

Troubles dépressifs traités par thérapie cognitivo-comportementale effectuée par des infirmiers spécialisés en corrélation avec le retour au travail

Travail de Bachelor

Delphine Berger

N° d'immatriculation : 16-872-954

Shelley Burkhard

N° d'immatriculation : 16-871-097

Directrice : Sandrine Favre - Maître d'enseignement HES
Membre du jury externe : Maria Janier Alvite - Infirmière en psychiatrie

Genève, le 12 août 2019

DECLARATION

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

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

Fait à Genève, le 12 août 2019

Delphine Berger

Shelley Burkhard

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier les personnes qui ont contribué à l'élaboration de notre Travail de Bachelor.

Nous tenons à remercier particulièrement Madame Sandrine Favre, notre directrice de Bachelor pour son soutien, ses encouragements, sa disponibilité et ses conseils durant toute l'année scolaire.

Nous remercions également Madame Maria Janier Alvite qui a accepté d'être notre jury à la soutenance de ce travail.

Merci à Madame Fabienne Terraneo pour ses nombreux conseils durant les différents séminaires destinés au Travail de Bachelor.

Pour finir, un grand merci à nos familles qui nous ont soutenues et encouragées au fil de ses trois ans en soins infirmiers et qui nous ont permis d'aboutir à notre Travail de Bachelor.

RESUME

Contexte : Le trouble dépressif est une maladie qui touche plus 300 millions de personnes dans le monde actuellement. Cette maladie a des conséquences sur la vie familiale, sociale mais aussi professionnelle. La qualité de vie et le bien-être des personnes sont diminués dus à ce trouble. Au niveau professionnel, ces personnes ont plus de difficultés à se concentrer et à garder leur travail, ce qui engendre des conséquences aussi au niveau socio-économique. Elles se retrouvent souvent dans un cercle vicieux et il leur est difficile d'en sortir sans l'aide de professionnels de la santé. Il est important qu'elles soient suivies régulièrement une fois que la maladie a été dépistée. Les troubles dépressifs sont traités majoritairement par des traitements médicamenteux, mais ceux-ci ne sont pas toujours pris correctement. Les thérapies cognitivo-comportementales peuvent être proposées aux patients en plus des traitements médicamenteux, ce qui leur permettrait de changer leur façon de penser de négative en positive, de reprendre confiance en eux et de trouver des solutions pour faire face à certains événements de la vie. L'infirmier doit créer un lien de confiance avec son patient pour que la thérapie soit la plus efficace.

But : Cette revue de littérature a pour objectif de comprendre comment une thérapie cognitivo-comportementale permet de soigner les troubles dépressifs tout en proposant un retour au travail. Le but est de promouvoir les bienfaits des traitements non-médicamenteux sur des personnes souffrant de troubles dépressifs qui influent sur leur carrière professionnelle ou, se retrouvant au chômage à cause de ceux-ci, à travers la vision des soins élaborée par Martha Rogers dans sa théorie visant au bien-être.

Méthode : Les bases de données Pubmed et Cinahl ont été consultées pour répondre à la problématique *“Comment les infirmiers spécialisés en TCC pourraient aider les adultes souffrant de troubles dépressifs en favorisant leur retour au travail ?”*. Cette recherche documentaire a permis de trouver six articles traitant de cette problématique dont les résultats ont ensuite été analysés en deux thèmes ; le premier est le chômage/les arrêts-maladies/les jours d'incapacité de travail/le retour au travail liés à la dépression et, le second, la TCC et la dépression.

Résultats : Les résultats des six articles sélectionnés mettent en évidence l'efficacité de la TCC (qu'elle soit effectuée par des thérapeutes ou des infirmiers spécialisés) pour soigner les troubles dépressifs et démontrent l'importance de s'intéresser aux personnes souffrant de ces troubles lorsqu'ils retournent travailler après un arrêt-maladie ou à ceux étant au chômage et propices à développer des troubles dépressifs pouvant ne jamais être diagnostiqués.

Conclusion : La TCC est une psychothérapie qui peut être utilisée lors de troubles dépressifs. Elle peut être intégrée dans la pratique infirmière des unités de psychiatrie, mais elle pourrait aussi être utilisée en milieu hospitalier. Les personnes souffrant de problèmes somatiques peuvent également être affectées par des troubles de l'humeur. Les personnes suivant une TCC doivent tout de même être motivées pour que les résultats soient plus efficaces. Les traitements médicamenteux ne doivent pas être supprimés, mais en tant qu'infirmier, il est important d'avoir un esprit ouvert et de trouver des solutions non-médicamenteuses pour aider à soigner les patients. Le but de l'infirmier selon Martha Rogers est d'aider le patient à accéder à un état de bien-être physique, mental et social, tout en tenant compte de son environnement qui peut influencer sur ce bien-être.

Un positionnement infirmier bienveillant et à l'écoute faisant preuve d'une grande observation est primordial dans la détection de troubles dépressifs chez des personnes au chômage ou en situation de vulnérabilité.

Mots-clés :

Français	Anglais
Thérapie cognitivo-comportementale	Cognitive behavioral therapy
Dépression	Depression
Rôle infirmier	Nursing care / nursing role
Retour au travail	Return to work

LISTE DES ABREVIATIONS

ATQ	Automatic thoughts questionnaire = questionnaire sur les pensées automatiques
CIM	Classification internationale des maladies
DSM	Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux
HDRS/HRSD	Hamilton Depression Rating Scale = Échelle de dépression d'Hamilton
HEdS	Haute Ecole de Santé – Genève
MADRES	Montgomery-Åsberg depression rating scale = Echelle Montgomery-Åsberg d'évaluation de la dépression
OMS	Organisation mondiale de la santé
TCC	Thérapie cognitivo-comportementale

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Les différents paradigmes infirmiers.....	35
Tableau 2 : PICO. Mots-clés selon les thésaurus et les différentes banques de données..	45
Tableau 3 : Tableau synoptique des articles selon les thèmes abordés.....	59
Tableau 4 : Tableau comparatif des études retenues pour l'analyse critique.....	61

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Schéma des différentes pathologies psychiatriques.....	20
Figure 2 : Transmission des informations d'une cellule nerveuse à la suivante.....	20
Figure 3 : Diagramme de flux décrivant le processus d'identification des articles.....	48

TABLE DES MATIERES

DECLARATION	2
REMERCIEMENTS	3
RESUME	4
LISTE DES ABREVIATIONS	6
LISTE DES TABLEAUX	6
LISTE DES FIGURES	6
TABLE DES MATIERES	7
1 CADRE THEORIQUE	13
1.1 Troubles dépressifs	13
1.1.1 Statistiques / épidémiologie	13
1.1.2 Conséquences et impacts	13
1.1.3 Population à risque	14
1.1.4 Coût budgétaire	15
1.2 Troubles psychiques	16
1.2.1 Les troubles bipolaires	16
1.2.2 Les troubles anxieux	17
1.2.3 Les troubles obsessionnels-compulsifs	17
1.2.4 Les troubles de la personnalité	17
1.2.5 Les troubles dépressifs	18
1.3 Traitements médicamenteux	20
1.3.1 Anxiolytiques	21
1.3.2 Neuroleptiques/antipsychotiques	21
1.3.3 Stabilisateurs de l'humeur	22
1.3.4 Antidépresseurs	23
1.4 Approche non-médicamenteuse	25
1.4.1 Luminothérapie	25
1.4.2 Privation de sommeil	25
1.4.3 Activité physique	25
1.4.4 Musicothérapie	26
1.4.5 Acupuncture et yoga	26
1.4.6 Massage	26
1.4.7 Sophrologie	26
1.4.8 Psychothérapie	27
1.5 Thérapies comportementales et cognitives (TCC)	27

1.5.1 Premier mouvement – approche comportementale	27
1.5.2 Deuxième mouvement – approche cognitive	28
1.5.3 Troisième mouvement – approche émotionnelle	31
1.5.4 Méthodologie des TCC	32
1.5.5 Impact sur la dépression	33
1.6 Impact des troubles dépressifs sur la réinsertion professionnelle	33
2 ANCRAGE THEORIQUE	34
2.1 Holarchie des connaissances selon Fawcett	34
2.2 Paradigmes	35
2.3 Ecoles de pensées	36
2.4 Théorie de Martha Rogers	38
2.4.1 Métaconcepts	38
2.4.2 Paradigme	39
2.4.3 Ecole de pensée	40
2.4.4 Niveau d'abstraction	40
2.4.5 Postulats et principes	40
2.4.6 Rôle infirmier selon Rogers	41
3 QUESTION DE RECHERCHE	43
4 METHODE	44
4.1 Sources d'information et stratégies de recherche documentaire	44
4.2 Diagramme de flux	48
5 RESULTATS	49
5.1 Analyse critique des articles retenus	49
5.2 Tableaux comparatifs	60
6 DISCUSSION	67
6.1 Chômage/arrêt-maladies/jours d'incapacité de travail/retour au travail et dépression	67
6.2 TCC et dépression	70
7 CONCLUSION ET PERCPECTIVES	72
7.1. Recommandations	73
7.1.1. Pour la pratique	73
7.1.2. Pour la recherche	74
7.1.3. Pour l'enseignement	74
8 REFERENCES	75
9 ANNEXES	81
9.1 Classification de la dépression selon le DSM-V et le CIM-10	81

9.2 Echelles d'évaluation de la sévérité de la dépression	81
9.3 Algorithme de prise en charge de la dépression	82
9.4 Fiches de lecture des articles	83

INTRODUCTION

Ce travail de Bachelor s'intéresse aux personnes adultes souffrant de dépression qui cherchent à se réinsérer professionnellement et à comment la théorie cognitivo-comportementale (TCC), exercée par des infirmiers spécialisés, pourrait les aider à y parvenir.

Le choix du sujet de notre travail de Bachelor s'est porté vers le domaine de la psychiatrie, ainsi que vers les approches non-médicamenteuses, car l'une de nous avait une préférence pour les maladies psychiques alors que l'autre aimait plus particulièrement les techniques de soins non-médicamenteuses. C'est donc dans ce contexte-là que nous avons abouti à la cohésion de ces deux domaines pour formuler notre problématique. Nous sommes toutes les deux intéressées par le domaine scientifique. Nous aimons connaître les causes des maladies, comprendre comment les soigner et à quoi servent les traitements reçus. Cependant, nous sommes aussi ouvertes à d'autres méthodes telles que la médecine parallèle où l'utilisation de médicament n'est pas la seule option, où la personne et ce qu'elle est en train de vivre est primordiale pour que la prise en soin fonctionne. Les médicaments représentent souvent le seul espoir pour une personne malade, car ils incarnent la guérison, mais sont aussi une contrainte quotidienne qui demande une extrême persévérance dans la prise de ceux-ci, ce qui peut devenir fatigant et lassant à la longue. Les médicaments sont définitivement la clé de beaucoup de maladies, mais en psychiatrie, il y a extrêmement plus à chercher et à comprendre que simplement prendre des cachets pour aller mieux. La psychiatrie est un domaine qui n'est pas toujours très précis, voire même vague, mais c'est justement ce qui le rend passionnant. L'histoire de vie de chaque personne et les raisons de son état actuel de santé l'obligeant à consulter ont une importance monumentale dans sa guérison et dans son risque de rechute et sont ce qui montre à quel point il est important de travailler sur une approche thérapeutique non-centrée sur les médicaments, mais sur le vécu de la personne en souffrance.

Les maladies psychiques sont captivantes, car elles ne se voient pas. Elles ne sont pas diagnostiquées à l'aide d'une radiographie, d'un scanner ou d'un bilan sanguin. Cependant, certains marqueurs sanguins peuvent être modifiés lors d'une dépression, tels qu'une déficience en magnésium, qu'une hypocholestérolémie, qu'un faible taux de folates et une qu'une augmentation du taux de glucocorticoïdes. Les maladies psychiques sont des pathologies qui rongent de l'intérieur, qui peuvent anéantir un être entier sans que cela ne soit visible aux yeux des autres. Pour détecter ce type de pathologie, il faut creuser, il faut faire tomber les masques et les barrières, il faut briser les carapaces, casser les murs et trouver les failles. Il faut savoir lire entre les lignes, ne pas croire aux sourires et, enfin, il faut saisir ce que les yeux veulent dire. C'est un travail qui demande de la persistance, de la patience et énormément d'observations cliniques. Les personnes touchées par des maladies

psychologiques sont passionnantes, car chacune de ces personnes peut exprimer la maladie d'une manière différente, celle-ci dépendant de la personne et de son vécu ; il n'y a pas de juste ou de faux. Tout comme les maladies physiques, chacun vit sa maladie différemment. Le travail de l'infirmier dépend entièrement de la personne, de qui elle est, de ce qu'elle a vécu et de ce dont elle a besoin aujourd'hui. C'est un soin singulier qui dépend entièrement de l'unicité de la personne.

La dépression est nommée trouble dépressif selon le DSM-5 (2013). C'est une des maladies psychologiques la plus répandue mondialement. C'est une pathologie qui dure et qui a tendance à récidiver. Les personnes en souffrance se battent contre elles-mêmes, contre leurs démons intérieurs, contre leur manière propre de voir le monde et les autres, contre une démotivation terrassante et un dégoût de la vie. Ce sont des personnes qui ont besoin d'aide pour ne pas se noyer et pour remonter à la surface. Aussi, nous avons pu constater, au cours des différents stages réalisés durant notre formation à la HEdS, que la dépression est une maladie que l'on pouvait retrouver dans tous les domaines de la santé et non pas que dans celui de la psychiatrie. C'est pour cette raison que nous avons trouvé important de nous y intéresser plus profondément.

Les troubles dépressifs ont un impact sur la personne mais également sur son environnement. Ils peuvent toucher sa famille, son réseau social et professionnel. Chaque personne réagit différemment lors d'une dépression. Cette maladie risque de dégrader les relations socio-familiales provoquant potentiellement des disputes, des conflits incessants, une incompréhension et beaucoup de douleur pour tous. Les conséquences de cette maladie sont complexes et touchent le malade, ainsi que l'ensemble des proches leur faisant vivre des moments extrêmement délicats et douloureux. La dépression impacte, souvent, le monde professionnel de la personne, car elle n'est plus capable de travailler, de se concentrer et d'être compétente et rapide. Ces personnes peuvent donc se retrouver au chômage et mettre leur famille dans une situation financière critique. En soignant les personnes touchées par cette maladie, elles reviendront gentiment à la vie comme après un long sommeil rempli de cauchemars et elles pourront progressivement reprendre du plaisir dans les activités qu'elles aimaient et pour lesquelles elles avaient des compétences, et donc engendrer un retour au travail.

Les traitements des maladies psychologiques sont généralement médicamenteux, car ils ont un effet favorable et sont efficaces. Cependant, nous savons que ce n'est pas suffisant pour les personnes dépressives, car, suite à une dépression, une personne a 50% de chance de rechuter au cours de sa vie étant donné que des symptômes résiduels perdurent. Il faut donc accompagner les traitements médicamenteux par une approche non-médicamenteuse pour

un effet positif qui persiste sur le long terme. Suite à diverses recherches, nous avons constaté que les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) sont l'une des psychothérapies ayant le plus d'impact positif sur la dépression, ce qui nous a décidé à pousser nos recherches dans cette direction.

Le travail s'intéresse d'abord aux personnes souffrant de dépression et à l'épidémiologie de cette maladie, puis aux conséquences et impacts de celle-ci. Il précise, ensuite, la population touchée par la dépression, ainsi que son coût budgétaire engendré. Il continue avec les traitements médicamenteux disponibles, puis sur ceux non-médicamenteux, pour ensuite s'intéresser plus précisément au rôle infirmier dans les TCC et la prise en soins des patients souffrant de dépression associée au cadre théorique de Martha Rogers. Enfin, ce travail expose l'impact de cette thérapie, exercée par des infirmiers spécialisés, dans la réinsertion professionnelle.

1 CADRE THEORIQUE

1.1 Troubles dépressifs

Les troubles dépressifs sont un trouble de l'humeur fréquent et invalidant qui se caractérise par une absence de ressenti positif tel qu'une perte d'intérêt et de plaisir dans la vie quotidienne (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2010). Ils génèrent des difficultés dans la vie quotidienne, la vie sociale et dans la vie professionnelle (Observatoire suisse de la santé [Obsan], 2013). La dépression a également de fortes répercussions sur le patient, ainsi que sur sa famille puisqu'elle devient généralement une maladie chronique et récidivante (Mirabel-Sarron, 2011). Le trouble dépressif est souvent lié à d'autres problèmes somatiques (Hôpitaux universitaires de Genève [HUG], 2017). Ce trouble sera décrit selon le DSM-5 et développé plus profondément plus tard dans le travail.

1.1.1 Statistiques / épidémiologie

La dépression touche, actuellement, plus de 300 millions de personnes dans le monde et est prédite pour être la cause principale de handicap en 2030 (WHO, 2018). Elle est le trouble psychique le plus fréquent au niveau mondial (Obsan, 2013). En Suisse, la prévalence de la dépression est de 6.5 % par année (HUG, 2017). De plus, 15 à 30% des patients qui souffrent de dépression majeure présentent une résistance aux traitements après deux tentatives d'antidépresseurs pris correctement (Lucas, 2017). 70 à 80% répondent au traitement, dont 50% sont en rémission complète et 30% en rémission partielle (Bally, 2013). Selon le DSM-5 (2013), 50% des personnes atteintes de dépression rechutent dans l'année suivant le premier épisode dépressif.

Après deux épisodes, les risques de rechute sont de 95%. Les troubles dépressifs chroniques touchent entre 10 et 20% des personnes qui sont passées par un épisode dépressif (Bally, 2013).

1.1.2 Conséquences et impacts

La dépression entraîne une grande souffrance chez le patient. Elle s'associe généralement à une consommation excessive de tabac, à une consommation d'alcool à risque, à un manque d'activité physique, ainsi qu'à des comportements à risques (Obsan, 2013). La dépression peut également conduire au suicide. Chaque année, près de 800 000 personnes meurent d'un suicide (Organisation Mondiale de la santé [OMS], 2018). Cette maladie peut aussi entraîner des maladies somatiques comme les maladies cardiovasculaires ou le diabète (OMS, 2018). La dépression a un impact sur les relations qui peuvent devenir plus conflictuelles. Elle augmente les tensions familiales, ainsi que le taux de divorces (Xavier, 2017).

Les personnes dépressives montrent plus de perte d'emploi, un retraitement professionnel prématuré, des limitations fonctionnelles dans leur travail, ainsi que plus d'absences que leurs collègues non-dépressifs. Ces conséquences s'expliquent par l'expression de symptômes sévères de la dépression, par la présence de symptômes spécifiques tel que la difficulté à se concentrer et par une prise en charge de mauvaise qualité de la dépression (Lerner, 2010). De part une longue absence-maladie, il est peu probable que la personne souffrant de dépression puisse retourner travailler (Reme, 2015), ce qui engendre une réinsertion professionnelle compliquée. La dépression ne permet plus un comportement fonctionnel de la personne en souffrance, ce qui implique un licenciement ou des arrêts-maladies fréquents et prolongés. Cette perte de travail peut donc engendrer des problèmes financiers et une situation d'isolement complet. Cependant, cette descente aux enfers est un processus long qui ne survient pas du jour au lendemain. Tout comme la dépression, les symptômes s'installent petit à petit et deviennent de plus en plus forts au fil du temps. Les conséquences de ces symptômes se répercutent simultanément sur le lieu de travail de cette personne. Progressivement, elle se rend compte qu'elle ne prend plus de plaisir, que se lever chaque matin devient de plus en plus dur. Sur son lieu de travail, elle se retrouve fréquemment à être dans ses pensées, ailleurs que concentrée sur le travail à effectuer. Les journées deviennent interminables et pèsent sur ses épaules tandis que les collègues deviennent peu à peu insupportables et fatigants. Jour après jour, venir au travail et travailler deviennent une tâche qui paraît être insurmontable à la personne. Et c'est à ce moment-là que débutent les arrêts-maladies de plus en plus fréquents, puis de plus en plus longs, jusqu'au point où revenir travailler devient impossible. Chaque dépression ne mène pas forcément à une perte d'emploi, chacun gère différemment les symptômes qui ne sont pas de la même intensité pour chacun. Certaines personnes arrivent à tenir, à donner le change, trouvent même peut-être encore du plaisir à effectuer une tâche pour laquelle elles sont compétentes. Mais c'est un engrenage qui peut se mettre en place après un certain temps et qui devient impossible à arrêter si la personne n'est pas prise en charge et si elle n'ose pas venir chercher l'aide dont elle aurait besoin.

1.1.3 Population à risque

Les troubles psychiques touchent deux fois plus les femmes que les hommes. Ce constat est également valable pour les troubles dépressifs. Cette différence femme-homme concerne tous les groupes démographiques et se retrouve dans toutes les cultures. Les raisons restent non-élucidées, mais seraient dues à des facteurs biologiques, génétiques, psychologiques et sociaux et non pas dues à une cause unique (Obsan, 2013). Les personnes ayant un névrosisme important sont plus à risque de développer un trouble dépressif. Ces personnes

présentent une instabilité émotionnelle avec des changements d'humeurs rapides. Elles peuvent montrer des signes d'anxiété et de nervosité. Les traumatismes (maltraitance, carences affectives, abus sexuel, perte, deuil) durant l'enfance et les événements de vie douloureux et stressants sont des facteurs de risque. Une multitude de gènes est impliquée dans les troubles dépressifs, mais il n'y a pas de gènes spécifiques. Cependant, lorsqu'un des parents du premier degré est touché par ce trouble, le risque augmente de deux à quatre fois par rapport à la population (American Psychiatric Association [APA], 2015). On remarque également une différence de prévalence des troubles psychiques suivant le statut d'état civil. En effet, les personnes vivant seules ou étant séparées ou divorcées seraient plus sujettes à un stress psychique et à une moins bonne santé psychique que les personnes mariées (Obsan, 2013) ; une rupture pourrait, en effet, accroître la vulnérabilité de la personne face aux troubles dépressifs, surtout lorsqu'elle conduit à un isolement non désiré et ressenti comme inadapté (Leroux, 2006).

Le statut socio-économique joue également un rôle important dans l'apparition de maladies psychiques. Les personnes ayant un niveau de formation bas, un statut professionnel bas, étant au chômage ou appartenant à une couche sociale inférieure seraient plus touchées par les maladies dépressives (Obsan, 2013), car cela engendre une perte de confiance en soi, une diminution de l'énergie, ainsi qu'une gêne relationnelle (Leroux, 2006). Une étude a été menée aux Etats-Unis sur la prévalence de la dépression chez les adultes de plus de 20 ans entre 2013 et 2016 et montre que la prévalence diminue lorsque le revenu familial augmente. 15,8% des adultes issus de familles vivant sous le seuil de pauvreté fédéral ont eu une dépression et environ 80% des adultes souffrant de dépression ont des difficultés au travail, à la maison ou lors d'activités sociales (Brody, 2018).

1.1.4 Coût budgétaire

La dépression est une maladie qui a un coût, comme toute autre maladie. Chaque année, la Suisse dépense 10 milliards de francs pour traiter ce type de maladie. Elle coûte par patient et par an : 15 000 francs pour une dépression légère, 28 000 francs environ pour une dépression de gravité moyenne et 40 000 francs environ pour une dépression grave (Obsan, 2013). Selon l'étude d'Evans-Lacko et Knapp (2016), le plus grand impact négatif de la dépression serait la perte de productivité sur le lieu de travail, aussi appelé le présentéisme. Les coûts annuels par personne dus à l'absentéisme sont de \$5524 aux USA tandis que les coûts du présentéisme sont 5 à 10 fois plus élevés que ceux de l'absentéisme. Aux USA, cela représenterait plus de 85 milliards de dollars.

1.2 Troubles psychiques

Comme mentionné précédemment, la dépression est une maladie psychiatrique faisant partie d'un ensemble de différents troubles mentaux répertoriés dans le DSM-5. Le DSM-5 est la cinquième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Ce manuel recense les différents troubles mentaux existants et expose plusieurs grandes familles de troubles dont les troubles dépressifs (appellation actuelle pour désigner la dépression). Les différents troubles vont être brièvement expliqués pour aboutir aux troubles dépressifs qui vont être développés plus profondément.

1.2.1 Les troubles bipolaires

Les troubles bipolaires comptent le trouble bipolaire de type 1 dont la personne touchée par ce trouble traverse des épisodes maniaques tout comme des épisodes hypomaniaques et dépressifs de manière successive. Cette personne peut, par période plus ou moins longue, être « haute », ce qui signifie qu'elle ne dort plus, qu'elle devient extrêmement enthousiaste et active, elle se croit invincible et inhumaine. Cette période est suivie par une phase d'une durée indéterminée où la même personne devient « basse », elle est moins active, sans énergie, triste et mélancolique. Ces deux phases sont intermittentes et n'ont pas de durée déterminée (APA, 2015).

Il existe également le trouble bipolaire de type 2 qui définit une personne présentant un épisode hypomaniaque et dépressif mais sans jamais passer par un épisode maniaque. Elle est continuellement « basse », dans cet état dépressif et ralenti (APA, 2015).

Les troubles bipolaires comprennent aussi le trouble cyclothymique qui est une modification chronique de l'humeur faisant passer la personne de l'hypomanie à la dépression sans jamais aller jusqu'à la manie. Cette personne fluctue entre hypomanie et dépression sans aller dans les extrêmes (APA, 2015).

L'origine du trouble bipolaire n'est pas tout à fait comprise. La maladie peut se déclencher suite à des événements stressants, des traumatismes durant l'enfance, ou suite à la consommation de toxiques ou d'alcool, qui peuvent provoquer des anomalies cérébrales qui fragilisent ces personnes. Plusieurs gènes sont impliqués dans cette maladie, ce qui pourrait expliquer que certaines familles sont plus marquées par ce trouble. Il semblerait aussi qu'il y a des problèmes au niveau des neurotransmetteurs intracérébraux (Le Figaro, 2017).

La maladie affecte en profondeur la vie quotidienne de ces personnes et de leur famille, elle peut être une source de conflits. Lors de la phase maniaque, le malade se sent bien et ne veut surtout pas retourner dans la phase dépressive.

1.2.2 Les troubles anxieux

Les troubles anxieux sont des pathologies dont les caractéristiques sont la peur et une anxiété excessive qui impactent le comportement de la personne. Les phobies et les troubles de panique font partie de ces troubles anxieux (APA, 2015). Ces pathologies peuvent devenir invalidantes pour la personne au quotidien, car elles peuvent l'empêcher de faire ses activités habituelles. En effet, l'anxiété est un sentiment contraignant qui peut se manifester n'importe quand pour n'importe quelle raison, voire même pour aucune raison du tout. C'est un sentiment qui étouffe, qui provoque une peine à respirer et un serrement au cœur donnant l'impression d'étouffer. Lorsque l'anxiété apparaît, elle détruit toute confiance en soi-même et prend toute la place, ne laissant plus la raison prendre le dessus. D'un coup, la personne ne se sent plus capable de se battre et d'avancer, l'anxiété la cloue sur place ne lui permettant plus de fonctionner comme à son habitude. C'est un sentiment qui peut devenir extrêmement frustrant, car il empêche la personne de vivre normalement et la plonge dans des états inconfortables et difficiles à vivre au quotidien.

