

Bachelor en Sciences Infirmières  
Haute Ecole Arc Santé domaine Delémont

**«Quelles sont les perceptions des hommes adultes de 35 à 55 ans  
présentant une alcoolo-dépendance face à une thérapie basée sur  
l'entretien motivationnel en milieu ambulatoire dans l'objectif d'y  
adapter les interventions infirmières?»**

PAR

Ludivine Maitin

Malika Walther

Virginie Stocker

DIRECTEUR DE TRAVAIL DE BACHELOR : CHARMILLOT PIERRE- ALAIN,  
professeur chargé d'enseignement HES

**Travail rendu le 7 juillet 2017**

## Table des matières

Résumé .....	4
Problématique.....	5
Concepts abordés.....	6
Méthodologie .....	6
Synthèse des résultats.....	7
Conclusion .....	7
Mots-clés .....	7
Remerciements .....	8
Chapitre 1: Introduction.....	9
1.1 Nature du travail réalisé.....	10
1.2 Enoncé du plan de Travail de Bachelor .....	11
Chapitre 2: Problématique.....	13
2.1 Exposition de la question de départ .....	14
2.2 Pertinence de la question de départ pour les soins infirmiers.....	16
2.2.1 Lien avec les métaparadigmes infirmiers. ....	16
2.2.2 Lien avec les savoirs infirmiers. ....	20
2.3 Réalisation de la revue exploratoire de littérature .....	24
2.3.1 L'accompagnement thérapeutique .....	25
2.3.2 L'addiction .....	30
2.3.3 Les personnes alcoolo-dépendantes.....	33
2.3.4 Le maintien à domicile.....	34
2.4 Précision et mise en évidence des concepts pertinents.....	37
2.5 Perspectives/propositions de la problématique pour la pratique infirmière.....	38
2.6 Question de recherche .....	39
Chapitre 3: Concepts et champs disciplinaires infirmiers.....	40
3.1.1 Concept de l'entretien motivationnel.....	41
3.1.2 Concept des perceptions.....	45
3.1.3 Concept de l'alcoolo-dépendance.....	49
3.2 Cadre théorique .....	52

3.2.1 Modèle de Calgary (Wright et Leahey, 2005).....	53
3.2.2 Lien entre le cadre théorique et la thématique. ....	55
Chapitre 4 : Méthode .....	57
4.1 Méthode PICO(T) .....	58
4.2 Elaboration et description de la question PICO(T).....	58
4.3 Critères de sélection des articles.....	59
4.4 Stratégie de sélection des articles.....	60
Chapitre 5: Synthèse des résultats et discussions .....	62
5.1 Synthèse des résultats .....	63
Chapitre 6: Conclusion .....	71
6.1 Apports du Travail de Bachelor.....	72
6.3 Perspectives pour la recherche .....	75
Chapitre 7: Références .....	76
8. Appendices .....	82
Appendice A.....	83
Appendice B.....	84
Appendice C.....	86
Appendice D.....	87
Appendice E.....	88
Appendice F.....	89
Appendice G.....	91

## **Résumé**

## **Problématique**

Le chapitre de la problématique se présente en une revue exploratoire de littérature dont le but est de préciser la thématique de départ : « Quel est l'accompagnement des patients souffrant d'addiction dans l'objectif d'un maintien à domicile ? ». Afin d'avoir une meilleure compréhension de la problématique et une base de connaissances, différents concepts seront abordés et explicités : l'accompagnement thérapeutique, les addictions, la personne alcoolo-dépendante et le contexte de maintien à domicile. Ces diverses recherches exploratoires de littérature ont permis d'élaborer la question PICO(T) : « Quelles sont les perceptions des hommes adultes de 35 à 55 ans présentant une alcoolo-dépendance face à une thérapie basée sur l'entretien motivationnel en milieu ambulatoire dans l'objectif d'y adapter les interventions infirmières ? ». Le sujet de notre thématique sera mis en lien avec les 4 métaparadigmes infirmiers (Fawcett, 2005) et les 4 savoirs infirmiers (Pepin, Ducharme, & Kérouac, 2010) permettant un ancrage disciplinaire. L'objectif du présent travail est de mettre en évidence les perceptions des patients face à l'entretien motivationnel, ceci dans le but de comprendre leurs positions et points de vue et de connaître leurs croyances et valeurs afin d'adapter nos interventions infirmières.

## **Concepts abordés**

Les diverses recherches effectuées au travers de la revue exploratoire de littérature nous ont amenés à définir les concepts finaux suivants : l'entretien motivationnel, les perceptions et l'alcool-dépendance. Le Modèle de Calgary (Wright & Leahey, 2005) permettra d'ancrer la problématique dans un environnement professionnel afin de démontrer sa pertinence et son profit pour la discipline infirmière.

## **Méthodologie**

La question PICOT a été définie et a permis de clarifier le questionnement afin d'identifier les concepts et mots-clés. Ceux-ci permettent d'effectuer des recherches de littérature efficaces et correspondantes à notre thématique dans les bases de données PsychInfo, PubMed, Cinahl et OVID. Afin de cibler les articles correspondants aux demandes du travail, le filtre «date de parution inférieure à dix ans » a été utilisé.

Grâce à cette méthode de recherche vingt articles ont été retenus. La lecture des résumés et l'étude du niveau de preuve ont permis une sélection de quinze articles finaux à étudier. L'analyse a été effectuée grâce à la grille de Fortin (2010), ceci nous permettant de mettre en évidence les principaux résultats utilisables afin de répondre à notre questionnement.

## **Synthèse des résultats**

Les résultats sont présentés en trois thématiques : Les éléments facilitants l'entretien motivationnel, les éléments contraignants l'entretien motivationnel et l'outil d'évaluation de l'entretien motivationnel par les patients (CEMI). Ces données permettent d'effectuer des entretiens motivationnels de qualité.

## **Conclusion**

Nous développons les éléments facilitants et contraignants du travail de Bachelor ainsi que ses limites. Nous concluons par soumettre des perspectives pour la recherche.

## **Mots-clés**

Motivational Interviewing, Alcoholism, Perception, Patient experience, Patient satisfaction, Patient understanding.

## **Remerciements**

Nous tenons à remercier notre directeur de travail de Bachelor, Monsieur Pierre-Alain Charmillot, Professeur chargé d'enseignement HES, pour son suivi, ses conseils et son soutien tout au long de la réalisation de notre travail.

Nous souhaitons également remercier Madame Françoise Schwander-Maire, Professeure chargée d'enseignement HES, Monsieur Pascal Comte, Professeur chargé d'enseignement HES, ainsi que Monsieur Olivier Schirlin, Professeur chargé d'enseignement HES qui ont dispensés de nombreux cours sur la recherche.

Nous tenons à remercier Monsieur Christophe Chaignat, Responsable d'Addiction Jura Porrentruy pour l'aide qu'il nous a apportée en début de travail. Sa rencontre nous a permis d'acquérir les connaissances nécessaires afin de nous orienter.

Un merci particulier à Françoise Bochatay pour le temps accordé à la relecture finale.

Finalement, nous remercions nos familles, proches et amis pour leur soutien tout au long de ce travail.

## **Chapitre 1: Introduction**

## **1.1 Nature du travail réalisé**

Dans le domaine de la santé, les professionnels ont besoin de références scientifiques afin de dispenser des interventions de qualité aux personnes nécessitant des soins. Ces références peuvent être apportées par diverses personnes, y compris les infirmières Bachelor. Dans le cadre de la formation à la Haute Ecole Arc en Soins Infirmiers, il nous est donné la possibilité d'acquérir les savoirs empiriques nécessaires à la recherche d'informations scientifiques sur les bases de données. Nous aimerions partager le fruit de nos recherches au travers de notre travail de Bachelor portant sur le thème de l'addiction. Ce travail se présente sous la forme d'une revue de littérature. Pour ce faire, nous allons élaborer un questionnement professionnel au travers de recherches d'articles scientifiques sur les bases de données. Parmi ceux-ci, nous analyserons les principaux résultats répondant à notre question de recherche afin d'apporter des suggestions pour la pratique infirmière.

Nos diverses expériences professionnelles étant pauvres dans le milieu de la psychiatrie, il nous a semblé pertinent d'orienter notre choix de thématique de Travail de Bachelor sur le thème de l'addictologie, le but étant d'étoffer nos connaissances personnelles et professionnelles. L'addictologie est un thème regroupant de nombreuses pathologies. Diverses recherches nous ont aidées à préciser le sujet et à nous orienter vers l'alcool-dépendance. L'alcool est un problème de santé publique. En Suisse, la consommation d'alcool est le troisième facteur de risques déterminant les dépenses sociales liées aux

maladies : plus de 2000 personnes meurent chaque année des conséquences de maladies ou d'accidents dus à l'alcool, 14% des décès sur la route sont liés à ce facteur (Addiction Suisse, n.d.).

Une entrevue avec Monsieur Christophe Chaignat, responsable d'Addiction Jura Porrentruy a permis d'appuyer ce choix de thématique.

Ce travail se présente en une revue exploratoire de littérature dont l'objectif est de mettre en évidence les perceptions de personnes alcoolo-dépendantes face à l'entretien motivationnel. Pour y parvenir, une recherche d'articles scientifiques et l'analyse de leurs résultats a été effectuée.

## **1.2 Enoncé du plan de Travail de Bachelor**

Ce travail est divisé en cinq parties présentant les thématiques de l'alcoolo-dépendance et de l'entretien motivationnel.

Le Chapitre «Problématique» expose la thématique de départ et explicite les principaux concepts y rattachés. Des liens avec les métaparadigmes infirmiers (Fawcett, 2005) ainsi que les savoir infirmiers (Pepin et al., 2010) permettent de démontrer en quoi la thématique est pertinente pour la pratique infirmière.

Le chapitre « Concepts et champs disciplinaires infirmiers » précise les concepts retenus et les met en lien avec une théorie de soins : le Modèle de Calgary (Wright & Leahey, 2005). Ce chapitre se clôt par les perspectives et propositions pour la pratique infirmière et permet de démontrer l'importance de connaître les perceptions des patients afin d'adapter les interventions infirmières.

Dans le chapitre « Méthode », la question de recherche sera élaborée par le biais du modèle PICO(T) (Melnik & Fineout-Overholt, 2011) qui va permettre de procéder aux recherches de littératures sur les bases de données. Nous utiliserons une méthodologie précise sous forme de mots-clés dans l'intention de trouver les revues de littérature nécessaires à l'élaboration du Travail de Bachelor.

Dans le chapitre suivant « Synthèse des résultats et discussion », les résultats seront analysés par le biais de la Grille adaptée du Fortin (Fortin & Gagnon, 2010), dans le but de répondre à notre question de recherche et ainsi émettre des perspectives pour la pratique infirmière.

Finalement, le dernier chapitre « Conclusion » comprendra un développement des éléments facilitants et contraignants du travail, ses limites et perspectives pour la recherche et la pratique infirmières.

## **Chapitre 2: Problématique**

## **2.1 Exposition de la question de départ**

L'alcool est un problème de santé publique. Cette boisson a toujours été utilisée comme produit alimentaire et stupéfiant. C'est un bien culturel et de consommation montrant une importance symbolique et économique. Il est estimé que 300'000 personnes sont alcoolo-dépendantes en Suisse et qu'une personne sur deux connaît quelqu'un qui a un problème d'alcool. Cependant, la consommation moyenne par habitant en Suisse est en baisse depuis ces 20 dernières années, de 10,1 litres par an en 1992, elle est passée à 8,1 litres en 2015. Plus des deux tiers des consommateurs sont des hommes et font partie des classes moyennes. Le coût social de la consommation d'alcool pour l'économie suisse se monte à environ 6.7 milliards de francs par an. Les taxes prélevées sur la vente de boissons alcooliques ne couvrent donc de loin pas le coût social généré par la consommation d'alcool (Addiction Suisse, 2014).

L'alcool est une drogue légalisée qui est reconnue socialement mais qui entraîne pourtant des risques. En effet, l'alcool est souvent mis en lien avec l'idée de faire la fête, se détendre et prendre du plaisir. La publicité met en avant la notion de plaisir, de convivialité et joue avec les stéréotypes, comme par exemple : boire renforce le pouvoir de séduction (Lalman, 2010). C'est la personne qui ne boira pas d'alcool qui sera marginalisée. Par ailleurs, le stress, très présent dans notre société actuelle, peut engendrer une consommation d'alcool. Aujourd'hui, il faut être performant et productif, la personne cherche

cette maîtrise à travers la boisson alcoolisée. Pour conclure, la population boit de plus en plus tôt pour rechercher une prise de risque en bravant les interdits.

Ces données mettent en évidence l'importance et la présence de cette problématique dans notre société et dans le milieu de la santé. Durant notre formation, nous avons assisté aux témoignages de personnes impliquées dans l'Association des Alcooliques Anonymes. A la suite de cela est apparue l'idée d'orienter notre thématique sur l'alcool. Durant nos divers stages, nous avons rencontré des personnes alcooliques. Face à cette population, il nous a été difficile d'avoir un comportement adapté à la situation et de procéder à des interventions adéquates. Notre travail de Bachelor sur ce thème nous permettra d'acquérir de plus amples informations, de nouvelles compétences et pistes afin d'effectuer des interventions infirmières qui nous permettront d'accompagner au mieux les personnes atteintes d'alcoolisme.

Au départ, notre thématique portait sur des interventions infirmières en soins à domicile. Nos recherches épidémiologiques ont mis en évidence que les personnes de 65 - 75 ans sont les plus touchées par cette problématique. Cependant, notre intérêt portait sur des personnes professionnellement actives. Par conséquent, nous avons modifié le type d'accompagnement. Nos recherches statistiques ont démontré que la population la plus touchée par une alcoolo-dépendance en milieu ambulatoire est constituée d'hommes de 40 à 54 ans (OFSP, 2013).

Pour ces raisons, nous avons trouvé intéressant d'orienter notre thématique de Travail de Bachelor au travers de la question de départ suivante : « Quelle est la pratique infirmière concernant les adultes présentant une alcoolo-dépendance dans l'objectif d'un maintien à domicile ? »

## **2.2 Pertinence de la question de départ pour les soins infirmiers**

### *2.2.1 Lien avec les métaparadigmes infirmiers.*

Selon Fawcett (2005), le métaparadigme permet de structurer et organiser les phénomènes qui concernent les soins infirmiers. Par ailleurs, il permet aux soins infirmiers de se démarquer en tant que discipline particulière. Fawcett a défini ce métaparadigme en 4 concepts distincts qui déterminent l'objet de la discipline infirmière : l'être humain, la santé, l'environnement et les soins infirmiers.

La discipline infirmière s'intéresse au soin, dans ses diverses expressions, auprès des personnes, des familles, des communautés et des populations qui, en interaction continue avec leur environnement, vivent des expériences de santé (Pepin et al., 2010).

## **L'être humain**

Le métaparadigme de l'être humain se réfère à l'individu qui est reconnu dans une culture aussi bien que dans une famille, dans une communauté ou dans d'autres groupes, ainsi qu'auprès des intervenants de santé [Traduction libre], (Fawcett, 2005).

### *Lien avec notre question de départ :*

Dans notre question de départ, la personne alcoolique est au centre des préoccupations des soins infirmiers. Les différents professionnels vont se mobiliser et tout mettre en œuvre afin de maintenir la personne à domicile. L'infirmière s'intéresse à la personne soignée de manière holistique afin de mettre en place des interventions de soins individualisés et adaptés aux besoins de celle-ci.

Tout être humain est unique, singulier et a droit au respect, à la dignité et à des soins de qualité. La présence de préjugés et a priori concernant l'individu et son parcours de vie ne doit pas interférer avec les notions citées ci-dessus. Il est donc important de fournir des soins centrés sur des principes éthiques, de respect des valeurs, des croyances et de l'individualité de chacun.

Notre population concerne des personnes à domicile nécessitant un accompagnement ambulatoire. Nous devons donc être attentifs à intégrer cette notion dans nos interventions infirmières.

## **L'environnement**

Le métaparadigme de l'environnement se réfère au milieu physique et aux personnes qui entourent l'individu. Ce concept englobe la sphère privée, le contexte dans lequel se déroulent les soins, ainsi que le contexte sociétal dans lequel le patient évolue. Ce concept comprend toutes les conditions associées au bien-être de l'individu [Traduction libre], (Fawcett, 2005).

*Lien avec notre question de départ :*

Dans notre question de départ, la notion de maintien à domicile est présente et celle-ci se réfère au concept d'environnement. En effet, nous pensons que le suivi infirmier en ambulatoire permet à la personne alcoolique de maintenir un environnement stable ainsi que des repères à domicile. Il est primordial de s'intéresser à la personne dans sa globalité en intégrant ses ressources, ses croyances et ses valeurs. Cela permettra une prise en charge ciblée maintenant une intégration sociale, un statut professionnel, des loisirs et des liens familiaux tout en prenant en compte ses besoins.

## **Les soins infirmiers**

Ce métaparadigme se réfère à la définition du soin, aux démarches entreprises par les infirmières en collaboration avec les patients, dans le but de parvenir à des actions de soins. Les actions infirmières sont vues comme un processus mutuel entre les soignants et les patients. Ce processus

comprend des activités qui sont fréquemment référées : diagnostic, planification, interventions et évaluations [Traduction libre], (Fawcett, 2005).

*Lien avec notre question de départ :*

Notre thématique est en lien avec le concept des soins infirmiers car la personne alcoolique a besoin de soins individualisés afin de maintenir un état de stabilité à domicile. Pour nous, il est important de garantir des soins infirmiers respectant l'individu et son bien-être en ayant une attitude philosophique et une posture professionnelle de « caring ». Selon Mayeroff, le caring est une manière d'aider les autres dans leur développement sans imposer notre point de vue. C'est apprécier l'autre dans son individualité avec ses propres besoins qui doivent être respectés afin d'élaborer ensemble des objectifs individuels.

### **La santé**

Le métaparadigme de la santé se réfère au processus humain de vie et de mort [Traduction libre], (Fawcett, 2005).

*Lien avec notre question de départ :*

En ce qui concerne le lien avec le concept de la santé, notre question s'y réfère car les soins infirmiers sont orientés sur le bien-être et la satisfaction

des besoins des personnes. L'alcoolisme touche les sphères de la santé de l'individu dans son intégralité, à savoir : la sphère physique, psychique, sociale et spirituelle.

Nos interventions devront s'adapter aux besoins des individus en tenant compte de leurs croyances afin de leur permettre d'atteindre une qualité de vie souhaitée.

### *2.2.2 Lien avec les savoirs infirmiers.*

« Connaître est un processus par lequel nous donnons un sens, nous comprenons, reconnaissons et en fonction duquel nous pouvons agir et vivre » (Chinn & Kramer, 2008).

Le savoir infirmier tente d'expliquer des phénomènes liés au bien-être d'individus vivant des expériences particulières de santé et de maladie. Selon Shultz et Meleis (1988), ce savoir doit comprendre le savoir intuitif de l'infirmière experte et aguerrie ainsi que celui issu de recherches empiriques. Dès 1978, Carper spécifie le besoin de différencier quatre modes de développement et d'utilisation du savoir infirmier : le savoir personnel, éthique, empirique et esthétique. Ceux-ci sont à la base des soins infirmiers (Chinn & Kramer, 2008 ; Pepin et al., 2010).

## **Le savoir empirique**

Le savoir empirique est fondé sur l'observation, la mesure et la précision qui priment avant tout pour expliquer et décrire les phénomènes. Des études ont pu être menées afin d'énoncer et de classer des changements de la santé. De telles connaissances empiriques sont essentielles pour exercer des soins infirmiers dans des situations de santé ou de maladie qui vont permettre d'énoncer ou de prédire les phénomènes. Ce savoir représente les connaissances empiriques des manifestations de la santé et de la maladie (Chinn & Kramer, 2008).

*Lien avec la question de départ :*

Notre thématique nécessite des connaissances concernant l'addiction, l'alcool-dépendance et les interventions infirmières y relatives. La notion de soins ambulatoires est indispensable afin de permettre à la personne alcoolique de se maintenir à domicile. Pour acquérir les données scientifiques, il est nécessaire d'effectuer des recherches régulières sur les bases de données afin que nos connaissances soient à jour.

## **Le savoir esthétique**

Le savoir esthétique est renvoyé à l'art d'exercer des soins. Il est constitué des capacités acquises par les expériences et celles liées aux connaissances. Il fait référence au côté artistique de la discipline infirmière qui découle des expériences quotidiennes : « La beauté d'un geste, l'intensité d'une interaction et l'adresse manifestée au moment de la coordination des activités de soins. » (Chinn & Kramer, 2008).

*Lien avec la question de départ :*

Lors des interventions en milieu ambulatoire, les soignants doivent développer une attitude empathique, congruente, authentique, respectueuse et à l'écoute afin d'accompagner au mieux la personne alcoolique dans cette phase de vie. Cette posture permet d'établir une relation de confiance avec la personne alcoolique qui est au centre de la prise en soins.

## **Le savoir éthique**

Le savoir éthique nécessite la connaissance de normes et de règles provenant de la pratique infirmière avec pour centre l'être humain. Il étudie l'individu, la vie humaine et l'acquisition de diverses théories afin d'accomplir au mieux les actions de soins pour le bien être des patients. Le savoir éthique considère, juge et réalise. Sa principale difficulté concerne le jugement moral

qui se modifie constamment en fonction des règles, des connaissances et des coutumes. Il représente la capacité à faire des choix moraux dans des situations concrètes (Chinn & Kramer, 2008).

*Lien avec la question de départ :*

Notre thématique est en lien avec la notion d'éthique puisque les interventions infirmières doivent être en adéquation avec les valeurs, les croyances, les ressources, les difficultés et les besoins de la personne alcoolique.

L'infirmière doit se positionner dans une attitude de non-jugement afin d'empêcher la discrimination et la stigmatisation envers les personnes alcooliques.

### **Le savoir personnel**

Le mode personnel découle de l'expérience de l'infirmière et permet de devenir un être humain conscient et authentique. Ce savoir enseigne à se réaliser en tant qu'être humain en permettant d'acquérir une compréhension de soi et de l'autre en tant que personne unique. Pour cela, il est nécessaire que l'infirmière acquière un certain niveau intellectuel et d'intuition (Chinn & Kramer, 2008).

*Lien avec notre question de départ :*

Les interventions avec les personnes alcooliques nécessitent une relation empreinte de confiance. Aussi est-il indispensable d'avoir une compréhension subjective de soi et de l'autre pour éviter les aspects transférentiels. Il est primordial de définir la finalité et l'objectif final des actions infirmières. Le savoir personnel requiert une connaissance de soi afin d'identifier nos limites et identifier nos faiblesses.

### **2.3 Réalisation de la revue exploratoire de littérature**

Dans ce chapitre, nous allons approfondir les principaux champs exploratoires en lien avec la thématique de départ, à savoir : l'accompagnement thérapeutique, l'addiction, la personne adulte et le maintien à domicile. Afin de cibler les différents concepts, nous avons pris contact avec monsieur Christophe Chaignat, Responsable d'Addiction Jura à Porrentruy, sur les conseils de notre directeur de Travail de Bachelor.

### *2.3.1 L'accompagnement thérapeutique*

Le concept d'accompagnement présent dans la thématique de départ étant trop vaste, nous avons ciblé nos recherches préliminaires sur l'accompagnement thérapeutique. Afin de comprendre ce concept, nous avons utilisé la définition de Margot Phaneuf (février 2013, p.1, L'accompagnement thérapeutique : réflexions sur un élément essentiel en soins infirmiers) : « L'accompagnement thérapeutique est une vision intégrée et agissante de ce qui se passe chez la personne soignée au cours d'un épisode de soin. On y trouve divers savoirs : savoir, savoir-faire et savoir-être. ».

Nous avons recensé des informations pertinentes de l'ouvrage de Maela Paul (2012). Il est spécifié qu'il existe deux types d'accompagnements à double visée. Le premier est nommé « accompagnement/maintien » à dominante sociale et relationnelle, il implique d'assurer une présence auprès de la personne. Le 2<sup>e</sup> type « accompagnement/visée » consiste à dynamiser la personne dans la réalisation d'un projet. Par ailleurs, tout accompagnement a une double visée. D'une part, l'accompagnement « productif » se définit par l'investissement de la personne et aboutit à des résultats. D'autre part, l'accompagnement « constructif » se situe dans un projet d'autonomisation et d'enrichissement de la part du patient. De plus, l'accompagnement n'est pas un métier, c'est une posture, une manière d'être et de faire.

Nous nous sommes également appuyées sur le texte de Margot Phaneuf (2013, p. 2) :

L'infirmière possède des savoirs qui lui sont propres et un rôle professionnel particulier qui la place au cœur des choses dans une démarche attentive à la singularité, à la vulnérabilité et à la souffrance de la personne soignée et de son entourage.

La lecture de cet article nous a renvoyées à une notion étudiée en cours, à savoir, le *caring*. Selon Benner et Wrubel (1989) et Benner (2000 ; dans les pensées infirmières, 2010, p. 69-70), « le caring est formé par l'ensemble des actions et des intuitions qui permettent à l'infirmière, par exemple, de déceler de façon subtile les signes d'amélioration ou de détérioration chez la personne. Le *caring* signifie aussi faciliter et soutenir la personne en respectant ses valeurs, ses croyances, son mode de vie et sa culture (Leininger, 1998, 2007 ; Watson, 1979/2008) ».

Afin de faire ce lien, nous nous sommes appuyées sur un texte intitulé « l'accompagnement thérapeutique : réflexion sur un élément essentiel en soins infirmiers » de Margot Phaneuf (2013, p.2).

L'infirmière possède des savoirs qui lui sont propres et un rôle professionnel particulier qui la place au cœur des choses dans une démarche attentive à la singularité, à la vulnérabilité et à la souffrance de la personne soignée et de son entourage.

Selon nous, le *caring* est en lien avec l'accompagnement thérapeutique puisque dans les différentes définitions il est mis en évidence que la personne soignée est placée au centre du soin.

Nous nous sommes référées au livre « la pensée infirmière » pour définir de façon plus précise la notion de *caring* en lien avec la personne alcoolique. La philosophie de ce concept est que les deux personnes présentes dans la relation humaine participent au même processus, afin d'évoluer dans une relation empreinte de respect centrée sur la compréhension de soi. L'infirmière prend en considération le choix de la personne, permettant ainsi le développement de l'autodétermination. En réalité, puisque le patient est intégré aux soins, il développera une notion *d'empowerment* (Pepin, Ducharme, & Kérouac, 2010). Selon Watson (1997, 1979/2008 ; dans les pensées infirmières, 2010, p.70) « L'infirmière s'appuie sur l'authenticité d'être et de devenir, et préserve la dignité humaine. » Le texte ci-dessus met en avant l'importance de créer une relation empreinte de respect afin d'établir un lien avec la personne. Ce lien va permettre d'intégrer la personne au soin et ainsi développer son autodétermination et son *empowerment*. En effet, dans une problématique alcoolique il est nécessaire que la personne démontre une certaine motivation afin d'évoluer avec sa maladie. Lorsqu'une relation professionnelle est établie avec le patient, les soignants peuvent devenir une ressource importante.

Afin de mieux comprendre la notion de relation thérapeutique évoquée ci-dessus, nous en avons cherché une définition. Pour l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (2009), la relation thérapeutique est le principe central de la profession infirmière. Elle a pour objectif principal de favoriser la santé et le bien-être des clients. L'infirmière devra solliciter ses connaissances et compétences professionnelles ainsi que sa compassion afin d'établir et conserver cette relation. Le lien établi avec la personne soignée est fondé sur les notions de confiance, de respect, d'empathie et d'intimité professionnelle. Par ailleurs, il est nécessaire d'instaurer une distance thérapeutique afin de permettre à chacun de se sentir à l'aise dans la relation établie (Dabron, 2014).

Selon nous, la prévention est inscrite dans la notion de *caring*. Ces deux concepts sont reliés par l'importance de prendre soin de la personne et d'améliorer sa qualité de vie en réduisant les conséquences de la maladie. Pour cibler davantage le lien entre *caring* et prévention, une recherche globale de définition de la prévention a été effectuée. Selon Monnier et Deschamps (1980, p.14) « La prévention est l'ensemble des mesures visant à éviter ou à réduire le nombre et la gravité des maladies ou des accidents. »

En tant qu'infirmière, il est possible d'intervenir sur la prévention au travers de soins infirmiers. Afin de mieux cerner cette notion, nous en avons recherché une définition. Selon le Conseil International des Infirmières (2010) :

On entend par soins infirmiers les soins prodigués, de manière autonome ou en collaboration, aux individus de tous âges, aux familles, aux groupes et aux communautés – malades ou bien-portants – quel que soit le cadre. Les soins infirmiers englobent la promotion de la santé, la prévention de la maladie, ainsi que les soins dispensés aux personnes malades, handicapées et mourantes. Parmi les rôles essentiels relevant du personnel infirmier citons encore la défense, la promotion d'un environnement sain, la recherche, la participation à l'élaboration de la politique de santé et à la gestion des systèmes de santé et des patients, ainsi que l'éducation.

Les soins infirmiers prodigués aux personnes souffrant d'alcoolisme seront précisés au travers d'interventions infirmières. Ces interventions peuvent être de type médicamenteuse tels que : le disulfiram (Antabuses©), l'acamprosate (Campral©) et la naltrexone (Nemexin©) qui sont les trois principaux médicaments reconnus par Swissmedic. Le livre «Alcool et troubles mentaux : de la compréhension à la prise en charge du double diagnostic» relate les principales thérapies relationnelles : les thérapies cognitivo-comportementale, les thérapies de groupe, les thérapies interpersonnelles et l'entretien motivationnel. Il s'agit-là d'un échantillon des vastes thérapies concernant l'alcoolisme. Pour notre Travail de Bachelor, nous allons nous centrer sur la thérapie de

l'entretien motivationnel, décrite comme étant la plus efficace dans le livre cité ci-dessus. (Benyamina, Reynaud, & Aubin, 2013)

### *2.3.2 L'addiction*

La thématique de départ étant l'addiction, notre intérêt s'est rapidement porté sur les substances illicites et l'alcool car nous avons été plusieurs fois confrontées à ce genre d'addiction durant nos périodes de formation pratique.

Nous avons besoin de données statistiques afin de pouvoir affirmer notre problématique comme étant un problème de santé publique. Pour ce faire, nous avons recherché diverses données présentant l'étendue des dépendances en Suisse.

Le rapport annuel act-info de la Confédération Suisse (2014) a auditionné des personnes souffrant d'addiction à des substances telles que : l'alcool, les opioïde, la cocaïne, le tabac, le cannabis, les hallucinogènes, les hypnotiques/sédatifs et autres stimulants. Sur un total de 7'769 participants, 4'017 étaient des personnes souffrant d'alcoolisme contre 1'566 pour les opioïdes. Les autres substances mentionnées se situent à un pourcentage moins élevé en comparaison avec l'alcool (OFSP, 2014).

De plus, le schéma de l'Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP, 2010) met en évidence que la principale substance concernée lors de l'admission à

un programme de traitement est l'alcool. La Suisse se situe parmi les pays ayant une consommation d'alcool élevée. En Suisse, environ 250'000 personnes sont alcoolo-dépendante (Menecier, 2010).

Dans la société, l'alcool est un problème de santé publique trop souvent banalisé. A titre d'exemple, dans le livre « Guide de l'accompagnement des personnes en difficulté avec l'alcool », il est mentionné que l'alcool est la plus destructrice des drogues aléatoires, elle est également la plus révélatrice du « malaise de la civilisation ». De plus, le tabou le plus déterminant en matière d'alcoolisme concerne les soins alcoologiques car l'alcoologie n'est pas reconnue comme spécialité clinique (Gomez, 2007).

Toutes ces données ont confirmé notre choix sur la thématique de l'alcoolisme. Afin d'étayer notre compréhension de la thématique, nous avons recherché une définition de la problématique alcoolique. Selon Gomez (2007), la problématique alcoolique est une réalité complexe et évolutive associant trois ordres de facteurs : l'alcool, la personne et son environnement. Ces différents facteurs vont s'ancrer de manière dissociée dans le temps, ayant pour effet l'établissement d'un mode de fonctionnement alcoolique. De plus, l'alcoolisme n'est pas uniquement défini au travers d'une personne dépendante qui doit boire tous les jours, mais ce qui caractérise le mieux cette addiction est la répétition d'un trouble préjudiciable. Si nous résumons les différentes données étudiées ci-dessus, la personne est alcoolique : lorsqu'elle boit

habituellement de façon préjudiciable, en privilégiant l'effet avec une difficulté ou une incapacité de contrôle lorsqu'elle reprend un verre.

Faisant suite à cela, il était important pour nous de rechercher une définition de la dépendance afin de pouvoir cibler au mieux la thématique alcoolique.

Selon Marc Antoine Crocq et al (2015), le syndrome de dépendance à l'alcool est une façon inadaptée de consommer, induisant des conséquences sociales et individuelles. Sa principale caractéristique se présente comme une envie puissante voire compulsive de consommer de l'alcool (*craving*). De plus, la personne présente des difficultés à contrôler sa consommation s'avérant plus conséquente que prévu, une envie assidue et des efforts vains pour la diminuer.

La lecture de cette définition a permis de cibler notre approche sur une notion de dépendance. En effet, la dépendance implique des conséquences individuelles et sociales pouvant être mises en lien avec la notion de maintien à domicile présent dans notre thématique. En tant qu'infirmières, nous travaillons en pensant le soin dans la globalité de la personne ; pour cela, la notion de dépendance est plus en lien.

La personne peut avoir une dépendance psychique et/ou physique. Le concept choisi pour notre travail de Bachelor est la dépendance psychique qui se définit, selon Larousse médical (2000, p.281) comme « Le besoin de

consommer des drogues modifiant l'activité mentale. L'abstinence provoque un désir compulsif, tyrannique, de recourir de nouveau au produit ».

### *2.3.3 Les personnes alcoolo-dépendantes.*

L'entretien avec Monsieur Chaignat, Responsable d'Addiction Jura à Porrentruy, s'est révélé intéressant car nous voulions travailler avec une population maintenue à domicile interagissant avec des soignants en milieu ambulatoire. Selon lui, les personnes les plus nombreuses dans son institution sont adultes et actives, âgées d'environ 30 à 50 ans. David Stuckler (Université de Cambridge) affirme que certains facteurs peuvent influencer la population à boire excessivement et régulièrement de l'alcool. La consommation diffère en fonction des normes sociales par rapport à l'alcool, de la situation économique et des pressions qui en découlent, du pouvoir d'achat, de l'accessibilité du produit et de son prix (Addiction, 2014 ; Menecier, 2010). Cependant, au contraire de ce que nous pourrions imaginer, la statistique de l'OFSP (2013) affirme que les personnes vivant dans un milieu rural sont plus touchées que les personnes en milieu urbain. La plupart des gens en Suisse boivent modérément mais près d'un million, ce qui représente une personne sur dix (10.7 %), ont une consommation excessive qui se répercute sur leur santé et sur la société. Un homme sur sept et une femme sur treize meurent prématurément à cause de la consommation d'alcool, 70 % à 80 % de ces

personnes buvaient de façon excessive ou chronique (Menecier, 2010). En Suisse, 250'000 personnes sont alcoolo-dépendantes. On constate que la consommation d'alcool quotidienne chez les hommes (15.1 %) est près de deux fois supérieures que chez les femmes (6.5 %) et la proportion d'âge la plus touchée sont les personnes de plus de 75 ans (27 %) (Addiction, 2014).

A l'aide des informations récoltées auprès de l'institution « Addiction Jura» et du rapport annuel de Jordan M. D. (2015), nous pouvons conclure que les personnes âgées de plus de 75 ans ne sont, la plupart du temps, pas traitées en milieu ambulatoire car la dépendance à l'alcool peut parfois être ignorée chez les personnes du troisième âge (Levinson, 2011). C'est pourquoi, l'âge moyen des patients des secteurs ambulatoires est de 45.3 ans pour les hommes et de 46.7 ans pour les femmes (Menecier, 2010 ; Jordan, 2015).

#### *2.3.4 Le maintien à domicile.*

De la question de départ, des recherches ont été effectuées afin de définir ce qui pourrait aider la personne alcoolo-dépendante à rester à son domicile tout en étant soutenue et suivie par des professionnels.

En partant d'une définition d'une étude réalisée par Massaferrero, Puech et Robin (2013, p. 9) portant sur le maintien à domicile :

Qui consiste, du fait d'une dégradation de l'état de santé ou d'une situation de handicap, à mettre en place des dispositifs indispensables pour permettre à cette personne de vivre à son domicile. Etymologiquement, le mot "*maintien*" vient du latin *manutenere* qui signifie "*tenir avec la main*". En ancien français, il signifiait "*soutenir, protéger, défendre, avoir sous sa garde*". "*Maintenir*" intègre donc aussi la notion de soutenir, "d'empêcher de tomber".

Les recherches ont été centrées vers des dispositifs indispensables procurant un terrain favorable au développement d'une alliance thérapeutique, ce qui nous a orientées vers les services ambulatoires. Selon le monitoring de l'Observatoire suisse de la santé (Obsan) édité par Buscher, Schuler et Tuch (2016) sur la santé psychique en Suisse, le développement du milieu ambulatoire est perçu comme positif et permettant une amélioration de la qualité des soins aux patients. C'est au début des années 1970, en Amérique, que des centres ambulatoires ont vu le jour. Avec les années, ce contexte de prise en charge s'est développé dans d'autres pays, notamment en Europe.

Dans le résultat de l'enquête sur les institutions de dépendance, des statistiques sont menées sur la prise en charge dans le secteur ambulatoire concernant les drogues et l'alcool (Astudillo & Maffli, 2008). Ce rapport montre que les personnes admises en contexte ambulatoire ont comme problème principal une addiction à l'alcool avec une consommation qui se situe autour de quatre verres ou plus par semaine pour 61,7 % des patients. Dans ce

contexte de soin, l'abstinence définitive concerne 32,5 % des patients, et 30,5 % réussissent à avoir une consommation contrôlée. Pour la plupart, la durée de la prise en charge varie entre six mois et un an.

En milieu ambulatoire, comme à Addiction Jura, un accompagnement et un suivi psychosocial sont proposés. Addiction Jura offre une thérapie permettant une consommation contrôlée d'alcool ainsi que des consultations médicales spécialisées en addictologies. Les prestations dans les services sont offertes par des équipes pluridisciplinaires composées de psychologues, de médecins, d'infirmiers et d'assistants sociaux.

Ces informations montrent que les services ambulatoires sont sollicités par les personnes alcoolo-dépendantes. Par conséquent, il s'avère intéressant d'inclure ce contexte dans la question de recherches de notre Travail de Bachelor.

Les proches sont aussi touchés par cette addiction et se tournent souvent auprès d'institutions pour demander de l'aide car ils sont fatigués, découragés et ressentent un sentiment d'impuissance. Ils vivent des moments de détresse et sont en difficultés. Ils mettent beaucoup d'énergie à essayer de changer la personne malade car ils se sentent responsables, ce qui engendre du stress et de la fatigue. Selon le rapport de Mariana Astudillo et Etienne Maffli (2008) ainsi que le reportage de Ernst, P. (2016), 48,7 % des personnes alcoolo-dépendantes ont un partenaire stable.

## **2.4 Précision et mise en évidence des concepts pertinents**

Les recherches effectuées nous ont permis de préciser davantage les concepts présents dans la thématique de départ à savoir : quel est l'accompagnement des personnes souffrant d'addiction dans l'objectif d'un maintien à domicile ?

En ce qui concerne l'accompagnement, les recherches sont orientées sur l'entretien motivationnel pour les personnes souffrant d'alcoolisme. Nous allons définir plus précisément ce concept dans le Chapitre 3 mais aussi nous centrer sur les perceptions de la population choisie face à cette thérapie.

Pour faire suite aux diverses recherches sur la dépendance, nous avons décidé d'aiguiller la thématique vers la personne alcoolo-dépendante en nous centrant sur la dimension psychique qui sera précisée au Chapitre 3.

Grâce à la revue exploratoire de littérature et l'entretien avec M. Chaignat, la population retenue concerne les hommes d'âge moyen de 45.3 ans en milieu ambulatoire. Afin d'élargir la tranche d'âge et d'obtenir de meilleurs résultats dans les bases de données, nous l'avons définie entre 35.3 ans et 55.3 ans, c'est-à-dire comprenant une marge de plus ou moins dix ans.

## **2.5 Perspectives/propositions de la problématique pour la pratique infirmière**

Les diverses recherches exploratoires effectuées sur la thématique de l'addiction ont permis de centrer notre intérêt sur l'alcoolisme et plus précisément l'alcoolodépendance. Cette thématique est un problème de santé publique qui est trop souvent banalisé et peut diminuer considérablement la qualité de vie de la personne.

Dans la littérature et les milieux de soins, de nombreuses thérapies sont utilisées quotidiennement. Cependant, la thérapie basée sur l'entretien motivationnel nous intéresse particulièrement et nous aimerions donc y centrer notre Travail de Bachelor. L'objectif premier serait d'appréhender les perceptions des personnes utilisant cette thérapie. Ceci permettrait aux différents professionnels d'adapter leurs interventions aux besoins des patients. En effet, en mettant en lumière les perceptions, les valeurs et les croyances des patients face à une thérapie centrée sur l'entretien motivationnel, les soignants pourront se focaliser davantage sur les points perçus comme importants et positifs par le patient tout en travaillant sur les déficits mis en évidence.

Les entretiens motivationnels pourront être adaptés aux besoins individuels de chaque patient et seront ainsi de meilleure qualité. Les résultats des divers entretiens seront meilleurs et permettront ainsi de diminuer la consommation d'alcool de la population soignée.

Cette recherche nous sera également utile du point de vue personnel. Une fois diplômées, nous serons certainement confrontées à des situations de troubles alcooliques et devons réaliser des entretiens motivationnels. Grâce à ce travail, nous disposons des pistes et connaissances nécessaires afin d'effectuer des interventions adéquates, individualisées et adaptées aux besoins des patients.

## **2.6 Question de recherche**

Question PICOT : La population cible concerne les adultes de 35 à 55 ans souffrant d'alcool-dépendance. Les interventions sont les entretiens motivationnels. Les résultats attendus sont la connaissance des perceptions de la population face aux entretiens motivationnels.

« Quelles sont les perceptions des hommes adultes de 35 à 55 ans présentant une alcool-dépendance face à une thérapie basée sur l'entretien motivationnel en milieu ambulatoire dans l'objectif d'y adapter les interventions infirmières ? »

## **Chapitre 3: Concepts et champs disciplinaires infirmiers**

### **3.1 Concepts retenus**

Ci-dessous sont décrits les concepts principaux que nous avons décidé de développer plus précisément après notre revue exploratoire de littérature, à savoir : L'entretien motivationnel, les perceptions et l'alcool-dépendance.

#### *3.1.1 Concept de l'entretien motivationnel.*

D'après Miller et Rollnick (2013), un grand nombre de services de santé doivent quotidiennement faire face à des pathologies chroniques pour lesquelles le mode de vie et le comportement des personnes sont déterminants pour leur santé à venir. C'est pourquoi, les différents professionnels de la santé sont quotidiennement exposés à des questionnements concernant le changement de comportement (Miller & Rollnick, 2013). Les auteurs décrivent une méthode douce d'intervention permettant ce changement : l'entretien motivationnel qui se définit de la manière suivante : « C'est une méthode directive, centrée sur le client, pour augmenter la motivation intrinsèque au changement par l'exploration et la résolution de l'ambivalence » (Miller, Rollnick, Lécallier, & Michaud, 2006, p31). Selon Miller et Rollnick (2013, p16):

On croit souvent que soigner signifie apporter aux patients ce dont ils manquent, qu'il s'agisse de médicaments, de connaissances, de compréhension ou de compétences. L'entretien motivationnel, au contraire, cherche à susciter du patient ce qu'il a déjà.

Cette méthode clinique a été initialement décrite en 1983 dans le secteur de l'alcoologie et a finalement été testée plus largement dans d'autres champs tels que les maladies chroniques en 1990 (Miller, Rollnick, Butler, Languérand, Lécallier & Michaud, 2009, p13).

Il est possible de considérer qu'une personne qui doit faire face à un changement est ambivalente à ce sujet : elle voit à la fois des raisons de changer de comportement mais aussi des raisons de le maintenir. C'est une expérience humaine tout à fait normale qui fait partie intégrante du processus de changement. L'ambivalence est donc le fait de vouloir et ne pas vouloir quelque chose simultanément ou vouloir à la fois deux choses incompatibles.

D'après Miller et al. (2006, p15), il existe quatre types de conflits dans l'ambivalence. Le premier est *attraction-évitement* : la personne est attachée et attirée par le comportement addictif malgré la connaissance des risques, coûts et dommages entraînés par celui-ci. C'est un conflit typique des addictions. Le deuxième est *attraction-attraction* : la personne doit choisir entre deux possibilités aussi attrayantes l'une que l'autre. Le troisième est *évitement-évitement* qui indique le choix entre deux propositions entraînant chacune un niveau important de peur ou de conséquences négatives. Le dernier, et le plus important, est le conflit de *double attraction-évitement* : la personne est confrontée à deux options comportant chacune des aspects positifs séduisants et des aspects négatifs puissants. Afin d'illustrer ce concept d'ambivalence, la balance décisionnelle est intéressante car elle permet de

rendre conscient le patient des bénéfices et des coûts liés à son comportement. Afin d'amorcer un changement, il est donc nécessaire de résoudre le problème clé qu'est l'ambivalence.

Dans l'entretien motivationnel, il est primordial de travailler en premier lieu sur la motivation du patient, celle-ci sera déterminante afin d'amorcer un processus de changement. « Il existe au moins trois éléments essentiels pour constituer la motivation au changement : y être prêt, en manifester le désir et se sentir en capacité de le faire » (Miller et al., 2006, p12).

Selon Miller et al. (2006, p12.), le fait de manifester un désir de changement est défini comme l'intérêt de celui-ci en regard du patient, c'est-à-dire la divergence entre sa situation actuelle et ses objectifs d'avenir. Parfois, une personne a envie de changer mais elle s'en sent incapable, c'est là que survient la confiance du patient face au changement qu'il désire entreprendre. (Miller et al., 2006, p.12) explicitent que théoriquement la combinaison d'une importance et d'une confiance élevée devrait être suffisante afin d'activer le processus de changement, cependant ce n'est pas forcément le cas. Intervient alors la troisième et dernière dimension du dilemme de l'ambivalence : la priorisation. Une personne peut estimer que la confiance et l'importance sont suffisamment élevées mais la disposition au changement est liée à l'ordre des priorités personnelles. « Je veux bien mais pas maintenant » (Miller et al., 2006, p.12).

Selon Miller et al., (2006, p.43) quatre grands principes pratiques sous-tendent l'entretien motivationnel. Le premier principe « *exprimer de l'empathie* » est le fondement principal sur lequel les compétences cliniques à l'entretien motivationnel sont bâties ; l'approche qui sous-tend ce principe est l'acceptation. Au travers d'une écoute réflexive maîtrisée, l'intervenant va chercher à comprendre les sentiments et les perceptions du patient sans les juger, les critiquer ni les blâmer. Le deuxième principe « *développer la divergence* » est la caractéristique de l'entretien motivationnel lui permettant de se distinguer des autres thérapies, principalement de la relation d'aide centrée sur la personne. Rappelons que l'entretien motivationnel est intentionnellement direct et dirigé vers la résolution de l'ambivalence, dans le but d'aider au changement. C'est pourquoi, en développant ce principe, l'intervenant va pouvoir « créer et amplifier, dans la manière de voir du patient, une divergence entre son comportement actuel et ses valeurs de références ou objectifs généraux » (Miller et al., 2006, p.45). Le troisième principe est de « *rouler avec la résistance* ». C'est-à-dire que cette résistance opposée par le patient peut être détournée ou recadrée, afin de créer une impulsion en direction du changement. Dans l'entretien motivationnel, il ne faudra pas s'opposer directement à la résistance et à l'ambivalence mais les reconnaître comme étant naturelles et compréhensibles. Avec cette technique, l'intervenant ne va pas imposer de nouveaux objectifs au patient mais va plutôt l'inviter à prendre en compte de nouvelles informations et façons de voir. Le dernier

principe « *renforcer le sentiment d'efficacité personnelle* » est un élément clé de la motivation au changement et se définit en la confiance qu'une personne s'accorde dans sa capacité à mener et réussir une tâche donnée.

### *3.1.2 Concept des perceptions.*

Le but de nos recherches étant d'évaluer le maintien à domicile au travers des perceptions de la personne alcoolo-dépendante face à l'entretien motivationnel, il est donc important de développer le concept des perceptions.

Dans les années 1960-1990, des travaux ont été menés démontrant l'importance des perceptions dans le processus cognitif. Lazarus et Folkman (1984) ont mis en évidence le modèle transactionnel du stress qui explique que ce sont les perceptions et le vécu des événements qui apportent un stress chez une personne. C'est donc l'être humain qui évalue son environnement et peut le percevoir comme une menace face à son bien-être. Selon ce modèle, la personne évaluera la situation au travers d'une écoute réflexive maîtrisée et, par la suite, agira en développant des stratégies d'adaptation.

L'évaluation cognitive se fait de deux manières différentes chez l'individu. Premièrement, pour que la personne ressente un stress, il faut qu'un enjeu soit perçu. On appelle cela « le stress perçu » :

1. La situation amène à une perte ou à un préjudice déjà enduré par le passé.
2. La situation est vécue comme une menace, plus précisément comme l'éventualité d'une perte.
3. La situation est vécue comme un défi.

Deuxièmement, l'évaluation dite secondaire dépend des ressources disponibles pour faire face à la situation. Elle est désignée par « le contrôle perçu ». Les ressources sont soit d'ordre personnel comme par exemple les ressources matérielles, l'état de santé de l'individu, ses compétences, ou d'ordre relationnel selon l'importance de son réseau social. (Manuel Gimenez, 1997)

Une fois l'évaluation terminée, la personne va échauffer différentes stratégies d'adaptation/de *coping* qui vont lui permettre de maîtriser, de réduire ou de tolérer les événements extérieurs qui lui semblaient stressants. (Folkman, 1984). Nous pouvons distinguer deux classes de stratégies : les stratégies actives et passives.

Les stratégies actives correspondent à la résolution de problèmes par l'action, c'est-à-dire par les comportements des individus en tentant d'éliminer les sources de stress.

Les stratégies passives sont un processus de pensées qui permettent de réduire les émotions engendrées par une situation. La personne essaie de réduire la tension émotionnelle sans agir directement sur la situation.

Chacun de nous a sa propre personnalité avec des caractéristiques individuelles qui lui permettent d'interpréter les choses. Nous avons tous des perceptions et des réponses différentes face à certaines situations. C'est pourquoi, il est important de faire une anamnèse globale et précise afin de comprendre pourquoi les individus agissent d'une certaine manière.

Le développement de la personnalité découle de plusieurs variables. Tout d'abord, de l'hérédité et du milieu dans lequel nous grandissons. Il dépend également de l'apprentissage opérant et social ainsi que de la figure d'attachement lorsque nous étions enfants. Nous avons des prédispositions à agir d'une certaine façon qui dépendent du développement du moi. (Hansenne, 2013)

Parallèlement aux recherches de Folkman et Lazarus (1985), Freud (2015) différencie trois instances de la personnalité psychique. Le ça, le surmoi et le moi. Le ça fait partie de l'inconscient et provient des pulsions qui sont contrôlées par les impératifs moraux et sociaux. Nous allons donc les refouler. Le ça obéit au principe du plaisir. Le surmoi correspond aux interdits sociaux et parentaux qui peuvent nous procurer de la culpabilité, si ceux-ci ne sont pas respectés. Le surmoi est également inconscient. Finalement, le moi correspond à une instance consciente de l'être humain qui réagit à des mécanismes

inconscients. Il agit en fonction de la force du ça mais tient compte de la réalité extérieure.

Lorsqu'il y a des conflits entre les différentes instances psychiques et que l'adaptation est menacée, nous faisons appel à des processus de défense qui sont inconscients, compulsifs et évolutifs. Ces mécanismes nous permettent de nous défendre contre les pulsions afin de maintenir un équilibre émotionnel entre l'extérieur et l'intérieur ainsi que de survivre aux conflits. On parle de défense adaptative (Vaillant, 1993). Si ces mécanismes se révèlent inadaptés ou que nous utilisons toujours le même, les défenses peuvent devenir pathogènes car elles mobilisent beaucoup d'énergie de la part de l'individu.

Pour conclure, nous pouvons comprendre que certaines situations rencontrées par les individus seront perçues différemment en fonction de chaque personne. Les comportements effectués dépendent des mécanismes de défense et des stratégies d'adaptation mis en place. La mise en lien avec notre Travail de Bachelor démontre à quel point il est important d'aller chercher toutes les informations nécessaires à la compréhension des comportements des patients. Nous pouvons imaginer qu'ils auront tous des perceptions différentes face à la thérapie basée sur l'entretien motivationnel, en fonction de leur vécu, du milieu dans lequel ils ont évolué et des comportements qu'ils pourront avoir. Ces perceptions peuvent être un frein pour la thérapie que nous proposons dans notre thématique.

### 3.1.3 Concept de l'alcool-dépendance.

#### **Les alcooliques dépendants**

Selon Lejoyeux (2009), il existe 3 catégories de mésusage : L'usage à risque, l'usage nocif et l'usage avec dépendance. Celui qui nous intéresse et que nous développerons est l'usage avec dépendance. La consommation devient pathologique dans cette catégorie de mésusage lorsque la personne recherche systématiquement un de ces trois effets : effet de stimulation, effet d'anesthésie de la souffrance physique mais aussi et surtout morale et effet de « défonce pour planer » et perte de conscience.

A un moment donné, l'accoutumance se met en place. La personne devra boire de plus grandes quantités d'alcool afin d'atteindre l'effet recherché. Au final, le résultat s'inverse, c'est-à-dire que les angoisses de base deviennent des paniques, le sommeil devient très difficile et une dépression sévère s'installe. Plus tard arrive le stade de la dépendance avec la notion de *craving*. A cet instant, le corps de la personne réclame de l'alcool à heure fixe, rituellement et irrésistiblement. Lorsque le taux d'alcoolémie s'approche de zéro, des signes physiques de manque apparaissent et pour pallier à celui-ci la personne a l'obligation de boire de l'alcool.

Avant que le besoin irrésistible de boire se fasse ressentir, une période de fatigue et une tension annonciatrice de décharge survient. La personne peut soit boire de l'alcool afin de ressentir la sensation de bien-être associée aux

premiers verres, ou alors souvent le cadre change, l'heure passe sans que le besoin de boire s'exprime. (Gomez, 2007)

### **Circuit de la récompense**

Comme décrit précédemment, la dépendance à l'alcool engendre des difficultés à contrôler sa consommation, cela s'explique par le fait que l'alcool modifie la structure de nos cellules.

Le système limbique est un réseau de voies nerveuses composées de l'hippocampe et l'amygdale. Il influe sur le système endocrinien, le système nerveux autonome et sur le maintien de l'homéostasie. Son principal rôle consiste à renforcer les comportements de survie tels que la procréation, l'alimentation ou les mécanismes de défense.

L'alcool agira sur une partie du système limbique : le système de récompense. Cette aire va recevoir des informations concernant le niveau de satisfaction des besoins fondamentaux qui seront transmises par la dopamine. Un comportement particulier qui induit une conséquence positive permettra l'apprentissage et incitera l'individu à le reproduire grâce à la dopamine libérée par le cerveau.

La consommation d'alcool induit une augmentation de la libération de dopamine dans le système de récompense. C'est un signal d'apprentissage quant au comportement à favoriser. Il renforce et augmente la probabilité

d'une future consommation. Le cerveau va faire un effort de régulation afin de retrouver un équilibre de dopamine, qui sera infailliblement augmenté à cause de la prise d'alcool. La valeur de la consommation de substance addictive sera surévaluée par rapport à une récompense naturelle.

Lorsque l'alcool devient chronique, le cerveau s'adapte pour diminuer les effets de la substance mais l'individu ressentira un état négatif qui le conduira à consommer à nouveau pour réduire les sentiments de tristesse, d'anxiété et d'irritabilité. A long terme, une modification du fonctionnement du système de récompense va apparaître. (Benyamina, Reynaud, & Aubin, 2013).

### **Physiopathologie**

Toutes nos cellules sont composées d'une membrane cellulaire qui constitue une barrière permettant des échanges entre les cellules et l'extérieur. Elle possède un état stable de rigidité ou de fluidité. En cas de déséquilibre dû à une consommation d'alcool aiguë et ponctuelle, la membrane devient transitoirement fluide et cherche donc à retrouver son état antérieur. Dès l'arrêt de l'alcoolisation, cette membrane retrouve son état initial. Lors d'alcoolisation chronique et répétée sur le long terme, la membrane fait l'objet d'une rigidification et cette nouvelle structure devient son état d'équilibre permanent. L'arrêt de consommation d'alcool induit un déséquilibre de ce nouvel état, accompagné de malaise. Afin de pallier à cet effet, seule une ré-

alcoolisation est efficace. Ceci est un des facteurs de dépendance. (Benyamina et al., 2013)

### **Les complications liées à l'alcool**

Selon Lavagen (2013), voici les complications engendrées par la dépendance à l'alcool liées à notre thématique : accident de sevrage tels que des convulsions, des troubles psychiatriques tels que la dépression, des troubles anxieux et du sommeil et des répercussions socioprofessionnelles tels que la désinsertion, la marginalisation et la précarité.

