.

De plus, l'échelle « Working Alliance Inventory » (WAI) de Horvath et Greenberg (1986) mesure la relation interpersonnelle infirmière-client sur un mode d'autoévaluation partagée.

Elle répond à 36 items sur trois dimensions qui sont les liens (l'attachement interpersonnel, la confiance et le respect mutuel), les tâches (perceptions des deux acteurs, la pertinence et l'efficacité de la

thérapie) et les objectifs (la compréhension, la validation et l'acceptation des deux partenaires). La validité de l'étude est mesurée par Forchuk (1995). La cohérence interne pour le client est de 0.93 et de 0.87 (Alpha Cronbach's) pour l'infirmière. L'évaluation de la relation infirmière-client fournit des indicateurs sur cette pratique et permet de l'ajuster (Forchuk et al., 1998).

Par la suite, l'infirmière adopte des rôles comme stipulé par Peplau, ils sont discutés et clarifiés avec le client pour assurer le développement de la relation. Tout d'abord, le rôle d'éducateur à travers l'enseignement à la santé, aux questions liées aux médicaments et aux symptômes de la décompensation. A savoir que si la prise des médicaments est interrompue, les patients sont susceptibles de connaître de nouveaux épisodes d'hospitalisation et ce malgré les soins de soutien (Davis, et al., 1972 ; Forchuk et al., 1998, traduction libre). Puis, le rôle de personne ressource afin de répondre aux questions et craintes du client face à la vie en communauté. Finalement, le rôle de leader qui permet à l'infirmière de coordonner le plan de soins avec la mise en place de stratégie d'intervention. Notamment, pour prévenir les signes de rechutes, et encourager le client à participer aux soins et à prendre des décisions (Forchuk, Voorberg, 1991 ; Forchuk et al., 1998).

Selon Forchuk (1995), il ressort une grande variabilité de l'étendue de la phase d'orientation, cette fluctuation dépend directement de la fréquence et de la durée des entretiens ainsi que des années d'expériences professionnelles de l'infirmière. Ces années d'expériences professionnelles influencent positivement l'identification des besoins spécifiques des clients ; mais négativement les idées préconçues qui interfèrent dans la prise en soins et donc dans la durée des phases (Chung et al. 2001 ; Katakura, Yamamoto-Mitani, Ishigaki, 2010). Les infirmières plus expérimentées progressent de manière significative dans la phase d'orientation (Forchuk, 1995, traduction libre).

Ce paradoxe est mis en évidence dans deux études de Forchuk, l'une stipule que la phase d'orientation peut prendre jusqu'à six mois (1995) et l'autre jusqu'à deux ans (1991).

Dans cette même étude, 12 des 91 clients, ne s'étaient pas déplacés au-delà de l'orientation en deux ans alors qu'une autre étude de Forchuk et al., (1998) démontre que huit mois étaient suffisants pour y parvenir. La phase majoritairement atteinte en deux ans était l'identification avec 31 clients.

La relation infirmière-client est principalement caractérisée par deux types d'approches : la thérapeutique et psychosociale.

3.1.1.2. Relation infirmière – famille

Les infirmières interagissent avec les familles et leur offrent un soutien émotionnel, des informations sur la maladie et des conseils pratiques de résolution de problème. Une alliance avec la famille aide à développer un environnement favorable et prévient les rechutes du client. Grâce à des interactions avec la famille, le personnel soignant peut en apprendre d'avantage sur l'environnement culturel et

social, ainsi que sur l'histoire, les espoirs, les rêves et les craintes du client (Brooker, et al., 1992 ; Davis, et al., 1972 ; Forchuk et al., 1998, Chang, et al., 2013, Kayama et al., 2001).

3.1.2. *Intégration communautaire*

Les infirmières de santé mentale établissent une relation avec des patients diagnostiqués schizophrène dans le but de les intégrer à la communauté (Hewitt J, Coffey M, 2005).

3.1.2.1. *Effet de la relation sur l'intégration communautaire*

En regard d'une amélioration de la santé mentale, le psychologue conseille le personnel soignant sur les prises en soins difficiles et le psychiatre évalue régulièrement l'état mental du client (Chang, et al., 2013 ; Forchuk, Voorberg, 1991 ; Forchuk et al., 1998 ; Davis, et al., 1972, Kayama et al., 2001, Katakura et al., 2010).

En effet, les résultats démontrent de façon significatifs l'amélioration de l'état mental, du comportement, du fonctionnement interne et de la participation sociale influençant positivement l'intégration communautaire (Brooker, et al., 1992 ; Davis, et al., 1972 ; Forchuk, Voorberg, 1991, Forchuk et al., 1998).

En regard de l'intégration communautaire, les améliorations concrètes et durables sont plus susceptibles de se produire avec une équipe multidisciplinaire plutôt qu'une poignée d'infirmières individuelles (Brooker, et al., 1992 ; Forchuk et al., 1998). L'assistant social aide et conseille les infirmières sur les problèmes sociaux, familiaux et économiques. (Davis Ph.D, et al., 1972 ; Forchuk et al., 1998, Kayama et al., 2001). Quant à l'ergothérapeute, il analyse et donne des indications aux clients lors des sorties en communauté (Forchuk et al., 1998, traduction libre).

Par conséquent, Davis (1972) et Forchuk et al., (1998) notent une réduction des besoins d'assistance dans l'accomplissement des tâches. Celle-ci est expliquée par l'amélioration des activités de la vie quotidienne (AVQ) notamment en ce qui concerne l'hygiène corporelle. Les activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ) ont aussi évoluées, principalement : la recherche d'emploi, l'utilisation des transports en commun, la préparation des repas, les prévisions budgétaires, le ménage (Forchuk, Voorberg, 1991).

Les soins infirmiers améliorent la capacité des patients à effectuer des tâches et à participer à des activités sociales (Davis, et al., 1972 ; Forchuk, Voorberg, 1991).

La réduction de l'isolement ainsi que la diminution des symptômes ont permis d'améliorer les contacts sociaux. Cette intégration est aussi traduite par une diminution des ré-hospitalisations sur l'année de l'intervention des soins infirmiers à domicile (Brooker, et al., 1992 ; Forchuk, Voorberg, 1991 ; Forchuk et al., 1998, Hewitt, Coffey, 2005, Katakura N et al., 2010). De ce fait, Davis, et al., (1972) et Katakura

et al., (2010) affirment que les clients restent de manière continue dans la communauté pendant de longues périodes par pharmacothérapie et par soins à domicile (Brooker, et al., 1992 ; Chang, et al., 2013).

Ainsi, selon Davis, et al., (1972) et Katakura, et al., (2010) la conclusion la plus importante pour que les schizophrènes chroniques demeurent avec succès dans la communauté est qu'ils puissent bénéficier d'une surveillance continue, de médicaments et d'un soutien psychologique pour soulager les familles des désorganisations personnelles et familiales.

3.1.2.2. Effet de l'arrêt de la relation sur l'intégration communautaire

Selon Davis, et al., (1972), cesser l'intervention des soins infirmiers en santé mentale dans la communauté cause des détériorations de l'état psychologique, du statut psychiatrique et du comportement. Cette interruption serait responsable des diminutions des aptitudes interpersonnelles et amicales ainsi que la réduction de la participation sociale.

3.2. Tableau comparatif

Pour chaque article retenu, un tableau répondant aux critères suivants a été établi :

auteurs/années, population/type d'étude, but de l'étude, intervention/méthode/instrument de mesure, principaux résultats et limites.

Tableau 4 : Comparatif des études retenues pour l'analyse critique

Auteurs- Année	Population / Type étude	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
Brooker, C., Tarrier, N., Barrowclough, C., Butterworth, A. & Goldberg, D. (1992). Training community psychiatric nurses for psychosocial intervention. Report of a pilot study. <i>The British Journal of Psychiatry</i> , 160(6), 836-844.	9 infirmières de santé publique réparties dans deux groupes. Diagnostic de schizophrénie. Agé de 16 à 65 ans. Echantillon de 47 familles randomisées en deux groupes : →Groupe expérimental n = 17 →Groupe témoin n = 13. Essai clinique randomisé, comparatif mixte.	Fournir une intervention psychosociale aux clients ayant reçu un diagnostic de schizophrénie vivant à la maison avec un parent. Comparer les résultats obtenus du groupe expérimental au groupe témoin sur l'intervention psychosociale.	Interventions de soins infirmiers à domicile durant 6 mois puis un suivi durant 6 mois. →Instruments de mesure : -KGV : mesure la fréquence et la sévérité des symptômes de la schizophrénie. -Enregistrement : temps de contact avec les clients et la famille. -SAS : adaptation social dans la communauté. -GHQ : questionnaire général de santé. -PFI : inventaire du fonctionnement personnel. -CPQ : questionnaire de la perception des services.	Expérimental : amélioration des symptômes généraux, de l'adaptation sociale et du fonctionnement personnel pré et post étude. Changements positifs vu par la famille. Témoin : amélioration du délire post étude. Une admission en hôpital dans chacun des deux groupes. Maintien dans la communauté avec combinaison de soins à domicile, soutien familial et médication. L'intervention psychosociale permet une compréhension de la maladie. Programme d'éducation, enseignement sur le retrait social, stress environnemental. Alliance avec les familles : informations, éducation, conseils de prise en charge des comportements.	n = 47 → n = 30 Groupe expérimental n=1 sans prescription de neuroleptique. Degré de confiance de randomisation remis en question. Compétences des infirmières avant la fréquentation des cours ignorées. Programme sans le concept de la relation interpersonnelle. Etude qui répond aussi aux besoins de la famille du client.