1.2.3 Les troubles obsessionnels-compulsifs

Les troubles obsessionnels-compulsifs (TOC) et apparentés sont définis par l'existence d'obsessions (pensées, pulsions, images permanentes et intrusives) et/ou de compulsions (APA, 2015). Une obsession dure et persiste, ce qui provoque des difficultés à vivre au quotidien, car elle prend une place inimaginable et prend un temps incroyable dans la journée. Les personnes en souffrant ne sont plus capables de vivre comme elles en avaient l'habitude, car elles sont dans l'obligation d'obéir à ces pulsions sinon elles ne se sentent pas confortables. La présence de ces TOC rend difficile les relations sociales et professionnelles, la personne n'étant plus capable de se détacher de ses obsessions et y pensant continuellement, ne laissant pas la place à une autre personne dans sa vie ou rendant compliquée toute relation sociale. Cette pathologie crée énormément de souffrance et de frustration de la part de la personne en souffrance qui souhaiterait être capable de les surmonter.

1.2.4 Les troubles de la personnalité

Les troubles de la personnalité s'expriment par des modifications importantes de la personnalité et du comportement. Ils se manifestent généralement durant l'enfance ou l'adolescence et persistent durant l'âge adulte. Ils apparaissent suite à une maladie, une lésion, une atteinte cérébrale ou à un autre trouble psychiatrique. Ces troubles entraînent une

souffrance, une perturbation cognitive, une perturbation des affects et un changement du fonctionnement professionnel, social et familial (APA, 2015). Les troubles de la personnalité englobent trois groupes de personnalité :

1. Les personnalités excentriques et bizarres, par exemple la personnalité paranoïaque, schizoïde et schizotypique (groupe A) ;
2. Les personnalités dramatiques et émotionnelles dont fait partie de la personnalité limite (borderline), narcissique, antisociale et histrionique (groupe B) ;
3. Les personnalités anxieuses et peureuses qui englobent la personnalité évitante, dépendante, obsessive-compulsive et passive-agressive (groupe C) (APA, 2015).

1.2.5 Les troubles dépressifs

La dépression est le terme inexact parfois utilisé pour nommer les troubles dépressifs. Les personnes souffrant de ce trouble se plaignent généralement de certains symptômes types tel que des troubles de sommeil, de la fatigue, des maux de tête et des douleurs physiques. Elles peuvent être agitées et irritables. Elles se sentent inutiles et n'ont envie de rien. Le dépistage de la dépression peut se faire grâce à l'aide de plusieurs questionnaires et échelles. L'échelle de dépression de Hamilton (HDRS) est employée pour déterminer la sévérité du trouble dépressif et pour suivre son évolution. Cette évaluation est faite par un soignant. Il existe d'autres échelles comme l'échelle de Beck qui permet au patient de s'auto-évaluer (Bally, 2013). Cependant, le diagnostic de ce trouble est confirmé grâce au DSM-5 ou au CIM-10 (Oberle et Broers, 2017).

A l'examen clinique, certains signes peuvent aussi mettre les infirmiers sur la piste d'un trouble dépressif. A l'inspection, le soignant observe l'apparence du patient, sa position, son comportement, la façon dont il parle...Une apparence négligée, un ralentissement psychomoteur, une voix faible et monotone et une agitation peuvent faire penser à un trouble dépressif (Oberle et Broers, 2017).

Ces troubles sont caractérisés, selon le DSM-5, par la perte d'intérêt ou la présence d'humeur triste la plus grande partie de la journée, associée à une réduction de l'activité psychologique et physique. Le trouble dépressif touche les pensées, les émotions et le comportement. Cela induit habituellement une diminution d'énergie, des insomnies ou hypersomnies, une fatigue même pour les tâches les plus simples de la vie courante, cela peut aussi engendrer une perte ou gain de poids significatif. Les personnes touchées par ce trouble peuvent ressentir des sentiments de dévalorisation ou de culpabilité excessive. Les idées suicidaires sont fréquentes lors de troubles dépressifs (APA, 2015).

Pour que ces troubles soient reconnus, selon le DSM-5, il faut que les symptômes durent au moins deux semaines. Ces troubles sont classés par symptômes spécifiques : trouble dépressif persistant (dysthymie), trouble dépressif caractérisé, trouble dysphorique prémenstruel, trouble dépressif induit par une substance/médicament, autres troubles dépressifs spécifiés et trouble dépressif non spécifié (APA, 2015).

Il existe trois degrés de sévérité de la dépression majeure : léger, moyen et sévère sans ou avec symptômes psychotiques. Ces degrés sont déterminés selon le nombre de symptômes et de leur intensité (Oberle et Broers, 2017). L'épisode dépressif léger est caractérisé par un symptôme essentiel et quatre autres symptômes, qui ne doivent pas être sévères (Oberle et Broers, 2017). L'épisode dépressif moyen a au moins un symptôme essentiel et six autres. Certains symptômes peuvent être sévères, mais ce n'est pas indispensable pour le classer (Oberle et Broers, 2017). L'épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique est caractérisé par au moins un symptôme essentiel et sept autres. Plusieurs de ces symptômes sont sévères (pensées de mort, tentative de suicide...). Les personnes touchées par ce trouble ne peuvent plus continuer des activités sociales et professionnelles normalement. Les problèmes somatiques sont souvent présents lors de ces épisodes sévères (Oberle et Broers, 2017). L'épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques est caractérisé par des idées délirantes, des hallucinations ou stupeur dépressive (ralentissement psychomoteur important).

La rémission complète des troubles dépressifs est considérée lorsque la personne n'a plus aucun symptôme. Lorsque certains symptômes persistent, cela est considéré comme une rémission partielle. Ces personnes ont un risque de rechutes élevé dont l'intensité peut devenir sévère. Une personne sur deux touchée par un trouble dépressif a des risques de rechute, qui augmentent après chaque nouvel épisode dépressif. De plus, le temps de répit entre les épisodes diminue après chaque épisode de décompensation (Bondolfi, 2002). Au fur et à mesure, ces différentes rechutes peuvent développer une dépression chronique, c'est-à-dire que les symptômes durent au moins deux ans (Bondolfi, 2002).

Il est important que les personnes puissent identifier les signes de leur maladie, afin de faire appel en cas de besoin. Ils doivent aussi comprendre leur maladie et connaître les bénéfices, les risques et les effets secondaires des traitements pour les accepter. Lorsque le trouble dépressif est traité, l'épisode dure moins longtemps et l'ensemble des symptômes peuvent disparaître.

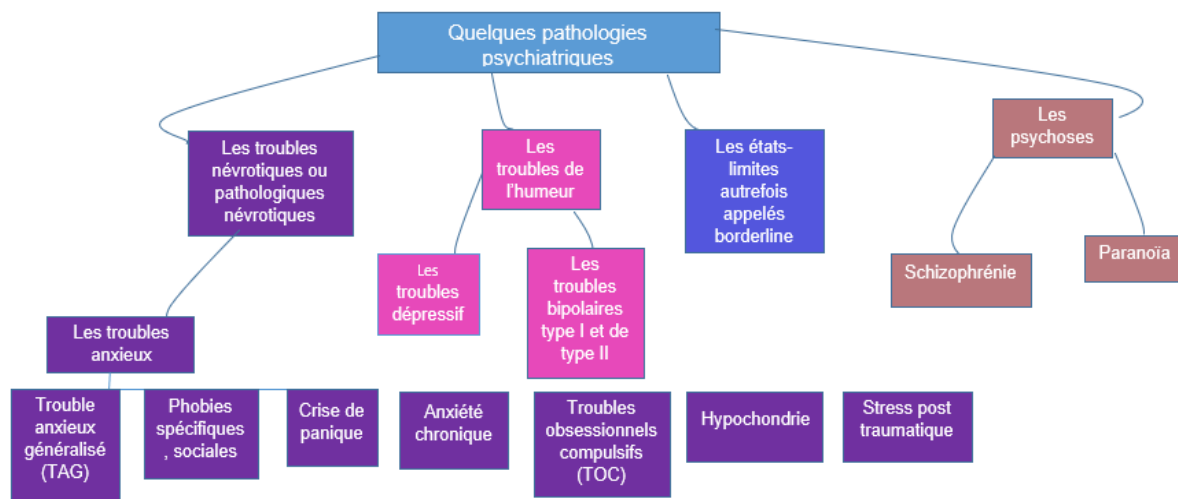


Figure 1 : Schéma des différentes pathologies psychiatriques

1.3 Traitements médicamenteux

Aujourd'hui, énormément de personnes souffrant de troubles ou difficultés psychiques suivent un traitement à base de médicaments psychotropes (Knuf et Osterfeld, 2008). Il existe différents types de médicaments tels que les anxiolytiques, les neuroleptiques ou antipsychotiques, les stabilisateurs de l'humeur ou encore les antidépresseurs qui seront décrits plus précisément dans la suite du paragraphe.

Ces médicaments agissent directement sur le métabolisme du cerveau qui est constitué de milliers de neurones qui interagissent entre eux. Lorsqu'une cellule nerveuse est stimulée, un courant électrique parcourt sa membrane cellulaire et provoque la libération de médiateurs chimiques, les neurotransmetteurs, dans la fente synaptique qui vont à leur tour stimuler une autre cellule nerveuse en agissant sur leurs récepteurs. Les médicaments psychotropes agissent à deux niveaux : soit sur la concentration des neurotransmetteurs dans la fente synaptique soit sur leur capacité à se lier aux récepteurs.

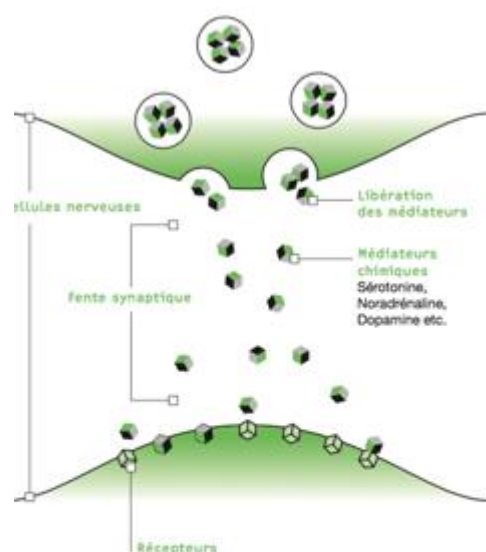


Figure 2 : Transmission des informations d'une cellule nerveuse à la suivante
Tiré de Knuf & Osterfeld, 2008

Il existe un grand nombre de médiateurs chimiques tels que la sérotonine, le GABA, la dopamine et la noradrénaline (Knuf et Osterfeld, 2008).

L'origine d'une maladie psychique serait due à un trop grand nombre de ces médiateurs chimiques dans la fente synaptique ce qui perturbe la communication entre les neurones. Les psychotropes servent à supprimer ce déséquilibre, mais peuvent provoquer des effets secondaires, car ils ne sont pas capables de seulement agir sur les zones de contact (Knuf et Osterfeld, 2008).

Comme dit précédemment, on retrouve quatre principales classes de médicaments psychotropes :

1.3.1 Anxiolytiques

Ces médicaments ont pour rôle de diminuer l'anxiété et de favoriser le sommeil. Ce type de traitement est un choix de première intention car c'est un traitement fiable qui a prouvé son efficacité et qui présente peu d'effets secondaires hormis un risque de dépendance important (Knuf et Osterfeld, 2008).

La plus grande classe d'anxiolytiques est les traitements à base de benzodiazépines. Ils permettent à l'organisme de diminuer la perception des différents stimuli externes et donc d'atténuer l'anxiété, l'agitation et les tensions internes (Knuf et Osterfeld, 2008).

1.3.2 Neuroleptiques/antipsychotiques

Ces médicaments sont utilisés en première intention pour traiter les troubles psychotiques sévères aigus tels que ceux présents dans la schizophrénie. Ces personnes ne vivent plus dans la réalité qui les entourent et peuvent présenter des hallucinations ou se sentir persécutées. Ce traitement peut également être utilisé pour les protéger d'une rechute ou chez une personne vulnérable à ce type de maladie (Knuf et Osterfeld, 2008).

Vraisemblablement, les neuroleptiques agissent sur le système dopaminergique en bloquant les récepteurs à la dopamine dans le but de diminuer la perception des stimuli extérieurs, ainsi que leur intensité (Knuf et Osterfeld, 2008).

Il existe deux types de neuroleptiques : ceux dit classiques ou typiques et ceux dit atypiques.

Les neuroleptiques classiques agissent principalement en contrôlant les stimuli externes ou internes ressentis trop intensément ou en produisant un effet sédatif. Cependant, ces

traitements ont énormément d'effets secondaires tels que des tremblements accompagnés d'une rigidité et d'une akinésie (impossibilité de faire certains mouvements). Ces symptômes réunis sont aussi appelés syndrome extrapyramidal ou syndrome parkinsonien. Ils peuvent également provoquer un syndrome neuroleptique malin qui s'exprime par une hyperthermie, une hypotension, une rigidité musculaire ou une tachycardie. Cet effet secondaire est une urgence vitale qui nécessite une prise en charge rapide et conséquente (Knuf et Osterfeld, 2008).

Les neuroleptiques atypiques ont pour avantage de ne présenter que peu d'effets secondaires comparés aux neuroleptiques classiques. Ils peuvent engendrer une prise de poids et un diabète, l'augmentation de taux de prolactine, une hormone généralement produite lors d'une grossesse ou de l'allaitement ce qui peut provoquer une augmentation de la poitrine avec des sécrétions de lait accompagnées de dysfonctionnements sexuels (aussi pour les hommes). Ils peuvent également provoquer des troubles du rythme cardiaque (Knuf et Osterfeld, 2008).

1.3.3 Stabilisateurs de l'humeur

Ce type de médicament est utilisé pour traiter les fluctuations extrêmes de l'humeur présentes lors de troubles bipolaires. Ces traitements servent à atténuer voire éviter les phases maniaques ou dépressives. Ils sont utilisés lors de phases aiguës et en prévention de la maladie (Knuf et Osterfeld, 2008).

A travers différents mécanismes d'action, ces traitements produisent un effet stabilisateur sur la membrane des cellules nerveuses. D'ailleurs, ils ont été créés pour traiter les crises d'épilepsie puis ont été utilisés pour diminuer les symptômes maniaques. L'utilisation de ce type de médicaments permet sur le long terme de réduire le risque de nouveaux épisodes de la maladie (Knuf et Osterfeld, 2008).

Le lithium est utilisé en première intention pour traiter les épisodes maniaques. Il est l'un des plus anciens médicaments psychotropes. C'est un traitement à prendre avec précaution car l'organisme ne tolère qu'une concentration bien précise de lithium ; en effet, sa marge thérapeutique est faible. Si la concentration en lithium est trop basse, le médicament n'aura aucun effet et, au contraire, si elle est trop élevée, il sera nocif pour l'organisme. Un contrôle régulier doit donc être effectué par le médecin au cours de la prise de ce traitement (Knuf et Osterfeld, 2008).

Les effets secondaires du lithium se caractérisent par un tremblement des mains, une prise de poids ou une forte sensation de soif. Il affecte également les activités cognitives en les

diminuant et provoquant une difficulté à se concentrer, une diminution du fonctionnement de la mémoire et des troubles de réaction ou de coordination. Une prise de lithium sur une longue durée peut provoquer une atteinte de la glande thyroïde et des reins (Knuf et Osterfeld, 2008).

Comme il s'est avéré que les épisodes maniaques pouvaient être traités de la même manière que lors des crises d'épilepsie, les traitements de deuxième intention sont les antiépileptiques. Ils sont utilisés lorsque l'effet du lithium n'est pas suffisant pour traiter les symptômes maniaques, lors d'effets secondaires trop importants ou lors de contre-indications comme une maladie rénale, un trouble du rythme cardiaque ou un trouble thyroïdien (Knuf et Osterfeld, 2008).

1.3.4 Antidépresseurs

Ce groupe de médicaments sert à traiter, en première intention, les troubles dépressifs (généralement appelés dépression). Ils peuvent également être utilisés, dans certains cas, pour traiter les troubles obsessionnels compulsifs (TOC) ou certaines maladies liées à l'anxiété (Knuf et Osterfeld, 2008).

Les troubles dépressifs s'expliquent par une diminution de la quantité des neurotransmetteurs noradrénaline et sérotonine dans la fente synaptique ; soit après avoir été libérés, ils sont "recapturés" trop rapidement par une cellule nerveuse ne permettant pas d'agir, soit ils sont éliminés dans la fente synaptique sans agir (Knuf et Osterfeld, 2008).

Le traitement d'antidépresseurs agit en empêchant la recapture de ces deux neurotransmetteurs, c'est pourquoi ils sont également appelés inhibiteurs sélectifs de la recapture de sérotonine (ISRS). On retrouve également d'autres types d'antidépresseurs tels que les inhibiteurs de la monoamine oxydase (MAO) qui agissent en retardant l'élimination de la noradrénaline et de la sérotonine ou les antidépresseurs tricycliques (ATC) qui ralentissent leur recapture (Knuf et Osterfeld, 2008).

De ce fait, tous les antidépresseurs ne fonctionnent pas de la même manière. Certains sont stimulants et d'autres ont un effet sédatif.

Les effets des antidépresseurs prennent un certain temps avant de fonctionner, car la dose de médicament augmente lentement au début de la prise du traitement. Il faut attendre environ deux semaines avant que les personnes souffrant de troubles dépressifs n'en ressentent les effets.

Les effets indésirables provoqués par les antidépresseurs du groupe ATC peuvent avoir un effet sur la circulation sanguine en provoquant une baisse de la tension et une augmentation du rythme cardiaque. Ils peuvent également procurer une sécheresse buccale, de la transpiration ou une constipation. La prise de poids est un effet secondaire courant lors de la prise de ce type de traitement (Knuf et Osterfeld, 2008).

Les antidépresseurs du groupe des ISRS peuvent engendrer des nausées accompagnées de diarrhées avec une augmentation de l'anxiété et des troubles du sommeil (Knuf et Osterfeld, 2008).

Cependant, la prise d'antidépresseurs est un processus de longue durée qui demande de la persévérance et une forte implication de la personne malade. En effet, comme les effets du traitement prennent plusieurs semaines à se manifester, la personne doit continuer à se médicamenter et à se contraindre à prendre son traitement quotidiennement sans percevoir une modification de ses symptômes. Le médecin peut encore augmenter les doses, voire même changer de molécule, s'il n'y a aucun changement satisfaisant chez la personne souffrant de troubles dépressifs et le processus doit recommencer depuis le début. Cette prise de traitement n'est donc pas anodine et peut en décourager plus d'un. C'est une contrainte qui demande à une personne déjà lasse et épuisée psychologiquement des efforts qui peuvent lui paraître surhumains. C'est pourquoi ces personnes ont besoin d'un suivi psychosocial associé (Dondé, 2017) pour les aider à persévérer dans la prise de traitement et pour les soutenir dans cette prise de décision qui est de se battre pour se sortir du trou noir dans lequel elles sont plongées.

En résumé, la priorité pour la santé publique est de prescrire des traitements antidépresseurs à la fois efficaces et peu coûteux. Les directives actuelles recommandent un traitement de première intention par antidépresseurs, car il est efficace (Dondé, 2017). Depuis les années 1970, il a été reconnu que les antidépresseurs tricycliques (ATC) ont un effet thérapeutique spécifique sur la dépression. Si on compare l'efficacité d'un antidépresseur face à un placebo, elle est significativement supérieure au placebo (Moncrieff, 2004). Cependant, les antidépresseurs entraînent des effets secondaires non négligeables (Dondé, 2017). De plus, ils ont un délai d'action de 10 à 15 jours, ce qui demande une grande vigilance de l'équipe soignante, afin d'encourager la personne à continuer à prendre son traitement pour une efficacité avérée puisqu'elle diminue avec le temps si la personne en souffrance oublie de le prendre régulièrement ou si elle l'arrête abruptement. Ces patients ont besoin d'un suivi psychosocial associé, afin d'éviter une rechute, surtout si le traitement est interrompu en raison des effets secondaires ou de la difficulté à le prendre chaque jour (Dondé, 2017).

1.4 Approche non-médicamenteuse

En complément des antidépresseurs comme traitement, il existe des approches appartenant au domaine de la psychothérapie. Les thérapies non-médicamenteuses sont des techniques de soins qui ont pour objectifs de soulager certains symptômes, d'améliorer la qualité de vie, de rechercher un état de bien-être (OMS, 2017) et surtout d'éviter les rechutes dépressives (Mirabel-Sarron, 2011). Un patient sur trois, qui se trouve en période de rémission, présente des symptômes résiduels qui le rendent plus vulnérable aux rechutes dépressives (Mirabel-Sarron, 2011). C'est pourquoi, il est recommandé d'intégrer une prise en charge d'ordre de la psychothérapie à toute personne souffrant de troubles psychiques servant de soutien au long terme (Mirabel-Sarron, 2011). Il existe plusieurs alternatives pour aider les patients souffrants de dépression. Le choix de celle-ci va dépendre du type de dépression que présente la personne, de son intensité, du degré d'altération du fonctionnement socio-professionnel de celle-ci, de l'importance de son risque suicidaire, de son niveau de ressources et soutiens externes et de sa capacité à suivre des instructions et des recommandations thérapeutiques (Bottai, 2008).

1.4.1 Luminothérapie

La luminothérapie, ou aussi appelée luxthérapie ou photothérapie, est le traitement choisi pour les dépressions saisonnières. Elle a des effets significatifs chez environ 60% des personnes souffrant de cette dépression. Cette thérapie agit par l'exposition des yeux à des rayonnements intenses pendant 30 minutes par jour (Oberle et Broers, 2017). La luminothérapie peut être associée avec de la privation de sommeil (Bottai, 2008).

1.4.2 Privation de sommeil

La privation de sommeil se décrit comme étant l'interdiction totale de sommeil durant la journée et la nuit, ce qui provoque une amélioration de leur humeur. Cependant, cet effet se perd dès la première nuit de sommeil. La privation de sommeil peut se faire suivant un schéma comme, par exemple, un jour sur deux. Pour que l'efficacité contre les troubles dépressifs persistent, il est conseillé d'associer la privation de sommeil à de la luminothérapie complémentée par la prise de traitement médicamenteux (Bottai, 2008).

1.4.3 Activité physique

L'activité physique trois fois par semaine, environ 30 à 60 minutes, a des effets bénéfiques sur la diminution des symptômes dépressifs. Elle peut aussi aider à combattre la dépression au stade léger à modéré (Oberle et Broers, 2017).

1.4.4 Musicothérapie

La musicothérapie est également une approche non-médicamenteuse qui peut être utilisée en plus d'un traitement d'antidépresseur pour traiter des troubles dépressifs. La musicothérapie implique de se rendre à des rendez-vous réguliers avec un thérapeute qualifié en musicothérapie. Selon Aalbers et al. (2017), cette thérapie peut améliorer l'humeur à travers l'expression de ses émotions par la musique. La musicothérapie permet aussi de réduire les symptômes dépressifs et l'anxiété et aide à améliorer le fonctionnement socio-professionnel de la personne (Aalbers et al., 2017).

1.4.5 Acupuncture et yoga

L'acupuncture et le yoga sont aussi efficaces en parallèle d'une prise en charge standard (Oberle et Broers, 2017). Le yoga est une philosophie traditionnelle et une pratique provenant d'Inde, qui existe depuis plus de 5000 ans. Il peut servir à traiter les personnes souffrant de troubles dépressifs ou de troubles anxieux grâce à son accessibilité, à son coût abordable, aux bénéfices pour la santé en général et pour le bien-être (Snaith, Schultz, Proeve et Rasmussen, 2018). L'acupuncture a une place importante dans la médecine chinoise et dans la médecine traditionnelle chinoise. C'est une pratique régulièrement utilisée en Chine qui consiste à stimuler par de petites aiguilles des points précis sur différentes parties du corps dans le but de trouver un équilibre entre l'esprit et le corps. L'acupuncture permet de réduire les symptômes dépressifs (Stub, Alræk et Liu, 2011).

1.4.6 Massage

Le massage est une technique qui aide à la relaxation, il peut aussi diminuer des douleurs par la libération d'endorphine. Le massage a des effets positifs sur tout le corps, sur le fonctionnement de l'organisme (sensoriel, psychomoteur, psychologique et émotionnel) (Bilodeau, 2008).

1.4.7 Sophrologie

La sophrologie se définit comme étant la science de la sérénité de l'esprit. Elle harmonise le corps et le psychisme, afin d'accéder à un état de bien-être généralisé. Elle a été créée dans les années 1960 suite aux effets secondaires et aux limites de la psychanalyse de l'époque. La sophrologie agit sur l'acceptation de la maladie et de traitements en lien. Elle est destinée aux personnes stressées et anxieuses, aux personnes ayant besoin de recul par rapport à certains événements, aux personnes qui ont besoin de mieux gérer leurs émotions et aux personnes de personnalité inquiète (Grévin, 2017).

1.4.8 Psychothérapie

La psychothérapie est reconnue comme étant le traitement non-médicamenteux le plus utilisé pour traiter les troubles dépressifs en raison de ses effets bénéfiques sur les symptômes dépressifs (Oberle et Broers, 2017). Il existe de multiples psychothérapies différentes, cependant celles qui ont démontré leur efficacité pour traiter la dépression sont les thérapies cognitivo-comportementales (TCC), les thérapies interpersonnelles (TIP), les thérapies familiales et le groupe des thérapies psychanalytiques ou psychodynamiques (Bottai, 2008). Ces thérapies n'ont pas pour but de diminuer les symptômes des troubles dépressifs le plus rapidement possible, mais de provoquer un changement dans la personnalité de la personne en souffrance (Bottai, 2008). Les thérapies cognitivo-comportementales ont démontré leur efficacité dans l'accélération de la rémission et dans la prévention des rechutes. Elles permettent aux patients de prendre conscience des symptômes et de trouver des solutions pour résoudre des problèmes (Mirabel-Sarron, 2011). Elles constituent une bonne alternative au traitement d'antidépresseurs dans le cas de dépression légère ou moyenne et sont une bonne association à un traitement médicamenteux dans les dépressions d'intensité sévère (Bottai, 2008).

1.5 Thérapies comportementales et cognitives (TCC)

Les thérapies cognitivo-comportementales se sont développées depuis les années 1960 et sont des thérapies appelées mixtes, parce qu'elles comportent des thérapies comportementales se basant sur les théories d'apprentissage de Pavlov et Skinner et des thérapies cognitives provenant du mécanisme « pensées, émotions et actions » de Beck (Bottai, 2008). Elles ont évolué grâce à trois différentes vagues successives, chacune complétant la précédente.