### **3.2 Cadre théorique**

Nous avons décidé de mettre en lien le Modèle de Calgary (Wright et Leahey, 2005) avec notre question PICO(T) « Quelles sont les perceptions des hommes adultes de 35 à 55 ans présentant une alcoolo-dépendance face à une thérapie basée sur l'entretien motivationnel en milieu ambulatoire dans l'objectif d'y adapter les interventions infirmières ? » Ce modèle nous permet de rechercher les représentations, les valeurs et les croyances présentes dans notre question de recherche, ceci afin de mettre en lumière les perceptions des personnes alcoolo-dépendantes face à une thérapie centrée sur l'entretien motivationnel.

### 3.2.1 Modèle de Calgary (Wright et Leahey, 2005).

Le modèle de Calgary (Wright et Leahey, 2005) est un guide de collecte de données centré sur la famille. L'analyse de ces données permet l'élaboration d'hypothèses et d'interventions infirmières. Ce modèle familial présente une notion psychologique basée sur les croyances, les perceptions et les règles. Il est organisé selon trois composantes : la structure familiale, le cycle de la vie familiale et le fonctionnement familial, ceci ayant pour *pattern* principal la communication.

#### **La structure familiale**

Elle est composée de 3 grandes catégories : la structure interne, la structure externe et le cycle de vie. La structure interne concerne le système familial ; l'élaboration d'un génogramme y est intégrée. La structure externe est le côté social du patient et de sa famille. Une écocarte sera effectuée afin de connaître les liens entre eux, permettant une prise en charge adaptée et individualisée de la personne. Le cycle de vie familial est un processus de développement fractionné en 6 étapes impliquant chacune un changement de rôle : formation du jeune adulte à l'adulte, formation du couple, formation d'une famille avec de jeunes enfants, famille avec des adolescents, famille avec départ d'enfants et la retraite.

## **Le fonctionnement familial**

Il correspond à la manière dont les membres de la famille interagissent. Deux notions en découlent : le fonctionnement instrumental, qui est le rôle que chacun occupe au sein de la famille, et le fonctionnement expressif, qui concerne la communication des différents membres au sein de la famille. Les croyances définies à partir de la problématique de santé de la personne sont recherchées à travers les règles de vie qui sous-tendent les perceptions. Leurs croyances découlent de celles-ci. La règle est l'exigence imposée par les perceptions et les croyances personnelles. La perception est subjective et propre à la personne. La croyance est la vérité ultime de l'individu. Deux types de croyances sont à rechercher : les croyances contraignantes et facilitantes.

L'objectif de ce modèle est la formulation d'hypothèses circulaires sur la façon dont les croyances maintiennent la problématique et inversement. Une fois cette hypothèse émise, il faudra la valider en partenariat avec le patient afin de pouvoir la nommer comme *pattern* de communication.

Pour terminer, l'élaboration des interventions infirmières est effectuée au travers de quatre postulats : reconnaître ses propres croyances, reconnaître l'existence de la famille, reconnaître l'expérience de la famille et reconnaître l'expertise de la famille.

### *3.2.2 Lien entre le cadre théorique et la thématique.*

Dans le modèle de Calgary, la personne et sa famille forment une entité indissociable. Pour notre Travail de Bachelor, nous sommes conscientes de cette unité fondamentale mais choisissons de nous centrer sur les perceptions et croyances propres à la personne, indépendamment de l'impact qu'elle peut avoir sur sa famille.

Notre questionnaire traite des perceptions des personnes alcooliques face à une thérapie basée sur l'entretien motivationnel, en lien direct avec le Modèle de Calgary. En effet, les notions principales présentes dans ce cadre théorique sont les perceptions, les valeurs et les croyances. La connaissance des perceptions de la personne soignée permettra de mettre en place des interventions thérapeutiques adaptées à sa situation et ainsi de comprendre sa problématique. Dans une thématique d'alcoolisme, il est important de rechercher les croyances de la personne afin de mettre en lumière la nature du problème. Les résultats, obtenus grâce à notre Travail de Bachelor, permettront de formuler des recommandations pour la pratique infirmière. Effectivement, la connaissance et l'identification des perceptions des patients amènent le soignant à les prendre en compte afin d'améliorer sa prise en soins. Cette approche situe le patient au centre du soin, permettant une collaboration active de celui-ci et favorisant ainsi l'alliance thérapeutique nécessaire à un processus de changement.

Une personne atteinte d'alcool-dépendance vit un déséquilibre dans son mode de fonctionnement habituel ainsi que dans ses différentes sphères physiques, psychiques et sociales. Connaître ses perceptions, ses règles et ses croyances facilitantes et contraignantes est une source de repères sur lesquels s'appuyer afin d'améliorer sa santé. En effet, le fait de disposer d'un aperçu des croyances contraignantes peut révéler un blocage sous-jacent qu'il faudra prendre en considération, toutefois sans tenter de les modifier. Cependant, il sera important de travailler sur les règles ancrées au sein de la croyance et imposées par la personne elle-même, afin de les alléger et ainsi ouvrir son champ de perception. Les croyances facilitantes émises par la personne sont nos principales sources d'intervention qui donneront lieu à nos actions.

Selon Wright et Leahey (2005), il est important que le personnel soignant identifie ses propres croyances afin qu'elles n'influencent pas les recherches ni les interventions. Le but est d'avoir une position de neutralité et de non-jugement qui nous donnera une capacité d'introspection.

## **Chapitre 4 : Méthode**

#### **4.1 Méthode PICO(T)**

La méthode PICO(T) permet de formuler des questions et des réponses de recherche à issue clinique. Elle favorise une méthode de recherche validée et applicable. L'abréviation «PICO(T)» signifie «*population*», «*intervention*», «*comparaison/contexte*», «*outcome*» et «*temps*», à savoir que la «*comparaison*» et le «*temps*» sont optionnels et pas toujours présents dans la question de recherche. (Melnyk & Fineout-Overholt, 2011)

#### **4.2 Elaboration et description de la question PICO(T)**

L'utilisation de la méthode PICO(T) (Melnyk & Fineout-Overholt, 2011), a permis d'affiner notre question de recherche qui se présente ainsi : « Quelles sont les perceptions des hommes adultes de 35 à 55 ans présentant une alcoolo-dépendance face à une thérapie basée sur l'entretien motivationnel en milieu ambulatoire dans l'objectif d'y adapter les interventions infirmières ? » Cette question est de type *Meaning*, ce qui implique qu'il y a uniquement présence de la «population», de «l'intervention» et du «résultat» dans notre méthode de recherche. Les «hommes adultes présentant une alcoolo-dépendance» déterminent la population, «la thérapie basée sur l'entretien motivationnel en milieu ambulatoire» détermine l'intervention et les «perceptions» déterminent le résultat (Appendice A, p.83).

Nous avons décidé d'inclure la notion d'interventions infirmières dans notre question de recherche car cela permet de faire des liens avec notre discipline professionnelle. Nous avons effectué des liens avec les métaparadigmes et les savoirs-infirmiers ce qui a renforcé l'importance d'introduire cette notion. Comme cité ci-dessus, notre question étant de type *Meaning*, nous avons fait le choix de ne pas faire apparaître cet élément dans nos recherches de littérature.

#### **4.3 Critères de sélection des articles**

Afin d'effectuer nos recherches d'articles, nous nous sommes appuyées sur les bases de données suivantes : *OVID (PsychInfo), PubMed et Cinhal*. La question PICO(T) a permis de définir les mots-clés que nous avons ensuite traduits en anglais à partir du Grand Dictionnaire Terminologique. Le tableau correspondant se trouve en annexe (Appendice A, p.83). Dans un deuxième temps, nous avons utilisé les mots-clés traduits en anglais afin de trouver les descripteurs correspondants à chaque base de données. Le tableau se trouve en annexe (Appendice A, p.83).

Les descripteurs MeSH (*Medical subject Headings*) sont des descripteurs médicaux qui constituent les thesaurus des bases de données Cochrane et Pubmed (NCBI, 2015).

Les descripteurs OVID sont utilisés sur la base de données Psycinfo. OVID est un moteur de recherche interrogeant plusieurs bases de données, il concerne plusieurs thématiques : l'économie, la médecine, la psychiatrie et les soins infirmiers (Wolters Kluwer, 2015).

#### **4.4 Stratégie de sélection des articles**

Dans un premier temps, nous avons effectué des recherches sur les différentes bases de données énoncées en amont grâce aux mots-clés spécifiques à notre question de recherche. Afin de recueillir des articles, les plus probants possibles, nous avons utilisé différents critères d'exclusion. Le premier est la date de parution de l'article qui doit être inférieur à 10 ans. Le deuxième est le fondement méthodologique de l'article comprenant : l'introduction, la méthodologie, les résultats et la discussion. Le dernier critère correspond au niveau de preuve et/ou l'*impact factor*, c'est un indice permettant de mesurer la valeur scientifique d'un journal. L'*impact factor* doit être supérieur à 1.5, plus il est élevé, plus le journal est reconnu. Dans un premier temps, cette méthode de recherche a permis de retenir vingt articles répondant à notre thématique. Dans un deuxième temps, la lecture du titre, du résumé et la recherche de l'*impact factor* ont permis de sélectionner quinze des vingt articles.

Chacun des quinze articles scientifiques retenus a été analysé de façon critique à l'aide de la grille adaptée du Fortin (2010). Cette grille permet un questionnement quant aux points principaux devant figurer dans un article scientifique de qualité.

## **Chapitre 5: Synthèse des résultats et discussions**

## **5.1 Synthèse des résultats**

Afin d'effectuer la synthèse des résultats, nous avons catégorisé les éléments significatifs des quinze articles en regard de notre question de recherche. Ils seront développés afin de pouvoir argumenter notre thématique. Une fois les articles analysés, nous avons mis en évidence trois catégories : les éléments perçus par les patients comme facilitant la thérapie, les éléments perçus comme contraignants ainsi que l'outil d'évaluation de l'entretien motivationnel par les patients. Ainsi, nous pourrions identifier les éléments pouvant influencer le processus d'entretien motivationnel. Cette recherche permettra d'émettre des recommandations pour la pratique des soignants.

### **Éléments perçus par les patients comme facilitant l'entretien motivationnel:**

L'étude des différents articles a permis de mettre en évidence plusieurs éléments perçus comme bénéfiques par les patients face à l'entretien motivationnel. Le facteur se révélant comme étant le plus marquant est l'alliance thérapeutique.

Selon l'article de Michael, Madson, Villarosa, Schumacher et Mohn (2016), une bonne alliance thérapeutique encourage le changement de comportement des patients.

Le thérapeute a une influence notable sur le bon déroulement de l'entretien afin d'établir une bonne alliance et ainsi favoriser un processus de changement. En effet, selon Brobeck, Odenkrants, Bergh et Hildingh (2014), l'attention, la sensibilité, le respect et le non-jugement du thérapeute permettent au patient d'échanger de manière plus significative et plus libre. De plus, des interactions mutuelles entre le thérapeute et le patient permettent d'instaurer un climat de bien-être. Ce sentiment de bien-être est perçu comme important par les patients pour entamer un processus de changement, car il permet au patient de parler de manière plus libre. Cela induit une discussion collaborative entre celui-ci et le thérapeute, aboutissant à un sentiment de fierté. L'entretien contribue au changement du patient lorsque celui-ci lui permet d'adopter une nouvelle façon de penser sur son mode de vie et que ses initiatives de changement sont encouragées. Benzo (2013) appuie ces données en affirmant que les patients ont des perceptions positives sur la relation patient-soignant. Dans 88.5 % des cas, une collaboration thérapeutique a permis de mettre en place des stratégies pour améliorer la situation du patient. Dans 92.3 % des cas, les patients sentent que les thérapeutes les estiment et, dans 84 % des cas, les patients ont eu confiance dans l'aide apportée par les thérapeutes. Ces différents pourcentages confirment l'importance de l'alliance thérapeutique dans le processus de changement.

L'article de Jones, Latchford et Tober (2015) appuie les notions évoquées ci-dessus tout en incluant d'autres éléments. Les patients évoquent un besoin d'autonomie leur laissant la responsabilité de leurs actions et décisions. Toutefois, le thérapeute dirige la conversation tout en ayant une écoute active et en tenant compte des réflexions du patient. Il doit également valoriser, valider et comprendre la personne dans ce qu'elle vit. Le thérapeute doit amener le patient à prendre conscience de l'existence d'un problème. Le patient doit pouvoir se sentir libre de parler. Certaines réactions relationnelles peuvent parfois surgir et être perçues comme difficiles, mais apportent tout de même un bénéfice au changement.

L'étude de Benzo (2013) met en évidence que l'entretien motivationnel permet au patient de modifier son comportement par sa propre volonté en faisant appel à l'autogestion.

Selon Brobeck et al. (2014), l'écoute active permet au patient de recevoir une confirmation du processus de changement qu'il met en place. Ceci lui permet de se sentir en sécurité et d'avancer.

Les résultats de l'étude de Levitt, Surace et Pomerville (2016) démontrent que le patient se sent plus à l'aise à engager un processus réflexif lorsque le thérapeute se montre curieux envers lui et intéressé à ses problèmes et son histoire. Les patients disent se sentir plus sécurisés pour explorer les thèmes perçus comme menaçants lorsque le thérapeute leur démontre une acceptation authentique de leurs problèmes et de leur situation. De plus, un

environnement sécurisant et empreint de soutien leur permet de s'engager activement dans le travail qu'ils estiment vulnérable et risqué. La finalité est de reconnaître leurs besoins principaux tout en identifiant leur mode de vie. Afin de compléter ces résultats, l'étude de Jones & al. (2015) met en évidence divers aspects importants dans le but d'engendrer un changement de comportement durable : Le non-jugement, les capacités du thérapeute à créer une relation de confiance ainsi qu'une adéquation entre les valeurs fondamentales du patient et le changement désiré.

Selon l'étude de Magill, Mastroleo, Apodaca, Barnett, Colby et Monti (2010), l'intégration de personnes significatives aux patients lors de séances d'entretiens motivationnels permettent à ceux-ci de faciliter le processus de changement de comportement. En outre, les patients et leurs personnes significatives perçoivent une alliance thérapeutique, une satisfaction et un engagement importants lors des entretiens.

Certains points positifs ont pu être mis en évidence comme le fait que les patients apprécient le soutien apporté par les professionnels et pensent que le l'entretien a généré une augmentation du sentiment de responsabilité.

Pour conclure, les résultats de l'article de Gaume, Magill, Longabaugh, Bertholet, Gmel et Daepfen (2014) démontrent l'importance de connaître les perceptions des thérapeutes en plus des perceptions des patients. En effet, le comportement du thérapeute a une influence sur le déroulement positif ou négatif de l'entretien motivationnel.

### **Éléments perçus par les patients comme contraignants à l'entretien motivationnel:**

Dans l'article de Brobeck & al. (2014), les patients soulignent que l'aide des proches serait moins bénéfique que celle fournie par des thérapeutes. En effet, les proches ont tendance à avoir des attentes irréalistes décourageantes pour le patient, créant un sentiment de honte chez celui-ci. De plus, les résultats démontrent que le thérapeute doit s'adapter à chaque patient et ne pas le pousser au changement car cela risquerait de créer l'effet contraire à celui attendu.

Selon Wallhed, Bakshi et Andréasson (2014), les patients présentent différentes barrières aux traitements tels que la stigmatisation ; les patients perçoivent le besoin de traitement pour ses troubles alcooliques comme un échec et une honte. De plus, ils ont peur d'être stéréotypés comme étant "des alcooliques". Ils présentent tous la même appréhension face à l'abstinence totale car ils perçoivent le traitement des troubles alcooliques comme la suppression totale de la consommation. Les patients redoutent également les répercussions sur leur vie sociale, professionnelle ou personnelle s'ils venaient à demander de l'aide.

Les résultats de l'étude de Jones & al. (2015) soulignent qu'une réaction émotionnelle perçue comme difficile est souvent présente lors des entretiens. Cependant, celle-ci est nécessaire dans le processus de changement. Pour les patients, le déni semble plus facile que de prendre la décision de changer. De

plus, il est difficile de maintenir la motivation entre les différents entretiens motivationnels.

Selon Kerkel, Jonsson, Lindwall et Strand (2015), l'entretien motivationnel peut engendrer un stress supplémentaire pour les patients si les objectifs de changements ne sont pas raisonnables et réalistes. De plus, il a été difficile pour les patients de faire la différence entre les conséquences positives à long terme et les conséquences négatives à court terme.

Une méta-analyse a été effectuée pour connaître le pourcentage d'abandon de la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) pour des patients souffrant de troubles de santé mentale. Cette étude de Fernandez, Salem, Swift et Ramtahal (2015) peut être comparée à notre recherche afin d'éviter de commettre les mêmes erreurs et de rompre la thérapie. L'analyse de 36 études montre que le taux d'abandon moyen était de 15.9 % au prétraitement et, sur une analyse de 115 autres études, le taux d'abandon pendant le traitement était de 26.2 %. Selon ces données, l'arrêt de la thérapie a été significativement associé au diagnostic de la dépression ayant un taux d'abandon élevé. Les personnes alcool-dépendantes peuvent présenter une dépression associée à leur problème de consommation d'alcool, c'est pourquoi il faudra être particulièrement attentif à cette population précise afin d'optimiser la prise en charge et d'éviter l'abandon de la thérapie. L'étude de Fernandez et al. (2015) montre que les personnes reçues en ambulatoire abandonnent plus facilement la thérapie que les personnes hospitalisées.

L'abandon est lié aux perceptions des patients, ce sont donc des éléments importants à considérer car notre thématique de Bachelor étudie les hommes alcoolo-dépendants dans le secteur ambulatoire. Par ailleurs, cette étude spécifie que les taux d'abandon ne signifient pas que les autres formes de psychothérapies autres que la TCC ont des taux d'attrition plus faibles. Pour conclure, nous observons que les personnes alcoolo-dépendantes présentent un risque accru de démotivation et qu'elles méritent une attention particulière à cet égard. Cependant, il aurait été encore plus pertinent de connaître des données qualitatives de cette étude expliquant les raisons pour lesquelles les patients abandonnent le traitement.

### **L'outil d'évaluation de l'entretien motivationnel par les patients**

#### **(CEMI) :**

Une échelle (CEMI) a été utilisée dans plusieurs articles visant à mettre en évidence les perceptions des patients face à une thérapie centrée sur l'entretien motivationnel.

La recherche de Madson et al (2013) a évalué les perceptions des patients au travers de leur motivation à changer, de l'entretien avec le thérapeute et de l'environnement sécurisant de la thérapie. Selon l'étude, les comportements des intervenants sont considérés comme important dans la prise de décision d'un changement de comportement à travers l'entretien motivationnel. De

plus, l'alliance thérapeutique est à nouveau mise en avant sachant qu'elle doit être cohérente et fiable afin que la thérapie soit efficace.

Selon Armstrong, Atkin-Plunk, et Gartner (2016), cet outil s'avère utile et prometteur pour la discipline infirmière. En effet, les données recueillies grâce à l'échelle permettent aux thérapeutes d'adapter leurs interventions aux perceptions aux besoins des patients et ainsi mener des entretiens motivationnels de qualité.

## **Chapitre 6: Conclusion**

## **6.1 Apports du Travail de Bachelor**

Ce travail de Bachelor nous a permis de développer diverses compétences et d'enrichir nos connaissances. Nous avons décelé les éléments facilitants et contraignants.

Nous avons eu du plaisir à élaborer ce travail, il nous a permis de rencontrer divers professionnels et ainsi approfondir notre thématique concernant l'alcool-dépendance. En effet, nous avons été confrontées à diverses personnes souffrant d'alcool-dépendance durant nos expériences professionnelles. Ce travail nous a aidées à élaborer des pistes pour disposer de meilleures stratégies d'adaptation face à ces patients. Nous avons pu compléter et développer notre curiosité au travers des recherches effectuées.

En outre, travailler par groupe de trois est à la fois facilitant et contraignant. Nos connaissances théoriques et nos expériences individuelles ont été bénéfiques à la réalisation de ce travail. Les apports d'idées étaient enrichissants et abondants, ils ont contribué au maintien d'un fil conducteur. L'organisation était parfois difficile car nos rythmes de travail sont différents, de même que nos activités annexes qui ne nous permettaient pas de nous retrouver aisément.

Nous avons chacune une vision du travail divergente, ce qui a généré des tensions. Cependant, les concessions faites tout au long du travail ont contribué à une bonne collaboration globale. L'esprit d'équipe développé

durant cette étude sera utile pour les professionnels en devenir que nous sommes.

Notre vision sur le travail de recherches a évolué et nous constatons aujourd'hui l'importance de la recherche dans la discipline infirmière. Nos compétences sur les bases de données ont évolué et nous permettront d'aborder de manière plus sereine les travaux futurs. Notre processus de réflexivité s'est développé tout au long de ce projet ainsi que nos connaissances face aux savoirs empiriques.

Nous avons fait face à des difficultés lors de l'écriture du chapitre de la problématique. Nos manques de recherches de littérature et notre précipitation nous ont conduites à un manque de précision et de structure. Nous n'avons pas pris le temps de réfléchir suffisamment où nous voulions vraiment nous orienter, ce qui nous a amenées à restructurer notre travail. Grâce à l'aide de notre directeur de travail de Bachelor et à notre collaboration, nous avons pu préciser de manière progressive notre thématique.

L'anglais n'étant pas notre langue maternelle, l'analyse d'articles fut une difficulté supplémentaire. Par ailleurs, le vocabulaire spécifique aux recherches a nécessité une grande rigueur de notre part, ce qui nous a permis d'enrichir notre compréhension de la langue.

## 6.2 Limites du Travail de Bachelor

Lors de la recherche de littérature, nous avons constaté que les études portant sur notre thématique étaient limitées, la plupart se concentrant sur les perceptions des thérapeutes. Aussi avons-nous rencontré des difficultés à trouver des articles correspondant et répondant à notre question PICO(T). Cette contrainte nous a conduites à sélectionner des articles ne traitant pas de la population alcoolo-dépendante. Cependant, en intégrant la notion de perception, nous avons pu les adapter afin de répondre à notre question de recherche.

Afin d'ancrer nos recherches dans la discipline infirmière, il aurait été pertinent de trouver des articles en lien avec la théorie de Calgary (2005). Malheureusement, la recension des articles retenus ne mentionne pas ce cadre théorique.

Afin que ce travail de Bachelor reflète la profession infirmière, il était important de trouver des sources primaires infirmières. Dans nos recherches, deux articles correspondaient à ce critère faisant parti du journal *BMC Nursing*. Cependant, la validité des présentes études n'a pas pu être prouvées au travers de *l'impact factor*. D'autres part, les critères de sélections tel que le niveau de preuve, nous ont obligé à exclure des articles probants. Néanmoins cela a permis de recueillir des études de qualité.

### **6.3 Perspectives pour la recherche**

En procédant à la recherche de littérature sur les bases de données, nous avons constaté un manque de publication sur la thématique principale de notre travail qui pourrait générer des recherches futures intéressantes pour la discipline infirmières.

Pour commencer, il serait pertinent de mener des études centrées sur les perceptions des patients. En effet, la plupart des études se concentrent sur les perceptions des thérapeutes face à la thérapie motivationnelle. Le point de vu du patient est judicieux afin de disposer des moyens nécessaires au bon déroulement de la thérapie tout en individualisant l'entretien.

Nos recherches soulèvent une échelle d'évaluation (CEMI) créée dans le but de connaître les perceptions des patients. Selon Madson, Villarosa, Schumacher et Mohn (2016), cet outil nécessite une nouvelle révision afin de prendre en compte d'autres variables importantes des perceptions. C'est pourquoi, nous préconisons d'autres études afin d'améliorer sa validité. En lien avec notre thématique des perceptions, nous pourrions imaginer des cliniciens incluant le modèle de Calgary dans les thérapies motivationnelle. Effectivement, le modèle de Calgary traite des croyances et valeurs pouvant influencer sur les perceptions des patients.

## **Chapitre 7: Références**

- Addiction, S. (2014). *Monitorage suisse des addictions: consommation d'alcool, tabac et drogues illégales en Suisse en 2013*: Addiction Suisse. Berne : Office fédéral de la santé publique.
- Armstrong, G. S., Atkin-Plunk, C., & Gartner, N. R. (2016). Perceptions of Motivational Interviewing: Validation of the Client Evaluation of Motivational Interviewing Scale With Probation Clients. *Criminal Justice and Behavior*, 43(8), 1095-1106. doi :10.1177/0093854816639082
- Astudillo, M., & Maffli, E. (2008). *Prise en charge ambulatoire des problèmes de dépendance: résultats de l'enquête sur les institutions de 2008* (No. 5). Lausanne : SFA.
- Benyamina, A., Reynaud, M., & Aubin, H.J. (2013). *Alcool et troubles mentaux: de la compréhension à la prise en charge du double diagnostic*. Paris : Elsevier Masson.
- Benzo, R. P. (2013). Mindfulness and Motivational Interviewing: Two candidate methods for promoting self-management. *Chronic Respiratory Disease*, 10(3), 175-182. doi :10.1177/1479972313497372
- Brobeck, E., Odenkrants, S., Bergh, H., & Hildingh, C. (2014). Patients' experiences of lifestyle discussions based on motivational interviewing: a qualitative study. *BMC Nursing*, 13(1), 13. doi :10.1186/1472-6955-13-13
- Chinn, P. L., & Kramer, M. K. (2008). *Integrated theory and knowledge development in nursing* (7th ed.). St. Louis : Mosby Elsevier.
- Conseil International des Infirmières. (2015). *Definition of Nursing*. Repéré à <http://www.icn.ch/fr/who-we-are/icn-definition-of-nursing/>
- Dabrion, M. (2014). *UE 4.2, soins relationnels: la communication, l'entretien professionnel infirmier, la relation d'aide: semestres 2 et 3*. Paris : De Boeck Estem.
- Ernst, P. (2016). *Alcoolisme : la souffrance des proches* [youtube] <http://www.consomptiondalcool.ch/pour-les-proches/>.
- Fawcett, J. (2005). *Contemporary nursing knowledge : analysis and evaluation of nursing models and theories* (2nd ed.). Philadelphia : F.A. Davis Co.
- Fernandez, E., Salem, D., Swift, J. K., & Ramtahal, N. (2015). Meta-analysis of dropout from cognitive behavioral therapy: Magnitude, timing, and moderators. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(6),

1108-1122. doi :10.1037/ccp0000044

- Fortin, F., & Gagnon, J. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche: méthodes quantitatives et qualitatives* (2e éd.). Montréal : Chenelière éducation.
- Freud, S. (2015). *Introduction à la psychanalyse*. Paris : Editions Payot
- Gaume, J., Magill, M., Longabaugh, R., Bertholet, N., Gmel, G., & Daeppen, J. B. (2014). Influence of counselor characteristics and behaviors on the efficacy of a brief motivational intervention for heavy drinking in young men—a randomized controlled trial. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 38(7), 2138-2147. doi :10.1111/acer.12469
- Gimenez, M. (1997). *La psychologie de la perception*. Repéré à <http://perso.lcpc.fr/roland.bremond/documents/psychoPerception.pdf>
- Gomez, H. (2007). *Guide de l'accompagnement des personnes en difficulté avec l'alcool*. Paris : Dunod.
- Guillet, L. *Stress, modèles et application*. Repéré à <http://liris.cnrs.fr/~cnriut08/actes/articles/129.pdf>
- Hansenne, M. (2013). *Psychologie de la personnalité* (4<sup>e</sup> éd.). Paris: Boeck Supérieur.
- Ionescu, S., Lhote, C., & Jacquet, M.-M. (2012). *Les mécanismes de défense* (2<sup>e</sup> éd.). Paris : Armand Colin
- Jones, S. A., Latchford, G., & Tober, G. (2016). Client experiences of motivational interviewing: An interpersonal process recall study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 89(1), 97-114. doi :10.1111/papt.12061
- Jordan, M. D. (2015). *Rapport annuel act-info 2013: prise en charge et traitement des dépendances en Suisse: résultats du système de monitoring*. Berna : Office fédéral de la santé publique.
- Kerkel, E. S., Jonsson, L., Lindwall, M., & Strand, J. (2015). Individual experiences following a 6-month exercise intervention: A qualitative study. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 10, 1-12. doi :10.3402/qhw.v10.26376
- Kerns, R. D., Burns, J. W., Shulman, M., Jensen, M. P., Nielson, W. R., Czapinski, R., ... Rosenberger, P. (2014). Can we improve cognitive-

behavioral therapy for chronic back pain treatment engagement and adherence? A controlled trial of tailored versus standard therapy. *Health Psychology*, 33(9), 938-947. doi :10.1037/a0034406

Lalman, L. (2010). L'alcool , une drogue culturelle ... Sortir des mythes et des stéréotypes.

Lavagen, N. (2013). Psychiatrie : psychiatrie, pédopsychiatrie, addictologie : l'indispensable pour réussir l'ECN... Paris;Cormeilles-en-Parisis (11 impasse Massenet 95240) : Med-Line éd.

Lécallier, D., Michaud, P., Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). L'entretien motivationnel, aider la personne à engager le changement. (2e éd.). Paris : InterÉditions

Office québécois de la langue française (2012). Le grand dictionnaire terminologique. Repéré à <http://www.granddictionnaire.com>

Lejoyeux, M. (2009). *Addictologie*. Paris : Masson.

Levinson, D. J. (2011). *Seasons of a Woman's Life*. (S.I.) : Ballantine Books.

Levitt, H. M., Pomerville, A., & Surace, F. I. (2016). A Qualitative Meta-Analysis Examining Clients ' Experiences of Psychotherapy : A New Agenda. *Psychological Bulletin*, 142(8), 801-830

Madson, M. B., Mohn, R. S., Schumacher, J. A., & Landry, A. S. (2015). Measuring Client Experiences of Motivational Interviewing During a Lifestyle Intervention. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 48(2), 140-151. doi :10.1177/0748175614544687

Madson, M. B., Mohn, R. S., Zuckoff, A., Schumacher, J. A., Kogan, J., Hutchison, S., ... Stein, B. (2013). Measuring client perceptions of motivational interviewing: Factor analysis of the Client Evaluation of Motivational Interviewing scale. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 44(3), 330-335. doi :10.1016/j.jsat.2012.08.015

Madson, M. B., Villarosa, M. C., Schumacher, J. A., & Mohn, R. S. (2016). Evaluating the Validity of the Client Evaluation of Motivational Interviewing Scale in a Brief Motivational Intervention for College Student Drinkers. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 65, 51-57. doi :10.1016/j.jsat.2016.02.001

- Magill, M., Mastroleo, N. R., Apodaca, T. R., Barnett, N. P., Colby, S. M., & Monti, P. M. (2010). Motivational interviewing with significant other participation: Assessing therapeutic alliance and patient satisfaction and engagement. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 39(4), 391-398. doi :10.1016/j.jsat.2010.07.006
- Marc-Antoine, Crocq, M.-A., Guelfi, J.-D., Boyer, P. (1948-. . . .), Pull, C.-B., & Pull-Erpelding, M.-C. (2015). DSM-5 : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.
- Melnyk, B. M., & Fineout-Overholt, E. (2011). Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice (2nd ed.). Philadelphia : Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- Menecier, P. (2010). Boire et vieillir : comprendre et aider les aînés en difficulté avec l'alcool. Toulouse : Érès.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *L'entretien motivationnel: Aider la personne à engager le changement* (2<sup>e</sup> éd.). Paris : InterEditions.
- Miller, W.R., Rollnick, S., Lécailier, D., & Michaud, P. (2006). *L'entretien motivationnel: Aider la personne à engager le changement*. Paris : InterEditions
- Monjauze, M. (2001). *Comprendre et accompagner le patient alcoolique*. Paris : In Press Editions.
- Monnier, J., & Deschamps, J.-P. (1980). *Santé publique : santé de la communauté*. (S.l.) : Simep.
- Morin, Y. (2000). *Larousse médical* (Edition 2000). Montréal: Larousse.
- NCBI ; National Center for Biotechnology Information. (2015). Pubmed. Repéré à <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?otool=linksolver>
- Paul, M. (2012). L'accompagnement comme posture professionnelle spécifique: l'exemple de l'éducation thérapeutique du patient. *Recherche en soins infirmiers*, (110).
- Pepin, J., Ducharme, F., & Kérouac, S. (Suzanne). (2010). *La pensée infirmière* (3e éd.). Montréal : Chenelière éducation.
- Phaneuf, M. (2013). L'accompagnement thérapeutique : réflexions sur un élément essentiel en soins infirmiers Une richesse à conserver.

- Polcin, D. L., Sterling, J., Brown, T., Brown, M., Buscemi, R., & Korcha, R. (2015). Client and Therapist Views About Intensive and Standard Motivational Interviewing. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 45(3), 167-176. doi :10.1007/s10879-014-9280-1
- Robin, A., Massaferro, C., & Puech, M. (2013). Le maintien à domicile des personnes âgées: les spécificités du milieu rural. Repéré à [http://www.worldcat.org/title/maintien-a-domicile-des-personnes-agees-les-specificites-du-milieu-rural-etude-qualitative-de-10-focus-groups-dans-la-communaute-de-communes-de-la-vallee-du-lot-en-aveyron/oclc/871034428&referer=brief\\_results](http://www.worldcat.org/title/maintien-a-domicile-des-personnes-agees-les-specificites-du-milieu-rural-etude-qualitative-de-10-focus-groups-dans-la-communaute-de-communes-de-la-vallee-du-lot-en-aveyron/oclc/871034428&referer=brief_results).
- Rollnick, S., Miller, W. R., & Butler, C. C. (2009). *Pratique de l'entretien motivationnel: Communiquer avec le patient en consultation*. Paris : InterEditions.
- Schuler, D., Tuch, A., Buscher, N., & Camenzind, P. (2012). La santé psychique en Suisse - Monitoring 2016 - Rapport 72. Repéré à [http://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2017/obsan\\_72\\_rapport.pdf](http://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2017/obsan_72_rapport.pdf)
- Wallhed Finn, S., Bakshi, A.-S., & Andréasson, S. (2014). Alcohol Consumption, Dependence, and Treatment Barriers: Perceptions Among Nontreatment Seekers with Alcohol Dependence. *Substance Use & Misuse*, 49(6), 762-769. doi :10.3109/10826084.2014.891616
- Wolters Kluwer. (2015). *Ovid*. Repéré à: <http://ovidsp.tx.ovid.com/sp-3.15.1b/ovidweb.cgi?&S=NLNDFPPNLEDDNKKHNCKKHDMCMHCOAA00&Main+Search+Page=1&Change+Language=en>
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2005). *Nurses and families : a guide to family assessment and intervention* (4th ed.). Philadelphia PA : F.A. Davis.

## **8. Appendices**

## Appendice A

Tableau numéro 1 : Question PICO et descripteurs

	P	I	C	O
Mots-clés français	Homme de 35-55 ans souffrant d'alcoolodépendance	Entretien motivationnel	Pas présent	Perceptions
Mots-clés anglais	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Alcoholism</li> <li>❖ Alcohol addiction or</li> <li>❖ Ethylism</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Motivational interviewing</li> <li>Traduit à l'aide de WordReference</li> </ul>	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Perception</li> </ul>
Descripteurs MeSh  Cochrane Pubmed	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Alcoholism</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Motivational interviewing</li> <li>❖ Interviewing, Motivational</li> </ul>	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Perception</li> <li>❖ Understanding</li> <li>❖ Patient experience</li> </ul>
Descripteurs OVID  Psychinfo	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Alcoholism</li> <li>❖ Alcohol Addiction</li> <li>❖ Alcohol Dependance</li> <li>❖ Alcohol intoxication</li> <li>❖ Addiction</li> <li>❖ Alcohol Abuse</li> <li>❖ Alcohol Drinking Patterns</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Motivational Interviewing</li> <li>❖ Motivational Enhancement Therapy</li> <li>❖ Psychotherapeutic Techniques</li> </ul>	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Perception</li> <li>❖ Patient perception or experience</li> <li>❖ Sensation</li> <li>❖ Form and Shape Perception</li> <li>❖ Intersensory Processes</li> <li>❖ Object Recognition</li> <li>❖ Understanding</li> </ul>
Descripteurs Headings Cinhal	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Alcoholism</li> <li>❖ Ethanol</li> <li>❖ Alcohol Rehabilitation Programs</li> <li>❖</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Motivational interviewing</li> <li>❖ Interviewing, Motivational</li> <li>❖ Motivational Interview(s)</li> <li>❖ Interview(s) Motivational</li> </ul>	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Perception</li> <li>❖ Understanding</li> <li>❖ Psychological Well-Being</li> <li>❖ Psychological Processes and Principles</li> <li>❖ Mental Processes</li> <li>❖ Cognition</li> <li>❖ Thinking</li> </ul>

## Appendice B

Tableau numéro 2 : Articles sélectionnés sur PsychInfo

Descripteurs Ovid	Filtre	Nombre d'articles trouvés	Articles retenus
Patients perception or experience AND Motivational Interviewing AND Alcohol or alcoholism	10ans	3	Client experiences of motivational interviewing: An interpersonal process recall study
Patients perception or experience AND Motivational Interviewing	10ans	111	A qualitative meta-analysis examining clients' experiences of psychotherapy: A new agenda  Measuring Client Experiences of Motivational Interviewing During a Lifestyle Intervention  Clients' experiences of intentional personality change coaching
Patients perception or experience AND Motivational interviewing or motivational enhancement therapy or psychotherapeutic techniques	10ans  Impact factor	3	Under what conditions? Therapist and client characteristics moderate the role of change talk in brief motivational intervention.
Alcoholism or alcohol addiction or addiction AND Motivational interviewing or motivational Enhancement therapy or psychotherapeutic techniques AND Patients perception or experience	10ans  Impact factor	2	Meta-analysis of dropout from cognitive behavioral therapy: Magnitude, timing, and moderators  De l'article ci-dessus découle:  Patient Expectations and Therapeutic Alliance as Predictors of Outcome in Group Cognitive-Behavioral Therapy for Insomnia
Patient experience AND Motivational interviewing or motivational enhancement therapy or psychotherapeutic techniques	10ans	47	Individual experiences following a 6-month exercise intervention: A qualitative study

Client evaluation AND motivational interviewing or motivational enhancement therapy or psychotherapeutic techniques	10ans	36	Perceptions of motivational interviewing: Validation of the Client Evaluation of Motivational Interviewing Scale with probation clients
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------	----	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Appendice C**

Tableau numéro 3 : Articles sélectionnés sur PubMed

Descripteurs Mesh	Filtre	Nombre d'articles trouvés	Articles retenus
Alcoholism AND Motivational interviewing or interviewing motivational AND Perception	10ans	5	Brief motivational interviewing for DWI recidivists who abuse alcohol and are not participating in DWI intervention: a randomized controlled trial

## Appendice D

Tableau numéro 4 : Articles sélectionnés sur Cinhal

Descripteurs Headings	Filtre	Nombre d'articles trouvés	Nombre d'articles retenus
Motivational Interviewing AND Perception	10ans	77	Measuring client perceptions of motivational interviewing: factor analysis of the Client Evaluation of Motivational Interviewing scale
Patients perception or experience AND Motivational Interviewing AND Alcohol or alcoholism	10ans	32	Patients' experiences of lifestyle discussions based on motivational interviewing: a qualitative study  Client and Therapist Views About Intensive and Standard Motivational Interviewing
Patients experience or perception or attitude AND Alcoholism or alcohol dependence or alcohol abuse or alcoholic or alcohol addiction	10ans	60	Alcohol Consumption, Dependence, and Treatment Barriers: Perceptions Among Notreatment Seekers with Alcohol Dependence
Patient satisfaction AND Motivational Interviewing	10ans		Motivational interviewing with significant other participation: assessing therapeutic alliance and patient satisfaction and engagement.
Client evaluation AND Motivational Interviewing or motivational enhancement or minimal intervention or brief intervention	10ans	93	Evaluating the Validity of the Client Evaluation of Motivational Interviewing Scale in a Brief Motivational Intervention for College Student Drinkers

## Appendice E

Tableau numéro 5 : Articles sélectionnés sur OVID

Descripteurs Headings	Filtre	Nombre d'articles trouvés	Nombre d'articles retenus
Patient experience or experience or understanding AND Motivational interviewing or motivational counselling	10ans	248	Experiences of Persons with Type II Diabetes Receiving Health Coaching: An Exploratory Qualitative Study  Treatment May Influence Self-Report and Jeopardize Our Understanding of Outcome  Mindfulness and Motivational Interviewing: Two candidate methods for promoting self-management  Client experiences of motivational interviewing for generalized anxiety disorder: A qualitative analysis

## Appendice F

Tableau numéro six : Impact factor des articles

Titre de l'article	Journal	Année de parution	Impact factor de l'année de parution	Impact factor sur 5 ans
Motivational interviewing with significant other participation: Assessing therapeutic alliance and patient satisfaction and engagement	Journal of substance abuse treatment	2010	2.80	3.03
Alcohol Consumption, Dependence, and Treatment Barriers: Perceptions Among Non treatment Seekers with Alcohol Dependence	Substance use and misuse	2014	1.23	1.53
A Qualitative Meta-Analysis Examining Clients' Experiences of Psychotherapy: A New Agenda	Psychological bulletin	2016	14.9	22
Patients' experiences of lifestyle discussions based on motivational interviewing : a qualitative study	BMC nursing	2014	-	-
Perception of motivational interviewing: Validation of the Client Evaluation of Motivational Interviewing Scale With Probation Clients	criminal justice and behavior	2016	1.38 (2015)	2.19
Client and Therapist Views About Intensive and Standard Motivational Interviewing	BMC nursing	2014	-	-
Client experiences of motivational interviewing: An interpersonal process recall study	Psychology and psychotherapy theory research and practice	2015	1.66	2.20
Influence of Counselor Characteristics and Behaviors on the Efficacy of a Brief Motivational Intervention for Heavy Drinking in Young Men—A Randomized Controlled Trial	Alcoholism-clinical and experimental research	2015	2.82	3.20

Individual experiences following a 6-month exercise intervention: A qualitative study	International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being	2015	1.06	1.37
Evaluating the Validity of the Client Evaluation of Motivational Interviewing Scale in a Brief Motivational Intervention for College Student Drinkers	Journal of substance abuse treatment	2016	2.46 (2015)	2.62
Meta-Analysis of Dropout From Cognitive Behavioral Therapy: Magnitude, Timing, and Moderators	Journal of Consulting and Clinical Psychology	2015	4.7	6.66
Can We Improve Cognitive–Behavioral Therapy for Chronic Back Pain Treatment Engagement and Adherence? A Controlled Trial of Tailored Versus Standard Therapy	Health Psychology	2014	3.59	4.68
Mindfulness and Motivational Interviewing: Two candidate methods for promoting self-management	Chronic Respiratory Disease	2013	2.3	-
Measuring client perceptions of motivational interviewing: factor analysis of the Client Evaluation of Motivational Interviewing scale	Journal of substance abuse treatment	2013	1.86	2.75
Measuring Client Experiences of Motivational Interviewing during a Lifestyle Intervention	Measuring Evaluation Counselling Developpement	2015	0.90	1.47

## **Appendice G**

Grilles adaptées du Fortin (2010)

Magill, M., Mastroleo, N. R., Apodaca, T. R., Barnett, N. P., Colby, S. M., & Monti, P. M. (2010). Motivational interviewing with significant other participation: Assessing therapeutic alliance and patient satisfaction and engagement. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 39(4), 391-398. doi :10.1016/j.jsat.2010.07.00

Grille adaptée du Fortin (2010)

Éléments d'évaluations	<b>Questions fondamentales à se poser</b>
Titre	<p><b>Le titre précise-t-il clairement les concepts clés et la population à l'étude ?</b></p> <p>Titre: Motivational interviewing with significant other participation: Assessing therapeutic alliance and patient satisfaction and engagement.</p> <p>L'entretien motivationnel avec une autre participation signification : Evaluer l'alliance thérapeutique ainsi que la satisfaction et l'engagement des patients.</p>
Résumé	<p><b>Le résumé synthétise clairement la recherche : problème, méthode, résultats et discussions ?</b></p> <p>Le résumé synthétise la recherche de façon claire et permet de comprendre rapidement la problématique, l'objectif de la recherche ainsi que les résultats obtenus. La plupart des éléments sont présents afin d'avoir une vision succincte de la recherche menée, cependant la méthode n'est pas clairement développée dans le résumé.</p> <p>La problématique est présentée : L'inclusion d'autres personnes significatives a démontrée son efficacité quant au traitement des troubles alcooliques mais n'a jamais été testée dans le contexte des interventions brèves. L'objectif de la présente étude sera de comparer des sessions d'entretien motivationnel individuel (MI) avec des sessions de MI incluant d'autres personnes significatives sur la base de différents critères de résultats du traitement (alliance, fidélité, satisfaction et engagement du client).</p> <p>La méthode n'est pas clairement présentée dans le résumé, en effet il est uniquement indiqué le nombre de participants, leur nature ainsi que le milieu de recrutement. A savoir : 382 adultes alcooliques recrutés dans un centre de trauma de niveau I.</p> <p>Les résultats obtenus mettent en évidence que les patients ayant eu des sessions d'IM avec d'autres personnes significatives ont reportés une plus grande alliance thérapeutique ainsi qu'un engagement et une satisfaction augmentée. Les résultats suggèrent donc que les sessions individuelles de MI sont aptes à inclure d'autres personnes significatives avec un impact minimal sur l'acceptation et la fidélité du patient quant à son traitement.</p>

INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p><b>Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ?</b></p> <p>Le problème de cette étude est clairement formulé : Il s'agit de l'efficacité de l'intégration de personnes significatives tels que les conjoints ou la famille à des séances d'entretiens motivationnels normalement individualisés chez des personnes adultes alcooliques.</p> <p><b>Le problème/phénomène est-il pertinent/approprié dans le contexte des connaissances actuelles ?</b></p> <p>Le problème est pertinent dans le contexte de connaissances actuelles. En effet il est indiqué que des précédentes études ont démontrés que les interventions d'IM sont efficaces afin de réduire la consommation d'alcool et les conséquences associées. (Havard, Shakeshaft, &amp; Sanson-Fisher, 2008; Longabaugh et al., 2001; Monti et al., 1999; Schermer, Moyers, Miller, &amp; Bloomfield, 2006). Cependant jusqu'à maintenant ces interventions ont été uniquement délivrées de manière individuelles (Cordova, Zepeda-Warren, &amp; Gee, 2001) sans établir l'efficacité de l'intégration du conjoint et de la famille au traitement des troubles alcooliques. (e.g., Edwards &amp; Steinglass, 1995). Il faut être attentif au fait que la dynamique des relations entre le patient et la personne significative ainsi que les caractéristiques de cette personne peut interférer avec la thérapie motivationnelle intégrant un tiers, ces questions ont donc été examinées afin de considérer si il est possible d'adapter ce traitement à une population hospitalisée.</p> <p><b>Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ?</b></p> <p>Le problème est pertinent pour les soins infirmiers, en effet il existe de nombreuses revues théoriques indiquant l'importance d'intégrer le réseau social du patient à son traitement. Les personnes significatives pour le patient peuvent être source de soutien naturel pouvant faciliter le mouvement intrinsèque de changement de celui-ci (Miller et Rollnick, 2002). De plus les personnes de soutien participant activement aux séances d'entretiens motivationnels peuvent décrire les conséquences liées à l'alcool, proposer un soutien et identifier des options de changement pouvant être plus faciles à recevoir que celles proposées par le thérapeute.</p> <p>De plus la présent étude évalue la relation entre les résultats du patient ainsi que la capacité des thérapeutes à fournir des prestations d'entretiens motivationnels, ceci est un domaine de recherche essentiel dans les Soins Infirmiers afin d'améliorer sans cesse les prestations (Apodaca &amp; Longabaugh, 2009; Burke, Arkowitz et Dunn, 2002; Moyers, Martin, Manuel, Hendrickson et Miller, 2005).</p>
Recension des écrits	<b>Une recension a-t-elle été entreprise ?</b>

	<p>Une recension des écrits a été effectuée afin de mettre en évidence le niveau de connaissances actuelles. Différentes revues de littératures ont été consultées et indiquent que l'intégration du réseau social du patient aux entretiens motivationnels peut avoir des influences positives ou négatives sur le processus de changement (McCrary, 2004).</p> <p><b>La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de la recherche ?</b></p> <p>Une critique de littérature soutient que la participation d'une personne de référence augmenterait de manière fiable la probabilité pour le patient d'engager un processus de changement (O'Farrel &amp; Fals-Stewart, 2013). A contrario, il a été prouvé que l'intégration du réseau social aux entretiens motivationnels peut entraîner une résistance au traitement induite chez le patient (Meyers, Apodaca, Flicker et Slesnick, 2002). D'autre part, le réseau social du patient peut inclure des personnes souffrant d'alcoolisme, cela peut influencer négativement sur l'engagement au traitement et sur les risques de rechutes pour le patient.</p> <p>Ces différents résultats ainsi que les obstacles potentiels à la participation du réseau social du patient aux séances d'entretien motivationnel ont été pris en compte quant à l'adaptation et la mise en œuvre de cette méthode dans les différents contextes hospitaliers.</p> <p><b>La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? L'auteur présente-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème de l'étude ?</b></p> <p>Oui. Plusieurs citations de différentes études sont citées.</p> <p><b>La recension présente-t-elle des sources primaires ?</b></p> <p>Oui, elle s'appuie sur des sources primaires et les études sont référencées à la fin de l'article.</p>
Cadre de recherche	<p><b>Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ?</b></p> <p>Les concepts clés sont identifiables mais pas clairement définis cependant des concepts théoriques sont utilisés. Il s'agit de l'entretien motivationnel, l'intégration d'une personne significative pour le patient et les contextes opportuns.</p> <p>La thérapie de l'entretien motivationnel n'est pas clairement définie mais l'esprit de l'entretien motivationnel est décrit selon Miller et Rollnick, 2002. Ces éléments importants sont : la collaboration thérapeute-patient, l'empathie, l'acceptation, l'authenticité et l'égalité.</p> <p>La personne significative pour le patient est décrite comme pouvant être un membre de la famille, un ami ou encore un conjoint. Il est décrit que l'ajout d'une personne du réseau du patient peut avoir une incidence sur la capacité du thérapeute à</p>

	<p>évaluer tous les domaines de discussions tout en respectant les principes et l'esprit de l'entretien motivationnel.</p> <p>Le contexte opportun est décrit comme étant un contexte hospitalier tel que les services d'urgences ou les centres de traumatologie. En effet dans ces milieux les patients sont accueillis à la suite d'un dépistage d'alcoolémie et des courtes interventions motivationnelles sont donc entreprises sur le moment. (Longabaugh et al., 1995).</p> <p><b>Est-ce que les concepts clés s'inscrivent dans un cadre de référence ? Est-il lié au but de l'étude ? Les bases philosophiques et théoriques ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ?</b></p> <p>Cette étude utilise régulièrement les principes mis en place par Miller et Rollnick, 2002.</p>
Buts et question de recherche	<p><b>Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ?</b></p> <p>Le but de la présente étude est décrite de manière claire et concise : Examiner l'implantation et les caractéristiques d'un traitement centré sur des séances d'entretien motivationnel individuels et intégrant une personne significatives pour le patient menée dans des établissements hospitaliers opportuns.</p> <p>L'intérêt particulier était de mettre en lumière les différents processus de traitement de l'entretien motivationnel lorsqu'on y intégrait les conjoints, la famille ou des amis.</p> <p><b>Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ?</b></p> <p>Les questions de recherches et les hypothèses sont clairement énoncées et découlent de manière logique du but. Elles prennent en compte les valeurs, caractéristiques et expériences du patient et de la personne de référence.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A) Quels sont les caractéristiques des différentes personnes significatives observables dans le contexte de soin ?</li> <li>B) Evaluer si l'alliance, la satisfaction et l'engagement du patient diffère selon le rapport entre thérapeute-patient et personne significative.</li> <li>C) Examiner les principales différences entre les composantes dans l'entretien motivationnel individuel et intégrant une personne ressource.</li> <li>D) Déterminer si les caractéristique spécifiques du patient et de la personne significative est associée à la satisfaction et à l'engagement de ceux-ci.</li> </ul> <p><b>Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ?</b></p> <p>Pas de notions de variables dans la présente étude.</p> <p><b>Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ?</b></p> <p>Les questions ne s'appuient pas sur des bases philosophiques. Elles s'appuient sur la méthode de recherche qui vise à évaluer</p>

	<p>l'alliance, l'engagement et la satisfaction du patient au travers d'un entretien motivationnel. Il est possible de poser l'hypothèse que ces 3 notions font partie du cadre théorique de l'entretien motivationnel selon Miller et Rollnick (2002).</p>
<p>METHODE</p>	
<p>Population et échantillon</p>	<p><b>La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillé ? La méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ?</b></p> <p>La population est décrite de façon très précise. Il s'agit de 382 patients de 18ans ou plus provenant des services des urgences et de centres de traumatologie de niveau un dans le Nord des Etats-Unis.</p> <p>Les patients devaient avoir une concentration d'alcoolémie dans le sang supérieur à 0.01%, avoir consommé de l'alcool dans les six heures précédant l'événement précipitant l'entrée à l'hôpital ou un score supérieur à huit au test d'identification des troubles alcooliques (AUDIT; Saunders, Aasland, Babor, De La Fuente, &amp; Grant, 1993). De plus les patients devaient avoir identifié une personne significative pouvant être incluse dans l'étude. Afin de pouvoir participer à la présente étude, les personnes significatives devaient être approuvées par le patient comme étant la principale personne de soutien dans la vie de celui-ci. De plus, ils ne devaient pas avoir une consommation d'alcool supérieur à « modérée » (Important People Instrument; Longabaugh &amp; Zywiak, 1998).</p> <p><b>Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ? La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis d'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ? Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données ?</b></p> <p>Pas de notion sur des moyens d'accroître l'échantillon.</p> <p>La méthode d'échantillonnage permet d'ajouter des renseignements significatifs : Après l'évaluation de base, les participants ont été randomisés par cinq variables : Age</p>

	<p>supérieur à vingt-quatre ans, score supérieur à quinze au test d'identification des troubles alcooliques, avoir passé plus de quatre jours dans l'unité de traumatologie, le sexe et avoir une personne de signification à disposition pour les séances d'entretien motivationnel. De plus les conditions d'interventions devaient respecter les principes et techniques centrales de l'entretien motivationnel décrit par Miller et Rollnick (2002).</p> <p><b>Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ?</b></p> <p>Différents critères d'exclusion sont présentés : Ce sont les patients ne parlant pas Anglais, ayant échoué au mini test mental mis en place, s'étant auto-agressé/mutilé et ayant été détenu par la police.</p>
<p>Considérations éthiques</p>	<p><b>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ?</b></p> <p>Tous les participants à l'étude ont signés un consentement éclairé par écrit et ont été informés que les résultats seraient uniquement utilisés pour la surveillance clinique. Immédiatement après avoir rempli les formulaires les participants et leur personne significative ont placé les formulaires dans des enveloppes scellées qui ont directement été livrées au directeur clinique.</p> <p>La présente étude a été conduite avec des données de base et de processus de traitement à partir d'un essai contrôlé randomisé qui compare l'efficacité de sessions individuelles d'entretien motivationnel à des sessions d'entretien motivationnel intégrant une personne significative. Toutes les procédures ont été approuvées par les conseils d'examens institutionnels de l'université et des hôpitaux, et les participants ont donné leur consentement éclairé par écrit.</p> <p><b>L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ?</b></p> <p>Pas de notions à ce sujet dans la présente étude.</p>
<p>Devis de recherche</p>	<p><b>Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? la méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ?</b></p> <p>Oui. C'est une étude qualitative ainsi qu'une comparaison entre deux groupes.</p> <p><b>Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ?</b></p> <p>Oui, il permet d'évaluer l'alliance thérapeutique, l'engagement et la satisfaction des patients face à une thérapie centrée sur l'entretien motivationnel. De plus, cette étude va comparer l'entretien motivationnel individuel et l'entretien motivationnel incluant une personne significative pour la personne.</p> <p><b>Le choix du devis permet-il de respecter les critères scientifiques ?(Véracité-applicabilité-consistance-Neutralité)</b></p> <p>Oui, il prend en compte la protection des données du patient et est adaptable individuellement à chacun des participants.</p>

	<p><b>La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ?</b>          Oui la méthode est qualitative et comparaison entre deux groupes et permet donc de répondre aux questions de la recherche.</p> <p><b>Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ?</b>          La consommation d'alcool de base des patients a été évaluée pendant six mois.</p>
Modes de collectes de données	<p><b>Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ?</b>          Le processus et les caractéristiques de la session ont été évalués grâce aux mesures d'adhérence et de qualité du traitement. Ces évaluations de Likert ont été complétées en privé, après chaque session, par le thérapeute, le patient et la personne significative. Afin de minimiser l'effet des caractéristiques de demande les patients ont reçu l'ordre de répondre honnêtement et que leurs résultats ne seraient pas divulgués.</p> <p><b>Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ?</b>          Les questions de recherches figurent dans l'introduction.          Les observations du phénomène ont été consignées à l'aide de tableaux et figures.</p> <p><b>L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ?</b>          Il n'est pas mentionné qu'un outil de mesure ait été créé spécifiquement pour la recherche. Les auteurs ont utilisés des outils déjà existants tels que : L'Echelle de Likert, le test d'identification des troubles alcooliques (AUDIT; Saunders, Aasland, Babor, De La Fuente, &amp; Grant, 1993), l'échelle de calcul de l'importance d'une personne significative (Important People Instrument; Longabaugh &amp; Zywiak, 1998), l'échelle de fréquence de l'alcoolisme pendant 6 mois (GF; Greenfield &amp; Rogers, 1999) et l'échelle de contemplation pour le tabagisme qui a été adaptée aux attitudes de changement pour les personnes alcooliques (Becker, Maio, &amp; Longabaugh, 1996).</p> <p><b>La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés ?</b>          Oui c'est une étude qualitative qui se porte sur la satisfaction et l'engagement des patients.</p>
Conduite de la recherche	<p><b>Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement ?</b>          La présente étude a été conduite avec des données de base et de processus de traitement à partir d'un essai contrôlé randomisé qui compare l'efficacité de sessions individuelles d'entretien motivationnel à des sessions d'entretiens motivationnels intégrant une personne significative. Toutes les procédures ont été approuvées par les conseils d'examen institutionnels de</p>