Auteurs- Année	Population / Type étude	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
<p>Chang, L. R., Lin, Y. H., Chang, H. C. W., Chen, Y. Z., Huang, W. L., Liu, C. M. & Hwu, H. G. (2013). Psychopathology, rehospitalization and quality of life among patients with schizophrenia under home care case management in Taiwan. <i>Journal of the Formosan Medical Association</i>, 112(4), 208-215.</p>	<p>60 patients atteints de schizophrénie.</p> <p>Combinaison d'une étude transversale et rétrospective évaluant la qualité de vie et la psychopathologie ainsi que l'évolution clinique des clients.</p>	<p>Etudier l'efficacité d'un programme communautaire de soins à domicile d'un groupe de patients souffrant de schizophrénie afin de limiter le taux de ré-hospitalisation. Cette étude délimite la relation entre la psychopathologie, les prises de psychotropes ainsi que les taux de ré-hospitalisation et la qualité de vie liée à la santé des patients.</p>	<p>Chaque mois deux entretiens individuels à domicile pour évaluer l'état ainsi que rappeler au patient de s'adresser au service des urgences en cas de décompensation psychotique.</p> <p>Instruments de mesure :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Échelle pour la schizophrénie (PANSS) : estime une valeur d'utilité pour chacun des états de santé (mobilité, autonomie de la personne, activités courantes, douleurs/gêne, anxiété/dépression). -EuroQoL - 5D (EQ-5D) : instrument pour mesurer les améliorations de la clinique (par l'infirmière). -EQ visuel : EVA, échelle visuelle analogique (par le client). -(EQ- EVA) HRQoL : évaluation de la qualité de vie (par l'infirmière). -(EGF) : échelle globale de fonctionnement (par le médecin). 	<p>Diminution du taux de ré-hospitalisation et des jours d'hospitalisation pour les patients ayant suivi le programme.</p> <p>Le suivi à domicile a aidé à diminuer la ré-hospitalisation des patients.</p> <p>La durée de la maladie n'a pas de corrélation significative avec la relation. Les clients ayant un emploi ont vu une importante réduction du nombre d'admission et de ré-hospitalisation.</p>	<p>Pas d'évaluations neurocognitives ni de vérification de compliance aux traitements.</p> <p>Exclusion des conditions médicales ou psychiatrique qui peuvent interférer avec l'amélioration de l'état. (Exemple : schizophrénie et démence)</p> <p>Biais de sélection pas représentatif de la population souffrant uniquement de schizophrénie.</p> <p>Ne tiens pas compte des mesures sociales se référant aux relations avec la communauté (votes, bénévolat).</p>

Auteurs- Année	Population / Type étude	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
<p>Davis, A. E., Dinitz, S. & Pasamanick, B. (1972). The prevention of hospitalization in schizophrenia: five years after an experimental program. <i>American Journal of Orthopsychiatry</i>, 42(3), 375.</p>	<p>Clients avec un diagnostic psychotique de type schizophrénie.</p> <p>Entre 18 et 62 ans</p> <p>3 groupes :</p> <p>→ Clients chez eux sous médicaments avec des soins infirmiers à domicile (40%)</p> <p>→ Clients chez eux sous placebos avec des soins infirmiers à domicile (30%)</p> <p>→ Clients au bénéfice de consultations ambulatoires sous médicaments (30%)</p> <p>Evaluation comparative mixte.</p> <p>Etude de cohorte, prospective longitudinale.</p>	<p>Evaluer 3 modalités de prise en charge psychiatrique en testant les soins et le soutien à domicile.</p> <p>Déterminer si l'ITC (Traitement Center Institute) soins infirmiers à domicile avait un effet durable ; comparer les résultats des trois groupes sur la durée.</p>	<p>Durant ITC : 2 ans et demi : Intervention de soins infirmiers à domicile. → Instrument de mesure : entretien formel avec le patient par l'infirmière. Inventaire psychiatrique, liste des problèmes sociaux, échelle de performance interne, indice de participation sociale.</p> <p>Post-ITC 5 ans → Instrument de mesure : Recherche formelle des dossiers cliniques enregistrés au cours de la période du suivi et recherche formalisée privée pour identifier tous les patients hospitalisés depuis la fin de l'étude.</p>	<p>Durant ITC : Diminution des hospitalisations, contrôle des épisodes psychotiques à la maison sauf pour l'ambulatoire. 3 groupes : Réduction des problèmes comportementaux. Amélioration de l'état mental, psychologique, fonctionnement interne et participation sociale.</p> <p>Post ITC : Détérioration de la participation sociale, des relations sauf pour le groupe placebo.</p> <p>Infirmière supervise le client, offre un soutien affectif et un guide pratique de résolution de problème. Soutien psychologique pour soulager les familles. Pluridisciplinaire : service de travail social, psychologues, psychiatres. Soins à domicile prévient la détérioration sociale des patients.</p>	<p>Le nombre total de l'échantillon n'est pas mentionné.</p> <p>Echantillon large rendant les variables moins claires, comme les facteurs sociaux, l'âge, les attentes de la famille.</p> <p>La plupart des résultats sont statistiquement non significatifs.</p> <p>Programme sans le concept de la relation interpersonnelle de Peplau.</p>

Auteurs- Année	Population / Type étude	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
Forchuk, C. & Voorberg, N. (1991). Evaluation of a community mental health program. <i>Canadian journal of nursing administration</i> , 4(2), 16-20.	n = 91 clients (féminins/masculins) avec une invalidité psychiatrique chronique majoritairement de type schizophrénie. 2 groupes → Gestion de cas : 25 à 65 ans → Service de conseil : 18 à 65 ans Etude descriptive, qualitative, série de cas. Enquête rétrospective.	Mesures de résultat et d'efficacité d'un programme de promotion de la santé mentale communautaire (CMP). Fournir une base pour la pratique et donner une direction pour le développement d'objectifs du client et pour le développement d'instruments de mesure.	Prestation de soins à domicile. → Instruments de mesure : formulaire de relation client-infirmière, formulaire de soin personnel. → Indicateurs de progrès de client : 1. Établissement d'une relation de client-infirmière thérapeutique; 2. Amélioration des étapes d'apprentissage de client. 3. Maintien ou amélioration d'efficacité dans les activités de vie quotidienne. 4. Utilisation des hospitalisations de manière convenable. 5. Réduction de l'isolement social et l'amélioration de qualité de la vie.	Approche thérapeutique par phase. Sur deux ans, 12 des 91 clients (13%) n'ont pas passé la phase d'orientation. La phase d'identification est la plus commune 31 des 91 clients (34%). Progrès des clients sur le développement interpersonnels et sur la résolution de problèmes. Capacité d'atteindre des buts individualisés dans les activités de la vie quotidienne. 65% des clients ont amélioré les contacts sociaux. Réduction globale des hospitalisations. Intervention de bénévoles pour pallier à l'isolement social.	n = 91 → n = 85 Incomparable avec d'autres programmes de santé mentale communautaire : - Variété dans le cadre et les instruments utilisés. - Diversité dans la théorie utilisée. 1. D'autres aspects que les soins infirmiers peuvent avoir influencés les résultats des patients. 2. Les instruments, bien que tirés des théories décrites, ont été développés pour le programme et n'avaient pas subi le test plus large. 3. Petit échantillon.

Auteurs- Année	Population / Type étude	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
Forchuk, C. (1995). Development of Nurse-Client Relationships: What Helps?. <i>Journal of the American Psychiatric Nurses Association</i> , 1(5), 146-153.	<p>124 infirmières, âge moyen 39.7 ans, 12,5 ans d'expérience en soins psychiatriques en moyenne.</p> <p>124 clients, âge moyen 44,1 ans, avec un diagnostic majoritairement de schizophrénie et de troubles affectifs. Clients hospitalisés et clients dans la communauté.</p> <p>Etude secondaire d'une étude de cohorte (enquête analytique).</p> <p>Etude longitudinale de type prospective.</p>	Identifier les facteurs qui influencent l'évolution de la relation thérapeutique durant la phase d'orientation (selon le modèle de Peplau).	<p>Consentement des clients nécessaires pour la participation à cette étude.</p> <p>→ Instruments de mesure :</p> <p>-The Relationship Form (le nombre de semaine dans la phase d'orientation).</p> <p>-The Working Alliance Inventory (l'évolution de la relation thérapeutique ainsi que la perception de l'infirmière et du client).</p> <p>Les évaluations ont eu lieu à trois moments : au premier entretien, à trois et à six mois.</p>	<p>Les infirmières plus expérimentées progressent plus rapidement dans la relation.</p> <p>Tous les clients qui se trouvaient dans la communauté ont maintenu la relation avec leur infirmière pendant toute la durée de l'étude. La durée, la fréquence et la qualité de l'interaction entre l'infirmière et le client sont des variables modifiables qui favorisent le passage de la phase d'orientation à celle de travail.</p> <p>Le nombre et la période des hospitalisations influencent la durée de la phase d'orientation. Plus les entretiens sont fréquents et longs, plus la phase d'orientation est courte. Par conséquent, une séance de 30 minutes est plus pertinente que trois séances de 10 minutes.</p> <p>La qualité et la nature des relations client-infirmière sont fortement liées au nombre de ré-hospitalisation et à la durée de ces dernières.</p>	La population et le contexte sont hétérogènes.

Auteurs- Année	Population / Type étude	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
Forchuk, C., Jewell, J., Schofield, R., Sircelj, M. & Valledor, T. (1998). From hospital to community: bridging therapeutic relationships. <i>Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing</i> , 5(3), 197-202.	1 client masculin de 52 ans avec un diagnostic de schizophrénie paranoïde chronique diagnostiqué il y a 30 ans. Enquête rétrospective. Etude descriptive, qualitative, exemple de cas.	Aider les individus à l'hospitalisation psychiatrique prolongée à intégrer avec succès la communauté. Décrire les fondements théoriques du projet, qui est une extension de la théorie de Peplau des relations thérapeutiques. Promouvoir la santé par le développement de la relation interpersonnelle.	Relations thérapeutiques infirmières/client qui se chevauchent entre les services hospitaliers et communautaires. Retranscription des dires du client sans évaluation de ces derniers. Ø d'instrument de mesure.	L'infirmière hospitalière suit le patient jusqu'à la résolution et l'infirmière communautaire reprend le client à la phase d'orientation. Stratégie de Peplau élargie pour inclure pairs et famille. Utilisation de rôles infirmiers : éducateur, personne ressource, leader. Equipe pluridisciplinaire pour améliorer les compétences sociales. Travailleur social, ergothérapeute. Amélioration des relations entre pairs, familiale. Après une année pas de ré-hospitalisation.	Echantillon non représentatif de la population. Pas d'instrument de mesure de l'intégration communautaire. Programme ciblé sur la transition hôpital/communauté. Pas de temporalité (le processus interpersonnel sur combien de temps ? au bout de combien de temps résultats probants sur l'intégration et l'hospitalisation?)

Auteurs- Année	Population / Type étude	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
Hewitt, J. & Coffey, M. (2005). Therapeutic working relationships with people with schizophrenia: Literature review. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 52(5), 561-570.	Population souffrant de schizophrénie. Distinctes approches sont mis en évidence. Revue de la littérature.	Démontrer la nécessité de développer une relation interpersonnelle entre le patient souffrant de schizophrénie et l'infirmière. S'appuyant sur la revue de la littérature.	Recherches sur les bases de données suivantes ; Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature ; MEDLINE ; Applied Social Sciences Index and Abstracts ; Sociological abstract. Recherches particulières des études démontrant l'efficacité des thérapies comportementales cognitives. Critères d'inclusions : Contexte, écoles des pensées, population schizophrène.	Les professionnels estiment grandement la relation thérapeutique et sa contribution au rétablissement est considérable, mais insuffisante. La thérapie comportementale cognitive, peut s'avérer être plus appropriée pour la pratique de soins en santé mentale. La relation interpersonnelle doit être incorporée dans la philosophie de soins pour promouvoir le renforcement de processus thérapeutique. La thérapie comportementale cognitive semble plus efficace que la relation thérapeutique.	Non mentionnées.