1.5.1 Premier mouvement – approche comportementale

La première vague est celle des thérapies comportementales apparaissant à la fin des années 1950. Ces thérapies reposent sur les travaux de Pavlov (1963), Skinner (1953), Wolpe (1958) et Eysenck (1952). L'approche comportementale ou courant « behavioriste » se base sur l'analyse expérimentale des comportements humains et sur leur changement (Favro, 2018), ainsi que sur les théories de conditionnement (Chollet, 2017). Ce type de thérapies cherche à comprendre et à décrire le comportement humain, ainsi que son interaction avec son environnement, grâce à l'analyse de ce qui est objectivement observable (Pitois, s.d.), le but étant de faire émerger les comportements contre-productifs, afin de les modifier (Favro, 2018). Ivan Pavlov, médecin et physiologiste russe, est le pionnier de cette approche comportementale en développant la théorie du conditionnement répondant grâce à

l'observation du comportement de chiens (Chollet, 2017). Son expérience a débuté par l'observation des réponses physiologiques normales des chiens. En effet, lorsqu'on leur amène leur nourriture, ceux-ci se mettent instantanément à saliver abondamment. Ces éléments sont appelés « stimulus inconditionnel » et « réponse inconditionnelle ». Puis, Pavlov a remarqué que les chiens étaient capables de rattacher un stimulus à une action si celui-ci se passe dans une proximité temporelle (Chollet, 2017). Par exemple, ils ont compris qu'au son de cloches, leur nourriture allait arriver et commencent déjà à saliver. Suite à la répétition de cette expérience, Pavlov a prouvé qu'une réponse conditionnée chez un organisme pouvait être déclenchée à la répétition d'un stimulus neutre et provoquer la même réponse qu'avec un stimulus inconditionnel (Chollet, 2017). Pavlov a également découvert qu'un stimulus conditionnel pouvait s'éteindre lorsqu'il est présenté trop de fois sans le stimulus inconditionnel. Il nomme cette réponse « le phénomène d'extinction » (Chollet, 2017).

Le second pionnier de ce courant « behavioriste » est Burrus Skinner, un psychologue américain ayant développé le conditionnement opérant grâce aux travaux de Pavlov. Pour se faire, il a réalisé une expérience basée sur l'enfermement d'un animal dans une boîte où il pouvait soit recevoir une décharge électrique comme punition, soit de la nourriture comme récompense (Chollet, 2017). Le but de cette expérience était de comprendre si un comportement avait tendance à se reproduire en fonction de ses conséquences (Chollet, 2017). Donc, selon le conditionnement opérant, l'apprentissage de nos comportements tient compte des conséquences de ceux-ci, ainsi que de l'environnement rendant probable la répétition dudit comportement. Cet apprentissage repose sur deux concepts : le renforcement et la punition qui peuvent chacun être soit positif soit négatif. Le renforcement est défini comme étant la conséquence d'un comportement qui rend probable la répétition de celui-ci et la punition comme la conséquence d'un comportement qui rend moins probable la répétition de celui-ci. L'un ou l'autre peut être soit positif par l'ajout d'un stimulus ayant un impact sur l'organisme ou négatif par le retrait d'un stimulus agissant sur l'organisme (Fontaine, 2006). Ces différentes théories sur le conditionnement ont été sujettes à certaines critiques par rapport au fait que les réactions ne sont pas seulement automatiques (comme le suppose le conditionnement), mais également dépendantes de la manière dont la personne perçoit et ressent les conséquences de ses actes. Ces remarques ont permis l'émergence du courant cognitiviste qui définit la seconde vague du développement des TCC (Chollet, 2017).

1.5.2 Deuxième mouvement – approche cognitive

La seconde vague développant les TCC est celle des thérapies cognitives (Pitois, s.d.) qui a émergé dans les années 1970 jusqu'à dans les années 1990 (Favro, 2018). Durant cette

période, les chercheurs s'intéressent à la manière dont le cerveau assimile une information et comment il la traite ensuite (Pitois, s.d.).

L'un des premiers à avoir travaillé sur le sujet est Albert Bandura, un psychologue canadien (Chollet, 2017). En 1975, il publie une théorie sur l'apprentissage social qui repose sur trois processus distincts : vicariants, symboliques et autorégulateurs (Guerrin, 2012). Le rôle de vicariants (ou de modelling) part du principe que chaque individu observe les comportements d'autres individus et les conséquences qui en résultent. C'est donc un apprentissage par observation, puis par reconstruction (Guerrin, 2012). Cependant, l'observation de chacun peut influencer sa pensée, ses émotions et son comportement humain (Guerrin, 2012), ce qui s'éloigne fortement des théories comportementalistes qui dit que l'acquisition d'un comportement n'est qu'un produit d'événements externes dont on fait l'expérience de ses conséquences (Chollet, 2017). La deuxième composante de la théorie de l'apprentissage de Bandura est le rôle des processus symboliques qui dit que l'être humain utilise des symboles pour se représenter le monde, pour communiquer, pour analyser et évaluer ses comportements et expériences, ainsi que pour créer et anticiper (Guerrin, 2012). Ce n'est plus seulement une science qui étudie le comportement mais une démarche qui s'intéresse aux représentations mentales (Fontaine, 2006). La dernière composante est les processus autorégulateurs qui dit que les êtres humains ne sont pas que des imitateurs et des bons apprenants, mais qu'ils sont également capables de prendre des décisions, de comprendre leurs motivations, de prendre part à la guidance et de participer à la régulation de leurs propres actions (Guerrin, 2012). Bandura a également développé la théorie sociocognitive. Cette théorie fait partie de la psychologie sociale, puisqu'elle montre l'importance accordée aux interactions réciproques reliant la personne, son comportement et son environnement (Guerrin, 2012), mais elle fait également partie de la psychologie cognitive, car elle met en avant les processus cognitifs, vicariants, autorégulateurs et autoréflexifs dans l'adaptation et le changement humain (Guerrin, 2012). Cette théorie repose sur un modèle appelé la causalité triadique réciproque qui dit que trois facteurs interagissent entre-eux : les facteurs internes à la personne comme les fonctions cognitives, l'environnement et les comportements (Guerrin, 2012). Cette théorie avance donc que l'être humain ne vit pas seul, mais qu'il naît dans un environnement donné avec qui il est en constante interaction, qu'il évolue simultanément avec les personnes se trouvant dans cet environnement et avec qui il partage des manières d'interagir et de se comporter dans un même but social.

La deuxième figure emblématique du courant cognitiviste est Aaron Beck, psychiatre américain, considéré comme le fondateur de la théorie cognitive (Guerrin, 2012) utilisée pour traiter principalement la dépression et l'anxiété (Salomon, s.d.), mais qui a pu, dans les années 70, se généraliser à d'autres troubles psychiatriques (Chollet, 2017). La théorie

cognitive affirme que nos émotions et nos comportements reposent sur des valeurs et croyances personnelles, ainsi que sur la manière dont on se représente le monde qui nous entoure (Salomon, s.d.). Aussi, la cognition est subjective dans le sens où elle peut conduire une personne à avoir une vision du monde qui est déformée, approximative ou incorrecte (Salomon, s.d.). Chez une personne souffrant de troubles dépressifs, ses représentations et interprétations biaisées du monde proposent toujours une vision négative et irrationnellement pessimiste de ce qui l'entoure (Salomon, s.d.). Ce sont ces distorsions cognitives qui empêchent la personne de voir le monde positivement ou de manière neutre (Salomon, s.d.). Beck définit la dépression comme étant l'addition de distorsions cognitives dans trois domaines différents : la cognition sur soi, la cognition sur l'environnement et la cognition sur l'avenir. Il appelle l'ensemble de ces distorsions : la triade de Beck. La cognition sur soi correspond à des affirmations dégradantes et pessimistes à propos de soi-même comme « je ne vauds rien » ou « je ne suis pas à la hauteur ». La cognition sur l'environnement correspond à des phrases négatives sur le monde qui nous entoure comme « ce monde est nul » ou « les gens sont méchants ». La cognition sur l'avenir sont des affirmations dénigrant le futur comme « rien de bien ne m'arrive jamais » ou « il n'y a plus d'espoir » (Salomon, s.d.). Pour une personne souffrant de dépression, ces termes correspondent à la réalité du monde dans lequel elle vit et d'elle-même. Beck évoque également la notion de pensées dysfonctionnelles (ou automatiques) qui sont des façons de penser souvent stéréotypées qui s'appliquent automatiquement et qui amène la personne à voir le monde de façon négatif. Il a recensé une liste de dix pensées dysfonctionnelles pour aider la personne en souffrance à les connaître, les reconnaître et à les analyser. Pour se faire, il a également mis en place des fiches d'auto-évaluation pour les aider à mettre en évidence leur pensées dysfonctionnelles, afin de mieux les analyser. Ces fiches sont constituées de cinq colonnes : situation, émotions, pensées automatiques, réponses rationnelles, résultat. Cet outil mis en place par Beck permet la rationalisation de ses propres pensées qui permet généralement d'améliorer l'humeur de la personne par rapport à la situation analysée (Salomon, s.d.). Beck affirme que les différentes distorsions cognitives vécues par les personnes sont dues à des schémas cognitifs pathologiques (Chollet, 2017). En effet, les schémas cognitifs sont les structures de base de l'organisation cognitive d'une personne (Salomon, s.d.). Ils se construisent très tôt durant l'enfance et s'appliquent de manière automatique. Ils sont ancrés profondément en nous et ne sont pas directement exprimés, donc difficiles à découvrir (Salomon, s.d.). Ces schémas nous influencent lors de nos jugements et de nos comportements, ils prennent constamment part lors de prise de décision ou pour anticiper l'avenir (Salomon, s.d.). Ils nous aident également à appréhender l'environnement qui nous entoure nous permettant de reproduire nos actions lors de situations déjà rencontrées dans le futur. Cependant, ils sont plutôt

réducteurs et forment des œillères (Salomon, s.d.). Pour Beck, les schémas pathologiques se définissent comme des interprétations personnelles inadaptées et automatiques de la réalité qui apparaissent inconsciemment (Chollet, 2017). Chez les personnes souffrant de dépression, ces schémas peuvent aboutir à former une vision tunnel du monde leur laissant peu de place à l'innovation de leur mode de pensée (Salomon, s.d.). Selon Beck, le moyen pour modifier ces schémas cognitifs est de déterminer l'émotion rattachée à la pensée automatique, afin de pouvoir identifier le schéma cognitif pathologique qui en découle (Chollet, 2017).

C'est à partir des années 70 que les thérapies cognitives et comportementales ont fusionné, afin de former les thérapies cognitivo-comportementales. Ces deux théories sont complémentaires et étroitement liées. En effet, une personne traitée pour une phobie devra apprendre à changer son système de croyance et donc son schéma cognitif pathologique grâce à une modification de ses comportements associés qui lui permettra de reconnaître que ceux-ci ne sont pas si dangereux (Chollet, 2017).

1.5.3 Troisième mouvement – approche émotionnelle

La troisième vague des TCC repose sur une approche émotionnelle qui s'appuie non-seulement sur les aspects émotionnels, mais également sur l'acceptation psychologique et sur le principe de pleine conscience (Favro, 2018). Depuis les années 90, les TCC ont évolué en considérant les émotions au même niveau que les comportements ou les cognitions (Chollet, 2017). En effet, auparavant, les émotions étaient considérées comme étant une conséquence de certains comportements et des cognitions et qu'il suffisait de travailler sur ces deux notions pour impacter les émotions qui en découlent (Chollet, 2017). Cependant, de nouvelles méthodes sont apparues telles que la méditation de pleine de conscience de Kabat-Zinn, la théorie d'acceptation de Hayes ou encore la psychologie positive de Seligman (Chollet, 2017). Ces approches ne cherchent pas à opérer des changements directs à travers des actions spécifiques, mais plutôt à changer la relation de l'individu à ses symptômes (Favro, 2018). Elles ne permettent pas une modification de pensées dysfonctionnelles, mais visent une acceptation de ces pensées. La même logique s'applique aux émotions que l'on doit considérer comme étant un processus physiologique et psychologique normal (Chollet, 2017).

Une des thérapies faisant partie de la troisième vague est la méditation de pleine conscience de Jon Kabat-Zinn. Cette pratique, inspirée par le bouddhisme, a pour but de créer des conditions favorables afin d'orienter ses pensées, ses émotions, ses sensations corporelles ainsi que ses agissements vers une meilleure santé physique et mentale visant une réduction

du stress (Ressource Mindfulness, 2010). Le but de cette pratique est de l'inclure au quotidien. Les méditations peuvent permettre d'appivoiser ses sens, sa respiration ou encore son mental tout comme elles peuvent servir à modifier sa vie intérieure. Le but de toutes ces méditations est de prendre conscience de ses ressentis et de les accepter, qu'ils soient bons ou mauvais. De ce fait, chaque personne peut apprendre à accepter des expériences vécues comme négatives qui représentent la réalité dans laquelle elle vit. Cette pratique permet, finalement, d'améliorer sa connaissance de soi, ainsi que la gestion de ses pensées automatiques (Chollet, 2017).

1.5.4 Méthodologie des TCC

Ce type de thérapie est dit « bref », comparé à un suivi psychologique avec un spécialiste qui dure généralement plusieurs années, puisqu'il dure environ trois à six mois avec deux séances par semaine. Le but est de changer le système de croyance de la personne souffrant de dépression en lui apprenant à distinguer les faits réels de sa propre interprétation ou représentation de ces mêmes faits à travers différentes techniques cognitives et comportementales (Cottraux, 2017). Lorsque ces représentations pénibles sont modifiées, la souffrance diminue ce qui permet à la personne de recommencer à vivre normalement (Fellay, 2019). C'est après des entretiens préliminaires pratiqués par un thérapeute ayant suivi une formation spécifique en TCC que des buts spécifiques sont établis. Ces buts sont établis par le patient, le thérapeute l'aide pour déterminer des objectifs réalistes et concrets. Les objectifs finaux de ce type de thérapie sont d'améliorer l'humeur ou les symptômes résiduels de la personne (Mirabel-Sarron, 2011). La thérapie cognitive pratiquée lors de la phase aiguë de la dépression permet de diminuer les rechutes et les récives. Elle aide la personne à apprendre à s'auto-observer et à acquérir des compétences (Bondolfi, 2002). La TCC permet d'adopter des comportements plus fonctionnels et adaptés aux différentes situations. Elle travaille sur les attitudes, sur les émotions et les modes de pensée (Mirabel-Sarron, 2011) de la personne tout en agissant au niveau des représentations mentales, appelées « schémas cognitifs », qui favorisent fortement l'état dépressif et ses rechutes. Cette thérapie se base sur la collaboration entre le soignant et le soigné, car une alliance thérapeutique se crée au fil des semaines permettant au patient de se sentir suffisamment en confiance pour se livrer et pour travailler sur les schémas cognitifs qui l'empêchent de fonctionner selon la norme (Cottraux, 2017). Différentes études ont validé l'efficacité de la TCC entre 50 et 80%, similaires à celles des antidépresseurs spécifiquement dans le cadre de dépression légère à modérée, ainsi que lorsque l'on utilise ensemble la TCC et des antidépresseurs (également dans les dépressions sévères) (Bottai, 2008).

Il existe également des TCC de groupe qui se centrent sur l'interaction entre le sujet et son milieu social, plutôt que sur les processus cognitifs internes des patients (Cottraux, 2017).

1.5.5 Impact sur la dépression

Selon l'étude de Conradi et al. (2008), il a été démontré que les personnes ayant souffert de plus de quatre épisodes dépressifs avant l'élaboration de l'étude et suivant une TCC en plus d'une psychoéducation, durant les trois mois qu'ont duré l'étude, bénéficient d'une modification de la sévérité de leur dépression. Cette étude effectuée sur deux ans conclut que les patients souffrant de dépressions à répétition devraient suivre une TCC en complément d'un traitement habituel pour une prise en charge plus bénéfique. Cet article expose également l'importance du nombre d'épisodes dépressifs comme étant un indicateur dans le choix du traitement à prescrire. Ce traitement de la TCC accompagné de psychoéducation est efficace chez les personnes faisant de multiples rechutes dépressives, puisqu'il diminue la sévérité de leurs symptômes dépressifs.

1.6 Impact des troubles dépressifs sur la réinsertion professionnelle

Les troubles dépressifs ont des effets néfastes sur l'efficacité professionnelle. Les personnes touchées par ce trouble sont plus sujettes à des troubles de la concentration, à des erreurs de jugement, à des problèmes d'anticipation et de conflits. Elles ont souvent un manque de confiance en elles et sont plus démotivées (Oberle et Broers, 2017). Selon l'article de Fournier et al. (2015), le taux de chômage est élevé chez les personnes souffrant de dépression. Dans cette étude, les auteurs ont cherché à savoir si les antidépresseurs et les thérapies cognitives avaient un impact sur le statut professionnel de patients atteints de dépression modérée à sévère. Il a été constaté, après 28 mois, que 88,9% des personnes suivant la thérapie cognitive ont eu un emploi à temps plein alors que les personnes ayant pris seulement les antidépresseurs, le taux d'emploi à 100% est de 70,8%. Les personnes, qui ont participé à une thérapie cognitive de quatre mois, étaient plus susceptibles d'être employées à plein temps que les personnes qui ont répondu aux antidépresseurs, même deux ans plus tard. Cela prouve l'efficacité d'effectuer une thérapie cognitive plutôt qu'une prise d'antidépresseurs seule lorsque les personnes souffrant de dépression cherchent à se réinsérer professionnellement.

2 ANCRAGE THEORIQUE

D'après le cours de S. Favre (les fondements de la discipline infirmière [support de cours], 20 septembre 2016), les savoirs de la discipline infirmière et les connaissances en lien se sont beaucoup développés au cours des 50 dernières années, principalement grâce aux écrits de différentes théoriciennes. Chacune a développé une théorie ou modèle conceptuel indiquant une posture professionnelle différente basée sur un ensemble de connaissances, de valeurs, de postulats etc. Il est constitué de quatre méta-concepts formant un méta-paradigme. Ces méta-concepts sont : le soin, la personne, l'environnement et la santé. Chacune de ces théoriciennes a décrit en quoi consiste chacun de ces termes suivant ses connaissances et sa conception de la posture infirmière. De manière générale, le soin se définit comme étant les soins infirmiers et le prendre soin, la personne constitue un être humain, sa famille ou une communauté, l'environnement se définit comme étant ce qui entoure la personne pouvant aller jusqu'à l'univers et, pour finir, la santé peut également exprimer un état pathologique (maladie) ou non-pathologique (santé).

2.1 Holarchie des connaissances selon Fawcett

D'après le cours de S. Favre (les fondements de la discipline infirmière [support de cours], 20 septembre 2016), l'ensemble des connaissances de la discipline infirmière peut être classé selon la holarchie des connaissances de Fawcett qui va du plus abstrait au moins abstrait. Dans cet ordre-là se trouvent le métaparadigme infirmier, les modèles conceptuels, les théories et, enfin, les indicateurs empiriques.

Le métaparadigme infirmier comprend les quatre méta-concepts comme énoncé précédemment et représente un fondement de la discipline infirmière en impliquant un développement des savoirs et des connaissances.

Les modèles conceptuels proposent une vision de la discipline infirmière, mais de manière abstraite.

Les théories sont plus concrètes que les modèles conceptuels et sont décrites comme proposant des énoncés et des propositions qui servent à décrire et expliquer des outils pertinents pour la discipline infirmière. Il existe deux types de théories : à large spectre ou à spectre modéré (aussi appelé intermédiaire). Les théories à large spectre ont un niveau d'abstraction plus élevé que les théories à spectre modéré et définissent les soins infirmiers de manière générale sans prendre en compte l'âge des personnes, le contexte et leur état de santé. Les théories à spectre modéré sont plus concrètes, car elles se basent moins sur les concepts, mais plus sur la pratique soignante infirmière.

Et enfin, les indicateurs empiriques qui sont un instrument, une condition expérimentale voire une procédure clinique visant à expliquer un concept d'une théorie à spectre modéré. Ce sont donc les outils les plus concrets selon l'holarchie des connaissances de Fawcett.

2.2 Paradigmes

D'après le cours de S. Favre (les fondements de la discipline infirmière [support de cours], 20 septembre 2016), dans chaque science se trouvent des paradigmes. Un paradigme se définit comme étant une vision du monde, une manière de concevoir un phénomène, des valeurs et des croyances qui sont acceptées par un collectif de chercheurs. Dans notre cas, le paradigme infirmier est celui qui nous intéresse et se base sur des principes philosophiques à la base de la pratique professionnelle infirmière, qui vont influencer la manière de prendre en soin une personne et l'approche des soins qui va avec. Quatre théoriciennes de la discipline infirmière ont défini des paradigmes différents : Newman, Pepin, Fawcett et Parse.

Newman	Pepin	Fawcett	Parse
Particulier-déterminé	Catégorisation	Réaction	/
Interactif-intégratif	Intégration	Interaction réciproque	Totalité
Unitaire-transformatif	Transformation	Action simultanée	Simultanéité
			Humaindevenant

Tableau 1 : Les différents paradigmes infirmiers

Tiré de : Favre, 2016

Les paradigmes du particulier-déterminé / de la catégorisation / de la réaction sont des paradigmes qui se focalisent principalement sur le côté médical avec des connaissances de la science, de la chimie, des affections et des pathologies. La pratique infirmière est orientée vers la maladie et les soins en lien. La personne est constituée de différentes parties indépendantes les unes des autres. Les soins infirmiers et médicaux se centrent donc sur l'endroit où se situe la maladie dans le but de la guérir, car le personnel soignant est pourvu du savoir nécessaire tandis que la personne malade ne l'est pas et doit donc obéir aux directives médicales. La santé est décrite comme étant l'absence de maladie et l'environnement n'est pas pris en compte dans la prise en soin d'une personne.

Les paradigmes de l'interactif-intégratif / de l'intégration / de l'interaction réciproque / de la totalité considère la personne comme un être bio-psycho-socio-culturel et spirituel, ce qui signifie qu'elle est composée de plusieurs parties qui interagissent ensemble et qui s'influencent parmi. Ces paradigmes ont une vision holistique de la personne qui est pourvue de ressources nécessaires pour jouer un rôle actif dans la prise en soin qui consiste au maintien de la santé physique, mentale et sociale. Les soins infirmiers ne se centrent pas seulement sur la maladie, mais évaluent les besoins de la personne et la situation dans laquelle elle se trouve dans son entièreté. L'infirmier travaille avec la personne en fonction de ses besoins à travers une relation d'aide. La santé n'est pas perçue comme étant l'absence de maladie, les deux sont distinctes l'une de l'autre et interagissent ensemble. La santé est un idéal à atteindre mais elle est influencée par l'environnement qui entoure la personne. L'environnement est constitué du contexte historique, social, politique et culturel dans lequel la personne grandit et dans lequel elle est capable de s'adapter.

Les paradigmes de l'unitaire-transformatif / de la transformation / de l'action simultanée / de la simultanéité considèrent chaque personne comme étant unique et singulière, ce qui signifie que chaque prise en soin est différente et basée sur la personne avec sa personnalité, ses croyances et valeurs, son authenticité, ses espoirs et ses ressources. Elle dispose de connaissances et est capable de faire des choix qui influencent sa vie et donc sa santé. L'environnement est composé de l'univers qui entoure la personne. Ils sont intimement liés entre eux et forment un tout indivisible qui évolue dans un processus mutuel et continu. La santé est considérée comme une expérience comprenant la personne et son environnement et est définie comme étant le bien-être. La maladie fait partie de l'expérience de santé. Les soins infirmiers visent au bien-être de la personne selon la définition qu'elle en a et se basent sur des connaissances et un savoir qui permettent la meilleure prise en soin selon les besoins exprimés par la personne.

2.3 Ecoles de pensées

Différentes écoles de pensées ont fait leur apparition à la suite de l'émergence des différents paradigmes.

D'après le cours de S. Favre (les fondements de la discipline infirmière [support de cours], 20 septembre 2016), dans les paradigmes de l'interactif-intégratif / de l'intégration / de l'interaction réciproque / de la totalité se trouvent l'école des besoins, l'école de l'interaction, l'école des effets souhaités et l'école de l'apprentissage de la santé.

L'école des besoins s'intéresse aux besoins de la personne pour les satisfaire dans le but que la personne retrouve son indépendance. Les soins infirmiers servent à combler les besoins physiologiques, de sécurité et de développement personnel et à redonner de la force, de la volonté et des connaissances à la personne pour que celle-ci puissent satisfaire ses propres besoins.

L'école de l'interaction se centre sur la relation qui se joue entre le soignant et la personne demandeuse de soin dans le but d'identifier ses besoins d'aide. Les soins infirmiers consistent à déterminer les besoins de la personne, à poser un diagnostic infirmier accompagné d'interventions infirmières pour aider la personne et lui porter assistance. La relation d'aide se base sur un processus interpersonnel thérapeutique et subjectif dans le but de soutenir, accompagner et soigner la personne.

L'école des effets souhaités se base sur des comportements dits de « hautes » ou « basses » adaptations de la personne suivant quatre différents modes : les aspects physiologiques (mode physiologique), la manière dont la personne se considère (mode du concept de soin), les rôles qu'elle joue dans sa vie (mode des rôles) et suivant les liens qu'elle entretient avec les autres et sa manière de recevoir de l'affection (mode de l'interdépendance). À travers différents mécanismes (innés ou acquis), la personne s'adapte à l'environnement et répond à ses stimuli. Le rôle infirmier est de promouvoir l'adaptation de la personne dans ces quatre modes.

L'école de l'apprentissage de la santé se focalise principalement sur la promotion de la santé (renforcement et développement de la santé) de la famille et de ses membres. Le rôle infirmier va être de conseiller, d'informer et de proposer une éducation à la santé à toute la famille ayant comme but l'apprentissage de comportements de santé et l'activation de processus menant à une meilleure santé. La géométrie familiale joue également un rôle dans l'apprentissage de la santé.

Dans les paradigmes de l'unitaire-transformatif / de la transformation / de l'action simultanée / de la simultanéité se trouvent deux écoles de pensées : l'école des patterns et l'école du caring.

L'école des patterns considère la personne comme étant un être humain unitaire et comme un champ d'énergie ouvert et en constant changement. Le rôle infirmier consiste à s'intéresser à l'expérience telle que la personne la vit, à comprendre le sens que la personne met à l'expérience pour la soigner. C'est un processus interactif qui permet à la personne l'augmentation de son propre potentiel.

L'école du caring considère la personne comme étant composée de trois sphères : l'âme, le corps et l'esprit. Elle est un être universel qui perçoit des choses et vit des événements continuellement dans le temps et l'espace. Le rôle infirmier est de s'intéresser à l'expérience de la personne, de la prendre en soin dans toute sa profondeur et dans l'être total de ce qu'elle est.

2.4 Théorie de Martha Rogers

Suite à l'analyse des différentes théories et des différents concepts de la discipline infirmière, la théoricienne qui nous a le plus touchée est Martha Rogers. Sa théorie s'intitule : « Science of unitary human beings » (SUHB) et son but vise le bien-être de l'être humain. Sa théorie fait partie des paradigmes de l'unitaire-transformatif / de la transformation / de l'action simultanée / de la simultanéité et son école de pensée est celle des « patterns ».