	<p>l'université et des hôpitaux, et les participants ont donné leur consentement éclairé par écrit.</p> <p><b>Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ?</b></p> <p>Oui, les sessions d'entretien motivationnel ont été conduites par treize thérapeutes ayant un niveau master et doctorat. Leur formation comprenait vingt-cinq à trente heures d'apprentissage didactique, de discussion et de jeu de rôle et une supervision hebdomadaire. De plus, chaque thérapeute ont été entraînés à délivrer des sessions individuelles/impliquant une personne significative d'entretien motivationnel. Avant de conduire des thérapies, chacun était évalué face aux compétences d'entretiens motivationnels et devait atteindre un niveau de compétences déterminé par l'équipe de recherche.</p> <p><b>Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante?</b></p> <p>Aucune intervention n'est décrite dans cette étude.</p>
Analyse des données	<p><b>Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ?</b></p> <p>Oui, l'alliance thérapeutique était mesurée grâce à neuf items : la version du thérapeute mesurait l'alliance perçue du patient et la version du patient et de sa personne significative mesurait l'alliance auto-déclarée. Les items d'alliance pour le thérapeute, le patient et la personne significative démontrent une cohérence interne solide et ont été examinées en tant que mesure composante dans les analyses inférentielles.</p> <p>Les caractéristiques de l'échantillon, des thérapeutes, des patients et les rapports des composantes de traitement des personnes significatives ont été résumés avec des écarts types et des estimations de percentiles.</p> <p>Une série de corrélations d'ordre de classement a été menée afin d'évaluer les liens entre les patients alcooliques, leur motivation, les personnes significatives et les réactions de mesures et pour terminer l'alliance, la satisfaction et l'engagement des patients et personnes significatives.</p> <p><b>Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ?</b></p> <p>Oui, les différentes variables ont été prises en compte. Afin d'examiner les différences entre les variables (thérapeute, patient et personne significative), des tests d'échantillons appariés et indépendants ont été effectués.</p> <p>Des analyse de variance unidirectionnelles ont été menées afin de comparer l'impact que le type de personne significative choisie par le patient (conjoint, famille, amis) peut avoir sur la thérapie. Le sexe des patients et des personnes significatives a aussi été examiné dans deux échantillons indépendants.</p> <p><b>Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ?</b></p>

	<p>Oui, un tableau permet d'avoir une vue rapide des résultats de l'étude.</p> <p><b>Les thèmes (variables) font-ils ressortir adéquatement la signification des données ?</b></p> <p>Oui les titres des chapitres et du tableau permettent de comprendre la signification des données.</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p><b>Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ?</b></p> <p>Il y a un tableau qui présente les composantes du traitement reporté par le thérapeute ainsi que l'utilité évaluée par le patient des entretiens motivationnel individuels et intégrant une personne significative. De plus un texte explicite sous forme de conclusion permet d'avoir une compréhension rapide des résultats de l'étude.</p> <p><b>Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ?</b></p> <p>Oui chaque thème est développé individuellement et un tableau permet d'avoir une vue d'ensemble des résultats.</p> <p><b>Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ?</b></p> <p>Oui chacune des questions de l'étude est explicitée sous la forme d'un texte narratif présentant l'essentiel des résultats.</p> <p><b>L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ?</b></p> <p>Oui les thérapeutes, les patients ainsi que les personnes significatives ont pris part aux différents questionnements et résultats.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p><b>Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ?</b></p> <p>Oui chaque question de recherche est explicitée au travers d'un paragraphe distinctif.</p> <p>En ce qui concerne la perception des thérapeutes, patients et personnes significatives sur l'alliance du traitement, on remarque que les thérapeutes perçoivent une satisfaction et un engagement plus faible que les patients et leurs personnes de soutien.</p> <p>Le fait que la personne significative soit conjoint, famille ou ami au patient n'implique pas de différence en termes d'engagement, d'alliance et de satisfaction pour le patient.</p> <p>Pour conclure, inclure une personne significative dans le traitement du patient permet à celui-ci de faciliter son changement de comportement par rapport à sa consommation d'alcool. Par contre, si le réseau de soutien du patient est constitué d'autres buveurs majeurs, l'intervention se révélera moins utile afin de réduire la consommation d'alcool du patient.</p>

	<p><b>Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures?</b></p> <p>Oui, les travaux antérieurs suggéraient que les patients dans les deux conditions (sessions individualisées et impliquant une personne significative) étaient susceptibles d'engager un plan de changement. Dans la présente étude il est résumé que la cohérence et l'acceptabilité du traitement étaient très similaires dans les deux conditions.</p> <p><b>L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ?</b></p> <p>Oui, les conclusions sont synthétiques et bien en lien avec les résultats de l'étude.</p> <p><b>Les limites de l'étude sont-elles été définies ?</b></p> <p>Oui, le travail est une analyse secondaire, transversal et devrait être considéré comme exploratoire. Dans l'étude différents critères d'inclusion auraient pu donner lieu à des résultats différents. Par exemple : Les personnes significatives sélectionnées avaient intentionnellement été identifiées uniquement par le patient. Cela a donc impliqué que celles-ci soient réparties dans différents contextes hospitaliers en plus des deux centres de Traumatologie sélectionnés pour l'étude. Cependant il a été prouvé que ce critère n'a pas créé des biais de sélection importants.</p> <p><b>Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ?</b></p> <p>Oui, il est indiqué que l'implication d'une personne significative dans le traitement bref des troubles alcooliques est perçu comme utile et acceptable.</p> <p><b>Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ?</b></p> <p>Oui brièvement, il est indiqué que les résultats de l'étude sont acceptables et diffusables.</p>
Conséquences et recommandations	<p><b>Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ?</b></p> <p>Pas de précision dans l'étude.</p> <p><b>L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ?</b></p> <p>Oui, il est mentionné que pour les futures études il serait adéquat d'examiner le rôle de soutien et la motivation des personnes significatives. Et d'analyser les variables liées au traitement et les résultats obtenus par les patients afin d'examiner si ceux-ci sont différenciés par le sexe.</p> <p><b>Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ?</b></p> <p>Oui</p>

Wallhed Finn, S., Bakshi, A.-S., & Andréasson, S. (2014). Alcohol Consumption, Dependence, and Treatment Barriers: Perceptions Among Nontreatment Seekers with Alcohol Dependence. *Substance Use & Misuse*, 49(6), 762-769. doi :10.3109/10826084.2014.891616

Grille adaptée du Fortin (2010)

Éléments d'évaluati-ons	<b>Questions fondamentales à se poser</b>
Titre	<p><b>Le titre précise t'il clairement les concepts clés et la population à l'étude ?</b></p> <p>Titre : Alcohol Consumption, Dependence, and Treatment Barriers: Perceptions Among Nontreatment Seekers with Alcohol Dependence</p> <p>Consommation d'alcool, dépendance et les barrières aux traitements. Les perceptions des personnes alcoolo-dépendantes ne demandant pas de traitement.</p>
Résumé	<p><b>Le résumé synthétise clairement la recherche : problème, méthode, résultats et discussions ?</b></p> <p><i>Problème</i> : Le début du résumé explicite que les troubles alcooliques ont une prévalence élevée et que seulement une minorité de personnes alcooliques ne demandent pas de traitement. Il est donc important de comprendre pourquoi.</p> <p><i>Objectif</i> : La présente étude va décrire comme les personnes alcoolo-dépendantes perçoivent et « discutent » les traitements relatifs à leur pathologie et leurs raisons afin de rechercher ou non un traitement.</p> <p><i>Méthode</i> : 32 adultes alcoolo-dépendants de la population générale ont participé à des entretiens individuels et de groupe à Stockholm de 2011-2012. Les données ont été examinées grâce à une analyse de contenu thématique.</p> <p><i>Résultats</i> : La souffrance associée à l'alcoolo-dépendance, la réalisation du besoin d'aide et l'entrée dans le traitement étaient associés à de la honte et de la stigmatisation ce qui représentait de fortes barrières aux traitements.</p> <p><i>Conclusion</i> : En matière de santé publique il serait nécessaire d'améliorer l'information concernant la consommation d'alcool, les dépendances et les traitements associés. Les services de traitements devraient mieux correspondre aux besoins des utilisateurs des services et tenir compte de leur stigmatisation.</p>
<b>INTRODUCTION</b>	
Problème de la recherche	<p><b>Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ?</b></p> <p>Le problème de cette étude est clairement formulé : Il s'agit de comprendre pourquoi les personnes souffrant de troubles alcooliques légers à modérés ne cherchent pas de traitements à leurs problèmes et comment ils perçoivent les traitements proposés.</p>

	<p><b>Le problème/phénomène est-il pertinent/approprié dans le contexte des connaissances actuelles ?</b>  Oui le problème est pertinent dans le contexte de connaissances actuelles. En effet les statistiques de l'organisation mondiale de la Santé sont présentées : En une année la prévalence des troubles alcooliques a augmentée de 3.6% (Rehm et al., 2009). De plus, il est présenté que différentes recherches sur les troubles alcooliques ont permis d'augmenter le taux de rémission, cependant seule une minorité des personnes alcoolodépendante cherche et reçoit un traitement (Cohen et al., 2007; Blomqvist, Cunningham, Wallander, &amp; Collin, 2007).</p> <p><b>Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ?</b>  Oui, cette étude permettra aux thérapeutes de comprendre pourquoi les personnes alcoolodépendantes ne recherchent pas de traitements. Il sera alors hypothétiquement possible d'adapter les offres de traitements disponibles aux besoins et attentes des patients. Différents obstacles aux traitements sont présentés : La stigmatisation, le manque de reconnaissance des troubles alcooliques, le manque de perception ou de désir du besoin d'un traitement de la part du patient (Cunningham, Sobell, Sobell, Agrawal et Toneatto, 1993, Grant, 1997). Selon Copeland, 1997, le manque de connaissances sur les traitements disponibles jouerait un rôle important dans la problématique explorée dans la présente étude.</p>
Recension des écrits	<p><b>Une recension a-t-elle été entreprise ?</b>  Une recension des écrits a été effectuée afin d'explicitier le niveau de connaissances actuelles. Différentes statistiques sont utilisées afin de mettre en évidence le problème de Santé Publique que représentent les troubles alcooliques. Les références des statistiques émises sont citées de manières claires dans le texte et recensées dans les références.</p> <p><b>La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de la recherche ?</b>  Oui il est souligné que peu d'études ont examinés comment la population générale perçoit les options de traitements possibles. La majorité des études concernant la dépendance à l'alcool, ses traitements et plus exactement les barrières aux traitements sont de type quantitatif. Cependant afin de comprendre ces phénomènes de manière plus exacte, des études qualitatives concernant la perception et les discussions des personnes alcooliques sur les traitements proposés seraient nécessaires.</p> <p><b>La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? L'auteur présente-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème de l'étude ?</b>  Oui. Plusieurs citations de différentes études sont recensées.</p> <p><b>La recension présente-t-elle des sources primaires ?</b></p>

	Oui, elle s'appuie sur des sources primaires et les études sont référencées à la fin de l'article.
Cadre de recherche	<p><b>Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ?</b></p> <p>Les concepts clés sont identifiables mais pas clairement définis. Pas de notion d'un plan conceptuel.</p> <p><b>Est-ce que les concepts clés s'inscrivent dans un cadre de référence ? Est-il lié au but de l'étude ? Les bases philosophiques et théoriques ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ?</b></p> <p>Pas de mention d'un cadre de référence.</p>
Buts et question de recherche	<p><b>Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ?</b></p> <p>Le but de la présente étude est décrite de manière claire et concise : Il s'agit de décrire et expliquer comme les personnes souffrant d'alcool-dépendance perçoivent et discutent les traitements pour les troubles alcooliques et leurs raisons afin d'y recourir ou non.</p> <p><b>Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ?</b></p> <p>Les hypothèses de recherche ne sont pas clairement énoncées mais peuvent être déduites, notamment lorsque les éventuels barrières aux demandes de traitements sont présentés. Il s'agit de la stigmatisation, du manque de reconnaissance des troubles alcooliques et du manque de perception du besoin des soins.</p> <p>La population à l'étude est énoncée, il s'agit des personnes souffrant de troubles alcooliques légers à modérés.</p> <p><b>Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ?</b></p> <p>-</p> <p><b>Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ?</b></p> <p>Les questions ne s'appuient pas sur des bases philosophiques ni sur un cadre conceptuel ou théorique. Elles s'appuient sur la méthode de recherche qui est de type qualitatif et qui va donc s'intéresser aux perceptions des personnes alcooliques.</p>
METHODE	
Population et échantillon	<p><b>La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillé ? La méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ?</b></p> <p>La population visée n'est pas décrite de façon précise dans le Chapitre « Méthode », cependant dans « Introduction » il est stipulé que l'étude se concentre principalement sur des personnes souffrant de troubles alcooliques légers à modérés.</p> <p>Les différents participants ont été recrutés grâce à une compagnie de recherche ayant accès à un panel d'environ 115'000 personnes</p>

	<p>vivant à Stockholm. 16'895 personnes ayant été préalablement sélectionnés de manière randomisée selon leur âge et leur sexe ont répondu à un questionnaire concernant leurs habitudes de consommation d'alcool et de tabac. Ce questionnaire incluait le test d'identification de consommation des troubles alcooliques (AUDIT) et les critères de dépendance à l'alcool selon le DSM-IV.</p> <p>Différents critères d'inclusions ont été émis : Age de 18 à 25ans, lieu de résidence à Stockholm, avoir une consommation d'alcool dangereuse selon le test d'identification de consommation des troubles alcooliques et rencontrant minimum 3 des critères de dépendance à l'alcool du DSM-IV lors des 12 derniers mois. Au total 3648 personnes ont répondu aux différents questionnaires et 812 présentaient les différents critères d'inclusions. Finalement 248 personnes ont participé à l'étude et 32 personnes de décembre 2011 à mai 2012. Les différents participants (32) ont été divisés en 7 groupes de discussions selon 3 critères : le nombre de critères des troubles alcooliques selon le DSM-IV présent, l'âge et le statut professionnel (étudiant ou employé).</p> <p>Afin de récolter les points de vue et les représentations sociales de la société sur la consommation d'alcool et ses traitements, des groupes de discussions ont été mis à profit. De plus des entretiens individuels ont été menés, ceci dans le but d'enrichir les données.</p> <p><b>Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ? La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis d'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ? Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données ?</b></p> <p>Pas de notion sur des moyens d'accroître l'échantillon.</p> <p>Oui, différents critères d'inclusions ont été émis afin d'ajouter des renseignements significatifs et ainsi atteindre les objectifs visés : Age de 18 à 25ans, lieu de résidence à Stockholm, avoir une consommation d'alcool dangereuse selon le test d'identification de consommation des troubles alcooliques et rencontrant minimum 3 des critères de dépendance à l'alcool du DSM-IV lors des 12 derniers mois.</p> <p><b>Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ?</b></p> <p>La taille de l'échantillon est déterminée selon une sélection randomisée comprenant le sexe et l'âge des participants ainsi que sur divers critères d'inclusion mentionnés ci-dessus.</p> <p>Deux auteurs ont menés l'échantillonnage ainsi que l'analyse, afin d'éviter les erreurs ils ont constamment effectué des rencontres afin d'avoir une interprétation similaire de l'étude.</p>
<p>Considérations éthiques</p>	<p><b>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ?</b></p> <p>Tous les participants à l'étude des différents groupes de discussions et des entretiens individuels ont donné des informations orales et écrites sur l'étude et ont signé un consentement écrit.</p>

	<p>L'étude a été approuvée par le Conseil régional d'éthique de Stockholm.</p> <p><b>L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ?</b></p> <p>Oui, toutes les sessions ont été conduites dans une clinique spécialisée pour les troubles alcooliques à Stockholm.</p>
Devis de recherche	<p><b>Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? la méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ?</b></p> <p>Oui. C'est une étude qualitative.</p> <p><b>Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ?</b></p> <p>Oui, il permet d'évaluer les perceptions, discussions des personnes souffrant de troubles alcooliques face aux thérapies envisageables ainsi que les critères de demande de traitement ou non.</p> <p><b>Le choix du devis permet-il de respecter les critères scientifiques ?(Véracité-applicabilité-consistance-Neutralité)</b></p> <p>Oui, il prend en compte la protection des données du patient et est adaptable individuellement à chacun des participants.</p> <p><b>La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ?</b></p> <p>Oui la méthode est qualitative et permet donc de répondre aux questions de la recherche.</p> <p><b>Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ?</b></p> <p>Oui 32 des participants à l'étude ont été suivis de décembre 2011 à mai 2012.</p>
Modes de collectes de données	<p><b>Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ?</b></p> <p>Oui les outils de mesures sont décrits de manière claire, ce sont le test d'identification de consommation des troubles alcooliques et les critères de dépendance à l'alcool selon le DSM-IV.</p> <p><b>Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ?</b></p> <p>Les questions de recherches figurent dans l'introduction. Les observations du phénomène ont été consignées à l'aide d'un tableau.</p> <p><b>L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ?</b></p> <p>Il n'est pas mentionné qu'un outil de mesure ait été créé spécifiquement pour la recherche. Les auteurs ont utilisés des outils déjà existants tels que : Le test d'identification des troubles alcooliques (AUDIT; Saunders, Aasland, Babor, De La Fuente, &amp; Grant, 1993) et les critères de dépendance à l'alcool du DSM-IV (American Psychiatric Association,2000).</p> <p><b>La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés ?</b></p>

	Oui
Conduite de la recherche	<p><b>Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement ?</b>  Oui, dans les 7 groupes de discussions des questions semi-structurées comportant sur 11 thèmes ont été posées. Les thèmes ont permis de recenser les points de vue des participants sur la consommation d'alcool, les troubles alcooliques et la dépendance et les options de traitements. Les groupes de discussions duraient de 50 à 80 minutes et été dirigés par un modérateur et assisté par une secrétaire. En plus des groupes de discussions, deux participants de chacun des 7 groupes avait la possibilité de participer à des entretiens individuels de 30 à 60 minutes, ceux-ci ont été choisis de manière randomisés. Durant ces entretiens les mêmes questions que dans les groupes de discussions ont été posées, cependant un accent supplémentaire a été posé sur l'expérience individuelle des troubles alcooliques, les perceptions personnelles sur la demande de traitement ou non.</p> <p><b>Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ?</b>  Les sessions de groupes de discussion et d'entretiens ont été menées par un modérateur et assistées par une secrétaire mais leur niveau de compétence n'est pas mentionné. Cependant chaque session a été enregistrée et retranscrit textuellement.</p> <p><b>Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante ?</b>  Aucune intervention n'est décrite dans cette étude.</p>
Analyse des données	<p><b>Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ?</b>  Les méthodes d'analyse ne sont pas clairement décrites dans l'étude.</p> <p><b>Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ?</b>  Non aucun facteur n'est décrit dans les analyses de données.</p> <p><b>Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ?</b>  Aucun résumé des résultats n'est présent dans le chapitre Méthode.</p> <p><b>Les thèmes (variables) font-ils ressortir adéquatement la signification des données ?</b>  Pas de notions de variables dans la présente étude.</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p><b>Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ?</b>  Les résultats sont présentés à l'aide de deux thèmes principaux : Barrières aux traitements et évaluation des alternatives de traitements. Chacun des deux thèmes et divisé en 4 sous-thèmes selon les résultats des discussions de groupes et des entretiens individuels.</p> <p><b>Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ?</b></p>

Oui chaque thème est développé individuellement et présente des sous chapitre afin d'avoir une compréhension optimale. Il est mentionné que les résultats des discussions de groupes et ceux des entretiens individuels se corrélaient plutôt bien, cependant les résultats individuels présentaient plus de récits narratifs personnels.

**Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ?**

Oui chacune des questions de l'étude est explicitée sous la forme d'un texte narratif présentant l'essentiel des résultats.

Les barrières aux traitements sont donc :

- La stigmatisation, pour les patients se rendre compte du besoin d'un traitement et le rechercher est considéré comme honteux et perçu comme un échec. Les participants ont peur d'être stéréotypés comme étant « des alcooliques » typiquement caractérisé par un ivrogne sur un banc.
- L'alcool comme mauvaise habitude, selon les participants leur addiction à l'alcool a été créée par un environnement social tel que les restaurant et discothèques et peut-être modifiés par des changements apportés dans leur vie quotidienne. Certains participants mentionnent préférer un changement de mode de vie sans traitements.
- L'abstinence totale, la plupart des participants (principalement ceux de 18 à 34ans) présentaient la même appréhension. Pour eux rechercher un traitement nécessitait fondamentalement une abstinence totale pour le reste de leur vie alors qu'eux étaient plus ouvert à simplement réduire leur consommation d'alcool.
- La santé, les conséquences des troubles alcooliques sur la santé des participants sont totalement absentes des discussions. Cependant dans les groupes à forte dépendance les conséquences de l'alcoolisation sur la santé mentale a été mentionnée comme étant négatif et pouvant impacter une demande de traitements.

L'évaluation des alternatives au traitement sont :

- Un manque d'informations de la part des participants concernant les traitements existants.
- Parmi les différents types de traitements existants les entretiens téléphoniques sont jugés comme inutiles par les participants, de plus les traitements pharmacologiques sont perçus comme négatifs car n'abordant pas les problèmes sous-jacents mais uniquement les symptômes. Les participants présentent donc une préférence pour la psychothérapie. En ce qui concerne les Alcooliques Anonymes les participants étaient divisés, certains appréciaient l'aide de leurs homologues tandis que d'autres préféraient faire appel à un expert professionnel.
- La variété des traitements proposés est un point positif selon les participants car elle permet d'inclure des facteurs individuels tels que le degré de dépendance ou les traits de personnalité. De plus des composantes attrayantes ont été

	<p>mentionnées : un accès facile au traitement sans bureaucratie, un haut degré d'autonomie et le maintien de la vie quotidienne durant le traitement.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les avis divergent concernant le degré de spécialisation des traitements. Certains participants pensent que la dépendance à l'alcool nécessite une spécialisation élevée tandis que d'autres préfèrent les traitements primaires jugés moins stigmatisants.</li> <li>- Plusieurs participants mentionnent la peur pour leur carrière si leur trouble alcoolique est découvert par leur employeur.</li> </ul> <p><b>L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ?</b> Pas de notion à ce sujet.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p><b>Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ?</b> Oui les résultats mentionnés préalablement sont repris et développés de manière synthétique.</p> <p><b>Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures?</b> Oui, les différents résultats obtenus sont mis en lien et concordent avec les résultats d'autres études antérieures.</p> <p>Dans cette étude le stéréotype de la personne alcoolique est très présent et constitue une barrière importante à la demande de traitement. Dans une étude antérieure sur la recherche de traitement médicamenteux pour les toxicomanes, réalisée par Radcliffe &amp; Stevens (2008), il est mentionné que l'ambivalence des participants à demander un traitement est alimentée par le stéréotype du « toxicomane ». Dans une étude épidémiologique réalisée par Keyes et al., (2010), il est apparu que les personnes ayant perçu une forte stigmatisation associée aux troubles alcooliques étaient moins susceptibles d'utiliser les services de traitements disponibles que ceux ayant subi une stigmatisation inférieure.</p> <p>Lors de cette étude les participants ont émis peu de liens entre leur santé et leur consommation d'alcool, cependant dans les groupes à forte consommation des troubles d'ordres mentaux ont été mentionnées. Cette constatation est conforme à une autre étude qui met en avant que les personnes recherchant un traitement sont ceux présentant une prévalence plus élevée de comorbidité psychiatrique (Storbjörk &amp; Room, 2008; Berglund et al., 2006).</p> <p>Pour les participants une option de traitement attrayante est un degré élevé d'autonomie et de participation et une préférence pour les traitements d'ordre psychologiques. Encore une fois ces données concordent aux résultats d'une enquête sur la population générale suédoise (Andr'easson, Danielsson et Wallhed Finn, 2013b).</p>

	<p><b>L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ?</b>  Oui, les conclusions sont synthétiques et bien en lien avec les résultats de l'étude.</p> <p><b>Les limites de l'étude sont-elles été définies ?</b>  Oui, le processus de sélection a présenté un nombre considérable de non-répondants. L'étude de marché ayant effectué le recrutement n'a pas fourni de données sur leur processus d'action, il n'y a donc pas moyen de tirer des conclusions sur les éventuelles différences entre répondants et non-répondants.  Le fait d'effectuer une étude spécialisée sur l'alcoolisme peut avoir un effet négatif sur la participation à l'étude.  Selon les participants, le caractère collectif du groupe pouvait avoir un impact restrictif.</p> <p><b>Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ?</b>  Oui</p> <p><b>Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ?</b>  Pas de notions à ce sujet.</p>
<p>Conséquences et recommandations</p>	<p><b>Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ?</b>  Les résultats démontrent que l'amélioration de la littérature de Santé Publique concernant la consommation d'alcool, les dépendances et les options de traitements pourraient réduire les obstacles aux traitements.  La présente étude met en évidence qu'il est important de clarifier deux questions importantes concernant le traitement des troubles alcooliques. La première est que la demande de traitement ne signifie pas forcément une abstinence totale et qu'il existe un réel manque d'information à ce sujet. La deuxième est un accroissement des connaissances concernant la pharmacothérapie.</p> <p><b>L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ?</b>  Oui, selon Schomerus &amp; Angermeyer (2008), la connaissance concernant la dépendance et les traitements de l'alcool sont aussi important que la réduction de la stigmatisation afin d'augmenter la demande de traitement. Les moyens possibles d'aider les personnes alcooliques seraient de développer la connaissance concernant l'aide par téléphone et internet qui sont perçus comme attrayantes par les participants de la présente étude.  Une étude devrait être effectuée afin de déterminer les différents aspects de la stigmatisation et de la Santé Publique.</p> <p><b>Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ?</b>  Oui, les données de la présente étude et des différentes études antérieures sont suffisamment riches afin d'appuyer les conclusions.</p>

Brobeck, E., Odenkrants, S., Bergh, H., & Hildingh, C. (2014). Patients' experiences of lifestyle discussions based on motivational interviewing: a qualitative study. *BMC Nursing*, 13(1), 13. doi :10.1186/1472-6955-13-13

Grille adaptée du Fortin (2010)

Éléments d'évaluations	<b>Questions fondamentales à se poser</b>
Titre	<p><b>Le titre précise t'il clairement les concepts clés et la population à l'étude ?</b></p> <p>Titre : Patients' experiences of lifestyle discussions based on motivational interviewing: a qualitative study</p> <p>Expérience des patients face à des discussions sur leur mode de vie en entretien motivationnel.</p>
Résumé	<p><b>Le résumé synthétise clairement la recherche : problème, méthode, résultats et discussions ?</b></p> <p><i>Problème/contexte</i> : Selon l'Organisation mondiale de la santé, 75% des maladies cardiovasculaires, du diabète de type 2 ainsi que 40% des cancers pourraient être évités si les facteurs de risques tels que le tabagisme, l'alimentation déséquilibrée, l'inactivité physique et la consommation nocive d'alcool étaient éliminés. Afin que les patients puissent prendre le contrôle de leur santé, il est important qu'un soutien adéquat leur soit fourni afin d'effectuer des changements dans leurs comportements de santé. L'entretien motivationnel est une thérapie pouvant faciliter ce changement. L'objectif de la présente étude est donc de décrire comment les patients des milieux de soins primaires perçoivent des discussions concernant leur style de vie en entretiens motivationnels.</p> <p><i>Méthode</i> : Cette étude a une conception descriptive et utilise une méthode d'analyse qualitative. 16 patients ayant participé à des entretiens motivationnels avec une infirmière diplômée ont été interviewés.</p> <p><i>Résultats</i> : Les résultats démontrent que discuter le mode de vie des patients en entretiens motivationnels permet d'augmenter la propre détermination de celui-ci dans son processus de changement, mais cela requiert certaines conditions tel que : Des interactions mutuels permettant d'instaurer un climat de bien-être entre le patient et l'infirmière, un sentiment de liberté du patient face à son éventuel changement de comportement et une certaine sensibilité de l'infirmière dans les entretiens. L'entretien contribue au changement du patient lorsque celui-ci lui permet d'adopter une nouvelle façon de penser sur son mode de vie et que ses initiatives de changement sont encouragées.</p> <p><i>Conclusion</i> : Les résultats démontrent que les patients impliqués et motivés dans leur processus de changement apprécient les entretiens motivationnels. Cependant l'efficacité des résultats des</p>

	entretiens n'est pas étudiée si l'infirmière utilisait une autre méthode que l'entrevue motivationnelle ou si des patients moins motivés et impliqués dans leur processus de changement avaient été interviewés.
<b>INTRODUCTION</b>	
Problème de la recherche	<p><b>Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ?</b></p> <p>Oui, le problème de l'étude est clairement formulé. Il s'agit de l'incidence de certains facteurs de risques (tabac, alcool) sur les pathologies présentes dans notre société (maladies cardiovasculaires, cancer). L'entretien motivationnel permettrait d'aider les patients présentant ces facteurs de risques à changer leur mode de vie.</p> <p>Le but de la présente étude est de décrire comment les patients issus des soins primaires perçoivent des discussions centrées sur leur mode de vie lors d'entretiens motivationnels.</p> <p><b>Le problème/phénomène est-il pertinent/approprié dans le contexte des connaissances actuelles ?</b></p> <p>Oui, en effet actuellement il manque d'études concernant les perceptions/expériences des patients face aux discussions de type entretiens motivationnels effectués par une infirmière.</p> <p><b>Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ?</b></p> <p>Oui, il est important que l'expérience des patients face à cette thérapie concernant leur mode de vie puisse être considérée comme des connaissances approfondies et nécessaires au changement. Cela pourrait permettre aux infirmières de prendre conscience de l'importance de leurs attitudes lors des entretiens.</p> <p>Selon l'étude les infirmières diplômées pratiquant les entretiens motivationnels peuvent représenter un soutien important dans le processus de changement du patient.</p>
Recension des écrits	<p><b>Une recension a-t-elle été entreprise ?</b></p> <p>Une recension des écrits a été effectuée afin d'explicitier le niveau de connaissances actuelles. En effet comme cité ci-dessus l'organisation mondiale de la santé mentionne que la plupart des problèmes de santé présents dans notre société pourraient être évités si les facteurs de risques principaux tels que le tabagisme et la consommation d'alcool étaient éliminés. Afin de réduire ces facteurs de risques il est important que les patients puissent avoir accès à du soutien dans la prise de contrôle de leur santé. Le changement de style de vie est souvent difficile à maintenir, c'est pourquoi il est nécessaire que les patients acquièrent des connaissances et une compréhension de leurs problèmes. Afin de soutenir ces patients, des infirmières diplômées peuvent les aider au travers d'entretiens concernant les sentiments, la façon de penser et d'agir des patients face à leur mode de vie.</p> <p><b>La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de la recherche ?</b></p>

	<p>Oui il est souligné que peu d'études ont examinés comment la population générale perçoit les options de traitements possibles. La majorité des études concernant la dépendance à l'alcool, ses traitements et plus exactement les barrières aux traitements sont de type quantitatif. Cependant afin de comprendre ces phénomènes de manière plus exacte, des études qualitatives concernant la perception et les discussions des personnes alcooliques sur les traitements proposés seraient nécessaires.</p> <p><b>La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? L'auteur présente-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème de l'étude ?</b></p> <p>Oui, il est mentionné qu'il manque d'études traitant du sujet actuellement.</p> <p><b>La recension présente-t-elle des sources primaires ?</b></p> <p>Oui, elle s'appuie sur des statistiques de l'organisation mondiale de la santé et d'autres articles référencés à la fin de la présente étude.</p>
Cadre de recherche	<p><b>Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ?</b></p> <p>Les concepts clés sont clairement définis, il s'agit de : Analyse de contenu, discussion concernant le mode de vie, l'entretien motivationnel, l'infirmière, l'expérience des patients et les soins primaires.</p> <p>Pas de notion d'un plan conceptuel.</p> <p><b>Est-ce que les concepts clés s'inscrivent dans un cadre de référence ? Est-il lié au but de l'étude ? Les bases philosophiques et théoriques ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ?</b></p> <p>Pas de mention d'un cadre de références.</p> <p>Des apports théoriques selon Miller et Rollnick sont présentés afin de comprendre les fondements de l'entretien motivationnel, les sources sont référencées à la fin de l'article.</p> <p>La méthode est de type qualitatif et correspond bien à la présente étude.</p>
Buts et question de recherche	<p><b>Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ?</b></p> <p>Le but de la présente étude est décrit de manière claire et concise : Il s'agit de décrire comment les patients issus des soins primaires perçoivent des discussions centrées sur leur mode de vie lors d'entretiens motivationnels.</p> <p><b>Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ?</b></p> <p>Les questions et hypothèses de recherche ne sont pas énoncées.</p> <p>La population à l'étude est énoncée, il s'agit de personnes issues des milieux de soins primaires motivées à changer leur mode de vie.</p> <p><b>Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ?</b></p> <p>-</p>

	<p><b>Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ?</b></p> <p>La question de recherche s'appuie sur les bases théoriques et études de Miller et Rollnick ainsi que sur la méthode de recherche qui est de type qualitatif et qui va donc s'intéresser aux perceptions des patients.</p>
METHODE	
Population et échantillon	<p><b>La population visée est-elle définie de façon précise ?</b></p> <p><b>L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ?</b></p> <p>Oui, il s'agit de seize patients Suédois (six femmes et dix hommes) entre 28 et 77ans (moyenne de 60ans) participant déjà à des entretiens afin de discuter sur leur mode de vie.</p> <p><b>La méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ?</b></p> <p>Oui l'accès à la population s'est déroulé grâce à vingt infirmières ayant été interviewées pour une précédente étude concernant leur expérience face aux entretiens motivationnels. Les vingt infirmières ont travaillés dans treize services de santé différents, avec des milieux ruraux ou urbains ainsi qu'une population différente selon le service. Elles avaient toute 12 à 40 ans d'expériences professionnelles. Sur les 20 infirmières, 9 s'entretenaient avec des patients pour des discussions sur leur style de vie. Il leur a donc été demandé d'approcher les deux premiers patients qu'elles recevraient afin de participer à l'étude. Deux infirmières ont pu contacter un patient chacun, tandis que les sept autres ont pu en contacter deux.</p> <p><b>Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ? La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis d'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ? Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données ?</b></p> <p>L'auteur ne précise pas si il a eu recours à des moyens afin d'accroître la représentativité de l'échantillonnage.</p> <p><b>Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ?</b></p> <p>Les patients recrutés par les infirmières étant d'accord de participer à l'étude ont été sélectionnés.</p> <p>Aucune base statistique ne justifie le choix des échantillons.</p>
Considérations éthiques	<p><b>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ?</b></p> <p>Oui, le Conseil d'éthique Régional à Lund, en Suède, a approuvé l'étude. Les données ont été recueillies conformément à la Déclaration d'Helsinki et traitées de manière confidentielle.</p> <p>Les participants ayant reçu des informations orales et écrites sur l'étude ont donné leur consentement écrit afin de participer à celle-ci. Les participants étaient conscients que leur participation à l'étude était volontaire et qu'ils pouvaient donc annuler un entretien sans</p>

	<p>donner de raisons et sans avoir de répercussions sur leur partenariat avec leur infirmière de référence. Les données recueillies aux entretiens par l'interviewer ne seraient pas transmises à leur infirmière de référence.</p> <p><b>L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ?</b></p> <p>Les divers entretiens effectués dans le cadre de l'étude ont été enregistrés afin de permettre une transcription ultérieure par l'auteur et ainsi éviter les erreurs.</p> <p>Les enjeux éthiques sont exposés et faits de manière à minimiser les risques pour le patient tout en maximisant les bénéfices.</p>
Devis de recherche	<p><b>Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? la méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ?</b></p> <p>Oui. C'est une étude qualitative.</p> <p><b>Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ?</b></p> <p>Oui le devis est de type qualitatif, il permet donc d'examiner les expériences et appréciations des participants face aux discussions sur leur mode de vie, qu'ils entretiennent avec leur infirmière de référence. De plus les données sont recueillies grâce à un entretien ouvert et de type qualitatif.</p> <p><b>Le choix du devis permet-il de respecter les critères scientifiques ?(Véracité-applicabilité-consistance-Neutralité)</b></p> <p>Oui, il prend en compte la protection des données du patient et est adaptable individuellement à chacun des participants.</p> <p><b>La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ?</b></p> <p>Oui la méthode est qualitative et permet donc de répondre aux questions de la recherche qui elles aussi sont de type qualitatif.</p> <p><b>Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ?</b></p> <p>Les entretiens effectués dans le cadre de la recherche duraient de 30 à 45 minutes.</p>
Modes de collectes de données	<p><b>Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ?</b></p> <p>Le principal outil de mesure utilisé est l'analyse de contenu qualitatif consistant en plusieurs étapes analytiques décrites par Graneheim et Lundman.</p> <p><b>Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ?</b></p> <p>Oui, 3 domaines principaux ont été relevés concernant l'expérience des patients lors des discussions concernant leur mode de vie avec leur infirmière de référence. Ces 3 domaines sont :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Le contact entretenu avec l'infirmière lors des entretiens</li> <li>2. Les progrès réalisés</li> </ol>

	<p>3. Les opportunités et les obstacles rencontrés lors des entretiens</p> <p>Suite aux réponses des patients lors des entretiens, des questions de suivi ont été fondées de manière individuelle.</p> <p><b>L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ?</b></p> <p>L'auteur n'indique pas avoir créé un instrument spécifiquement pour l'étude, cependant il a utilisé des instruments déjà existants.</p> <p><b>La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés ?</b></p> <p>Oui</p>
Conduite de la recherche	<p><b>Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement ?</b></p> <p>Oui, une personne de l'équipe de recherche a effectuée tous les entretiens. Les entretiens ont été enregistrés et ensuite retranscrits par l'interviewer.</p> <p><b>Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ?</b></p> <p>Oui, un enregistrement des entretiens permettait une retranscription minimisant les erreurs. De plus, une seule personne de l'équipe de recherche a effectué les différents entretiens.</p> <p><b>Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante ?</b></p> <p>Pas de notion de variable indépendante dans la présente étude.</p>
Analyse des données	<p><b>Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ?</b></p> <p>Oui les méthodes d'analyse sont décrites de manière claire et concise.</p> <p>Les données ont été traitées à l'aide d'une analyse de contenu qualitative consistant en plusieurs étapes analytiques décrites par Graneheim et Lundman. Le texte entier de chaque interview a été relu à plusieurs reprises afin d'obtenir une vue holistique de son contenu. Le contenu du texte correspondant au but de l'étude a été sélectionné et condensé afin de ne garder que l'essentiel. Ces contenus essentiels ont ensuite été extraits, codés et structurés sur la base d'autres contenu similaires et classés dans des catégories et sous-catégories. Ces catégories reflètent le message central des entretiens et constitue le contenu apparent, de ce contenu a été sorti un thème principal.</p> <p><b>Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ?</b></p> <p>Non pas de facteurs influents décrits.</p> <p><b>Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ?</b></p> <p>Aucun résumé des résultats n'est présent dans la Méthode.</p> <p><b>Les thèmes (variables) font-ils ressortir adéquatement la signification des données ?</b></p> <p>Non, en lien avec la question ci-dessus.</p>

RESULTATS	
Présentation des résultats	<p><b>Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ?</b>  Oui les principales catégories et sous-catégories des résultats sont représentés à l'aide d'un tableau succinct.  Chacun des résultats est classé en catégories incluant des morceaux d'entretiens, ceci permet une vue d'ensemble rapide.</p> <p><b>Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ?</b>  Oui, différents paragraphes sont présents et permettent une bonne compréhension.</p> <p><b>Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ?</b>  Oui, un texte narratif permet d'avoir une compréhension rapide et synthétique des résultats.  Différents critères étaient nécessaires pour les patients afin que les discussions sur leur mode de vie soient concluantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Une interaction mutuelle entre le patient et les infirmières et un sentiment d'écoute authentique.</li> <li>- Envie de la part du patient de changer son mode de vie, sans cette volonté et autodétermination, les patients ne percevaient aucune possibilité de changer.</li> <li>- Les entretiens sur le mode de vie procuraient un sentiment de bien-être chez les patients. En effet ils se sont sentis soutenus et se sont rendu compte qu'ils n'étaient pas seuls avec leurs problèmes.</li> <li>- Sentiment de satisfaction et de motivation à changer de la part des patients après les entretiens.</li> <li>- Les discussions pouvaient contribuer au changement lorsque la façon de penser de celui-ci était modifiée et lorsque ses initiatives étaient encouragées.</li> </ul> <p><b>L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ?</b>  Non, pas de notion dans le texte.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p><b>Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ?</b>  Oui les différentes catégories et sous-catégories présentes dans la synthèse des résultats et le tableau sont repris de manière individuelle afin de permettre une compréhension plus précise. Cela répond donc aux différentes questions de recherche.</p> <p><b>Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures?</b>  Oui les résultats concordent avec les études antérieures. En effet il est indiqué que l'entretien motivationnel aide les patients à résoudre leur ambivalence. Souvent les patients veulent changer mais ils ne disposent ni des outils, ni de la motivation nécessaire afin de le faire.</p>

	<p>Des études antérieures sont utilisées afin d'affirmer que les patients ont des connaissances suffisantes concernant les risques liés à leur mode de vie et les conséquences sur leur santé. Une autre étude antérieure est mise en avant, celle-ci démontre que sans le soutien des infirmiers lors des entretiens motivationnels, le changement de mode de vie serait retardé.</p> <p><b>L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ?</b></p> <p>Oui, les conclusions sont synthétiques et bien en lien avec les résultats de l'étude.</p> <p><b>Les limites de l'étude sont-elles été définies ?</b></p> <p>L'étude a utilisé un échantillonnage pratique, ceci peut être considéré comme une limitation. De plus les infirmières ont dû choisir chacune deux patients, cependant ce choix peut constituer un biais de sélection car les infirmières ont pu choisir de manière consciente ou non des patients exprimant un rapport favorable de leurs entretiens.</p> <p>Une autre limite de l'étude est que les patients ont déclarés être motivés et conscients de leur rôle dans le processus de changement. Les patients non motivés ou inconscients n'ont pas été sélectionnés ce qui constitue une barrière aux points de vues critiques.</p> <p><b>Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ?</b></p> <p>Oui</p> <p><b>Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ?</b></p> <p>Pas de notions à ce sujet.</p>
Conséquences et recommandations	<p><b>Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ?</b></p> <p>Les participants à l'étude ont démontrés qu'une longue discussion n'est pas forcément nécessaire lors d'entretiens motivationnels. Cela est important pour le contexte des soins ou la notion de temps est parfois insuffisante. Il serait alors possible d'effectuer des entretiens de manière plus succincte tout en aboutissant à de bons résultats. Les résultats mettent en avant que l'utilisation de l'entretien motivationnel peut s'avérer très utile lorsque l'autonomie du patient doit être travaillée.</p> <p><b>L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ?</b></p> <p>Oui, d'autres recherches du même type devraient être effectuées avec des patients moins motivés à changer de comportement. Ceci afin de mettre en lumière une éventuelle différence dans les résultats.</p> <p>D'autres recherches concernant les méthodes existantes afin de changer le comportement d'un patient sont nécessaires.</p> <p><b>Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ?</b></p> <p>Oui, les résultats mettent en évidence que les entretiens motivationnels effectués par une infirmière permettent de</p>

	développer l'autodétermination du patient quant au changement de comportement. Afin que les entretiens soient bénéfiques différents principes doivent être adoptés par l'infirmière : interaction mutuelle créant un sentiment de bien-être.
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Armstrong, G. S., Atkin-Plunk, C., & Gartner, N. R. (2016). Perceptions of Motivational Interviewing: Validation of the Client Evaluation of Motivational Interviewing Scale With Probation Clients. *Criminal Justice and Behavior*, 43(8), 1095-1106. doi :10.1177/0093854816639082

Grille adaptée du Fortin (2010)

Éléments d'évaluati- ons	<b>Questions fondamentales à se poser</b>
Titre	<p><b>Le titre précise t'il clairement les concepts clés et la population à l'étude ?</b>            Titre : Validation of the client evaluation of motivational interviewing scale with probation client.</p> <p>Validation de la probation du patient grâce à l'échelle d'évaluation de l'entretien motivationnel du patient.</p>
Résumé	<p><b>Le résumé synthétise clairement la recherche : problème, méthode, résultats et discussions ?</b>  <i>Problème/contexte</i> : La pratique de l'entretien motivationnel est désormais acceptée comme étant une approche efficace afin de soutenir les changements de comportements dans divers contextes thérapeutiques. L'échelle d'évaluation de l'entretien motivationnel par les patients permet de déterminer les perceptions de ceux-ci face à l'utilisation de l'entretien motivationnel par les thérapeutes. La présente étude va donc s'intéresser à la justesse de cette échelle d'évaluation.  <i>Méthode</i> : Cette étude utilise les réponses auto-déclarées de 485 patients différents.  <i>Résultats</i> : Les résultats suggèrent que l'échelle d'évaluation de l'entretien motivationnel par les patients s'avère être un outil efficace.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p><b>Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ?</b>            Il s'agit d'étudier la qualité de l'échelle d'évaluation de l'entretien motivationnel par des patients de milieux carcéraux (de Madson, Bullock, Speed et Hodges, 2009). Cet outil permet de mesurer les perceptions des patients face aux entretiens motivationnels</p> <p><b>Le problème/phénomène est-il pertinent/approprié dans le contexte des connaissances actuelles ?</b>            Oui. Actuellement de nombreuses études ont validés l'entretien motivationnel comme étant une thérapie efficace afin d'engager un processus de changement chez les patients le nécessitant. Cependant l'utilisation efficace ou non de l'entretien motivationnel par le thérapeute s'avère encore peu connue. En effet, cette thérapie est utilisée dans différents contextes, avec une population diverse</p>

	<p>ainsi que par différents thérapeutes. Ces facteurs peuvent conduire à des variables de fidélité dans l'utilisation de l'entretien.</p> <p><b>Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ?</b></p> <p>Oui, si cet outil d'évaluation s'avère efficace il pourrait devenir une référence en ce qui concerne l'évaluation de l'utilisation de l'entretien motivationnel par les thérapeutes. Cela pourrait appuyer les thérapeutes dans leurs réflexions et ainsi leur permettre de fournir une thérapie de qualité et adaptée aux besoins et perceptions des patients. De plus, les lacunes à l'exécution de l'entretien motivationnel pourraient être identifiées et comblées de manière à fournir des prestations de meilleure qualité.</p>
Recension des écrits	<p><b>Une recension a-t-elle été entreprise ?</b></p> <p>Oui, différentes revues sont utilisées afin de connaître l'état actuel de la question. Une méta-analyse de 72 études a confirmé l'efficacité de l'entretien motivationnel afin d'entamer un processus de changement.</p> <p><b>La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de la recherche ?</b></p> <p>Oui, actuellement de nombreux outils existent afin d'évaluer la fidélité des entretiens motivationnels. Cependant ceux-ci sont longs, complexes et mettent l'accent sur l'évaluation du thérapeute. Les critiques suggèrent qu'il serait bénéfique de se concentrer sur les perceptions des patients afin de combler les lacunes dans l'exécution des entretiens.</p> <p><b>La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? L'auteur présente-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème de l'étude ?</b></p> <p>Oui la recension des écrits est une base solide pour l'étude. De plus, les connaissances actuelles sur le phénomène sont identifiées.</p> <p><b>La recension présente-t-elle des sources primaires ?</b></p> <p>Oui, diverses sources sont utilisées et référencées.</p>
Cadre de recherche	<p><b>Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ?</b></p> <p>Les concepts clés sont mis en évidence. Ceux-ci sont : L'entretien motivationnel, l'alliance thérapeutique et la probation. Les principes clés de l'entretien motivationnel sont développés selon la théorie de Miller et Rollnick (2013).</p> <p><b>Est-ce que les concepts clés s'inscrivent dans un cadre de référence ? Est-il lié au but de l'étude ? Les bases philosophiques et théoriques ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ?</b></p> <p>Oui les concepts clés sont inscrit dans la théorie de l'entretien motivationnel selon Miller et Rollnick (2013). L'échelle d'évaluation de l'entretien motivationnelle par les patients est explicitée au regard de leur créateur, à savoir Madson et al., (2009)</p>

Buts et question de recherche	<p><b>Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ?</b>          Oui, il s'agit d'évaluer la cohérence interne et la structure des facteurs de l'échelle d'évaluation de l'entretien motivationnel par les patients. Plus précisément, cet article examine si les deux principaux facteurs théoriques de l'entretien motivationnel (aspect technique et relationnel) sont observables par les patients. Ceci dans un sondage portant sur une auto-évaluation.</p> <p><b>Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ?</b>          La question de recherche principale est : Dans quelle mesure le thérapeute s'engage-t-il dans l'entretien motivationnel au travers des compétences de communicateur compatibles avec la théorie de l'entretien motivationnel ?          La population à l'étude n'est pas clairement définie, il s'agit de patients de probation.</p> <p><b>Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ?</b>          Pas de notion de variable dans l'article.</p> <p><b>Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ?</b>          Oui, la question s'appuie sur les principes de communication de l'entretien motivationnel selon Miller et Rollnick.</p>
METHODE	
Population et échantillon	<p><b>La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ?</b>          Les données ont été recueillies auprès de 485 patients issus de milieux carcéraux ayant assistés à un entretien motivationnel individuel durant la période d'évaluation.</p> <p><b>La méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ?</b>          Les divers thérapeutes participants à l'étude ont été formés à l'utilisation de l'entretien motivationnel. Ils ont donc adoptés ces techniques lors d'entretiens avec leurs patients, à la fin des séances ils se sont approchés de leurs patient afin de leur offrir la possibilité d'effectuer un sondage anonyme. Les patients ont été informés que l'enquête nécessitait moins de 15minutes et que celle-ci était volontaire. Moins de 5% des patients approchés ont refusés de participer à l'étude pour faute de temps. Environ 25 patients n'ont pas remplis tous les indicateurs de l'échelle d'évaluation de l'entretien motivationnel, ils ont donc été exclus.</p> <p><b>Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ? La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis d'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ? Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données ?</b></p>

	<p>Non, pas de notion à ce sujet dans l'étude.</p> <p><b>Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ?</b></p> <p>La taille de l'échantillon a été déterminée selon le nombre de patients ayant acceptés de participer à l'étude et ayant répondu à toutes les questions de l'échelle d'évaluation de l'entretien motivationnel par les patients.</p>
Considérations éthiques	<p><b>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ?</b></p> <p>Afin de protéger l'identité des patients des données démographiques limitées ont été recueillies. L'enquête a été acceptée par un comité d'examen institutionnel.</p> <p><b>L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ?</b></p> <p>Oui l'étude permet de maintenir l'anonymat des patients. Les bénéfices peuvent être des entretiens motivationnels de meilleure qualité.</p>
Devis de recherche	<p><b>Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? la méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ?</b></p> <p>Oui le devis de recherche et de type qualitatif et permet donc d'apprécier la valeur et la qualité de l'échelle d'évaluation de l'entretien motivationnel par les patients.</p> <p>La méthode de collecte de données et les outils utilisés sont en corrélation avec le milieu carcéral et son besoin de sécurité.</p> <p><b>Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ?</b></p> <p>Oui, le devis est qualitatif et permet donc d'évaluer de la qualité d'une échelle.</p> <p><b>Le choix du devis permet-il de respecter les critères scientifiques ?(Véracité-applicabilité-consistance-Neutralité)</b></p> <p>Oui, le devis respecte les critères scientifiques.</p> <p><b>La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ?</b></p> <p>Oui la méthode de recherche qualitative est appropriée au questionnement qui lui aussi est qualitatif.</p> <p><b>Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ?</b></p> <p>Peu de temps passé auprès des participants, l'enquête ne nécessitant que 15 minutes.</p>
Modes de collectes de données	<p><b>Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ?</b></p> <p>Oui, l'enquête comprenait les quinze indicateurs de l'échelle d'évaluation de l'entretien motivationnel créée par Madson et ses collègues (2013).</p> <p><b>Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ?</b></p>

	<p>Pas de questions de recherches précises dans la présente étude.</p> <p><b>L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ?</b></p> <p>Les instruments ont été importés pour le besoin de l'étude. A savoir les 15 indicateurs de l'évaluation de l'entretien motivationnel par les thérapeutes.</p> <p><b>La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés ?</b></p> <p>Oui la procédure est cohérente avec les outils utilisés.</p>
Conduite de la recherche	<p><b>Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement ?</b></p> <p>Chaque question de l'enquête a été mesurée grâce à une échelle de Likert de 4 points variant de 1 (jamais) à 4 (toujours). L'enquête a été administrée dans une salle de classe ou dans une salle de conférence sans le personnel de probation.</p> <p><b>Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ?</b></p> <p>Pas de notion à ce sujet dans l'article.</p> <p><b>Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante ?</b></p> <p>Pas de notion de variable dans la présente étude.</p>
Analyse des données	<p><b>Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ?</b></p> <p>Une méthode analytique a permis d'examiner l'ajustement du modèle théorique (c'est-à-dire les composantes relationnelles et techniques de l'entretien motivationnel) aux patients de probation participants à l'étude. Les résultats indiquent une forte adaptation des données recueillies au modèle théorique.</p> <p><b>Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ?</b></p> <p>Oui, comme cité ci-dessus une expertise de l'ajustement du modèle théorique a été effectuée. Ceci afin d'adapter le modèle à la population de l'étude.</p> <p><b>Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ?</b></p> <p>Oui, le résumé est compréhensible et permet de visualiser les points importants. Par exemple : le thérapeute est perçu comme un partenaire au changement de comportement permettant une prise de confiance par le patient en ses capacités à changer.</p> <p><b>Les thèmes (variables) font-ils ressortir adéquatement la signification des données ?</b></p> <p>Peu clair et représentatif dans le texte.</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p><b>Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ?</b></p> <p>Oui, les résultats sont présentés sous la forme d'un tableau permettant une compréhension synthétique et claire de ceux-ci. Le tableau représente les 2 catégories de facteurs présents dans</p>

	<p>l'entretien motivationnel : facteur techniques et relationnels. Ils mettent en évidence si ces facteurs sont présents ou non lors des entretiens.</p> <p><b>Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ?</b></p> <p>Les différents thèmes des principaux facteurs ne sont pas détaillés de manière individuelle à l'aide de points précis. Ils sont simplement présentés au travers du tableau des résultats et très peu associés entre eux.</p> <p><b>Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ?</b></p> <p>Oui, un texte narratif présente les résultats les plus significatifs de l'étude.</p> <p>Parmi le facteur relationnel trois éléments sont particulièrement importants : La discussion entre le thérapeute et le patient afin de changer de comportement, que le thérapeute dise au patient quoi faire et le besoin du patient de se sentir prêt à 100% afin de changer de comportement.</p> <p><b>L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ?</b></p> <p>Ce n'est pas précisé dans le texte.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p><b>Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ?</b></p> <p>Oui, le but de la présente étude était d'évaluer l'efficacité de l'échelle d'évaluation de l'entretien motivationnel par les patients. Les résultats prouvent que cette échelle peut englober de manière fiable les deux principaux facteurs de l'entretien motivationnel : facteur relationnel et technique. Les résultats démontrent que les patients n'apprécient pas être forcés lorsqu'ils refusent de parler d'un problème supplémentaire.</p> <p><b>Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures?</b></p> <p>Les résultats ne sont pas discutés à la lumière d'études antérieures.</p> <p><b>L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ?</b></p> <p>Oui l'étude fait bien ressortir l'efficacité de l'outil évalué.</p> <p><b>Les limites de l'étude sont-elles définies ?</b></p> <p>Oui, afin que la population à l'étude soit la plus à l'aise possible aucune information personnelle n'a été recueillie. Cette limitation des données empêche tout examen des différences individuelles de perceptions des patients.</p> <p><b>Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ?</b></p> <p>Pas de conclusion présente à la fin de l'article, cependant des conclusions sont présentes dans la discussion. Celles-ci marquent l'importance des outils d'évaluation afin de déterminer le besoin de formation des thérapeutes, ceci en fonction des résultats de l'évaluation.</p>

	<p><b>Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ?</b></p> <p>Non pas de notion dans l'article. Mais étant donné que l'échelle d'évaluation de l'entretien motivationnel par les patients a été définie comme outil efficace dans le milieu carcéral, il est possible de penser qu'il puisse être adapté et utilisé dans d'autres domaines.</p>
<p>Conséquences et recommandations</p>	<p><b>Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ?</b></p> <p>L'échelle d'évaluation de l'entretien motivationnel par les patients s'avère efficace afin d'évaluer les perceptions de ceux-ci. Cette étude pourra permettre aux thérapeutes de recueillir une évaluation des entretiens motivationnels et ainsi adapter leurs interventions aux perceptions et besoins des patients. Les entretiens motivationnels pourraient être administrés avec plus de qualité et cette échelle pourrait être utilisée comme outil de formation pour les thérapeutes.</p> <p><b>L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ?</b></p> <p>Oui, les recherches futures devraient recueillir des données supplémentaires sur les patients afin de permettre d'explorer les relations entre les caractéristiques et les perceptions de ceux-ci.</p> <p><b>Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ?</b></p> <p>Si les auteurs avaient posés plus de questions concernant les caractéristiques des patients à l'étude les conclusions auraient certainement été plus représentatives.</p>

Levitt, H. M., Pomerville, A., & Surace, F. I. (2016). A Qualitative Meta-Analysis Examining Clients' Experiences of Psychotherapy : A New Agenda. *Psychological Bulletin*, 142(8), 801-830.