Auteurs- Année	Population / Type étude	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
<p>Katakura, N., Yamamoto-Mitani, N. & Ishigaki, K. (2010). Home-visit nurses' attitudes for providing effective assistance to clients with schizophrenia. <i>International journal of mental health nursing</i>, 19(2), 102-109.</p>	<p>7 infirmières travaillant aux soins à domicile avec un ou deux patients schizophrène. (2-9 ans d'expérience dans les soins à domicile).</p> <p>9 patients souffrant de schizophrénie vivant à leur domicile.</p> <p>Etude analytique et descriptive.</p>	<p>Identifier les attitudes de l'infirmière auprès de clients schizophrènes dans un contexte domiciliaire.</p> <p>Développer un cadre afin de comprendre comment l'infirmière acquiert les attitudes d'une relation thérapeutique permettant une stabilisation de l'état par ce fait une diminution du taux d'hospitalisation.</p>	<p>Entretiens semi structuré individuels avec les infirmières afin qu'elles témoignent leur représentation des patients schizophrène.</p> <p>Déroulement de l'entretien : Enoncer les objectifs de soin pour les visites à domicile, les épisodes significatifs d'interaction avec les clients, les comportements de l'infirmière et les sentiments lors de ces épisodes, analyser ces pensées et comportements, autoréflexion sur ce que peut ressentir le patient.</p>	<p>Les patients ayant fait partie de cette étude n'ont pas été hospitalisés pendant la durée de l'étude soit, deux ans.</p> <p>Le client comprend son environnement, il est capable de prendre des décisions et de refuser les suggestions des soignants.</p> <p>Le soignant et le client doivent être égaux dans la relation thérapeutique.</p> <p>L'infirmière doit être honnête avec le patient, être à l'écoute de ses besoins et ses attentes et ne pas le juger mais le soutenir dans ses choix. Le client a des ressources innées qu'il faut exploiter.</p>	<p>Petit échantillon.</p>

Auteurs- Année	Population / Type étude	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
Kayama, M., Zerwekh, J., Thornton, K. & Murashima, S. (2001). Japanese expert public health nurses empower clients with schizophrenia living in the community. <i>Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services</i> , 39(2), 40.	12 infirmières de santé publique à Tokyo avec une moyenne de 26 ans d'expérience dans les soins communautaires. Etude rétrospective, enquête descriptive.	Décrire la relation infirmier-client dans un contexte domiciliaire. Décrire les processus sociaux des infirmières de santé publique qui travaillent dans la communauté auprès des clients atteint de schizophrénie.	Des interviews enregistrées (bandes audio) et retranscrites (dactylographiées).	Les infirmiers de santé publique renforcent les compétences décisionnelles des clients et favorisent les capacités et l'autonomie des clients pour continuer leur vie sociale. Le concept d'autonomisation est au cœur de leur pratique et se fixe cinq objectifs : -Etablir des relations infirmières-clients -Encourager les clients à chercher et demander de l'aide -Agir en tant que porte-parole des clients auprès de la communauté -Respecter les choix des clients au sujet des ré-hospitalisations -Apporter à la famille des clients des éclairages et une nouvelle image de la maladie.	Non mentionnées.

4. DISCUSSION

A l'issue de cette revue de la littérature, quatre axes principaux ont été développés ; les outils de développement de la relation en santé mentale, la transition de l'hôpital à la communauté, l'intégration communautaire, et le développement de la relation à partir des travaux de Peplau. Ces derniers sont classés par ordre de pertinence du plus élevé au plus faible.

4.1. Les outils de développement de la relation en santé mentale

Peplau a développé une théorie de la relation interpersonnelle, Forchuk et al., (1995) ont créé des outils validés pour la mesurer. « Relationship Form » permet d'évaluer l'évolution de la relation infirmier-client, elle peut s'étendre à d'autres contextes. Selon Washington (2013), la relation infirmière-infirmière novice permet de retracer le progrès de la relation au moyen de mesures périodiques, elle a ainsi permis d'évaluer au moyen de données objectives la viabilité de la relation, les facteurs qui empêchent sa progression ainsi qu'une prévision de la durée de chaque phase. Cette modalité d'évaluation est transposable dans un contexte domiciliaire.

Au cours des deux dernières décennies, plusieurs instruments ont été élaborés pour évaluer le concept de l'alliance thérapeutique-client. Le WAI est l'un des plus utilisé et reconnu dans la littérature de recherche en psychothérapie. Le WAI est simple d'utilisation et disponible en version longue (36 items) ou en version courte (12 items). Il contient deux versions : une pour le client l'autre pour le thérapeute. Le grand avantage sur les autres échelles est celui d'être applicable aux personnes souffrant d'une maladie mentale grave. En conséquence, cet instrument de mesure devrait avoir un réel potentiel pour les paramètres cliniques (Corbière, Bisson, Lauzon, Ricard, 2006).

Forchuk et al., (1995) articulent les deux échelles pour mesurer la relation. Les modes d'évaluation n'étant pas identiques, la satisfaction et les comportements sont mesurés dans les deux pôles, à savoir celui de l'infirmière et celui du client.

La nature de la relation peut être évaluée mais des différences dans l'évolution sont notables, elles résultent de variation notamment en termes de formation et d'expériences infirmières. En effet, les infirmières ayant un plus grand nombre d'années d'expérience en santé mentale influencent positivement la relation grâce à l'identification des besoins spécifiques des clients (Forchuk, 1995), mais négativement à cause des idées préconçues qui interfèrent dans la prise en soins et donc la durée des phases (Chung et al. 2001 ; Katakura et al., 2010). Ressort alors une contradiction entre une influence positive et négative des années d'expériences de l'infirmière sur le développement de la relation.

Les prestations de soins à domicile sont fournies majoritairement par des infirmières communautaires expérimentées ou au bénéfice d'une formation en santé mentale. (Davis et al., 1972 ; Brooker et al., 1992 ; Kayama et al., 2001). L'expérience des infirmières dans le domaine de la santé mentale peut conduire à une altération de la relation avec le client. Afin de remédier à cette situation, les auteurs

proposent un programme au personnel soignant travaillant dans le contexte domiciliaire. Dans le but d'analyser les idées préconçues afin qu'elles n'affectent pas la prise en soins. *Les infirmières sont désormais plus efficaces dans la relation d'aide* (Katakura et al., 2010).

4.2. La transition de l'hôpital à la communauté

Le premier maillon de la chaîne de la relation interpersonnelle dans un contexte domiciliaire est la transition de l'hôpital à la communauté. Forchuk et al., (1998) ont mis en évidence l'intérêt d'une phase de chevauchement dans les services pour permettre au patient d'envisager sereinement le retour à la collectivité. Concept en corrélation avec les dires de Peplau, qui amène une amélioration réactionnelle de l'individu liée au contact d'une infirmière hospitalière et d'une infirmière de santé publique (Peplau, 1995, p.8).

Pepin et al., (2010) et Forchuk et al., (1998) ont des descriptifs similaires en terme de phase. L'infirmière hospitalière clôture sa relation avec le patient lors de la phase de résolution, la planification des ressources et la prévention de l'apparition de nouveaux besoins sont définis dans un but d'anticipation (c'est elle qui décide du moment opportun pour que le patient bascule dans la collectivité). Parallèlement, la phase d'orientation permet à l'infirmière communautaire de clarifier la nouvelle situation dans laquelle le client se trouve et d'utiliser de façon productive l'énergie accumulée. Dans le cas présent, la théorie de Peplau est alors adaptable à la collectivité par une infirmière communautaire. A noter que la transition peut se faire par différents biais, celui de la relation infirmière-client, mais aussi par un dispositif de démystification du retour à domicile. Programme pour les patients hospitalisés dispensés par les clients anciennement institutionnalisés pour encourager le processus de transition (Forchuk et al., 1998). Finalement, qu'il s'agisse de soins communautaires ou ambulatoires, la transition se prépare selon les mêmes principes ; la mise en place de projets concrets initiés durant l'hospitalisation en collaboration avec le réseau concerné. Ce projet constitue d'abord un accompagnement psychosocial des patients, autour des besoins dans leur vie quotidienne (Bonsack, Pfister, et Conus, 2006).

4.3. L'intégration communautaire

Dans les pays d'Asie, le système communautaire en santé mentale semble fonctionnel. Selon Kayama et al., (2001), l'infirmière de santé publique établit des processus sociaux sur le concept d'autonomisation. Elle protège la santé de la communauté et intervient à un stade précoce auprès du client souffrant de schizophrénie. L'infirmière crée un lien avec la communauté qui entoure le client et organise des entretiens afin de donner des recommandations aux voisins, à l'entourage, aux amis et à la famille.

De cette manière, ce procédé répond au plan d'action de l'OMS qui veut « que les personnes souffrant de troubles mentaux [...] soient associées aux activités de la communauté » (OMS, 2013).

Dans la littérature japonaise, la désinstitutionnalisation est exploitée pour favoriser la socialisation. Un module de formation de 240 heures est proposé aux infirmières prenant en soins les patients souffrant de psychose. Les infirmières ayant bénéficié du programme attestent se sentir plus aptes et compétentes dans la relation d'aide (Katakura et al., 2010).

Dans la littérature occidentale, deux axes principaux ressortent : les indicateurs de l'amélioration de la santé mentale et les indicateurs de l'intégration à la communauté. En effet, pour favoriser une bonne intégration communautaire, des critères comme l'amélioration de la santé mentale sont nécessaires.

Indicateurs de la santé mentale : diminution de la cotation des symptômes (dépression, anxiété, hallucinations), amélioration du fonctionnement personnel (état mental, psychologique), amélioration des AVQ/AIVQ.

Indicateurs de l'intégration communautaire : diminution du taux d'hospitalisation, adaptation sociale (participation sociale, stabilité du comportement, amélioration des contacts sociaux), amélioration des AVQ/AIVQ.

Facteurs favorisant le succès d'adaptation communautaire évitant la ré-hospitalisation :

Le client est compliant aux traitements, lui et sa famille coopèrent avec succès avec le personnel soignant. Les clients moins dépendants des membres de la famille sont plus susceptibles d'être employés et mariés.

Facteurs de risque de l'adaptation communautaire menant à la ré-hospitalisation :

Le client est non compliant aux traitements, lui et sa famille coopèrent insuffisamment avec le personnel soignant. Par ailleurs, la présence de psychopathologies familiales, un faible statut social auront des répercussions négatives sur l'adaptation communautaire. Le sexe féminin ainsi que les clients souffrant de schizophrénies paranoïaques avec des problèmes de comportement (discours et idées décousues, désorganisation, comportement étrange) sont les plus vulnérables. Les clients sont plus souvent célibataires et dépendants des autres et par conséquent moins souvent hors du domicile.

Cependant les résultats positifs sont insuffisants, un programme bien planifié et disposant de bonnes ressources est nécessaire pour permettre une transition réussie.

En Suisse, la prise en charge à domicile est construite autour des besoins spécifiques du client. Les quelques 700 organisations de soins à domicile disposent d'un instrument d'évaluation des besoins unifié à leur disposition. Ce système d'Assessment répond aux exigences légales en matière d'évaluation des besoins requis, ainsi qu'aux critères de l'Association Suisse de Soins et d'Aide à Domicile¹².

¹² <http://www.gsyz.ch/>

L'Association Suisse d'Aide et de Soins à Domicile (www.spitex.ch), depuis sa création en 1995, s'est engagée pour l'évaluation d'un instrument d'évaluation des besoins unifié pour les SAD. Elle a été partie prenante dans le développement du RAI-HC Suisse. L'assemblée des délégués de l'Association Suisse d'Aide et de Soins à Domicile a décidé le 15 mai 2003 que les organisations de soins et d'aide à domicile d'intérêt public devraient au plus tard dès début 2006 évaluer et consigner à l'échelon national les besoins de leurs clients selon les mêmes critères et ce, avec l'instrument RAI-Home-Care Suisse.