2.4.1 Métaconcepts

Etre humain

L'être humain est considéré comme un être unitaire plus grand que la somme de ses parties et est perçu comme étant un champ d'énergie. Celui-ci se caractérise par un système ouvert, en changement constant. L'être humain ne se décompose pas en différentes parties bio-psycho-sociale-spirituelle-culturelle. Il est un tout indissociable composé de « patterns » uniques, c'est-à-dire des caractéristiques spécifiques et personnelles propres à lui-même. Cela signifie que, pour Martha Rogers, chaque être humain est unique (Pepin, Kerouak et Ducharme, 2010). La prise en charge par la TCC d'une personne souffrant de dépression sera personnalisée en fonction de qui elle est et de ses besoins, car elle se base sur les émotions, les attitudes et les modes de pensée spécifiques à la personne malade qui font qu'elle est, à ce jour, plus capable de fonctionner selon la norme et plus capable de travailler (Mirabel-Sarron, 2011). Selon l'article de Lerner et al. (2010), les personnes souffrant de dépression recensent plus de pertes d'emploi dues à la sévérité de leurs symptômes, à des symptômes spécifiques et à une mauvaise prise en charge de ceux-ci. Il est donc important de les identifier pour pouvoir les travailler grâce à la TCC.

Environnement

L'environnement est représenté comme un champ d'énergie ouvert en constante interaction avec celui de l'être humain. En effet, les deux champs d'énergie sont inséparables l'un de l'autre et avancent en simultanéité dans un processus dit mutuel. Ces champs d'énergie sont en continuel changement et sont infinis (Alligood, 2014, traduction libre). La TCC effectuée en

groupe se base plus précisément sur l'interaction de la personne avec son milieu social (Cottraux, 2017). En effet, la personne en dépression sera fortement influencée par l'environnement qui l'entoure. Suivant l'article de Leroux (2006), la situation familiale joue un rôle sur la sévérité de la dépression, car, à la suite d'une rupture amoureuse, une personne est plus vulnérable face à des troubles dépressifs principalement si elle mène à un isolement.

Santé

La santé constitue le concept central de la théorie de Martha Rogers. Selon sa théorie, elle dépend de la personne et de ses valeurs ou de la société, donc elle change d'une personne à une autre ou d'une société à une autre. Pour elle, la santé fait référence au bien-être, à l'optimisation et à la réalisation du potentiel des personnes à travers leur capacité à participer au changement. C'est cette force de participation consciente qui permettra à tout un chacun de toucher au bien-être et à la santé dans sa globalité (Pepin et al., 2010). L'expérience de la dépression va permettre à la personne de réfléchir sur ses capacités personnelles, à faire des changements, afin d'avoir une harmonie entre son corps, son âme et son esprit. La TCC lui permettra de travailler sur ses propres schémas cognitifs, afin de les améliorer pour aboutir à un comportement dit fonctionnel, car adapté à la situation suivant l'étude de Mirabel-Sarron (2011).

Soin

Le soin est basé sur des faits scientifiques, c'est un même temps une science et un art. Son but se caractérise par la promotion de la santé et du bien-être de toute personne quel que soit son contexte de vie. Le soin consiste, pour la personne et l'infirmier, à reconnaître les « patterns » propres à la personne liés à sa situation de santé actuelle et de les reformuler, pour atteindre le bien-être dans la vie. Ce processus simultané permet à l'infirmier l'optimisation du potentiel de la personne à faire face aux changements (Alligood, 2014, traduction libre). Le rôle principal de l'infirmier dans la TCC est la valorisation des compétences du patient à travers une alliance thérapeutique qui met suffisamment en confiance la personne souffrant de dépression pour que celle-ci se livre et soit capable de travailler sur ses comportements suivant l'article de Cottraux (2017).

2.4.2 Paradigme

La théorie de Martha Rogers s'inscrit dans le paradigme de la transformation selon Pepin et al. (2010). Selon ce paradigme, chaque phénomène est unique, c'est-à-dire qu'il ne ressemble à aucun autre. Il se définit par un « pattern » unique (qui correspond à une unité globale) qui est en interaction continuelle, réciproque et simultanée avec une unité plus large :

l'environnement (Pepin et al., 2010). Dans le cadre de ce travail, la dépression dépend de l'être humain qui la vit et est continuellement influencée par l'environnement qui l'entoure.

2.4.3 Ecole de pensée

La théorie de Martha Rogers se situe dans l'Ecole des Patterns. Martha Rogers est la pionnière de cette école et a introduit, pour la première fois, une conception unitaire de l'être humain de laquelle découle le concept d'holisme. En effet, suivant cette théoricienne, il faut s'intéresser aux « patterns » uniques à chacun qui singularisent chaque être humain unitaire pour pouvoir le comprendre (Pepin et al., 2010).

2.4.4 Niveau d'abstraction

La théorie de Martha Rogers fait partie des grandes théories, elle a un niveau d'abstraction élevé. La science de Rogers ne vient pas d'une science basique, mais est issue de multiples connaissances. Elle se base sur plusieurs disciplines scientifiques telles que l'astronomie, la biologie, la physique, la psychologie, la sociologie et l'histoire et fait également des liens avec le bouddhisme et le concept du karma (Fawcett, 2013, traduction libre).

2.4.5 Postulats et principes

Martha Rogers se base sur quatre postulats fondamentaux qui constituent les bases de sa théorie : le champ d'énergie, l'ouverture, les « patterns » et la pandimensionnalité (Alligood, 2014, traduction libre).

Le champ d'énergie est composé du champ de l'humain et de celui de l'environnement, qui sont en constante interaction et infinis. Ces champs sont dits pandimensionnels, ce qui signifie qu'ils ne sont pas linéaires et qu'ils n'ont aucun attribut spatial ou temporel. Le champ de l'humain et celui de l'environnement sont ouverts, il n'y a pas de limite ou de frontière entre les deux, seulement une succession de flux d'énergie (Alligood, 2014, traduction libre).

Le postulat des « patterns » est continuellement en changement, il se réfère aux comportements, aux qualités et aux caractéristiques de chaque champ d'énergie, ceux-ci sont uniques et innovateurs (Pepin et al., 2010). Les « patterns » sont influencés par un flux rythmique (Parse, 2014). Ils se révèlent à travers différentes manifestations telles que la maladie, la douleur et d'autres comportements. (Alligood, 2014, traduction libre).

Les champs d'énergies entre la personne et l'environnement sont expliqués par trois principes découlant du principe d'homéodynamique : l'hélicie, l'intégralité et la résonnance. Selon Rogers, le principe d'hélicie fait référence aux « patterns » des champs d'énergie de l'être humain et de l'environnement en les définissant comme étant continus, innovateurs, imprévisibles et croissants (Parse, 2014). L'intégralité montre l'interaction constante entre les champs d'énergie de l'humain et l'environnement démontrant la vision de l'être humain selon Rodgers comme étant unitaire et indissociable de son environnement. Ce principe relie les deux postulats du champ d'énergie et ouverture (Parse, 2014). Tandis que la résonnance correspond aux changements constants à travers les différents « patterns » des champs d'énergie de l'être humain et de l'environnement (Parse, 2014).

2.4.6 Rôle infirmier selon Rogers

Le rôle infirmier est de prendre en soin le patient en tenant compte de l'influence de son environnement sur son bien-être. L'infirmier Rogerien favorise des méthodes non invasives dans sa pratique. En complément des thérapies traditionnelles (Pepin et al., 2010), il utilise d'autres méthodes « tels le toucher thérapeutique, la visualisation et la thérapie musicale » (Pepin et al., 2010).

Lors du recueil de données, l'infirmier va prendre en compte l'environnement du patient, car celui-ci peut avoir un impact sur sa santé. Le champ d'énergie du patient est en communication avec celui du soignant (Pepin et al., 2010). La théorie de Rogers est intéressante lors de troubles dépressifs, car l'environnement a un impact sur ces personnes. Le fait de trouver des solutions avec le patient pour essayer de changer son environnement aura un impact direct sur la personne.

L'infirmier doit être centré sur ce que le patient souhaite, ses besoins, sur ses émotions et sur ce que représente pour lui le bien-être. Son rôle sera d'essayer de maintenir un équilibre entre l'environnement de la personne et la personne elle-même, afin de favoriser un sentiment de bien-être et de plaisir, ainsi que de diminuer le risque de rechute. Afin de diminuer les rechutes, il faudrait identifier les personnes dont les symptômes résiduels persistent, ceux qui sont en rémission partielle ou qui ont été touché par plusieurs épisodes dépressifs afin de leur proposer une thérapie (Bondolfi, 2002).

Le travail infirmier à travers les thérapies cognitives permet au patient de retrouver du plaisir et des intérêts pour être à nouveau capable de travailler. C'est aussi d'aider le patient à mobiliser son énergie, son savoir et son savoir-faire, afin d'aller mieux et de retrouver une estime de soi (Fontaine, 2006). L'infirmier peut aider le patient à mettre des mots sur ses

émotions, il peut aussi l'aider à les identifier, afin de les comprendre et pouvoir mieux les contrôler. L'infirmier va aller au rythme du patient. Il va tenir compte de ses besoins et de sa famille. La relation entre le patient et le soignant est importante et peut aider lors du processus de guérison. L'infirmier fait aussi parti de l'environnement du patient, il peut donc lui-même l'influencer. La création d'un lien thérapeutique entre le soignant et le patient durant une TCC est primordiale pour une bonne participation à la thérapie durant la séance, mais aussi à l'extérieur, afin qu'il fasse les exercices appris (Fontaine, 2006).

La maladie est une expérience de la vie qui incite la personne à réfléchir, l'infirmier peut aider le patient à faire des changements dans son environnement et dans son comportement (Pepin et al., 2010). L'infirmier doit être innovateur et connaître les nouvelles connaissances dans les soins et dans les différents domaines (Pepin et al., 2010).

Il a été démontré que la pratique des TCC pouvait tout à fait être effectuée par des infirmiers spécialisés en psychiatrie ayant suivi une formation postgrade spécialisée. Ce type de pratique coûte moins cher et n'est pas moins efficace qu'une thérapie effectuée par un autre professionnel de la santé mentale (Yoshinaga, 2015). La pratique des soins a comme fonction de valoriser les compétences personnelles du patient qui doit participer lui-même au changement pour qu'il soit favorable et bénéfique à son bien-être (Bondolfi et Bizzini, 2006).

Les conditions pour être un thérapeute en TCC sont de bien connaître la dépression, d'être capable d'identifier le risque suicidaire, de participer à des ateliers de formation et de suivre des congrès (Bondolfi et Bizzini, 2006). Les infirmiers spécialisés en psychiatrie ont donc les compétences nécessaires pour remplir ces conditions puisqu'ils pratiquent la psychothérapie enseignée depuis les années 1954 et qui a été identifiée comme étant une compétence nécessaire dans la pratique des infirmiers en santé mentale (Chetty et Hoque, 2013).

3 QUESTION DE RECHERCHE

La théorie de Rogers caractérise la santé par le bien-être. Chez des personnes qui souffrent de troubles dépressifs, il est difficile pour elles de ressentir des émotions positives et leurs fonctions cognitives sont déformées. Ces personnes se retrouvent souvent dans un cercle vicieux dont il est difficile d'en sortir. L'environnement peut avoir un impact sur cette maladie, sur la famille, sur la situation professionnelle, ainsi que sur l'infirmier qui prendra en soins ses patients. Le retour au travail suite à une dépression peut augmenter le bien-être psychique.

Nous sommes arrivées à la question de recherche suivante :

Comment les infirmiers spécialisés en thérapie cognitivo-comportementale pourraient aider les adultes souffrant de troubles dépressifs en favorisant leur retour au travail ?

4 METHODE

Pour répondre à notre problématique, la méthode de recherche retenue est une revue de littérature. Son objectif est de recenser différents articles sur les personnes souffrant de dépression traitées par TCC effectuée par un infirmier spécialisé, afin de se réinsérer professionnellement.

4.1 Sources d'information et stratégies de recherche documentaire

Nous avons identifié nos concepts-clés à l'aide de la méthode PICO, une méthode décryptant une problématique selon sa population (P) analysée, les impacts recherchés et l'intervention (I), le comparatif et les « outcomes » ou résultats (O).

Les **personnes** (P) incluses dans les études devaient être des adultes souffrant de dépression. L'**intervention** (I) était l'utilisation des TCC comme traitement complémentaire de la dépression (effectuées par un infirmier spécialisé en TCC si possible). La **comparaison** pouvant dépendre de chaque recherche n'a pas été précisée. Les résultats ou « **outcomes** » (O) attendus étaient un retour au travail après avoir vécu une dépression traitée par TCC.

Cette méthode de décryptage de la problématique (PICO) est mise en lien avec les termes utilisés pour la recherche d'articles dans le tableau 2.

La terminologie utilisée diffère d'une banque de données à l'autre. Ces termes sont répertoriés dans le tableau ci-dessous.

	Mots-clés	HeTop	Mesh Terms – Pubmed	Cinhal Headings – Cinhal	Mesh Terms – Cochrane
P	Adulte souffrant de dépression modérée à sévère	Adult Depression moderate to severe	Adult Depression Major depression	Adult Depression	Adult Depressions Major depressions
I	TCC Rôle infirmier	Cognitive therapy CBT Nursing Care	Cognitive behavioral therapy Behavior therapy Nursing care nurse's role	Cognitive therapy Behavioral therapy Nursing care Nursing role	Cognitive behavioral therapy/thera pies
C	/	/	/	/	/
O	Réinsertion professionnelle	Rehabilitation Vocational	Vocational rehabilitation	Rehabilitation Vocational	Vocational rehabilitation

Tableau 2 : PICO. Mots-clés selon les thésaurus et les différentes banques de données

Nous avons réalisé notre recherche documentaire sur trois banques de données entre janvier et avril 2019, Pubmed, Cochrane et Cinhal. Nous avons également utilisé les thésaurus Hetop et Mesh Terms pour traduire nos concepts-clés en anglais. Le choix de ces trois bases de données a été fait selon leur popularité, ce qui nous a permis d'accéder à un plus grand nombre d'articles. Nous avons réduit nos recherches aux articles datant de moins de 10 ans et favorisé la recherche des articles complets.

Nous avons utilisé plusieurs équations de recherche avant de trouver des articles en lien avec notre problématique.

Les équations retenues ont été :

Sur Pubmed :

Première équation

((behavior therapy, cognitive[MeSH Terms]) AND depression[MeSH Terms]) AND nurse's role[MeSH Terms]

Nous avons trouvé **quatre résultats** avec cette équation (Full text, 10 dernières années), nous avons gardé un seul article qui est « *Measuring Changes in Negative and Positive thinking in Patients With Depression* » de Forsyth et al. (2010) qui nous semblait pertinent, car il décrit les changements de pensées positives et négatives chez des patients adultes hospitalisés qui souffrent de troubles dépressifs à travers la participation à un groupe de thérapie cognitivo-comportementale effectuée par un infirmier spécialisé en psychiatrie.

Deuxième équation

((depression) AND cognitive behavior therapies[MeSH Terms]) AND nursing care AND free full text[sb] AND «last 5 years»[Pdat])

Nous avons eu **86 résultats**. Nous avions des articles sur des personnes âgées donc nous avons ajouté un filtre personnes 19-44 ans, ce qui nous a donné **46 résultats**. **Trois titres d'articles** nous ont intéressé, mais nous n'en avons gardé qu'un seul qui est « *One-Year Follow-Up of the Effectiveness of Cognitive Behavioral Group Therapy for Patients' Depression: A Randomized, Single-Blinded, Controlled Study* » d'après Chiang et al. (2015).

Troisième équation

(unemployment[MeSH Terms]) AND depression[MeSH Terms] Filters: published in the last 5 years

Nous avons obtenu **139 articles** grâce au filtre permettant de sélectionner des articles des cinq dernières années. **Dix articles** ont retenu notre attention d'après leur titre, cependant nous en avons choisi seulement un : « *Identification of major depressive disorder among the long-term unemployed* » d'après Nurmela et al. (2017) qui met en corrélation la non-identification de troubles dépressifs chez des personnes étant au chômage depuis plus d'un an.

Quatrième équation

((depression[MeSH Terms]) AND major depressive disorder[MeSH Terms]) AND return to work Filters: published in the last 5 years

Nous avons trouvé **46 résultats** suite au filtre sélectionnant des articles de cinq ans en arrière. **Quatre articles** semblaient intéressants de par leur titre, cependant nous en avons choisi un seul : « *Work-related treatment for major depressive disorder and incapacity to work : preliminary findings of a controlled, matched study* » de Kröger et al. (2014) qui compare l'efficacité d'une thérapie cognitivo-comportementale liée au travail à une TCC habituelle chez des employés étant en arrêt-maladie suite à un trouble dépressif majeur.

Cinquième équation

(prevention) AND ((sickness absence) AND common mental disorders)

Cette équation de recherche a permis d'obtenir **23 résultats**. Un article nous semblait intéressant: « *Process evaluation of a problem solving intervention to prevent recurrent sickness absence in workers with common mental disorders* » de Arends et al. (2014). Cependant, nous avons sélectionné l'article « *Prevention of recurrent sickness absence in workers with common mental disorders: results of a cluster-randomised controlled trial* » également de Arends et al. (2014) via les articles similaires. Cet article évalue l'efficacité de l'intervention « Stimulating Healthy participation And Relapse Prevention (SHARP) » au travail en évaluant les arrêts-maladies récurrents, les plaintes de santé mentale, le fonctionnement au travail et les comportements de « coping ».

Sur Cinhal :

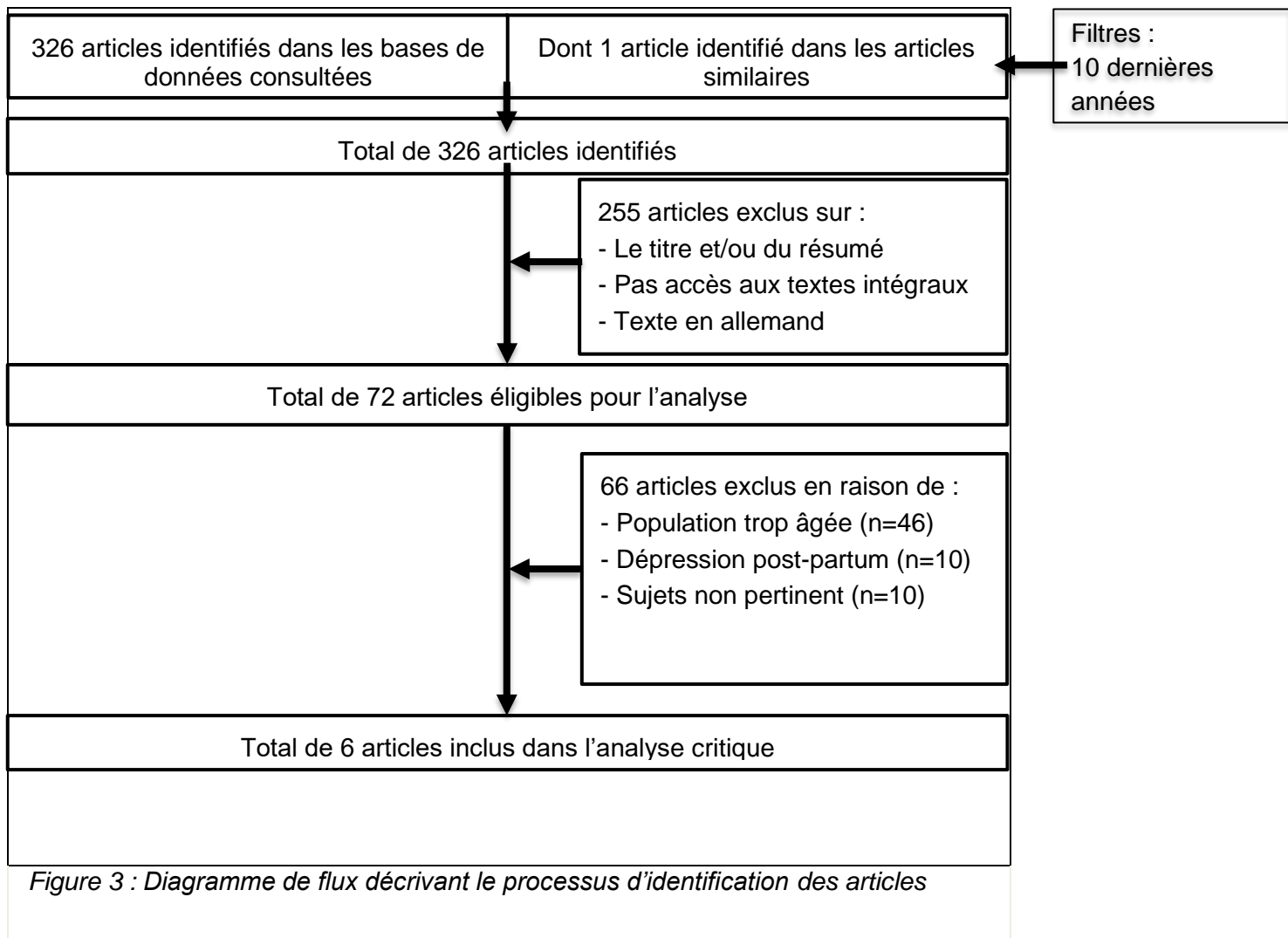
Sixième équation

(MH "Depression") AND cognitive behavioral therapy AND nurse's role

Nous avons trouvé **28 résultats** dont **neuf titres** nous ont intéressé, mais nous n'avons gardé qu'un **article** en lisant les résumés et la méthodologie. L'article est « *The process of change in psychotherapy for depression* » de Crowe et al. (2011) qui examine comment les clients souffrant de dépression s'améliorent pendant des sessions de psychothérapie dans le but de comprendre ce qui est efficace à propos de ce type de traitement donné.

4.2 Diagramme de flux

Le processus d'identification des articles est fourni dans le diagramme de flux présenté dans la *Figure 3*.



5 RESULTATS

5.1 Analyse critique des articles retenus

L'étude descriptive de Nurmela et al. (2018) explore l'identification d'un trouble dépressif majeur chez les personnes étant au chômage depuis une longue durée et cherche à déterminer si la durée du chômage est en corrélation avec le risque de trouble dépressif non-identifié par des professionnels de santé. L'hypothèse de recherche de cette étude est que le risque de souffrir d'une dépression non-identifiée augmente avec la durée du chômage. Pour la vérifier, une analyse des données a été effectuée suivant plusieurs variables chez des personnes étant au chômage depuis une longue durée (minimum 1 an), étant limitées dans leurs capacités de travail et étant impliquées dans le projet « Admissibilité à une pension d'invalidité » initié par le Ministère du Travail en Finlande, lieu de l'étude. Les différentes variables prises en compte sont : la durée du chômage, une dépression identifiée ou non-identifiée, l'âge, le statut matrimonial, le statut occupationnel et le casier judiciaire. Les résultats de l'analyse de ces variables montrent que l'âge moyen était de 52 ans avec un pourcentage de 59% d'hommes et 73% de célibataires. Le panel de personnes au chômage était composé à 82% de travailleurs manuels dont la durée moyenne du chômage était de 10 ans. En moyenne, ils ont effectué 11 visites médicales en trois ans (avant leur entrée dans ce projet). Sur l'ensemble des participants ($n = 505$), 243 (48%) ont été diagnostiqués avec un trouble dépressif majeur par des psychiatres expérimentés suivant la CIM-10 (Classification Internationale des Maladies). Sur l'ensemble, 101 (42%) sont entrés dans le projet en ayant déjà un trouble dépressif identifié tandis que 142 (58%) autres ont été nouvellement diagnostiqués avec un trouble dépressif, ils faisaient donc partie des personnes souffrant de dépression non-identifiée avant la participation à ce projet. Les chercheurs de cette étude ont identifié 8,6% personnes souffrant de légère dépression, 54.7% de dépression moyenne, 21.4% de dépression sévère, 0.8% de dépression psychotique et 14.4% dont la sévérité de la dépression restait non-spécifiée. Ils ont également évalué le taux de dépression récurrent à 10.7%. Ils se sont également aperçus que 79% des participants souffraient de comorbidités psychiatriques telles que des troubles de la consommation d'alcool, des troubles de la personnalité ou encore des troubles de l'anxiété. Les résultats ont démontré un risque plus élevé de souffrir d'un trouble dépressif majeur non-identifié lorsque la durée du chômage est supérieure à un an avec un rapport de cote de 1.060 ($p = 0.016$). Si la durée de chômage s'était poursuivie pendant cinq ans, le rapport de cote du trouble dépressif majeur non-identifié serait passé à 1.336 et après dix ans de chômage à 1.786. Nous pouvons donc affirmer que la probabilité qu'un trouble dépressif majeur soit non-identifié est positivement associé à la durée du chômage. Les résultats démontrent aussi que le nombre de visites médicales est

positivement associé avec une identification de la dépression, indiquant qu'un diagnostic de dépression requiert plusieurs rendez-vous. En effet, il a été observé que l'identification d'un trouble dépressif majeur était plus fréquent après au moins 14 visites médicales sur les trois dernières années avant la participation au projet. Nous pouvons donc dire que les personnes au chômage sont marginalisées par rapport à une identification appropriée du trouble dépressif majeur dans les soins alors que le chômage est très clairement identifié comme étant un facteur contextuel de trouble dépressif majeur. Cependant, l'étude expose également une diminution de l'utilisation des services de santé par les personnes au chômage. En somme, plus d'attention devrait être portée à identifier un trouble dépressif majeur chez les personnes étant au chômage depuis un long moment, car elles sont un groupe à risque de la non-identification de celle-ci. Cependant, cette étude peut avoir des limitations dans la généralisation de ses résultats, car ils décrivent la situation de personnes au chômage depuis une longue durée ayant des problèmes de santé et d'employabilité. Il se peut donc que les résultats ne soient pas généralisables à l'ensemble de la population de chômeurs.