Grille adaptée du Fortin (2010)

Éléments d'évaluations	<b>Questions fondamentales à se poser</b>
Titre	<p><b>Le titre précise t'il clairement les concepts clés et la population à l'étude ?</b></p> <p>Titre : A Qualitative Meta-Analysis Examining Clients' Experiences of Psychotherapy: A New Agenda</p> <p>Une méta-analyse qualitative examinant l'expérience des patients en psychothérapie : Mise à jour</p>
Résumé	<p><b>Le résumé synthétise clairement la recherche : problème, méthode, résultats et discussions ?</b></p> <p><i>Problème/contexte</i> : Cet article soutient que les praticiens de la psychothérapie et les chercheurs devraient être informés des preuves qualitatives recueillies afin de représenter l'expérience des patients face à ces traitements.</p> <p><i>Méthode</i> : La présente étude méta-analytique examine des études de recherches qualitatives analysant les expériences des patients adultes au sein des séances de psychothérapies individuelles. Cette revue intègre des recherches à partir d'approches psychothérapeutiques et de méthode qualitatives, cependant elle met l'accent sur la façon dont les clients subissent un traitement.</p> <p>67 études ont été soumises à une méta-analyse théorique fondée afin de développer une hiérarchie de données, puis 42 études supplémentaires ont été ajoutées dans cette hiérarchie grâce à une méthode méta-analytique de contenu. La somme des études utilisées est donc de 109.</p> <p><i>Résultats</i> : Les résultats de recherches solides mettent en évidence les expériences critiques des patients lors de psychothérapies. Afin d'enrichir la compréhension des thérapeutes face à leurs clients dans les périodes de prise de décisions, des principes axés sur les processus de pratique sont générés. Les résultats de l'étude ont permis de suggérer un programme dans lequel la recherche vise à accroître la compréhension du patient par le thérapeute et à considérer les patients comme acteurs de changements, ceci en le soutenant en tant que paradigme de l'auto-guérisseur.</p> <p><i>Conclusion</i> : Cette recherche vise donc à améliorer la sensibilité des thérapeutes aux expériences des patients et peut à terme augmenter l'harmonisation et l'intentionnalité des thérapeutes dans la mise en place d'interventions de soins fondées sur une orientation théorique.</p>

INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p><b>Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ?</b></p> <p>Oui, il s'agit d'étudier les psychothérapies sous l'angle de l'expérience des patients et non pas sous l'angle de l'efficacité, ceci ayant été effectué de nombreuses fois.</p> <p><b>Le problème/phénomène est-il pertinent/approprié dans le contexte des connaissances actuelles ?</b></p> <p>Oui, autrefois de nombreux débats ont éclaté concernant l'efficacité d'un traitement centré sur une psychothérapie. Aujourd'hui il est intéressant d'observer la croissance et l'établissement de la valeur et de l'efficacité des traitements au travers de nombreuses listes de preuves établies. Cependant il existe de multiples raisons, autre que l'inefficacité, pour qu'une thérapie ne figure pas sur les listes citées ci-dessus. Ces raisons peuvent dépendre de nombreuses variables :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Des valeurs et de la méthode de recherche, celle-ci n'ayant pas mis l'accent sur l'analyse d'études de résultats comparatifs.</li> <li>- L'absence d'outils de mesure de résultats adaptés reflétant les objectifs d'une approche thérapeutique.</li> <li>- Le manque de diversité des études concernant les diverses orientations thérapeutiques.</li> <li>- La tendance circulaire des organismes subventionnels à financer des recherches sur des thérapies déjà établies comme efficaces, plutôt que de financer la recherche afin d'évaluer l'efficacité d'autres approches.</li> </ul> <p><b>Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ?</b></p> <p>Oui, la recherche qualitative centrée sur le patient permet de le positionner au centre des intérêts des recherches en psychothérapies. Le fait d'intégrer les rapports provenant de nombreuses études qualitatives permet de développer des résultats solides pouvant guider les cliniciens, les chercheurs et les superviseurs en psychothérapie et ainsi conduire à l'élaboration de thérapies fondées sur les expériences des patients.</p>
Recension des écrits	<p><b>Une recension a-t-elle été entreprise ?</b></p> <p>Oui, cette méta-analyse est effectuée grâce à 106 autres études qualitatives. De plus, de nombreux articles ont été recherchés afin de connaître l'état actuel des études.</p> <p><b>La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de la recherche ?</b></p> <p>Oui, la recension permet de se rendre compte que peu d'études traitent réellement de la psychothérapie sous l'angle des expériences du patient. La présente étude va étudier la psychothérapie sous des angles jusqu'à maintenant ignorés ou laissés de côté.</p> <p><b>La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? L'auteur présente-il l'état des</b></p>

	<p><b>connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème de l'étude ?</b>          Oui, les divers articles utilisés sont tous des études qualitatives. L'auteur décrit que la psychothérapie est jusqu'à maintenant peu voir par étudié sous l'angle des expériences des patients.</p> <p><b>La recension présente-t-elle des sources primaires ?</b>          Oui, de nombreuses études antérieures sont utilisées et référencées.</p>
Cadre de recherche	<p><b>Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ?</b>          La recension des écrits a permis de démontrer l'efficacité de la psychothérapie dans le traitement de certaines pathologies telles que l'alcool. Cependant le but de la présente étude est très peu exploré.</p> <p><b>Est-ce que les concepts clés s'inscrivent dans un cadre de référence ? Est-il lié au but de l'étude ? Les bases philosophiques et théoriques ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ?</b>          Oui les concepts clés sont liés au but de l'étude. Différentes bases théoriques et philosophies sont utilisées.</p>
Buts et question de recherche	<p><b>Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ?</b>          La présente étude est une méta-analyse complète incluant une recherche qualitative concernant les expériences variées des patients en psychothérapie. Ceci en traitant des sujets qui ne sont pas pris en compte dans les études précédentes.</p> <p><b>Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ?</b>          Pas de questions ou hypothèses de recherches. Il n'y a pas de population à l'étude car celle-ci est une méta-analyse s'appuyant sur 106 autres études qualitatives.</p> <p><b>Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ?</b>          Pas de notion de variables dans le texte.</p> <p><b>Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ?</b>          Impossible de répondre à cette interrogation puisque qu'aucune question spécifique n'est présente dans l'étude.</p>
METHODE	
Population et échantillon	<p><b>La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ?</b>          Pas de réelle population puisqu'il s'agit d'une méta-analyse reprenant 106 articles qualitatifs.</p> <p><b>La méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ?</b>          Pas de participants, cependant l'étude s'appuie sur un grand nombre d'article mais elle n'a pas pu prendre en compte la totalité des</p>

	<p>articles traitant du sujet en raison de la variété importante des études qualitatives.</p> <p><b>Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ? La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis d'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ? Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données ?</b></p> <p>Selon Timulak, 2009, le nombre moyen d'études à utiliser afin d'effectuer une méta-analyse qualitative est de 12. Cette étude utilise une double méthode d'analyse permettant une analyse plus large que les recommandations en vigueur de moins de 100 articles pour une méta-analyse qualitative (Paterson, Thorne, Canam, &amp; Jillings, 2001).</p> <p><b>Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ?</b></p> <p>La base statistique afin d'effectuer une méta-analyse selon Paterson, Thorne, Canam, &amp; Jillings, 2001 est inférieure à 100 articles. Cependant la présente étude utilise une double méthode d'analyse plus large surpassant ces recommandations.</p>
<p>Considérations éthiques</p>	<p><b>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ?</b></p> <p>Pas de participants.</p> <p><b>L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ?</b></p> <p>L'étude a été protégée par l'Association psychiatrique Américaine.</p>
<p>Devis de recherche</p>	<p><b>Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? la méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ?</b></p> <p>Oui. C'est une méta-analyse qualitative effectuée sur 106 études qualitatives.</p> <p><b>Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ?</b></p> <p>Oui la présente méta-analyse s'appuie sur des articles de devis de type qualitatif, il permet donc d'examiner les expériences des patients face à des psychothérapies.</p> <p><b>Le choix du devis permet-il de respecter les critères scientifiques ?(Véracité-applicabilité-consistance-Neutralité)</b></p> <p>Oui, une méta-analyse est très fiable.</p> <p><b>La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ?</b></p> <p>Oui la méthode est qualitative et permet donc de répondre aux questions de la recherche qui elles aussi sont de type qualitatif.</p> <p><b>Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ?</b></p> <p>Pas de temps passé sur le terrain ni auprès des participants puisque cette méta-analyse est une analyse d'articles.</p>

Modes de collectes de données	<p><b>Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ?</b> Pas de notions d'outils de mesure.</p> <p><b>Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ?</b> La principale question de recherche est l'expérience des patients face aux psychothérapies. Dans les résultats cette question est reprise en différents points précis.</p> <p><b>L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ?</b> Les instruments de l'études sont importés.</p> <p><b>La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés ?</b> Oui</p>
Conduite de la recherche	<p><b>Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement ?</b> Oui.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les diverses études sélectionnées devaient présenter une analyse qualitative dans laquelle les résultats étaient tirés des rapports des patients.</li> <li>- Pour les études de devis mixtes, uniquement les résultats qualitatifs ont été pris en compte.</li> <li>- Les études et approches analogique de la thérapie ont été exclues.</li> <li>- Les études devaient être effectuées sur plusieurs patients afin de minimiser les biais.</li> <li>- Les études dans d'autres langues que l'anglais ont été exclues.</li> <li>- Les auteurs ont arrêté leur recherche d'articles supplémentaires lorsque les résultats des articles trouvés étaient redondants avec ceux déjà sélectionnés. En effet dans les analyses théoriques fondées, le principe de saturation dicte une limite idéale d'articles à avoir.</li> </ul> <p><b>Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ?</b> Le premier auteur est un professeur de psychologie clinique utilisant une approche de psychothérapie intégrative basée sur des approches humanistes, féministes, multiculturelles et constructivistes. Elle a une expertise dans les méthodes qualitatives, son travail se concentre donc sur l'examen de la recherche qualitative.</p> <p>Le deuxième auteur s'intéresse aux approches constructivistes de la psychothérapie. Le troisième auteur utilise une thérapie cognitivo-comportementale et des approches psychodynamiques.</p> <p>En utilisant la discussion et l'autoréflexion, les chercheurs ont travaillé à minimiser l'influence de leurs propres engagements thérapeutique dans le processus analytique.</p>

	<p><b>Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante ?</b> Pas de notion de variable indépendante dans la présente étude.</p>
Analyse des données	<p><b>Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ?</b> L'étude a été analysée grâce à la méthodologie de la théorie fondée sur l'adaptation de Glaser &amp; Strauss, 1967. Le processus de cette théorie est de résumer les principaux résultats de chaque étude sous la forme d'unités significatives. Celles-ci ont ensuite été comparées les unes aux autres, les points communs ont été placés en différentes catégories. Les différentes catégories formées ont été comparées afin de créer des catégories supérieures. Ce processus c'est poursuivi jusqu'à l'établissement d'une hiérarchie de catégories surmontée d'une catégorie de base représentant les principaux résultats de l'analyse.</p> <p><b>Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ?</b> Oui les différents auteurs ont utilisé quatre moyens de vérification des résultats afin d'améliorer la fiabilité :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Les auteurs ont utilisé des processus de consensus afin d'améliorer leur sensibilité aux différentes interprétations des données. C'est-à-dire qu'ils ont tenté de comprendre les interprétations de chacun plutôt que rivaliser avec celles-ci.</li> <li>2. Utilisation de la méthode de saturation de données. La saturation est le point où les nouvelles données entrantes cessent de conduire au développement de nouvelles catégories donc lorsque l'analyse est considérée comme exhaustive.</li> <li>3. Une fois la hiérarchie terminée, le troisième auteur a agi comme auditeur afin de fournir sa représentation sur les données et leur clarté. Les commentaires de cet auteur ont permis aux autres de modifier les différentes catégories.</li> <li>4. Les auteurs devaient utiliser un processus de prise de note afin de limiter l'influence des chercheurs et de faciliter l'autoréflexion.</li> </ol> <p><b>Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ?</b> Pas de résumé des résultats.</p> <p><b>Les thèmes (variables) font-ils ressortir adéquatement la signification des données ?</b> Oui, les différents thèmes sont clairs et concis.</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p><b>Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ?</b> Oui, les différentes catégories et leurs principaux résultats sont présentés sous forme de tableau.</p> <p><b>Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ?</b></p>

	<p>Oui, chaque thème/catégorie est bien explicité et permet une compréhension adéquate des résultats.</p> <p><b>Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ?</b>  Les résultats ne sont pas résumés par un texte narratif. Cependant un texte reprend la hiérarchie des catégories.</p> <p><b>L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ?</b>  Les données sont évaluées par les auteurs qui sont aussi des experts. Pas de participants et donc pas d'évaluation par ceux-ci.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p><b>Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ?</b>  Oui, les résultats sont interprétés pour chacune des catégories présentées.</p> <p><b>Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?</b>  Les résultats proviennent d'études antérieures et sont donc discutés à la lumière de celles-ci.</p> <p><b>L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ?</b>  Oui.</p> <p><b>Les limites de l'étude ont-elles été définies ?</b>  Oui.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les études de recherche comprenaient principalement des femmes comme population, les résultats peuvent donc être moins pertinents pour des hommes.</li> <li>- Les études utilisées sont des séances de psychothérapie individuelles, il faut être prudent lors de la généralisation de ces résultats en cas de psychothérapie avec des enfants, en groupe, en famille ou en couple.</li> <li>- L'étude a analysé des articles uniquement en anglais.</li> <li>- Les présents résultats doivent être considérés comme une interprétation empirique de données, en effet d'autres analyses auraient pu arriver à des interprétations différentes.</li> <li>- Dans les études il n'y a pas de notion de diagnostic, gravité des difficultés et des ressources des patients, les résultats auraient pu différer selon ces variables.</li> </ul> <p><b>Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ?</b>  Oui les conclusions sont logiques et adaptées aux résultats.</p> <p><b>Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ?</b>  Oui. Etant donné que les études analysées comprenaient un large éventail de patient, de leurs problèmes et d'orientations de la psychothérapie, cela signifie que les résultats peuvent être transférables dans de nombreuses approches de psychothérapie et différents problèmes des patients.</p>

Conséquences et recommandations	<p><b>Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ?</b></p> <p>Oui. L'auteur décrit l'importance de la relation de soins dans les approches de psychothérapie. Grâce aux différents résultats les thérapeutes vont pouvoir adapter leurs interventions de thérapies aux perceptions, expériences et besoins des patients.</p> <p><b>L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ?</b></p> <p>Oui. Il existe très peu d'études concernant des informations détaillées sur les thérapeutes (niveau d'expérience, caractéristiques culturelles, formation professionnelle), il serait intéressant de signaler ces informations à l'avenir.</p> <p>Cette recherche a permis d'identifier la nécessité d'une recherche intégrative qui étudie les effets du pouvoir professionnel et culturels interagissant.</p> <p>Cet article recommande que lors d'un prochain article il serait pertinent d'examiner ce que le patient apporte à la thérapie.</p> <p><b>Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ?</b></p> <p>Oui les données sont pertinentes et claires.</p>
---------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Gaume, J., Magill, M., Longabaugh, R., Bertholet, N., Gmel, G., & Daeppen, J. B. (2014). Influence of counselor characteristics and behaviors on the efficacy of a brief motivational intervention for heavy drinking in young men—a randomized controlled trial. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 38(7), 2138-2147. doi :10.1111/acer.12469

Grille adaptée du Fortin (2010)

Eléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<p><b>Le titre précise t'il clairement les concepts clés et la population à l'étude ?</b></p> <p>Le titre précise la population cible, des jeunes hommes dépendant à l'alcool. Les concepts précisés sont : Qu'elle est l'efficacité d'un entretien motivationnel et l'influence du thérapeute sur l'intervention.</p>
Résumé	<p><b>Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?</b></p> <p>Le résumé est clair et précis, il résume la recherche de manière concise (problématique, méthode, résultats et conclusion).</p> <p>Contexte: Une intervention motivationnelle brève (IMC) a montré des résultats prometteurs pour réduire la consommation d'alcool chez les jeunes adultes. Les connaissances sur les mécanismes qui prédisent l'efficacité de l'IMC pourraient potentiellement améliorer la taille des effets de traitement grâce à des données qui optimisent la formation clinique et la mise en œuvre. En particulier, peu d'attention a été accordée à l'influence du conseiller sur les mécanismes de traitement.</p> <p>Méthodes: ils ont étudié l'influence des conseillers sur l'efficacité de l'IMC dans la réduction de la consommation d'alcool chez les jeunes hommes qui ne cherchent pas un traitement (20 ans) et considérés comme buveurs dangereux. Les participants ont été assignés au hasard pour (i) un groupe recevant un IMC unique auprès de 1 des 18 conseillers sélectionnés pour maximiser les différences dans plusieurs de leurs caractéristiques (genre, statut professionnel, expérience clinique et expérience de l'entretien motivationnel [MI]) ou (ii) Groupe témoin recevant l'évaluation seulement. Ils ont étudié l'efficacité de l'entretien motivationnel. Ensuite, l'influence des caractéristiques des conseillers (c.-à-d., Le sexe, le statut professionnel, l'expérience clinique, l'expérience EM, les attitudes et les espérances de l'IMC) et les comportements intra-session (c'est-à-dire mesurés par le Code d'habileté d'entretien motivationnelle) ont été testés.</p> <p>Résultats: Il y a eu une diminution importante (<math>p = 0,02</math>) de la consommation d'alcool chez le groupe IMC par rapport au groupe témoin. Les conseillers masculins, plus expérimentés, qui avaient</p>

	<p>des attitudes et des attentes plus favorables à l'IMC, des compétences supérieures en IM, mais étonnamment moins de comportements cohérents avec le MI, avaient des résultats nettement meilleurs que le groupe témoin. Conclusion: L'étude actuelle a démontré l'efficacité de l'IMC sur la réduction de l'utilisation de l'alcool dans un échantillon de jeunes adultes qui ne cherchent pas un traitement. En outre, l'effet de l'IMC était lié aux différences interindividuelles entre les conseillers, et les résultats donnent donc des recommandations pour la formation et la mise en œuvre de l'IMC avec des populations similaires</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p><b>Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ?</b>  Il s'agit d'étudier l'efficacité d'une intervention motivationnelle brève sur les jeunes adultes souffrant d'alcoolisme. De connaître les mécanismes permettant une meilleure efficacité de l'entretien motivationnel. Cette étude inclut l'influence du thérapeute sur l'efficacité de cette thérapie. Cette étude est effectuée auprès de jeunes adultes faisant le service militaire obligatoire en Suisse.</p> <p><b>Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ?</b>  Oui, beaucoup d'étude ont été faites sur les thérapies de l'alcool, mais cette étude est l'une des premières qui a comme objectif principal de rechercher les effets et les mécanismes du thérapeute lors de l'entretien motivationnel bref. Ce qui pourrait compléter les études déjà existantes.</p> <p><b>Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ?</b>  Oui, le but est d'améliorer l'efficacité d'une intervention motivationnelle brève chez les jeunes ayant un problème avec l'alcool en y incluant l'influence du thérapeute sur la qualité de la thérapie.</p>
Recension des écrits	<p><b>Une recension a-t-elle été entreprise ?</b>  Cette recherche se base sur différentes recensions des écrits. Tout d'abord, cette recension exprime que l'entretien motivationnel bref est adapté aux jeunes adultes car il inclut l'autonomie de l'individu et qu'il évite à la personne l'argumentation et la confrontation hostile. Egalement au fait que cette thérapie n'intègre pas de notion de donner des leçons ou des ultimatums aux patients. (Tevyaw and Monti, 2004).</p> <p>Une recherche a mis en avant que les études menées sur les thérapies comportementales proposent un modèle théorique et évaluent ensuite son efficacité, mais peu d'études fournissent un test réel des mécanismes sous-jacents (Longabaugh et al., 2013). Egalement, très peu d'études se sont intéressées à l'influence du thérapeute sur l'efficacité de la thérapie. Les études faites à ce</p>

	<p>sujet démontrent une grande variabilité dans les résultats. (Gaume et al., 2009; Najavits et al., 2000; Project MATCH Research Group, 1998).</p> <p>Selon Project MATCH (1998), les caractéristiques personnelles des thérapeutes ont peu d'influence sur les personnes suivant une thérapie motivationnelle, leur éducation et les années d'expériences non plus (&lt;3%). Dans une autre étude, les thérapeutes expérimentés (environ 15 ans vs. thérapeutes inexpérimentés) ont eu des résultats nettement meilleurs (Sanchez- Craig et al., 1991). Des recensions sur une analyse randomisée contrôlée sont également transcrites : il s'agissait d'une première étape basé sur l'influence du thérapeute sur l'efficacité de l'entretien motivationnel bref, mais dont les analyses et les conclusions ont été limitées puisqu'il n'y avait que 5 thérapeutes avec peu de patients (Gaume et al., 2009).</p> <p>Dans la littérature, de nombreuses études montrent que le comportement du thérapeute et du patient sont liés (Boardman et al., 2006; Catley et al., 2006; Gaume et al., 2008b, 2010; Gibbons et al., 2010; Magill et al., 2010; Martino et al., 2008; Moyers and Martin, 2006; Moyers et al., 2009), mais le lien avec la consommation d'alcool n'a pas été observé. (Feldstein and Forchimes, 2007; Gaume et al., 2008a; Miller and Baca, 1983; Miller et al., 1980; Valle, 1981).</p> <p><b>La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ?</b></p> <p>Oui, les auteurs mettent en avant différentes informations concernant le sujet de l'étude (voir recension des écrits).</p> <p><b>La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? L'auteur présente-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ?</b></p> <p>Les connaissances présentées dans l'article semblent démontrer une base solide, la recherche se base sur des articles scientifiques. La plus part des connaissances sont actuelles même si quelques-unes datent de plusieurs années. (Najavits et al., 2000; Project MATCH Research Group, 1998) (Sanchez- Craig et al., 1991)</p> <p><b>La recension présente-t-elle des sources primaires ?</b></p> <p>Une enquête initiale, visant une population jeune et à risque, a montré une réduction d'environ 20% de l'alcool au suivi de 6 mois dans l'état d'IMC comparé à un groupe témoin n'ayant reçu aucune intervention. (Daepfen et al., 2011).</p>
Cadre de recherche	<p><b>Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ?</b></p> <p>Les concepts clés sont mis en évidence et décrit de façon claire et compréhensible. Il s'agit par exemple : de l'efficacité de l'intervention motivationnelle brève, des jeunes adultes souffrant</p>

	<p>d'alcoolisme, des mécanismes sous-jacents d'une thérapie, de l'influence du thérapeute sur les mécanismes du traitement.</p> <p><b>Est-ce que les concepts clés s'inscrivent-ils dans un cadre de référence ? Est-il lié au but de l'étude ? Les bases philosophiques et théoriques ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ?</b></p> <p>Les concepts sont liés au but de l'étude et s'inscrivent dans un cadre de référence. Ils se sont basés sur des études antérieures afin de guider leur analyse.</p>
Buts et question de recherche	<p><b>Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ?</b></p> <p>Oui, cette étude vise à mieux comprendre les mécanismes de l'entretien motivationnel bref en étudiant l'influence des thérapeutes et l'efficacité de cet entretien sur la réduction de consommation d'alcool chez les jeunes hommes.</p> <p><b>Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ?</b></p> <p>Leur hypothèse était qu'il y a un lien entre une réduction d'alcool importante et le niveau d'expérience clinique du thérapeute. Une deuxième hypothèse a été émise, selon laquelle de meilleurs résultats seraient liés aux thérapeutes ayant une plus grande maîtrise de l'entretien.</p> <p><b>Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ?</b></p> <p>Les auteurs ont fait ressortir les différentes recherches pertinentes pour leur étude et leurs hypothèses reflètent clairement le contenu des recensions des écrits.</p> <p><b>Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ?</b></p> <p>Les variables reflètent les concepts précisés, une est majoritairement explicitée : le comportement et l'expérience du thérapeute vont influencer sur l'entretien motivationnel.</p> <p><b>Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ?</b></p> <p>Les informations proviennent de différents auteurs et les questions se basent essentiellement sur les éléments théoriques de la recherche.</p>
METHODE	
Population et échantillon	<p><b>La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? la méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ?</b></p> <p>La population visée est des jeunes hommes faisant leur service militaire. Les femmes n'ont pas été incluses dans cette étude, en</p>

raison du faible taux de participation au service militaire. Tous les participants du service militaire étaient recrutés pour la participation à cette étude, sauf s'il y avait une évaluation prioritaire par l'armée.

La procédure c'est fait par appels téléphoniques effectués durant la journée à des heures variables et à des jours de semaine différents. Si la stratégie de l'appel téléphonique restait sans réponses, des mails étaient envoyés afin d'attribuer les participants à un groupe (évaluation simple ou avec entretien motivationnel bref).

Concernant les thérapeutes, ils étaient 18 médecins et psychologues du centre de traitement de l'alcool de l'hôpital universitaire de Lausanne. Ils ont été sélectionnés afin d'assurer l'hétérogénéité au niveau du genre, de leur statut professionnel, de leur expérience clinique ainsi que de leur expérience dans l'entretien motivationnel (de débutant à expert reconnu).

**Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon (Comment choix et sélection échantillon)? La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis s'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ? Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données ?**

Un sous-groupe choisi au hasard pour participer à l'étude a été invité à lire une fiche d'informations et à signer un formulaire de consentement. Ils ont ensuite rempli un questionnaire d'évaluation comprenant : Alcohol Use Disorders Identification Test-consumption (test d'identification d'utilisation de consommation d'alcool à risque) permettant de dépister les personnes à risque et d'exclure les autres qui ne présentent pas de risques.

Ils ont également rempli un questionnaire comprenant des informations de bases (âge, éducation, statut professionnel, milieu de vie urbain ou rural).

Pour les thérapeutes, ils ont suivi une formation de quatre jours qui a été dispensée par des médecins et psychologues expérimentés dans l'enseignement de l'entretien motivationnel.

**Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ?**

Cette étude a été une sous-étude d'une plus grande étude prospective avec près de 6 000 participants (étude de cohorte sur les facteurs de risque d'utilisation de substances, voir [www.c-surf.ch](http://www.c-surf.ch)). Cette étude a eu lieu au Centre de Recrutement de Lausanne, qui dessert la partie francophone de la Suisse. Un sous-groupe (N=637) a été choisi au hasard, parmi ses 6000 participants, pour participer à l'étude. ils ont été invités à lire une fiche d'information et ont signé un formulaire de consentement et ensuite ont rempli un questionnaire. Les personnes ne souffrant pas de problème d'alcool problématique ont été exclues (N=196).

	<p>Les autres ont été divisées en deux groupes. Un groupe qui suivra des entretiens motivationnels brefs (N=217) et l'autre groupe ne recevra pas de thérapie (N= 224). Au total il y a eu 362 participants.</p>
Considérations éthiques	<p><b>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ?</b></p> <p>Lors de la recherche, les chercheurs ont spécifié que le personnel de recherche n'avait aucun lien avec l'armée et que toutes les informations seraient confidentielles. Les procédures d'études ont été approuvées par le comité d'éthique pour la recherche clinique de la Faculté de médecine de l'Université de Lausanne. Les thérapeutes ont signé un formulaire de consentement éclairé en reconnaissant leur acceptation d'être enregistrés lors des entretiens et l'utilisation, de manière anonyme, des informations à leur sujet.</p> <p><b>L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ?</b></p> <p>Les participants n'ont pas été compensés financièrement, la confidentialité a été respectée. Les 18 thérapeutes étaient médecins et psychologues du centre de traitement de l'alcool à l'hôpital universitaire de Lausanne, ils ont reçu une formation de quatre jours afin de les familiariser avec les entretiens motivationnels brefs. Les procédures ont été approuvées par le comité d'éthique donc oui l'étude a été conçue pour minimiser les risques.</p>
Devis de recherche	<p><b>Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? la méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ?</b></p> <p>L'étude a été menée à terme, de ce fait nous pouvons conclure qu'elle a été conciliable avec les outils de collecte. Il s'agit d'une étude quantitative, les auteurs ont réalisé des questionnaires avec des questions fermées et ouvertes. La méthode de recherche a été ajustée à trois mois au lieu de douze mois puisque l'étude s'est déroulée sur trois mois. Ils ont utilisé une échelle de 0-4 afin de déterminer la consommation habituelle de ces jeunes adultes faisant l'armée.</p> <p><b>Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ?</b></p> <p>Oui, le devis utilisé concernant les jeunes adultes consommant de l'alcool a permis d'analyser toutes les données grâce aux questionnaires. Le questionnaire comprenait les variables de consommation de la personne mesurée de 0 à 4 points (0=jamais, 1=moins que tous les mois, 2= mensuel, 3= hebdomadaire, 4= presque tous les jours) ainsi que des questions sur des éléments évaluant l'apparition d'une série de conséquences liées à l'alcool au cours des douze derniers mois et des questions plus personnelles. Pour les thérapeutes, les scores de comportements ont permis d'analysées toutes les données.</p>

	<p><b>Le choix du devis permet-il de respecter les critères scientifiques ?(Véracité-applicabilité-consistance-Neutralité)</b></p> <p>Oui, le devis utilisé est un test d'identification des troubles liés à l'alcool (AUDIT; Babor et al., 2001) et l'Échelle d'évaluation du changement de l'Université de Rhode Island - version DELTA Project Reduced Drinking Version (Soderstrom et al., 2007). Les mesures n'étaient seulement pas sur douze mois mais sur trois mois.</p> <p>Concernant les thérapeutes, ils ont utilisé, pour mesurer leur comportement durant les entretiens, le MISC version 2.1 (Miller et al., 2008) et les enregistrements audio ont été exportés vers Dartfish Team Pro 4.0 (Dartfish, 2006) où ils ont été analysés par un codeur et codé.</p> <p><b>La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ?</b></p> <p>Oui, des questionnaires et des entretiens ont été utilisés afin de garantir la cohérence des données concernant la consommation d'alcool chez ces jeunes adultes.</p> <p><b>Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ?</b></p> <p>L'intervention a été un entretien motivationnel de 20-30 minutes concernant la consommation d'alcool, ses conséquences et les éventuelles perspectives de changement. Les participants ont été suivis durant trois mois.</p>
Modes de collectes de données	<p><b>Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ?</b></p> <p>Les outils de mesure permettent de mesurer les variables et sont clairement décrits. Il s'agissait de répondre à un questionnaire durant 15- 20 minutes et d'un entretien motivationnel de 20-30 minutes sur l'utilisation de l'alcool, ses conséquences, les perspectives de changement. Par contre, aucune directive spécifique n'a été fournie concernant le contenu des entretiens car l'objet de l'étude était d'examiner le comportement du thérapeute.</p> <p><b>Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ?</b></p> <p>Les questions de recherches sont ciblées et comprenaient des questions : démographiques (comme l'âge, l'éducation, le statut professionnel et le milieu de vie), sur les variables de consommation d'alcool, sur l'apparition au cours des douze derniers mois d'une série de conséquences liées à l'alcool.</p> <p><b>L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ?</b></p> <p>Les instruments ont été importés, ils ont juste été ajustés à trois mois au lieu de douze mois. Un test d'identification des troubles liés à l'alcool (AUDIT; Babor et al., 2001) et l'Échelle d'évaluation du changement de l'Université de Rhode Island - version DELTA</p>

	<p>Project Reduced Drinking Version (Soderstrom et al., 2007) ont été utilisés.</p> <p><b>La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés ? Méthode utilisée (exemple : quantitatif – &gt; questionnaire)</b></p> <p>La procédure expérimentale est cohérente. L'analyse des données a permis de connaître la consommation d'alcool et ses conséquences sur la vie de la personne.</p>
Conduite de la recherche	<p><b>Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement ?</b></p> <p>Oui, le processus de collecte de données s'est effectué sur trois mois et les entretiens étaient enregistrés.</p> <p><b>Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ?</b></p> <p>Oui, les thérapeutes étaient 18 médecins et psychologues expérimentés dans l'enseignement de l'entretien motivationnel du centre de traitement de l'alcool de l'hôpital universitaire de Lausanne. Ils ont également signé un formulaire de consentement éclairé. Ils ont également rempli un questionnaire permettant de connaître leur sexe, leur statut professionnel ainsi que le nombre d'années d'expérience cliniques et pour les entretiens motivationnels. Le questionnaire abordait également 2 questions sur leur point de vue par rapport à l'entretien motivationnel bref.</p> <p><b>Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante?</b></p> <p>Non elle n'est pas citée.</p>
Analyse des données	<p><b>Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ?</b></p> <p>Oui les méthodes d'analyse y sont décrites de manière brève, le déroulement et comment ils se sont pris sont explicités.</p> <p>Ils ont utilisé : la moyenne des 3 évaluations globales des thérapeutes, la fréquence des comportements adéquats durant l'entretien, la fréquence des comportements inadéquats et le pourcentage des réflexions (techniques d'entretien, reformulations) pour approcher la maîtrise de l'entretien motivationnel.</p> <p>Il s'agit également de collecter les différents questionnaires répondu par les jeunes adultes, en vue de répertorier les réponses et ainsi pouvoir les analyser et les classer.</p> <p><b>Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ?</b></p> <p>Oui, par le fait que quatre élèves de niveau master ont été formés puis ont analysé de manière indépendante et codé l'entretien motivationnel bref, ce qui a permis d'affiner les résultats. Chaque codeur a reçu environ 60 heures de formation. Un sous-échantillon aléatoire a été codé deux fois afin d'évaluer la fiabilité des évaluateurs. Les deux indices (le kappa de Cohen et la corrélation</p>

	<p>intraclasse (ICC)) ont été interprétés selon la catégorisation de Cicchetti (1994).</p> <p><b>Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ?</b></p> <p>Oui il est résumé, les comportements des thérapeutes ont été mesurés en utilisant le MISC version 2.1 (Miller et l., 2008). Tout d'abord, ils ont évalué l'impression générale du thérapeute qui a été mesuré sur l'échelle de Likert de 7 points. Puis durant la 2<sup>ème</sup> étape de la session, le codeur a classé chaque énoncé/parole du thérapeute et du patient. Les codes utilisés sont un peu abstraits et difficiles à comprendre.</p> <p><b>Les thèmes (variables) font-ils ressortir adéquatement la signification des données ?</b></p> <p>L'entretien motivationnel bref et le groupe de témoin ont été comparé en utilisant des procédures non paramétriques (test Pearson et Wilcoxon). Les variables font ressortir les données.</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p><b>Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ?</b></p> <p>Les résultats sont présentés à l'aide de quatre tableaux.</p> <p>Tableau un : statistiques descriptives des jeunes hommes et comparaison entre un entretien motivationnel bref et le groupe témoin</p> <p>Tableau deux : efficacité de l'entretien motivationnel bref</p> <p>Tableau trois : statistiques descriptives et corrélation pour les caractéristiques du thérapeute et de son comportement.</p> <p>Tableau quatre : influence des caractéristiques du thérapeute sur le résultat principal.</p> <p><b>Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ?</b></p> <p>Chaque thème y est décrit de manière séparément. Leurs hypothèses sont affirmées, les jeunes hommes ayant eu des thérapeutes expérimentés et croyant en l'entretien motivationnel bref, leurs résultats sont nettement meilleurs que ceux n'ayant eu aucune intervention (groupe témoin). Par contre, ceux qui ont eu des thérapeutes moins expérimentés, les résultats ne diffèrent pas significativement de ceux qui n'ont pas eu d'intervention.</p> <p><b>Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ?</b></p> <p>Oui, concernant le questionnaire pour les jeunes hommes, en moyenne ils consommaient environ deux jours par semaine et environ cinq boissons par jour de consommation. Un tiers avait des épisodes de consommation excessive d'alcool par mois et un tiers par semaine. dans l'ensemble, ils ont rencontré entre deux et trois des neuf conséquences proposées liées à la consommation d'alcool. Et un tiers avait des modes d'utilisation d'alcool sévère avec une dépendance probable selon l'AUDIT en utilisant un seuil de douze points (Gache et al. 2005). Une préparation à un changement était</p>

	<p>faible. Il n'y avait pas de différence significative entre l'entretien motivationnel bref et le groupe témoin.</p> <p>Pour l'efficacité de l'entretien motivationnel, le résultat démontre une diminution significative de la consommation d'alcool par rapport au groupe témoin, pour les sous-dimensions composites (jours de boisson habituelle par semaine, par jour et leur fréquence), les trois variables ont indiqué une diminution plus élevée par rapport au groupe témoin également. Les analyses d'attrition ont montré des résultats similaires.</p> <p>Caractéristiques des thérapeutes et leurs comportements.</p> <p>Leur expérience clinique, leur expérience sur l'entretien motivationnel et leur statut professionnel et âge y sont pris en compte. Selon eux, ils pensent pouvoir être efficaces dans la réalisation de l'entretien motivationnel bref et pensent pouvoir réduire la consommation d'alcool chez les jeunes hommes. Les comportements des thérapeutes étaient adéquats pour les entretiens. Les psychologues démontrent des compétences supérieures.</p> <p><b>L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ?</b></p> <p>Par quatre étudiants de niveau master formés pour cette étude</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p><b>Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ?</b></p> <p>Ils sont interprétés selon le cadre de recherche mais également par hypothèses. L'étude actuelle a démontré l'efficacité de l'entretien motivationnel bref sur la réduction de l'utilisation de l'alcool dans un échantillon de jeunes hommes adultes sans traitement qui suivent le processus de conscription de l'armée en Suisse. Conformément à leurs attentes, le statut professionnel du thérapeute n'a pas de significations associées à une réduction d'alcoolémie. Par contre, le genre a montré une différence, il y avait une plus grande diminution de consommation avec un thérapeute homme. Cette étude ne peut dissimuler le fait qu'il n'y avait que de jeunes hommes, ce qui pourrait avoir une influence, il pourrait voir une plus grande alliance si le thérapeute est du même genre (Wintersteen et al., 2005)</p> <p><b>Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures?</b></p> <p>Oui ils sont discutés, les résultats sur la réduction globale de la consommation d'alcool concordent avec la littérature, (Cohen, 1988). Pour les consommateurs d'alcool dépendant, qui ne cherchent pas un traitement, une réduction d'alcool y est démontrée après un suivi de six mois. En revanche, les effets de cet entretien sur une personne avec une consommation excessive ne sont pas significatifs chez de jeunes adultes volontaires (Gaume et al., 2011)</p>

	<p><b>L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ?</b>  Oui, les auteurs décrivent les aspects des résultats de l'analyse et lors de la discussion, ils reprennent ces résultats et en font ressortir l'essentiel.  Un point n'a pas été discuté dans les résultats de l'analyse, les compétences des cliniciens ont autant d'influence sur la qualité d'un bon entretien que leur expérience dans le domaine.</p> <p><b>Les limites de l'étude ont-elles été définies ?</b>  La présente étude s'ajoute à une littérature émergente, soutenant que les méthodes d'intervention brèves peuvent être favorables à une diminution de consommation. D'autres études devraient être entreprises sur l'effet du genre du thérapeute sur le patient.  L'étude s'est limitée à des jeunes hommes ayant dans l'ensemble une consommation similaire.</p> <p><b>Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ?</b>  Oui, les conclusions dans la discussion reprennent les données de l'analyse de manière très précises. Les auteurs ont été surpris des résultats de l'impact des comportements lors des entretiens, ils étaient déroutants et contraires à ce qui était attendu.</p> <p><b>Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ?</b>  Oui, comme les jeunes hommes adultes sont une population à haut risque à l'échelle internationale, ils estiment que ce travail apporte une contribution importante et un cadre opportuniste prometteur pour un dépistage universel et une intervention brève.</p>
<p>Conséquences et recommandations</p>	<p><b>Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ?</b>  Les résultats montrent que le comportement et l'attitude du thérapeute ont de l'influence sur la qualité de l'entretien et sur les résultats, que le genre peut également faire une différence étant donné que ce sont de jeunes adultes. Il est également important que les techniques d'entretiens, utilisées par le thérapeute, démontrent un soutien et une compréhension approfondie afin que l'individu change ces systèmes de croyances liés à l'alcool.</p> <p><b>L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ?</b>  Oui, il propose de faire d'autres études pour savoir si effectivement le genre du thérapeute peut avoir une influence sur les résultats. Pour de futur recherche, il faudra tenir compte que chaque individu a un niveau de défense différent face à quelqu'un et donc le comportement/l'attitude d'un thérapeute pourrait avoir plus d'impact que sur quelqu'un d'autre.  Enfin, il y avait une absence d'un modèle normalisé d'un entretien motivationnel bref ou au moins semi-structuré, cela a pu affecter la validité de l'étude, mais d'autre part, cette variété (les différents comportements qu'adoptaient les thérapeutes) était l'objet</p>

principal de cette étude et n'aurait pas été observable si un modèle structuré avait été appliqué.

**Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ?**

Les conclusions sont explicitées, les données sont probantes et s'appuient sur des données riches.

Kerkel, E. S., Jonsson, L., Lindwall, M., & Strand, J. (2015). Individual experiences following a 6-month exercise intervention: A qualitative study. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 10, 1-12. doi :10.3402/qhw.v10.26376

Grille adaptée du Fortin (2010)

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<p><b>Le titre précise t'il clairement les concepts clés et la population a l'étude ?</b></p> <p>Le titre ne décrit pas clairement les concepts clés. La notion d'expérience individuelle y est écrite. La population n'est pas précisée</p>
Résumé	<p><b>Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?</b></p> <p>Le résumé est complet et résume la recherche par la problématique, la méthode, le résultat et la conclusion. Cet article ne parle pas des personnes souffrant d'alcoolisme, mais il est intéressant pour notre Bachelor puisqu'il traite des perceptions de la personne sur la théorie de l'autodétermination et de l'entretien motivationnel.</p> <p>But: On croit que l'expérience de l'individu a un impact considérable sur l'arrêt, mais on sait peu de choses sur les expériences individuelles de participation à une activité physique.</p> <p>L'objectif de cette étude était d'examiner les expériences des individus après une intervention de l'exercice de la théorie de l'autodétermination afin de mieux comprendre comment les interventions standardisées peuvent être ajustées pour répondre aux besoins, aux capacités et aux besoins spécifiques des individus.</p> <p>Méthodes: une approche qualitative avec des entrevues semi-structurées a été réalisée avec huit informateurs (trois hommes et cinq femmes) âgés de 26 à 47 ans. Ils ont tous participé à une intervention d'exercice de 6 mois avec un coaching individuel basé sur la théorie de l'autodétermination et de l'entretien motivationnelle. Les entretiens ont été analysés thématiquement avec une approche inductive.</p> <p>Résultats: Les aspects qui ont influencé la motivation et la participation des informateurs à l'intervention de l'exercice ont été liés à trois thèmes: les cadres de l'intervention, les changements mesurables et le contexte de l'individu. Les thèmes présentent des informations sur le processus et dans quelle mesure les informateurs ont estimé que l'intervention était adaptée à leur vie et à leurs besoins.</p> <p>Conclusion: Cette étude met l'accent sur l'importance d'individualiser des interventions d'exercices pour soutenir les capacités diverses des individus et les besoins psychologiques.</p>

INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p><b>Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ?</b></p> <p>L'objectif de cette étude était d'examiner les expériences des individus à la suite d'exercice fondé sur la théorie de l'autodétermination afin de mieux comprendre comment les entretiens motivationnels peuvent être ajustés pour répondre aux besoins, capacités et aux conditions des individus. Il s'agit d'étudier les biens faits d'une autodétermination permettant à la personne d'avoir un contrôle sur sa vie et de prendre la direction désirée pour son futur. Car selon les chercheurs, sans autodétermination, il sera difficile de développer les bases de la psychologie : l'autonomie, les compétences et les relations.</p> <p><b>Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ?</b></p> <p>Il est pertinent dans le contexte des connaissances actuelles. Puisque chaque personne dans sa vie développera cette capacité d'autodétermination, ce qui lui permettra d'augmenter son bien-être, sa croissance et sa maturation.</p> <p>Selon l'article, il existe une demande croissante d'utiliser des traitements efficaces, rentables et qui comprennent une perspective holistique permettant une facilitation de la santé publique et une réduction des coûts liés à la santé et de promouvoir des changements de comportement à long terme. Cette étude permettrait de répondre à cette perspective.</p> <p><b>Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ?</b></p> <p>Oui, l'objectif est d'améliorer la prise en charge permettant d'avoir une expérience positive et ainsi éviter l'abandon de la personne. Le professionnel jouera un grand rôle dans la capacité de la personne à développer de nouvelles compétences. Selon les participants, la qualité de relations entre le professionnel et le patient est cruciale pour leur engagement et leur participation.</p>
Recension des écrits	<p><b>Une recension a-t-elle été entreprise ?</b></p> <p>Ils ont fait plusieurs recherches d'articles afin d'avoir des documents sur lesquels ils pourraient s'appuyer pour leur étude. Leurs recherches leur ont permis de découvrir qu'il y avait une recherche croissante dans le domaine de la motivation afin d'examiner les facteurs qui favorisent, initient et optimisent la motivation des individus et ainsi amènent à un changement de comportement, c'est la théorie de l'autodétermination.</p> <p>Ils se sont appuyés sur une étude en cours sur le stress à Göteborg, dont l'objectif était d'étudier l'impact d'une activité physique sur les réactions de stress et les maladies au stress.</p> <p><b>La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ?</b></p>

	<p>Oui, il en est ressorti une hypothèse, que tout être humain désire être actif et contrôler sa vie dans la direction désirée. Ils décrivent comment est considéré l'individu dans la théorie de l'autodétermination, quelqu'un en interaction constante avec son environnement.</p> <p>Cette théorie stipule que la qualité de la motivation va faire la différence dans la persistance d'un changement de comportement. La satisfaction des besoins psychologiques va augmenter cette qualité. Les facteurs externes jouent un grand rôle également dans l'autodétermination.</p> <p><b>La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? L'auteur présente-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ?</b></p> <p>Oui, ils ont synthétisé les études et ils ont ressorti les points importants pour leur recherche. Des essais contrôlés randomisés ont été effectués afin d'avoir des connaissances scientifiques et des preuves.</p> <p><b>La recension présente-t-elle des sources primaires ?</b></p> <p>Les auteurs se fondent sur des sources, mais ils ne précisent pas si elles sont primaires. Ils citent les différents auteurs concernant la recension des écrits.</p>
Cadre de recherche	<p><b>Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ?</b></p> <p>Les concepts sont cités et justifiés. En effet, selon l'étude de l'autodétermination, aujourd'hui nous sommes dans une prise en charge centrée sur le patient, qui est en interaction avec son environnement. Il est donc important de connaître les perceptions de la personne et son autodétermination. Cette recherche permettra donc d'améliorer les interventions selon le patient et ainsi d'améliorer et de maintenir son changement de comportement positif.</p> <p><b>Est-ce que les concepts clés s'inscrivent-ils dans un cadre de référence ? Est-il lié au but de l'étude ? Les bases philosophiques et théoriques ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ?</b></p> <p>C'est une recherche qualitative qui permettra de comprendre le ressenti des patients.</p>

<p>Buts et question de recherche</p>	<p><b>Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ?</b>  En utilisant une approche qualitative, cette recherche vise à examiner les expériences des individus à la suite d'une intervention d'exercice basée sur la théorie de l'autodétermination afin de comprendre comment les interventions normalisées peuvent être adaptées aux besoins, aux capacités et aux circonstances spécifiques des individus. Et ainsi éviter l'abandon de la personne et qu'elle maintienne son changement de comportement.</p> <p><b>Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ?</b>  Une recherche croissante dans le domaine de la motivation afin d'examiner les facteurs qui favorisent, initient et optimisent la motivation des individus et ainsi amènent à un changement de comportement. Pourtant, peu d'études ont été menées afin d'explorer les expériences individuelles des personnes pratiquant une activité physique. Cependant, les études qualitatives existantes ont mis en évidence des facteurs liés à l'engagement, à la participation et dans le changement de comportement à long terme. La relation avec l'entraîneur ainsi que sa qualité professionnelle et le soutien social perçu améliore l'engagement de la personne dans son changement de comportement sur le long terme.</p> <p><b>Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ?</b>  Cette étude met en avant l'expérience des participants ainsi que de leurs perceptions par rapport à la capacité d'autodétermination</p> <p><b>Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ?</b>  Les variables reflètent les concepts clés dans le cadre de recherche. Ses variables sont les perceptions des personnes, leur engagement, leur participation et leur changement de comportement face à des exercices physiques sur 6 mois avec l'aide d'un entraîneur.</p> <p><b>Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ?</b>  Cette étude se base sur des données probantes et les informations proviennent de différents auteurs.</p>
<p>METHODE</p>	
<p>Population et échantillon</p>	<p><b>La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? la méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ?</b>  Oui, des critères d'inclusion et d'exclusion sont présents.</p>

	<p>100 individus ont été recrutés au travers de publicités dans les journaux locaux, les médias sociaux et des affiches, ce qui est donc approprié. Ces personnes devaient pratiquer une activité physique légère pas plus de 2 heures par semaine et devaient avoir une activité professionnelle de minimum 50%. Les critères d'exclusion concernaient certaines maladies comme le diabète ou l'asthme, celles qui présentaient un indice de masse corporelle égal ou supérieur à 35 ou 18,5 où moins ont également été exclus.</p> <p><b>Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon (Comment choix et sélection échantillon)? La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis s'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ? Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données ?</b></p> <p>Le coaching s'est basé sur les principes de la théorie de l'autodétermination et de l'entretien motivationnel afin d'avoir un cadre et d'améliorer au mieux la participation des volontaires.</p> <p>Oui, car des critères de sélection concernant les participants étaient mentionnés.</p> <p><b>Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ?</b></p> <p>Il a été déterminé par rapport aux personnes volontaires qui ont fait suite à leur annonce dans les journaux locaux et sur les réseaux sociaux. Au final, huit personnes ont participé aux entrevues, dont cinq femmes et trois hommes. Ils étaient âgés entre 26 et 47 ans. Cinq participants ont des enfants et un partenaire. Deux vivaient avec leur conjoint et une personne était célibataire. Deux personnes étudiaient à l'université et les six autres étaient des employés.</p>
Considérations éthiques	<p><b>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ?</b></p> <p>Oui, durant l'entrevue les participants ont été informés par rapport à la confidentialité, que l'entrevue serait enregistrée et qu'ils ont le droit d'arrêter à tout moment. Un consentement écrit a été fait avec chaque participant en expliquant clairement le déroulement de cette étude, l'utilisation des résultats.</p> <p><b>L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ?</b></p> <p>Oui, ils ont été informés avant sur la procédure d'une entrevue. les participants avaient le droit d'arrêter l'entrevue sans donner de raison.</p>
Devis de recherche	<p><b>Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? la méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposées ?</b></p> <p>C'est une étude qualitative. Un guide d'entrevue semi-structuré a été conçu pour l'étude, cette procédure suivait le code</p>

	<p>déontologique de l'Américain Psychological Association en matière de recherche. (cf. Sales &amp; Folkman, 2000)</p> <p><b>Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ?</b></p> <p>Oui, due au fait que l'objectif de cette étude est basé sur la perception des participants, la méthode qualitative est la plus adaptée. Les entretiens motivationnels ainsi que les enregistrements audio permettent de mettre en avant les différentes perceptions des participants.</p> <p><b>Le choix du devis permet-il de respecter les critères scientifiques ?(Véracité-applicabilité-consistance-Neutralité)</b></p> <p>La collecte de données permet de respecter la vérité de ce qui a été dit. Elle s'effectue à travers des entretiens qui ont été enregistrés afin de comprendre au mieux les perceptions des participants.</p> <p><b>La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ?</b></p> <p>Il s'agit d'une étude qualitative. Les sujets des entretiens étaient basés sur les antécédents du participant. Connaître le ressenti et les perceptions des personnes étaient l'objectif de ses entretiens. Donc le déroulement de l'entretien a permis de garantir la cohérence des données recueillies.</p> <p><b>Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ?</b></p> <p>Cette étude s'est déroulée sur 6 mois avec un suivi par un coach, la durée des entrevues durait entre une heure et une heure trente.</p>
Modes de collectes de données	<p><b>Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ?</b></p> <p>la procédure analytique suivait la liste de contrôle de 15 points de Braun et Clarke (2006) pour l'analyse thématique.</p> <p><b>Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ?</b></p> <p>L'objectif de la recherche permet au lecteur de comprendre le but de cette étude. En utilisant une approche qualitative, cette recherche vise à examiner les expériences des individus à la suite d'une intervention d'exercice basée sur la théorie de l'autodétermination afin de comprendre comment les interventions normalisées peuvent être adaptées aux besoins, aux capacités et aux circonstances spécifiques des individus. Et ainsi éviter l'abandon de la personne et qu'elle maintienne son changement de comportement. Les résultats sont classés par thèmes, ce qui facilite la lecture.</p> <p><b>L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ?</b></p> <p>Oui, un guide d'entrevue semi-structuré a été conçu pour l'étude.</p> <p><b>La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés ?</b></p>

	<p>Oui la procédure est cohérente et éthique. Elle respecte les droits de chacun et met en avant les ressentis des participants par des extraits de leur témoignage dans l'article.</p>
Conduite de la recherche	<p><b>Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement ?</b>          Oui, tout y est clairement concis et précisé. Les participants ont été interviewés par l'auteur en utilisant un guide d'entrevue semi-structuré conçu pour l'étude. La procédure de la recherche a suivi le code de déontologie de l'American Psychological Association.</p> <p><b>Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ?</b>          Oui, l'auteur qui a effectué l'analyse connaissait la littérature de la zone de discussion et avait étudié la psychologie pendant 5 ans.</p> <p><b>Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante?</b>          L'étude est basée sur la perception des participants sur l'autodétermination dans un contexte d'activité physique.</p>
Analyse des données	<p><b>Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ?</b>          L'analyse thématique a été choisie pour analyser les données en suivant les recommandations de Braun et Clarke (2006) car c'est une méthode flexible qui permet aux thèmes d'émerger les données.</p> <p>L'auteur a relu les transcriptions des entrevues pour obtenir un ensemble et se familiariser avec les données. Puis lors de la 2e lecture, un codage initial a été effectué et des réflexions ont été notées. Les transcriptions ont été codées.</p> <p><b>Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ?</b>          Oui, car les transcriptions des entrevues ont été lues et relues puis un codage a été effectué. Pour essayer d'y remédier au mieux, la structure des thèmes et sous-thèmes a été discutée en permanence dans le groupe de recherches. Si des différences surgissaient, elles furent discutées et l'interprétation la plus appropriée était gardée. Les données codées ont également été relues afin de trouver des exemples qui reflètent au mieux les expériences des participants.</p> <p><b>Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ?</b>          Le fil rouge de leur déroulement pour arriver au résultat y est décrit. Ils se sont basés sur des critères de crédibilités d'Elliott, Fisher et Rennie (1999). Les résultats ont été discutés entre eux afin d'avoir les interprétations les plus appropriées. Les sous-thèmes provisoires ont été réunis et trois thèmes principaux en sont ressortis.</p>

	<p>Des extraits de témoignage des participants de cette étude y sont transcrits, ce qui permet de connaître le ressenti des gens y participant.</p> <p><b>Les thèmes (variables) font-ils ressortir adéquatement la signification des données ? En lien avec les entretiens et étude qualitative.</b></p> <p>Oui les thèmes sont tous clairement définis à l'aide de données concrètes. Les 3 grands thèmes sont décrits avec leurs sous-thèmes.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Les cadres de l'intervention       <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 les structures encourageantes</li> <li>1.2 les structures comme contraignantes</li> <li>1.3 la relation avec l'entraîneur</li> <li>1.4 les exercices individualisés</li> </ol> </li> <li>2. les changements mesurables       <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1 changement remarqué</li> <li>2.2 connaissance de soi</li> <li>2.3 le processus</li> </ol> </li> <li>3. le contexte individuel       <ol style="list-style-type: none"> <li>3.1 l'effet sur la vie quotidienne</li> <li>3.2 le soutien de l'entourage</li> <li>3.3 difficulté sur les priorités.</li> </ol> </li> </ol>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p><b>Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ?</b></p> <p>Les résultats sont présentés très succinctement à l'aide d'un tableau, qui fait ressortir les thèmes et sous-thèmes. Un texte narratif explicite de manière plus précise et claire les résultats par thèmes et leurs sous-thèmes. Sinon, il n'y a pas de schéma, de figure, de graphique ou de modèle en lien avec les résultats.</p> <p>Le 1e thème porte sur les aspects de la structure et de l'accord de participation, y compris le sens et les attentes des participants concernant la participation aux entrevues.</p> <p>Le 2e thème concerne les changements que les participants ont eus au cours de l'intervention.</p> <p>Le 3e thème inclut les changements que cette étude a eus sur la vie quotidienne des participants et les aspects contextuels qui ont influencé leur participation.</p> <p><b>Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ?</b></p> <p>Oui, les thèmes sont évoqués de manière séparée. Par thème, chaque sous-thème y est décrit explicitement. Dans chaque sous-thème, il y a un bref témoignage des intervenants concernant leur ressenti et perception de cette étude.</p> <p><b>Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ?</b></p> <p>Oui, chaque résultat y est décrit. C'est la seule manière donc les résultats sont évoqués, puisque le tableau cite seulement les thèmes et sous-thèmes sans les décrire.</p>

	<p>Des extraits de témoignage des participants de cette étude y sont transcrits, ce qui permet de connaître le ressenti des gens y participant. Il en est ressorti que cette étude leur a permis de leur donner la motivation de changer. Mais un sentiment d'échec a été présent face au test de stress qui a été perçu comme exigeant. Selon quelques participants, l'approche de l'entraîneur était adéquate. Il leur a permis de concrétiser leurs objectifs et les a encouragés. Par contre, pour certains, l'approche était plutôt déficiente ce qui a entraîné une remise en question de la capacité de l'entraîneur aux besoins de soutien de l'individu. L'entraîneur était trop basé sur les besoins de l'étude et pas assez sur la personne. Sur ce point le ressenti des participants face aux entraîneurs variait.</p> <p>Des changements ont été décrits : une amélioration de la posture et du sommeil, une augmentation de la force et des muscles. Le journal d'exercice les a beaucoup aidés pour le suivi. Leur confiance en soin augmentait durant l'intervention malgré la difficulté à trouver des objectifs raisonnables et réalistes. Leur manière de penser, leur estime de soi a changé. Les aspects contextuels ont beaucoup influencé la participation, car cet entraînement pouvait engendrer un stress en plus dans leur vie et pour d'autres cela a été bénéfique, car a permis d'augmenter leur énergie, de changer leur mode de penser. Le fait d'être soutenue par leur entourage donnait une motivation importante aux participants. Egalement, si l'entraîneur était présent ou s'ils effectuaient leurs exercices avec un ami ou un groupe cela permettaient d'augmenter leur motivation. Concernant l'arrêt des exercices, la raison était qu'ils donnaient la priorité à leur famille. Ils avaient de la difficulté à faire la distinction entre les conséquences positives à long terme de l'exercice et se focalisaient sur les conséquences à court terme et les tâches de la vie quotidienne</p> <p><b>L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ?</b></p> <p>Par des experts. Les résultats ont été discutés entre eux afin d'avoir les interprétations les plus appropriées.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p><b>Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ?</b></p> <p>Les résultats sont étudiés selon des différents thèmes importants lors de la recherche : « les cadres de l'intervention, les changements mesurables, le contexte individuel »</p> <p><b>Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures?</b></p> <p>Ils expliquent ce qui a été pris en compte conformément à une étude antérieure (Huberty et al., 2013), comme l'importance des objectifs réalistes, personnels et tangibles. Le fait que les</p>

	<p>participants ont eu du mal à prioriser leur santé dans leur vie, concorde avec le résultat de cette étude antérieure.</p> <p>Afin d'accroître la fiabilité des résultats de l'étude, la procédure analytique suivait la liste de contrôle de 15 points de Braun et Clarke (2006) pour l'analyse thématique.</p> <p><b>L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ?</b></p> <p>Oui, que les participants ont souvent ce sentiment de culpabilité en donnant la priorité à l'exercice physique au détriment, d'une certaine manière à leur proche, surtout s'ils n'étaient pas soutenus.</p> <p><b>Les limites de l'étude ont-elles été définies ?</b></p> <p>Comme c'est une méthode qualitative, il est important que les chercheurs aient la capacité de sortir de leur préjugé. Comme le codage a été fait seulement par le premier auteur, cela a pu affecter les résultats, cependant il a adopté une attitude ouverte et réfléchie. Une limitation est le fait que certains participants peuvent avoir perçu l'intervieweur comme impliqué dans la recherche liée au stress, ce qui pourrait les avoir influencés.</p> <p><b>Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ?</b></p> <p>Oui, en connaissant les antécédents de la personne, ses connaissances, cela permet d'avoir une approche et un soutien adaptés et donc adaptés aux besoins de l'individu.</p> <p>Les participants ont été victimes de sentiment de culpabilité, de déception et d'échec en ce qui concerne leur participation et leur exercice. Les participants ont constaté que leurs besoins spécifiques ont été satisfaits au cours de leur participation, dû au fait que ce soit une approche individualisée. Les techniques d'entretiens et le changement de comportement à long terme peuvent être améliorés en discutant des attentes des individus et en validant les émotions qui sont difficiles à prédire et à prévoir.</p> <p><b>Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ?</b></p> <p>Cet article propose des actions à mettre en place afin d'améliorer la prise en charge pour de futures études.</p>
Conséquences et recommandations	<p><b>Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ?</b></p> <p>Les résultats montrent qu'il est important d'avoir une bonne alliance, ce qui permet de travailler sur les aspects complexes de la personne. Ils mettent en avant les conséquences que peuvent engendrer une prise en charge inadéquate engendrant culpabilité et déception.</p> <p><b>L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ?</b></p> <p>Oui, les auteurs mettent en avant les résultats obtenus et parlent de différents moyens qui pourraient être mis en place afin d'améliorer la prise en charge lors de futures études. Ils</p>

préconisent d'améliorer le recrutement d'échantillonnage afin qu'ils soient plus diversifiés et ainsi qu'ils n'affectent pas les résultats. Un autre défi est de travailler sur les interventions au niveau des exercices et à se préparer à ces sentiments de culpabilité et de déception qui sont souvent ressorties de la part des participants dans cette étude. Ils conseillent également d'avoir un raisonnement rationnel et d'être observateur.

**Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ?**

Oui, les données sont suffisamment riches pour appuyer les conclusions. Les auteurs font une synthèse en reprenant clairement les résultats dans la conclusion.

Jones, S. A., Latchford, G., & Tober, G. (2016). Client experiences of motivational interviewing: An interpersonal process recall study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 89(1), 97-114. doi :10.1111/papt.12061

Grille adaptée du Fortin (2010)

Eléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<p><b>Le titre précise-t-il clairement les concepts clés et la population à l'étude ?</b></p> <p>Le concept concerne l'expérience des patients lors d'entretien motivationnel. La population n'est pas précisée.</p>
Résumé	<p><b>Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?</b></p> <p>Le résumé est clair et complet. Il est synthétisé pas l'objectif, la méthode, les résultats et la conclusion, ce qui permet une lecture concise.</p> <p>L'objectif est d'explorer l'expérience des patients dans le processus de thérapie de l'entretien motivationnel (EM) pour abus d'alcool.</p> <p>La méthode : Cette étude est une étude qualitative. Les entretiens avec neuf clients ont été menés à l'aide du rappel du processus interpersonnel (IPR), une méthodologie qui utilise un enregistrement vidéo comme repère pour faciliter le rappel de la mémoire. Les clients ont regardé une bande vidéo de leur session et ont été invités à identifier et à décrire les moments importants de la séance. Les entretiens transcrits ont ensuite été analysés à l'aide de la théorie fondée.</p> <p>Résultats : Une seule session d'EM suffit pour avoir une interaction interpersonnelle complexe entre le patient et le thérapeute. Il a un impact sur le processus cognitif et affectif intra personnels du patient.</p> <p>Conclusions. Les thèmes qui ont émergé confirment en partie les processus des EM précédemment étudiés, mais soulignent également l'importance des facteurs communs à toutes les approches thérapeutiques.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p><b>Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ?</b></p> <p>Au fil de la lecture, on comprend qu'il y en a une, mais elle n'est pas formulée telle quelle.</p> <p><b>Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ?</b></p> <p>Oui, car il existe une grande base de preuve concernant l'efficacité de l'entretien motivationnel, mais il y a peu d'études qui permettent de savoir comment et pourquoi il y a un changement qui se produit,</p>

	<p>cela reste peu clair (Buhringer &amp; Pfeifer-Gerschel, 2008). Identifier le processus de changement lors de la thérapie est une priorité pour le développement et l'amélioration de celle-ci. (Longabaugh, 2007; Orford, 2008)</p> <p><b>Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ?</b></p> <p>Oui, l'objectif est pertinent pour de futures thérapies afin d'améliorer celles-ci par la connaissance des perceptions des patients.</p>
Recension des écrits	<p><b>Une recension a-t-elle été entreprise ?</b></p> <p>Oui, les chercheurs parlent d'études antérieures sur lesquelles ils se sont appuyés pour amener des connaissances pertinentes. Tout d'abord, ils expliquent les caractéristiques de l'entretien motivationnel et de la relation avec le thérapeute et de l'importance d'un comportement adéquat. Ce qui permet pour le lecteur, d'être au clair sur le sujet avec des connaissances actuelles. Ils parlent des études antérieures faites sur les entretiens motivationnels en apportant des critiques positives ou négatives ainsi que de l'expérience des clients des études qualitatives. A la fin de l'introduction, un résumé est explicité.</p> <p><b>La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ?</b></p> <p>Oui ils fournissent des études ayant exploré l'expérience des patients suite à des entretiens motivationnels.</p> <p><b>La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? L'auteur présente-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ?</b></p> <p>Oui les connaissances apportées pour cette étude sont actuelles et semblent présenter une base solide, du fait qu'ils se sont appuyés sur des études empiriques ainsi qu'une méta-analyse pour certaines données.</p> <p><b>La recension présente t'elle des sources primaires ?</b></p> <p>Oui, les sources sont mentionnées.</p>
Cadre de recherche	<p><b>Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ?</b></p> <p>Le cadre est défini et les concepts sont mis en évidence. Des recherches probantes sur ces concepts ont été effectuées pour cette étude.</p> <p><b>Est-ce que les concepts clés s'inscrivent-ils dans un cadre de référence ? Est-il lié au but de l'étude ? Les bases philosophiques et théoriques ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ?</b></p> <p>Ils se basent sur des recherches antérieures, ses recherchent mettent en avant différentes études. Les chercheurs expliquent</p>

	<p>qu'il y a eu peu d'études qualitatives pour comprendre les changements du patient suite aux entretiens motivationnels.</p>
Buts et question de recherche	<p><b>Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ?</b> Le titre précise bien l'objet de l'étude, ainsi que le résumé. Lors de la lecture, on comprend ce qu'ils veulent rechercher au travers d'études antérieures faites à ce sujet et cités dans l'article.</p> <p><b>Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ?</b> Il s'agit d'étudier l'expérience des patients ayant suivi comme thérapie, des entretiens motivationnels pour abus d'alcool.</p> <p><b>Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ?</b> Oui, les concepts sont sans cesse explicités dans l'article. Le but de cette étude étant de connaître l'expérience des patients suivant des entretiens motivationnels, donc oui, ils traitent de leurs croyances, valeurs et perceptions.</p> <p><b>Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ?</b> Les variables sont les perceptions, expériences des patients suivant une thérapie d'entretien motivationnel pour abus d'alcool.</p> <p><b>Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ?</b> Les auteurs se sont basés sur des recherches antérieures ayant les mêmes buts ou pouvant amener des informations intéressantes à leur étude. Il s'agit d'une étude qualitative.</p>
METHODE	
Population et échantillon	<p><b>La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? la méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ?</b> oui, il y a eu neuf participants âgés de 24 à 55 ans, six étaient des hommes. Ils étaient tous blancs et anglais. Trois personnes travaillaient et cinq étaient sans emploi. Tous les participants ont des problèmes avec l'alcool, cela a été évalué par le personnel thérapeutique.</p> <p>La méthode de recrutement a été faite au travers de thérapeutes ayant eu les participants comme patients, ils ont été informés que le contenu de leurs entretiens contribuerait à l'analyse de cette étude.</p> <p><b>Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ?</b></p>

	Les participants étaient les patients de cinq thérapeutes. Les thérapeutes proposaient à tous leurs patients ayant des problèmes d'alcool, s'ils voulaient participer à cette étude.
Considérations éthiques	<p><b>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ?</b></p> <p>La participation est volontaire, les entrevues sont enregistrées. Des précautions ont été prises pour garantir la validité de l'étude qualitative et pour recueillir les données.</p> <p><b>L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ?</b></p> <p>Les auteurs ne le précisent pas dans l'article de manière direct. Cependant, cette étude vise à connaître l'expérience des patients face aux entretiens motivationnels, donc de maximiser les bienfaits de cette thérapie pour de futures séances.</p>
Devis de recherche	<p><b>Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? la méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ?</b></p> <p>Oui, l'objectif était d'explorer l'expérience des participants au cours de la thérapie. Tout d'abord, les patients devaient visionner une vidéo sur une séance clinique qu'ils avaient effectué le jour même ou quelques jours avant (Elliott, 1986). Ils leur étaient demandés de mettre sur pause lorsqu'un élément leur semblait important ou intéressant et de se concentrer sur ce qu'il pensait à ce moment-là. Le thérapeute explorait ensuite ces éléments importants selon le patient comme recommandé par Elliott (1986). Ceci permet d'avoir des descriptions du processus de la thérapie plus détaillées.</p> <p><b>Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ?</b></p> <p>Oui, car le devis permet d'explorer l'expérience des patients. Ils ont procédé à des entretiens, qu'ils ont ensuite visionner avec les patients. Donc ce mode de collecte de données, faite par enregistrement, est pertinent afin d'analyser les résultats sans perdre d'informations.</p> <p><b>Le choix du devis permet-il de respecter les critères scientifiques ? (Véracité-applicabilité-consistance-Neutralité)</b></p> <p>Le choix du devis permet de respecter les critères scientifiques. Comme il s'agit d'enregistrement. Les personnes qui ont analysé les résultats sont indépendantes, cela permet de respecter la neutralité.</p> <p><b>La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ?</b></p> <p>Oui, car elle permet de répondre à leur objectif de l'étude.</p> <p><b>Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ?</b></p> <p>La notion de temps n'est pas indiquée.</p>
Modes de collectes de données	<b>Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ?</b>

	<p>Oui, ils ont utilisé un système de codification : l'intégrité de traitement de l'entretien motivationnel, version 3.1.1 (Motivational Interviewing Treatment Integrity coding system, version 3.1.1, MITI 3.1.1, Moyers, Martin, Manuel, Miller, &amp; Ernst, 2010), codé par quelqu'un de diplômé en psychologie et ayant douze mois d'expérience dans ce système de codage. Oui, les variables ont pu ainsi être mesurées.</p> <p><b>Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ?</b></p> <p>Oui le but de cette étude est clair, il s'agit de connaître l'expérience de patients ayant des problèmes d'alcool au travers des entretiens motivationnels.</p> <p><b>L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ?</b></p> <p>L'instrument a été importé pour cette étude (Motivational Interviewing Treatment Integrity coding system, version 3.1.1, MITI 3.1.1, Moyers, Martin, Manuel, Miller, &amp; Ernst, 2010)</p> <p><b>La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés ?</b></p> <p>Oui, car les outils permettent de répondre au but de cette étude, et des mesures ont été prises pour accentuer la crédibilité des analyses.</p>
Conduite de la recherche	<p><b>Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement ?</b></p> <p>Le processus de collecte de données et les moyens de codage sont décrits. Les séances étaient enregistrées.</p> <p><b>Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ?</b></p> <p>Oui, cela a été fait par deux codificateurs indépendants (deux étudiants diplômés).</p> <p>Des mesures ont été prises pour assurer la crédibilité de l'analyse</p> <p><b>Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante?</b></p> <p>Non, elle n'est pas citée.</p>
Analyse des données	<p><b>Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ?</b></p> <p>Oui, des comparaisons constantes ont été faites et deux contrôles de crédibilité de codage ont été effectués pour examiner la précision.</p> <p><b>Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ?</b></p> <p>Ils ne sont pas cités</p> <p><b>Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ?</b></p> <p>Le résumé des résultats est difficile à lire. Les figures une et deux permettent une lecture plus compréhensible.</p>

	<p><b>Les thèmes (variables) font-ils ressortir adéquatement la signification des données ?</b>  Les thématiques ressorties sont adéquatement significatives par rapport aux données.</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p><b>Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ?</b>  Ils sont présentés à l'aide de tableaux et de figures.</p> <p><b>Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ?</b>  Ils ont été classifiés par catégories. La première se compose des actions des thérapeutes, que les patients ont estimés importantes lors de session. Voici les sous-catégories :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tout d'abord l'autonomie laissée au client, en donnant la responsabilité des actions et des décisions au patient mais tout en influençant la direction de la conversation.</li> <li>- L'écoute active</li> <li>- révélation du patient → tenir compte des réflexions plutôt que de faire des hypothèses.</li> <li>- Considération positive des thérapeutes envers les patients : valorisation, validation, compréhension.</li> <li>- Sensibiliser, le thérapeute amenait le patient à prendre connaissance qu'il avait un problème avec l'alcool.</li> </ul> <p>La deuxième catégorie concerne la qualité des thérapeutes, voici les quatre sous-catégories :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les qualités personnelles positives</li> <li>- La capacité du thérapeute à amener le patient à parler.</li> <li>- Les compétences professionnelles du thérapeute</li> <li>- Le non jugement</li> </ul> <p>La troisième catégorie est l'alliance thérapeutique.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La relation thérapeutique</li> <li>- Le partenariat</li> </ul> <p>La quatrième concerne la sensibilisation.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pouvoir parler ouvertement</li> <li>- Prise de conscience</li> <li>- Les valeurs, cela peut enclencher une divergence de valeurs.</li> <li>- Réaction émotionnelle, souvent des émotions négatives ont été mentionnées. Les patients les ont décrit le plus souvent comme difficiles mais utiles dans le processus de changement.</li> </ul> <p>La cinquième catégorie est la motivation liée au changement de comportement. Prendre la décision de changer est reconnue comme difficile (le déni est plus facile) mais important. Le patient doit avoir la conviction de se sentir capable de changer et le thérapeute doit l'amener à prendre confiance. L'estime de soi aurait augmenté durant les sessions.</p>

	<p>La sixième catégorie concerne le contexte. Elle reflète la perception des patients en dehors des sessions. Souvent les patients ont signalé qu'il était difficile de maintenir la motivation en dehors des sessions.</p> <p><b>Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ?</b> Oui, les données sont organisées par catégories puis sous-catégories. Les témoignages des clients sont insérés dans le texte.</p> <p><b>L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ?</b> Par des experts.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p><b>Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ?</b> Les résultats sont interprétés selon le cadre de recherche. Ils fournissent des informations pertinentes et transférables dans la pratique. Les perceptions des patients pourront être prises en compte lors de futurs entretiens motivationnels.</p> <p><b>Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?</b> Oui les études concordent avec les études de Miller et Rollnick (2009) dans le fait que ce n'est pas seulement un ensemble de techniques mais que cela implique également un état d'esprit et un style de communication. Le concept de prise de conscience de l'écart avec les valeurs fondamentales est cohérent avec la théorie de l'autodétermination (Deci &amp; Ryan, 2004) et que donc, suggère qu'un changement durable se produit lorsqu'il est conforme aux valeurs fondamentales de la personne. L'activation des émotions est reconnue comme importante dans d'autres approches psychothérapeutiques (Greenberg &amp; Paivio, 2003) et cette étude le relève également. Ce qui concorde avec la théorie de la dissonance cognitive (Festinger, 1957) dans le fait que les émotions négatives ou désagréables associées aux divergences sont conceptualisées comme produisant un désir de résolution. Il est mis en avant, pour qu'il y ait un changement de comportement durable, que cela vienne du patient lui-même et non de l'extérieur (Miller et Rollnick 2002). L'estime de soi est importante, si une personne ne pense pas qu'elle vaut la peine de changer, cela peut avoir un impact sur les résultats (Miller 1983).</p> <p>Cette étude et celles de Marcus et al. (2011) suggèrent que les principes de l'entretien motivationnel sont : une approche empathique, sans jugement et une collaboration avec le patient dans laquelle leurs opinions sont respectées. L'accent mis sur la collaboration avec le thérapeute dans la littérature (Elvins &amp; Green, 2008; Patterson, 1984) s'est avérée, dans cette étude, être également importante dans le mécanisme de changement.</p> <p><b>Les limites de l'étude ont-elles été définies ?</b></p>

	<p>Oui, au niveau du nombre des codificateurs et dans le fait que l'étude repose sur les perspectives des patients. il s'agit également d'une étude avec un petit nombre de participants.</p> <p><b>Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ?</b></p> <p>Oui, un résumé des points importants est décrit et reflète les résultats. Les patients ont eu pour la plupart une prise de conscience activant une réponse émotionnelle. Ils ont également trouvé la motivation pour changer de comportement. Les résultats sont repris et mis en lien avec les études antérieures mené sur ce sujet. Plusieurs procédés hypothétiques liés au changement ont été cités par les patients. les catégories ressorties dans cette étude concordent avec celles de Marcus et al. (2011).</p> <p><b>Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ?</b></p> <p>L'auteur ne le définit pas concrètement, mais les résultats permettraient effectivement d'améliorer les interventions des entretiens motivationnels.</p>
Conséquences et recommandations	<p><b>Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ?</b></p> <p>Les auteurs expliquent les points forts de cette étude. Etant donné qu'il y a eu peu d'étude sur la perception des patients, cette étude pourra être utilisée pour la pratique.</p> <p><b>L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ?</b></p> <p>Ils recommandent de faire d'autres études à ce sujet et qu'il serait intéressant de connaître les perspectives des thérapeutes. Pour d'autres études, le nombre de participant devrait être plus grand. Explorer les processus de changement dans l'entretien motivationnel.</p> <p><b>Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ?</b></p> <p>Oui les données sont riches car se basent sur les ressentis des patients et les résultats sont comparés avec des études antérieures.</p>

Madson, M. B., Villarosa, M. C., Schumacher, J. A., & Mohn, R. S. (2016). Evaluating the Validity of the Client Evaluation of Motivational Interviewing Scale in a Brief Motivational Intervention for College Student Drinkers. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 65, 51-57. doi :10.1016/j.jsat.2016.02.001

Grille adaptées du Fortin (2010)

Eléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<p><b>Le titre précise-t-il clairement les concepts clés et la population à l'étude ?</b></p> <p>Les concepts clés concernent l'évaluation de l'échelle des entretiens motivationnels. La population à l'étude est des étudiants ayant des problèmes avec l'alcool.</p>
Résumé	<p><b>Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?</b></p> <p>Le résumé est synthétisé et clair, il permet de comprendre le déroulement de la recherche.</p> <p>L'évaluation du patient par l'échelle d'entrevue motivationnelle (CEMI) est une mesure pour évaluer les perceptions des clients sur l'utilisation des entretiens motivationnels. Cette étude a exploré la validité factorielle, convergente et prédictive du CEMI avec un échantillon de 137 étudiants qui ont terminé une brève intervention motivationnelle pour la réduction des risques d'alcool. Une structure à deux facteurs a été confirmée, en soutenant les résultats précédents des sous-échelles relationnelles et techniques. La sous-échelle technique CEMI a partiellement remédié une augmentation de la disponibilité à changer de consommation d'alcool, alors que la sous-échelle relationnelle n'a pas été effectuée. Mais une nouvelle révision et évaluation du CEMI est recommandée. Les implications cliniques, de formations et de recherches sont fournies.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p><b>Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ?</b></p> <p>Le but de cette étude est de contribuer davantage au développement et à l'évaluation de l'instrument CEMI, qui est un instrument évalué par le thérapeute. En évaluant sa validité dans un échantillon d'étudiants ayant des problèmes d'alcool et qui ont participé à des entretiens motivationnels.</p> <p><b>Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ?</b></p> <p>Oui, cet article est pertinent car il permet de connaître la perception des gens et que peu d'études se sont penchées dessus.</p> <p><b>Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ?</b></p>

	<p>Oui, le but est d'améliorer davantage au développement et à l'évaluation de l'instrument qui est évalué pas des thérapeutes et qui permet de connaître les perceptions des patients.</p>
Recension des écrits	<p><b>Une recension a-t-elle été entreprise ?</b>          Oui une recension a été entreprise, afin d'expliquer ce qu'est un entretien motivationnel et en quoi il consiste, et sur les outils d'observation pour évaluer et permettre de coder les résultats. Ils ont fait des recherches également sur les observations des patients lors de séances de counseling et des recherches sur l'échelle d'évaluation de l'entretien motivationnel par des patients ont été entreprises. La plupart des recensions concernent des études antérieures menées par certains auteurs de cet article</p> <p><b>La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ?</b>          Oui, les auteurs citent les points principaux d'études antérieures ce qui nous permet une lecture synthétique. La recension explique les connaissances actuelles sur le sujet.</p> <p><b>La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? L'auteur présente-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ?</b>          Oui, les sources sont citées et semble présenter une base solide pour l'étude. Les connaissances apportées à cette étude sont actuelles</p> <p><b>La recension présente t'elle des sources primaires ?</b>          Oui, ils se basent sur des sources primaires concernant la recension des écrits.</p>
Cadre de recherche	<p><b>Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ?</b>          Les différents concepts sont cités et explicités. Ils apportent les éléments nécessaires à la compréhension de l'étude.</p> <p><b>Est-ce que les concepts clés s'inscrivent-ils dans un cadre de référence ? Est-il lié au but de l'étude ? Les bases philosophiques et théoriques ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ?</b>          Oui, les concepts décrits sont liés au but de l'étude. Les auteurs vont se baser sur ces concepts pour leur étude.</p>

<p>Buts et question de recherche</p>	<p><b>Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ?</b>          Oui, cette étude a quatre objectifs.          Premièrement, ils ont cherché à confirmer la structure à deux facteurs du CEMI établi dans les travaux antérieurs. (Madson et al., 2013, 2015).          Deuxièmement, ils ont cherché à explorer la validité du CEMI en explorant les sous-échelles relationnelles et techniques permettant cette alliance thérapeutique.          Troisièmement, l'entretien motivationnel devrait entraîner la motivation des patients au changement, ils ont donc cherché à évaluer dans quelle mesure ce changement a lieu.          Le quatrième objectif concerne l'évaluation de la mesure dans laquelle les sous-échelles du CEMI étaient liées au code de l'intégrité du traitement d'entretien motivationnel (Motivational Interviewing Treatment Integrity code (MITI; Moyers et al., 2005)  <b>Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ?</b>          Ils ont émis l'hypothèse que les perceptions des patients envers les thérapeutes étaient liées à l'alliance thérapeutique. Ils pensent également qu'il y aurait une relation négative entre la sous-échelle du CEMI et le comportement non-adhérent lors de l'entretien motivationnel.  <b>Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ?</b>          Oui, les objectifs reflètent le contenu de la recension des écrits, surtout en ce qui concerne le CEMI. Oui, elles traitent de l'expérience des participants, leurs perceptions et croyances.  <b>Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ?</b>          Cette étude ne le précise pas.  <b>Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ?</b>          Ce n'est pas précisé dans le texte</p>
<p>METHODE</p>	
<p>Population et échantillon</p>	<p><b>La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? la méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ?</b>          La population concerne 137 étudiants qui ont participé de leur propre initiative ou mandaté par l'université, suite à des violations en lien avec l'alcool, afin de recevoir une intervention pour réduire leur consommation d'alcool. La majorité des participants étaient des femmes blanches non-hispanique ou afro-américaine. Il y a eu</p>

	<p>51 étudiants de première année, 15 étudiants de deuxième année, 35 juniors et 30 séniors.</p> <p><b>Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon (Comment choix et sélection échantillon)? La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis s'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ? Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données ?</b></p> <p>l'intervention a suivi les procédures décrites dans Brief Alcohol Screening and Intervention for College Students (BASICS; Dimeff, Baer, Kivlahan, &amp; Marlatt, 1999), qui est désigné comme un programme de prévention d'alcool de niveau 1 axé sur les étudiants montrant une consommation novice.</p> <p><b>Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ?</b></p> <p>Cela n'est pas mentionné.</p>
<p>Considérations éthiques</p>	<p><b>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ?</b></p> <p>Ils ont signés un consentement éclairé. Ils devaient donner leur accord pour être enregistré. Les thérapeutes ne connaissaient pas les patients.</p> <p><b>L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ?</b></p> <p>Les auteurs ne le précisent pas explicitement dans l'article. Mais les démarches effectuées pour permettre cette étude semblent maximiser les bénéfices pour les patients.</p>
<p>Devis de recherche</p>	<p><b>Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? la méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ?</b></p> <p>Toutes les sessions d'IMC ont été menées en personne dans une clinique de formation universitaire. La première session impliquait de s'engager à participer à l'entretien motivationnel et à évaluer la consommation d'alcool et les comportements connexes.</p> <p>La deuxième session était centrée sur les commentaires personnalisés et qu'est ce qui engendrait le désir, la capacité, les raisons et la nécessité de changer de comportement. L'objectif particulier de cette session était de susciter diverses stratégies comportementales de protection qu'un étudiant savait et était capable d'utiliser lorsqu'il consommait de l'alcool. La deuxième session a permis à l'étudiant de se développer et de s'engager.</p> <p><b>Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ?</b></p> <p>Le CEMI est un outil auto-administré donné au client après une séance de conseils et il est demandé au client d'évaluer le degré auquel un clinicien a présenté des comportements spécifiques liés à l'entretien motivationnel (Madson et al., 2013).</p>

	<p><b>Le choix du devis permet-il de respecter les critères scientifiques ?(Véracité-applicabilité-consistance-Neutralité)</b></p> <p>Les perceptions des clients de l'entretien motivationnel ont été évaluées à l'aide de l'Évaluation révisée de 12 items de l'échelle d'entrevue motivationnelle (CEMI, Madson et al., 2015).</p> <p>Le questionnaire de préparation au changement de 12 items (RTC, Rollnick, Heather, Gold et Hall, 1992) évalue trois dimensions de la préparation au changement: la pré-contemplation, la contemplation et l'action. Les participants sont priés d'indiquer à combien ils sont d'accord avec chaque déclaration en utilisant une échelle de type Likert à 5 points qui va de très en désaccord (1) à fortement d'accord (5).</p> <p><b>La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ?</b></p> <p>Oui car elle permet de répondre aux objectifs de l'étude.</p> <p><b>Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ?</b></p> <p>Le temps passé sur le terrain n'est pas précisé</p>
Modes de collectes de données	<p><b>Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ?</b></p> <p>Oui, ils répondent aux objectifs de cette étude. les participants utilisent une échelle de type Likert de 4 points (1 = pas du tout, à 4 = une bonne affaire) pour évaluer le degré auquel le clinicien de l'entretien motivationnel a démontré chaque comportement au cours de sa session (Madson, Bullock et al., 2009; Madson , Loignon et al., 2009).</p> <p>Deux sous-échelles (relationnelles et techniques) sont marquées, les scores varient de 4 à 16 sur le facteur relationnel et de 7 à 28 sur le facteur technique (Madson et al., 2013, 2015). Les éléments qui composent l'échelle relationnelle sont marqués à l'envers pour mieux tenir compte de l'entretien motivationnel. Les participants ont complété le CEMI après la session 2 - session de rétroaction.</p> <p>Concernant le questionnaire de préparation au changement de 12 items, les participants sont priés d'indiquer à combien ils sont d'accord avec chaque déclaration en utilisant une échelle de type Likert à 5 points qui va de très en désaccord (1) à fortement d'accord (5).</p> <p>Les scores varient de 12 à 60 avec des scores plus élevés représentant une plus grande volonté de changement (Collins, Logan et Neighbours, 2010).</p> <p>L'alliance thérapeutique a été évaluée en utilisant l'inventaire de l'alliance thérapeutique après la deuxième session de l'entretien motivationnel (WAI (Working Alliance Inventory), Tracey &amp; Kokotovic, 1989). Le WAI est une mesure de 12 éléments qui fournit une évaluation globale de l'alliance thérapeutique, en plus de la pertinence et l'efficacité de la tâche de la session (4 éléments), l'approbation mutuelle et la valeur des objectifs (4 éléments) et la liaison patient-clinicien (4 éléments). Les</p>

	<p>participants sont invités à évaluer leur relation avec leur clinicien en utilisant une échelle de type Likert allant de jamais (1) à toujours (7). Les scores varient de 4 à 28 avec des scores de sous-échelle plus élevés représentant une alliance de travail plus forte (Horvath &amp; Greenberg, 1989). Ces trois composantes de l'alliance de travail ont été considérées comme des aspects importants lors de l'utilisation de l'entretien motivationnel (Boardman et al., 2006). L'interprétation de la motivation du patient a été évaluée grâce au code d'intégrité du traitement de l'entretien motivationnel (MITI, Moyers, Martin, Manuel, Miller et Ernst, 2010). La performance globale des thérapeutes est évaluée de faible (1) à élevée (5) sur cinq échelles mondiales (évocation, collaboration, autonomie / soutien, direction et empathie), avec des scores plus élevés indiquant une plus grande cohérence. Les comportements des thérapeutes ont également été évalués.</p> <p><b>L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ?</b> Les instruments ont été importés.</p> <p><b>La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés ?</b> Oui elle est cohérente et appropriée.</p>
Conduite de la recherche	<p><b>Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement ?</b> Oui le processus de collecte de données est décrit clairement. Ils ont procédé par objectifs, ce qui facilite la lecture pour le lecteur.</p> <p><b>Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ?</b> Oui, des évaluateurs ont été formés pour utiliser les différents outils.</p> <p><b>Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante?</b> Non, elle n'est pas citée</p>
Analyse des données	<p><b>Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ?</b> Afin de vérifier la structure des facteurs du CEMI (Madson et al., 2015) dans cet échantillon, une analyse factorielle de confirmation (CFA) a été menée. Des analyses pour examiner la relation directe des sous-échelles du CEMI, des objectifs WAI et de l'effet thérapeutique ont été effectuées. Mplus 7.1 (Muthen &amp; Muthen, 2012) a été utilisé pour toutes les analyses avec l'analyse de la médiation suite aux étapes décrites par Preacher et Hayes (2008).</p> <p><b>Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ?</b> Les auteurs parlent de l'âge des participants, de leur origine et du sexe et en quelle année ils étudient.</p> <p><b>Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ?</b></p>

	<p>Le résumé est difficile à lire mais donne une idée de comment l'équipe de recherche a interprété les outils.</p> <p><b>Les thèmes (variables) font-ils ressortir adéquatement la signification des données ?</b></p> <p>Les données du texte sont peu claires</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p><b>Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ?</b></p> <p>Oui ils sont représentés à l'aide de tableaux et figures. Les moyens, les écarts types et les corrélations entre les mesures peuvent être trouvés dans le tableau 1.</p> <p>Le tableau 2 présente les charges factorielles, les moyennes, les écarts types et les corrélations totales des éléments pour la solution à deux facteurs.</p> <p><b>Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ?</b></p> <p>Les auteurs expliquent les résultats, mais il est difficile de comprendre car ils utilisent des termes spécifiques.</p> <p><b>Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ?</b></p> <p>Un test-t d'échantillon apparié a été utilisé pour évaluer les différences pré-IMC et post-IMC dans la préparation des participants à changer et a été significative [<math>t(133) = 4,41</math>, <math>pb &lt; 0,001</math>, Le <math>d = .35</math> de Cohen] ce qui suggère que la préparation des participants à modifier leur comportement à l'alcool a augmenté après l'achèvement de l'entretien motivationnel.</p> <p>Le comportement adéquat des thérapeutes, l'alliance thérapeutique encouragent le changement de comportement des patients. Cette constatation s'harmonise avec ceux de Crits-Christoph et al. (2009).</p> <p>La sous-échelle relationnelle a été associée avec la sous échelle des objectifs de WAI (Working Alliance Inventory) et n'a pas pris en compte la variation de la possibilité de changer.</p> <p>Le comportement du thérapeute (par exemple : l'empathie, le non-jugement, la collaboration, l'égalité) est prédictive d'une plus grande alliance thérapeutique.</p> <p>Leurs résultats suggèrent qu'une nouvelle révision et une évaluation de la sous-échelle relationnelle est nécessaire.</p> <p><b>L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ?</b></p> <p>Par des experts.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p><b>Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ?</b></p> <p>Les résultats sont interprétés selon les buts de l'étude mais les auteurs préconisent de faire de futures études et d'améliorer le CEMI.</p>

	<p><b>Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?</b></p> <p>Oui ils ont combinés leur étude avec des études antérieures et dont les résultats concordent. Ils suggèrent que le CEMI inclut deux facteurs/sous-échelle distincts, mais relié qui sont probablement parallèles aux composants techniques et relationnels.</p> <p><b>L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ?</b></p> <p>Leurs hypothèses sur la validité prédictive du CEMI ont été partiellement soutenues. Cela leur permet de recueillir des informations qui peuvent éclairer les commentaires recueillis.</p> <p><b>Les limites de l'étude ont-elles été définies ?</b></p> <p>Les résultats statistiquement significatifs ont pu être affectés par un taux trop faible de sessions et par le fait que le CEMI ne mesure pas les compétences et l'adhérence des patients.</p> <p><b>Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ?</b></p> <p>Le CEMI peut être utile comme outil de recherche. l'évaluation des expériences des clients de l'entretien motivationnel, bien que non statistiquement significative par rapport aux codes de fidélité observés dans cette étude, a pu servir d'outil d'évaluation complémentaire qui pourrait être utilisée pour fournir une évaluation holistique de l'entretien motivationnel en relation avec les résultats.</p>
Conséquences et recommandations	<p><b>Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ?</b></p> <p>Le CEMI permet d'aider les thérapeutes à l'évaluation de leur entretien et pourrait faire progresser la compréhension de la théorie causale de l'entretien motivationnel. Le CEMI peut être utilisé lors d'entretien motivationnel en utilisant la sous-échelle et les scores des articles comme bases pour fournir aux thérapeutes des informations et un encadrement sur l'efficacité de l'entretien motivationnel.</p> <p><b>L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ?</b></p> <p>Le CEMI après de future évaluation et perfectionnement, pourrait être utilisé pour fournir une meilleure compréhension et, un retour d'informations aux personnes se perfectionnant dans les entretiens motivationnels.</p> <p>Une évaluation plus approfondie du CEMI, avec des mesures de fidélité d'observation (p. Ex. Échelle de notation indépendante, Martino et al., 2008) et des mesures d'expériences des patients (par exemple, l'échelle de notation de session ou l'échelle de notation de résultat [Shaw &amp; Murray, 2014 ]) sont nécessaires afin d'avoir une meilleure compréhension du CEMI.</p> <p>Certains éléments du CEMI seront éliminés compte tenu de leurs mauvais résultats constants et de nouveaux éléments devraient</p>

être inclus, car le CEMI a été conceptualisé avant le développement récent dans la théorie de l'entretien motivationnel (Miller & Rollnick, 2014, Schumacher & Madson, 2014)

**Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ?**

Oui, les auteurs fournissent ce qui devrait être approfondi ou amélioré pour de futures recherches.

Polcin, D. L., Sterling, J., Brown, T., Brown, M., Buscemi, R., & Korcha, R. (2015). Client and Therapist Views About Intensive and Standard Motivational Interviewing. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 45(3), 167-176. doi :10.1007/s10879-014-9280-1

Grille adaptée du Fortin (2010)

Eléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<b>Le titre précise t'il clairement les concepts clés et la population a l'étude ?</b> La population n'est pas clairement ciblée, il parle de patients et de thérapeutes. Le concept clé concerne l'entretien motivationnel standard et intensif
Résumé	<b>Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?</b> Le résumé n'est pas découpé par thème (problème, méthode, résultats et discussion), mais il y explique clairement le but de la recherche, qui va se baser sur les perceptions des patients et des thérapeutes afin de mieux comprendre comment fonctionne l'entretien motivationnel et quels sont les facteurs importants. Donc, cet article va étudier leurs expériences par leur participation à une session unique standard et un modèle plus intensif de 9 sessions. Il explique le type de méthode (qualitative) et le nombre de participants ainsi que la durée de l'étude. Pour les résultats, il y a une brève description de ce que les patients et thérapeutes ont ressentis.
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<b>Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ?</b> Oui, le but de l'étude est de connaître les perceptions des patients et thérapeutes à propos de deux interventions basées sur l'entretien motivationnel. <b>Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ?</b> Oui, car comme expliqué dans l'article, il y a eu beaucoup d'études sur l'entretien motivationnel pour les problèmes de drogues et d'alcool, mais on connaît peu l'expérience des patients et des thérapeutes suite à un entretien motivationnel. <b>Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ?</b> Un postulat est que cette recherche pourrait influencer la pratique clinique.
Recension des écrits	<b>Une recension a-t-elle été entreprise ?</b>

	<p>Oui, l'introduction s'appuie sur différentes études qui ont été entreprises afin d'appuyer cette recherche et également pour permettre au lecteur de comprendre l'entretien motivationnel en y consacrant une partie sur son histoire.</p> <p><b>La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ?</b></p> <p>L'histoire sur l'entretien fournit une description de la définition de l'entretien motivationnel, de quoi il est composé et qu'il est plus efficace pour traiter les troubles liés à l'alcool que pour ceux liés aux substances illicites. Dans cette étude, ils se sont basés sur cela pour développer des sessions plus importantes aux personnes ayant des problèmes avec la méthamphétamine. Dans le développement des entretiens motivationnels intensifs, ils parlent justement des avantages des entretiens motivationnels de neuf sessions sur deux mois au lieu d'une ou deux. La recension met en évidence le manque d'étude sur ce sujet, Orford (2008) a explicitement demandé des études qualitatives supplémentaires pour mieux comprendre les facteurs expérientiels et contextuels qui influent sur les résultats.</p> <p><b>La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? L'auteur présente-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ?</b></p> <p>Oui, l'auteur parle de nombreuses études faites sur ce sujet, les connaissances utilisées sont actuelles.</p> <p><b>La recension présente t'elle des sources primaires ?</b></p> <p>Oui elle présente des sources primaires et s'appuie donc sur des bases éloquentes.</p>
Cadre de recherche	<p><b>Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ?</b></p> <p>Les concepts sont de connaître les perceptions des thérapeutes et des patients à propos de deux interventions basées sur les entretiens motivationnels, dont une était une session unique et l'autre un modèle de 9 sessions. Ceci est justifié du fait que peu d'études se sont penchées là-dessus. L'auteur a trouvé une étude, le UK Alcohol Treatment Trial (UKATT) (Orford et al., 2009) où les chercheurs ont utilisé des entrevues qualitatives pour étudier les expériences des patients.</p> <p><b>Est-ce que les concepts clés s'inscrivent-ils dans un cadre de référence ? Est-il lié au but de l'étude ? Les bases philosophiques et théoriques ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ?</b></p> <p>Le cadre de recherche est posé et inclut les concepts-clés. des essais pilotes initiaux ont été menés montrant une réduction significative de l'utilisation de la métamphétamine sur deux mois et un autre essai clinique randomisé comparant l'entretien motivationnel sur 9 sessions ou avec 1 session. Le développement</p>

	de l'entretien de neuf sessions a été fondé par rapport à des auteurs qui ont publié, qu'il était nécessaire d'avoir des entretiens plus intensifs pour les personnes ayant des problèmes avec des substances illicites ou des troubles psychiatriques (Polcin et al., 2004)
Buts et question de recherche	<p><b>Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ?</b> Oui, il s'agit de connaître les perceptions des thérapeutes et des patients à propos de deux interventions basées sur les entretiens motivationnels, dont une était une session unique et l'autre un modèle de 9 sessions.</p> <p><b>Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ?</b> Ayant eu peu d'études sur le sujet, les chercheurs veulent mieux comprendre comment fonctionne l'entretien motivationnel au travers des perceptions des patients et des thérapeutes en les faisant participer à deux sessions différentes d'entretiens motivationnels. Suite à leur recherche, le modèle de neuf sessions s'appuie sur la prémisse de Polcin et al., 2004.</p> <p><b>Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ?</b> Oui, de plus ils mettent en avant qu'il y a eu très peu d'études à ce sujet jusqu'à maintenant. Il s'agit d'une étude qualitative et dont le but est de connaître l'expérience des participants, leurs perceptions.</p> <p><b>Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ?</b> Oui, au travers de l'étude de l'expérience des participants ayant effectué, pour cette étude, des entretiens de neuf sessions sur deux mois et un modèle d'une session unique.</p> <p><b>Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ?</b> Cet article se base sur une recherche précédente que les auteurs utilisent comme prémisse et cet article s'appuie donc sur une méthode de recherche sous-jacente.</p>
METHODE	
Population et échantillon	<p><b>La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? la méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ?</b> il y a eu 217 participants dépendants à la méthamphétamine. 110 hommes pour 107 femmes, la plupart étaient blancs (67,3%). L'âge moyen était de 38,5 ans.</p>

	<p>Le groupe d'experts est composé de deux hommes et deux femmes, ayant comme diplômes soit une maîtrise soit un doctorat, le chercheur principal de cette étude en fait partie.</p> <p><b>Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon (Comment choix et sélection échantillon)? La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis s'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ? Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données ?</b></p> <p>C'est un groupe d'experts de praticiens familiarisé avec l'intervention de l'entretien motivationnel qui a été convoqué pour cette étude, ce qui correspond aux besoins de cette étude. Deux thérapeutes ont participé aux études antérieures de l'entretien motivationnel 9.</p> <p><b>Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ?</b></p> <p>Ils ne définissent pas comment ils ont déterminé la taille de l'échantillon.</p>
<p>Considérations éthiques</p>	<p><b>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ?</b></p> <p>Ce point n'est pas précisé dans le texte</p> <p><b>L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ?</b></p> <p>Le but de cette étude est de connaître les perceptions des patients ainsi que des thérapeutes. De ce fait, cette étude est bénéfique pour les participants et les futurs patients et thérapeutes utilisant cette thérapie puisque cette étude permettra de l'ajuster.</p>
<p>Devis de recherche</p>	<p><b>Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? la méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ?</b></p> <p>Oui car c'est une étude qualitative qui permet de connaître les perceptions des thérapeutes et des patients aux travers de questions ouvertes. 184 participants ont été interviewés durant 2 mois (85% de l'échantillon), et 189 participants durant 6 mois (87% de l'échantillon).</p> <p><b>Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ?</b></p> <p>Oui, car le devis utilisé permet de poser des questions ouvertes explorant les perceptions des personnes face à un entretien motivationnel comme thérapie et de connaître les impressions qu'ils ont eu de leur thérapeute. Ils ont étudié leurs expériences de l'entretien motivationnel 1 et 9 à la fin du suivi, et ont exploré leurs changements de comportements. Les thérapeutes ont également eu des questions ouvertes mettant l'accent sur les comportements des thérapeutes vu comme important pour établir une relation thérapeutique, de comparer les entretiens motivationnels 1 et 9.</p>

	<p><b>Le choix du devis permet-il de respecter les critères scientifiques ?(Véracité-applicabilité-consistance-Neutralité)</b> C'est le coordinateur de l'étude qui a codé les réponses aux questionnaires.</p> <p><b>La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ?</b> Oui, les questions ouvertes permettent à la personne d'exprimer son ressenti.</p> <p><b>Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ?</b> Oui on peut le conclure ainsi, car l'étude a duré plusieurs mois et les entretiens se sont déroulés en face à face.</p>
Modes de collectes de données	<p><b>Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ?</b> Le chercheur principal de l'étude à codé les transcriptions des thérapeutes. Les réponses des patients ont été consignées par écrit par les intervieweurs. Ensuite, le coordinateur de l'étude et un intervieweur ont examiné toutes les réponses écrites et les ont codés par catégories, selon la thématique. Deux tableaux montrent les résultats selon le type d'entretien motivationnel mais ils ne sont pas explicités.</p> <p><b>Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ?</b> Les objectifs de recherche permettent au lecteur de bien comprendre le but de cette étude. Les résultats sont classés par thème, donc clairement inscrit ce qui facilite la lecture. Les perceptions des participants et des thérapeutes sont explicitées à la conclusion sous sept points, ce qui permet d'avoir un résumé clair et précis.</p> <p><b>L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ?</b> Les auteurs n'indiquent pas si l'instrument a été créé pour l'étude ou importé.</p> <p><b>La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés ?</b> L'auteur n'indique pas les outils utilisés pour mesurer la collecte de données.</p>
Conduite de la recherche	<p><b>Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement ?</b> Les réponses ont été écrites puis codées mais ils ne précisent pas plus clairement le processus.</p> <p><b>Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ?</b> Le personnel qui a recueilli les données est le coordinateur de l'étude et un intervieweur participant à la recherche, donc nous pouvons en conclure que ce sont des personnes compétentes.</p>

	<p><b>Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante?</b></p> <p>Non, elle n'est pas explicitée.</p>
Analyse des données	<p><b>Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ?</b></p> <p>Oui, les participants ont reçu un financement, ce qui a incité quelques personnes à participer à cette étude pour cette raison. Certains ont aussi montré des comportements manipulateurs. Ce qui a pu engendrer des changements sur les résultats.</p> <p><b>Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ?</b></p> <p>Oui, les résultats sont compréhensibles car ils ont été explicités par paragraphe et par thème. des extraits de témoignages sont rapportés.</p> <p><b>Les thèmes (variables) font-ils ressortir adéquatement la signification des données ?</b></p> <p>Les différents sous-titres et le fait que ce soit classé par thèmes permettent de mettre en avant les résultats de façon claire et précise.</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p><b>Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ?</b></p> <p>Oui, les résultats sont indiqués à l'aide de tableaux. Le tableau 1 indique le pourcentage de caractéristiques appréciées par les patients. De courts extraits retracent des témoignages.</p> <p><b>Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ?</b></p> <p>Oui, le texte narratif est très bien explicité, introduit d'extraits de témoignage, ce qui vient conforter les résultats et une meilleure compréhension.</p> <p><b>Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ?</b></p> <p>Un texte narratif est présent. Dans l'ensemble, les résultats correspondent à leurs études quantitatives antérieures.</p> <p>Les résultats sont divisés par objectifs : le feedback des patients et du panel des experts. Les thèmes sont évoqués de manière séparée par catégories et représentent le but de cette étude. Le paragraphe concernant le feedback des patients est divisé par la durée de la thérapie.</p> <p>Ils mettent en avant les techniques d'entretiens les plus adéquats et l'importance d'une alliance thérapeutique orienté sur la confiance. Des comportements à éviter pour les thérapeutes, ainsi que l'importance de respecter les valeurs des patients. Les deux entretiens motivationnels (1 et 9) sont approfondis.</p> <p>Concernant les patients suivant la thérapie sur deux mois, le soutien et le caring du thérapeute a été fréquemment apprécié dans cette étude. Leurs conseils et commentaires ont été pris en</p>

	<p>compte par les patients. 80% des participants auraient souhaité plus de sessions.</p> <p>Pour les patients ayant été suivi sur une période de 6 mois, ils ont trouvé les séances utiles, les thérapeutes les aidaient à réfléchir par eux-mêmes et les aidaient à réaliser des objectifs réalistes. Les participants ont développé des compétences et des outils grâce à l'entretien motivationnel. Ils auraient voulu plus de séances et qu'elles durent plus longtemps, mais cette expérience les a rendues plus susceptible de chercher un traitement pour la suite.</p> <p><b>L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ?</b></p> <p>Par des experts.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p><b>Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ?</b></p> <p>Les résultats sont interprétés et développés selon les questions de recherches et fournissent des interventions pertinentes et transférables dans la pratique (comme par exemple les attitudes à avoir pour le thérapeute lors des entretiens).</p> <p>Des questions ont été élaborées suite aux résultats, nécessitant d'autres recherches pour y répondre. les guidelines pourraient être un soutien pour le thérapeute.</p> <p>Les opinions des participants et thérapeutes ont été résumés selon sept points.</p> <p><b>Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures?</b></p> <p>Les résultats correspondent à leurs résultats quantitatifs antérieurs (Polcin et al., 2014)</p> <p><b>L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ?</b></p> <p>Oui elles sont conformes. Ils reprennent les feedbacks des participants et des thérapeutes, leurs expériences par rapport à cette thérapie.</p> <p><b>Les limites de l'étude ont-elles été définies ?</b></p> <p>Oui, cette étude a été menée dans le cadre d'une étude quantitative plus large, de sorte que les chercheurs étaient limités dans le nombre de questions. Le panel d'experts était limité, composé de quatre thérapeutes, y compris le chercheur principal de l'étude mais ils avaient l'expérience.</p> <p><b>Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ?</b></p> <p>Oui les conclusions découlent des résultats, des recommandations sont mises en avant pour de futures recherches. Les avantages de l'entretien motivationnel sont repris ainsi que l'expérience des patients et des thérapeutes.</p> <p><b>Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ?</b></p>

	<p>Oui, un paragraphe est consacré aux avantages de l'entretien motivationnel selon les perceptions des participants et des thérapeutes. cette étude propose des pistes pour favoriser la prise en soins lors des entretiens motivationnels et quelles questions de recherches pourraient être approfondies par des recherches futures.</p>
<p>Conséquences et recommandations</p>	<p><b>Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ?</b></p> <p>Cette étude montre qu'il serait intéressant, du fait que la dépendance est un processus chronique nécessitant des soins continus, d'avoir une intervention sur le long terme d'entretien motivationnel.</p> <p><b>L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ?</b></p> <p>Oui, ils mettent en avant des questions de recherches qui nécessiteraient des études approfondies. Des recommandations pour la pratique sont également mentionnées (guidelines, attitude du thérapeute favorisant l'alliance thérapeutique, techniques d'entretiens). Il serait également intéressant, selon les chercheurs, de mener des entrevues plus approfondies. Par exemple, la majorité des participants auraient aimé plus de séances, il serait été intéressant d'entendre ce qu'ils espéraient pour ces sessions.</p> <p><b>Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ?</b></p> <p>Oui, la conclusion est explicitée et se base sur des données riches qui permettent d'apporter de nouvelles connaissances pour la pratique.</p>

Madson, M. B., Mohn, R. S., Zuckoff, A., Schumacher, J. A., Kogan, J., Hutchison, S., ... Stein, B. (2013). Measuring client perceptions of motivational interviewing: Factor analysis of the Client Evaluation of Motivational Interviewing scale. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 44(3), 330-335. doi :10.1016/j.jsat.2012.08.015

Grille adaptée du Fortin (2010)

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<p><b>Le titre précise-t-il clairement les concepts clés et la population à l'étude ?</b></p> <p>Le titre précise clairement les concepts clés qui sont l'évaluation des perceptions face à l'entretien motivationnel. Cependant, le titre ne précise pas clairement la population de l'étude.</p>
Résumé	<p><b>Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?</b></p> <p>Oui, au niveau de :</p> <p><b>La problématique :</b></p> <p>Les chercheurs expliquent que l'entretien motivationnel est une intervention qui a une forte preuve d'efficacité avec les personnes souffrant de troubles de consommation de substances illicites. Les recherches concernant les perceptions face à l'entretien motivationnel sont que très peu développées. Les perceptions des gens ont été évaluées au travers de leur motivation à changer, l'entretien avec le thérapeute et la sécurité de la thérapie. Une échelle (CEMI) a été développée pour évaluer cette perception.</p> <p><b>La méthode :</b></p> <p>L'étude a évalué l'échelle à travers des facteurs d'explorations et de confirmation en utilisant un échantillon de 500 individus qui ont un double diagnostic faisant partie d'une unité d'hospitalisation. Les participants ont accompli la séance basée sur l'entretien motivationnel avant de remplir l'échelle. Un modèle à deux facteurs (relationnel et technique) a expliqué 51,1% de la variance cumulative et a été soutenu par une analyse factorielle confirmatoire. Des suggestions de révisions sont fournies ainsi que les utilisations potentielles du CEMI et les orientations futures de la recherche.</p> <p><b>Le résultat :</b></p> <p>Pas de notion présente dans le résumé de l'article.</p> <p>La discussion :</p> <p>Pas de notion présente dans le résumé de l'article.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<b>Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ?</b>

	<p>Le but de cette étude est d'examiner la validité factorielle de l'échelle face à l'entrevue motivationnelle (CEMI), une mesure visant à évaluer l'intégrité de l'IM du point de vue du client.</p> <p><b>Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ?</b></p> <p>Dans la recherche sur l'IM, il y a une abondance des mesures d'observation disponibles pour évaluer la fidélité au MI (Madson &amp; Campbell, 2006). Cependant, à notre connaissance, il n'existe pas de mesure valide du rapport client face à l'MI.</p> <p>Compte tenu de l'importance croissante accordée au traitement de la toxicomanie sur l'utilisation de traitements comportementaux qui ont un soutien empirique pour leur efficacité (Bruce &amp; Sanderson, 2005; Gotham, 2006) et la preuve soutenant l'IM, il est important que les cliniciens intègrent le MI dans leur pratique.</p> <p><b>Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ?</b></p> <p>Développé comme une méthode non conflictuelle pour engager les buveurs problématiques dans le traitement et le changement (Miller, 1983), l'IM a été étudié avec une grande variété de comportements d'utilisation de substances incluant l'alcool, la cocaïne et le cannabis (Hetteima, Steele et Miller, 2005) . En outre, l'IM s'est révélé être une approche efficace pour améliorer l'engagement et l'adhésion des clients dans le traitement (Carroll et al., 2006). L'efficacité de l'IM a été démontrée comme une intervention autonome et en combinaison avec d'autres pratiques fondées sur des preuves (Lundahl, Tollefson, Kunz, Brownell et Burke, 2010), dans diverses populations (Hetteima et al., 2005) et avec des individus à double diagnostic (Feldstein &amp; Ginsburg, 2006; Martino &amp; Moyers, 2008).</p>
Recension des écrits	<p><b>Une recension a-t-elle été entreprise ?</b> </p> <p>Oui, dans cet article, les auteurs donnent de nombreuses informations concernant l'entrevue motivationnelle (MI). C'est «une forme de guide collaborative et centrée sur la personne pour susciter et renforcer la motivation pour le changement» (Miller &amp; Rollnick, 2009, p. 137). En mettant l'accent sur l'évasion de la motivation interne d'un individu pour le changement, le MI travaille en facilitant le changement grâce à une combinaison de composants relationnels et techniques (Miller &amp; Rose, 2009). La composante relationnelle repose sur un style de conseil empathique, affirmant, sans jugement et de soutien de l'autonomie destiné à créer un environnement sécurisé dans lequel les clients peuvent explorer leurs propres valeurs et préoccupations. La composante technique de MI implique l'utilisation de stratégies cohérentes de MI pour augmenter les discussions des clients sur le changement et réduire leurs discussions sur le fait de ne pas changer (Miller &amp; Rose, 2009).</p> <p><b>La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la</b></p>

**question par rapport au problème de recherche ?**

Oui, la difficulté d'intégrer les traitements fondés sur des données probantes dans des contextes non-recherche a été largement notée par des chercheurs (Miller, Sorensen, Selzer et Brigham, 2006). Un défi est de savoir comment fournir au mieux les performances dans la pratique quotidienne. Dans les paramètres de recherche, les sessions sont généralement enregistrées et des commentaires et une supervision réguliers sont fournis en fonction de ces enregistrements. Dans les soins cliniques quotidiens, l'enregistrement des séances est peu fréquent et les cliniciens reçoivent rarement des commentaires directs sur leur travail (Schumacher, Madson et Norquist, 2011). Lambert et ses collègues (Lambert, 2010; Shimokawa, Lambert et Smart, 2010) ont développé des méthodes compatibles empiriquement pour fournir des commentaires sur le rendement, mais ces méthodes ne sont pas spécifiques aux styles et approches d'intervention particuliers.