« La CDS (conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé) s'en tient à sa décision du 29.1.2004 et confirme dès lors sa suggestion aux cantons de recommander l'introduction de RAI-Home Care » (CDS, 2006). De ce fait, les services de soins à domicile utilisent un outil d'évaluation des besoins requis du client à domicile¹³ pour permettre le remboursement des soins par l'assurance de base.

« L'utilisation du RAI en Suisse étant encore à ses débuts, il n'y a que peu de données publiées concernant les bénéfices potentiels de cette approche dans notre pays » (COAV, 2012).

Le système d'évaluation des besoins requis pour le client en santé mentale est en cours de développement dans le canton de Vaud. L'Association Vaudoise d'Aide et de Soins A Domicile (AVASAD) offre des « prestations auprès de la clientèle ayant une problématique de Santé Mentale nécessitant des compétences spécifiques de la part des collaborateurs » notamment des « personnes bénéficiant de compétences expertes et/ou spécialisées dans le domaine de la Santé Mentale:- infirmière spécialisée en Santé Mentale et/ou actuellement infirmière en psychiatrie » (AVASAD, 2010). Les référents de soins à domicile en psychiatrie formés au RAI-HC ont une spécialisation en santé mentale.

A Genève, les clients souffrant de psychose vivant à domicile sont suivis par deux services distincts ; les équipes de soins ambulatoires psychiatriques telles que le CAPPI¹⁴/CAPPA¹⁵ puis par un service de soins à domicile. Il est difficile d'objectiver par la recherche scientifique la pertinence et les bénéfices de ces interventions doublons alors que deux services travaillent en parallèle sans concertation. Le défi actuel est d'assurer la continuité des soins à travers une communication interinstitutionnelle.

« Tous les membres en contact avec le patient doivent adopter et approuver une ligne de conduite commune quant à son problème ; dans le cas contraire, leur désaccord peut se communiquer au malade et créer un malaise susceptible d'entraver la réalisation des objectifs de soins » (Peplau, 1995, p.25).

Il ressort néanmoins que l'outil RAI-HC semble complémentaire avec l'échelle d'évolution de la relation « Relationships Form », l'une pour évaluer les besoins requis et l'autre pour évaluer le degré d'évolution de la relation. L'évaluation du RAI est compatible avec le niveau de relation. En effet, elle aura lieu pour la première fois durant la phase d'orientation définie par Peplau : « le patient a besoin d'aide pour savoir ce que les services professionnels peuvent lui offrir et pour planifier leurs prestations, ce qui relève de la responsabilité conjointe du personnel médical et infirmier, et nécessite une organisation commune » (Peplau, 1995, p.25). L'échelle « Relationships Form » stipule qu'il faut évaluer et adapter les besoins lors de la phase d'orientation, c'est pourquoi le RAI-HC prend son sens en proposant une évaluation multidimensionnelle.

¹³ Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS), art. 7 al. 1

¹⁴ Centre ambulatoire de psychiatrie et psychothérapie Intégrés

¹⁵ Centre ambulatoire de psychiatrie et de psychothérapie de l'agé

4.4. Le développement de la relation à partir des travaux de Peplau

Peplau développe sa théorie sur un aspect de relation psychodynamique. 65 ans après la création de sa théorie, les dimensions de la relation ont pris différentes approches.

Tout d'abord, l'approche psychosociale qui inclut les pairs et la famille dans le but d'accroître le fonctionnement social et personnel du client et des parents, elle comprend l'évaluation détaillée des besoins, une éducation à la santé, un programme de gestion du stress et une définition des objectifs pour chaque membre de la famille. De cette manière, elle améliore la qualité de la vie vécue des clients, de la famille et du personnel soignant. (Brooker, et al., 1992).

Puis, l'approche thérapeutique qui reprend des concepts de la psychothérapie, en renforçant la conscience de soi (Forchuk et al., 1998, traduction libre). Elle est reconnue comme le succès des thérapies psychologiques (Hewitt, Coffey, 2005). Les stratégies se concentrent sur le développement de la relation, le client choisit le contenu des entretiens, mais l'infirmière dirige le processus. Une évaluation régulière de la relation par « Relationships Form » est effectuée afin de s'assurer de l'efficacité de celle-ci. Cette approche peut être utilisée à la fois à l'hôpital et au sein de la collectivité (Forchuk et al., 1998 ; Forchuk, Voorberg, 1991, traduction libre).

Ces dernières semblent complémentaires et interdépendantes.

5. CONCLUSION

Pour conclure, la relation est l'outil thérapeutique des infirmières en santé mentale, pour l'évaluer elles disposent de différents outils de mesure.

En premier lieu, le WAI et la « Relationships Form » permettent de mesurer le développement et portent une attention sur la nature de la relation. Dans un second lieu, la « Relationships Form » propose des pistes sur la résolution de problèmes. Ces deux outils ont une faible diffusion dans la zone européenne francophone, malgré une validité établie.

L'approche doublons des services infirmiers (ambulatoire/domiciliaire), notamment lors de la transition de l'hôpital à la communauté, crée des différences de niveaux de développement de la relation. Ce qui engendre dans la pratique des divergences dans les prises en soins.

De par ces mesures objectives, l'évaluation de la relation permet de mieux organiser le dispositif de soins à domicile et offre une continuité des soins qui, en termes d'intégration communautaire, est bénéfique pour le client.

5.1. Apports et limites du travail

Faute d'avoir déplacé le focus de la recherche pour répondre à la question, cette revue de la littérature est non exhaustive. Malgré des réajustements, de nombreux résultats comptent plus de dix ans d'existence.

L'état actuel n'a pas permis de trouver des travaux en Europe, de telle sorte que la transférabilité des résultats reste à vérifier.

Les échelles sont élaborées pour des patients en santé mentale, la non spécificité d'un instrument adaptée au fonctionnement psychotique est une limite.

5.2. Recommandations

A l'issue de cette revue de la littérature nous suggérons pour l'évolution des pratiques des recommandations axées sur les habiletés professionnelles et la formation initiale ou post-grade infirmières.

- Habiletés professionnelles

Au niveau cantonal, créer un projet pilote à travers une démarche exploratoire. Le but étant de prendre connaissance des critères de la continuité de la prise en soins du client par une approche interinstitutionnelle, notamment : CAPPI/CAPPA et des services de soins à domicile.

Pour ce faire, il serait intéressant de coordonner des colloques de réseau afin d'assurer la transmission et la continuité des soins.

Intégrer l'utilisation de l'échelle « Relationship Form » dans la pratique infirmière pour un suivi de patient ou client en santé mentale.

Le WAI est évalué sur deux volets en autoévaluation, par le client et par l'infirmière. Proposer une intervision par un collègue afin de maximiser l'objectivité dans l'autoévaluation.

En lien avec les métaparadigmes, rendre le client actif dans sa prise en soins en l'incitant à participer à l'évaluation de l'évolution de la relation par la « Relationships Form ».

- Formation initiale ou post-grade

Introduire les outils de mesure dans le module «Sciences Infirmières» afin de mettre en corrélation les théories infirmières et les échelles adaptées à ces dernières. Mise en pratique lors des stages à travers les démarches de soins.

6. RÉFÉRENCES

- American Psychiatric Association. (2003). *DSM-IV-TR* (2e ed.). Masson. Accès <https://psychiatrieweb.files.wordpress.com/2011/12/manuel-diagnostique-troubles-mentaux.pdf>
- Art. 7 de la loi fédérale sur l'ordonnance du DFI sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie du 29 décembre 1995 (=OAMal ; RS 832.112.31)
- Bonsack, C., Pfister, T., & Conus, P. (2006). Insertion dans les soins après une première hospitalisation dans un secteur pour psychose. *L'Encéphale*, 32(5, Part 1), 679–685.
[http://doi.org/10.1016/S0013-7006\(06\)76219-4](http://doi.org/10.1016/S0013-7006(06)76219-4)
- Bovet, P. (2009). Le fait médical, (71), 55–418. Accès <http://www.lefaitmedical.ch/fr/articles/la-schizophrenie-55-418>
- Brooker, C., Tarrier, N., Barrowclough, C., Butterworth, A., & Goldberg, D. (1992). Training community psychiatric nurses for psychosocial intervention. Report of a pilot study. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 160, 836–844. Accès <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1617367>
- CDS. (2006). Introduction de RAI-HC dans les organisations d'aide et de soins à domicile: confirmation. Accès <http://www.spitex.ch/files/1XIDBY6/RAI-HC-Recommandation-CDS-2006-7>
- Chang, L.-R., Lin, Y.-H., Chang, H.-C. W., Chen, Y.-Z., Huang, W.-L., Liu, C.-M., ... Hwu, H.-G. (2013). Psychopathology, rehospitalization and quality of life among patients with schizophrenia under home care case management in Taiwan. *Journal of the Formosan Medical Association*, 112(4), 208–215. <http://doi.org/10.1016/j.jfma.2012.01.018>
- Corbière, M., Bisson, J., Lauzon, S., & Ricard, N. (2006). Factorial validation of a French short-form of the Working Alliance Inventory. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 15(1), 36–45. Accès <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16676684>
- Davis, A. E., Dinitz, S., & Pasamanick, B. (1972). The prevention of hospitalization in schizophrenia: five years after an experimental program. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 42(3), 375–388. Accès <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4335894>
- E.Peplau, H. (1995). *Les relations interpersonnelles en soins infirmiers*. Paris: Masson.
- Forchuk, C. (1995). Development of Nurse-Client Relationships: What Helps? *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 1(5), 146–153. <http://doi.org/10.1177/107839039500100503>

- Forchuk, C. & Brown, B. (1989). Establishing a Nurse-Client Relationship. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 27(2), 30-34.
- Forchuk, C., Jewell, J., Schofield, R., Sircelj, M., & Valledor, T. (1998). From hospital to community: bridging therapeutic relationships. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 5(3), 197–202. Accès <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9807349>
- Forchuk, C., & Voorberg, N. (1991). Evaluation of a community mental health program. *Canadian Journal of Nursing Administration*, 4(2), 16–20. Accès <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2069963>
- Gibbons, C., Dubois, S., Ross, S., Parker, B., Morris, K., Lim, T., & Bédard, M. (2008). Using the Resident Assessment Instrument-Mental Health (RAI-MH) to determine levels of care for individuals with serious mental illness. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 35(1), 60–70. <http://doi.org/10.1007/s11414-007-9088-9>
- Happell, B., Hoey, W., & J Gaskin, C. (2012). The characteristics of consumers receiving case management in the community: a review of literature. *Issues in Mental Health Nursing*, 33(3), 145–148. <http://doi.org/10.3109/01612840.2011.627107>
- Hewitt, J., & Coffey, M. (2005). Therapeutic working relationships with people with schizophrenia: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 52(5), 561–570. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03623.x>
- HON. (2013). Health On the Net Foundation. Accès https://www.healthonnet.org/HONselect/index_f.html.
- Katakura, N., Yamamoto-Mitani, N., & Ishigaki, K. (2010). Home-visit nurses' attitudes for providing effective assistance to clients with schizophrenia. *International Journal of Mental Health Nursing*, 19(2), 102–109. <http://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2009.00641.x>
- Kayama, M., Zerwekh, J., Thornton, K. A., & Murashima, S. (2001). Japanese expert public health nurses empower clients with schizophrenia living in the community. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 39(2), 40–45. Accès <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11215030>
- Le relais. (2012). La schizophrénie [lerelais.ch]. Accès <http://lerelais.ch/wp-content/uploads/2012/08/d%C3%A9pliant-schizophrénie.pdf>