L'étude contrôlée randomisée de Chiang et al. (2015) est une étude quantitative dont l'objectif est d'investiguer l'efficacité de la TCC de groupe chez des patients souffrant de dépression hospitalisés dans un centre médical au Nord de Taiwan. Le nombre de participants s'est élevé à 62 ($n = 62$). Ils devaient être des patients souffrant de dépression et avoir un score égal ou supérieur à 17 sur l'échelle de Beck. Ceux-ci ont été divisés en deux groupes : un groupe expérimental constitué de 30 personnes qui a reçu la TCC de groupe et le groupe témoin composé de 32 personnes qui a reçu leur traitement habituel. Les séances de TCC se sont déroulées en plusieurs phases. Les quatre premières séances ont permis d'introduire la TCC, afin que les patients comprennent le lien entre la cognition, les émotions et le comportement, et qu'ils puissent ainsi reconnaître leurs pensées automatiques. Ces séances ont permis de comprendre l'essentielle de leurs croyances, de les définir et de les ajuster. La phase intermédiaire est constituée de quatre séances, celles-ci ont permis aux patients de se poser différentes questions telles que « Pourquoi cela me rend-il triste ? » ou encore « Est-ce que cela va être si mauvais ? ». Ces questions ont permis d'approfondir les croyances négatives des patients. Ils ont, ensuite, participé à des jeux de rôles, afin d'utiliser différentes stratégies pour y répondre. Les quatre dernières séances ont été consacrées aux changements des pensées négatives et positives, afin de permettre aux patients de réfléchir aux différentes solutions et de comprendre les avantages et les désavantages de chaque situation avant de prendre une décision. 37.1% des participants sont des hommes et 62.9% des femmes. L'âge des participants est entre 35 à 56 ans environ. 35.5% des participants des deux groupes ont eu un épisode dépressif, 46.8% en ont eu deux, 12.9% en ont eu trois et 4.8% ont eu quatre épisodes dépressifs durant leur vie. 46.8% des participants prenaient leur traitement

régulièrement et 53.2% irrégulièrement. 38.7% des personnes sont sans emploi. Les bénéfices et les risques de participation à cette étude ont été expliqués à chacun des patients. Leur consentement à l'étude était reconnu seulement si les participants obtenaient au moins 24 points à l'examen de l'état mental minimal (MMSE). En effet, le MMSE permet de confirmer les capacités cognitives des participants. Différents éléments ont été évalués via des instruments de mesures entre ceux ayant suivi la TCC de groupe et ceux ayant reçu leur traitement conventionnel. Les deux premiers sont la dépression grâce au BDI-II (Beck Depression Inventory) et au HRSD (Hamilton Rating Scale for Depression) qui permettent une indication du niveau de sévérité de la dépression, ainsi que de la sévérité des symptômes. Cette première échelle est une auto-évaluation qui se compose de 21 questions avec un score allant de 0 à 63 points où le score le plus élevé indique une dépression sévère alors que la seconde est une échelle composée de 21 questions où les scores supérieurs à 25 points démontrent une dépression sévère. Le dernier élément évalué est la fréquence d'apparition de pensées négatives automatiques associées à la dépression grâce à l'ATQ (Automatic Thoughts Questionnaire) qui se traduit par 30 questions dont les points vont de 30 à 150 et où le plus de points indique plus de pensées négatives automatiques. L'analyse de l'ensemble de ces éléments a permis d'exposer différents résultats. Les résultats du BDI-II (échelle de Beck) du groupe expérimental ont diminué. En effet, au pré-test (avant l'intervention), le nombre de points était de 40.3 et au post-test (après l'intervention) de 10.17. Après trois mois de suivi, le nombre de points a augmenté à 11.47, à six mois à 12.87 et après 12 mois, le score était à 12.10 points. Cela montre que les effets de la TCC sont efficaces rapidement et sur la durée même si le score remonte légèrement à six mois de suivi. De manière générale, nous pouvons affirmer qu'il reste stable sur le long terme. Au contraire, le score du groupe témoin n'a pas évolué pendant ou après l'étude. Nous ne voyons donc pas d'amélioration de la dépression chez ce groupe. Les scores de BDI-II ont atteint un niveau statistiquement significatif ($p < 0.001$), ce qui indique qu'après une TCC de groupe, il y a une amélioration de la dépression. Concernant la seconde échelle mesurant la sévérité des symptômes de la dépression, avant l'intervention, le score moyen de l'HRSD était de 40.7 points tandis qu'après l'intervention, il était de 8.77 points. Nous pouvons remarquer qu'il a augmenté progressivement après les six premiers mois de suivi à 13.27 points, mais qu'après 12 mois, le score a diminué à nouveau à 12.90 points. Les résultats de cette échelle évoluent de la même manière que ceux du BDI-II. En revanche, pour le groupe témoin, le résultat est de 37.66 points avant l'étude. Ce groupe commence donc avec un nombre de points plus bas que le groupe expérimental. Cependant, ce résultat accroit progressivement pour atteindre un résultat de 45.94 points après 12 mois. Cela signifie que leur traitement habituel n'a pas fait effet dans la diminution des symptômes de la dépression. Concernant l'apparition des pensées négatives automatiques, le score

moyen de l'ATQ du groupe expérimental a diminué de 131.53 points à 44.10 points après la TCC de groupe. Après 12 mois, le nombre de points est de 46.37, ce qui montre que les effets sont un peu moins efficaces que directement suite à l'intervention, mais qu'ils persistent quasiment de manière stable après 12 mois. Ce résultat se compare à celui du groupe contrôle qui reste stable à 129.50, sans augmentation, mais donc sans amélioration non plus. En somme, cet article nous montre l'efficacité d'une TCC sur la dépression, ainsi que sur les pensées automatiques. Suite à cette étude, nous n'avons pas d'informations par rapport à l'amélioration de la prise des traitements. Cela aurait été intéressant de savoir si la TCC a également eu un impact sur la prise régulière des traitements habituels et peut-être si la dose a pu être diminuée. Nous n'avons pas non plus de résultats sur un retour au travail pour les personnes qui étaient au chômage avant la TCC. Cela nous aurait été utile d'avoir ce résultat pour mieux répondre à notre question de recherche.

L'étude contrôlée randomisée de Kröger et al. (2014) compare l'efficacité d'une TCC liée au travail comparé à une TCC habituelle chez des employés étant en arrêt-maladie à la suite d'un trouble dépressif majeur. Leur but est de comprendre si une TCC liée au travail est plus efficace qu'une TCC habituelle concernant le retour au travail et les jours d'incapacité à travailler mais aussi concernant la sévérité de la dépression, différents symptômes généraux et la satisfaction de la vie chez des personnes âgées de plus de 18 ans, atteintes d'un trouble dépressif majeur et étant en arrêt-maladie durant les 21 derniers jours. Cette étude pose deux hypothèses de recherche. La première est que les deux types de thérapies vont diminuer le nombre de jours d'incapacité de travail et montrer une réduction des plaintes de santé mentale. La seconde est que la TCC liée au travail est plus efficace dans la diminution du temps de l'arrêt-maladie que la TCC habituelle. Les deux types de TCC ont été menées par sept thérapeutes différents et pendant 25 sessions chacune. Les deux thérapies (n = 26) ont suivi un protocole allemand standard qui incluait l'activation comportementale, des recommandations psycho-éducatives, l'identification de pensées négatives automatiques identifiées dans la vie quotidienne ou suscitées pendant les séances, des discussions sur les pensées dysfonctionnelles afin d'évaluer et de modifier les biais cognitifs, la formation, étape par étape, aux compétences interpersonnelles pour améliorer l'affirmation de soi et renforcer les relations aux autres, des stratégies de prévention des rechutes (par ex : énumérer les techniques utiles qui ont été apprises pendant le traitement) et enfin des devoirs de séance en séance à faire à domicile (par ex : remplir un registre de pensées dysfonctionnelles). Pour les employés ayant suivi la TCC liée au travail (n = 13), une anamnèse détaillée du lieu de travail a été effectuée, afin de vérifier si le travail était un facteur causal possible des symptômes dépressifs, s'il constituait une condition principale des troubles ou s'il pouvait représenter une

ressource. Les conditions de travail objectives ont été analysées (par ex : type de contrat de travail et caractéristiques du lieu de travail) et les patients en ont fait leur propre évaluation (par ex : motivation au travail, satisfaction au travail, répartition des charges au travail et évaluation des relations avec les collègues). De plus, les thérapeutes délivrant une TCC liée au travail ont obtenu des descriptions précises du lieu de travail et des tâches de travail des participants sous forme écrite par les médecins du travail. Concernant la TCC liée au travail, les thérapeutes ont effectué des interventions relatives au travail telles que considérer le lieu de travail comme étant une ressource d'estime de soi et d'auto-efficacité et un élément important de la satisfaction de vivre, identifier et traiter les problèmes se passant sur le lieu de travail dans le but d'augmenter leur capacité au travail, transférer les compétences apprises sur le lieu de travail à d'autres domaines problématiques, élaborer un plan de réintégration prévoyant l'augmentation graduelle des heures de travail, identifier et éliminer les obstacles apparus durant la phase de réintégration et, enfin, inclure les médecins du travail et les supérieurs des employés dans la thérapie.

Différents instruments de mesures ont été utilisés pour mesurer les items mentionnés précédemment. Le premier est le BDI (Beck Depression Inventory) qui comprend 21 items démontrant l'apparition et la sévérité des symptômes dépressifs typiques basées sur une auto-évaluation. Le second est le GSI (Global Symptom Index of the Symptom Checklist 90-Revision) qui comporte 90 items servant à mesurer la tendance des symptômes généraux et, enfin, le dernier est le FLZ (Life Satisfaction Questionnaire) qui inclut 49 items servant à mesurer la satisfaction de la vie de manière générale. Ces différents instruments de mesures ainsi que les deux TCC ont permis de trouver de multiples résultats. Après un an de suivi, significativement plus d'employés travaillaient suite à une TCC liée au travail que suite à une TCC habituelle. Les jours d'incapacité à travailler ont significativement réduit suite aux deux thérapies, même si les employés ont montré moins de jours d'incapacité de travail suite à une TCC liée au travail. Le score moyen de satisfaction de la vie diffère entre les deux types de thérapies, indiquant une satisfaction de la vie plus basse dans les TCC conventionnelles que dans les TCC liées au travail. Nous pouvons observer une amélioration significative des scores d'auto-évaluations de la dépression et des symptômes généraux. Près de 2/3 des employés étaient catégorisés comme sains par le BDI après l'intervention tout comme un an après. Et au moins la moitié des employés a été classée comme sains d'après les scores des symptômes généraux après l'intervention et un an après. 2/3 des participants ayant reçu une TCC liée au travail et 1/3 de ceux ayant reçu une TCC conventionnelle ont atteint un niveau de satisfaction de la vie correspondant à ceux de la population en générale. De manière générale, les scores de BDI (échelle de dépression) et de GSI (échelles des symptômes généraux) ont significativement diminué avec le temps alors que le score de satisfaction de la

vie a significativement augmenté. Cependant, cette étude comporte certaines limites telles que l'auto-évaluation par les employés de leurs propres mesures de dépression ce qui peut sous-estimer les résultats et donc les fausser. Le fait que l'échantillon ($n = 26$) soit petit ne permettant pas vraiment de généraliser l'ensemble des résultats à la population en générale ou encore le fait que les performances des thérapeutes n'aient pas été évaluées par des examinateurs.

L'étude contrôlée randomisée de Arends, Van der Klink, Van Rhenen, de Boer et Bültmann (2013) a pour but d'évaluer l'efficacité de l'intervention « SHARP » (Stimulating Healthy participation And Relapse Prevention) au travail comparé à la prise de traitements habituels en évaluant les arrêts-maladies récurrents, les plaintes de santé mentale, le fonctionnement au travail et les comportements de « coping ». Cette intervention a été créée pour prévenir les rechutes d'arrêts-maladies chez les employés, âgés de 18 à 63 ans, étant retournés travailler après une période d'arrêt-maladie due à un trouble mental courant d'au moins deux semaines. L'étude pose l'hypothèse que l'intervention « SHARP » au travail prévient les absences récurrentes pour cause de maladie, réduit les problèmes de santé mentale et améliore le fonctionnement au travail, ainsi que la capacité à résoudre les problèmes. Cette intervention consiste en un processus de résolution de problèmes en cinq étapes pour trouver et mettre en œuvre des solutions aux problèmes vécus au retour au travail. La première étape consiste à faire l'inventaire des problèmes et/ou des opportunités rencontrés au travail après le retour au travail. La deuxième permet de réfléchir à différentes solutions. La troisième consiste à noter les solutions et le soutien nécessaire et à évaluer l'applicabilité de ces solutions. La quatrième sert à discuter des solutions et à établir un plan d'action avec la responsable. Tandis que la cinquième et dernière étape permet d'évaluer le plan d'action et la mise en œuvre des solutions. Cette intervention a débuté durant les deux premières semaines du retour au travail et était effectuée par les médecins du travail dont le but était de conseiller les travailleurs au niveau du processus de résolution de problèmes et non pas de commenter sur le contenu de ceux-ci. Deux à cinq consultations étaient recommandées dans les trois mois après la reprise du travail (suivant les besoins du travailleurs) avec un minimum de deux séances. La durée d'une consultation était de 30 minutes. 80 participants ont participé à cette intervention tandis que 78 autres ont reçu leur traitement habituel distribué par les médecins du travail sans être au courant de l'intervention « SHARP ». Pour mesurer l'ensemble des différents éléments analysés, plusieurs instruments de mesures ont été utilisés. Le premier est le 4DSQ (Four Dimensional Symptom Questionnaire) qui sert à mesurer les symptômes de détresse, de dépression, d'anxiété et de somatisation. Le deuxième est le HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) qui est un questionnaire d'auto-évaluation de la dépression et de l'anxiété.

Le troisième est le WRFQ (Work Role Functioning Questionnaire) qui permet de mesurer le fonctionnement au travail et, pour finir, le UCL (Utrecht Coping List) qui est utilisé pour mesurer les comportements de « coping ». Les résultats de l'étude montrent que, dans les deux groupes, le nombre moyen de jours d'absence pour cause de maladie récurrente était de 0, à toutes les mesures de suivi (3, 6 et 12 mois). Cependant, ils remarquent que le temps d'absence pour cause de maladie récurrente était beaucoup plus long dans le groupe « SHARP » que dans le groupe traitements habituels (112 jours de plus pour le groupe « SHARP »). Tout de même, l'incidence de récurrents arrêt-maladies était plus basse dans le groupe intervention « SHARP » à chacun des suivis (3, 6 et 12 mois) que dans le groupe traitements habituels et, après 12 mois de suivi, les pourcentages de récurrents arrêts-maladies étaient plus bas de 60% chez le groupe intervention « SHARP ». Aussi, les deux groupes ont amélioré leurs plaintes en matière de santé mentale et leur fonctionnement au travail mais aucune différence claire n'a été constatée entre les deux groupes en ce qui concerne des plaintes de santé mentale. Néanmoins, le groupe « SHARP » a fait état d'un meilleur score sur le fonctionnement au travail à 12 mois de suivi. Cependant, le score moyen sur le fonctionnement au travail des deux groupes reste inférieur à celui d'une population active en bonne santé. Bien que les groupes « SHARP » et traitements habituels aient montré une réduction du nombre de plaintes en santé mentale, tous deux avaient encore des scores relativement élevés sur certaines échelles de santé mentale à 12 mois de suivi. La seule limite à cette étude serait le petit échantillon des deux groupes qui ne permet pas forcément de généraliser ces résultats à l'ensemble de la population.

L'étude descriptive de Forsyth, Poppe, Nash, Alarcon et Kung (2010) est une étude qualitative qui a pour but de décrire les changements de pensées positives et négatives chez des patients adultes souffrant de dépression grâce à une thérapie cognitivo-comportementale de groupe dirigée par un infirmier. Les participants à cette étude sont hospitalisés dans un centre médical aux États-Unis. Pour participer à cette étude, ils devaient être volontaires, âgés de 18 ans ou plus et avoir un diagnostic de troubles de l'humeur. Chaque patient ayant suivi une TCC dans cette unité devait systématiquement compléter des questionnaires (BDI-II et ATQ) à l'admission et à la sortie de l'hospitalisation concernant la sévérité des symptômes de leur dépression, ainsi que la fréquence d'apparition de pensées négatives automatiques. La durée d'hospitalisation n'a pas été la même pour chaque patient. Les personnes ayant reçu une électro-convulsivothérapie n'ont pas pu participer à l'étude. 487 personnes ont été hospitalisées sur une durée de deux ans et ont participé à une TCC durant leur hospitalisation. Le nombre de femmes ayant participé est de 284 et le nombre d'hommes est de 143. La plupart des personnes sont de type caucasien (n = 378). 73.5% des patients souffrent de troubles

dépressifs tandis que les autres souffrent d'autres troubles de l'humeur. L'étude montre que les patients dépressifs ayant participé à un groupe de TCC présentaient une diminution des symptômes dépressifs. Elle dit aussi qu'il y a un changement significatif de la pensée ($p = 0.001$) entre l'admission et la sortie de l'unité. La variation des scores de BDI-II entre l'admission et la sortie était significative démontrant même une diminution du score au cours de courtes hospitalisations. Les scores ATQ-négatif (pensées négatives) ont diminué. A l'entrée, le score était de 72 ± 27.8 et, à la sortie, le score était de 38 ± 27.3 . En revanche, les scores ATQ-positif (pensées positives) ont augmenté. A l'entrée, le score était de $38,7 \pm 20.9$ tandis qu'à la sortie, il était de $61,4 \pm 25.45$. Les limites de cet article sont que nous n'avons pas d'informations sur les traitements reçus par les participants, ce qui peut avoir un impact sur les résultats obtenus. De plus, les participants n'ont pas tous un trouble dépressif. Aussi, il n'y a pas de groupe témoin pour comparer les résultats de ces 427 patients ayant reçu une TCC. Cette étude évalue tous les patients qui sont dans l'unité et qui ont suivi une TCC lors de leur hospitalisation, cependant, ce ne sont pas toujours les mêmes infirmiers qui pratiquent la TCC, ce qui peut avoir un impact sur le résultat. Par ailleurs, le nombre de sessions de TCC n'a pas été le même pour toutes les personnes, la durée de séjour variant. Néanmoins, chez toutes les personnes qui ont suivi une TCC, il y a eu une amélioration de la dépression, une amélioration des pensées négatives et une augmentation des pensées positives à la sortie de l'hospitalisation, ce qui montre que les TCC ont un impact sur les personnes souffrant de troubles de l'humeur. Il aurait été intéressant de réévaluer ces personnes quelques mois plus tard, afin de voir si l'impact de la TCC dure dans le temps.

L'étude descriptive de Crowe et al. (2011) vise à examiner comment les clients souffrant de dépression s'améliorent pendant des sessions de psychothérapie pour comprendre ce qui est efficace à propos de ce type de traitement. Elle permet également d'identifier ce qu'il se passe réellement lors de sessions de psychothérapies et de déterminer comment le client décrivait la psychothérapie, ainsi que l'amélioration ou le manque d'amélioration des symptômes dépressifs. Pour se faire, les chercheurs ont analysé des vidéos de sessions de TCC et de thérapie interpersonnelle (TIP) réalisées dans le cadre de l'étude « Christchurch Psychotherapy for Depression Study » (CPDS) (essai randomisé contrôlé). De ce fait, deux types de psychothérapies ont été réalisées durant l'étude CPDS : la thérapie cognitivo-comportementale et la thérapie interpersonnelle. Pour participer à cette étude, les participants devaient avoir 18 ans ou plus avec, comme diagnostic principal, un trouble dépressif majeur et ne devaient pas prendre de médicaments pendant au moins deux semaines, sauf pour la pilule contraceptive orale ou un hypnotique occasionnel. Pour évaluer les résultats, l'échelle de la dépression de Montgomery-Asberg (MADRS) a été employée. C'est un questionnaire en

dix points qui est utilisé pour mesurer la sévérité des épisodes dépressifs. Elle peut être utilisée en complément de l'échelle d'Hamilton. Le score peut être de 0 (pas de symptôme) à 60 (dépression sévère) (Montgomery, 1979). Pour réaliser cette étude, 40 clients ont été sélectionnés : 20 ont été randomisés pour suivre une TCC tandis que les 20 restant ont suivi une TPI. Après ce processus de sélection, 40 séries de séances de psychothérapie (environ 520 séances) ont été transcrites et analysées. Les descriptions des problèmes des clients ont été classées en quatre thèmes : faire, réfléchir, avoir et établir des relations. L'analyse thématique a ensuite porté sur les séances 1 à 3 (initiale), 6 (moyenne) et 12 (conclusion) des 40 séries afin d'examiner comment le problème (description par le client de la raison pour laquelle il était déprimé) a été reformulé tout au long du traitement. Une analyse des thématiques a été conduite dans le but d'identifier les caractéristiques « patterns » de la personne et de les classer pour, ensuite, les interpréter, les nommer et les décrire. Les résultats de la recherche montrent que 30% des clients de la TCC et 35% de la TPI étaient des hommes. La tranche d'âge des clients de la TCC était de 20 à 56 ans (âge moyen : 36.6 ans) et de 19-63 ans pour ceux de la TPI (âge moyen : 32.5 ans). Les résultats montrent que dix clients randomisés pour la TCC ont évalués une amélioration des symptômes de l'humeur (> 60 % d'amélioration des scores MADRS) tandis que les dix autres ayant suivi la TCC n'ont pas démontré d'amélioration. Dix clients ayant suivi la thérapie interpersonnelle se sont améliorés tandis que les dix autres randomisés pour la TPI ne se sont pas améliorés. Les résultats révèlent une amélioration moyenne sur le score de MADRS. Les scores étaient de 82.9% pour la TCC et de 73.6% pour les clients de la TPI. L'analyse des descriptions des problèmes suggère que les clients considèrent leurs problèmes comme quelque chose qu'ils pouvaient changer en faisant ou en pensant différemment, en repensant leur style de vie ou en changeant leurs relations avec les autres. Elle suggère aussi que les clients associaient la dépression à un sentiment d'improductivité, d'irrationalité d'imprécision, d'inintelligence, de vide ou de dépendance. Les clients, qui se sont améliorés (n = 20) au cours de la thérapie, avaient tendance à utiliser de plus en plus le langage associé à leur thérapie désignée, TCC ou TPI, pour décrire leurs problèmes de façon plus constante et plus indépendante du thérapeute que ceux qui ne se sont pas améliorés (n = 20). Pour les clients qui ont reçu la TCC et qui se sont améliorés au cours de la thérapie, le problème était formulé comme une croyance ou une façon de penser erronée (ex : « je pense que j'ai pris les choses trop personnellement » ou « je pense que je mérite de mauvaises choses »). Pour les clients de la TPI qui se sont améliorés au cours de la thérapie, le problème était formulé comme une difficulté relationnelle (ex : « j'essaie toujours d'éviter ces situations, je n'aime pas le conflit » ou « j'ai l'impression que je suis toujours en train de me disputer avec X »). Pour les clients de la TCC qui n'ont pas eu de bons résultats, leurs problèmes avaient tendance à être

conceptualisés comme ayant quelque chose de fondamentalement faux avec eux-mêmes, une incapacité à faire confiance, un manque de confiance en soi, une infériorité ou une incapacité à gérer leurs sentiments (ex : « c'est juste qui je suis » ou « je ne suis pas assez bon »). Pour ceux qui n'ont pas eu une bonne réponse au TPI, leurs problèmes étaient décrits comme quelque chose sur lequel ils n'avaient aucun contrôle ou comme un manque d'intérêt pour les autres personnes (ex : « j'ai l'impression de ne pas avoir de chance » ou « je continue à penser que c'est tout dans ma tête »). En somme, dans les deux psychothérapies, la capacité d'utiliser activement le langage de la psychothérapie particulière indiquait que le client commençait à réagir, tandis que les clients qui assumaient une position plus résistante ou passive dans ces séances intermédiaires semblaient moins sensibles au modèle de psychothérapie. En effet, ceux qui ont répondu à la TCC et à la TIP étaient plus engagés dans le processus de psychothérapie, ont apprécié le défi posé par la thérapie, ont persévéré avec les stratégies et ont été capables d'identifier leur propre rôle dans le problème. Ils ont montré une attitude positive à l'égard de la thérapie et une intention de persévérer et ont été capables d'appliquer les stratégies suggérées et d'identifier leurs bénéfices. De plus, pour les deux psychothérapies, ceux qui n'ont pas répondu ont décrit le processus de thérapie comme étant trop difficile ou n'ont pas pensé qu'il s'agissait d'un processus utile. Une amélioration s'est produite chez ceux qui ont pu reformuler leur expérience en adoptant des positions alternatives sur les sujets (façons d'être dans le monde) fournies par la thérapie dans la TCC, cela impliquait la reformulation des habitudes de pensées. Dans la TIP, cela impliquait la reformulation de la manière dont ils se percevaient eux-mêmes et percevaient les autres. De manière générale, pour les clients qui ne se sont pas améliorés, les thèmes prédominants étaient la description d'eux-mêmes comme étant fondamentalement imparfaits et la dépression comme étant inévitable d'une certaine façon. Tandis que dans le cas de la TCC, il était évident que ces clients n'étaient pas en mesure d'appliquer ou de maintenir les stratégies thérapeutiques. La situation était semblable pour les clients qui ne s'étaient pas améliorés avec le TPI. En résumé, cet article nous montre que les clients qui ont répondu à la TCC ou à la TIP avaient la souplesse nécessaire pour développer de nouvelles façons de penser et d'agir, la capacité d'accepter la responsabilité de leur rôle dans le problème identifié et étaient prêts à faire un changement. Cependant, il comporte certaines limites comme la décision de se concentrer uniquement sur les réponses des clients et non sur l'interaction entre eux et le thérapeute ce qui aurait été extrêmement pertinent suivant la théorie de Rogers, ainsi que le choix de l'homogénéité culturelle et ethnique des participants (presque tous étaient européens et néo-zélandais) qui ne permet pas vraiment de faire une généralisation à la population dans son entièreté.

Tableau 3 : synoptique des articles selon les thèmes abordés

	Kröger et al.	Chiang et al.	Nurmela et al. 2018	Forsyth et al. 2010	Arends et al. 2014	Crowe et al. 2011
Dépression	X	X	X	X	X	X
TCC (conventionnelle, de groupe, liée au travail)	X	X		X		X
Retour au travail	X				X	
Arrêt-maladie	X				X	
Chômage			X			
Jours d'incapacité de travail	X					
Satisfaction de la vie	X			X		
Thérapie interpersonnelle						X

Ce tableau 3 donne une vue d'ensemble des thèmes abordés par articles et est repris dans les résultats et la discussion.

5.2 Tableaux comparatifs

Les tableaux suivants permettent d'avoir une vue d'ensemble des six articles retenus pour une analyse complète afin d'explicitier les données et de les mettre en rapport avec la méthodologie utilisée.

Les items de chaque colonne classent les informations selon l'auteur, l'année et le lieu, la population étudiée et le type d'étude utilisé, le ou les but(s) de l'étude, la méthodologie mise en place, les résultats saillants en regard de la question de recherche et pour finir les limites de chaque recherche.