**La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? L'auteur présente-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ?**

Oui, Les chercheurs de MI ont été actifs dans le développement et les méthodes de test pour évaluer la fidélité avec laquelle l'IM est livré et plusieurs mesures précieuses ont émergé. Moyers, Martin, Manuel, Hendrickson et Miller (2005) ont développé l'échelle de l'intégrité du traitement de l'interaction motivationnelle (MITI) pour évaluer les compétences et l'esprit de l'IMA et la fiabilité et la validité de l'appui (p. Ex. Forsberg, Berman, Kallmen, Hermansson, & Helgason, 2008; Pierson et al., 2007). Madson, Campbell, Barrett, Brondino et Melchert (2005) ont développé l'Échelle de supervision de l'interprétation de motivation (MISTS) pour aider la formation et la supervision de l'IM en évaluant les compétences, les principes et les principes uniformes du MI. Martino, Ball, Nich, Frankforter et Carroll (2008) ont ajouté plus loin à l'évaluation de la fidélité MI en démontrant la capacité de leur échelle indépendant d'évaluation de la bande à identifier les comportements cohérents de MI qui correspondent également aux composantes relationnelles et techniques de l'IM.

Bien que de nombreux progrès aient été réalisés dans l'évaluation de la fidélité au MI, il n'existe aucune échelle de notation psychométrique validée par les clients, à notre connaissance, qui évaluent la fidélité MI. Étant donné l'importance accordée à l'expérience du client dans le domaine de l'information, une évaluation évaluée par le client de la fidélité à l'IM n'est pas seulement prometteuse pour améliorer la mise en œuvre de l'IM dans les environnements communautaires, elle est également très cohérente avec l'esprit de MI (Miller & Rollnick, 2002).

L'évaluation des expériences des clients en psychothérapie a été considérée comme importante et a été associée à des résultats positifs pour le traitement. L'évaluation du client face à l'alliance de

	<p>travail (accord sur les objectifs et les tâches du traitement) a été associée à une meilleure rétention du traitement, à l'achèvement, aux jours d'abstinence et à d'autres résultats pour les clients ayant une variété de problèmes d'abus de substances (Bethea, Acosta et Haller, 2008).</p> <p>Dans le contexte de l'entretien motivationnel (MI), plusieurs études ont évalué la perspective du client face à leur expérience en utilisant des méthodes qualitatives. Zuckoff (2003) a démontré que les clients étaient capables d'identifier les comportements des cliniciens, telles que les affirmations et l'accentuation de l'autonomie en cohérence avec le MI. De même, Angus et Kagan (2009) ont montré que les clients peuvent identifier les comportements thérapeutiques dans cette thérapie. Enfin, Marcus, Westra, Angus et Kertes (2011) ont constaté que les clients pouvaient identifier les comportements cliniques qui reflétaient l'esprit de l'IM. Sur la base de ces études qualitatives, il semble que les clients aient la possibilité d'évaluer l'utilisation clinique de MI, y compris certains comportements nuancés tels que l'empathie, la collaboration et l'évocation (Marcus et al., 2011) et que ces observations sont liées aux résultats positifs du traitement (Kertes, Westra, Angus et Marcus, 2011).</p> <p><b>La recension présente t'elle des sources primaires ?</b></p> <p>Oui, de nombreuses ressources telles que celles de Hendrickson et Miller (2005).</p>
Cadre de recherche	<p><b>Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ?</b></p> <p>Oui, étant donné l'importance des commentaires des clients sur le développement des compétences des cliniciens (Falender &amp; Shafranske, 2004; Reese et al., 2009; Soderlund, 2009), de l'amélioration de l'alliance thérapeutique et des résultats (Flückiger et al., 2012), des questionnaires sommaires pourraient faciliter l'évaluation de la fidélité à l'IM et améliorer la formation et la supervision des cliniciens qui l' utilise. L'évaluation par le client de l'échelle proposée (CEMI, Madson, Bullock, Speed et Hodges, 2009) et développée en tant qu'instrument d'auto-évaluation complétée par le client, constitue un complément important aux mesures d'observation existantes.</p> <p><b>Est-ce que les concepts clés s'inscrivent-ils dans un cadre de référence ? Est-il lié au but de l'étude ? Les bases philosophiques et théoriques ainsi que la méthode sous-jacente sont- elles explicitées et appropriées à l'étude ?</b></p> <p>Oui, le but de cette étude est d'évaluer la structure interne de l'échelle et de réduire les données en fonction de l'analyse factorielle exploratoire et de confirmation avec des données recueillies dans le but d'améliorer les soins de qualité basée sur la communauté.</p>

<p>Buts et question de recherche</p>	<p><b>Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ?</b>          Oui, les chercheurs veulent faire évaluer aux clients une échelle qui permettrait de juger de la pertinence de l'entretien motivationnel.</p> <p><b>Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ?</b>          Oui, la question de recherches et la population sont clairement énoncées mais en ce qui concerne les hypothèses, les chercheurs ne précisent pas clairement ce qu'ils pensent trouvés.</p> <p><b>Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ?</b>          Oui, les chercheurs se sont basés sur la rétention des écrits et veulent développer les perceptions des personnes souffrant de dépendance face à l'MI en utilisant une grille d'évaluation. Cependant, ils ne parlent pas de l'expérience, des croyances des valeurs et des perceptions des individus dans cette partie de l'article.</p> <p><b>Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ?</b>          Les variables dépendantes sont les perceptions des personnes dépendantes évaluées à l'aide d'une échelle face à l'entretien motivationnel. Les variables indépendantes sont l'incapacité de remplir l'échelle.</p> <p><b>Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ?</b>          Les auteurs se basent sur des échelles qu'ils ont recueillies dans des unités psychiatriques hospitalisées. C'est une étude qualitative.</p>
<p>METHODE</p>	
<p>Population et échantillon</p>	<p><b>La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? la méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ?</b>          Oui, les données de cette étude ont été recueillies dans quatre unités psychiatriques hospitalisées dans les hôpitaux urbains ou suburbains. Les unités psychiatriques étaient généralement de 15 à 20 lits et la durée moyenne de séjour variait de 7 à 12 jours. Les données ont été recueillies dans le cadre d'un effort communautaire pour l'amélioration de la qualité dans ces hôpitaux. Tous les patients qui ont reçu un MI étaient admis à participer à la présente étude, à l'exception de ceux qui étaient activement psychotiques ou étaient isolés en raison d'un comportement violent ou agressif. Bien que les données de diagnostic spécifiques n'étaient pas disponibles, la grande majorité des patients servis par ces unités ont des troubles de l'utilisation de substances de</p>

	<p>comorbidité et des troubles de l'humeur, de l'anxiété, de la psychotique et de la personnalité.</p> <p><b>Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ? La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis d'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ? Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données ?</b></p> <p>Non, les auteurs ne parlent pas d'avoir souhaités agrandir l'échantillonnage. Dans l'introduction, les auteurs parlent d'une population atteinte de troubles de consommation de substances de comorbidité tandis que dans la méthode, nous observons que la population concerne un ensemble de personnes non seulement de troubles de l'utilisation de substances de comorbidité mais également celles atteintes de troubles de l'humeur, de l'anxiété, de psychose ou troubles de la personnalité. De plus, les auteurs n'ont pas justifié la grandeur de l'échantillonnage.</p> <p><b>Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ?</b></p> <p>Plus ou moins. Le CEMI est donné au client après une séance d'IM et demande au client d'évaluer le degré auquel un clinicien a présenté des comportements spécifiques liés à l'IM. Dans son état actuel dans le processus de développement, le CEMI est destiné à n'importe quel établissement (p. Ex., Hospitalisation, consultation externe, santé mentale ou comportementale, abus de substances). En tant que tel, l'instrument fournit un moyen d'évaluer la qualité de l'IM fournie aux clients et peut être facilement utilisé comme source de commentaires et de base pour la supervision dans les paramètres de traitement basés sur la communauté.</p> <p>En fonction de ses données, les auteurs ont choisit une population assez large.</p>
<p>Considérations éthiques</p>	<p><b>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ?</b></p> <p>Oui, les auteurs ont fait appel à un comité pour la protection des hommes et leur consentement a été demandé avant l'engagement des participants. De plus, une fois les échelles complétées, elles ont été renvoyées de façon scellée pour la protection des données.</p> <p><b>L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ?</b></p> <p>Toutes les procédures ont été approuvées par un comité d'examen institutionnel pour la protection des sujets humains et le consentement éclairé a été demandé avant l'engagement des participants dans la recherche. Les CEMI ont été complétés suite à la participation à un MES (Zuckoff, 2008) avant la sortie dans l'un des quatre hôpitaux participant au projet. Une fois l'achèvement terminé, les participants ont renvoyé les formulaires d'évaluation des résultats, y compris le CEMI, dans une enveloppe scellée au personnel hospitalier ou à un emplacement central sur l'unité.</p>

Devis de recherche	<p><b>Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? la méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposées ?</b></p> <p>Il s'agit d'une étude qualitative. Une échelle a été utilisée pour récolter les données et pour pouvoir ensuite les analyser. Les participants sont invités à évaluer chaque article avec les instructions, «Au cours de votre session de consultation la plus récente, combien votre clinicien a-t-il démontré chaque comportement» le client a recours à une échelle de type Likert à quatre points (1 = jamais à 4 = une bonne affaire).</p> <p><b>Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ?</b></p> <p>Etant donné que l'objectif de cette étude est basé sur la perception d'individus face au MI, la méthode qualitative est la plus adaptée. L'échelle permet de mettre en avant les différentes perceptions, croyances ou valeurs des participantes. De ce fait, les auteurs ont pu ressortir les qualités attendues chez les cliniciens qui proposent un MI.</p> <p><b>Le choix du devis permet-il de respecter les critères scientifiques ?</b></p> <p>Une approche qualitative a été adoptée pour fournir un éclairage nouveau et en profondeur sur la perception des individus par rapport au travail et à la position du clinicien.</p> <p><b>La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ?</b></p> <p>Oui, la méthode est appropriée à l'étude du problème. Elle permet de récolter des informations au niveau quantitatif.</p> <p>Le but de la recherche est de favoriser l'engagement dans les quatre unités psychiatriques hospitalisées. C'est pourquoi, l'effort d'amélioration de la qualité a été mis en place à cet endroit où les patients ont été recrutés. Le protocole MES (Zuckoff, 2008) est une modification semi-structurée de l'IM qui cible la préparation au traitement ainsi que la préparation au changement (Zweben &amp; Zuckoff, 2002), guidant les cliniciens à participer à des facteurs (p. Ex. Obstacles pratiques, obstacles aux symptômes, Perceptions négatives du traitement) qui peuvent influencer si un individu s'engagera dans un traitement ou non. À partir des circonstances de l'hospitalisation, le clinicien développe un écart entre les objectifs et les comportements et se concentre ensuite sur les expériences de traitement du client (hospitalisation actuelle et participation passée aux soins ambulatoires ou hospitaliers), en mettant en évidence des perceptions positives en faisant preuve d'empathie, en explorant et en résolvant les problèmes. Les options pour le suivi ambulatoire sont discutées dans le contexte des objectifs personnels, des valeurs et des espoirs de traitement et, en obtenant des descriptions des forces et des réussites passées. Le clinicien développe ensuite un «plan d'engagement» ambulatoire en utilisant un formulaire avec des instructions pour identifier les raisons du suivi du traitement, ce que le client fait et</p>
--------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>ne veut pas des soins ambulatoires, des étapes pour faciliter le suivi, les défis potentiels, les solutions pour s'engager et les sources de soutien durant leur engagement. C'est à partir de ses problèmes que les chercheurs ont souhaité s'impliquer et développer ceci en vue de l'améliorer.</p> <p><b>Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ?</b></p> <p>Les chercheurs ont envoyé l'échelle auprès des participants et certaines personnes ont passé du temps auprès des quatre unités.</p>
Modes de collectes de données	<p><b>Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ?</b></p> <p>Oui, le développement du CEMI repose sur les concepts de l'esprit (collaboration, évocation et respect de l'autonomie), les principes (expression de l'empathie, du roulement avec la résistance, du développement des divergences et de l'auto-efficacité) et des compétences (questions ouvertes, affirmations, réflexions Et résumés) de l'IM souligné par Miller et Rollnick (2002).</p> <p><b>Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ?</b></p> <p>Oui, l'analyse des éléments et les estimations de la cohérence interne ont été menées avec les 66 éléments du CEMI. Sur la base de ces résultats, le nombre d'articles a été réduit de 66 à 35 et des preuves de fiabilité ont été fournies (Madson et al. 2009). Les éléments conçus pour évaluer les compétences spécifiques du clinicien (questions ouvertes, affirmations, réflexions et résumés) ont été supprimés. Les éléments retenus contiennent des descriptions de MI consistantes (p. Ex., «Vous aider à discuter de votre besoin de changer votre comportement») et des comportements incohérents (par exemple, «vous dire quoi faire») qui étaient fondés sur les principes et l'esprit de l'IM et avec l'objectif De réduire le potentiel de jeux de réponses (Crocker &amp; Algina, 1986).</p> <p><b>L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ?</b></p> <p>Oui, l'examen de la validité du contenu a été fourni par cinq experts de l'MI avec une expérience d'évaluation de la fidélité et l'échelle a été triée et complétée activement par huit étudiants diplômés qui avaient 6 heures de formation au MI dans le cadre d'une classe de traitement de la toxicomanie (Madson et al., 2009). Ce qui veut dire que l'échelle a été créée auparavant mais validée par les personnes de l'étude.</p> <p><b>La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés ?</b></p> <p>Oui, cela va permettre aux auteurs de récolter des informations de types quantitatives.</p>
Conduite de la recherche	<p><b>Le processus de collecte de données/enregistrements est-il décrit clairement ?</b></p> <p>Oui, les chercheurs ont récoltés les échelles remplies par les</p>

	<p>participants pour ensuite les analyser.</p> <p><b>Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ?</b></p> <p>Oui, les 35 articles du CEMI utilisés dans cette étude ont été choisis parmi un groupe de 66 items générés par une équipe de deux psychologues et de deux étudiants diplômés. Il est utilisé sur la base d'une revue de la littérature du MI (par exemple, Miller &amp; Rollnick, 2002) et construites avec des définitions et des mesures de fidélité au MI (p. Ex., Madson et al, 2005; Moyers et al, 2005). De plus, la majorité des MES ont été assurés par des travailleurs sociaux et des conseillers en maîtrise ayant moins de soutien clinique au niveau des bachelors et RN. Tout le personnel du MES a assisté à l'une d'une série d'ateliers de formation de 1 jour (6 heures) avec un auteur membre du Réseau International d'Entrevues de Motivation des Formateurs (MINT) et expérimenté dans l'adaptation d l'MI spécifiquement pour traiter l'engagement de traitement en santé comportementale (Daley, Salloum, Zuckoff, Kirisci et Thase, 1998; Simpson &amp; Zuckoff, 2010; Zuckoff, Swartz et Grote, 2008).</p> <p>Pour finir, les ateliers ont introduit des stagiaires dans l'MI pour qu'ils puissent observer le fonctionnement grâce à une combinaison d'activités didactiques, de démonstration et de jeux de rôles. Le personnel a ensuite assisté à des séances mensuelles de soutien ou avec des entretiens téléphoniques accompagné du formateur, au cours duquel les compétences du MI ont été examinées et pratiquées, et les défis liés à l'intervention ont été discutés et résolus.</p> <p><b>Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante?</b></p> <p>Oui, la variable indépendante est décrite dans cette partie de l'article.</p>
Analyse des données	<p><b>Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ?</b></p> <p>Compte tenu de la grande taille de l'échantillon, les données ont été divisées de manière aléatoire en deux groupes, de sorte que l'analyse factorielle exploratoire (n = 226) et confirmatoire (n = 225) pourrait être effectuée. Bien que Miller et Rose (2009) ont proposé une théorie de l'IM qui contient deux composantes (relationnelles et techniques) et Martino et al. (2008) ont mis en évidence ces deux facteurs dans leur échelle Independent Rating de la bande, le CEMI a été développé avant cela et a été conçu avec les principes et l'esprit de MI en tête.</p> <p>Ainsi, la décision d'inclure une analyse factorielle exploratoire a été un objectif de ce projet pour explorer plus librement la structure latente du CEMI et de réduire le nombre d'éléments. L'analyse des facteurs exploratoires a été effectuée en utilisant les 35 éléments du CEMI afin d'examiner les composantes latentes évaluées.</p>

	<p>Une analyse factorielle confirmatoire (CFA) a été menée sur le deuxième groupe de données avec les facteurs CEMI et les éléments retenus à partir de l'analyse factorielle exploratoire à l'aide de Mplus, version 5.21 (Muthén &amp; Muthén, 2007).</p> <p><b>Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ?</b></p> <p>Oui, les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats ont été pris en considération. Le facteur d'axe principal a été utilisé pour l'extraction, et une rotation oblique (oblique directe) a été utilisée car les chercheurs ont supposé que les composants du CEMI seraient corrélés au cas contraire.</p> <p><b>Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ?</b></p> <p>Il n'y a pas de résumé des résultats dans le résumé.</p> <p><b>Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données ?</b></p> <p>Oui, cela permet d'avoir une analyse adéquate.</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p><b>Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ?</b></p> <p>Des schémas représentant les résultats sont exposés dans la recherche. Cela permet d'avoir une vision globale de résultats. Les moyens, les écarts-types et les corrélations total-élément pour les deux facteurs sont présentés dans le tableau 1. Puis ont été repris dans le tableau 2 une fois les données analysées et triées.</p> <p><b>Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ?</b></p> <p>Oui, premièrement le type de population dans les récoltes de données a été précisé de manière claire ce qui éclaircit l'étude. Cinq cents participants ont complété le CEMI suite à un MES dans le cadre d'un effort d'amélioration de la qualité basé sur la collectivité. La majorité des participants étaient des hommes (53%) avec un âge moyen de 39,6 ans (SD = 12,7). Cinquante-neuf pour cent étaient blancs, 38% afro-américains et 3% d'autres races / appartenances ethniques.</p> <p>De plus, les auteurs ont décrit les deux types de résultats trouvés concernant soit le facteur technique ou relationnel.</p> <p>Le facteur technique de huit éléments comprend des éléments qui évaluent les comportements des cliniciens qui seraient considérés comme compatibles avec la discussion des changements de comportement en mode MI. Les éléments qui ont fortement porté sur ce facteur incluent «vous aider à discuter de votre besoin de changer votre comportement», «vous aider à avoir l'espoir de changer votre comportement» et «vous aider à parler de changer votre comportement». Conséquence interne pour le facteur technique Était de .90.</p>

	<p>Le facteur de relation à huit éléments comprend des éléments qui évaluent les comportements relationnels des cliniciens. Les éléments qui ont fortement porté sur ce facteur incluent «vous dire ce qu'il faut faire», «agir en tant qu'autorité de votre vie» et «vous a poussé vers l'avant lorsque vous ne vouliez pas parler plus loin d'un problème». La cohérence interne pour le facteur de relation était .88.</p> <p><b>Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ?</b>  Oui, les chercheurs expliquent la répartition des résultats à l'aide du facteur technique et relationnel qui sont liés aux questions. Puis ils décrivent l'ajustement qu'ils ont apporté aux données face aux récoltes de résultats à l'aide par exemple du chi-carré de Satorra-Bentler (Satorra &amp; Bentler, 1994).</p> <p><b>L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ?</b>  Oui, particulièrement à l'aide de la distance Mahala-nobis et le chi-carré de Satorra-Bentler (Satorra &amp; Bentler, 1994).</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p><b>Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ?</b>  Oui, Les résultats sont interprétés en fonction du cadre précédemment expliqué et aussi pour chacune des hypothèses.</p> <p><b>Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures?</b>  Oui, à notre connaissance, le CEMI représente la première tentative de mesurer quantitativement les perceptions des clients qui utilisent l'MI pour évaluer le clinicien. Compte tenu de l'importance croissante accordée aux commentaires des clients (p. Ex., Soderlund, 2009) et aux perceptions des clients (Marcus et al., 2011), le développement du CEMI semble représenter une première étape importante dans la récoltes de données pour les cliniciens MI et les stagiaires du MI.</p> <p><b>L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ?</b>  Oui, l'interprétation et les conclusions sont également conformes aux résultats d'analyses.  Une évaluation psychométrique supplémentaire est justifiée. L'intervention MES est une adaptation de l'IM et de l'échelle CEMI. De plus, une évaluation supplémentaire de la structure des facteurs est justifiée compte tenu de nos résultats et des limites de l'étude. Une autre étape importante dans la validation du CEMI consisterait à explorer sa validité convergente et prédictive.</p> <p><b>Les limites de l'étude ont-elles été définies ?</b>   Oui, étant donné que la recherche était intégrée dans un effort d'amélioration de la qualité de l'MI dans les établissements de</p>

	<p>traitement communautaires, les chercheurs n'ont pas comparé les scores CEMI avec des mesures d'observation validées telles que le MITI. Cela aurait permis d'évaluer les modérateurs potentiels ou ceux en relations avec les résultats ou d'autres mesures.</p> <p>En raison de cette limitation, il aurait été important de comparer les scores sur le CEMI aux scores sur les mesures d'observation validées (Madson &amp; Campbell, 2006). Il peut également être précieux d'inclure les articles que nous avons éliminés dans cette étude pour voir s'ils expliquent un aspect unique de MI non couvert par le CEMI par rapport à ces mesures.</p> <p><b>Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ?</b></p> <p>Oui, la relation entre les scores du CEMI et les résultats du changement de comportement du client doit être établie avant son utilisation dans l'étape de l'exploration des mécanismes de changement de MI. Ces étapes sont importantes dans le processus d'établissement du CEMI en tant que moyen pratique et rentable pour évaluer la fidélité et la qualité des MI. À mesure que l'IM continue d'évoluer, nous apprenons davantage sur les facteurs qui contribuent à son efficacité. L'évaluation par le client de la session MI est une source inexploitée pour l'efficacité de l'IM. Le CEMI a été développé pour recueillir ces données. Les résultats obtenus dans cette étude appuient un modèle à deux facteurs. Bien que le CEMI l'ait promis, un perfectionnement et une évaluation supplémentaires sont nécessaires pour explorer comment le CEMI pourrait contribuer à la recherche, à la formation et à la pratique du MI.</p> <p><b>Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ?</b></p> <p>Oui, au début de la recherche, les auteurs expliquent qu'il est possible d'utiliser cette grille pour d'autres populations. Mais ils disent également qu'il serait important de l'évaluer auprès des autres populations notamment les personnes atteintes de toxicomanie, si la cohérence interne et la structure des facteurs sont soutenues.</p>
Conséquences et recommandations	<p><b>Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ?</b></p> <p>Les résultats de cette étude fournissent des preuves factorielles pour le CEMI et son potentiel à contribuer à l'évaluation des compétences cliniques du MI du point de vue du client. Plus précisément, nos résultats montrent qu'un modèle à deux facteurs correspond le mieux aux données issues du CEMI. Bien que développé avant la théorie MI de Miller et Rose (2009) et Martino et al. (2008), leur suggestion d'une composante relationnelle et technique à l'MI fournit un cadre qui correspond à nos résultats. Les éléments qui composent les deux facteurs CEMI semblent être compatibles avec ce cadre et, en tant que tels, nous avons qualifié les facteurs utilisant ces constructions.</p>

Nos résultats soulignent également les possibilités de révision du CEMI. L'ajout d'éléments qui évaluent l'élimination et le renforcement des discussions sur le changement de client aurait pu être une addition précieuse. L'importance des discussions sur les changements (c'est-à-dire le désir, la capacité, la raison et le besoin) dans les résultats de l'MI a été soulignée par Amrhein, Miller, Yahne, Palmer et Fulcher (2003). Ainsi, en ajoutant des éléments qui évaluent les différents types de discussions sur les changements (par exemple, désir, capacité, raisons, besoin, engagement, Miller & Rollnick, 2002), cela aurait pu améliorer le CEMI. À l'heure actuelle, le CEMI ne pose que des questions que sur un type de changement: «besoin de modifier mon comportement».

**L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ?**

Le CEMI pourrait bien servir d'outil de recherche ou de supervision et de formation, en particulier dans les contextes où l'évaluation d'observation n'est pas réalisable. En tant qu'outil de recherche, le CEMI pourrait aider à répondre à des questions relatives aux mécanismes de changement par rapport à l'MI. Par exemple, du point de vue du client, quel composant MI est-il le plus prédictif pour le changement? En outre, l'utilisation du CEMI peut également contribuer à l'évaluation de la fidélité dans les études de traitement de l'MI dans des contextes réels où la bande et l'observation ne sont pas disponibles. Cette barrière est souvent rencontrée lorsque des échantillons de travail sont nécessaires (Schumacher et al., 2011). Dans d'autres situations où des données d'observation sont disponibles, les données du CEMI peuvent être utilisées avec des données d'observation et des données cliniques afin de fournir une évaluation plus complète de l'adhésion des cliniciens au MI.

De plus, des travaux futurs sur le développement du CEMI pourraient impliquer l'ajout d'éléments supplémentaires tels que «vous aider à discuter de la raison pour laquelle vous souhaitez modifier votre comportement». Pour évaluer le désir : "vous aider à discuter de votre capacité à modifier votre comportement". Pour évaluer la capacité : "vous aider à discuter de vos raisons de changer votre comportement".

En tant qu'instrument de formation et de supervision, le CEMI pourrait contribuer aux commentaires pour les stagiaires du MI. Miller (2001) a souligné que l'auto-déclaration des stagiaires est souvent inexacte. Comme les commentaires des clients sont importants pour le développement des stagiaires, le CEMI peut fournir des informations précieuses. Les commentaires du CEMI pourraient être comparés à d'autres évaluations afin de faciliter la discussion entre le superviseur et le stagiaire.

Enfin, dans les contextes communautaires, l'enregistrement des sessions et l'utilisation d'outils d'observation ne sont souvent pas compatibles avec les exigences de la pratique (Schumacher et al., 2011). Dans ces situations, le CEMI peut fournir des informations

précieuses sur l'utilisation par le médecin de MI autrement non disponible. L'évaluation du CEMI dans ces différents contextes pourrait également favoriser le raffinement de la mesure.

**Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ?**

Oui.

Madson, M. B., Mohn, R. S., Schumacher, J. A., & Landry, A. S. (2015). Measuring Client Experiences of Motivational Interviewing During a Lifestyle Intervention. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 48(2), 140-151. doi :10.1177/0748175614544687

Grille adaptée du Fortin (2011)

Eléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<p><b>Le titre précise t'il clairement les concepts clés et la population a l'étude ?</b></p> <p>Le titre précise clairement les concepts clés qui sont la mesure des expériences des clients face à l'entretien motivationnel lors d'une intervention sur le mode de vie.</p>
Résumé	<p><b>Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?</b></p> <p>Oui, au niveau de :</p> <p><b>La problématique :</b> L'article porte sur l'évaluation de client face à l'entretien motivationnel (MI) qui est utilisé pour évaluer les expériences de cet entretien dans une population principalement féminine et afro-américaine du Sud-Est des USA qui ont reçu des commentaires basés sur l'entretien motivationnel lors d'une intervention de style de vie à plusieurs composantes.</p> <p><b>La méthode :</b> L'entretien motivationnel a été expérimenté différemment d'un échantillon de santé mentale du Nord-Est avec comme population des hommes blancs.</p> <p><b>Le résultat :</b> Pas de donnée à ce sujet dans le résumé.</p> <p><b>La discussion :</b> Pas de donnée à ce sujet dans le résumé.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p><b>Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ?</b></p> <p>Oui, l'objectif de l'étude est d'estimer la validité factorielle du CEMI dans un échantillon indépendamment des dimensions de la race, du sexe, de l'état de traitement et de la situation géographique. Plus précisément, l'objectif de cette étude est de mieux comprendre le fonctionnement psychométrique du CEMI dans un échantillon féminin du sud, principalement afro-américain, participant à une intervention de vie saine axée sur la communauté, sur le mode de vie sain et sur l'abaissement de la pression artérielle par l'alimentation et l'activité physique.</p> <p><b>Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ?</b></p>

	<p>Oui, en plus des preuves convaincantes et croissantes de l'applicabilité et de l'efficacité générales de l'IM dans les paramètres et les comportements problématiques, il existe également des preuves pour étayer l'efficacité de l'IM pour les individus de différentes origines raciales et ethniques (Hettema et al., 2005; Lundahl Tollefson, Kunz, Brownell, &amp; Burke., 2010; Miller et al., 2008). Néanmoins, il n'est pas clair si des individus issus de milieux minoritaires, qui reçoivent un IM pour des problèmes divers et dans divers contextes, ont la même expérience subjective de leurs séances de MI que les individus de la culture majoritaire.</p> <p><b>Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ?</b></p> <p>Oui, les expériences négatives des clients afro-américains par rapport aux interactions avec les professionnels de la santé ont été bien établies (Broman, 2012; Peek, et al., 2013; Peek, Tang, Cargill, et Chin, 2011). Par exemple, Ratanawongsa, Zikmund-Fisher, Couper, Van Hoewyk et Powe (2010) ont souligné que les individus afro-américains déclarent moins de prise de décision partagée en ce qui concerne leur état de santé par rapport aux individus blancs. Peek et ses collègues (2010) ont constaté que des facteurs tels que la méfiance envers les fournisseurs, les attitudes négatives à l'égard des soins de santé et le racisme internalisé ont influencé la participation des individus afro-américains à la communication et à la prise de décision partagée. Plus précisément, ces chercheurs ont constaté que les individus afro-américains étaient moins concernés par l'information sur la santé, acquiesçaient plus au fournisseur et étaient moins susceptibles d'adhérer au plan de traitement prescrit. En partie, ces différences peuvent être liées aux approches traditionnelles de soins de santé qui peuvent négliger les objectifs, les valeurs et les influences culturelles du client lors du MI.</p>
Recension des écrits	<p><b>Une recension a-t-elle été entreprise ?</b> <input type="checkbox"/></p> <p>Oui.</p> <p><b>La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ?</b></p> <p>Oui, L'évaluation des expériences des clients a été très utile dans l'évaluation des séances de counseling (par exemple, Soderlund, 2009). En tant que tel, plusieurs mesures ont été développées pour évaluer divers aspects de l'expérience de client. Par exemple, des mesures ont été élaborées pour évaluer l'alliance de travail entre le client et les conseillers (Horvath &amp; Greenberg, 1989), la nature de la relation client-conseiller (Kelley, Gelso, Fuertes &amp; Marmarosh, 2010) et les résultats du counseling (Frey, Beesley, &amp; Liang, 2009). De plus, l'évaluation des expériences des clients en matière de counseling a été liée aux résultats (Bethea, Acosta et Haller, 2008) et a facilité le développement des compétences cliniques (Soderlund, 2009). De même, dans le cadre de l'entrevue motivationnelle (MI), plusieurs études qualitatives ont démontré la</p>

capacité des clients à évaluer avec succès les nuances associées à l'IM en tant qu'approche de counseling (Angus & Kagan, 2009; Marcus, Westra, Angus et Kertes 2011) .

L'accent mis sur la motivation de la part des clients peut améliorer l'expérience des individus afro-américains auprès des travailleurs de la santé. Conformément à cette spéculation, Lundahl et ses collègues (2010) ont suggéré que les personnes qui ont été marginalisées peuvent considérer l'IM plus attrayant par rapport aux approches traditionnelles.

Le CEMI n'a été examiné que dans une population masculine non hispanophone principalement blanche avec des problèmes de toxicomanie et de santé mentale, il est nécessaire d'évaluer davantage le CEMI et de mieux comprendre son fonctionnement avec des populations diverses.

**La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? L'auteur présente-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ?**

Oui, l'évaluation des clients avec l'échelle d'entrevue motivationnelle (CEMI) est une mesure développée pour fournir la perspective du client de son expérience de MI (Madson, Bullock, Speed et Hodges, 2009). MI est une approche de conseil centrée sur la personne, collaborative et axée sur le renforcement de la motivation interne d'un client et son engagement à changer (Miller & Rollnick, 2013). Miller et Rose (2009) ont suggéré que l'IM facilite le changement grâce à une combinaison de composants relationnels et techniques. La composante relationnelle du MI englobe une approche empathique, affirmant et sans jugement, qui repose sur l'autonomie et vise à créer un environnement sécurisé. Construit sur cette base relationnelle, la composante technique de MI implique l'utilisation de stratégies visant à accroître les discussions des clients sur le changement et à réduire leurs discussions sur le fait de ne pas changer (Miller & Rose, 2009).

Dans le cadre du travail de validation initial, la structure des facteurs pour le CEMI a été évaluée à l'aide d'une analyse factorielle exploratoire et confirmatoire dans un échantillon séparé au hasard de 500 clients principalement blancs (59%) masculins (53%) recevant un traitement psychiatrique aiguë chez les patients hospitalisés dans les hôpitaux urbains et suburbains du nord-est des États-Unis (Madson et al., 2013). La solution à deux facteurs trouvée dans cet échantillon suggère que les clients ont pu distinguer les aspects relationnels et techniques de l'IM, ce qui correspond aux descriptions publiées de MI (Miller & Rose, 2009). Bien qu'initialement développé pour fournir une évaluation de la fidélité au clinicien MI qui ne dépendait pas du codage d'observation (voir Madson & Campbell, 2006), cet instrument est également prometteur en tant que mesure de l'expérience client de l'IM. Le CEMI capture les commentaires des clients.

**La recension présente-t-elle des sources primaires ?**

	<p>Oui, à l'origine développé comme une approche alternative de conseil pour travailler avec les buveurs à problèmes (Miller, 1983), l'efficacité de l'IM a été étendue à un large éventail de comportements allant de l'abus d'autres substances (Hettema, Steele et Miller, 2005) à des troubles de l'alimentation (Macdonald, Hibbs, Corfield et Treasure, 2012), d'autres problèmes de santé mentale (Westra, Aviram et Doell, 2011) et de la promotion de comportements positifs pour la santé (Martins &amp; McNeil, 2009).</p>
Cadre de recherche	<p><b>Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ?</b></p> <p>Oui, Les différents concepts sont cités et justifiés au vu de la précarité de la population concernée.</p> <p><b>Est-ce que les concepts clés s'inscrivent-ils dans un cadre de référence ? Est-il lié au but de l'étude ? Les bases philosophiques et théoriques ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ?</b></p> <p>Les concepts s'inscrivent dans le cadre de référence, il s'agit des expériences négatives des clients afro-américains par rapport aux interactions avec les professionnels de la santé, ils pensent avoir moins de prise de décision en ce qui concerne leur état de santé. Ils se sentent moins concernés par l'information sur la santé, acquiescent plus au clinicien et sont moins susceptibles d'adhérer au plan de traitement prescrit. Ils sont liés au cadre de recherche c'est à dire une recherche qui permettra d'estimer la validité factorielle du CEMI (échelle des expériences des clients) dans un échantillon qui diffère de l'échantillon de validation sur les dimensions de la race, du sexe, de l'état de traitement et de la situation géographique.</p>
Buts et question de recherche	<p><b>Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ?</b></p> <p><b>Oui, comme expliquer dans le point problème de la recherche.</b></p> <p>Oui.</p> <p><b>Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ?</b></p> <p>Non, les chercheurs ne cite pas des hypothèses qu'ils pourraient récoltées après leur étude. La question de recherche est évoquée clairement et est pertinente. Elle est expliquée dans les points précédents.</p> <p>Les auteurs veulent étudier les femmes afro-américaines au Sud-Est des USA.</p> <p><b>Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ?</b></p> <p>Oui, ceci est expliqué dans le point « recension de écrits ».</p> <p><b>Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le</b></p>

	<p><b>cadre de recherche ?</b>          Oui.  <b>Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ?</b>          Oui, les chercheurs ont souhaité analyser le sujet en profondeur face aux études antérieures déjà effectuées auprès d'une autre population.</p>
METHODE	
Population et échantillon	<p><b>La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? la méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ?</b>          Oui, les participants (n = 269) qui ont terminé l'évaluation du CEMI étaient principalement des femmes (85%) et des Afro-Américains (94,4%). L'âge moyen était de 43,84 (SD = 12,13) ans. Tous les participants étaient des personnes non mentalement atteintes et faisaient parti d'une ville de taille moyenne située dans le sud-est des Etats-Unis. Ils se sont auto-sélectionnés pour participer à un changement de mode de vie.</p> <p><b>Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ? La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis d'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ? Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données ?</b>          Il n'y a pas de données à ce sujet dans la méthodologie.</p> <p><b>Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ?</b>          C'est le nombre de personnes qui se sont auto-sélectionnées qui déterminent la taille de l'échantillon. Il n'y a pas de justification sur une base statistique.</p>
Considérations éthiques	<p><b>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ?</b>          Oui, les sessions de MI ont permis d'aboutir à des objectifs personnels à chaque participant en accord avec l'entraîneur de santé.</p> <p><b>L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ?</b>          Oui, en engageant un personnel formé ainsi qu'en faisant approuver les procédures par le Conseil d'examen institutionnel de l'Université.</p>
Devis de recherche	<p><b>Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? la méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposées ?</b>          Oui, le devis utilisé permet d'atteindre le but de l'étude. C'est une</p>

	<p>étude qualitative qui va permettre de connaître l'avis des participants sur le Mi par le biais du CEMI.</p> <p>En effet, après avoir terminé une évaluation, les participants ont participé à une séance d'amélioration motivationnelle (ME) où des commentaires d'évaluation sur les indicateurs de santé (par exemple, la tension artérielle) ont été discutés et un plan de changement de comportement a été élaboré. La session ME était la seule composante axée sur le changement de comportement lors des évaluations.</p> <p>Les séances de ME ont mis l'accent sur la motivation pour améliorer le comportement des participants et les comportements d'activité physique. Les participants ont reçu des commentaires personnalisés sur divers facteurs de santé tels que le poids, la tension artérielle, le cholestérol, l'indice de masse corporelle et le régime et ont eu l'opportunité de choisir les zones de santé qu'ils souhaitaient discuter avec un entraîneur de santé formé par un MI. Les objectifs de cette interaction étaient les suivants: construire une motivation interne parmi les participants pour améliorer les comportements de régime et d'exercice et élaborer un plan de changement individualisé qu'ils pourraient mettre en œuvre. Sessions conclues avec l'entraîneur de santé entraînant l'engagement des participants envers le plan de changement.</p> <p><b>Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ?</b></p> <p>Oui, il permet d'examiner toutes les questions de recherche.</p> <p><b>Le choix du devis permet-il de respecter les critères scientifiques ?</b></p> <p>Oui car il permet de répondre à l'étude.</p> <p><b>La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ?</b></p> <p>Oui comme expliqué plus haut.</p> <p><b>Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ?</b></p> <p>Oui, les chercheurs ont passés suffisamment de temps sur le terrain pour effectuer leur recherche.</p>
Modes de collectes de données	<p><b>Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ?</b></p> <p>Oui, Les articles du CEMI faisaient partie d'une série de questionnaires présentés oralement par des assistants de recherche formés immédiatement après les séances de ME. Les mesures ont été administrées par voie orale pour tenir compte de toute préoccupation de lecture et de compréhension. Ceci est différent de l'étude de Madson et al., 2013, dans laquelle les mesures ont été auto-déclarées car le CEMI est conçu comme une mesure à compléter par les clients.</p> <p>Le CEMI est une mesure d'auto-évaluation de 16 items visant à évaluer les perceptions des clients de l'utilisation par le clinicien de l'IM à travers deux facteurs. Le CEMI peut également fournir un moyen d'évaluer la qualité de l'IM délivré aux clients. En règle</p>

	<p>générale, le CEMI est un outil auto-administré donné au client après une séance de conseil basée sur le MI et demande au client d'évaluer le degré auquel un conseiller a présenté des comportements spécifiques liés à l'IM (Madson et al., 2009). Les participants utilisent une échelle de type Likert à quatre points (1 = pas du tout à 4 = une bonne affaire) pour évaluer le degré auquel le conseiller MI a démontré chacun de 16 comportements au cours de sa dernière session. Les comportements évalués comprennent: «mettez l'accent sur vos faiblesses», «aidez-vous à changer votre comportement» et «aidez-vous à avoir l'espoir de modifier votre comportement». Les éléments négatifs sont reversés et les scores plus élevés du CEMI représentent plus de comportements cohérents.</p> <p><b>Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ?</b></p> <p>Oui comme expliqué plus haut.</p> <p><b>L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ?</b></p> <p>Les instruments ont été importés pour les besoins de l'étude.</p> <p><b>La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés ?</b> <input type="checkbox"/></p> <p>Oui, les outils de mesure permettent de répondre aux questions de recherche avec une procédure expérimentale cohérente.</p>
Conduite de la recherche	<p><b>Le processus de collecte de données/enregistrements est-il décrit clairement ?</b></p> <p>Non, il n'y a pas d'explication précise sur le processus de collecte de données dans la méthodologie.</p> <p><b>Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ?</b></p> <p>Oui, des assistants de recherche formés ont présenté oralement une série de questionnaires pour minimiser les biais.</p> <p>De plus, les séances ont été dispensées par cinq étudiants diplômés en psychologie au niveau du doctorat et trois diététistes inscrits au niveau de la maîtrise qui ont reçu une formation directe de 24 heures et qui ont été supervisés par le premier auteur, membre du Réseau d'entraînement motivationnel des formateurs (Madson, Landry, Molaison, Schumacher, &amp; Yadrack, en presse). L'âge moyen des entraîneurs de santé était de 28,1 (SD = 4,7), sept étaient des femmes, deux étaient afro-américains et six étaient blancs. Il y avait une moyenne de 2.1 (SD = 1.9) années d'expérience fournissant des services cliniques (Zoellner et al., 2011).</p> <p><b>Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante?</b></p> <p>Aucune intervention n'est décrite dans cette étude.</p>
Analyse des données	<p><b>Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ?</b> <input type="checkbox"/></p>

	<p>Oui, la structure des facteurs pour le CEMI a été établie grâce à une analyse factorielle exploratoire et confirmatoire avec un échantillon fractionné de 500 clients essentiellement blancs (59). Les résultats ont suggéré qu'une solution à deux facteurs expliquait 51,1% de la variance cumulative. Les deux facteurs CEMI (relationnels et techniques) ont été étiquetés sur la base d'un point commun entre les éléments après avoir examiné chaque élément et sa cohérence avec les descriptions publiées de MI (Miller &amp; Rose, 2009). Il est à noter que les éléments chargés sur le facteur de relation ont tendance à être inversés, de sorte qu'un score élevé sur le facteur de relation reflète une absence de comportements inconsistants, alors que les éléments du facteur technique ont tendance à refléter l'utilisation par les participants de stratégies cohérentes avec le MI. Une corrélation inverse faible a été trouvée entre les deux sous-échelles avec l'échantillon fractionné <math>r = -16</math> et <math>-17</math> (Madson et al., 2013).</p> <p><b>Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ?</b></p> <p>Oui, par exemple, les chercheurs ont choisi d'inclure des cliniciens de races différentes pour l'entretien motivationnel. <b>Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ?</b> <small>L SEP</small></p> <p>Oui, on remarque que le CEMI a deux facteurs (relationnel et technique) et les résultats montrent qu'une cohérence interne par les participants varie de 0.88 pour le relationnel et de 0.91 pour le technique. Le CEMI indique également une augmentation de la cohérence avec l'IM en général.</p> <p><b>Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données ?</b></p> <p>Oui, cela permet d'avoir une analyse adéquate.</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p><b>Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ?</b></p> <p>Oui, les auteurs ont créé des tableaux qui permettent de mieux comprendre les résultats.</p> <p><b>Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ?</b></p> <p>Oui, afin de mieux informer les révisions potentielles des articles, nous avons choisi de comparer les différences moyennes pour chaque élément par rapport aux moyens pour les sous-échelles ou les scores totaux; En outre, cette analyse visait à nous aider à mieux comprendre les différences dans la façon dont ces deux échantillons ont déclaré connaître les différents aspects de l'IM évalués par le CEMI (c.-à-d. Si certains aspects de l'intervention ont peut-être été plus importants pour un échantillon par rapport à l'autre).</p> <p><b>Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ?</b></p>

	<p>Oui, les résultats portent sur les 16 éléments du CEMI dans une analyse factorielle confirmée par Madson et al. (2013) qui a été comparée en utilisant les tests t avec les moyens de l'étude actuelle (n = 225 et n = 269). Les auteurs décrivent les résultats des 16 items comme par exemple celui du 8 et du 13 ou on peut observer qu' il y a un manque significatif d' ajustement entre le modèle proposé et les données observées.</p> <p>Les auteurs ont utilisé un CFA pour mener leur recherche.</p> <p><b>L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ?</b></p> <p>Les résultats ont été découverts à l'aide de nombreuses applications informatiques. Les auteurs ne précisent pas si des experts ont retranscrit les données ou si les participants ont eux-mêmes évalué leur données.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p><b>Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ?</b></p> <p>Oui, l'ajout du CEMI peut améliorer la formation, la supervision et l'évaluation des conseillers et stagiaires du MI. L'objectif de cette étude était d'évaluer la validité factorielle du CEMI avec un échantillon principalement féminin et afro-américain qui participait à une intervention de vie saine. La structure factorielle du CEMI a été établie dans un échantillon principalement masculin blanc de patients recevant un traitement psychiatrique aiguë chez les patients hospitalisés dans les hôpitaux urbains et suburbains du nord-est des États-Unis (Madson et al., 2013). Ainsi, les principaux résultats de la présente étude fournissent les deux occasions de spéculer sur la façon dont le CEMI fonctionne avec des personnes de milieux différents et dans différents contextes et de réviser davantage le CEMI de manière à ce qu'il soit plus pertinent. En examinant les scores du CEMI dans les deux échantillons, des différences significatives dans les mentions d'articles moyennes pour tous les éléments ont été trouvées. En outre, seul un support modeste pour la structure factorielle du CEMI a été trouvé dans cet échantillon. Les résultats indiquent également les opportunités potentielles de révisions supplémentaires et le développement du CEMI.</p> <p><b>Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures?</b></p> <p>Oui, étant donné l'importance croissante accordée à l'évaluation des perceptions des clients sur le counseling (Kelly et al., 2010;), les commentaires des participants et la façon dont leurs perceptions se rapportent aux résultats, Le CEMI semble représenter une étape importante dans l'évaluation de l'IM du point de vue du participant.</p> <p>Les auteurs ont comparé leur étude utilisant le CEMI à une étude antérieure qui a utilisé le même outil.</p>

Les constatations effectuées dans le point suivant soulignent la nécessité d'accorder une attention particulière aux éléments du CEMI et à la cohérence de l'administration dans les études futures.

**L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ?**

Oui, les participants à l'étude actuelle ont perçu leurs séances comme plus cohérentes avec le MI et ont également démontré moins de variabilité dans leur perception des sessions que les participants à l'étude de validation. Il existe un certain nombre de facteurs qui peuvent expliquer ces différences :

Tout d'abord, il est possible que les participants à l'étude en cours, qui ont reçu l'IM parce qu'ils ont volontairement cherché une intervention pour améliorer leur santé, soient peut-être plus disposés à changer et à être réceptifs aux conseils que les participants à l'étude de validation. Ainsi, les fournisseurs et les participants ont peut-être eu des objectifs plus étroitement alignés au début de l'entretien qui pourraient avoir amélioré les scores du CEMI.

Il est également possible que les différences culturelles ou démographiques entre les deux échantillons aient pu influencer la réponse avec les participants dans la présente étude moins susceptibles d'être critiqués par les cliniciens de l'IM.

Enfin, il est possible que l'IM délivré dans l'étude actuelle soit de meilleure qualité que l'IM délivré dans l'étude antérieure et, par conséquent, la différence dans les perceptions des participants reflète une différence réelle dans l'adhésion de l'intervention que les deux groupes ont reçue. Par rapport à l'étude de validation, la formation et le contrôle semblent être plus étendus dans l'étude actuelle (c.-à-d., 24 heures de formation et supervision supplémentaire par rapport à l'atelier de 6 heures et des sessions de soutien mensuel).

Dans cette étude, le CEMI a été administré verbalement par un assistant de recherche par auto-administration dans l'étude de validation initiale et les différences dans l'administration auraient pu affecter les résultats en raison de l'acquiescement du participant, de l'opportunité sociale ou des effets expérimentateurs. Par ailleurs, bien que ces éléments aient été développés pour représenter les concepts de MI, ils ont peut-être été trop complexes pour que les participants comprennent et, par conséquent, ils peuvent avoir répondu en fonction d'un autre contenu non lié.

Une autre explication potentielle de cette découverte est que peut-être une conceptualisation de l'IM qui met l'accent sur les composantes relationnelles et techniques soit plus applicable aux conseils en santé mentale que les applications dans les entretiens pour des modes de vie plus sains.

Grâce à ces nombreux résultats, les auteurs peuvent modifier l'échelle CEMI afin de l'adapter encore mieux aux situations. Par exemple, les items 9 et 10 seront fusionnés dans les prochaines études car il y avait trop de confusion entre les deux questions.

	<p><b>Les limites de l'étude ont-elles été définies ?</b></p> <p>Oui, les limites peuvent être associées à la synthèse des résultats présentée dans le point précédent.</p> <p><b>Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ?</b></p> <p>Oui comme expliqué plus haut dans les résultats.</p> <p>On constate que pour la plupart des items, il y a une variabilité limitée qui remet en question la discrimination des articles et souligne la nécessité d'examiner les éléments ou la notation.</p> <p>Étant donné que les résultats diffèrent des études antérieures (Madson et al, 2009; 2013), il semble plus important de réviser le format de réponse, ce qui pourrait changer l'échelle de 4 points à une échelle de réponse de 5 ou 7 points. À l'heure actuelle, le descripteur du point le plus élevé de l'échelle de réponse indique «une bonne affaire». L'ajout de points d'extrémité plus fortement définis, tels que «jamais» ou «toujours», peut résoudre ce problème.</p> <p><b>Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ?</b></p> <p>Il n'y a pas de données à ce sujet dans le chapitre des résultats.</p>
Conséquences et recommandations	<p><b>Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ?</b></p> <p>Après une nouvelle révision et une évaluation psychométrique, le CEMI peut être un outil précieux pour l'utilisation dans la pratique, la formation et la supervision en utilisant l'IM. Pour les cliniciens qui utilisent l'IM dans le cadre de leur pratique, le CEMI peut être utilisé pour obtenir les commentaires des clients/patients. Des commentaires comme ceux-ci peuvent aider les cliniciens à apprendre de leurs clients comment améliorer l'utilisation du MI. Les formateurs et les superviseurs du MI peuvent utiliser le CEMI comme un outil pour fournir des commentaires aux stagiaires MI. Traditionnellement, la formation et la supervision impliquent un examen de session et un auto-rapport de conseiller. Cependant, Miller (2001) a souligné que l'auto-déclaration des stagiaires est souvent inexact et des outils d'évaluation de la formation diversifiés sont nécessaires (Madson, Loignon &amp; Lane, 2009; Söderlund, Madson, Rubak et Nilsen, 2011). Ainsi, les commentaires des clients peuvent fournir une autre source précieuse d'informations pour le développement des compétences des stagiaires.</p> <p>La découverte des facteurs contribuant à l'efficacité de l'IM reste une priorité. La perception par les clients de l'IM est une source d'information sous-représentée et le CEMI est prometteur comme mesure pour fournir ces données. Cependant, un perfectionnement et une évaluation supplémentaires sont nécessaires pour développer le CEMI et déterminer comment il pourrait contribuer davantage à la recherche et à la formation de l'IM.</p> <p><b>L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ?</b></p>

	<p>Oui, comme expliqué dans le point « interprétation des résultats ». Il convient de noter que le CEMI a été administré par voie orale dans cette étude, ce qui est différent des études antérieures (Madson et al., 2009; 2013). Cette modification de la procédure peut avoir conduit à des effets expérimentateurs qui doivent être pris en considération. Par exemple, le fait qu'un participant devait répondre verbalement à un chercheur aurait pu augmenter la réponse socialement souhaitable et donc des réponses favorisant les scores élevés de MI. Les futures enquêtes sur le CEMI devraient tenter de respecter les procédures d'administration initiales.</p> <p>L'échantillon était quelque peu homogène (la majorité des femmes afro-américaines auto-sélectionnées dans une intervention de style de vie), ce qui aurait pu limiter la généralisation de nos résultats. Bien que, comme on l'a noté précédemment, les résultats contrastés de l'échantillon actuel par rapport à ceux obtenus dans l'échantillon principalement blanc, masculin et de santé mentale utilisé pour la validation initiale de la mesure ont entraîné des modifications. Les études futures du CEMI avec des interventions sur le mode de vie devraient viser des groupes plus hétérogènes.</p> <p>Une évaluation psychométrique supplémentaire du CEMI serait justifiée. Tout d'abord, il serait important d'évaluer si la cohérence interne et la structure des facteurs sont supportées après la révision proposée. Une autre étape importante dans la validation du CEMI impliquera l'exploration de sa validité convergente et prédictive. Par exemple, il serait utile de comparer les scores sur le CEMI aux scores sur les mesures d'observation validées (Madson &amp; Campbell, 2006). En outre, la relation entre les scores du CEMI et les résultats du changement de comportement du client doivent être établis avant son utilisation dans l'exploration des mécanismes de changement de l'IM. Ces étapes sont importantes dans le processus d'établissement du CEMI en tant que moyen plus pratique et rentable d'évaluer la fidélité et la qualité des MI.</p> <p><b>Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ?</b></p> <p>Oui, voir les points précédents qui démontrent la richesse de l'étude.</p>
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fernandez, E., Salem, D., Swift, J. K., & Ramtahal, N. (2015). Meta-analysis of dropout from cognitive behavioral therapy: Magnitude, timing, and moderators. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(6), 1108-1122. doi :10.1037/ccp0000044

Grille adaptée du Fortin (2010)

Eléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<b>Le titre précise t'il clairement les concepts clés et la population a l'étude ?</b>

	Partiellement car la population de l'étude n'est pas précisée mais le titre nous informe de la thérapie qui sera traitée.
Résumé	<p><b>Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?</b></p> <p>Oui, au niveau de :</p> <p><b>La problématique :</b>  À cette époque d'insistance sur les traitements basés sur des preuves, la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) est apparue comme un choix très apprécié pour un éventail de troubles psychologiques. Pourtant, il n'est nullement à l'abri de certains des aléas de la participation des clients. Des problèmes particuliers surviennent lorsque les clients abandonnent le traitement. Objectif: L'objectif de cette étude était de répondre aux questions sur le taux et le moment du décrochage de la TC, avec une référence spécifique au prétraitement par rapport aux phases de traitement. Aussi exploré plusieurs modérateurs de décrochage.</p> <p><b>La méthode :</b>  Une méta-analyse a été effectuée sur les données d'abandon de 115 études empiriques primaires impliquant 20 995 participants recevant une TCC pour une gamme de troubles de santé mentale.</p> <p><b>Le résultat :</b>  Le taux d'abandon moyen pondéré était de 15,9% au prétraitement et de 26,2% pendant le traitement. Le décrochage a été significativement associé au (a) diagnostic : la dépression ayant le taux d'attrition le plus élevé; (B) le format de la livraison du traitement : l'e-thérapie ayant les taux les plus élevés; (C) établissement du traitement : avec moins de patients hospitalisés que les décrocheurs ambulatoires; Et (d) nombre de séances : avec débutants de traitement montrant un décrochage considérablement réduit, au fur et à mesure que le nombre de séances augmentait. Le décrochage n'a pas été significativement associé au type de client (adultes ou adolescents), au statut d'obtention d'un diplôme en thérapeute, à la conception de l'étude (essai de contrôle randomisé [RCT] vs. non-RCT) ou à la publication récente.</p> <p><b>La discussion :</b>  Les résultats sont interprétés en fonction d'autres commentaires. Les applications cliniques possibles incluent un choix minutieux et une complémentation de l'établissement / livraison du traitement selon le diagnostic et l'utilisation de stratégies préparatoires. Les suggestions pour les recherches futures comprennent la normalisation des définitions opérationnelles du décrochage, la spécification du moment de l'abandon scolaire et l'exploration de variables de modérateur supplémentaires.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<b>Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ?</b>

	<p>Oui, en psychothérapie, le décrochage de mots se réfère à un client qui interrompt prématurément le traitement, contrairement au continuateur ou à la fin de la thérapie. Le concept est souvent élargi pour englober les clients qui ne commencent pas le traitement mis à leur disposition, également appelé refus. Dans le cas de l'interrupteur et du refuseur, la décision du client est faite contre des conseils professionnels. La perte cumulée de clients au cours de la thérapie est appelée attrition, dont l'inverse est la rétention. L'attrition est souvent considérée comme problématique non seulement parce que cela signifie des données manquantes et une réduction du pouvoir statistique pour les chercheurs et la perte de revenus pour les cliniciens, mais aussi parce que les besoins en santé mentale du client ne sont pas servis. En thérapie de groupe, il y a une autre complication de la perturbation du processus de groupe en raison des changements d'adhésion lorsque certains abandonnent et d'autres continuent. La question centrale qui a occupé la plus grande partie de la recherche dans ce domaine est la diminution de l'attrition en psychothérapie ou l'ampleur de l'attrition. Tout aussi important est la question du moment de l'attrition, comme l'ont déclaré Self, Oates, Pinnock-Hamilton et Leach (2005). Une troisième question est de savoir si l'attrition varie en fonction de certaines variables de modérateur.</p> <p>Les réponses à ces questions peuvent contenir des indices concernant les raisons pour lesquelles les clients abandonnent leurs efforts et les tentent de les retenir. Bien que les études de psychothérapie ne contiennent pas systématiquement les données d'attrition, certaines fournissent au moins un pourcentage ou un pourcentage des décrocheurs par rapport à l'échantillon.</p> <p><b>Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ?</b></p> <p>Oui, les chercheurs ont souhaité découvrir l'attrition dans la thérapie cognitivo-comportementale en fonction de ce qu'ils ont découvert au travers des recherches pour la psychothérapie en général.</p> <p><b>Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ?</b></p> <p>Oui</p>
Recension des écrits	<p><b>Une recension a-t-elle été entreprise ?</b> </p> <p>Oui, plusieurs critiques notables ont tenté de synthétiser ces données dans une sorte de taux moyen d'abandon scolaire. Dans leur examen, Dubrin et Zastowny (1988) ont constaté des niveaux élevés d'attrition entre la cinquième et la huitième session, ou encore entre la troisième et la dixième sessions, voire entre la sixième et la dix-neuvième session, et dans certains cas, cinq mois de traitement. Fondamentalement, comme l'ont souligné Reis et Brown (1999), «cette littérature est très contradictoire et les résultats sont difficiles à reconnaître» (p. 123).</p>

Une tentative précoce d'agrèger la fréquence de décrochage dans 125 études de résultats de psychothérapie a entraîné un taux moyen de décrochage de 46,86% (Wierzbicki & Pekarik, 1993). Plus récemment, Swift et Greenberg (2012) ont extrait des données sur l'abandon d'un vaste ensemble de publications sur la psychothérapie publiées entre 1990 et 2010 (à l'exclusion des études sur l'intervention psychosociale sur la dépendance aux substances ou des problèmes médicaux tels que ceux impliquant du poids corporel). Leur méta-analyse de 669 études a montré que le taux de décrochage du traitement était en moyenne de 19,7%, avec une fourchette de 0% à 74%.