- McGlashan, T. H., & Fenton, W. S. (1993). Subtype progression and pathophysiologic deterioration in early schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 19(1), 71–84. Accès <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8451614>
- OBSAN. (2012). *La santé psychique en Suisse* (No. 52) (p. 101). Accès <http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/fr/index/05/publikationsdatenbank.html?publicationID=4725>
- OFAS. (2014a). Assurance invalidité. Accès <http://www.bsv.admin.ch/themen/iv/00021/index.html?lang=fr>
- OFAS. (2014b). Statistique de l'AI 2013. Accès <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/news/publikationen.html?publicationID=5587>
- OFS. (2012). Statistique de l'aide et des soins à domicile: document explicatif des résultats publiés. Accès <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/03/05/key/02.html>
- OMS. (2001). Impact des troubles mentaux et du comportement. Accès <http://www.who.int/whr/2001/chapter2/fr/index4.html>
- OMS. (2013). Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020. Accès http://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/fr/
- OMS. (2014). Schizophrenia. Accès <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/en/>
- Parker, M. & Smith, M. (2010). Peplau's Nurse-Patient Relationship. *Nursing theories and nursing practice* (3èd) (pp. 75). Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Pepin, J., Kérouac, S., & Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière* (3e ed.). Chenelière Education.
- Poletti, R. (1977). *Les soins infirmiers en quête d'un cadre conceptuel*. Genève: Le Bon Secours.
- Robert, M.-C. (2010). Cadre de référence pour l'offre en prestations des CMS auprès de la clientèle ayant une problématique de Santé Mentale. Accès http://www.avasad.ch/upload/docs/application/pdf/2012-10/cadre_ref_sante_mentale.pdf
- Seematter-Bagnoud, L., Fustinoni, S., Meylan, L., Monod, S., Junod, A., Büla, C., & Santos-Eggimann, B. (2012). Le Resident Assessment Instrument (RAI) et autres instruments d'évaluation, d'orientation et de communication relatifs aux personnes âgées dans le réseau de soins. Accès http://www.iumsp.ch/Publications/pdf/rds191_fr.pdf

- Senn, S. (2011). *Relation entre l'alliance thérapeutique infirmière/patient et les contrôles perçus par le patient en traitement de dépendances*. (Travail de Master conjoint non publié). Haute Ecole Spécialisée de Suisse Occidentale, Université de Lausanne.
- Systeme zur Qualitäts- und Kostensteuerung im Gesundheitswesen. (2009). RAI-HC Suisse. Accès http://www.qsys.ch/products/hcf/hcdetail_franz.htm
- Thifault, M.-C, & Dorvil, H. (2014). Désinstitutionalisation psychiatrique en Acadie, en Ontario Francophone et au Québec, 1930-2013. Accès <http://www.puq.ca/catalogue/livres/desinstitutionnalisation-psychiatrique-acadie-ontario-francophone-quebec-2722.html>
- Washington, G. T. (2013). The theory of interpersonal relations applied to the preceptor-new graduate relationship. *Journal for Nurses in Professional Development*, 29(1), 24–29.
<http://doi.org/10.1097/NND.0b013e31827d0a8a>
- Wills, C. E. (2010). Sharing Decisions with Patients. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 48(3), 4–5. <http://doi.org/10.3928/02793695-20100202-03>

7. ANNEXES

7.1. Invalides bénéficiaires de rente par sexe et genre d'infirmité en Suisse (2013-14)

T6.2 Invalides bénéficiaires de rente en Suisse par sexe et genre d'infirmité, période décembre 2004 - décembre 2013

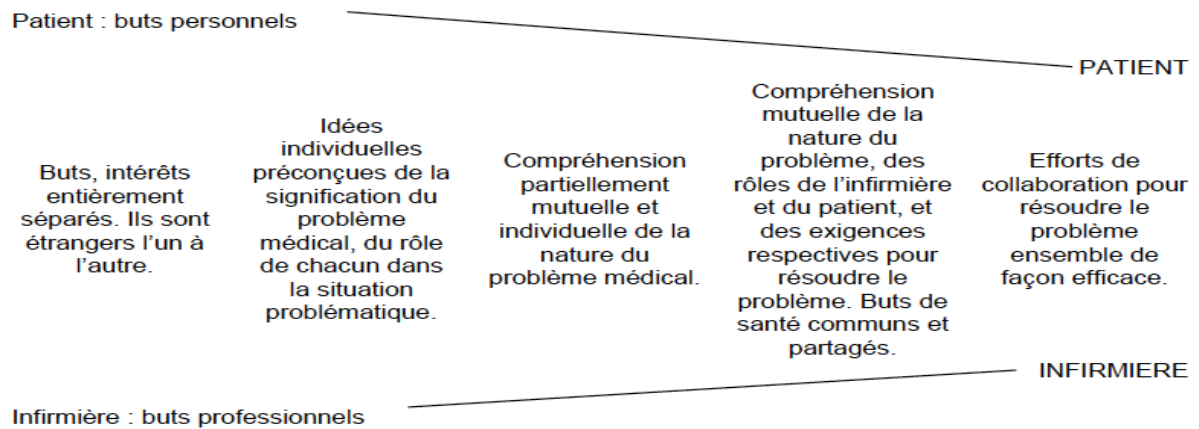
T6.2.1 Nombre de bénéficiaires

Sexe	Année	Infirmité congé- nitale	Maladies psychiques	Système nerveux	Maladie	Os et organes du mouvement	Autres maladies	Total	Acci- dent	Total
Hommes	2004	14'924	46'078	8'360	28'653	20'395	103'486	16'367	134'777	
	2005	15'106	47'899	8'526	28'559	20'048	105'032	16'318	136'456	
	2006	15'159	48'554	8'518	27'639	19'173	103'884	16'014	135'057	
	2007	15'355	49'438	8'541	26'895	18'286	103'160	15'753	134'268	
	2008	15'501	50'093	8'600	25'858	17'569	102'120	15'419	133'040	
	2009	15'629	50'439	8'591	24'667	16'855	100'552	14'972	131'153	
	2010	15'765	50'783	8'636	23'442	16'197	99'058	14'507	129'330	
	2011	15'863	51'239	8'713	22'156	15'681	97'789	13'987	127'639	
	2012	15'898	51'446	8'752	20'951	15'033	96'182	13'461	125'541	
	2013	15'862	51'329	8'833	19'555	14'525	94'242	12'831	122'935	
Femmes ¹	2004	12'728	43'115	7'863	24'040	13'624	88'642	7'510	108'880	
	2005	12'909	46'377	8'429	25'513	14'293	94'612	7'851	115'372	
	2006	12'868	47'064	8'387	24'799	13'790	94'040	7'692	114'600	
	2007	12'882	47'797	8'481	23'825	13'430	93'533	7'579	113'994	
	2008	12'945	48'915	8'548	22'950	13'085	93'498	7'405	113'848	
	2009	12'907	49'485	8'601	21'981	12'753	92'820	7'237	112'964	
	2010	12'864	49'953	8'619	20'859	12'356	91'787	6'924	111'575	
	2011	12'850	50'527	8'757	19'790	12'084	91'158	6'686	110'694	
	2012	12'806	50'829	8'860	18'655	11'747	90'091	6'389	109'286	
	2013	12'693	50'798	8'927	17'483	11'458	88'666	6'047	107'406	
Hommes et femmes ¹	2004	27'652	89'193	16'223	52'693	34'019	192'128	23'877	243'657	
	2005	28'015	94'276	16'955	54'072	34'341	199'644	24'169	251'828	
	2006	28'027	95'618	16'905	52'438	32'963	197'924	23'706	249'657	
	2007	28'237	97'235	17'022	50'720	31'716	196'693	23'332	248'262	
	2008	28'446	99'008	17'148	48'808	30'654	195'618	22'824	246'888	
	2009	28'536	99'924	17'192	46'848	29'608	193'372	22'209	244'117	
	2010	28'629	100'736	17'255	44'301	28'553	190'845	21'431	240'905	
	2011	28'713	101'766	17'470	41'946	27'765	188'947	20'673	238'333	
	2012	28'704	102'275	17'612	39'606	26'780	186'273	19'850	234'827	
	2013	28'555	102'127	17'760	37'038	25'983	182'908	18'878	230'341	

1 L'âge de la retraite AVS des femmes a augmenté d'une année en 2005.

Tiré de l'OFAS, 2013

7.2. Continuum démontrant les changements dans les relations infirmières – patients.



Tiré de Peplau, 1995

7.3. Echelle de la Relationships Form

FIGURE
Community Mental-Health-Promotion Program Phases of Nurse-Client Relationship*

Date of Visit _____

Name: _____

	Orientation Phase	Working Phase	Resolution Phase	
	Orientation	Identification	Exploitation	
Client:	<ul style="list-style-type: none"> Seeks assistance. Conveys educative needs. Asks questions. Tests parameters. Shares preconceptions and expectations of nurse due to past experience. 	<ul style="list-style-type: none"> Participates in identifying problems. Begins to be aware of time. Responds to help. Identifies with nurse. Recognizes nurse as a person. Explores feelings. Fluctuates dependence, independence and interdependence in relationship with nurse. Increases focal attention. Changes appearance (for better or worse). Understands purpose of meeting. Maintains continuity between sessions (process and content). 	<ul style="list-style-type: none"> Makes full use of services. Identifies new goals. Attempts to attain new goals. Rapid shifts in behavior; dependent <---> independent. Exploitative behavior. Realistic exploitation. Self-directing. Develops skills in interpersonal relationships and problem-solving. Displays changes in manner of communication (more open, flexible). 	<ul style="list-style-type: none"> Abandons old needs. Aspires to new goals. Becomes independent of helping person. Applies new problem-solving skills. Maintains changes in style of communication and interaction. Positive changes in view of self. Integrates illness. Exhibits ability to stand alone.
Nurse:	<ul style="list-style-type: none"> Respond to emergency. Give parameters of meetings. Explain roles. Gather data. Help patient identify problem. Help patient plan use of community resources and services. Reduce anxiety and tension. Practice non-directive listening. Focus patient's energies. Clarify preconceptions and expectations of nurse. 	<ul style="list-style-type: none"> Maintain separate identity. Exhibits ability to edit speech or control focal attention. Testing maneuvers decrease. Unconditional acceptance. Help express needs, feelings. Assess and adjust to needs. Provide information. Provide experiences that diminish feelings of helplessness. Do not allow anxiety to overwhelm patient. Help patient to focus on cues. Help patient develop responses to cues. Use word stimuli. 	<ul style="list-style-type: none"> Continue assessment. Meet needs as they emerge. Understand reason for shifts in behavior. Initiate rehabilitative plans. Reduce anxiety. Identify positive factors. Help plan for total needs. Facilitate forward movement of personality. Deal with therapeutic impasse. 	<ul style="list-style-type: none"> Sustain relationship as long as patient feels necessary. Promote family interaction. Assist with goal setting. Teach preventive measures. Utilize community agencies. Teach self care. Terminate nurse-client relationship.