Tableau 4 : Tableaux comparatifs des études retenues pour l'analyse critique

« Identification of major depressive disorder among the long-term unemployed »

Auteurs, année et lieu	Population et Type d'étude	But de l'étude	Méthode et Instruments de mesure	Résultats	Limites
<p><u>Auteurs :</u></p> <p>Kirsti Nurmela Aino Mattila Virpi Heikkinen Jukka Uitti Aarne Ylinen Pekka Virtanen</p> <p><u>Année :</u> 2018</p> <p><u>Lieu :</u> Finlande</p>	<p><u>Population :</u> Personnes chômeuses de longue durée (chômage depuis au moins 1 an) impliquées dans le projet « Admissibilité à une pension d'invalidité » initié par le Ministère du Travail en Finlande</p> <p>Limitations dans leurs capacités de travail</p> <p><u>Type d'étude :</u> Etude descriptive</p>	<p><u>But :</u> Explorer l'identification de trouble dépressif majeur dans les soins de santé chez les chômeurs de longue durée</p> <p>Déterminer si la durée du chômage est en corrélation avec le risque de trouble dépressif majeur non-identifié</p>	<p><u>Méthode :</u> Analyses de données des personnes par plusieurs variables : durée du chômage, dépression identifiée ou non identifiée, âge, statut matrimonial, statut occupationnel, casier judiciaire</p> <p><u>Instruments de mesure :</u> Statistiques</p>	<p><u>Résultats :</u> Plus d'attention devrait être portée dans les soins de santé à identifier un trouble dépressif majeur chez les chômeurs de longue durée comme étant un groupe à risque</p> <p>Une période prolongée de chômage semble être un facteur de risque indépendant pour la non-identification d'un trouble dépressif majeur dans les soins en santé</p> <p>Plus la durée du chômage a été longue, plus ces personnes sont susceptibles de souffrir de trouble dépressif majeur non-identifié</p>	<p><u>Limites :</u> Limitation dans la généralisation. Étant donné que les résultats décrivent la situation des chômeurs de longue durée ayant des problèmes de santé et d'employabilité remarquables, il se peut que les résultats ne soient pas généralisés à l'ensemble de la population des chômeurs</p>

« One-Year Follow-Up of the Effectiveness of Cognitive Behavioral Group Therapy for Patients' Depression »

Auteurs, année et lieu	Population et Type d'étude	But de l'étude	Méthode et Instruments de mesure	Résultats	Limites
<p><u>Auteurs :</u></p> <p>Kai-Jo Chiang</p> <p>Tsai-Hui Chen</p> <p>Hsiu-Tsu Hsieh</p> <p>Jui-Chen Tsai</p> <p>Keng-Liang Ou</p> <p>Kuei-Ru Chou</p> <p><u>Année :</u> 2015</p> <p><u>Lieu :</u> Taiwan</p>	<p><u>Population :</u> Participants (plus âgés que 18 ans) souffrant de dépression avec un score > ou égal à 17 sur l'échelle de Beck, ayant un score d'au moins 24 points sur le MMSE (Mini Mental Status Examination) et prêts à participer pleinement à cette étude</p> <p>Exclusion : patients souffrant d'autres maladies psychiatriques, recevant une autre psychothérapie ou souffrant de maladies graves</p> <p><u>Type d'étude :</u> Etude contrôlée randomisée</p>	<p><u>But :</u> Investiguer l'efficacité de la TCC de groupe chez des patients souffrant de dépression avec un suivi sur 12 mois</p>	<p><u>Méthode :</u> 81 participants placés au hasard dans deux groupes différents : 41 dans le groupe expérimental et 40 dans le groupe contrôle Les TCC de groupe ont duré 12 semaines pour le groupe expérimental tandis que les participants du groupe contrôle ont reçu leurs traitements habituels Chacun des groupes a complété le pré-test (tableau démographique, BDI-II, HRSD et ATQ) avant le début de la thérapie de groupe ainsi qu'après les 12 semaines de thérapie (post-test). Aussi, le groupe expérimental a complété le BDI-II et le HRSD chaque semaine Puis, suivi à 3 mois, 6 mois et 1 an</p> <p><u>Instruments de mesure :</u> BDI-II : Beck Depression Inventory HRSD : Hamilton Rating Scale for Depression ATQ : Automatic Thoughts Questionnaire → Pré-test, post-test, suivi à trois mois, six mois et 1 an</p>	<p><u>Résultats :</u> Après avoir suivi une TCC, le groupe expérimental a statistiquement une réduction significative sur l'échelle de Deck, tout comme dans le HRSD</p> <p>Diminution dans le ATQ après 12 sessions, 6 mois et 1 an</p> <p>La TCC est efficace pour réduire la dépression et continue de l'être un an après</p>	<p><u>Limites :</u> La généralisation est limitée due à l'exclusion de participants</p> <p>Petit échantillon de participants</p>

« Work-Related Treatment for Major Depressive Disorder and Incapacity to Work: Preliminary Findings of a Controlled Study »

Auteurs, année et lieu	Population et Type d'étude	But de l'étude	Méthode et Instruments de mesure	Résultats	Limites
<p><u>Auteurs:</u></p> <p>Christoph Kröger</p> <p>Katharina Bode</p> <p>Eva-Maria Wunsch</p> <p>Sören Kliem</p> <p>Anja Grocholewski</p> <p>Friederike Finger</p> <p><u>Année:</u> 2014</p> <p><u>Lieu :</u> Allemagne</p>	<p><u>Population :</u> Participants plus âgés que 18 ans, employés mais étant en arrêt maladie durant les 21 derniers jours et qui rencontrent les critères du DSM-IV d'un trouble dépressif majeur</p> <p>Exclusion : patients montrant des indications d'un retard mental ou d'une démence, tout comme les patients avec un trouble de dépendance aux substances, un trouble bipolaire, une schizophrénie ou une anorexie mentale</p> <p><u>Type d'étude :</u> Etude contrôlée randomisée</p>	<p><u>But :</u> Comparer l'efficacité d'une thérapie cognitivo-comportementale liée au travail à une TCC habituelle chez des employés en arrêt maladie résultant d'un trouble dépressif majeur (avec un suivi à 1 an)</p>	<p><u>Méthode :</u> 26 patients répartis en deux groupes : 13 recevant une TCC habituelle et 13 une TCC liée au travail</p> <p><u>Instruments de mesure :</u> DIW : Days of Incapacity of Work BDI : Beck Depression Inventory GSI : Symptom Checklist 90-R FLZ : Life Satisfaction Questionnaire → avant, après et après 1 an</p>	<p><u>Résultats :</u> Après 1 an de suivi, significativement plus d'employés travaillaient suite à une TCC liée au travail que suite à une TCC habituelle</p> <p>Les DIW (jours d'incapacité à travailler) ont significativement réduit suite aux deux TTT, même si les employés ont montré moins de DIW après une TCC liée au travail</p> <p>Améliorations significatives des scores d'auto-évaluations</p> <p>Près de 2/3 des employés étaient catégorisés comme sain par le BDI après l'intervention et 1 an après et au moins 1/2 ont été classés comme sain d'après les scores du GSI après l'intervention et 1 an après</p>	<p><u>Limites :</u> Petit échantillon</p> <p>Les mesures de dépression ont été évaluées par les employés eux-mêmes et non pas par un professionnel, ce qui peut vouloir dire que les scores de BDI étaient sous-estimés par rapport à leur niveau de dépression</p>

« Prevention of recurrent sickness absence in workers with common mental disorders: results of a cluster-randomised controlled trial »

Auteurs, année et lieu	Population et Type d'étude	But de l'étude	Méthode et Instruments de mesure	Résultats	Limites
<p><u>Auteurs:</u></p> <p>Iris Arends</p> <p>Jac JL van der Klink</p> <p>Willem van Rhenen</p> <p>Michiel R de Boer</p> <p>Ute Bültmann</p> <p><u>Année :</u> 2013</p> <p><u>Lieu :</u> Pays-bas</p>	<p><u>Population :</u> Employés, ayant entre 18 et 63 ans, étant diagnostiqués avec un trouble mental courant au début de la période d'arrêt-maladie et prêts à retourner au travail</p> <p>Employés étant en arrêt maladie depuis au moins 2 semaines et prévoyant de retourner au travail dans les 2 semaines</p> <p>Employés étant retournés au travail après une période d'arrêt-maladie due à un trouble mental courant ont également pu participer</p> <p><u>Type d'étude :</u> Etude contrôlée randomisée</p>	<p><u>But :</u> Evaluer l'efficacité, les coût-bénéfices et le processus de l'intervention SHARP (Stimulating Healthy participation and Relapse Prevention) comparé aux traitements habituels développée pour prévenir les rechutes d'arrêt-maladie chez les employés étant retournés travailler après une période d'arrêt-maladie due à un trouble mental courant</p>	<p><u>Méthode :</u> Les employés du groupe intervention (80) ont reçu l'intervention SHARP au travail. Elle met l'accent sur l'orientation active des employés par les médecins du travail pendant les premières semaines de travail après un congé-maladie</p> <p>Les employés du groupe contrôle (78) recevront leurs traitements habituels</p> <p>Les résultats seront évalués au départ et aux 3, 6 et 12 mois de suivi</p> <p><u>Instruments de mesure :</u> 4DSQ : Four dimensional Symptom Questionnaire sert à mesurer les symptômes de détresse, de dépression, d'anxiété et de somatisation HADS : self report questionnaire pour mesurer la dépression et l'anxiété WRFQ : Work Role Functioning Questionnaire pour mesurer le fonctionnement au travail UCL : Utrecht Coping List pour mesurer les comportements de « coping »</p>	<p><u>Résultats :</u> L'incidence de récurrents arrêt maladies était plus basse dans le groupe intervention à chacun des suivis (3, 6 et 12 mois) que dans le groupe contrôle Les analyses montrent qu'après 12 mois de suivi les pourcentages de récurrents arrêts-maladies étaient plus bas de 60% chez le groupe intervention Le temps d'absence pour cause de maladie récurrente était beaucoup plus long dans le groupe SHARP que dans le groupe TTT habituels Les deux groupes ont montré des améliorations dans le fonctionnement au travail au fil du temps, mais après 12 mois de suivi, le score moyen était encore inférieur à celui d'une population active en santé</p>	<p><u>Limites :</u> Petit échantillon</p> <p>Résultats ne pouvant pas forcément être généralisés à des employés avec un niveau d'éducation bas (puisque le groupe intervention était constitué d'employés ayant un niveau d'éducation relativement élevé)</p>

« Measuring Changes in Negative and Positive Thinking in Patients With Depression »

Auteurs, année et lieu	Population et Type d'étude	But de l'étude	Méthode et Instruments de mesure	Résultats	Limites
<p><u>Auteurs :</u></p> <p>Forsyth, D. M</p> <p>Poppe, K</p> <p>Nash, V</p> <p>Alarcon, R. D</p> <p>Kung, S</p> <p><u>Année :</u></p> <p>2010</p> <p><u>Lieu :</u></p> <p>Inconnu</p>	<p><u>Population :</u></p> <p>Critères d'inclusion : un diagnostic de tout trouble de l'humeur, être âgé de 18 ans ou plus</p> <p>→ Patients atteint de dépression admis en unité de trouble de l'humeur (n = 427)</p> <p><u>Type d'étude :</u></p> <p>Etude qualitative</p>	<p><u>But :</u></p> <p>Décrire les changements de pensées positives et négatives chez les patients hospitalisés adultes qui souffrent de dépression grâce à une participation à un groupe de thérapie cognitivo-comportementale</p> <p>La TCC est dirigée par une infirmière spécialisée en psychiatrie</p>	<p><u>Méthode :</u></p> <p>Groupe de formation à la TCC : 1h par jour du lundi au vendredi → dirigé par un spécialiste de la médecine psychiatrique expérimentée dans la théorie et les méthodes, avec beaucoup d'années d'enseignement et d'expérience en matière de santé psychiatrique</p> <p>Lors de l'admission dans unité, les patients complètent plusieurs outils d'évaluation clinique pour évaluer le progrès tout au long du traitement dans l'unité)</p> <p><u>Instruments de mesure :</u></p> <p>ATQ: Questionnaire de 30 questions sur les pensées automatiques servant à mesurer la fréquence d'apparition d'effets négatifs associés à la dépression</p> <p>Échelle de Likert : échelle d'évaluation positives et négatives qui comprend 60 items afin d'évaluer la fréquence à laquelle les patients ont eu des expériences négatives au cours de la semaine précédente</p> <p>BDI-II : Échelle de dépression</p>	<p><u>Résultats :</u></p> <p>Les patients dépressifs ayant participé à un groupe TCC présentaient une diminution des symptômes dépressifs.</p> <p>Changement significatif de la pensée (p = 0,001) entre l'admission et la sortie de l'unité</p> <p>Les variations des scores de BDI-II entre l'admission et la sortie étant significatives à un taux négatif de 19,1 (n = 414, écart-type = 12,5 ; p <, 0001). Donc le score BDI-II a diminué au cours de la courte hospitalisation</p> <p>Les scores ATQ-Négatif ont diminué, tandis que les scores ATQ-Positif ont augmenté</p>	<p><u>Limites :</u></p> <p>Pas d'informations sur les médicaments reçus par les participants</p> <p>Certains patients ont également d'autres diagnostics au trouble dépressif</p> <p>Pas de groupe témoin pour comparer</p> <p>Plusieurs professionnels peuvent faire la TCC, donc donner des conseils différents, ce qui peut influencer sur le résultat</p> <p>Le nombre de sessions et la durée du séjour dans l'unité variaient</p>

« The process of change in psychotherapy for depression: helping clients to reformulate the problem »

Auteurs, année et lieu	Population et Type d'étude	But de l'étude	Méthode et Instruments de mesure	Résultats	Limites
<p>Auteurs:</p> <p>Crowe, M.</p> <p>Whitehead, L.</p> <p>Carlyle, D.</p> <p>Mcintoch, V.</p> <p>Jordan, J.</p> <p>Joyce, P.</p> <p>Carter, J.</p> <p>Année : 2011</p> <p>Lieu : Nouvelle-Zélande</p>	<p>Population : Participants de 18 ans ou plus avec un diagnostic principal de trouble dépressif majeur</p> <p>Les participants devaient être exempts de médicaments pendant au moins deux semaines, sauf pour la pilule contraceptive orale ou un hypnotique occasionnel</p> <p>Type d'étude : Etude descriptive (qualitative) → analyse qualitative de transcription de psychothérapie de la CPDS conduit par 4 investigateurs</p>	<p>But : Examiner comment les clients souffrant de dépression s'améliorent pendant des sessions de psychothérapie pour comprendre ce qui est efficace à propos de ce type de TTT donné</p>	<p>Méthode : Analyse de vidéos de sessions de TCC et de thérapie interpersonnelle (TIP) réalisée dans le cadre de l'étude Christchurch Psychotherapy for Depression Study (CPDS) (essai randomisé contrôlé)</p> <p>Instruments de mesure : MADRS : Montgomery Asberg Depression Rating Scale → mesurer les symptômes de dépression</p>	<p>Résultats : Différences dans les descriptions de la thérapie et l'expérience de la dépression entre les clients qui ont répondu et ceux qui n'ont pas répondu à la thérapie qui étaient liées à l'amélioration des symptômes, mais pas à la thérapie spécifique</p> <p>Ces différences se situaient au niveau de l'engagement du client envers le langage de la thérapie, de son optimisme à l'égard du modèle particulier de la psychothérapie, de sa capacité à examiner son propre rôle dans le problème et de son désir d'adopter de nouvelles façons d'être dans sa vie</p> <p>Les clients, qui ont répondu à la TCC ou à la TIP, avaient la souplesse nécessaire pour développer de nouvelles façons de penser et d'agir, la capacité d'accepter la responsabilité de leur rôle dans le problème identifié et étaient prêts à risquer le changement</p> <p>La manière dont les clients ont formulé leurs problèmes décrit la thérapie et les changements dans les symptômes dépressifs était liée à l'issue de la psychothérapie, mais ne semblait pas liée à la psychothérapie particulière qu'ils ont reçue, TCC ou TIP</p>	<p>Limites : La décision de se concentrer uniquement sur les réponses des clients et non sur l'interaction entre eux et le thérapeute</p> <p>L'homogénéité culturelle et ethnique relative des participants (tous étaient européens et néo-zélandais à l'exception d'une personne qui s'identifiait comme Maori et d'une autre qui s'identifiait comme Autre)</p> <p>Tous les thérapeutes étaient européens néo-zélandais, donc une autre limite, est que les résultats doivent être lus dans ce contexte</p> <p>Les réponses des participants à la thérapie étaient liées à leur style attributif, ce qui n'a pas été mesuré dans cette étude</p>

6 DISCUSSION

6.1 Chômage/arrêt-maladies/jours d'incapacité de travail/retour au travail et dépression

Il y a une connexion évidente entre chômage et dépression suivant l'article de Nurmela et al. (2018). Cet article met en évidence l'identification ou plutôt la non-identification de troubles dépressifs chez les personnes étant au chômage ayant un risque plus élevé de développer une dépression non-identifiée s'ils sont au chômage depuis plus d'un an. Le taux d'identification de dépression est de 47 à 87% et permet l'amélioration des taux de rémission de la dépression (Nurmela et al., 2018). Il est donc primordial de la détecter afin de pouvoir la traiter. Cependant, il serait plus compliqué d'identifier des troubles dépressifs chez cette population à cause de la diminution de leur recherche d'aide en matière de santé qui serait expliquée par plusieurs raisons (Nurmela et al., 2018). La première serait la faible pression sociale en faveur de leur rétablissement, la seconde la diminution du capital social d'attachement et la dernière serait le fait qu'il n'y ait aucune exigence liée à l'emploi en matière de santé mentale (Nurmela et al., 2018). Cette réduction de l'utilisation des services de santé ne permet donc pas d'identifier des troubles dépressifs chez les personnes au chômage, surtout qu'il faudrait plusieurs visites médicales pour dépister et poser un diagnostic de dépression (Nurmela et al., 2018). Il est également observé que les personnes au chômage, ayant déjà un faible recours aux services de soins, reçoivent des soins de santé primaires universels non-spécifiques à leurs besoins (Nurmela et al., 2018). Il est donc clair que le chômage est un facteur contextuel d'augmentation de la détection de troubles dépressifs et que les personnes au chômage sont un groupe à risque de dépression (Nurmela et al., 2018). Il serait donc important de sensibiliser les futurs infirmiers au fait que le chômage est un facteur de risque décisif de la dépression et qu'elle est régulièrement non-identifiée. Aussi, il faudrait pouvoir réduire les inégalités de soins liées au statut de l'emploi en mettant en place un système de soins pour les personnes au chômage afin d'identifier une potentielle dépression et permettre la mise en place d'un traitement adapté (Nurmela et al., 2018). Selon Martha Rogers, l'être humain et l'environnement qui l'entoure sont définis comme étant des champs d'énergie ouverts et infinis en interaction constante. Dans notre travail, nous pouvons définir que l'être humain est la personne souffrant de troubles dépressifs et que l'environnement qui l'entoure consiste en son environnement professionnel, mais aussi son environnement familial, psychosocial et les soignants. De ce fait, selon Martha Rogers, la personne souffrant de dépression impacte constamment son environnement professionnel et vice versa. Entre ces deux champs circule une succession de flux d'énergie qui vont s'influencer l'un l'autre. Il faut également prendre en compte que l'être humain est en constant changement et qu'il

évolue continuellement. De ce fait, une personne souffrant de dépression peut avoir des jours où elle se sentira bien, où elle ne sentira pas le poids du monde sur ses épaules et où la tristesse se sera envolée tout comme elle vivra des jours noirs, au fond du lit avec ce sentiment de ne rien valoir et de ne compter pour personne. La plupart du temps, ce sera une succession de moments d'apaisement et d'autres de souffrance dans la même journée avec un sentiment constant d'apathie. C'est particulièrement frappant, avec ce type de maladie mentale, de voir que rien n'est figé et que tout change constamment. Et ces changements d'humeur influent sur l'environnement qui entoure la personne. Elle sera moins productive au travail, moins concentrée et moins efficiente. Ce qui peut, potentiellement, déboucher sur des absences récurrentes, un arrêt-maladie, voire même un licenciement. Comparé à des employés souffrant d'autres problèmes de santé mentale (burnout, anxiété), ceux qui ont signalé des symptômes dépressifs se sont montrés absents plus longtemps en raison d'un congé-maladie (Kröger et al., 2014) et le risque d'absence maladie due à un trouble mental courant est plus élevé chez les travailleurs qui ont déjà eu des absences dues à une maladie mentale par rapport à une population générale de travailleurs (Arends et al., 2013). Aussi, une augmentation de 30 à 50% entre 2000 et 2009 du nombre de jours d'incapacité de travail résultant de troubles mentaux tels que la dépression a été observée (Kröger et al., 2014). Ces résultats montrent que les personnes qui retournent travailler suite à un arrêt-maladie ne sont pas totalement guéries et aptes à travailler comme une population active en bonne santé (Arends et al., 2013). En effet, la diminution de performance au travail persiste même après la réduction des symptômes dépressifs (Arends et al., 2013). Dans l'article de Arends et al. (2013), ils évaluent l'efficacité de l'intervention « SHARP » au travail (Stimulating Healthy participation And Relapse Prevention) comparé aux traitements habituels en évaluant les arrêts-maladies récurrents, les plaintes de santé mentale, le fonctionnement au travail et les comportements de « coping ». Cette intervention a été développée pour prévenir les rechutes d'arrêt-maladie chez les employés étant retournés travailler après une période d'arrêt-maladie due à un trouble mental courant (Arends et al., 2013). Elle consiste en un processus de résolution de problèmes en cinq étapes pour trouver et mettre en œuvre des solutions aux problèmes vécus suite à un retour au travail (Arends et al., 2013). Les résultats montrent que l'incidence de récurrents arrêt-maladies était plus basse dans le groupe intervention (ayant suivi l'intervention « SHARP ») à chacun des suivis (3, 6 et 12 mois) que dans le groupe contrôle (ayant reçu leurs traitements habituels) et qu'à 12 mois de suivi, les pourcentages de récurrents arrêts-maladies étaient plus bas de 60% chez le groupe intervention « SHARP » (Arends et al., 2013). Néanmoins, malgré une amélioration du fonctionnement au travail des personnes faisant partie des deux groupes (intervention et contrôle) après 12 mois de suivi, le score moyen sur le fonctionnement au travail reste inférieur à celui d'une population active

et en bonne santé (Arends et al., 2013). Le retour au travail est donc un processus qui prend du temps et qui nécessite de la tolérance. En termes d'interventions infirmières qui pourraient être mises en place par les infirmiers présents dans les entreprises, il faudrait tout d'abord les sensibiliser au fait qu'un retour au travail suite à un arrêt n'est pas quelque chose d'anodin pour la personne. Ils pourraient également proposer la mise en place d'intervention comme l'intervention « SHARP » centrée sur le travail, afin d'améliorer les performances des personnes revenant de congé-maladie. Ils pourraient également faire une analyse approfondie des caractéristiques spécifiques des travailleurs ayant des absences récurrentes pour évaluer leurs besoins (Arends et al., 2013). En effet, suivant Rogers, l'être humain est composé de « patterns » qui sont des caractéristiques spécifiques et personnelles à chacun, définissant l'être humain comme unique. Cette manière de considérer une personne permet de prodiguer des soins personnalisés à qui il est et à ses besoins propres. Chacun est différent et il faut prendre en compte ces différences pour que les actions infirmières mises en place aient de l'effet et pour que la personne y soit réactive. Le soin pour Rogers consiste à avoir un positionnement infirmier qui soit bienveillant et à l'écoute permettant à la personne de trouver la place d'exprimer qui elle est et ce dont elle a besoin. Cette présence et disponibilité infirmière permet la création d'un lien de confiance fort et encourageant les confidences d'une personne fragile et vulnérable. Cependant, la création d'un lien de confiance est un processus complexe et long qui prend du temps à se mettre en place et qui reste fragile. La pratique selon Rogers est donc un processus qui demande énormément de patience, d'empathie et de bienveillance pour laisser la place à la personne souffrant de troubles dépressifs de s'ouvrir et de comprendre ses besoins. Le soin consiste aussi à reconnaître et à reformuler les « patterns » de la personne afin d'optimiser le potentiel de celle-ci à faire face aux changements. C'est à travers la capacité de la personne à participer aux changements et grâce à sa force de participation consciente et active qu'elle atteindra le bien-être et la santé. L'étude de Crowe et al. (2011), dont l'un des buts consiste à identifier comment une personne décrit l'amélioration ou au contraire le manque d'amélioration des symptômes dépressifs lors de psychothérapies (thérapies cognitivo-comportementales ou thérapies interpersonnelles (TPI)), partage ce point de vue avec Rogers. Les résultats de cette étude montrent que les personnes qui se sont améliorées au cours de la thérapie avaient tendance à utiliser de plus en plus le langage associé à leur thérapie désignée, TCC ou TIP, pour décrire leurs problèmes de façon plus constante que ceux qui ne s'étaient pas améliorés. Cette capacité à utiliser activement le langage de la psychothérapie indique que la personne est réceptive à celle-ci et active dans ce processus de soin (Crowe et al., 2011). Cette étude démontre aussi que ceux qui ont répondu positivement à la TCC et à la TIP étaient plus engagés dans le processus de psychothérapie, qu'ils ont apprécié le défi posé par la thérapie, qu'ils ont persévéré avec

les stratégies et ont été capables d'identifier leur propre rôle dans le problème (Crowe et al., 2011). En somme, ils ont montré une attitude positive à l'égard de la thérapie, une intention de persévérer ce qui leur a permis d'appliquer les stratégies suggérées et d'en identifier les bénéfices (Crowe et al., 2011). Au contraire, ceux qui n'ont pas répondu à l'une ou l'autre des psychothérapies décrivent le processus de thérapie comme étant trop difficile, voire inutile, qui se sont démontrés par un scepticisme et donc une résistance à la thérapie (Crowe et al., 2011). Les résultats de cette étude appuient la conception des soins et de la santé suivant Rogers et démontrent que l'engagement de la personne envers la thérapie et sa participation active joue un rôle dans la guérison et donc vers le bien-être.

6.2 TCC et dépression

Les thérapies cognitivo-comportementales donnent des réponses thérapeutiques comparables à celles des antidépresseurs. Environ 50% de ceux qui reçoivent une TCC se rétablissent complètement (Crowe et al., 2011). La pharmacothérapie à elle seule n'encourage pas le patient à identifier des objectifs et à trouver des stratégies pour les atteindre et ne pourra pas faire face à des événements stressants (Forsyth et al., 2010). Différents articles ont montré que les troubles dépressifs diminuent suite à une TCC. Selon l'article de Chiang et al. (2015), la TCC de groupe est efficace. Cette étude dit que les patients arrivent à corriger leurs pensées automatiques négatives et à réduire la dépression sur l'échelle de Beck, ainsi que sur l'échelle d'Hamilton grâce aux techniques apprises durant les TCC (Chiang et al., 2015). La TCC modifie la cognition, l'humeur et le comportement directement et affecte indirectement sur la pharmacocinétique (Forsyth et al., 2010). L'utilisation d'une TCC permet également d'augmenter les pensées positives (Forsyth et al., 2010). Les résultats de l'étude de Chiang et al. (2015) ont montré une amélioration du groupe ayant reçu une TCC de groupe qui a été efficace pour réduire la dépression et qui continue de l'être pendant 12 mois. Le rôle de l'infirmier n'est pas seulement d'administrer des traitements, il a comme rôle d'encourager les patients, de les écouter et de prendre du temps pour des entretiens. Les compétences de l'infirmier sont un élément important dans l'amélioration des symptômes du trouble dépressif (Forsyth et al., 2010). Il est donc nécessaire que les infirmiers en santé mentale soient formés pour proposer des psychothérapies fondées sur des données probantes pour le traitement de la dépression. Plusieurs critères contribuent à l'efficacité de la psychothérapie tels que les facteurs de la relation thérapeutique, les facteurs du client et les techniques (Crowe et al., 2011). L'étude de Crowe et al. (2011) montre que la TCC a été plus efficace chez les personnes investies, qui ont envie d'un changement, qui croient aux bénéfices de cette thérapie et qui sont capables d'appliquer les stratégies apprises. Par contre, cette étude ne parle pas de l'interaction avec

le thérapeute qui, lui aussi, a un impact dans la réussite d'une TCC (Crowe et al., 2011). Comme dit précédemment, selon le méta-concept de la « santé » de Martha Rogers, celle-ci dépend de la personne, car elle dispose des capacités à participer aux changements. Le but de la santé est de viser son bien-être et pourra être atteinte qu'à travers la participation consciente et active de la personne grâce à l'optimisation et à la réalisation de son potentiel d'action. Selon le paradigme de la transformation, chacun est unique et singulier (Pepin et al., 2010). L'infirmier devra donc adapter sa prise en soin/TCC en fonction de la personnalité, les croyances, les valeurs, l'espoir et les ressources de la personne. Avec l'aide de celui-ci, la personne pourra modifier son processus de pensées torturé et ses comportements dysfonctionnels (Forsyth et al., 2010) et elle sera capable d'identifier elle-même ses pensées négatives grâce aux stratégies fournies lors de la TCC (Crowe et al., 2011).