**La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ?**

Oui, les études démontrent un certain pourcentage d'arrêt du suivi de la thérapie.

**La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? L'auteur présente-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ?**

Oui, les auteurs se fient à des études réalisées auparavant telles que Swift et Greenberg (2012) ou Reis et Brown (1999).

**La recension présente-t-elle des sources primaires ?**

Oui, comme expliqué dans la recension entreprise. Les auteurs se sont appuyés sur de nombreuses études.

La dérivation de la recherche sur l'attrition en psycho-thérapie a été une nouvelle ligne d'examen de l'attrition dans la thérapie cognitivo-comportementale (TCC), la présente étude suit ces étapes. Cet objectif est en partie une tentative de réduire l'hétérogénéité de la variance dans les données associées aux différentes écoles de thérapie. De plus, la CBT est devenue un parent de thérapie dominant qui a attiré une masse critique d'études publiées (Epp & Dobson, 2010). Bien qu'ils soient appliqués à une variété de troubles, ces applications de la CBT partagent en commun: la modification des évaluations, des systèmes de croyance et des comportements instrumentaux, principalement à travers des techniques dérivées des théories de l'apprentissage opérant et intuitif. Cette unité permet une agrégation et une interprétation significatives des résultats concernant l'ampleur et le moment de l'attrition dans la TCC. Un précédent important dans ce domaine d'enquête est l'étude narrative de Salmoiraghi et Sambhi (2010). Ils ont identifié 14 études portant sur la résiliation anticipée dans la TCC. La plupart d'entre eux étaient des études de cohorte. Leur conclusion était qu'il y avait un taux d'attrition de 19% à 50%, avec «aucun prédicteur fort unique».

Un examen quantitatif a été entrepris par van Ingen, Freiheit et Vye (2009), dans laquelle 11 études de TCC pour les troubles anxieux ont été jugées dignes d'inclusion en raison de leur pertinence pour la «pratique du monde réel» (p. 69). Les clients

	<p>qui ont commencé le traitement, mais qui n'ont pas terminé l'évaluation post-traitement, représentaient en moyenne 26% des échantillons, avec une fourchette de 9% à 36%. Dans leur récente méta-analyse des taux de décrochage de la CBT, Hans et Hiller (2013a) ont exploré l'attrition dans les études de la dépression, tant dans la recherche que dans les milieux cliniques. Le décrochage a été défini opérationnellement comme une participation à plus d'une session, mais l'échec de l'achèvement de toutes les sessions. Au total, 23 études comportaient des données sur l'abandon post-traitement</p>
Cadre de recherche	<p><b>Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ?</b></p> <p>Oui, Les différents concepts sont cités et justifiés.</p> <p><b>Est-ce que les concepts clés s'inscrivent-ils dans un cadre de référence ? Est-il lié au but de l'étude ? Les bases philosophiques et théoriques ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ?</b></p> <p>Les concepts s'inscrivent dans le cadre de référence, il s'agit de découvrir l'attrition des diverses personnes à l'étude face à la TCC.</p>
Buts et question de recherche	<p><b>Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ?</b></p> <p>Oui, dans la présente étude, l'attrition par CBT est examinée sans un accent restreint sur un trouble particulier. Dans le cadre de cet examen, les publications de la CBT impliquent une certaine attention à l'attrition. À un niveau de base, l'ampleur de l'attrition est représentée par des statistiques de tendance et de dispersion centrales. Dans la mesure du possible, les données d'attrition sont présentées en fonction de la phase de traitement, compte tenu des étapes de prétraitement et de traitement.</p> <p>De cette façon, ce qui pourrait être tiré des données est une image plus large de l'ampleur (y compris la moyenne et la variance) et le moment de l'attrition au cours de la TCC. Enfin, une recherche de variables de modérateur, y compris, mais sans s'y limiter, les variables de diagnostic, de traitement, de thérapeute et de client, est effectuée dans le but de qualifier ou d'expliquer l'ampleur et le moment du décrochage.</p> <p><b>Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ?</b></p> <p>Oui, les résultats globaux des recherches précédentes montrent que malgré les effets favorables du traitement pour les patients ayant réussi à le terminer, l'abandon de celui-ci reste considérable.</p> <p>En moyenne, chaque quatrième personne a échoué à compléter le traitement "(p. 82), avec un décrochage allant de 0% à 68%. La durée de la thérapie variait de 10 à 40 sessions de thérapie individuelle ou de six à 24 séances de thérapie de groupe, ce qui ne laissa pas savoir à quel point ou stade de la thérapie la plupart des attentes ont eu lieu. En examinant plus en détail un groupe d'études de référence impliquant des essais de contrôle randomisés</p>

	<p>(ECR) de la TCC pour la dépression, les auteurs ont constaté une forte variation du taux de décrochage allant de 8,05% à 32,20% pour la TCC au format individuel et de 3,13% à 40% pour Groupe CBT.</p> <p><b>Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ?</b></p> <p>Oui, elles dépendent également du type de pathologie de base de chaque patient. Par exemple, dans une méta-analyse publiée séparément du résultat de la TCC pour les troubles anxieux, Hans et Hiller (2013b) ont signalé un taux d'abandon plus large (11,73% pour le trouble obsessionnel-compulsif, 15,31% pour la phobie sociale, 17,52% pour le trouble panique et 27,68 % Pour le syndrome de stress post-traumatique [TPTD]).</p> <p><b>Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ?</b></p> <p>Oui.</p> <p><b>Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ?</b></p> <p>Oui, elles s'appuient sur des données pertinentes recherchées auparavant.</p>
METHODE	
Population et échantillon	<p><b>La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? la méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est- elle appropriée ?</b></p> <p>Les chercheurs ne précisent pas la population. Ils veulent avoir des études concernant l'arrêt de la TCC mais sans rechercher un patient ayant une pathologie particulière. Les auteurs ont souhaité acquérir des études déjà réalisées.</p> <p>La base de données électronique de PsycINFO a été recherchée pour toutes les publications ayant une combinaison de mots-clés apparaissant n'importe où dans le titre, l'abstract ou le corps du texte. Dans cette combinaison, l'un des mots-clés devait être une thérapie comportementale cognitive, ou ses variations lexicales telles que la thérapie comportementale cognitive, la thérapie comportementale cognitive à orthographe britannique ou la CBT aconomique. L'autre mot-clé devait être abandonné en un seul mot ou en deux mots (abandonner) ou bien séparé (décrochage). On a également vérifié les synonymes d'abandon (par exemple, l'attrition, la terminaison prématurée) et les antonymes (par exemple, la rétention, le complément). La recherche de la littérature a été élargie en parcourant des articles pertinents et des bases de données supplémentaires, notamment Medline. Cela a produit un grand nombre d'entrées en double à partir desquelles</p>

	<p>un ensemble de 380 articles uniques ont été obtenus. Aucune restriction n'a été accordée à la date de publication des études, dont la majorité est apparue après les années 1980, la plus récente étant en décembre 2014. Cependant, une restriction a été accordée à la langue, de sorte que seules les documents publiés en anglais ont été inclus. En ce qui concerne la publication, les articles de revues ainsi que les chapitres de livres ont été inclus, mais les dissertations et les thèses non publiées ont été exclues. Dans tous les cas, les données ont été extraites uniquement des rapports originaux de recherche plutôt que des articles de revue synthétisant des recherches provenant d'autres sources. Cela a conduit à un ensemble de 231 articles. À partir de cet ensemble, on a abouti à un ensemble définitif de 115 articles dans lesquels (a) le traitement était réellement conforme à la TBC et (b) des données non ambiguës étaient disponibles sur l'ampleur et le moment du décrochage (avant ou pendant le traitement). Ces 115 articles sont inclus dans une liste de référence séparée pour "Archive supplémentaire en ligne".</p> <p><b>Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ? La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis d'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ? Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données ?</b></p> <p>Le diagnostic de l'échantillon a été noté selon la terminologie adoptée dans les articles et ensuite regroupés en catégories plus larges (par exemple, dépression, anxiété, troubles de l'alimentation). Le format de traitement a été codé comme individu, groupe ou e-thérapie. Le type de client a été codé comme enfant / adolescent ou adulte, et le type de thérapeute a été codé en tant que stagiaire ou licencié ou un groupe mixte de stagiaires et de thérapeutes agréés. L'établissement a été répertorié en ambulatoire, en ambulatoire ou divers. La conception de l'étude a été catégorisée comme un essai contrôlé randomisé (ECR) ou un ECR non. Enfin, le nombre d'années écoulées depuis la publication de l'étude a également été précisé.</p> <p><b>Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ?</b></p> <p>Oui, les auteurs ont réparti leurs données sur un fichier Excel qui a permis de classer un certains nombres de critères comme expliqué plus haut.</p>
Considérations éthiques	<p><b>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ?</b></p> <p>Pas de notion présente pour cette étude.</p> <p><b>L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ?</b></p> <p>Pas de notion présente dans cette étude. les chercheurs sont allés récoltés les données auprès des base de données.</p>

Devis de recherche	<p><b>Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? la méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposées ?</b></p> <p>Les chercheurs ont fait une étude quantitative. L'objectif principal de cette méta-analyse était de calculer les taux moyens de décrochage avant le début du traitement (échec de l'initiation) et pendant le traitement (échec de l'achèvement) pour les études incluses de CBT.</p> <p><b>Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ?</b></p> <p>Oui</p> <p><b>Le choix du devis permet-il de respecter les critères scientifiques ?</b></p> <p>Oui, les auteurs souhaitent avoir un résultat représentatif avec des statistiques.</p> <p><b>La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ?</b></p> <p>Oui, cela est cohérent et permettra d'obtenir une vue d'ensemble.</p> <p><b>Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ?</b></p> <p>Les chercheurs n'ont pas passé de temps sur le terrain. Ils ont récoltés des données sur les bases de données.</p>
Modes de collectes de données	<p><b>Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ?</b></p> <p>Les chercheurs ont fait appel au programme Méthanalyse globale (Version 2), développé par Borenstein, Hedges, Higgins et Rothstein (2005),</p> <p>Compte tenu de l'hétérogénéité des méthodes et des clients pour les études qui ont été incluses dans cette revue, un modèle d'effets aléatoires a été utilisé dans ces calculs. La stabilité des taux calculés a également été testée en calculant les taux qui seraient obtenus en supprimant une étude à la fois et en recalculant la moyenne pondérée. L'homogénéité dans les taux de décrochage de l'étude aux deux points de temps a ensuite été testée à l'aide de la statistique Q et une valeur I<sup>2</sup> a également été calculée afin d'illustrer le degré d'hétérogénéité en utilisant un pourcentage.</p> <p><b>Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ?</b></p> <p>Oui.</p> <p><b>L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ?</b></p> <p>Le programme Méthanalyse globale (Version 2), développé par Borenstein, Hedges, Higgins et Rothstein (2005), a été utilisé pour toutes les analyses de données. C'est donc un programme qui a été importé.</p> <p><b>La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés ?</b></p> <p>Oui.</p>

Conduite de la recherche	<p><b>Le processus de collecte de données/enregistrements est-il décrit clairement ?</b></p> <p>Oui, la taille de l'échantillon original, le nombre de séances de traitement offerts et les taux de décrochage par rapport au calendrier ont été entrés en étude par une étude dans une feuille de calcul Excel.</p> <p><b>Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ?</b></p> <p>Oui, toutes les données numériques et nominales ont été extraites de manière indépendante par deux membres de l'équipe de recherche.</p> <p>Dans les quelques cas de codage discret, un troisième membre de l'équipe de recherche a également été consulté pour parvenir à un consensus par discussion.</p> <p><b>Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante?</b></p> <p>Pas de notion dans cette étude.</p>
Analyse des données	<p><b>Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ?</b></p> <p>Oui, Premièrement, on a calculé un taux moyen pondéré de décrochage prétraité (nombre de clients qui ont accepté un traitement, mais interrompu avant la première séance de traitement). Seulement 36 des études incluses ont fourni des données sur le décrochage prétraité. Deuxièmement, une moyenne pondérée pendant le taux d'abandon du traitement (nombre de clients ayant interrompu le traitement prématurément après avoir fréquenté au moins une session) a été calculée en fonction des données provenant des 115 études incluses.</p> <p>Ensuite, six variables catégorielles (diagnostic, format de thérapie, type de client, type de thérapeute, établissement thérapeutique et conception de l'étude) ont été testées en tant que modérateurs potentiels en utilisant un test Q pour les deux types de décrochage scolaire. Un modèle à effets mixtes a été utilisé pour les tests de modération, étant donné que les sous-groupes avaient l'hypothèse de différer leurs taux de décrochage scolaire. Dans ces tests, la statistique Q est analogue aux tests de différences de groupe avec l'analyse de variance dans la recherche primaire. Enfin, deux analyses de métrage ont été utilisées pour tester le nombre de séances offertes et les années de publication comme covariables pour les deux types de décrochage (prétraitement et traitement). Dans ces tests, un coefficient de régression a été calculé et une statistique z correspondante a été utilisée pour tester l'importance.</p> <p><b>Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ?</b></p> <p>Oui, un modèle d'effets aléatoires (méthode des moments) a été utilisé pour les analyses de méta-régression en raison de la variance attendue entre les études.</p> <p><b>Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en</b></p>

	<p><b>évidence les extraits rapportés ?</b></p> <p>Il n'y a pas de résumé des résultats dans la partie méthode de l'étude.</p> <p><b>Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données ?</b></p> <p>Oui.</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p><b>Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ?</b></p> <p>Oui, plusieurs tableaux représentant les résultats sont présentés dans l'étude.</p> <p>Le tableau 1 indique les résultats en vérifiant si le diagnostic était un modérateur du prétraitement et des taux de décrochage du traitement. Des différences significatives dans les taux de décrochage prétraités entre les groupes diagnostiques ont été trouvées, <math>Q(6) 13,55, p. 05</math>. Bien que les études de TCC pour la dépression (<math>k 6</math>) aient un taux moyen d'abandon du prétraitement de 21,6%, les études de TCC pour les troubles psychotiques (<math>k 4</math>) n'avaient qu'un taux moyen d'abandon du prétraitement de 5,6% et des études de TCC pour le TSPT (<math>k 2</math>) n'a eu qu'un taux de décrochage moyen de 7,8%. Une différence significative dans les taux de décrochage pendant le traitement a également été constatée pour les différents groupes de diagnostic, <math>Q(7) 26,55, p .001</math>. Bien que les études de CBT pour la dépression (<math>k 15</math>) aient une moyenne pendant le taux de décrochage du traitement de 36,4%, les études sur la TCC pour l'anxiété (<math>k 23</math>) n'avaient qu'une moyenne pendant le taux de décrochage du traitement de 19,6% et des études de TCC pour troubles psychotiques (<math>k 10</math>) avaient un taux moyen d'abandon du traitement de 20,1%.</p> <p>Le tableau 2 rapporte les résultats en vérifiant si les formats individuels, collectifs et électroniques diffèrent dans leurs taux de décrochage, à la fois au moment du prétraitement et pendant le traitement. Sur les 36 études incluses qui ont signalé des taux de décrochage prétraités, 29 ont inclus des informations sur le format de traitement. Il y a eu une différence significative dans les taux de décrochage prétraités parmi les trois formats de traitement, <math>Q(2) 18,77, p .001</math>. Plus précisément, les taux de décrochage prétraitement dans les e-thérapies étaient de 10 à 15 points de pourcentage de plus que les taux de décrochage pour les thérapies individuelles ou en groupe. Parmi les 115 études incluses qui ont été signalées pendant les taux d'abandon du traitement, seules 76 ont inclus des informations sur le format de traitement. Il n'y avait pas de différence significative entre les taux de décrochage du traitement entre les trois types de format, <math>Q(2) 2.09, p .05</math>. Bien que n'étant pas significatif, pendant les taux d'abandon du traitement chez les e-thérapies, les taux de décrochage étaient d'environ 10 points de pourcentage supérieurs aux traitements en</p>

	<p>personne.</p> <p>Le tableau 3 indique les résultats en vérifiant si le prétraitement et les taux de traitement de la terminaison prématurée diffèrent selon les études menées dans des établissements hospitaliers, ambulatoires et autres. Trente des 36 études portant sur des données sur le décrochage prétraité incluent des informations sur le réglage. En résumé, il y a eu une différence significative dans l'arrêt avant le début de la thérapie chez les trois paramètres, <math>Q(2) 7,44, p. 05</math>, avec des études menées dans un établissement d'hospitalisation indiquant les taux les plus bas. Au cours du traitement, il y avait également une différence significative dans les taux de décrochage, <math>Q(2) 6,67, p. 05</math>. Encore une fois, les études effectuées dans un établissement de soins hospitaliers ont rapporté des taux de décrochage inférieurs par rapport à ceux effectués dans un établissement ambulatoire ou autre.</p> <p><b>Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ?</b></p> <p>Oui, les différents thèmes sont séparés afin d'avoir une vision d'ensemble comme par exemple le type de client ou la pathologie dont ils sont atteints.</p> <p>Au niveau du type de client : Les auteurs ont comparé les taux de prétraitement et de décès chez les patients adultes et enfants / adolescents. Le taux d'interruption du prétraitement a été de 15,9%, IC 95% [13,2%, 19,0%] pour les études avec des clients adultes (k 31) et 18,5%, IC 95% [10,1, 31,5%] pour les études avec les clients enfants / adolescents (K 4). Ce n'était pas une différence significative, <math>Q(1) 0,25, p .05</math>. Au cours du traitement, le taux de terminaison prématurée était de 25,8%, IC 95% [22,4%, 29,6%] pour les études avec des clients adultes (k 97) et 28,8%, IC 95% [21,8%, 36,9%] pour les études avec l'enfant / Clients adolescents (k 16). Ce n'était pas non plus une différence significative, <math>Q(1) 0.50, p .05</math>.</p> <p>Au niveau du type de thérapeute : le type de thérapeute dans l'étude (stagiaire, expérimenté / licencié, stagiaire mixte et expérimenté) a également été testé en tant que modérateur potentiel des taux de décès scolaires. Avant le début du traitement, les études avec les stagiaires (k 2) avaient un taux de décalage de 15,9%, IC à 95% [4,1%, 45,4%], des études avec des thérapeutes expérimentés / licenciés (k 21) avaient un taux d'arrêt de 14,6% , IC à 95% [11,5%, 18,3%], et les études auprès des stagiaires et des thérapeutes expérimentés / titulaires d'une licence ont eu un taux d'interruption de 16,2%, IC à 95% [10,5%, 24,2%]. Ces petites différences dans les taux de dissémination n'étaient pas importantes, <math>Q(2) 0,19, p. 05</math>. Au cours du traitement, il n'y a pas eu de différence significative dans les taux de décrochage, <math>Q(2) 0,04, p. 05</math>, entre les études avec stagiaires (k 12, taux d'événement 27,2%, IC à 95% [16,9%, 40,7%]), études Avec des thérapeutes expérimentés / licenciés (k 76, taux d'événement 26,6%, IC 95% [23,9%, 29,6%]) et des études avec des stagiaires</p>
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

et des thérapeutes expérimentés / autorisés (k 18, taux d'événement 27,7%, IC 95% [17,5 %, 41,0%]).

Au niveau du nombre de séances effectuées : Sur les 35 études incluses qui ont signalé des taux de décrochage prétraités, 27 ont inclus des informations sur le nombre de séances. Le nombre de séances dans ces études variait de 5 à 48. Dans ces études, la relation entre le nombre de sessions et le taux de décrochage n'était pas significative (pente 0,01, IC à 95% [0,02, 0,03], z 0,74, p. 05 ). Sur les 115 études incluses qui ont été signalées pendant les taux d'abandon du traitement, 89 ont inclus des informations sur le nombre de séances. Le nombre de séances dans ces études variait également de 5 à 48. Dans ces études, la relation entre le nombre de sessions et le taux de décrochage était significative (pente 0,03, IC à 95% [0,05, 0,00], z 1,98, p. 05 ). Plus précisément, pour chaque session supplémentaire qui a été incluse dans le traitement, il y a eu une baisse de 0,03 de la proportion logarithmique des clients qui ont abandonné.

Au niveau de l' années de publication : la relation entre les années écoulées depuis la publication et le taux de décrochage pendant le traitement n'a pas été significative (pente 0,00, IC à 95% [0,04, 0,04], z 0,06, p. 05), ce qui indique que les taux de décrochage prétraitement n'ont pas changé avec le temps . La relation entre les années écoulées depuis la publication et le taux d'abandon pendant le traitement n'a pas non plus été significative (pente 0,00, IC à 95% [0,04, 0,03], z 0,21, p. 0), ce qui indique que les taux de cessation prématurée n'ont pas augmenté ou Diminuant avec le temps.

#### **Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ?**

Oui, Selon les résultats, le taux moyen d'abandon de prétraitement pondéré pour les 36 études qui comprenaient ce type de données était de 15,9%, 95% d'intervalles de confiance (IC) [13,4%, 18,8%]. En supprimant une étude par passe, le taux moyen d'abandon de prétraitement pondéré variait de 15,0% à 16,5%, ce qui suggère un niveau élevé de stabilité avec le taux global constaté. Bien que le taux moyen ait été stable, les études se sont avérées très hétérogènes dans leurs estimations du décrochage prétraité, Q (35) 167,92, p .001, I1 79,16%, avec des taux de décrochage prétraité allant de 0% à 46,88%. Ce haut degré d'hétérogénéité suggère que les taux de décrochage prétraitement dans la TCC peuvent différer selon les modérateurs potentiels de l'étude.

La moyenne pondérée pendant le taux d'abandon du traitement pour les 115 études incluses était de 26,2%, 95% d'IC [23,1%, 29,7%]. En supprimant une étude par passage, le taux pondéré moyen variait de 25,8% à 26,6%, ce qui suggère également un niveau de stabilité élevé avec l'ensemble du taux de décrochage du traitement qui a été trouvé. Bien que la moyenne pendant le taux de décrochage du traitement soit stable, les études se sont révélées très hétérogènes dans leurs estimations, Q (114) 2562,23, p .001,

	<p>I2 95,55%, avec des taux de décrochage prétraités allant de 0% à 83,78%. Ce haut degré d'hétérogénéité suggère que les taux de décrochage prétraitement dans la TCC peuvent différer selon les modérateurs potentiels de l'étude.</p> <p><b>L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ?</b></p> <p>Pas de notion précise dans l'article.</p>
DISCUSSION	
Interprétatio ns des résultats	<p><b>Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ?</b></p> <p>Oui, à voir dans le point « présentation des résultats ».</p> <p>Une base de preuves substantielle s'est accumulée en faveur de la TCC pour une gamme de troubles. Cependant, cette efficacité peut être tempérée par l'attrition, ce qui est une question omniprésente dans de nombreux traitements psychologiques et médicaux ainsi que dans les systèmes éducatifs. Une méta-analyse a été effectuée sur 115 études contenant des informations pertinentes et utilisables sur l'abandon de la TCC. Pour répondre à la question spécifique sur le moment du décrochage, les taux de décrochage prétraitement ont été agrégés dans un sous-ensemble de 36 études (voir la figure 2) pour comparer les taux de décrochage du traitement regroupés dans toutes les 115 études (voir la figure 3). Les tailles d'effets ainsi obtenues ont été soumises à d'autres analyses des variables modératrices clés.</p> <p><b>Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures?</b></p> <p>La méta-analyse a révélé que le taux de décrochage moyen prétraité pondéré (pour les 36 études incluant ces données) était de 15,9%, IC 95% [13,4%, 18,8%] et la moyenne pondérée pendant le taux de décrochage du traitement (au total 115 Études) était de 26,2%, IC 95% [23,1%, 29,7%]. Évidemment, l'attrition était environ 10% plus élevée une fois que le traitement a commencé que avant le début du traitement. Même lorsque le pourcentage d'abandon pendant le traitement a été calculé par rapport à la taille de l'échantillon initial (avant l'attrition de prétraitement), la perte de participants au cours du traitement a clairement dépassé celle observée avant le traitement. Le taux moyen de décrochage total à la fois dans les phases de prétraitement et de traitement était d'environ 35% (pour voir à la fois le prétraitement et les données de traitement pour les 35 études qui incluaient des informations sur les deux, voir la Figure 4).</p> <p>Ce taux de décrochage se situe près du milieu dans la fourchette d'attrition de 19% à 50% obtenue par Salmoiraghi et Sambhi (2010) dans leur étude narrative de 14 études de décès dans la TCC.</p> <p>Dans la plus grande méta-analyse réalisée sur les taux de</p>

décrochage en psychothérapie adulte (Swift & Greenberg, 2012), la perte de sujets dans le stade du traitement était de 19,7%, soit un peu moins que les 26,2% trouvés ici. Cela ne signifie peut-être pas que les formes de psychothérapie autres que la TCC ont des taux d'attrition plus faibles, comme Swift et Greenberg (2012) ont eu une prépondérance des études de TCC dans leurs analyses. Plus probable, la légère disparité est due à différents critères d'exclusion. Par exemple, contrairement à la méta-analyse de Swift et Greenberg, la méta-analyse actuelle n'exclut pas les études portant sur la toxicomanie, les enfants et les adolescents, ni des études incluant des formats plus récents pour la prestation de traitement (en particulier la thérapie dirigée par Internet) Indiqué précédemment, était associé à des taux d'abandon plus élevés. Notamment, notre taux de décrochage observé pendant le traitement est presque identique au taux de décrochage de 26% trouvé par van Ingen et al. (2009) dans leur examen quantitatif de 11 études CBT jugées pertinentes pour la pratique du monde réel. Le taux de prétraitement et de décès par traitement dans cette étude a eu un degré élevé de stabilité, bien qu'ils soient très hétérogènes à travers les études, ce qui suggère des variables possibles du modérateur. Un modérateur significatif de décrochage était le diagnostic. Parmi tous les troubles représentés dans les études, la dépression était associée au prétraitement le plus élevé ainsi qu'aux taux de décrochage du traitement: 21,6% et 36,4%, respectivement (bien que les clients traités pour toxicomanie et autres dépendances aient également eu 36,4% pendant Taux d'abandon du traitement). Les 36,4% pendant le taux de décrochage du traitement chez les patients déprimés trouvés ici sont notamment supérieurs aux 24,6% pendant l'abandon du traitement récemment signalés par Hans et Hiller (2013a) dans une méta-analyse de 34 études de TCC pour la dépression. Il convient de noter que Hans et Hiller ne tirent que des essais non randomisés qui étaient destinés à être représentatifs de la pratique clinique de routine. Leur échantillon d'études comprenait également de nombreuses dissertations et d'autres études qui ne sont pas nécessairement publiées en anglais. D'autre part, la méta-analyse actuelle comprenait les ECR ainsi que les essais non randomisés de TCC pour la dépression, mais excluaient les dissertations. En d'autres termes, le niveau inférieur de rigueur méthodologique généralement attribué aux non-ECR et aux dissertations non publiées peut avoir entraîné une sous-estimation de l'attrition. Parmi tous les groupes de diagnostic considérés, l'attrition de prétraitement la plus faible était associée à des troubles psychotiques (5,6%) et un SSPT (7,8%). De même, le plus faible pendant l'attrition du traitement a été associé à des troubles anxieux (19,6%) et à des troubles psychotiques (20,1%). Une explication possible du taux élevé d'attrition chez les personnes souffrant de dépression par rapport à d'autres troubles mentaux peut résider dans la symptomatologie même de la dépression.

	<p>L'espoir diminué, le retrait social et le ralentissement psychomotrice peuvent agir de concert pour vaciller les niveaux d'intérêt en thérapie. Ils peuvent encore entraver l'alliance thérapeutique, qui est essentielle à la rétention en thérapie. En revanche, les taux de rétention relativement plus élevés parmi ceux atteints de psychoses peuvent être parce qu'ils sont plus souvent traités dans un contexte hospitalier où le décrochage est moins d'une option. Des taux intermédiaires de décrochage ont été observés pour le SSPT, soit une moyenne d'environ 17,5% dans les deux phases, résultat très proche des 16,7% rapportés par Kliem et Kröger (2013) dans leur méta-analyse de la TCC pour le SSPT.</p> <p>Un autre modérateur significatif de décrochage était le format du traitement. Le prétraitement et le taux de décrochage ont été d'environ 10 à 15 points de pourcentage de plus pour les thérapies électroniques (y compris les traitements par Internet, par téléphone et par CD) que par thérapie collective ou individuelle. Bien que cette tendance ait été observée pour les deux phases, la différence n'était significative que dans la phase de prétraitement et non pour ceux qui avaient déjà commencé un traitement. L'attrition de pré-traitement plus faible dans l'individu par rapport à la thérapie de groupe est conforme aux résultats antérieurs en psychothérapie, y compris la TBC (p. Ex. Pincourt, Duberstein et Lyness, 2007). Ce qui est nouveau, c'est que l'e-thérapie avait le taux d'attrition le plus élevé. Peut-être ceux qui considèrent la perspective d'une telle thérapie peuvent avoir été ambivalents quant à son utilité potentielle. Même s'ils ont commencé, ils étaient moins enclins à rester en e-thérapie par rapport à la thérapie en personne, peut-être en raison d'une allure thérapeutique limitée. Il est également possible que l'utilisation d'une technologie telle que les CD-ROM et les ordinateurs pour dispenser une thérapie puisse laisser au client un sens décisif de la responsabilité et de l'engagement dans le processus thérapeutique. La durée du traitement, ou le nombre de séances à administrer était significativement associé à l'abandon du traitement. Pour chaque session supplémentaire qui a été incluse dans le traitement, il y a eu une diminution de 0,03 de la proportion logarithmique des clients qui ont abandonné. Plus précisément, il a été constaté que plus le nombre de sessions était prévu, plus l'attrition des sujets est faible au cours du traitement. Peut-être, la promesse de nombreuses sessions a suscité des espoirs de meilleurs résultats au moins chez les participants qui ont déjà fait la première étape pour commencer le traitement. La seule autre variable ayant une corrélation significative avec le décrochage était le réglage du traitement. Les paramètres d'hospitalisation ont eu un taux de prétraitement significativement plus faible et pendant le décès du traitement par rapport aux paramètres ambulatoires ou autres. En général, les établissements hospitaliers enregistrent moins d'attrition que leurs homologues ambulatoires (par exemple,</p>
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fassino, Pierò, Tomba et Abbate-Daga, 2009). Cela peut être dû à plus de possibilités de services thérapeutiques et à régler de manière appropriée l'environnement dans une installation de traitement résidentielle que l'environnement domestique.

Les variables qui ne sont pas significativement associées au décrochage peuvent être aussi intéressantes et remarquables que celles qui ont été significativement corrélées. La conception de l'étude, le type de client, le type de thérapeute et la récurrence de la publication d'une étude n'étaient pas des modérateurs significatifs de décrochage, mais cela ne devrait pas être considéré comme un rejet de l'hypothèse de recherche, mais une retenue de l'hypothèse nulle. En ce qui concerne la conception de l'étude, les ECR ne diffèrent pas de façon significative par rapport aux ECR non admissibles dans les taux d'abandon scolaire. Apparemment, la rigueur méthodologique ne garantit pas l'engagement des clients à financer la thérapie. L'ancien peut répondre aux normes du chercheur, mais le suivi de la thérapie dépend largement des perspectives du client. La conclusion supplémentaire que le décrochage n'a pas différé de manière significative selon les titres de compétences du fournisseur, c'est parce que ceux qui étaient en formation étaient seulement marginalement différents de ceux qui étaient titulaires d'une licence. En ce qui concerne les clients adultes et infantiles / adolescents, le décrocheur n'a pas été significativement différent, bien que constamment plus élevé dans le dernier groupe. Cela correspond à la majeure partie de la recherche sur la psychothérapie. Enfin, sur la question de l'âge des études publiées, aucune relation significative n'a été trouvée en décrochage. Contrairement à la méta-analyse de Swift et Greenberg (2012), qui a signalé des taux de décrochage inférieurs à deux décennies, notre analyse a révélé que le taux de décrochage était pratiquement invariant avec l'âge de l'étude. Cela peut être dû à une restriction de la portée, car la grande majorité des 115 études que nous avons examinées ont été publiées au cours des 10 dernières années.

#### **L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ?**

Oui, Premièrement, le diagnostic a été examiné par rapport au décrochage scolaire. Deuxièmement, la durée du traitement (nombre de sessions) a été examinée en tant que variable modératrice possible. Troisièmement, le taux de décrochage a été examiné en fonction du format du traitement - traditionnellement distingué en termes de groupe par rapport à la thérapie individuelle, mais (plus récemment) prenant également la forme de l'e-thérapie. Le rôle du type de client (enfant / adolescent et adulte), le type de thérapeute (stagiaire par rapport à la licence), le cadre de traitement (patients hospitalisés ou ambulatoires), la conception de l'étude (RTC vs non-RTC) et les années Depuis la publication de l'étude.

#### **Les limites de l'étude ont-elles été définies ?**

Une limitation de la recherche sur ce sujet est la variation des définitions opérationnelles du décrochage scolaire. Comme cela a été fréquemment noté (par exemple, Wierzbicki & Pekarik, 1993; Reis & Brown, 1999), cela pourrait bien être responsable de la variabilité des résultats. En imposant une définition standardisée du décrochage scolaire, la méta-analyse actuelle peut avoir entraîné une perte de données. Par exemple, si ceux qui n'apparaissent pas pour le dépistage ont été regroupés en décrochage avec ceux qui ont terminé le traitement, cela a été considéré comme une confusion du prétraitement et pendant l'attrition du traitement et, par conséquent, l'étude a été omise. La collecte finale de 115 études a été obtenue après l'abattage d'un groupe encore plus important de plus de 300 études de TCC. De nombreuses études n'ont pas révélé de données utilisables sur le décrochage ou bien étaient ambiguës quant à savoir si le décrochage était dans un groupe CBT, un groupe de traitement mixte ou un groupe témoin. D'autres n'étaient pas clairs sur la phase de traitement dans laquelle le décès a eu lieu. Dans la mesure du possible, tous les efforts ont été faits pour reconnaître les nuances et faire des jugements selon une application standardisée de critères par plusieurs membres de l'équipe de recherche. En définitive, une définition commune du décrochage a été adoptée pour les besoins actuels. Pour le décrochage prétraité, il ne fallait pas avancer ou assister à la première session après avoir été dépisté et avoir accepté un traitement. Pendant le décès du traitement, l'échec du traitement a été effectué après avoir assisté à la première session. En ce qui concerne les critères de CBT, il y avait moins d'ambiguïté, bien que certaines études l'utilisent en combinaison avec d'autres thérapies incluant des traitements pharmacologiques. Si les données de décrochage étaient inextricablement confondues, de telles études de multitraitements ont été exclues. Le résultat a été un peu une attrition dans la taille de l'échantillon pour cette méta-analyse.

**Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ?**

Oui, cliniquement, les résultats actuels suggèrent qu'il existe plusieurs liens faibles dans la rétention des clients dans la TCC. Le premier est pendant la phase d'attente elle-même, c'est-à-dire entre l'offre de traitement et son début. Engager et encourager le client peut devoir commencer même avant le début du traitement. Cela peut être considéré comme une phase préparatoire pour améliorer la préparation par des approches telles que des entrevues motivantes (Miller & Rollnick, 2002, Swartz et al., 2007). Deuxièmement, certaines populations présentent un risque accru de motivation décroissante, et ceux qui souffrent de dépression méritent une attention particulière à cet égard. En ce qui concerne la durée du traitement, le nombre prévu de séances de TCC est une approximation du dosage et une dose plus élevée peut susciter un plus grand espoir chez les clients recevant un traitement. Enfin,

	<p>en ce qui concerne le format du traitement, la nouvelle ère des thérapies basées sur Internet a permis une certaine commodité d'accès aux services, mais il faut faire preuve de prudence concernant le risque de résiliation prématurée. Lorsque la thérapie individuelle et en groupe n'est tout simplement pas possible, l'e-thérapie peut être un dernier recours. Sinon, il peut être durable s'il est complété par des séances interministérielles de traitement en personne réelle, que ce soit en groupe ou individuellement.</p> <p><b>Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ?</b> Non pas spécifiquement.</p>
<p>Conséquences et recommandations</p>	<p><b>Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ?</b> Cette méta-analyse a révélé que le décrochage de la thérapie comportementale cognitive (TCC) survient même avant le début du traitement, passant à un niveau encore plus élevé pendant le traitement, le taux d'attrition total des deux phases atteignant environ 35%. Ironiquement, d'autres facteurs étant constants, plus le parcours prévu de CBT est long, moins le démarreur sera abandonné. Le risque de décrochage est significativement plus élevé chez les clients déprimés, les établissements ambulatoires et l'e-thérapie. Les résultats suggèrent un besoin de stratégies préparatoires et une sélection minutieuse et une complémentation du cadre / livraison du traitement selon le diagnostic en question.</p> <p><b>L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ?</b> Oui, comme mentionné précédemment, la littérature sur le décrochage a été particulièrement nuancée dans la définition, la méthodologie et le style de rapport. La méta-analyse actuelle consiste à tenter de synthétiser les données d'une manière standardisée à travers un sous-ensemble substantiel d'études sur le décrochage scolaire en fonction de la synchronisation, du diagnostic, de la durée du traitement, du format de traitement, du réglage et d'autres variables. En se référant spécifiquement au décalage horaire, nous nous sommes concentrés sur les phases pré et pendant les phases de traitement, mais les futurs chercheurs peuvent étendre leur champ d'application à l'attrition post-traitement ou à l'absence de suivi. En outre, il existe une question non réglée de la façon de classer les sujets qui interrompent le traitement pour des raisons telles que la maladie, les difficultés de transport, les problèmes d'abordabilité et d'autres obstacles pratiques au traitement. Ceux-ci peuvent être repris dans de futures enquêtes empiriques dans ce domaine et au moins ils peuvent offrir une heuristique pour une discussion plus approfondie. En outre, la recherche de variables de modérateur supplémentaires aiderait à faire avancer ce domaine. Après tout, il y avait une hétérogénéité significative dans les tailles des effets comme dans les autres méta-analyses. Les variables des clients,</p>

telles que l'esprit psychologique, l'alliance thérapeutique et la préparation ou la motivation pour le traitement, sont souvent reconnues comme étant pertinentes mais pas toujours mesurées systématiquement. Les facteurs sociodémographiques tels que le statut socioéconomique, l'âge, le sexe, l'origine ethnique, l'état matrimonial, la profession et les antécédents scolaires ont été identifiés de manière diversifiée comme ayant une valeur explicative dans ce domaine. Bien qu'aucune variable unique dans cette liste ne contienne vraisemblablement la clé à l'attrition, collectivement, cela peut représenter une plus grande partie de la variance. À long terme, cet ensemble de variables peut aider à diriger le clinicien vers une foule de stratégies appropriées pour minimiser l'attrition et améliorer les résultats en thérapie (Swift & Greenberg, 2015).

**Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ?**

Oui, les auteurs ont analysé plusieurs recherches.

Kerns, R. D., Burns, J. W., Shulman, M., Jensen, M. P., Nielson, W. R., Czapinski, R., Rosenberger, P. (2014). Can we improve cognitive-behavioral therapy for chronic back pain treatment engagement and adherence? A controlled trial of tailored versus standard therapy. *Health Psychology, 33*(9), 938-947. doi :10.1037/a0034406

Grille adaptée du Fortin (2010)

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<p><b>Le titre précise t'il clairement les concepts clés et la population a l'étude ?</b></p> <p>Oui, les concepts clés portent sur la thérapie cognitivo-comportementale afin que la population de l'étude puisse s'engager et adhérer contre la douleur. On peut penser que la population de l'étude est les personnes souffrant de douleurs chroniques.</p>
Résumé	<p><b>Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?</b></p> <p>Oui, au niveau de :</p> <p><b>La problématique :</b></p> <p>Cette étude a évalué si la thérapie cognitivo-comportementale adaptée (TCBT) qui incorporait des préférences pour l'apprentissage de compétences cognitives et / ou comportementales spécifiques et des stratégies d'amélioration motivationnelles améliorées améliorerait l'engagement et la participation au traitement par rapport à la CBT standard (SCBT). Nous avons émis l'hypothèse que les participants recevant TCBT afficheraient un taux de décrochage inférieur, assisteront à plus de sessions et signaleraient une pratique plus fréquente d'habileté d'adaptation à la douleur d'intersession que celles recevant SCBT. Nous avons également supposé que les indices d'engagement et d'adhésion seraient en corrélation avec les changements pré-post-traitement dans les facteurs de résultat.</p> <p><b>La méthode :</b></p> <p>Cent vingt huit des 161 personnes consentantes souffrant de maux de dos chroniques qui ont complété les mesures de base ont été attribuées à TCBT ou SCBT en utilisant une procédure de randomisation modifiée. Les participants ont complété les évaluations quotidiennes de la pratique des compétences en matière de traitement de la douleur et de l'atteinte des objectifs pendant le traitement, ainsi que</p>

	<p>des mesures de la gravité de la douleur, du handicap et d'autres résultats clés à la fin du traitement.</p> <p><b>Le résultat :</b> Aucune différence significative entre les groupes de traitement n'a été notée sur les mesures d'engagement ou d'adhésion au traitement. Cependant, ces facteurs étaient significativement liés à certaines améliorations pré-post-traitement des résultats, quelle que soit leur condition de traitement.</p> <p><b>La discussion :</b> Les participants à cette étude ont mis en évidence un degré élevé de participation et d'adhésion, mais Un traitement adapté pour prendre en compte les préférences des participants, et qui a utilisé des stratégies d'amélioration de motivation, n'a pas permis d'augmenter la participation au traitement au-dessus de SCBT pour les maux de dos chroniques. La preuve que la participation et l'adhésion étaient associées à des résultats positifs favorise la poursuite des efforts cliniques et de recherche axés sur ces processus thérapeutiques.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p><b>Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ?</b> Oui, le but principal de cette étude était de tester l'hypothèse selon laquelle les patients affectés au protocole TCBT montreraient un plus grand engagement et une meilleure adhérence au traitement par rapport à ceux qui étaient attribués à une condition standard de CBT (SCBT).</p> <p><b>Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ?</b> Oui, on a montré que la TCC réduisait considérablement la gravité de la douleur, l'incapacité, la détresse et l'utilisation des soins de santé (Hoffman, Papas, Chatkoff et Kerns, 2007, Kerns, Sellinger et Goodin, 2011). Cependant, le refus et l'abandon du traitement sont des défis (Turk &amp; Rudy, 1991) et de nombreux patients n'adhèrent pas à la pratique de la maîtrise de la douleur (Jensen, 2002).</p> <p><b>Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ?</b> Oui, une approche qui encourage le choix des patients parmi moins de composantes de traitement pour réduire les efforts nécessaires pour acquérir de nouvelles compétences et qui englobe la collaboration entre patient</p>

	et thérapeute dans le développement d'objectifs de traitement (Turk et al., 1983) peut améliorer la participation.
Recension des écrits	<p><b>Une recension a-t-elle été entreprise ?</b> <sup>L</sup><sub>SEP</sub></p> <p>Oui, les interventions psychologiques pour les maux de dos chroniques sont communément associées aux thérapies médicales et de réadaptation. Une approche particulièrement efficace est la thérapie cognitive-comportementale (CBT, Turk, Meichenbaum et Genest, 1983), qui favorise les stratégies de contrôle personnel et d'autogestion, l'utilisation de techniques structurées, la modification de la cognition et du comportement. Beaucoup de patients souffrant de douleur chronique renvoyée à la CBT ne sont pas prêts à s'engager dans ce type de traitement (Kerns &amp; Habib, 2004; Jensen, Nielson, Turner, Romano et Hill, 2004). Jensen et ses collègues (Jensen, 2002, Kerns, Jensen et Nielson, 2006) ont proposé que des entrevues motivantes (MI, Miller &amp; Rollnick, 2002) puissent être appliquées pour favoriser l'engagement et le respect du traitement de la douleur. Les données probantes confirment l'efficacité de l'IM pour influencer sur le changement de comportement de la santé dans différentes populations de patients (p. Ex., Martins &amp; McNeil, 2009) et une étude récente chez des patients souffrant de lombalgie a démontré que l'ajout de thérapie améliorée par la motivation (une intervention manuelle d'IM) La physiothérapie a entraîné une meilleure capacité de levage et la conformité aux exercices, par rapport à un groupe de patients qui ont reçu une thérapie physique seule (Vong, Cheing, Chan, So, &amp; Chan, 2011).</p> <p><b>La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ?</b></p> <p>Oui, ceci est expliqué dans le point précédent.</p> <p><b>La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? L'auteur présente-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ?</b></p> <p>Oui, les apports théoriques sont basés sur plusieurs études effectuées par d'autres chercheurs. Ceci va permettre aux auteurs d'avoir une base théorique solide pour leur étude.</p> <p><b>La recension présente-t-elle des sources primaires ?</b></p> <p>Oui comme expliqué plus haut.</p>
Cadre de recherche	<b>Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de</b>

	<p><b>façon adéquate ?</b></p> <p>Les avantages de cette approche ont été documentés dans un échantillon de patients atteints de polyarthrite rhumatoïde qui ont reçu deux des quatre modules possibles de CBT, en fonction de leurs priorités déclarées par rapport à un groupe qui a reçu des soins médicaux standard (Evers, Kraaimaat, van Riel et de Jong, 2002 ). Les concepts clés sont la TCBT et la SCBT.</p> <p><b>Est-ce que les concepts clés s'inscrivent-ils dans un cadre de référence ? Est-il lié au but de l'étude ? Les bases philosophiques et théoriques ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ?</b></p> <p>La TCBT est modifiée et l'entretien motivationnel y est rajouté afin d'éviter l'abandon à la thérapie et au traitement.</p> <p>L'étude actuelle a évalué un «paquet» de CBT qui comportait une large gamme de composants de traitement, une procédure permettant aux patients de sélectionner un sous-ensemble de composants de compétences cognitives et / ou comportementales (p. Ex. Relaxation, adaptation cognitive) et stratégies de MI pour encourager l'engagement et participation. Nous avons qualifié cette approche de traitement de la CBT sur mesure (TCBT) pour saisir l'essence d'une approche CBT modifiée «adaptée» aux préférences des patients et qui a utilisé un style thérapeutique largement réfléchi, axé sur le patient et stimulant le patient.</p>
<p>Buts et question de recherche</p>	<p><b>Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ?</b></p> <p>Oui, comme expliquer dans le point problème de la recherche.</p> <p><b>Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ?</b></p> <p>Oui, les auteurs pensent que la complexité des recommandations du thérapeute et le nombre limité de compétences que les patients devraient acquérir peuvent contribuer à l'abandon du patient et à une mauvaise adhésion.</p> <p>De plus, les différences individuelles dans la préparation à adopter une approche de l'autogestion de la douleur chronique peuvent également affecter le décrochage et l'adhésion (Jensen et al., 2000, Kerns, Rosenberg, Jamison, Caudill et Haythornthwaite, 1997).</p>

	<p><b>Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ?</b></p> <p>Oui, la conception de l'étude nous a permis de tester l'hypothèse selon laquelle nos mesures d'adhésion et d'engagement au traitement étaient significativement positivement liées aux améliorations pré-post-traitement des résultats.</p> <p><b>Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ?</b></p> <p>Oui.</p> <p><b>Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ?</b></p> <p>Les questions s'appuient sur les bases philosophiques apportées dans les apports théoriques.</p>
METHODE	
Population et échantillon	<p><b>La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? la méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est- elle appropriée ?</b></p> <p>Les participants ont été 161 personnes qui ont satisfait aux critères d'éligibilité et ont fourni un consentement éclairé par écrit. Les critères d'inclusion étaient des maux de dos constants d'au moins six mois de durée et la documentation de «découvertes physiques significatives» sur le site de la douleur par un médecin de l'étude ou une infirmière praticienne en utilisant une revue électronique normalisée (Rudy, Turk, Brena, Stieg et Brody, 1990).</p> <p>Sur les 161 participants qui ont fourni un consentement éclairé par écrit, 128 personnes ont terminé l'évaluation de la pré-aléatoire. Une fois les procédures de base terminées, les 128 participants restants (46,2% des personnes admissibles, femmes: n 22, 17,2%) ont été attribués à TCBT (n 68) ou SCBT (n 60) en utilisant une procédure de randomisation modifiée.</p> <p><b>Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ? La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis d'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ? Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une</b></p>

	<p><b>saturation des données ?</b>  Les participants ont été recrutés du VA Connecticut Healthcare System (VACHS) et de la grande communauté de Yale-New Haven par le biais de publicités et de renvois de fournisseurs de soins de santé. Le recrutement s'est déroulé entre janvier 2004 et février 2009. Les anciens combattants et les non-vétérans étaient éligibles et 377 personnes ont exprimé leur intérêt pour l'étude. De ce nombre, 277 personnes ont répondu aux critères d'inclusion et d'exclusion.</p> <p><b>Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ?</b>  Sur la base du rapport du participant et de l'examen du dossier de santé électronique, ceux qui ont des maladies physiques graves ou mortelles, des troubles actuels de l'alcool ou de la substance, des psychoses actuelles ou des idées suicidaires et des personnes qui cherchent un traitement de la douleur autre que la TCC ont été exclus. Les raisons les plus courantes pour l'exclusion étaient la toxicomanie ou la dépendance (n 39), l'absence de maux de dos (n 26) et la psychose active jugée exclure une participation fiable (n 10).</p>
<p>Considérations éthiques</p>	<p><b>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ?</b>  161 personnes ont satisfait aux critères d'éligibilité et ont fourni un consentement éclairé par écrit.</p> <p><b>L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ?</b>  Oui, La RA a surveillé la collecte de données IVR. Lorsque deux jours ou plus de données manquaient, la RA a appelé le participant à obtenir des notes. Si cela n'a pas abouti, le thérapeute a demandé aux participants de donner des évaluations rétrospectives pendant la dernière semaine. De plus, les participants ont été découragés de recevoir des thérapies supplémentaires pour la douleur pour maintenir l'intégrité et minimiser l'hétérogénéité du traitement. Par ailleurs, lorsque les participants potentiels ont été auto-renvoyés, le fournisseur de soins primaires du patient a été contacté pour s'assurer qu'il n'y avait pas de contre-indications cliniques pour la participation et que des dossiers médicaux ont été obtenus (pour les non-vétérans).</p>
<p>Devis de recherche</p>	<p><b>Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? la méthode de recherche choisie est-elle conciliable</b></p>

**avec les outils de collecte des données proposées ?**

Les auteurs ont utilisé une procédure de randomisation modifiée.

Les participants ont entré des données dans un programme afin que les chercheurs obtiennent des résultats. Les auteurs ont fait une études quantitative.

Les participants qui ont terminé au moins trois séances de traitement ont été considérés comme ayant reçu au moins une dose minimale de traitement (n 114). Un examen séparé du groupe qui a reçu ce niveau minimum de traitement a été considéré comme étant conforme à l'accent mis sur l'engagement et la participation au traitement et le potentiel qu'une inspection plus étroite de la participation et du respect de ceux qui ont fourni des preuves de l'engagement initial dans le traitement pourrait être particulièrement précieuse. Trois sessions ont été identifiées comme un seuil pour indiquer au moins l'engagement initial et le potentiel de réception des prestations de traitement, car cette session engloberait la première semaine complète de rapport sur l'adhésion à l'intersession aux recommandations pour la pratique des compétences en matière de traitement de la douleur et l'achèvement de l'une des Les quatre modules de traitement. Les participants qui ont assisté à au moins trois sessions, y compris ceux qui ont cessé de participer à l'étude à un moment ultérieur, ont terminé en moyenne 8,96 de 10 sessions possibles (SD 2.2). En moyenne, 13% des entrées IVR ont été enregistrées rétrospectivement au cours de chacune des 8 semaines d'évaluation IVR. Les notations IVR comprenaient notre principale mesure de résultat.

**Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ?**

Oui, le devis permet de fournir un moyen d'examiner toutes les questions de recherche et les hypothèses.

**Le choix du devis permet-il de respecter les critères scientifiques ?**

Oui.

**La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ?**

Oui, Au cours d'une entrevue menée par l'assistant de recherche (RA), les participants devaient signaler 4 ou plus en moyenne de la douleur au cours de la semaine passée (0 [sans douleur] à 10 [la plus mauvaise peine imaginable]). Les participants devaient avoir un téléphone tactile à utiliser pour les notes d'adhérence quotidiennes.