*NOTE: Phases Are Overlapping

Date Completed: _____ Signatures: _____

Peplau, H.E. *Interpersonal Relations in Nursing*. New York: G.P. Putnam's Sons, 1952.
 Nordall, D., Sato, A. *Peplau's Model Applied to Primary Nursing in Clinical Practice*, in J. Riehl and C. Roy (ed.) *Conceptual Models for Nursing Practice*. New York: Appleton-Century-Crofts, 1980.
 Peplau, H.E. audio-tape series. San Antonio, Texas: P.F.S. Productions, 1973.

7.4. Echelle du Working Alliance Inventory – Version courte

1. Je crois que mon infirmière de référence m'aime bien						
1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Très rarement	À l'occasion	De temps en temps	Souvent	Très souvent	Toujours
2. J'ai confiance que mon infirmière de référence est capable de m'aider						
1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Très rarement	À l'occasion	De temps en temps	Souvent	Très souvent	Toujours
3. Ma relation avec mon infirmière de référence est importante pour moi						
1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Très rarement	À l'occasion	De temps en temps	Souvent	Très souvent	Toujours
4. Je sens que mon infirmière de référence se soucie de moi, même si je fais des choses qu'elle n'approuve pas						
1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Très rarement	À l'occasion	De temps en temps	Souvent	Très souvent	Toujours

5. Mon infirmière de référence et moi, nous nous entendons sur les étapes à suivre pour améliorer ma situation						
1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Très rarement	À l'occasion	De temps en temps	Souvent	Très souvent	Toujours
6. Je comprends parfaitement mes responsabilités dans le travail avec mon infirmière de référence.						
1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Très rarement	À l'occasion	De temps en temps	Souvent	Très souvent	Toujours
7. Nous nous entendons sur ce qui est important						
1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Très rarement	À l'occasion	De temps en temps	Souvent	Très souvent	Toujours
8. Je crois que ce que nous faisons pour régler mon problème est correct						
1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Très rarement	À l'occasion	De temps en temps	Souvent	Très souvent	Toujours

9. J'ai des inquiétudes quant aux résultats de nos rencontres

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Très rarement	À l'occasion	De temps en temps	Souvent	Très souvent	Toujours

10. Les buts actuels de nos rencontres sont importants pour mon infirmière de référence

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Très rarement	À l'occasion	De temps en temps	Souvent	Très souvent	Toujours

11. Nous travaillons à l'atteinte de buts sur lesquels nous nous sommes entendus ensemble

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Très rarement	À l'occasion	De temps en temps	Souvent	Très souvent	Toujours

12. Nos rencontres m'ont permis d'être plus clair sur comment je pourrais être capable de changer

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Très rarement	À l'occasion	De temps en temps	Souvent	Très souvent	Toujours

Working Alliance Inventory de Horvath & Greenberg (1989), version courte traduit et validé en français Corbière et al (2006)

13. Percevez-vous les contrôles de prise d'alcool et/ou drogue, faits par l'infirmière, comme un élément pesant? (marquez d'un trait vertical ou vous vous situez entre les deux extrêmes de l'échelle)

Peu pesant extrêmement pesant

Tiré de Senn, 2011

7.5. Grilles d'analyse d'article scientifique

Titre, date	Training community psychiatric nurses for psychosocial intervention. Report of a pilot study. (1992)
Auteurs, revue	Brooker C, Tarrier N, Barrowclough C, Butterworth A, Goldberg D. (1992). Training community psychiatric nurses for psychosocial intervention. Report of a pilot study. <i>British Journal of Psychiatry</i> 160, 836-844
Bibliographie	Se référer à l'article.
Structure IMRD	Présente.
Critères inclusion/exclusion	<u>Inclusion</u> Client vivant avec un parent ou un proche aidant. Famille et client devaient parler et lire l'anglais pour compléter les résultats. <u>Exclusion</u> Base organique au diagnostic de schizophrénie.
Contexte, épidémiologie	9 infirmières de santé publique (aucunes différences significatives entre les soignants) recrutées par publicité dans la presse nationale et réparties dans deux groupes (expérimental et témoin). Recherche mise en place par le ministère de la santé. Angleterre.
Population, échantillon	Diagnostic récent de schizophrénie par un psychiatre, âgés de 16 à 65 ans. Echantillon de 47 familles randomisées en deux groupes : → Groupe expérimental : n = 17 Infirmières : ont appris à répondre à des mesures de résultats. Évaluation détaillée des besoins de chaque membre de la famille, éducation à la santé pour tous les membres de la famille, programme de gestion de stress familial, objectif visant à accroître le fonctionnement social et personnel du client. Infirmières formées en 6 semaines au programme CPN (infirmières psychiatriques communautaires). → Groupe témoin : n = 13 Infirmières : visites de routines pour administrer les médicaments, surveillance de l'état mental, soutien aux membres de la famille.
Temporalité	Client et leur famille recrutés un mois avant l'intervention. Intervention sur 6 mois puis un suivi sur 6 mois.
Type d'étude	Essai clinique randomisé. Evaluation comparative mixte prospective longitudinale.
Résultats	Intégration communautaire Amélioration de la cotation des symptômes : dépression, anxiété, délires et retard améliorés sur l'année du suivi. Une ré-hospitalisation dans chacun des deux groupes. Maintien dans la communauté pendant de longues périodes avec combinaison de soins à domicile, soutien familial et médication. Adaptation sociale : améliorée dans le groupe expérimental deux ans après l'intervention et lors du suivi. Aucun changement dans le groupe témoin. Fonctionnement personnel : significativement plus élevé dans le groupe expérimental. Estimation des changements positifs par la famille dans le groupe expérimental. Significativement supérieur après l'intervention. Pas d'amélioration chez les témoins. Relation interpersonnelle Intervention psychosociale permettant une compréhension de la maladie et fournissant des informations qui permettent l'adaptation. Alliance avec les familles pour favoriser une bonne atmosphère réduisant les facteurs de rechutes. Inclure le besoin des familles. Les infirmières relèvent le manque de pluridisciplinarité.

Limites	n = 47 → n = 30 Groupe expérimental n=1 sans prescription de neuroleptique. Degré de confiance de randomisation remis en question. Compétences des infirmières avant la fréquentation des cours. Programme sans le concept de la relation interpersonnelle. Evaluation du programme par la famille.
Recommandations	Absente.
Critiques personnelles Niveau de preuve	Niveau de preuve 2
Intérêt en fonction du sujet	Fournir une intervention psychosociale aux clients ayant reçu un diagnostic de schizophrénie vivant à la maison avec un parent. Comparer les résultats obtenus du groupe de la formation CPN au groupe témoin sur l'intervention psychosociale.
Mots-clés [utilisés par l'auteur]	Adolescent, adult, aged , community mental health centers, family, female, follow-up studies, hospitalization, hospitals, psychiatric, humans, intervention studies, length of stay, male, mental health, services/manpower*, middle aged, nurse-patient relations, pilot projects, psychiatric nursing/economics, psychiatric nursing/education*, schizophrenia*/drug therapy, schizophrenic psychology

Titre, date	Psychopathology, rehospitalization and quality of life among patients with schizophrenia under home care case management in Taiwan (2013)
Auteurs, revue	Chang, L.-R., Lin, Y.-H., Chang, H.-C. W., Chen, Y.-Z., Huang, W.-L., Liu, C.-M., ... Hwu, H.-G. (2013). Psychopathology, rehospitalization and quality of life among patients with schizophrenia under home care case management in Taiwan. <i>Journal of the Formosan Medical Association</i> , 112(4), 208–215.
Bibliographie	Se référer à l'article.
Structure IMRD	Présente.
Critères inclusion/exclusion	<u>Inclusion</u> Patients adultes (25-65 ans) souffrant de schizophrénie ayant eu plusieurs hospitalisations et bénéficiant de soins à domicile. <u>Exclusion</u> Différences sociales.
Contexte, épidémiologie	Etudier l'efficacité d'un programme communautaire de soins à domicile d'un groupe de patients souffrant de schizophrénie afin de limiter le taux de ré-hospitalisation. Cette étude délimite la relation entre la psychopathologie, les taux de ré-hospitalisation et la qualité de vie liés à la santé des patients.
Population, échantillon	60 patients souffrant de schizophrénie. Equipe pluridisciplinaire (psychiatres, infirmières spécialisées, travailleurs sociaux).
Temporalité	12 mois.
Type d'étude	La conception de l'étude est une combinaison d'une étude transversale (évaluant la qualité de vie et la psychopathologie) et d'une étude rétrospective de contrôle pour comparer l'amélioration de l'état clinique.
Résultats	Diminution du taux de ré-hospitalisation et des jours d'hospitalisation pour les patients ayant suivi le programme. Le suivi à domicile a aidé à diminuer la ré-hospitalisation des patients. La plupart des patients avait fait des études de niveau secondaire ou au-dessous (76,7%). Seulement 14 (23,3%) patients étaient mariés ou cohabitait avec un colocataire et neuf (15 %) étaient employés. La durée de la maladie n'a pas de corrélation significative avec la relation. Les clients ayant un emploi ont vu une réduction plus importante du nombre d'admission et la fréquence des admissions. Il est difficile d'évaluer la qualité de vie car les échelles ne sont pas adaptées aux patients souffrant de psychopathologie.
Limites	Pas d'évaluation neurocognitive ni de vérification de compliance aux traitements. Exclusion des conditions médicales ou psychiatriques qui peuvent interférer avec l'amélioration de l'état (HRQoL). (Exemple : schizophrénie et démence) Ne tient pas compte des mesures sociales se référant aux relations avec la communauté. Les critères d'exclusion ont pu causer un biais de sélection ; de ce fait, l'échantillon actuel pourrait ne pas être représentatif de la schizophrénie.
Recommandations	<ul style="list-style-type: none"> - Maintenir les relations interpersonnelles. - Formation spécialisée pour les infirmières en santé mentale. - Observance de la compliance aux traitements. - Téléphone d'urgence 24h/24h pour venir en aide lors de décompensation ou d'angoisse.
Critiques personnelles Niveau de preuve	Faible échantillon, les chercheurs ne tiennent pas compte des autres pathologies dont peut souffrir le patient ce qui peut influencer la prise en

	soins. L'utilisation des échelles n'est pas expliquée, elles sont simplement mentionnées. Niveau de preuve 3
Intérêt en fonction du sujet	Cet article est pertinent pour notre recherche : il donne des recommandations claires qui permettent un maintien à domicile des patients souffrant de schizophrénie afin de diminuer le taux de ré-hospitalisation.
Mots-clés [utilisés par l'auteur]	No-intensive case management; quality of life; rehospitalization; schizophrenia