7 CONCLUSION ET PERSPECTIVES

La prise en soin d'une personne souffrant de troubles dépressifs est à chaque fois une nouvelle expérience pour le soignant. En effet, les signes et les symptômes de cette pathologie s'expriment différemment suivant chacun et suivant les expériences vécues, ce qui rend la prise en soin d'autant plus intéressante et différente. Il faut être capable de créer un lien de confiance construit grâce à un positionnement infirmier bienveillant, observateur et à l'écoute. Cette approche est celle proposée par Martha Rogers qui suggère que la posture infirmière permettant à une personne d'atteindre un bien-être repose sur ces piliers essentiels tout en mettant la personne au centre de la prise en soin. Cependant, en pratique, nous pouvons observer que rentrer en contact avec des personnes souffrant de troubles dépressifs n'est pas chose facile et que créer un lien basé sur la confiance prend énormément de temps et de patience. Il faut réussir à faire sentir au patient que nous sommes là pour l'écouter et pour comprendre ce qu'il ressent. Il est important de lui faire savoir que ses émotions ont de l'importance et que mettre des mots sur ce que la personne ressent est primordial dans le processus de guérison. L'infirmier sera donc au centre de ce cheminement et jouera un rôle important de pilier. La création d'un lien thérapeutique prend alors tout son sens. Rogers centre également sa prise en soin sur ce qui entoure le patient puisque l'environnement influence la personne en tant que telle. Dès le début de la prise en soin, l'infirmier fera partie de cet environnement et aura donc une influence positive sur la personne. En tout cas, ce sera son but. Il essaiera de proposer des manières de changer l'environnement de la personne, ainsi que son comportement, afin qu'elle puisse s'approcher le plus possible du bien-être. Ce positionnement infirmier est celui à prôner, mais est malheureusement peu retrouvé en milieu hospitalier somatique où les infirmiers ont plutôt tendance à être médico-centrés par faute de temps et de connaissances. Il serait donc intéressant de proposer des formations de sensibilisation aux troubles dépressifs chez des populations étant à risques comme les personnes étant au chômage. Comme dit précédemment, dans l'étude de Nurmela et al. (2018), la durée du chômage joue un rôle primordial dans la non-identification de troubles dépressifs. L'infirmier fera obligatoirement face, un jour, à une personne hospitalisée pour une raison quelconque, étant au chômage ; son rôle sera de prendre connaissance du vécu de l'expérience du chômage et d'investiguer la présence de symptômes dépressifs, afin de pouvoir proposer des solutions d'aide suivant ses besoins. Cette sensibilisation pourrait également s'appliquer à des infirmiers travaillant dans des entreprises qui font face à des employés qui peuvent être diagnostiqués avec des troubles dépressifs nécessitant des arrêts-maladies fréquents et un soutien de la part des professionnels de santé tout comme ils peuvent se retrouver face à des situations de personnes vulnérables, stressées, voire en

situation de « burn-out » qui sont à risque de développer des symptômes dépressifs, ce dont il faut être vigilant.

Le traitement des troubles dépressifs à travers la TCC montre des résultats positifs et une amélioration des symptômes dépressifs. Cependant, nous avons été confrontées à différents questionnements concernant la mise en place de ce type de thérapie par des infirmiers en milieu hospitalier. En effet, la littérature suggère principalement que la TCC est effectuée par des psychologues en cabinet privé et non pas lors d'hospitalisation. Cependant, il existe des infirmiers spécialisés en psychiatrie qui suivent des formations concernant la TCC et qui sont donc aptes à pratiquer ce type de thérapie en milieu hospitalier, mais principalement en milieu psychiatrique. Grâce à leurs présences constantes auprès des patients, ils arrivent à faire prendre conscience au patient de leurs compétences personnelles et peuvent les valoriser au quotidien, afin d'aboutir à un changement de comportements et de pensées. Néanmoins, la pratique de la TCC nécessite l'investissement du patient ainsi qu'une participation active de sa part à participer au changement, car il est lui-même capable de le faire et connaît ses besoins spécifiques.

Les connaissances recensées pour la rédaction de ce travail, la lecture des différents articles utilisés, ainsi que la théorie de Martha Rogers ont permis de nous sensibiliser aux personnes souffrant de troubles dépressifs, ainsi qu'à une manière de les prendre en soin, autre que grâce à la prise d'antidépresseurs. L'utilisation de la TCC mêlée à l'approche de Martha Rogers dans les soins infirmiers est un bon pilier pour entrer en interaction avec ce type de population, afin de créer un lien thérapeutique basé sur la confiance qui promeut les compétences personnelles reposant sur les besoins de la personne et sur l'environnement qui l'entoure, ainsi que sur sa propre capacité à participer aux changements, tout en prenant en compte ses caractéristiques personnelles et singulières (« patterns »).

« Les soins infirmiers sont une source de compassion pour les être humains. C'est le cœur qui comprend et la main qui apaise » (Martha Rogers, 1966).

7.1. Recommandations

7.1.1. Pour la pratique

La théorie de Martha Rogers est complexe, ce qui n'est pas évident à habiter en tant qu'infirmier dans la pratique. En revanche, cette théorie permet d'avoir une approche plus ouverte sur d'autres traitements non-médicamenteux comme la TCC mais aussi le massage ou l'hypnose. Ces pratiques pourraient être des moyens complémentaires à la médecine traditionnelle et pourraient avoir des impacts positifs sur les patients, mais aussi sur les soignants. Il serait donc intéressant de promouvoir ce type de traitement dans les milieux de

soins et d'en informer les patients qui pourraient être preneurs, voire demandeurs de traitements non-médicamenteux en complément des différents soins. De plus, l'infirmier va se concentrer sur ce que le patient souhaite changer pour arriver au bien-être de la personne. Il centrera sa prise en soin sur ses besoins et accompagnera le patient mais sans le faire à sa place. Il est également important que l'infirmier connaisse ses propres valeurs pour devenir un meilleur soignant étant à l'écoute de ce qu'il ressent pour l'incorporer dans la relation thérapeutique afin de créer un lien de confiance. Aussi, dans les unités de soins somatiques, des patients peuvent souffrir de troubles dépressifs en plus de la pathologie pour laquelle ils sont hospitalisés. L'infirmier n'a pas toujours le temps de discuter, mais il est important d'essayer de comprendre ce que ressent le patient, quels sont ses besoins et ses craintes, afin de l'aider à trouver des ressources pour faire face à ses soucis.

De plus, il serait important, voire indispensable, de sensibiliser les infirmiers à détecter les personnes touchées par la dépression, pas seulement dans un milieu hospitalier mais également dans les entreprises par exemple, tout comme il serait important de former ces mêmes infirmiers à la spécialisation en TCC. De ce fait, ils pourraient rapidement débiter une TCC, afin que l'employé reprenne confiance en lui, qu'il puisse changer sa manière de penser et gagner en pensées positives. Cela lui permettra d'avoir plus de ressources pour se sentir bien et donc avoir la force pour continuer à travailler sachant que le travail fait partie du bien-être de la personne et donc de sa santé. Le but de l'infirmier serait donc d'aider les travailleurs à se sentir bien dans leur environnement de travail.

7.1.2. Pour la recherche

Pour la recherche, il serait important de continuer à chercher des approches non-médicamenteuses pour soigner les personnes qui souffrent de troubles dépressifs, afin de diminuer les effets secondaires que peuvent provoquer les traitements médicamenteux.

La recherche pourrait aussi se centrer plus sur les TCC menées par des infirmiers en milieu hospitalier, par des infirmiers à domicile ou dans des entreprises et non par des thérapeutes. En effet, nous pensons que former de plus en plus d'infirmiers à la TCC pour soigner les troubles dépressifs permettrait d'identifier les personnes en souffrance plus rapidement et plus facilement et engendrerait également une rapidité de prise en soin.

7.1.3. Pour l'enseignement

Durant nos trois ans à la HEdS, nous avons eu peu de cours sur les TCC. Nous avons participé à quelques cours de massage et reçu un cours sur les TCC. Il serait intéressant d'être plus ouvert à la médecine parallèle, afin que certaines méthodes soient enseignées aux élèves de soins infirmiers dans le but de pouvoir les proposer, ensuite, aux personnes qui en auraient besoin sur nos lieux de stage et future profession.

8 REFERENCES

- Aalbers, S., Fusar-Poli, L., Freeman, R. E., Spreen, M., Ket, J. C., Vink, A. C., ... Gold, C. (2017). Music therapy for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004517.pub3>
- Alligood, M. R. (2014). *Nursing theorists: and their Work* (8th ed.). USA : Mosby Elsevier.
- American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5, manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Paris: Elsevier Masson.
- Arends, I., Van der Klink, J. J. L., Van Rhenen, W., De Boer, M. R. et Bültmann, U. (2013). Prevention of recurrent sickness absence in workers with common mental disorders: results of a cluster-randomised controlled trial. *Occupational and Environmental Medicine*, 71(1), 2129. Accès doi :10.1136/oemed-2013-101412
- Bally, N. (2013). *La dépression*. Accès https://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/atelier_mpr/depression-smpr.pdf
- Bilodeau, E. (2008). *Etude descriptive de l'utilisation des thérapies complémentaires et alternatives de soins par les professionnelles travaillant en centre d'hébergement et de soins de longue durée de la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean*. Accès <http://constellation.uqac.ca/1901/1/030107328.pdf>
- Bondolfi, G. (2002). Dépression récurrente et prévention de la rechute. *Revue Médicale Suisse*, 2 (22433). Accès <https://www.revmed.ch/RMS/2002/RMS-2406/22433>
- Bondolfi, G. et Bizzini, L. (2006). La formation en psychothérapie cognitivo-comportementale. *Psychothérapies*, 26, 211-220. Accès doi: 10.3917/psys.064.0211
- Bottai, T. (2008). Traitement non médicamenteux de la dépression. *La Presse Médicale*, 37(5), 877-882. <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2008.01.010>
- Brody, j., Pratt, L. et Hughes, J. (2018). Prevalence of Depression Among Adults Aged 20 and Over: United States, 2013–2016. *National Center for Health Statistics Data Brief*, (303), 1-8. Accès <https://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db303.pdf>

- Chetty, D., et Hoque, M. (2013). Effectiveness of a nurse facilitated cognitive group intervention among mild to moderately-depressed-women in KwaZulu-Natal, South Africa. *African Journal of Psychiatry*, 16(1). <https://doi.org/10.4314/ajpsy.v16i1.5>
- Chiang, K.-J., Chen, T.-H., Hsieh, H.-T., Tsai, J.-C., Ou, K.-L., et Chou, K.-R. (2015). One-Year Follow-Up of the Effectiveness of Cognitive Behavioral Group Therapy for Patients' Depression: A Randomized, Single-Blinded, Controlled Study. *The Scientific World Journal*, 2015, 1-11. Accès <https://doi.org/10.1155/2015/373149>
- Chollet, M. (2017). *Les soins infirmiers en santé mentale et l'utilisation d'interventions issues des thérapies cognitivo-comportementales*. (Travail de Bachelor. Haute Ecole de Santé du Valais). Accès <http://doc.rero.ch/record/305375>
- Conradi, H. J., de Jonge, P., et Ormel, J. (2008). Cognitive-behavioural therapy v. usual care in recurrent depression. *British Journal of Psychiatry*, 193(06), 505-506. Accès <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.042937>
- Cottraux, J. (2017). 13 - Dépression. In *Les Psychothérapies Cognitives et Comportementales* (6e édition) (p. 223-252). Paris: Content Repository Only! <https://doi.org/10.1016/B978-2-294-75009-0.00013-9>
- Crowe, M., Whitehead, L., Carlyle, D., McIntoch, V., Jordan, J., Joyce, P., et Carter, J. (2011). *The process of change in psychotherapy for depression: helping clients to reformulate the problem*. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19(8), 681–689. Accès doi:10.1111/j.1365-2850.2011.01840.x
- Dondé, C., Moirand, R. et Carré, A. (2017). L'activation comportementale : un outil simple et efficace dans le traitement de la dépression. *L'Encéphale*, 44, 59-66. Accès https://ac.els-cdn.com/S0013700617300672/1-s2.0-S0013700617300672-main.pdf?_tid=152cd1a5-2ee5-4b44-8f76-ee00a6f83011&acdnat=1520441267_dd83013011a172f717b5e6d04a6291d4
- Evans-Lacko, S., et Knapp, M. (2016). Global patterns of workplace productivity for people with depression: absenteeism and presenteeism costs across eight diverse countries.

Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 51(11), 1525-1537. Accès <https://doi.org/10.1007/s00127-016-1278-4>

Favro, G. (2018). *La troisième vague des thérapies comportementales et cognitives*. Accès <http://be-and-become.com/la-troisieme-vague-des-therapies-comportementales-et-cognitives/>

Fawcett, J. et DeSanto-Madeya, S. (2013). *Contemporary nursing knowledge: analysis and evaluation of nursing models and theories* (3rd ed.). Philadelphia : F.A. Davis.

Fellay, I. (2019). *Thérapie cognitive et comportementale*. Accès <https://www.inequilibra.ch/psychotherapie/therapie-cognitive-comportementale-tcc>

Fontaine, O. et Fontaine, P. (2006). *Guide clinique de thérapie comportementale et cognitive*. Paris : Retz.

Forsyth, D. M., Poppe, K., Nash, V., Alarcon, R. D. et Kung, S. (2010). Measuring Changes in Negative and Positive Thinking in Patients With Depression. *Perspectives in Psychiatric Care*, 46(4), 257-265. Accès doi: 10.1111/j.1744-6163.2010.00253.x

Fournier, J. C., DeRubeis, R. J., Amsterdam, J., Shelton, R. C., et Hollon, S. D. (2015). Gains employment status following antidepressant medication or cognitive therapy for depression. *The british journal of psychiatry*, 200(4), 332-338. Accès doi: 10.1192/bjp.bp.113.133694

Grévin, P. (2017). Chapitre 9 : Sophrologie. *Les Acouphènes, Diagnostic, Prise en Charge et Thérapeutique*. <https://doi.org/10.1016/B978-2-294-75164-6.00009-5>

Guerrin, B. (2012). Albert Bandura et son œuvre. *Recherche en soins infirmiers*, 108(1), 106-116. Accès doi:10.3917/rsi.108.0106

Hôpitaux Universitaires Genève. (2017). *La dépression*. Accès https://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/structures/medecine_de_premier_recours/Strategies/strategie_depression.pdf

- Knuf, A. et Osterfeld, M. (2008). *Les médicaments psychotropes*. Accès http://www.promentesana.org/romandie/IMG/pdf/PMS_brochure_med_psychotropes.pdf
- Kröger, C., Bode, K., Wunsch, E.-M., Kliem, S., Grochowski, A., et Finger, F. (2014, November 17). Work-Related Treatment for Major Depressive Disorder and Incapacity to Work: Preliminary Findings of a Controlled, Matched Study. *Journal of Occupational Health Psychology*. Advance online publication. Accès <http://dx.doi.org/10.1037/a0038341>
- Le Figaro (2017). *Troubles bipolaires : l'hérédité en cause*. Accès <http://sante.lefigaro.fr/article/troubles-bipolaires-l-heredite-en-cause/>
- Lerner, D., Adler, D. A., Rogers, W. H., Chang, G., Lapitsky, L., McLaughlin, T., et Reed, J. (2010). Work Performance of Employees with Depression: The Impact of Work Stressors. *American Journal of Health Promotion*, 24(3), 205-213. <https://doi.org/10.4278/ajhp.090313-QUAN-103>
- Leroux, M. (2006). *Facteurs de risque des épisodes dépressifs en population générale*. Accès <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er545.pdf>
- Lucas, N., Hubain, P., Loas, G et Jurysta, F. (2017). Dépression résistante au traitement. *Revue médicale de Bruxelles*, 38, 16-25. Accès <https://www.amub.be/revue-medicale-bruxelles/article/depression-resistante-au-traitement-actualite-et-p-1259>
- Mirabel-Sarron, C. (2011). Les thérapies comportementales et cognitives : bases théoriques et indications. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 169(6), 398-402. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2011.05.008>
- Mirabel-Sarron, C. (2011). Thérapies Comportementales et Cognitives et Troubles de l'humeur. *Annales Médico-Psychologiques*, 169(9), 595–605. Accès <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003448711002253>
- Moncrieff, J., Wessely, S., et Hardy, R. (2004). Active placebos versus antidepressants for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Accès <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003012.pub2>

- Montgomery, S.A., et M. Asberg. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *British Journal of Psychiatry*, 134, 382-389. Accès <https://doi.org/10.1192/bjp.134.4.382>
- Nurmela, K., Mattila, A., Heikkinen, V., Uitti, J., Ylinen, A., et Virtanen, P. (2018). Identification of major depressive disorder among the long-term unemployed. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 53(1), 45-52. Accès <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1457-y>
- Oberle, L. et Broers, B. (2017). *La Dépression*. Accès https://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/structures/medecine_de_premier_recours/Strategies/strategie_depression.pdf
- Observatoire suisse de la santé. (2013). *La dépression dans la population suisse*. Accès https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/obsan_56_rapport.pdf
- Organisation mondiale de la santé. (2017). *La dépression*. Accès <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/fr/>
- Organisation mondiale de la santé. (2018). *Médecine traditionnelle*. Accès http://www.who.int/topics/traditional_medicine/fr/
- Organisation mondiale de la santé et Groupe de la Banque Mondiale. (2018). *Les investissements dans le traitement de la dépression et de l'anxiété rapportent quatre fois leur valeur*. Accès <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/depression-anxiety-treatment/fr/>
- Parse, R. R. (2014). *Le paradigme Humaindevenant : une vision de monde transformationnelle*. Marly : Aquilance.
- Pepin, J., Ducharme, F. et Kérouac, S. (2010). *La pensée infirmière*. Montréal : Chenelière éducation.

- Pitois, P. (s.d.). *Historique des TCC*. Accès <http://www.psychologue-dijon.net/pages/pages-tcc/historique.html>
- Reme, S. E., Grasdøl, A. L., Løvvik, C., Lie, S. A., et Øverland, S. (2015). Work-focused cognitive-behavioural therapy and individual job support to increase work participation in common mental disorders: a randomised controlled multicentre trial. *Occupational and Environmental Medicine*, 72(10), 745-752. Accès <https://doi.org/10.1136/oemed-2014-102700>
- Ressource Mindfulness. (2010). Programme MBSR de réduction du stress basée sur la méditation de Pleine Conscience. Accès <https://www.ressource-mindfulness.ch/programmes/mbsr/>
- Salomon, P.-I. (s.d.). *La thérapie cognitive de la dépression*. Accès <http://therapie.cognitive.free.fr/index.html>
- Snaith, N., Schultz, T., Proeve, M., et Rasmussen, P. (2018). Mindfulness, self-compassion, anxiety and depression measures in South Australian yoga participants: implications for designing a yoga intervention. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 32, 92-99. Accès <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2018.05.009>
- Stub, T., Alræk, T., et Liu, J. (2011). Acupuncture treatment for depression - A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Integrative Medicine*, 3(4), e259-e270. Accès <https://doi.org/10.1016/j.eujim.2011.09.003>
- WHO. (2018). *Dépression*. Accès <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>
- Wikipédia. (2019). *Le conditionnement opérant*. Accès https://fr.wikipedia.org/wiki/Conditionnement_opérant
- Xavier. (2017). *Conséquences et effets de la dépression*. Accès <https://www.la-depression.org/comprendre-la-depression/consequences-et-effets-de-la-depression/>
- Yoshinaga, N., Nosaki, A., Hayashi, Y., Tanoue, H., Shimizu, E., Kunikata, H., ... Shiraishi, Y. (2015). *Cognitive Behavioral Therapy in Psychiatric Nursing in Japan*. *Nursing Research and Practice*, 1-9. Accès <https://doi.org/10.1155/2015/529107>

9 ANNEXES

9.1 Classification de la dépression selon le DSM-V et le CIM-10

	DSM-V	CIM-10 (code F.32)
Durée minimale	2 semaines	2 semaines
Symptômes / Critères essentiels/majeurs	1. Humeur dépressive 2. Perte d'intérêt ou de plaisir <i>Présence d'au moins 1 des symptômes toute la journée, presque tous les jours.</i>	1. Humeur dépressive 2. Perte d'intérêt ou de plaisir 3. Fatigue ou perte d'énergie <i>Présence d'au moins 2 des symptômes toute la journée, presque tous les jours.</i>
Autres symptômes / Critères	<i>Présence d'au moins 4 symptômes (sur un total de 7) :</i> 3. Perte ou gain de poids significatif 4. Insomnie ou hypersomnie 5. Agitation ou ralentissement psychomoteur 6. Fatigue ou perte d'énergie 7. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) 8. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer 9. Pensées de mort récurrentes, idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider	<i>Présence d'au moins 2 critères mineurs (sur un total de 7) :</i> 4. Inappétence, perte de poids 5. Troubles du sommeil 6. Baisse de l'estime de soi et de la confiance en soi 7. Attitude morose, pessimiste face à l'avenir 8. Sentiment de culpabilité/dévalorisation 9. Baisse de la concentration /attention 10. Idées suicidaires
Degré de sévérité (la corrélation des degrés de sévérité entre DSM-V et CIM-10 est approximative)	- Léger = ≥ 1 essentiel et 4 autres - Moyen = ≥ 6 symptômes dont au moins 1 essentiel - Sévère = ≥ 7 symptômes dont au moins 1 essentiel	- F32.0 : Léger = ≥ 2 majeurs et 2 mineurs - F32.1 : Moyen = ≥ 2 majeurs et 3-4 mineurs - F32.2 : Sévère = 3 majeurs et 4-5 mineurs + idées suicidaires - F32.3 : Sévère avec symptômes psychotiques

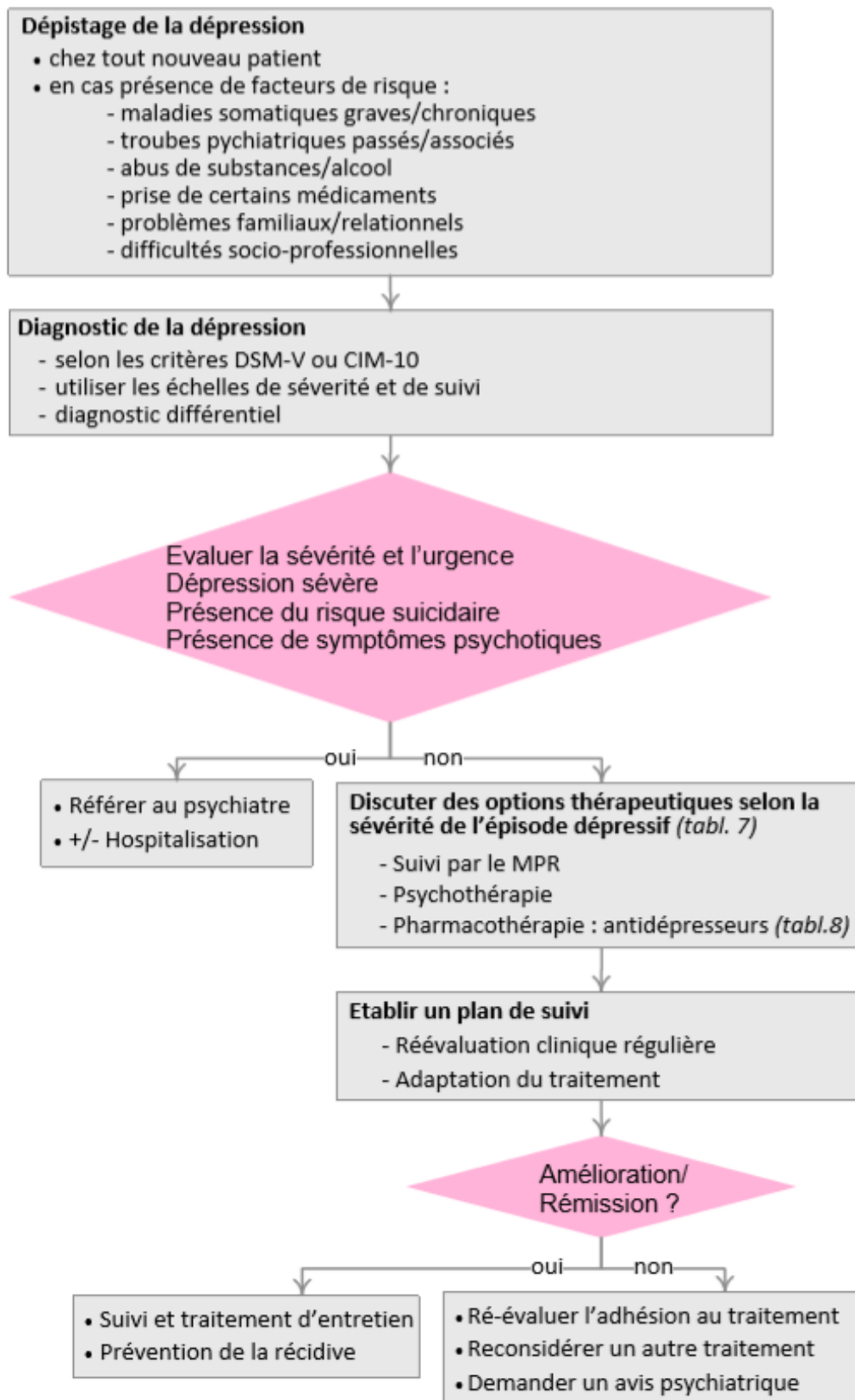
Tiré de : HUG, 2017

9.2 Echelles d'évaluation de la sévérité de la dépression

Echelles		Hamilton HAM-D HDRS-17	Beck BDI-II	PHQ-9	Montgomery-Asberg depression rating scale : MADRS
Type d'évaluation		hétéro	auto	auto	hétéro
Temps		15-30 min	5-10 min	5-10 min	15 min
Nb d'items		17	21	9	10
Sévérité :	rémission	≤ 7 points	≤ 9 points	≤ 4 points	≤ 10 points
	légère	8-15	10-18	5-9	11
	modérée	16-26	19-29	10-14	12-19
	sévère	27-50	30-63	15-19	29-34
	très sévère			20-27	35-60