	<p>À la fin de chaque séance de traitement, à partir de la deuxième session pour les deux conditions, le participant et le thérapeute ont convenu entre deux et cinq objectifs de traitement ou de devoirs pour la semaine prochaine (par exemple, marcher 1 mile par jour, pratiquer des techniques de relaxation 20 min / jour).</p> <p>Les participants ont ensuite fourni des notes d'adhésion journalières pour ces objectifs via un système de réponse vocale interactive (IVR). À l'aide du pavé numérique du clavier à touches, ils ont fourni des notes sur une échelle de 0 (pas du tout accomplie) à 10 (complètement accompli). Ils ont continué les évaluations quotidiennes tout au long du traitement (totale 56 cotes journalières).</p> <p><b>Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ?</b></p> <p>Oui, les réponses des candidats étaient reçues de manières informatiques et c'est pourquoi les chercheurs n'ont pas passé beaucoup de temps auprès des participants. Cependant une personne spécialisée a passé du un entretien avec les diverses personnes de l'étude. •</p>
Modes de collectes de données	<p><b>Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ?</b></p> <p>une procédure de randomisation modifiée a été utilisée pour l'étude.</p> <p>Concernant la «Dose» de traitement : le nombre de sessions fréquentées a été utilisé comme indice de «dose» de traitement reçu.</p> <p>Pour l'engagement de traitement : lorsque les sessions ont été annulées ou autrement manquées, le patient et le thérapeute les ont reprogrammés. Le nombre de sessions manquées et reprogrammées était notre indice d'engagement de traitement.</p> <p>Les événements indésirables : les événements indésirables ont été identifiés par le rapport du patient et / ou par l'examen de leur dossier de santé électronique.</p> <p>Pour la gravité de la douleur : la gravité de la douleur a été évaluée sur une échelle de notation numérique de la douleur 0 (pas de douleur) à 10 (pire souffrance imaginable) (NRS, Jensen, Turner, Romano et Fisher, 1999). Les participants ont évalué leur niveau moyen de gravité de la douleur au cours de la dernière semaine. Le NRS a été recommandé par IMMPACT pour l'utilisation dans les essais cliniques de douleur en raison de sa validation étendue (Dworkin et al., 2005).</p> <p>Le fonctionnement physique a été évalué par les sous-échelles d'interférence et d'activité de l'inventaire de la douleur multidimensionnelle West Haven-Yale (MPI-I et MPI-A, Kerns, Turk &amp; Rudy, 1985) et par le Questionnaire d'invalidité Roland-Morris (RMDQ; Roland &amp; Morris, 1983). Le MPI-I se compose de</p>

	<p>neuf éléments (échelle de 7 points) reflétant l'interférence actuelle avec le fonctionnement du rôle physique et social. Le MPI-A comprend une liste de 30 éléments (échelles à 7 points) qui participent aux activités domestiques, aux tâches ménagères et aux activités sociales et récréatives. Des scores plus élevés sur le MPI-I et MPI-A indiquent une plus grande interférence de la douleur et des niveaux d'activité plus élevés, respectivement. Le RMPDQ se compose de 24 relevés touchant l'invalidité liée à la douleur, et les scores varient de 0 à 24, avec des scores totaux plus élevés indiquant des niveaux plus élevés d'incapacité. Le choix de ces mesures était basé sur leurs excellentes qualités psychométriques.</p> <p>Concernant les comportements de la douleur, ils ont été évalués par la Liste de contrôle du comportement de la douleur (PBCL, Kerns, Haythornthwaite, Southwick, Giller et Jacob, 1991). Le PBCL est composé de 25 comportements qui tordent l'ambulation déformée, la détresse affective, les expositions faciales / auditives de la douleur et la recherche d'aide. Les répondants répondent à la question «Combien de fois faites-vous chacun des éléments suivants?» Sur l'échelle de 0 (jamais) à 6 (très souvent) et le score total est la moyenne des réponses allant de 0 à 6, avec des scores plus élevés indiquant Fréquence plus élevée de comportements douloureux. Les estimations de la cohérence interne (0,85) et la stabilité (0,80) sont bonnes à très bonnes, et la preuve de la validité, y compris les corrélations avec les comportements de la douleur observés, est également adéquate (Kerns et al., 1991).</p> <p>La gravité des symptômes dépressifs a été évaluée par l'Inventaire Beck Depression (BDI, Beck, Ward, Mendelsohn, Mock et Erbaugh, 1961). Le BDI se compose de 21 éléments mesurant les symptômes actuels des troubles dépressifs, avec des scores totaux allant de 0 à 63. Le BDI est l'une des mesures les plus utilisées de cette construction, et une vaste revue de la littérature révèle des signes importants de cohérence interne, La validité convergente et la réactivité aux changements dans les essais cliniques sur la douleur (Dworkin et al., 2005).</p> <p>Concernant la réalisation du but comportemental, les participants ont, avant de commencer le traitement, développé entre deux et cinq objectifs comportementaux quantifiables pour le traitement (par exemple, diminuer l'utilisation du médicament, augmenter les activités sociales, Kerns, Turk, Holzman et Rudy, 1986). Les participants ont évalué leur statut de base pour chaque objectif et leurs attentes pour un rendement de 50% et 100%. Au post-traitement, les participants ont évalué le rendement pour chacun des objectifs en utilisant une échelle de 5 points allant de 2 (baisse de 100%) à 0 (pas de changement) à 2 (100% d'amélioration).</p> <p>La satisfaction du patient a été évaluée par une version modifiée du sondage sur la satisfaction des patients des soins</p>
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>ambulatoires de l'Administration des soins de santé des anciens combattants (VHA). La mesure a évalué les perceptions globales des soins de santé à VACHS et des soins dispensés dans le cadre de cette étude.</p> <p>La crédibilité du traitement a été évaluée à la fin de la première et de la troisième session en utilisant un questionnaire adapté de Borkovec et Nau (1972). Les participants ont évalué la façon dont le traitement était logique, combien ils étaient convaincus que le traitement réussirait, la probabilité qu'ils seraient de recommander le traitement à un ami, de la volonté de participer au traitement et de la réussite qu'ils croyaient que le programme serait En les aidant. Les notes pour chaque élément ont été effectuées sur une échelle de 11 points, et un score de crédibilité sommaire était la moyenne de ces notes et variait de 0 à 10.</p> <p>Les deux conditions de la TCC ont consisté en une séance d'introduction, suivie de quatre modules consécutifs de compétences en adaptation de la douleur à deux sessions, et s'est terminée par une dixième session mettant l'accent sur la consolidation des compétences et la prévention des rechutes. La première session comprenait un bref aperçu des objectifs de la TCC, une introduction à l'approche de l'autogestion de la douleur chronique et un compte rendu plus détaillé de la structure de la TCC.</p> <p>L'identification hebdomadaire des objectifs d'intersession et des devoirs, l'importance de la pratique à domicile des techniques de maîtrise de la douleur et l'utilisation du système IVR pour les notes quotidiennes d'adhésion ont été expliquées à la fin de chaque session. La première session de chaque module impliquait l'introduction de nouvelles compétences. La deuxième session visait à renforcer la pratique et l'utilisation des compétences dans les situations de la «vie réelle». Au cours de la dixième session, les compétences acquises pendant le traitement et leur pratique continue et leur application ont été discutés. Des domaines de mauvaise adhésion à la pratique et à l'application des compétences ont été abordés, tout comme les préoccupations relatives à la rechute.</p> <p><b>Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ?</b></p> <p>Oui, en effet les questions de recherche étaient bien posées et les observations du phénomène bien ciblés. Dans la condition TCBT, les stratégies de MI ont été utilisées pour favoriser la motivation pour l'apprentissage</p>
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>et la pratique des compétences. Les stratégies d'amélioration de la motivation comprenaient le développement de discordances à travers des observations et des commentaires concernant l'incongruité entre les croyances et les actions ou entre différentes croyances, reflétaient les croyances déformées et les comportements inadaptés, et soutenaient l'auto-efficacité (Miller &amp; Rollnick, 2002).</p> <p>Dans l'état SCBT, les contours des modules ont été suivis, mais les stratégies d'amélioration de motivation n'ont pas été utilisées. Des stratégies de changement de comportement telles que la gestion des contingences, l'auto-renforcement et les techniques de contrôle du stimulus, généralement présentées dans la TCC, ont été soulignées. Les stratégies thérapeutiques comprenaient des instructions et des conférences, des commentaires correctifs dirigés sur les divergences entre les croyances ou entre les croyances et les comportements, et la résistance aux conseils avec les conseils et la confrontation. Les objectifs de l'intersession ont été assignés par le thérapeute.</p> <p><b>L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ?</b> Non, il n'y a pas de précision à ce sujet.</p> <p><b>La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés ?</b> <input type="checkbox"/> <small>L</small> <input type="checkbox"/> <small>SEP</small></p> <p>Oui, l'étude a été approuvée par les comités d'examen institutionnel de la Faculté de médecine VACHS et de l'Université de Yale et a été menée sur le campus de VACHS-West Haven.</p>
Conduite de la recherche	<p><b>Le processus de collecte de données/enregistrements est-il décrit clairement ?</b></p> <p>Dans le cadre de l'évaluation initiale, tous les participants ont complété un questionnaire conçu pour évaluer les préférences pour l'apprentissage des neuf compétences d'adaptation de la douleur offertes. Les participants affectés à la condition TCBT ont reçu leurs quatre modules les plus préférés de compétences en adaptation de la douleur.</p> <p>Evaluation complète et réalisation des mesures.</p> <p>Tout d'abord, la RA a administré une entrevue semi-structurée et la batterie du questionnaire aux participants. Ils ont également complété la procédure de prédilection des compétences en matière d'adaptation à la douleur. Cette procédure a consisté à fournir aux participants une</p>

	<p>description succincte de chacun des neuf modules de compétences en traitement de la douleur qui étaient disponibles en tant que composants CBT. Les modules de compétences ont été l'exercice, la mécanique du corps, la stimulation, la relaxation, l'affirmation de soi, le contrôle cognitif, le repos temporel, la persistance de la tâche et éviter de demander de l'aide. Les participants ont ensuite fourni des notes sur l'importance perçue, la confiance et l'intérêt pour l'apprentissage de chaque compétence. L'évaluation de l'intérêt perçu a été utilisée pour déterminer les quatre modules de compétences en adaptation de la douleur qui seraient fournis. Lorsque des notes identiques ont été données, les notes de l'importance perçue du module ont été utilisées pour rompre le lien. Les modules ayant les quatre notes les plus élevées comprenaient la condition TCBT pour un participant donné. Pour les participants à l'état SCBT, les notes ont été utilisées pour identifier un participant apparié dans la condition TCBT.</p> <p>Le tableau 1 fournit une brève description des neuf modules et la fréquence que chaque module a été livré aux participants qui ont réellement reçu au moins une session d'un module (n 122). Deuxièmement, les participants ont été examinés par un physiothérapeute qui a fourni aux participants un programme d'exercices sur mesure à la maison et a discuté avec eux de l'importance d'une mécanique appropriée du corps pour restaurer et maintenir un retour en santé. Cependant, il a été souligné que cette information ne devrait être mise en œuvre que si le module de compétence d'adaptation à l'exercice ou au corps mécanique a été sélectionné (TCBT) ou assigné (SCBT) pendant le traitement.</p> <p>Les évaluations postérieures au traitement ont été complétées au bout de 15 semaines suivant l'achèvement de l'évaluation de référence. Les questionnaires post-traitement ont été complétés en personne ou par la poste. Des efforts ont été faits pour obtenir les données du questionnaire post-traitement de tous les participants, y compris ceux qui ont interrompu le traitement, mais ont convenu de poursuivre leur participation à l'étude. Une fois que les participants se sont retirés de l'étude, aucun n'a été contacté pour fournir des évaluations supplémentaires. Cinq participants supplémentaires dans chaque condition ont décidé de ne pas continuer à traiter après avoir reçu au moins trois séances de traitement, mais ont convenu de continuer à participer à l'étude et des évaluations de suivi</p>
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>ont été obtenues. Des évaluations de suivi de six mois ont également été effectuées pour examiner l'entretien des effets du traitement sur les résultats, mais ces données et analyses ne sont pas signalées, compte tenu de ce rapport sur l'engagement et l'adhésion.</p> <p><b>Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ?</b></p> <p>Un assistant de recherche (RA) a mené une entrevue (RA) Tout le traitement a été dispensé par des psychologues cliniciens au niveau du doctorat.</p> <p>L'intégrité du traitement a été évaluée par la RA et les évaluateurs d'élèves qui ont évalué des cassettes audio de 30% des sessions TCBT et SCBT pour s'assurer que les composants clés des manuels pour chaque module de compétences d'adaptation ont été traités en session et pour s'assurer que les séances peuvent être distinguées soit TCBT soit SCBT En fonction de l'utilisation de MI. L'attention a été portée sur les types de processus cognitifs et comportementaux de changement et les techniques de MI utilisées. Les feuilles de codage fournissent des points de balle pour classer chaque session de traitement. Les évaluateurs ont écouté au moins 10 minutes de chaque ruban pour préciser que les modules de compétences appropriés ont été livrés et pour classer la session en tant que TCBT ou SCBT avec une note de certitude de 8 ou plus sur un 0 (pas du tout certain) à 10 ( Absolument certain). En utilisant cette méthode, 100% des sessions ont été correctement classées.</p> <p><b>Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante?</b></p> <p>Oui, plusieurs mesures ont été administrées lors du prétraitement et du post-traitement pour évaluer les principales compétences de l'expérience de la douleur chronique. Toutes les mesures avaient une preuve substantielle de fiabilité et de validité, ainsi que des preuves de la responsabilité des effets du traitement, et la plupart ont été sélectionnées en fonction des recommandations de l'Initiative sur les méthodes, la mesure et l'évaluation de la douleur dans les essais cliniques (IMMPACT; Dworkin et al ., 2005).</p>
Analyse des données	<p><b>Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ?</b> </p> <p>Oui, la figure 1 présente un diagramme d'écoulement du</p>

progrès des participants dans les phases de l'étude. Des procédures d'allocation modifiées ont été utilisées pour les 10 premiers participants. Par la suite, les participants ont été affectés à l'une des deux conditions de traitement, TCBT ou SCBT, suite à une conception de blocs aléatoire pour contrôler le sexe des participants. Le blocage a également été utilisé pour développer une condition de contrôle aiguë (SCBT). Étant donné la faible prévalence des femmes dans l'échantillon, 22 femmes ont été recrutées, elles ont été assignées au hasard à l'une des deux conditions. Le coordonnateur de l'étude a utilisé un générateur de nombres aléatoires informatisés pour les affectations de conditions, ce qui a laissé les participants et l'aveugle RA à l'affectation du traitement.

Les deux conditions de la TCC comportaient 10 séances ambulatoires hebdomadaires, individuelles, de 60 minutes. Une semaine de 14 semaines pour l'achèvement des 10 sessions a permis une flexibilité dans la programmation. Un manuel de thérapeute pour les conditions de CBT comprenait des schémas pour chacun des modules de compétences d'adaptation de la douleur (et stratégies de MI pour l'état TCBT). La majorité (n 52) des participants ont reçu un traitement chez l'un des auteurs de l'étude (Marc Shulman) et les 12 thérapeutes d'étude (qui ont fourni un traitement de 1 à 8 participants) se sont rencontrés chaque semaine avec ce chercheur pour la supervision clinique. Tous les thérapeutes avaient une expérience préalable de la prise de TCC pour la douleur chronique et tous ont reçu une formation spécifique en IM en tant que composante de leur formation en tant que thérapeute pour cette étude.

**Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ?**

Oui, comme expliqué aux considérations éthiques.

Un algorithme mathématique a été utilisé pour attribuer des modules de compétences d'adaptation de la douleur dans l'état SCBT en fonction de (1) les préférences d'une contrepartie appariée attribuée à la condition TCBT et que (2) a totalement échoué le participant dans la condition SCBT. Cette méthode d'attribution des modificateurs de compétences en matière de traitement de la douleur a été utilisée pour (a) optimiser l'utilisation du facteur de préférences dans la distinction des deux conditions de traitement, et (b) s'assurer que les différences d'adhésion ou les résultats entre les deux conditions ne pourraient pas être En raison des différences dans le contenu des modules

de compétences en matière de traitement de la douleur, étant donné que chaque module de compétence de traitement de la douleur serait livré en nombre égal dans les deux conditions de traitement. Cette procédure de plaisance a débuté en assignant les 10 premiers participants à recevoir TCBT (non aléatoire). À partir du onzième participant, la randomisation complète a été utilisée. Lorsqu'un participant a été affecté à la condition SCBT, l'algorithme a identifié le participant parmi les 10 premiers participants dont les préférences étaient au maximum différentes des préférences du participant SCBT. Ce participant de TCBT «apparié» a été retiré du groupe de participants éligibles pour être utilisé pour déterminer l'affectation des compétences d'adaptation de la douleur au prochain participant SCBT assigné au hasard.

**Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ?** 

Plan analytique des données L'étude a permis de détecter une différence dans les notes d'adhésion aux recommandations pour la pratique des objectifs d'intersession plutôt que de détecter les différences dans les mesures de résultats. Sur la base de nos résultats antérieurs, nous avons utilisé une estimation d'une différence de 25% entre TCBT et SCBT afin d'estimer la taille de l'échantillon. Pour obtenir 80% de puissance pour détecter une différence entre les groupes à  $p=0,05$ , un échantillon de 72 patients par groupe (N 144) était requis. On s'attendait à un taux de décrochage de 20%; Ainsi, nous avons cherché à recruter 90 patients par état (N 180). En fait, nous avons été en deçà de cet objectif (161 personnes ont donné leur consentement éclairé écrit, 128 participants ont été randomisés dans les deux conditions de traitement et 112 d'entre eux ont donné des notes IVR sur l'adhésion à l'intersession), réduisant ainsi notre capacité à détecter les différences dans les notes d'adhésion.

En tant que précurseur de l'examen des associations entre l'adhésion au traitement et les mesures d'engagement et les résultats du traitement, nous avons d'abord cherché à identifier les mesures de résultat qui ont changé avec un ou les deux traitements. Pour ce faire, nous avons procédé à la conception mixte 2 (traitement: TCBT, SCBT) 2 (période: pré, post) - pour chaque mesure de résultat. Les ANOVA à sens unique ont également été utilisés pour comparer TCBT et SCBT sur l'accomplissement des objectifs et la satisfaction

	<p>du traitement. Si des interactions importantes de la période de traitement ont émergé (indiquant des différences entre les conditions de traitement sur les résultats), les ANCOVA étaient prévus pour déterminer si les mesures d'engagement et / ou d'adhérence représentaient des différences de groupe dans les changements pré-post-traitement sur les résultats. Si les effets principaux de la période significative ont émergé sans une interaction significative de la période de traitement (indiquant des changements significatifs au fil du temps avec le traitement, mais pas de différences de traitement significatives dans le résultat), nous avons prévu de s'effondrer dans les conditions de traitement et de calculer les corrélations Pearson entre les mesures d'engagement et L'adhésion et les résultats de changement résiduels pré-post-traitement pour les résultats et les notes post-seulement sur l'atteinte des objectifs et la satisfaction du traitement. Eta carré (2) a été utilisé comme indice de la force de l'association entre le groupe de traitement et les variables dépendantes.</p> <p><b>Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données ?</b></p> <p>Oui, les analyses conventionnelles d'intention à traiter (ITT) ont été utilisées pour évaluer l'efficacité du traitement. Cependant, deux de nos principales mesures d'engagement - nombre de sessions fréquentées et nombre de sessions reportées - n'étaient pas susceptibles de procédures ITT, et donc les 114 participants qui ont participé à au moins trois séances de traitement comprenaient l'échantillon cible. Pour les procédures ITT, les valeurs de prétraitement sur les mesures de résultat ont été reportées pour représenter les valeurs de post-traitement pour les 14 participants qui n'ont pas terminé au moins trois sessions. Les 128 participants alloués à la condition de traitement ont fourni des données pertinentes. Des analyses similaires ont été effectuées sur les participants qui ont terminé au moins trois sessions (n 114).</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p><b>Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ?</b></p> <p>Caractéristiques de l'échantillon Les caractéristiques de l'échantillon sont présentées dans le tableau 2. Les participants aux conditions TCBT et SCBT ne diffèrent pas de manière significative des caractéristiques descriptives</p>

	<p>démographiques et de la douleur, bien qu'elles aient été significativement différentes sur plusieurs des résultats.</p> <p>Tous les participants ont signalé une présence de maux de dos et une grande minorité a signalé des douleurs au dos comme principale plainte parmi plusieurs autres sites de douleur, notamment la douleur au niveau de la hanche, du genou, du cou et des bras.</p> <p>Concernant les événements indésirables, 61 événements indésirables non liés et un événement indésirable apparenté ont été signalés (p. Ex. Douleur après évaluation de la thérapie physique). Aucun événement indésirable grave n'a été signalé. Différences entre les groupes de traitement dans les perceptions de la crédibilité du traitement La crédibilité du traitement perçue à la fin de la première semaine de traitement n'a pas varié de manière significative entre TCBT (M 8.3, SD 1.5) et SCBT (M 8.3, SD 1.2), <math>F(1, 1) = 0.00</math>, <math>p = 0.96</math>, ni TCBT (M 8.3, SD 1.5) et Les groupes SCBT (M 8.2, SD 1.4) diffèrent considérablement de leur crédibilité après 3 semaines de traitement, <math>F(1, 1) = 0.00</math>, <math>p = 0.96</math>.</p> <p>De plus, Les participants affectés au groupe SCBT ont signalé une plus grande interférence de la douleur, un handicap, des comportements douloureux et une activité plus faible que ceux attribués au TCBT avant le traitement. Ainsi, toutes les analyses ont été effectuées en ajustant ces différences de prétraitement. Par exemple, l'analyse des changements pré-post-traitement dans MPI-A a été effectuée en contrôlant les valeurs de prétraitement dans les scores MPI-I, RMDQ et PBCL.</p> <p>Afin de déterminer si les groupes de traitement ont changé différemment sur les résultats, 2 (traitement: TCBT, SCBT) x 2 (période: prétraitement, post-traitement) des ANOVA à conception mixte ont été réalisés. Les moyennes et les écarts-types apparaissent dans le tableau 3. Les interactions de la période de traitement pour les variables de résultat étaient non-significatives, les participants ont amélioré de manière significative de pré-post-traitement sur ces mesures, indépendamment de traitement.</p> <p><b>Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ?</b></p> <p>Oui, les auteurs ont séparés les résultats concernant les thérapies de TCBT et de SCBT.</p> <p>Groupe de traitement Différences dans les indices de traitement Engagement et adhésion Le nombre de participants qui ont interrompu le traitement avant</p>
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>d'effectuer trois séances n'a pas varié de manière significative entre les conditions TCBT (n 7) et SCBT (n 7) De même, le nombre de participants qui ont terminé au moins trois sessions n'a pas différencié entre TCBT (n 61) et SCBT (n 53)</p> <p>Pour les participants qui ont reçu au moins trois sessions, le nombre moyen de séances fréquentées n'a pas varié de manière significative entre les participants TCBT (M 8.9, SD 2.3) et SCBT (M 9.1, SD 2.1).</p> <p><b>Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ?</b> Oui, une valeur moyenne des évaluations quotidiennes de l'adhésion en moyenne sur les 8 semaines des évaluations IVR a été calculée. Parmi les 128 personnes qui comprenaient l'échantillon de l'ITT, 16 n'ont pas fourni d'évaluation IVR. Ainsi, un échantillon d'ITT pour les cotes IVR était de 112, et toutes les analyses impliquant des notions IVR utilisent ces 112 personnes. Pour ceux qui ont reçu au moins trois sessions de traitement, seulement 111 ont fourni des notations IVR. Il est important de noter que 70% des participants (n 80) ont fourni au moins 80% des 56 cotes quotidiennes demandées.</p> <p>Les résultats étaient pratiquement identiques pour ceux qui ont terminé au moins trois séances de traitement, avec une valeur F inférieure à 1.</p> <p>Bien que les groupes TCBT et SCBT n'aient pas varié de manière significative sur les indices d'engagement ou d'adhésion au traitement, et toutes les différences de groupe sur les changements pré-post-traitement dans les résultats ou les évaluations post-seulement qui ont émergé ne pourraient pas s'expliquer par des différences d'engagement Et l'adhésion, nous avons encore effectué des tests préalablement planifiés des différences de groupe dans les résultats.</p> <p>Pour l'atteinte autodéclarée des objectifs de traitement primaires et secondaires des participants, TCBT n'a pas été significativement différent de SCBT</p> <p>77,9% ont déclaré atteindre leur objectif de traitement primaire et 76,3% ont déclaré Scores positifs pour atteindre leur objectif secondaire pour le traitement. En ce qui concerne les évaluations de la satisfaction du traitement, les groupes TCBT (M 5.5, SD .6) et SCBT (M 5.4, SD .7) n'ont pas été significativement significatifs</p> <p>Des améliorations significatives avant le post-traitement sont apparues pour tous les résultats (voir tableau 4). Les résultats indiquaient que, dans le cas</p>
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>d'une plus grande participation à l'entraînement à la pratique des compétences et à l'augmentation des séances de thérapie, les participants les plus susceptibles de s'abstenir de respecter les objectifs de traitement primaire et secondaire et d'indiquer la satisfaction du traitement. Le nombre de séances de thérapie suivies était également significativement lié à la diminution de l'interférence de la douleur, des comportements douloureux et des incapacités perçues.</p> <p><b>L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ?</b> Il n'y a pas d'informations à ce sujet.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p><b>Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ?</b> Oui, en résumé, les résultats indiquent que, contrairement aux attentes, les patients recevant le TCBT amélioré avec le choix du module et l'IM n'ont pas démontré un engagement et une adhésion accrue au traitement. Une inspection étroite et une prise en compte des résultats peuvent donner un aperçu de ces résultats inattendus.</p> <p><b>Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures?</b> Oui mais les résultats attendus n'étaient pas les mêmes malgré les études précédentes qui ont fait penser que le TCBT aurait pu être meilleur pour éviter l'abandon du traitement.</p> <p><b>L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ?</b> Oui, en effet, les récents examens systématiques et les méta-analyses de l'efficacité des interventions psychologiques pour les maux de dos chroniques ont généralement échoué à documenter l'efficacité progressive de toute intervention psychologique par rapport à d'autres conditions de comparaison actives (par exemple, Hoffman et al., 2007). Compte tenu de ces résultats antérieurs, il n'est peut-être pas surprenant que les différences dans les objectifs même clés de l'engagement et de l'engagement sur mesure et améliorés n'aient pas été observées dans la présente étude. Notez également que, bien que les participants aient déclaré des prévalences significatives précoces sur tous les indices de résultats, les conditions de</p>

traitement TCBT et SCBT ne différaient pas de manière significative sur l'ampleur de ces changements.

**Les limites de l'étude ont-elles été définies ?**

Oui, une des principales limites de l'étude était que les participants ne représentaient pas nécessairement la population de toutes les personnes souffrant de lombalgie ou d'autres problèmes de douleur chronique. L'échantillon de l'étude était principalement composé de vétérans masculins de l'armée américaine. Ils avaient un âge moyen de 55,1 ans et une majorité n'étaient pas mariés ou travaillent actuellement. Ces caractéristiques peuvent à la fois compromettre la généralisation de l'étude à d'autres populations et contribuer à limiter davantage l'ampleur des effets bénéfiques du traitement. Le fait que les deux protocoles de traitement étaient considérés comme hautement crédibles et que la participation et l'engagement dans les protocoles de traitement était élevé pour les deux conditions, tout en limitant notre capacité à détecter les différences potentielles d'adhésion entre eux.

**Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ?**

Oui, les résultats n'ont pas soutenu l'hypothèse selon laquelle une approche adaptée à la TCC améliorerait l'engagement et la participation au traitement chez les patients traités dans cette étude. Les participants à la condition TCBT, par rapport à ceux assignés à SCBT, n'étaient plus susceptibles d'assister à un plus grand nombre de séances, signalent une plus grande adhérence aux recommandations du thérapeute pour la pratique des compétences d'adaptation de la douleur intersectorielle ou l'accomplissement de l'objectif comportemental ou sont moins susceptibles d'abandonner le traitement. Encore une fois, il est important de noter que l'incapacité de trouver une différence significative entre les groupes sur les cotes IVR semble être moins une question de pouvoir insuffisant que peut-être un effet vraiment petit sans importance clinique. Avec une puissance de 0,80 et d'un alpha à la page 05, nous aurions besoin de 5 373 participants dans chaque groupe pour trouver une différence significative entre les groupes pour une taille même d'un petit effet de 2 .001.

**Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ?**

Oui,

Conséquences et recommandations	<p><b>Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ?</b></p> <p>Sur les 128 participants qui ont terminé l'évaluation de base et qui ont été affectés pour recevoir un traitement, 114 ou 84% ont reçu au moins une «dose» minimale de l'un ou l'autre traitement (définie comme ayant suivi au moins trois séances de traitement). En moyenne, ceux qui ont reçu cette dose minimale de l'un ou l'autre traitement ont assisté à environ neuf des 10 séances programmées. Ces participants ont évalué les deux traitements comme hautement crédibles et, en moyenne, ont évalué l'accomplissement quotidien des objectifs et l'adhésion aux recommandations sur les compétences, supérieures à 6 sur une échelle de 10 points au cours des 10 semaines de traitement.</p> <p>Ensemble, ces mesures suggèrent que, même tôt dans le traitement, et indépendamment de l'état du traitement, les participants ont perçu la TBC comme crédible et potentiellement utile pour soulager la douleur et pour aider à atteindre les objectifs individuels et qu'ils sont restés des participants actifs tout au long du traitement. Il s'est peut-être avéré que les taux élevés de participation chez les personnes inscrites à l'étude et qui ont reçu SCBT ont laissé peu de place pour l'amélioration du traitement. Une explication possible de cet effet de plafond est qu'il peut refléter un biais de motivation associé à la participation à l'étude elle-même. En d'autres termes, les personnes moins motivées peuvent ne pas constituer le groupe final de participants. Rappelons que seulement 46,2% des personnes admissibles ont participé à cet essai clinique. Les patients qui auraient pu bénéficier le plus de l'approche adaptée - ceux qui auraient pu être les plus ambivalents au sujet du traitement de la TCC - se sont déjà exclus de la participation avant d'avoir assisté à la première session.</p> <p>Alternativement, il est plausible que l'intervention sur mesure - choix de modules et de techniques de motivation - ne soit pas suffisamment puissante pour affecter une différence d'adhésion au traitement.</p> <p><b>L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ?</b></p> <p>L'étude a également été conçue pour évaluer le rôle de la «dose» de traitement reçu et l'adhésion aux recommandations pour pratiquer les capacités d'adaptation</p>
---------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

à la douleur en tant que médiateurs des résultats du traitement. Étant donné que les différences significatives entre les groupes de traitement n'ont pas été observées dans ces facteurs ou sur les indices de résultats, la médiation n'a pas pu être examinée. Au lieu de cela, les analyses ont démontré que le nombre de sessions tenues, le nombre de sessions reportées et la mesure dans laquelle les participants ont déclaré pratiquer des compétences et accompli les objectifs comportementaux entre les intersessions ont tous été significativement liés aux gains de traitement et à la satisfaction de leurs soins de la douleur sur Indices clés pour les participants dans les deux conditions de traitement. Bien qu'il existe des preuves que la participation à la session et l'adhésion aux recommandations du thérapeute pour la pratique de compétences adaptées en matière d'adaptation sont associées à des résultats sanitaires améliorés dans d'autres domaines, les résultats de cette étude sont quelques-uns des premiers à documenter un lien entre les objectifs de processus spécifiques de la TCC Pour la douleur, à savoir, le développement et l'adhésion à, des capacités adaptatives d'adaptation à la douleur et des résultats de l'intervention. Un examen plus approfondi de ces importants processus de changement est vital pour que nous comprenions mieux les mécanismes par lesquels le TCC exerce des effets bénéfiques sur l'adaptation du patient à des affections chroniquement douloureuses.

Les études futures visant à examiner l'efficacité des approches d'amélioration de motivation devraient faire un effort pour recruter des participants qui ont plus d'ambivalence au sujet du traitement de la TCC que ceux recrutés dans cette étude, par exemple en fournissant des incitations plus fortes à la participation ou en fournissant des interventions d'amélioration de motivation Une partie des efforts de recrutement - pour déterminer si les procédures visant à renforcer l'engagement dans l'état du TCBT pourraient être plus efficaces dans ces populations de patients.

**Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ?**

Oui. En résumé, les résultats de cette étude suggèrent que la CBT adaptée fournie avec des procédures d'amélioration de motivation ne contribuent pas à l'adhésion et à des résultats positifs au-delà de la TCC plus traditionnelle, du moins chez les patients qui peuvent déjà être motivés à

	<p>participer au traitement CBT. Néanmoins, les résultats indiquent que, indépendamment du type de TCC (adapté ou standard), les mesures d'adhésion à la pratique des compétences et le nombre de séances thérapeutiques fréquentées ont été significativement associés à de nombreux gains pré-post-traitement dans les mesures de résultat. Les résultats soulignent la valeur de l'engagement du participant dans le traitement psychosocial de la douleur chronique et l'adhésion au régime typique de la TCC des devoirs de la maison d'intersession pour pratiquer les compétences acquises en session. Ici, nous (Eccleston, Williams et Morley, 2009) ont émis l'hypothèse que l'IM serait une technique thérapeutique nécessaire pour améliorer l'engagement et l'adhésion, mais les résultats suggèrent que l'attention du thérapeute délibéré consacrée à l'augmentation de la motivation n'a peut-être pas été nécessaire pour affecter ces facteurs . Ainsi, l'étude des processus thérapeutiques précis qui améliorent effectivement l'engagement et l'adhésion des participants est nécessaire pour que nous puissions développer des techniques et des procédures qui augmentent réellement les facteurs de processus et produisent de meilleurs résultats.</p>
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Benzo, R. P. (2013). Mindfulness and Motivational Interviewing: Two candidate methods for promoting self-management. *Chronic Respiratory Disease*, 10(3), 175-182. doi :10.1177/1479972313497372

Grille adaptée du Fortin (2010)

Eléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<p><b>Le titre précise t'il clairement les concepts clés et la population a l'étude ?</b></p> <p>Oui, le titre précise les concepts clés qui sont le mindfulness et l'entretien motivationnel. Ces deux méthodes étant pour promouvoir l'autogestion des patients. Cependant, la population n'est pas précisée.</p>
Résumé	<p><b>Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?</b></p> <p>Oui, au niveau de :</p> <p><b>La problématique :</b></p> <p>Il n'existe aucune preuve concluante sur la façon de promouvoir un changement de comportement dans les programmes d'autogestion pour les patients atteints de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC). Ce dernier est un écart important en matière de connaissances, car il est nécessaire de promouvoir un effet durable dans des interventions comme la Réadaptation pulmonaire ou les programmes de soutien. L'adoption des valeurs du patient semble être un élément clé pour déclencher une véritable motivation pour le changement de comportement.</p> <p><b>La méthode :</b></p> <p>Ce manuscrit décrit deux études qualitatives pilotes réalisées chez des patients atteints d'une MPOC sévère visant à faire participer l'expérience interne du patient et à favoriser l'autogestion: premièrement un essai expérimental d'entrevue/entretien motivationnelle (MI) comme un seul moyen d'aider les patients atteints de MPOC grave afin de modifier leur comportement et deuxièmement, un test testant une intervention axée sur la conscience. L'étude MI a consisté en un programme de 3 mois d'appels hebdomadaires de coaching après une visite en face-à-face.</p> <p>Le programme Mindfulness for Health était un programme obligatoire de 8 semaines qui consistait en des cours de 2 heures visant à cultiver l'attention sans jugement au moment (par différentes pratiques méditatives et le partage) plus des rencontres mensuelles en face-à-face visant à soutenir la pratique et le partage de Expériences de vie pendant 1 an.</p> <p><b>Le résultat :</b></p> <p>Les thèmes suivants ont été remarquables: les patients apprécient la communication de soutien avec l'entraîneur et croient que le coaching basé sur le MI a créé un niveau de sensibilisation et une responsabilisation accrues. Ils ont perçu une augmentation de</p>

	<p>l'activité physique et ont déclaré «se sentir mieux» ou d'autres avantages non directement liés à l'exercice.</p> <p>Concernant le Mindfulness, les thèmes suivants (à 1 an) étaient remarquables: apprécier la vie en voyant les difficultés comme des opportunités, en valorisant le soi par la compassion et la conscience, en cultivant la connectivité avec les autres, en acquérant de la joie et en adoptant des comportements sains.</p> <p><b>La discussion :</b></p> <p>Dans la recherche du «Saint Graal» pour les programmes d'autogestion qui peuvent favoriser un changement de comportement, la conscience et l'IM semblent promettre de cultiver un moyen de vivre une vie dans laquelle les gens sont pleinement présents et consciemment d'accord.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p><b>Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ?</b></p> <p>Oui, le but ultime est de promouvoir des changements durables dans la qualité de vie des personnes et d'avoir un impact sur les résultats positifs en matière de santé, comme les hospitalisations, l'utilisation et les soins de fin de vie.</p> <p><b>Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ?</b></p> <p>Oui, car il n'existe aucune preuve concluante sur la façon de promouvoir un changement de comportement dans les programmes d'autogestion pour les patients souffrant de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC). Au cœur de cette crise, il y a un manque d'engagement pour les patients: cela a récemment été suggéré dans une récente étude randomisée sur l'autogestion de la MPOC. Dans les soins aux MPOC, nous nous trouvons à consacrer la plus grande partie de leur temps à résoudre les mêmes problèmes à maintes reprises. En conséquence, leur capacité à responsabiliser les patients est limitée. L'adoption des valeurs du patient semble être un élément clé pour déclencher une véritable motivation pour le changement de comportement.</p> <p><b>Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ?</b></p> <p>Oui, les nouvelles initiatives en matière d'autogestion doivent forger des partenariats et des projets de tremplins pour réussir en encourageant les participants à partager les concepts fondamentaux de présentation et de communication en poussant les limites de l'innovation / créativité dans l'acte même de l'apprentissage vivant des moments très présents. Ainsi, les programmes / pratiques qui touchent profondément le noyau des valeurs et des expériences de vie des patients ont la meilleure chance de créer la condition de changement. De tels programmes peuvent être complémentaires à des programmes existants comme les programmes de réadaptation pulmonaire et d'autogestion /</p>

	coaching.
Recension des écrits	<p><b>Une recension a-t-elle été entreprise ?</b> <sup>L</sup><sub>SEP</sub></p> <p>Oui, l'auteur a fait des recherches concernant l'entretien motivationnel ainsi que sur le Mindfulness.</p> <p><b>La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ?</b></p> <p>Non, il n'y a pas de notion concernant l'état de la question par rapport au problème actuel.</p> <p><b>La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? L'auteur présente-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ?</b></p> <p>Non, la recherche de littérature semble légère car l'auteur ne mentionne pas de chercheurs ou d'études sur lesquelles il pourrait se baser.</p> <p><b>La recension présente-t-elle des sources primaires ?</b></p> <p>Non, l'étude ne présente pas de sources primaires.</p>
Cadre de recherche	<p><b>Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ?</b></p> <p>Oui, l'auteur explique qu'il va mettre en avant deux interventions particulières visant à toucher profondément le noyau des valeurs des personnes pour créer la condition de création / innovation / changement dans la vie quotidienne de l'observation, de la réflexion: L'entretien de motivation (MI), qui permet d'aider les autres, de faire des changements dans leur comportement. Cela contraste avec le style d'aide de direction plus typique où le fournisseur de soins de santé essaie d'installer des connaissances ou des motivations. Un praticien de la santé qui utilise un style de MI va au-delà du fait de guider quand il essaie de solliciter les gens avec ses désirs et les raisons de s'engager dans le comportement de promotion de la santé. Deux aspects clés de l'IM sont l'acceptation, répondant au client en tant que personne qui est compétente plutôt que quelqu'un qui doit être sauvé ou incapable de prendre des décisions favorisant la santé, et la compassion. L'MI n'est pas quelque chose que l'on fait à quelqu'un, que l'on fait pour atteindre un objectif du fournisseur de soins de santé, ou encore pour faire partie de la vente du client sur quelque chose. L'IM consiste à ouvrir l'esprit et le cœur aux personnes. L'attention particulière est une attention délibérée sans but lucratif au moment qui est officiellement appris à travers différentes pratiques méditatives mais qui visent à être appliquées à toute tâche «banale», comme manger, marcher, faire face à des émotions difficiles et difficiles. En fin de compte, il vise à être plus présent dans la vie telle qu'elle est: la conscience est une attitude délibérée face à la vie, peu importe ce qui se passe dans la vie en ce moment. Grâce à une formation consciente, les gens apprennent à reconnaître et à discriminer les composantes de l'expérience, y compris les pensées, les sentiments et les</p>

	<p>sensations, et à développer une prise de conscience non réactive de celles-ci. La réduction du stress basée sur la conscience (MBSR) est un programme de formation à l'attention intégrale basé sur le groupe qui réduit le stress perçu, la détresse liée à la maladie et les symptômes médicaux signalés dans une gamme de maladies chroniques.</p> <p><b>Est-ce que les concepts clés s'inscrivent-ils dans un cadre de référence ? Est-il lié au but de l'étude ? Les bases philosophiques et théoriques ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ?</b></p> <p>Oui, ils s'inscrivent dans un cadre de référence et sont liés au but de l'étude qui veut tester l'effet qualitatif des interventions chez les patients souffrant de MPOC grave pour établir des connaissances de base pour guider des études bien conçues.</p>
<p>Buts et question de recherche</p>	<p><b>Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ?</b></p> <p>Oui, comme expliquer dans le point problème de la recherche.</p> <p><b>Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ?</b></p> <p>Les hypothèses ne sont pas énoncées mais la population clé est les patients souffrant de MPCO. Les variables ne sont également pas présentées.</p> <p><b>Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ?</b></p> <p>Il n'y a pas de notion d'hypothèse. L'auteur ne parle pas de ce qu'il pourrait s'entendre à obtenir en testant les différentes interventions chez les patients choisis.</p> <p><b>Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ?</b></p> <p>L'auteur pense que les interventions basées sur les valeurs de la population pourra aider à ceux-ci d'avoir une meilleure prise en charge sur leur santé.</p> <p><b>Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ?</b></p> <p>Testé l'effet qualitatif des interventions de l'entretien motivationnel et du Mindfulness pourrait optimiser la thérapie sur les malades MPCO. Ceci étant en lien avec les recherches effectuées dans le cadre théorique.</p>
<p>METHODE</p>	

Population et échantillon	<p><b>La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? la méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ?</b></p> <p>Oui, les deux études ont une population bien précise. Les participants étaient des patients adultes recrutés entre octobre 2009 et décembre 2011 à partir de cliniques de soins pulmonaires à Mayo Clinic, Rochester, Minnesota, États-Unis. Les deux études ont été approuvées par la Mayo Clinic Institutional Review Board, et tous les patients ont signé leur consentement avant d'entrer dans l'étude.</p> <p>Les critères d'inclusion étaient une MPOC sévère ou très grave documentée par un médecin, par exposition au tabac et tests de la fonction pulmonaire.</p> <p><b>Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ? La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis d'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ? Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données ?</b></p> <p>La méthode d'échantillonnage a exclu certains patients afin de ne pas compromettre les résultats. Par exemple, les patients ayant eu des exacerbations au cours du dernier mois ou si ils assistaient à un programme de réadaptation pulmonaire en parallèle. Pour le test de l'attention physique, les patients ont également été exclus si participé au MBSR et / ou à la pratique de la méditation régulièrement.</p> <p><b>Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ?</b></p> <p>Les deux études ont été approuvées par la Mayo Clinic Institutional Review Board.</p>
Considérations éthiques	<p><b>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ?</b></p> <p>Oui, les deux études ont été approuvées par la Mayo Clinic Institutional Review Board,</p> <p><b>L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ?</b></p> <p>Tous les patients ont signé leur consentement avant d'entrer dans l'étude.</p>
Devis de recherche	<p><b>Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? la méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposées ?</b></p> <p>Oui, l'étude qualitative permet de récolter des données concrètes et réelles. Pour l'étude de la conscience (Mindfulness), le programme d'attention pour la santé Mindfulness for Health Program était une version modifiée de MBSR qui comprenait 8</p>

séances hebdomadaires de 2 heures, plus une réunion mensuelle pour 1 an. La modification consistait en l'absence de la retraite de tous les jours et l'ajout de la session mensuelle pour soutenir la pratique de la conscience et les dialogues entre les participants sur l'utilisation de la conscience dans la vie quotidienne. La formation de la conscience mentale formelle a été réalisée grâce aux techniques suivantes: analyse du corps, lorsque l'attention est systématiquement déplacée dans le corps pour sensibiliser aux sensations; Méditation assise axée sur la conscience de la respiration, des pensées et des sentiments; Et des exercices d'étirement doux pour développer la prise de conscience pendant le mouvement. Les cours ont mis l'accent sur l'intégration de la conscience dans la vie quotidienne pour soutenir le traitement des symptômes et du stress. Un CD contenant des exercices de réflexion guidés a été pratiqué pendant 30 minutes, 6 jours par semaine. La séance mensuelle de 1 heure consistait en une pratique de sensibilisation à la respiration de 15 minutes; Des exercices d'étirement doux de 15 minutes pour sensibiliser au mouvement et une session de 30 minutes de partage des progrès du mois précédent.

Concernant le coaching basé sur l'entretien motivationnel, chaque patient a reçu 10 appels téléphoniques de soins médicaux de 15 à 20 minutes de durée sur 3 mois (appels hebdomadaires au 1er et 2ème mois, appels hebdomadaires au cours du 3ème mois). Un détail de la formation et de la méthode de coaching de MI a été publié récemment. L'esprit du MI (Figure 1): compassion et acceptation du patient, compétence et autonomie pour prendre sa propre décision, évocation des raisons du patient pour changer ou non, et la collaboration qui a guidé les sessions.

**Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ?**

Oui, la méthode qualitative permet d'avoir des données solides sur la qualité et non la quantité. Les informations sont plus précises et exploitables pour savoir si les outils utilisés dans la recherche sont pertinents. Les résultats récoltés pourront donner une idée sur une amélioration du comportement des patients.

**Le choix du devis permet-il de respecter les critères scientifiques ?**

Oui, comme expliqué plus haut.

**La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ?**

Oui, l'auteur ne cherche pas à quantifier des résultats ou faire des statistiques mais veut connaître la qualité des résultats pour pouvoir les utiliser dans la pratique.

**Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ?**

Oui, que se soit par le bien d'entretien téléphoniques ou par de nombreuses séances pour l'entretien motivationnel ou le Mindfulness.

Modes de collectes de données	<p><b>Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ?</b></p> <p>Oui, en utilisant des questions ouvertes et des réflexions, l'interventionniste a exploré la conscience de l'activité physique, l'ambivalence vis-à-vis de l'exercice et les changements de style de vie, et a écouté les opportunités dans lesquelles le patient a exprimé sa volonté d'apporter un changement dans tout comportement (changement de conversation). Les participants ont fréquemment soulevé des questions d'autogestion liées à la MPOC lors de sessions de coaching, et de nombreuses stratégies ont été proposées, y compris la sensibilisation à la respiration grâce à la respiration à la lèvre lente lente, aux stratégies de stimulation pour l'effort et à l'utilisation d'un plan d'urgence s'il y a lieu.</p> <p>Dans la livraison de l'intervention, nous voulions ajouter un outil qui mesure (a) l'accord entre le patient et le fournisseur sur les tâches d'autogestion (b) un accord sur les objectifs de l'autogestion, et (c) le développement d'une liaison affective Entre l'interventionniste et le patient. Nous avons choisi l'Inventaire de l'Alliance de travail-Révision courte (WAI-SR), une mesure récemment affinée de l'alliance thérapeutique qui évalue les trois aspects clés mentionnés et qui a démontré de bonnes propriétés psycho-métriques. Sur la base des recherches précédentes, les auteurs ont émis l'hypothèse qu'un travail plus élevé sur l'alliance thérapeutique serait associé à de meilleurs résultats pour les patients.</p> <p><b>Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ?</b></p> <p>Oui, Au cours des 3 mois de coaching, les participants ont été invités à remplir un bref journal quotidien de leur activité physique et de leurs symptômes (figure 2). Le journal complété a été mis à la disposition de l'entraîneur et l'information a été utilisée pour fournir des commentaires, engager le participant dans une discussion sur les tendances et les impressions, et donner aux participants la possibilité de réfléchir sur leurs efforts et leurs sentiments. La session a habituellement, mais a toujours mis fin à un plan d'action sur le sujet de choix pour le patient. Un menu d'options (Figure 3) pour chaque domaine (activité physique, stress / émotions ou respiration) était disponible si nécessaire pour augmenter les options des patients pour un plan (si le patient voulait en faire un).</p> <p><b>L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ?</b></p> <p>Oui, les auteurs ont choisis l'Inventaire de l'Alliance de travail-Révision courte (WAI-SR).</p> <p><b>La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés ?</b></p> <p>Oui.</p>
-------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Conduite de la recherche	<p><b>Le processus de collecte de données/enregistrements est-il décrit clairement ?</b>          Oui, le processus est décrit dans le point analyse des données.</p> <p><b>Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ?</b>          Oui, l'entraîneur de santé pour le procès était une infirmière formée à l'IM. De plus, tous les participants ont été interviewés par un enquêteur qui n'a pas livré l'intervention.</p> <p>Les données des questions d'entrevue ont été analysées de manière indépendante par deux chercheurs de l'étude en utilisant les méthodes d'analyse de contenu.</p> <p><b>Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante?</b>          Oui, elle est décrite dans le point analyse des données.</p>
Analyse des données	<p><b>Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ?</b> <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> SEP</p> <p>Oui, des entretiens ont été menés par téléphone et ont été guidés par un guide d'entrevue semi-structuré, qui comprenait des questions ouvertes et des échelles de notation. Ces questions ont évalué la satisfaction quant au contenu et à la prestation des programmes, aux avantages perçus du programme et aux changements de comportement résultant du programme. Les données des questions d'entrevue ont été analysées de manière indépendante par deux chercheurs de l'étude en utilisant les méthodes d'analyse de contenu.</p> <p>L'analyse a suivi une analyse triangulaire de la méthodologie qualitative standard et l'utilisation de récits réflexifs visant à maximiser la transférabilité des données d'entrevue.</p> <p>Les transcriptions ont été codées de manière indépendante par ligne par deux et ont ensuite été compilées dans des schémas de codage préliminaire. Suivant les principes de la théorie fondée, un ensemble définitif de thèmes et de sous-codes a émergé de manière inductive.</p> <p><b>Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ?</b>          Oui, ils sont décrits dans les points précédents.</p> <p><b>Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ?</b> <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> SEP</p> <p>Il n'y a pas de résumé des résultats dans la méthodologie.</p> <p><b>Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données ?</b>          Oui, comme expliqué dans les points précédents.</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p><b>Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ?</b>          Oui, des tableaux ont été ajoutés en annexe afin d'aider le lecteur</p>

	<p>à la compréhension des résultats.</p> <p><b>Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ?</b></p> <p>Oui, les auteurs ont séparé les résultats des deux interventions et sont logiquement associés.</p> <p><b>Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ?</b></p> <p>Oui, concernant l'entretien motivationnel, les participants étaient 51 patients, dont 29 (57%) étaient âgés de 68,5 ans + 7,7 ans (moyenne + SD). Les patients avaient une maladie modérée à sévère avec un volume expiratoire forcé en 1 seconde (VEMS) 39,4 + 15,3% de la valeur de référence. Parmi eux, 44 patients (86%) ont complété l'intervention de l'étude. Les thèmes d'entrevues et les citations sélectionnées de l'analyse qualitative sont présentés dans le tableau 1.</p> <p>Concernant les données sur l'alliance de travail, les évaluations des patients avec l'interventionniste utilisant le WAI-SR ont révélé des perceptions positives sur la relation. La majorité des patients ont qualifié les affirmations vraies «très souvent» ou «toujours», reflétant des aspects positifs de leur relation avec l'interventionniste. La plupart des patients ont signalé que «très souvent» ou «toujours» 1: le patient et l'interventionniste ont convenu de stratégies pour améliorer la situation du patient (88,5%) 2; le patient croit que l'interventionniste les aime (92,3%) 3; Ils avaient confiance que l'interventionniste pouvait les aider (84,0%) 4; Ils ont travaillé vers des objectifs mutuellement convenus (84,6%) et ont convenu de ce qui est important à travailler (84,6%); Et 5 la façon dont ils travaillaient sur le problème du patient était correcte (100%).</p> <p>Les interventions concernant le Mindfulness : dix patients, (57% hommes), âgés de 67 ans et plus 6 ans (moyenne + SD). Les patients avaient une maladie modérée à sévère avec le VEMS 29 ± 8% de la valeur prédite. Conseil de recherches médicales modifiées avec une note de dyspnée 2 ± 1 (échelle 0-4). L'intervention de 1 an a été complétée par 70%. Les entretiens principaux sur les thèmes et sous-thèmes de l'analyse qualitative sont présentés dans le tableau 2.</p> <p><b>L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ?</b></p> <p>Il n'y a pas de notion à ce sujet.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p><b>Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ?</b></p> <p>Oui, les résultats des deux études qualitatives présentées dans ce manuscrit peuvent éclairer l'«inconnu» que nous avons dans le domaine de l'autogestion de la MPOC: comment aider les patients et déclencher une motivation interne susceptible de les faire changer de comportement. Nous croyons que, compte tenu de la recherche récente, nous pouvons non seulement améliorer la</p>

qualité de vie des gens, mais aussi les résultats liés à la santé (moins d'hospitalisations, plus d'activités quotidiennes, de visites non programmées liées à l'exacerbation).

**Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?**

La principale raison d'avoir exploré les méthodes ci-dessus était en partie leur succès dans d'autres processus pathologiques qui étaient chroniques et nécessitaient un changement de comportement significatif: douleur chronique, cancer du sein pour les interventions de conscience, dépendances, diabète et insuffisance cardiaque.

**L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ?**

Oui, l'esprit de l'entretien motivationnel comprend quatre fondements forts qui peuvent expliquer son impact et son efficacité dans le contexte de la souffrance: la compassion (le désir de voir les autres libres de la souffrance), l'acceptation (valorisant la valeur intérieure et le potentiel de chaque être humain), l'évocation (personnes ont en eux ce qu'il faut pour aller de l'avant) et le partenariat («L'IM est fait pour et avec une personne: c'est une collaboration active entre les experts»). L'esprit ci-dessus a donné le ton à une intervention qui vise certainement à motiver l'individu au niveau très profond.

**Les limites de l'étude ont-elles été définies ?**

Nos résultats qualitatifs prometteurs contrastaient avec une étude randomisée antérieure sur l'intervention de conscience dans la MPOC qui ne montre essentiellement aucun résultat. Cependant, un problème possible irréparable a été présent dans cette étude. Les gens qui proposent une intervention nécessitent une pratique méditative quotidienne ce qui peut constituer un obstacle majeur à la conformité de l'intervention. Les essais cliniques randomisés comportementaux posent des défis uniques et des conceptions alternatives en fonction de leur adéquation aux objectifs scientifiques et cliniques sont une question d'intérêt. Notre intervention a besoin d'une rencontre mensuelle où les gens se rencontrent et continuent leur pratique pendant 1 an. Les gens se rencontrent encore aujourd'hui après 2 ans de fin d'étude.

**Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ?**

Oui, les thèmes obtenus dans les entretiens approfondis sont des sujets significatifs qui sont au cœur de la réadaptation et de la promotion de l'autogestion dans la MPOC: communications efficaces et inspirantes, autodétermination de la responsabilité, perception d'une activité physique améliorée, intégralité. De l'intervention d'autogestion qui va au-delà d'une prescription qui, selon le patient, est cliniquement pertinente (obésité et émotions). Bien que loin d'être des résultats accomplis, donner un aperçu de ce qui est possible avec cette intervention est

	<p>pertinent. Une méthode détaillée de formation pour les interventions basées sur le MI dans la MPOC a récemment été publiée par le Journal de l'Association américaine pour la réadaptation cardiovasculaire et pulmonaire. Une formation complète appropriée est essentielle pour dispenser une intervention fondée sur la compassion, l'acceptation et les bonnes capacités d'écoute.</p> <p><b>Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ?</b></p> <p>Oui, la principale raison d'avoir exploré les méthodes ci-dessus était en partie leur succès dans d'autres processus pathologiques qui étaient chroniques et nécessitaient un changement de comportement significatif: douleur chronique, cancer du sein pour les interventions de conscience, dépendances, diabète et insuffisance cardiaque.</p>
<p>Conséquences et recommandations</p>	<p><b>Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ?</b></p> <p>L'effet qualitatif que cette intervention mindfulness a eu chez les personnes atteintes de MPOC pourrait révolutionner la façon dont nous voyons les possibilités de traitement et de communication (en particulier l'écoute) lors de rencontres de santé en réadaptation et en soins chroniques. Le Mindfulness a été décrit comme une attention particulière, sans jugement (étiquetage des choses bonnes ou mauvaises) au moment présent. Les pratiques testées ont favorisé le sens et l'expérience de se sentir en bonne santé pour les personnes atteintes d'une maladie chronique: a) en valorisant le moi; (B) en recherchant et se connectant avec d'autres personnes; (C) en voyant les difficultés comme des opportunités; (D) en appréciant la vie; Et (e) en acquérant de la joie. La signification de ces résultats est qu'ils peuvent être essentiels à une reconceptualisation de la santé et de la maladie. Une telle reconceptualisation peut provoquer une transformation des soins chroniques et de la promotion du bien-être, du point de vue des problèmes et du déficit, à celui qui met l'accent sur la capacité des gens à promouvoir leur santé et leur guérison. Un voyage personnel est probablement nécessaire chez le patient et le fournisseur pour livrer les interventions décrites ci-dessus qui sont basées sur des valeurs telles que la compassion, l'acceptation (MI), la sincérité et l'attention sans jugement (attention physique). Ces interventions en touchant le noyau même des valeurs humaines et en favorisant un autre type d'écoute (non seulement de l'esprit mais aussi du cœur) peuvent créer la condition nécessaire pour déclencher une motivation et un changement de comportement qui peut être très transformateur.</p> <p><b>L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ?</b></p>

	<p>Les développeurs ont établi quelques principes directeurs pour la thérapie du MI, 18 qui sont les suivants :</p> <p>La motivation à changer est provoquée par le client et non imposée par le dehors. La persuasion directe n'est pas une méthode efficace pour résoudre l'ambivalence. Le style de counseling est généralement un sujet de calme et de succès. La disposition à changer est un produit de l'interaction interpersonnelle plus qu'un «trait du patient». La relation thérapeutique est comme un partenariat ou une camaraderie que les rôles d'experts / destinataires.</p> <p>Les auteurs ont démontré une bonne alliance de travail entre le patient et le fournisseur, ce qui a été lié à un résultat amélioré : nos résultats de l'intervention du MI ont montré des scores élevés dans le WAI suggérant le degré de partenariat qui est destiné aux interventions de MI. Ce dernier n'a pas été étudié dans les programmes d'autogestion de la MPOC avant et est peut-être un résultat potentiel à mesurer dans les études futures de l'autogestion.</p> <p>Une étude plus récente et positive d'une intervention réconfortante chez un patient souffrant d'asthme chronique soutient l'équilibre dans le sujet de la prise en compte de la maladie pulmonaire chronique et, certainement, il faut plus de recherches dans ce même sujet pour définir son utilisation et sa pertinence.</p> <p>Un aspect qui doit être pris en compte est que la qualité d'une intervention de Mindfulness est seulement aussi bonne quand l'instructeur et sa compréhension offre un programme vraiment conscient. Il existe certainement un besoin d'une pratique personnelle de la conscience (qui est habituellement enracinée dans une pratique de méditation régulière) qui peut provoquer la simplicité dans la livraison de l'intervention. Il est incroyable de voir comment l'«enseignement mécanique» de la respiration à la bouche frisée peut être transformé dans une «pratique de sensibilisation à la respiration» éclairante et équilibrée lorsque l'attention et l'intention sont faites. Le même concept s'applique à la marche ou à tout exercice d'étirement pour cette question.</p> <p>Cette intervention offre un paradigme différent: la maladie est un catalyseur potentiel de la croissance, qui peut donner l'opportunité ou la circonstance d'un changement positif et être une opportunité qui augmente la signification de la vie. La connectivité ou la relation avec l'environnement et la conscience de soi dans un état de bien-être compromis semblent être des éléments importants de ce voyage.</p> <p>L'exploration de nouvelles méthodes est une nécessité dans le domaine du changement de comportement et de l'autogestion dans laquelle le «Saint Graal» n'a pas encore été trouvé.</p> <p><b>Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ?</b></p> <p>Oui.</p>
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