Titre, date	The prevention of hospitalization in schizophrenia: Five Years After an Experimental Program. (1972)
Auteurs, revue	Ann E. Davis Ph.D., Simon Dinitz Ph.D. and Dr. Benjamin Pasamanick M.D. (1972) The prevention of hospitalization in schizophrenia : Five years after an experimental program. <i>American Journal of orthopsychiatry</i> 42(3), 375-88
Bibliographie	Se référer à l'article.
Structure IMRD	Absente.
Critères inclusion/exclusion	<u>Inclusion</u> Client pathologiquement comparable avec la population hospitalisée. Famille prête à assurer la supervision du patient. <u>Exclusion</u> Tendances suicidaires ou meurtrières.
Contexte, épidémiologie	Institute Treatment center (ITC), Louisville, l'État du Kentucky, USA. Le personnel soignant ignore quel groupe est sous médicaments et lequel sous placebos.
Population, échantillon	Clients avec diagnostic de psychotiques schizophrènes aigus. Entre 18 et 62 ans. Echantillon tiré au hasard de l'hôpital psychiatrique de Louisville, réparti aléatoirement en 3 groupes : → Clients chez eux sous médicaments et soins infirmiers à domicile (40%) → Clients chez eux sous placebos et soins infirmiers à domicile (30%) → Clients allant aux consultations ambulatoires sous médicaments (30%)
Temporalité	Durée du programme ITC : 2 ans et demi. Analyse du programme : Post-ITC 5 ans.
Type d'étude	Evaluation comparative mixte. Etude de cohorte rétrospective longitudinale.
Résultats	Clients chez eux sous médicaments et soins infirmiers à domicile <u>Durant ITC</u> : 77% restés dans la communauté, amélioration importante de l'état mental, psychologique, fonctionnement interne et participation sociale. Episodes psychotiques contrôlés à la maison. Réduction importante des problèmes comportementaux. Compliance aux traitements. <u>Post ITC¹⁶</u> : 61% des clients ré-hospitalisés. Etat psychologique amélioré dans la période qui a suivi la fin des soins à domicile, puis détérioré. Statut psychiatrique en détérioration au fil du temps. Détérioration du comportement. Environs 51% des clients ont réduit leur participation sociale. Clients chez eux sous placebos et soins infirmiers à domicile <u>Durant ITC</u> : 34% sont restés dans la communauté, amélioration moyenne de l'état mental, psychologique, fonctionnement interne et participation sociale. Episodes psychotiques contrôlés à la maison. Meilleurs résultats en termes de réduction des problèmes comportementaux. <u>Post ITC¹⁷</u> : 57% des clients ré-hospitalisé. Etat psychologique empiré dans la période qui a suivi la fin des soins à domicile. Statut psychiatrique en détérioration au fil du temps. Stabilité du comportement. Amélioration des activités sociales.

¹⁶ Cinq ans après l'étude ITC. Les soins infirmiers à domicile ont été stoppés.

¹⁷ A la fin du projet des 2 ans et demi, les clients du groupe placebo ont reçu les soins et médicaments

	<p>Clients allant aux consultations ambulatoires sous médicaments</p> <p><u>Durant ITC</u> : Plus d'échecs et d'hospitalisations, amélioration légère de l'état mental, psychologique, fonctionnement interne et participation sociale. Réduction des problèmes comportementaux. Non compliance au traitement.</p> <p><u>Post ITC</u> : 61% des clients ré-hospitalisés. Etat psychologique dans position intermédiaire. Ajustement à la communauté moins bon au fil du temps que les 2 autres groupes. Environ 51% des clients ont réduit leur participation sociale.</p> <p>Facteurs favorisant le succès d'adaptation communautaire évitant la ré-hospitalisation : Clients et familles coopératifs, compliance au traitement, succès d'interaction avec le personnel soignant. Clients moins dépendant des membres de la famille, plus susceptibles d'être employés et mariés.</p> <p>Facteurs de risque de l'adaptation communautaire menant à la ré-hospitalisation : Faible statut social, sexe féminin. Les plus malades atteints de schizophrénie paranoïaque, perception perturbée. Clients et familles moins non coopératives, psychopathologies familiales, non compliance aux traitements. Clients souvent célibataires et dépendants des autres, moins souvent à l'extérieur de sa maison.</p>
Limites	<p>Le nombre total de l'échantillon n'est pas mentionné.</p> <p>L'étude parle de résultats statistiquement significatifs sans chiffre.</p> <p>La plupart des résultats sont statistiquement non significatifs.</p> <p>Programme sans le concept de la relation interpersonnelle.</p>
Recommandations	Absente.
Critiques personnelles Niveau de preuve	<p>Trois modalités de prise en soins psychiatriques sont évaluées dans un contexte domiciliaire.</p> <p>Niveau de preuve 2</p>
Intérêt en fonction du sujet	Evaluer 3 modalités de prise en charge psychiatrique en testant les soins et le soutien à domicile. Déterminer si l'ITC soins infirmiers à domicile avait un effet durable.
Mots-clés [utilisés par l'auteur]	Adolescent, Adult, Aftercare, Community Mental Health Services, Employment, Evaluation Studies as Topic, Female, Follow-Up Studies, Hospitalization, Hospitals, Psychiatric, Humans, Interpersonal Relations, Male, Marriage, Middle Aged, Placebos, Psychiatric Status Rating Scales, Public Health Nursing, Schizophrenia, Social Adjustment, Social Behavior

Titre, date	Evaluation of a Community Mental health Program (1991)
Auteurs, revue	Forchuk, C., Voorberg, N. (1991). Evaluation of a community mental health program. <i>Canadian journal of nursing administration</i> , 4(2), 16-20.
Bibliographie	Se référer à l'article.
Structure IMRD	Présente.
Critères inclusion/exclusion	<u>Inclusion</u> Individus avec invalidité psychiatrique chronique. Aucune affiliation avec une autre agence de santé mentale. L'individu doit être enclin à accepter un directeur de cas de santé mentale et être d'accord avec une relation à long terme. Le service de conseil inclut des individus et des familles où il y a eu une maladie mentale identifiée ou un risque de la maladie mentale. <u>Exclusion</u> Pas mentionnés.
Contexte, épidémiologie	Département Hamilton- Wentworth de Services de Santé Publique Canada.
Population, échantillon	91 clients (féminins/masculins) invalidité psychiatrique chronique majoritairement schizophrénie n = 91 → n = 85 3 groupes → Gestion de cas ET de groupe : 25 à 65 ans → Le service de conseil : 18 à 65 ans
Temporalité	Deux ans.
Type d'étude	Enquête rétrospective, formulaires remplis par les infirmiers. Etude descriptive, qualitative, série de cas.
Résultats	Ces découvertes indiquent le progrès des clients concernant le développement interpersonnel et les compétences de résolution de problèmes; leur capacité d'atteindre des buts individualisés liés à l'efficacité dans les activités de vie quotidienne; réduction d'isolement social; et la capacité d'utiliser l'hospitalisation de façon appropriée. Utilisation de la relation interpersonnelle comme outil thérapeutique avec l'utilisation des phases, des compétences d'apprentissage et de résolution de problème.
Limites	n = 91 → n = 85 Difficile de comparer ces découvertes aux découvertes d'autres programmes de santé mentale communautaires: - Variété dans le cadre et les instruments utilisés - Diversité dans la théorie utilisée - Différences de la population et l'environnement de la population 1. Prend en compte d'autres aspects que les soins infirmiers pouvant avoir influencé les résultats des patients. 2. Les instruments, bien que tirés des théories décrites, ont été développés spécifiquement pour le programme et n'avaient pas subi le test plus large. 3. Le petit échantillon Traite de toutes les pathologies psychiatriques chroniques invalidantes.
Recommandation	L'application de technique d'évaluation peut améliorer la qualité des programmes de santé mentale communautaires. L'évaluation formatrice fournit les informations qui peuvent être utilisées pour modifier la pratique.
Critiques personnelles Niveau de preuve	Etude descriptive, qualitative, série de cas. Faible niveau de preuve, niveau 4. Obtention de l'échantillon par sélection groupée.
Intérêt en fonction du sujet	Le but de cette évaluation formatrice était d'identifier les forces et les faiblesses d'un programme de promotion de la santé mentale communautaire (CMP).

	<p>1. Basé sur la communauté.</p> <p>2. Fournit des services de gestion de cas aux adultes qui ont des antécédents de maladie mentale chronique ou sont à risque de développer une maladie mentale.</p> <p>3. Les infirmières de santé publique fournissent les services utilisant une théorie et un modèle de réadaptation psychiatrique comme la base pour la pratique.</p> <p>4. La visite à domicile est le mode de prestation de service sur la base de critères de référence pour dépister les maladies mentales.</p>
Mots-clés [utilisés par l'auteur]	<p>Community health nursing/organization & administration, community health nursing/standards*, community mental health services/organization & administration, community mental health services/standards*, humans, nursing audit, nursing theory*, organizational objectives, outcome and process assessment (health care)/methods*, program evaluation/methods*, retrospective Studies</p>

Titre, date	Development of nurse-client relationship : What helps ? (1995)
Auteurs, revue	Forchuk, C. (1995). Development of Nurse-Client Relationships: What Helps? <i>Journal of the American Psychiatric Nurses Association</i> , 1(5), 146-153.
Bibliographie	Se référer à l'article.
Structure IMRD	Présente.
Critères inclusion/exclusion	<u>Inclusion</u> Pas mentionnés. <u>Exclusion</u> Pas mentionnés.
Contexte, épidémiologie	Au début de l'étude, un groupe de clients est hospitalisé et l'autre se trouve au sein de la communauté.
Population, échantillon	124 infirmières ; âge moyen de 39,7 ans; moyenne des années d'expérience dans les soins psychiatriques de 12,5 ans. 124 clients, avec majoritairement un diagnostic de schizophrénie et troubles affectifs ; âge moyen de 44,1 ans.
Temporalité	Six mois.
Type d'étude	Etude secondaire d'une étude de cohorte (enquête analytique). Etude longitudinale de type prospective.
Résultats	Les clients plus âgés progressent dans la relation plus lentement. Les infirmières plus expérimentées progressent plus rapidement dans la relation. Les clients qui se sont trouvés dans la communauté ont maintenu la relation avec leur infirmière pendant toute la durée de l'étude. Les clients qui restent longtemps dans la phase d'orientation ont été précédemment ré-hospitalisés à plusieurs reprises avec une durée importante. Le temps passé par mois dans les interactions positives permet une durée plus courte pour la phase d'orientation. La durée, la fréquence et la qualité de l'interaction entre l'infirmière et le client sont des variables modifiables. Elles peuvent favoriser le passage à la phase de travail de la relation client-infirmière. La qualité et la nature des relations client-infirmier sont fortement liées au nombre de ré-hospitalisations et à la durée de ces dernières.
Limites	La population et les contextes sont hétérogènes.
Recommandations	Cette étude suggère qu'une séance de 30 minutes est plus pertinente que trois séances de 10 minutes et conseille de changer la planification des soins infirmiers pour atteindre la phase de travail (Peplau) dans un délai plus court.
Critiques personnelles Niveau de preuve	Cette étude permet de mettre en lumière des éléments quantitatifs à l'aide de deux échelles concernant la prise en soins de personnes souffrant de maladies psychiatriques. Niveau de preuve 2
Intérêt en fonction du sujet	Cette étude détaille les conditions pour établir une relation avec les clients et les facteurs qui influencent la durée de la phase d'orientation.
Mots-clés [utilisés par l'auteur]	Pas mentionnés

Titre, date	From hospital to community bridging therapeutic relationships (1998)
Auteurs, revue	Forchuk C., Jewell J., Schofield R., Sircelj M. & Valledor T. (1998) From hospital to community bridging therapeutic relationships. <i>Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing</i> 5(3), 197–202
Bibliographie	Se référer à l'article.
Structure IMRD	Absente.
Critères inclusion/exclusion	<u>Inclusion</u> Individus à hospitalisation psychiatrique pour schizophrénie prolongée. <u>Exclusion</u> Pas mentionnés.
Contexte, épidémiologie	Département Hamilton- Wentworth de Services de Santé Publique et santé mentale Ontario – Canada.
Population, échantillon	1 client masculin de 52 ans – diagnostic médical schizophrénie paranoïde chronique diagnostiqué il y a 30 ans.
Temporalité	Pas mentionnée.
Type d'étude	Enquête rétrospective. Etude descriptive, qualitative, exemple de cas.
Résultats	La relation interpersonnelle de Peplau inclut le chevauchement des relations du personnel pour faciliter les transitions, inclusion des rôles thérapeutique et l'inclusion de la famille et les pairs aux relations thérapeutiques.
Limites	Echantillon non représentatif de la population. Pas d'instrument de mesure de l'intégration communautaire. Programme ciblé sur la transition hôpital/communauté. Pas de temporalité (le processus interpersonnel sur combien de temps ? au bout de combien de temps résultats probants ?)
Recommandations	Absente.
Critiques personnelles Niveau de preuve	Echantillon non représentatif de la population, les autres pathologies ne sont pas prises en compte. Faible niveau de preuve, niveau 4.
Intérêt en fonction du sujet	Projet « Bridge » : personnel hospitalier, communautaire et consommateur en santé mentale ont pris part à un projet de recherche conçu pour : Aider les individus à l'hospitalisation psychiatrique prolongée à s'intégrer avec succès à la communauté. Décrire les fondements théoriques du projet, qui est une extension de la théorie de Peplau des relations thérapeutiques. Promouvoir la santé par le développement de la relation interpersonnelle, la résolution de problèmes et les compétences de la vie de la communauté.
Mots-clés [utilisés par l'auteur]	Continuity of patient care/organization & administration*, humans, job, description, male, middle aged, nurse-patient relations*, nursing theory, patient discharge*, program evaluation, psychiatric nursing/organization & administration*, public health nursing/organization & administration*, schizophrenia/nursing*

Titre, date	Therapeutic working relationships with people with schizophrenia: literature review (2005)
Auteurs, revue	Hewitt, J., & Coffey, M. (2005). Therapeutic working relationships with people with schizophrenia: literature review. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 52(5), 561–570.
Bibliographie	Se référer à l'article.
Structure IMRD	Absente.
Critères inclusion/exclusion	<u>Inclusion</u> Contexte psychiatrique avec schizophrénie. Ecoles des pensées. Population schizophrène. <u>Exclusion</u> Pas mentionnés.
Contexte, épidémiologie	Démontrer la nécessité de développer une relation interpersonnelle entre le patient souffrant de schizophrénie et l'infirmière. S'appuyant sur la revue de la littérature.
Population, échantillon	Population souffrant de schizophrénie.
Temporalité	Pas mentionnée.
Type d'étude	Revue de la littérature, qualitative.
Résultats	Les professionnels estiment grandement la relation thérapeutique et sa contribution au rétablissement est considérable, mais insuffisante. La thérapie comportementale cognitive peut s'avérer plus appropriée pour la pratique de soins en santé mentale. La relation interpersonnelle doit être incorporée dans la philosophie de soins pour promouvoir le renforcement du processus thérapeutique. La thérapie comportementale cognitive semble plus efficace que la relation thérapeutique.
Limites	Pas mentionnées.
Recommandations	Thérapie cognitive comportementale
Critiques personnelles Niveau de preuve	Revue de la littérature qui discute les approches relationnelles, basée sur la posture infirmière et menée par des psychiatres et psychologues. De nombreux auteurs sont cités mais pas H. Peplau fondatrice de la relation interpersonnelle. Il traite de la relation entre le patient et le professionnel de la santé. Niveau de preuve 5.
Intérêt en fonction du sujet	Intéressant pour la discussion car la relation entre le soignant et le patient est critiquée à plusieurs points de vue. Certains préconisent des groupes de parole tandis que d'autres favorisent les entretiens individuels.
Mots-clés [utilisés par l'auteur]	cognitive behavioural therapy, literature review, nurse–patient relationships, therapeutic alliances, therapeutic relationships, working alliances

Titre, date	Home-visit nurses' attitudes for providing effective assistance to clients with schizophrenia (2010)
Auteurs, revue	Katakura, N., Yamamoto-Mitani, N., & Ishigaki, K. (2010). Home-visit nurses' attitudes for providing effective assistance to clients with schizophrenia. <i>International Journal of Mental Health Nursing</i> , 19(2), 102–109
Bibliographie	Se référer à l'article.
Structure IMRD	Absente.
Critères inclusion/exclusion	<u>Inclusion</u> Patients âgés entre 20 et 60 ans. Schizophrène. Soins à domicile. <u>Exclusion</u> Pas mentionnés.
Contexte, épidémiologie	Au Japon, le système sanitaire favorise la désinstitutionalisation car les hôpitaux sont surchargés. Le but étant d'identifier les attitudes de l'infirmière à domicile avec des clients schizophrènes. Développer un cadre afin de comprendre comment l'infirmière acquiert les attitudes d'une relation thérapeutique permettant une stabilisation de l'état.
Population, échantillon	Au total, sept infirmières (femmes) travaillant dans une institution prodiguant des soins à domicile avec un ou deux patients schizophrènes. Toutes les infirmières avaient une expérience allant de deux à neuf ans dans les soins à domicile. Quatre n'avaient aucune expérience dans la santé mentale. Huit clients souffrant de schizophrénie vivant à leur domicile. Ils étaient hospitalisés dans des services psychiatriques avant le début des soins à domicile. Au moment de l'entretien, les clients étaient suivis à leur domicile depuis deux à huit ans. -2 clients et leurs familles ont demandé les soins à domicile. -4 clients et familles ont accepté les soins à domicile. -2 clients pris en soins par des infirmières communautaires.
Temporalité	Deux ans.
Type d'étude	Etude analytique et descriptive.
Résultats	Le soignant et le client doivent être égaux dans la relation thérapeutique. L'infirmière doit être honnête avec le patient, être à l'écoute de ses besoins et ses attentes et ne pas le juger mais le soutenir dans ses choix. Le client a des ressources innées qu'il faut exploiter. Pas de ré-hospitalisation pour les patients durant l'étude.
Limites	Petit échantillon.
Recommandations	Acquérir une éducation thérapeutique efficace, les infirmières à domicile doivent non seulement entrer en contact avec des clients présentant des maladies mentales, mais doivent aussi prendre conscience de leurs propres idées reçues.
Critiques personnelles Niveau de preuve	Cet article met en avant la relation thérapeutique, mais H. Peplau n'est pas mentionnée. De plus, les résultats sont peu clairs et l'échantillon pas assez représentatif. Niveau de preuve 4.
Intérêt en fonction du sujet	Cette recherche est retenue malgré le faible échantillon, la totalité des clients n'a pas été ré-hospitalisé grâce à la relation établie entre l'infirmière et le patient. L'intégration communautaire est le principe même de la stabilisation de la maladie
Mots-clés [utilisés par l'auteur]	community mental health nursing, home-visit nursing, nursing attitude, schizophrenia.

Titre, date	Japanese expert public health nurses empower clients with schizophrenia living in the community (2001)
Auteurs, revue	Kayama, M., Zerwekh, J., Thornton, K. & Murashima, S. (2001). Japanese expert public health nurses empower clients with schizophrenia living in the community. <i>Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services</i> , 39(2), 40.
Bibliographie	Se référer à l'article.
Structure IMRD	Présente.
Critères inclusion/exclusion	<u>Inclusion</u> Pas mentionnés. <u>Exclusion</u> Pas mentionnés.
Contexte, épidémiologie	Visites d'infirmières à domicile auprès de clients souffrant de schizophrénie à Tokyo.
Population, échantillon	12 infirmières de santé publique avec une moyenne de 26 ans d'expérience dans les soins communautaires.
Temporalité	Il n'est pas mentionné où ont eu lieu les entretiens pour fournir une description de leurs visites.
Type d'étude	Etude rétrospective (Enquête descriptive).
Résultats	<p>A partir des propos réels, les informations ont été classées en cinq objectifs lors des visites à domicile, autour du concept d'autonomie :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Etablir des relations infirmière-client. -Encourager les clients à chercher et demander de l'aide. -Agir en tant que porte-parole des clients auprès de la communauté. -Respecter le choix du client au sujet des ré-hospitalisations. -Apporter à la famille du client des éclairages. <p>Lors du passage à domicile, l'infirmière cherche à promouvoir un sentiment de sécurité et de secours. Pour cela, six compétences sont mises en avant :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Si le client refuse la visite à domicile, elle n'insiste pas mais négocie pour revenir ultérieurement. 2. A travers la communication verbale et non verbale, l'infirmière se montre alliée du client et de la famille. 3. Face à des problèmes de voisinage en lien avec la maladie, l'infirmière cherche à écouter le client pour comprendre son vécu et apporter des éclairages à la situation. 4. L'infirmière recueille des informations auprès de la famille et de la communauté pour comprendre le refus de la visite chez le client. 5. L'infirmière se montre totalement disponible auprès des clients et de leur famille lorsque ces derniers reconnaissent leurs problèmes, leurs difficultés et le besoin d'aide. <p>L'infirmière en santé publique affirme que les clients ont droit à l'erreur, ont le droit de reconnaître leurs difficultés et le besoin d'aide même si cela prend parfois beaucoup de temps.</p>
Limites	Pas mentionnées.
Recommandations	Cette étude encourage une documentation plus détaillée de la pratique infirmière dans le contexte domiciliaire afin d'affiner le cahier des charges de l'infirmière dans ce contexte et son implantation outre-mer.
Critiques personnelles Niveau de preuve	<p>Cette étude décrit la prise en soins des infirmières dans un contexte exclusivement domiciliaire au Japon. Cette approche nous questionne sur la démarche infirmière en tenant compte du respect et des valeurs culturelles au sein des programmes de santé mentale dans les pays d'Asie et leur transposition sur le territoire européen.</p> <p>Niveau de preuve 4.</p>

Intérêt en fonction du sujet	Détaille la relation infirmier-clients dans le contexte domiciliaire.
Mots-clés [utilisés par l'auteur]	Pas mentionnés.