Tiré de : HUG 2017

9.3 Algorithme de prise en charge de la dépression



Tiré de : HUG, 2017

9.4 Fiches de lecture des articles

One-Year Follow-Up of the Effectiveness of Cognitive Behavioral Group Therapy for Patients' Depression: A Randomized, Single-Blinded, Controlled Study

Référence complète aux normes APA

Chiang, K.-J., Chen, T.-H., Hsieh, H.-T., Tsai, J.-C., Ou, K.-L., et Chou, K.-R. (2015). One-Year Follow-Up of the Effectiveness of Cognitive Behavioral Group Therapy for Patients' Depression: A Randomized, Single-Blinded, Controlled Study. *The Scientific World Journal*, 2015, 1-11. Accès <https://doi.org/10.1155/2015/373149>

Démarche descriptive

1.1 Le contexte de réalisation de l'étude

- **Le lieu de l'étude :** Taiwan
- **Les objectifs pratiques :** Evaluer l'efficacité de la TCC de groupe chez des patients souffrant de dépression

1.2 L'objet de l'article et le cadre théorique

- **Objet de la recherche :** Investiguer l'efficacité de la TCC de groupe chez des patients souffrant de dépression avec un suivi sur 12 mois
- **Hypothèse de travail :**
 - Différents articles ont déjà montré que la TCC de groupe était efficace pour réduire les symptômes de la dépression chez des patients en souffrant
 - Les études précédentes ont trouvé que la TCC de groupe se traduit par un taux de récurrence de la dépression plus faible que dans le cas des soins habituels seuls
 - D'autres méta-analyses ont évalué la TCC de groupe comme étant un traitement de la dépression
- **Cadre théorique de la recherche :**
 - La dépression est une maladie chronique récidivante avec un taux de récidence allant de 50 à 80%
 - Le dépression chronique augmente le risque de comportements suicidaires
 - La proportion de personne souffrant de dépression augmente chaque année et environ 13 à 20% d'adultes ont des symptômes liés à la dépression durant leur vie
 - Les facteurs de risques sont : sexe féminin, faible statut socio-économique, chômage et divorce/séparation. Aussi, des facteurs psycho-sociaux tels que des traits de personnalité et des facteurs familiaux, physiques et environnementaux
 - Si les patients souffrant de dépression reçoivent des traitements appropriés, environ 50% sont complètement guéris, 30% ont un soulagement partiel de leurs symptômes et 20% restent chroniquement dépressifs

- Sur l'existence d'un patient, cinq épisodes dépressifs peuvent survenir tous les 4 à 6 ans
- La médication est communément utilisée chez les patients dépressifs et le niveau de dépression affecte la régularité de la prise des médicaments et augmente le taux de symptômes
- Grâce à un changement dans les pensées automatiques et les attitudes dysfonctionnelles, les problèmes psychologiques causés par une mauvaise cognition peuvent être améliorés, l'activation comportementale peut être augmentée et la dépression résiduelle peut être réduite
- A travers la guidance d'un thérapeute cognitivo-comportemental, les patients sont capables de comprendre que différentes situations ou stimuli peuvent causer les mêmes incorrectes croyances
- Les premières pensées automatiques des patients peuvent être corrigées pour éviter des attitudes dysfonctionnelles. Avec un changement dans les attitudes dysfonctionnelles, la dépression peut être réduite

▪ **Principaux concepts et/ou notions utilisés :**

- TCC de groupe
- Dépression

1.3 Méthodologie de la recherche

- **Outil pour la récolte de données :** TCC sur 12 semaines pendant 2h avec un suivi sur un an
- **Population de l'étude :**
 - Participants plus âgés que 18 ans
 - Souffrant de dépression avec un score > ou égal à 17 sur l'échelle de Beck
 - Ayant un score d'au moins 24 points sur le MMSE (Mini Mental Status Examination)
 - Patients souffrant de dépression dans la clinique ambulatoire d'un centre médical au Nord de Taiwan
 - Etant prêts à participer pleinement à cette étude
- **Type de devis :** Etude contrôlée randomisée (quantitatif) avec les examinateurs étant aveugles sur la nature du traitement donné aux participants
- **Instruments de mesures :**
 - **BDI-II : Beck Depression Inventory** → 21 questions avec un score allant de 0 à 63 où le score le plus élevé indique une dépression plus sévère
 - **HRSD : Hamilton Rating Scale for Depression** → 21 questions qui mesurent la sévérité des symptômes des patients dépressifs, > 25 points démontrent une dépression sévère
 - **ATQ : Automatic Thoughts Questionnaire** → 30 questions qui permettent de mesurer la fréquence d'apparition de pensées négatives automatiques associée à la dépression, le score va de 30 à 150 points, où le plus de points indique plus de pensées négatives automatiques

1.4 Présentation des résultats

■ Principaux résultats de la recherche :

- Après 1 an : le score moyen du BDI-II du groupe expérimental a réduit de 40.3 points au pré-test à 10.17 points au post-test.
- Tous les changements susmentionnés dans les scores BDI-II ont atteint un niveau statistiquement significatif ($P < 0,001$), ce qui indique qu'après une TCC de groupe, il y a une plus grande amélioration de la dépression dans le groupe expérimental que dans le groupe témoin
- Avant l'intervention, le score moyen de l'HRSD pour le groupe expérimental était de 40.37 points tandis qu'après l'intervention, le score moyen était de 8.77 points
- Cela indique, qu'après une TCC de groupe, le score de l'HRSD du groupe expérimental a montré une meilleure amélioration que le groupe témoin et les effets ont duré pendant les 12 mois de suivi
- Après la TCC de groupe, le score moyen de l'ATQ du groupe expérimental a réduit de 131.53 points au pré-test à 44.10 points au post-test
- Cela indique, qu'après une TCC de groupe, le score de l'ATQ du groupe expérimental a montré une meilleure amélioration que le groupe témoin et les effets ont duré pendant les 12 mois de suivi

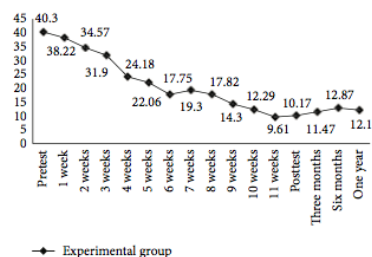


FIGURE 2: Changes in BDI-II scores at the various follow-up assessments.

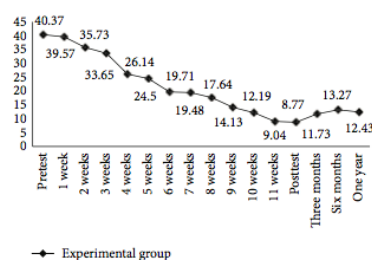


FIGURE 3: Changes in HRSD scores at the various follow-up assessments.

■ Conclusions générales :

- Après avoir suivi une TCC de groupe, le groupe expérimental a statistiquement une réduction significative sur l'échelle de Deck, tout comme dans le HRSD (Hamilton rating Scale for Depression)
- Diminution dans le ATQ (Automatic Thoughts Questionnaire) après 12 sessions, 6 mois et 1 an
- La TCC de groupe est efficace pour réduire la dépression et continue de l'être un an après

1.5 Ethique

- Les bénéfices et risques de participation à l'étude ont été expliqués à chaque patient
- Le consentement éclairé ne peut être reconnu que lorsque les participants ont obtenu au moins 24 points à l'examen de l'état mental minimal (MMSE) pour confirmer que leurs capacités cognitives étaient bonnes

- Si un participant décidait de se retirer de l'étude en raison d'un malaise, l'investigateur respectait pleinement cette décision et garantissait que la décision de se retirer de l'étude n'entraînerait pas d'autres traitements.
- Les sujets de l'étude ont été informés que les données ont été anonymisées, conservées et utilisées à des fins de recherche universitaire seulement
- La personne a donné son consentement éclairé par écrit à la publication de ces détails.

▪ **Démarche interprétative**

2.1. Apports de l'article : Cet article nous permet de mieux comprendre l'efficacité de la TCC de groupe pour réduire la dépression, les symptômes de la dépression ainsi que les pensées négatives automatiques sur une durée de 1 an. L'effet de la thérapie a montré une tendance à diminuer la dépression et les techniques apprises par les patients peuvent les aider à penser différemment et à corriger leurs pensées négatives automatiques ainsi que leurs erreurs cognitives

2.2 Limites (méthodologiques ou de connaissances) :

- La généralisation est limitée due à l'exclusion de participants
- Petit échantillon de participants
- Le fait que ce soit une étude exploratrice

2.3 Pistes de réflexion :

- **L'article vaut-il la peine d'être lu ? :** Oui car répond parfaitement à notre problématique à savoir si la TCC permet de traiter la dépression

Référence complète aux normes APA

Nurmela, K., Mattila, A., Heikkinen, V., Uitti, J., Ylinen, A., et Virtanen, P. (2018). Identification of major depressive disorder among the long-term unemployed. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 53(1), 45-52. Accès <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1457-y>

Démarche descriptive

1.1 Le contexte de réalisation de l'étude

- **Le lieu de l'étude :** Finlande
- **Date :** 2018
- **Les objectifs pratiques :** Explorer l'identification de trouble dépressif majeur dans les soins de santé chez les chômeurs de longue durée et déterminer si la durée du chômage est en corrélation avec le risque de trouble dépressif majeur non-identifié

1.2 L'objet de l'article et le cadre théorique

- **Objet de la recherche :** Explorer l'identification de la dépression dans les soins de santé chez des chômeurs de longue durée en se focalisant principalement sur la durée du chômage
- **Hypothèse de travail :**
 - Le risque de souffrir de dépression non-identifiée augmente avec la durée du chômage
- **Cadre théorique de la recherche :**
 - Le trouble dépressif majeur est la seconde cause principale d'années vécues avec des incapacités
 - Environ 10% des patients de soins de santé et 50% des patients en soins de santé mentale spécialisée souffre de dépression clinique
 - Le coût total des troubles dépressifs majeurs aux USA a été estimé à plus de 210.5 milliards de dollar en 2010
 - L'un des groupes à risque les plus remarquables pour un trouble dépressif majeur est les personnes au chômage
 - Une connexion entre chômage et santé mentale détériorée, surtout dépression, a été démontrée dans plusieurs articles. En particulier le chômage prolongé augmente le risque de dépression et vice versa : une santé mentale dégradée peut négativement affecter la réembauche
 - L'identification de la dépression est un objectif clé dans l'amélioration des taux de rémission de la dépression. Le taux d'identification de la dépression a varié entre 47 et 84% dans les soins de base. Cependant l'identification de la dépression peut être plus compliquée chez les chômeurs car ils n'ont pas d'exigences liées à l'emploi en matière de santé mentale et leur besoin en demande de soin peut être réduite

- Les chômeurs ne demandent pas d'aide d'un professionnel en matière de problème de santé aussi activement que le font les employés. Ou même s'ils demandent de l'aide en matière de soins en santé, leurs problèmes de santé mentales et leurs besoins en TTT sont largement non-identifiés
- Il y a une évidente connexion entre dépression et chômage

▪ **Principaux concepts et/ou notions utilisés :**

- Dépression
- Trouble dépressif majeur
- Chômage

1.3 Méthodologie de la recherche

- **Outil pour la récolte de données :** Analyses de données des personnes par plusieurs variables : durée du chômage, dépression identifiée ou non identifiée, âge, statut matrimonial, statut occupationnel, casier judiciaire
- **Population de l'étude :**
 - Personnes chômeuses de longue durée (chômage depuis au moins 1 an) impliquées dans le projet « Admissibilité à une pension d'invalidité » initié par le Ministère du Travail en Finlande
 - Limitations dans leurs capacités de travail
- **Type de devis :** Etude descriptive

1.4 Présentation des résultats

- **Principaux résultats de la recherche :**
 - Hommes : 59% (n = 144)
 - Age moyen : 52 ans
 - Célibataires : 73% (n = 178)
 - Travailleurs manuels, qualifiés ou non-qualifiés : 82% (n = 193)
 - Durée moyenne du chômage : 10 ans avec un maximum de 35 ans
 - Tentatives de suicide : 20 % (n = 49)
 - En moyenne, 11 visites chez les soins de santé en 3 ans avant leur entrée dans le projet
 - 243 diagnostiqués avec un trouble dépressif majeur : 8.6% souffrant de légère dépression, 54.7% de moyenne, 21.4% de sévère, 0.8% de dépression psychotique et 14.4% dont la sévérité de la dépression restait non-spécifiée
 - Dépressions récurrentes : 10.7 %
 - Comorbidités psychiatriques : 79% (49% : troubles de la consommation d'alcool, 38% : troubles de la personnalité, 25% troubles de l'anxiété)
 - Un trouble dépressif majeur a été identifié plus fréquemment chez les personnes ayant fait une tentative de suicide
 - L'identification d'un trouble dépressif majeur était plus fréquent après au moins 14 visites chez les soins de santé sur les 3 dernières années avant la participation au projet
 - Le OR (?) d'un trouble dépressif majeur était de 1.060 (p = 0.016) pour 1 an de chômage. Cela signifie un risque plus élevé de trouble dépressif majeur non

identifié chez les personnes dont la durée de chômage est plus longue que 1 an. Si le chômage s'était poursuivi pendant 5 ans, le OR (?) du trouble dépressif majeur non identifié est passé à 1,336 et après 10 ans de chômage à 1,786

- Le chômage peut-être un facteur contextuel augmentant la détection de la dépression par les médecins généralistes
- Le nombre de visite médicale était positivement associé avec une identification de la dépression, indiquant qu'un diagnostic de dépression requière plusieurs rendez-vous
- Les chômeurs de longue durée sont marginalisés par rapport à une identification appropriée du trouble dépressif majeur dans les soins de santé. La probabilité que le trouble dépressif majeur non-identifié était positivement associé à la durée du chômage
- L'utilisation des services de santé a diminué et que les besoins de soins non satisfaits ont augmenté chez les chômeurs.
- Les chômeurs sont deux fois plus susceptibles de souffrir de symptômes affectifs que les employés, mais ils sont moins susceptibles de consulter un médecin généraliste
- La diminution de la recherche d'aide pendant la période de chômage peut s'expliquer par une faible pression sociale en faveur du rétablissement, qui, de surcroît, peut être comprise comme une diminution du capital social d'attachement et, par conséquent, une réduction de l'utilisation des services de santé
- Les raisons du faible recours aux services de soins de santé et des besoins de soins non satisfaits peuvent également résider dans les structures des soins de santé → les services pour les chômeurs se limitent aux soins de santé primaires universels
- Le chômage augmente le risque de dépression principalement chez les hommes
- Le projet a réussi à détecter un grand nombre de troubles dépressifs majeurs qui n'avaient pas été identifiés avant d'être soumis aux examens EDIPE (projet)

▪ **Conclusions générales :**

- Plus d'attention devrait être portée dans les soins de santé à identifier un trouble dépressif majeur chez les chômeurs de longue durée comme étant un groupe à risque
- Une période prolongée de chômage semble être un facteur de risque indépendant pour la non-identification d'un trouble dépressif majeur dans les soins en santé
- Plus la durée du chômage a duré longtemps, plus ces personnes sont susceptibles de souffrir de trouble dépressif majeur non-identifié

1.5 Ethique

- Le matériel de l'étude s'est entièrement basé sur les informations enregistrées et il n'y a eu aucun contact avec les sujets de l'étude
- Le manuscrit ne contient pas d'étude clinique ou de données de patients

Démarche interprétative

2.1. Apports de l'article : Cet article nous permet de mieux comprendre le lien entre l'identification de la dépression chez les personnes au chômage et permet aussi de se rendre compte que le chômage (principalement de longue durée) est un facteur très clair de dépression. Il permet de nous sensibiliser en tant que futures infirmières à ce facteur de risque là dans l'identification de la dépression, pouvant très souvent ne pas être identifiée et donc ne pas être traitée adéquatement

2.2 Limites (méthodologiques ou de connaissances)

- Limitation dans la généralisation. Étant donné que les résultats décrivent la situation des chômeurs de longue durée ayant des problèmes de santé et d'employabilité remarquables, il se peut que les résultats ne soient pas généralisés à l'ensemble de la population des chômeurs.

2.3 Pistes de réflexion :

- **Nouvelles interrogations et pistes de réflexion :**
 - Peut-être qu'un système de soins de santé au travail pour les chômeurs pourrait augmenter les taux d'identification et permettre un traitement adéquat de la dépression
 - Il faudrait s'attacher à réduire les inégalités liées au statut d'emploi qui sont ancrées dans les structures et les pratiques du système de santé
- **L'article vaut-il la peine d'être lu ?** Oui car pertinent de savoir si le chômage est en lien direct avec la dépression

**Work-Related Treatment for Major Depressive Disorder and Incapacity to Work:
Preliminary Findings of a Controlled, Matched Study**

Référence complète aux normes APA

Kröger, C., Bode, K., Wunsch, E.-M., Kliem, S., Grocholewski, A., et Finger, F. (2014, November 17). Work-Related Treatment for Major Depressive Disorder and Incapacity to Work: Preliminary Findings of a Controlled, Matched Study. *Journal of Occupational Health Psychology*. Advance online publication. Accès <http://dx.doi.org/10.1037/a0038341>

Démarche descriptive

1.1 Le contexte de réalisation de l'étude

- **Le lieu de l'étude :** Allemagne
- **Date :** 2014
- **Les objectifs pratiques :** Comparer l'efficacité d'une thérapie cognitivo-comportementale liée au travail à une TCC habituelle chez des employés en arrêt maladie résultant d'un trouble dépressif majeur (avec un suivi à 1 an)

1.2 L'objet de l'article et le cadre théorique

- **Objet de la recherche :** Comprendre si une TCC liée au travail est plus efficace qu'une TCC habituelle concernant le retour au travail et les jours d'incapacité à travailler chez des personnes atteintes d'un trouble dépressif majeur étant en arrêt maladie
- **Hypothèse de travail :**
 - Les deux types de traitements vont diminuer le nombre de jours d'incapacité de travailler et montrer une réduction des plaintes de santé mentale
 - La TCC liée au travail est plus efficace dans la diminution du temps de l'arrêt-maladie que la TCC habituelle si on considère que se concentrer sur le lieu de travail et travailler sur le processus d'intégration durant le traitement améliorent le retour au travail
 - La TCC liée au travail est tout aussi efficace que la TCC conventionnelle pour améliorer les plaintes de santé mentale
- **Cadre théorique de la recherche :**
 - Trouble dépressif majeur est le trouble mental le plus commun
 - Le trouble dépressif majeur se situera à la seconde place des maladies limitant autant la qualité que la quantité de la vie dans les pays industrialisés en 2020
 - Le nombre de jours d'incapacité de travail résultant de troubles mentaux augmente de 30% à 50% entre 2000 et 2009
 - La majorité des jours d'incapacité de travail était due à des troubles dépressifs

- Comparé à des employés souffrant d'autres problèmes de santé mentale (burnout, anxiété), ceux qui ont signalé des symptômes dépressifs se sont montrés absents plus longtemps en raison d'un congé de maladie
- Les absences prolongées pour cause de maladie peuvent avoir un impact négatif supplémentaire sur la satisfaction de la vie des employés ainsi que sur leurs symptômes dépressifs. Les patients peuvent perdre le soutien social perçu, avoir des attentes négatives en matière de rétablissement et avoir honte
- Les interventions psychologiques ont prouvé leur efficacité en termes d'économie des coûts et de soulagement des plaintes dépressives. Elles augmentent également le retour au travail
- De manière générale, les patients préfèrent la psychothérapie à des TTT pharmacologiques
- La thérapie cognitivo-comportementale est la forme de psychothérapie la plus étudiée pour les troubles dépressifs majeurs. Cependant, elle n'est pas directement ciblée sur les problèmes liés au travail qui accompagnent la dépression mais les effets secondaires impactent aussi la fonction au travail
- Si les psychothérapeutes aident les employés à surmonter les plaintes de dépression et à travailler avec eux sur le retour au travail, les jours d'incapacité de travail pourraient être plus réduits que s'ils se concentraient uniquement sur les symptômes dépressifs, comme c'est souvent le cas en TCC
- A notre connaissance, il n'y a qu'une étude contrôlée (Lagerveld et al., 2012) qui compare la TCC conventionnelle à une TCC visant un retour au travail plus rapide. Cette étude a trouvé que les employés ayant reçus le dernier traitement retournaient sur leur lieu de travail plus tôt, provoquant une économie des coûts pour la compagnie. Une amélioration des symptômes de stress, d'anxiété et de dépression ont été rapporté dans les deux types de TTT

▪ **Principaux concepts et/ou notions utilisés :**

- TCC conventionnelle
- TCC liée au travail
- Arrêt-maladie dû à un trouble dépressif majeur
- Retour au travail
- Jours d'incapacité à travailler
- Complaintes de santé mentale
- Satisfaction de la vie

1.3 Méthodologie de la recherche

- **Outil pour la récolte de données :** Deux types de TCC différentes menés par 7 thérapeutes, 25 sessions
- **Population de l'étude :**
 - Participants plus âgés que 18 ans
 - Employés mais étant en arrêt maladie durant les 21 derniers jours
 - Qui rencontre les critères du DSM-IV d'un trouble dépressif majeur
- **Type de devis (ex : quantitative, qualitative) :** Etude contrôlée randomisée (quantitative)

▪ **Instruments de mesures :**

- **DIW : Days of Incapacity of Work** → calculé pendant un an avant et après TTT
- **BDI : Beck Depression Inventory** → 21 items qui démontrent l'apparition et la sévérité des symptômes dépressifs typiques dès 7 derniers jours
- **GSI : Symptom Checklist 90-R** → 90 items servant à mesurer la tendance des symptômes généraux
- **FLZ : Life Satisfaction Questionnaire** → 49 items servant à mesurer la satisfaction de la vie en générale

1.4 Présentation des résultats

▪ **Principaux résultats de la recherche :**

- Tous les participants ont rapporté un score de BDI > 15 points. Le score moyen de BDI, avant le traitement, était de 20.58 indiquant un niveau modéré de dépression
- Le score moyen de 1.03, avant TTT, du GSI était supérieur de deux déviations à la valeur du GSI d'un échantillon représentatif allemand indiquant un niveau élevé de tendance des symptômes
- Le score moyen du FLZ diffère entre les deux types de TTT, indiquant une satisfaction de la vie plus basse dans les TCC conventionnelles quand dans les TCC liées au travail
- Le score moyen du FLZ dans les TCC conventionnelles était plus élevé d'une déviation comparée au score moyen d'un échantillon représentatif allemand
- La satisfaction de la vie n'a joué aucun impact sur le déroulement du TTT
- Les scores de BDI et de GSI ont significativement diminué avec le temps alors que le score de satisfaction de la vie a significativement augmenté

▪ **Conclusions générales :**

- Après 1 an de suivi, significativement plus d'employés travaillaient suite à une TCC liée au travail que suite à une TCC habituelle.
- Les DIW (jours d'incapacité à travailler) ont significativement réduit suite aux deux TTT, même si les employés ont montré moins de DIW après une TCC liée au travail mais les employés ont montré encore moins de jours d'incapacité de travail après la TCC liée au travail
- Améliorations significatives des scores d'auto-évaluations. Près de 2/3 des employés étaient catégorisés comme sain par le BDI après l'intervention et 1 an après et au moins ½ ont été classés comme sain d'après les scores du GSI après l'intervention et 1 an après
- 2/3 des participants ayant reçus une TCC liée au travail et 1/3 de ceux ayant reçus une TCC conventionnelle ont atteint un niveau de satisfaction de la vie correspondant à ceux de la population en générale.

1.5 Ethique

- Tous les participants ont passé un examen médical par un médecin généraliste ou un médecin du travail avant de commencer le TTT
- Tous les patients ont été informé par écrit du but de l'étude et ont dû faire parvenir un consentement écrit

Démarche interprétative

2.1. Apports de l'article : Cet article nous permet de mieux comprendre l'impact de la TCC liée au travail sur des personnes étant en arrêt-maladie suite à un trouble dépressif majeur concernant leur retour au travail, leurs jours d'incapacité à travailler, leurs symptômes, le niveau de leur dépression selon Beck et leur satisfaction de la vie. Cet article permet de montrer qu'une TCC liée au travail est plus efficace qu'une TCC habituelle pour retourner travailler car elle utilise des stratégies pour résoudre des problèmes liés au travail, elle développe des plans pour se réintégrer, elle promeut les stratégies de management personnel sur le lieu de travail et, en général, a suivi le principe d' « apprendre en faisant »

2.2 Limites (méthodologiques ou de connaissances) :

- Petit échantillon
- Les mesures de dépression ont été évaluées par les employés eux-mêmes (auto-évaluation) et non pas par un professionnel, ce qui peut vouloir dire que les scores de BDI étaient sous-estimés par rapport à leur réel niveau de dépression
- La performance des thérapeutes n'a pas été évaluée par des examinateurs aveugles

2.3 Pistes de réflexion :

- **L'article vaut-il la peine d'être lu ?** Oui, il est extrêmement pertinent concernant notre sujet qui traite de l'impact des TCC sur le retour au travail chez des personnes souffrant de troubles dépressifs

Measuring Changes in Negative and Positive Thinking in Patients With Depression

Référence complète aux normes APA :

Forsyth, D. M., Poppe, K., Nash, V., Alarcon, R. D. et Kung, S. (2010). Measuring Changes in Negative and Positive Thinking in Patients With Depression. *Perspectives in Psychiatric Care*, 46(4), 257-265. Accès doi: 10.1111/j.1744-6163.2010.00253.x

Démarche descriptive

1.1 Le contexte de réalisation de l'étude

- **Le lieu de l'étude :** Dans un grand centre médical aux Etats Unis
- **Les objectifs pratiques :** Le but de l'étude est de décrire les changements de pensées positives et négatives chez les patients hospitalisés adultes qui souffrent de dépression, grâce à une participation à un groupe de thérapie cognitivo-comportementale. (Le groupe est dirigée par une infirmière spécialisée en psychiatrie)

1.2 L'objet de l'article et le cadre théorique

- **Objet de la recherche :** Montrer que les patients dépressifs qui participent à une TCC permet de diminuer les symptômes dépressifs
- **Hypothèse de travail :**
 - Utiliser la TCC dans une unité de psychiatrie permet d'augmenter les pensées positives, de modifier les pensées négatives cela permet-t-il de pouvoir mieux faire face aux événements stressants de la vie ?
 - Augmenter les pensées positives et l'estime de soi diminuent-t-elles les risques de dépression ?
- **Cadre théorique de la recherche :**
 - Selon la théorie cognitive, la dépression se manifeste dans les domaines émotionnels, cognitifs et comportementales
 - La TCC modifie la cognition et le comportement directement et affecte indirectement la pharmacothérapie, par contre, elle fonctionne directement sur l'humeur.
 - La TCC est utilisée aussi bien en milieu hospitalier qu'en milieu ambulatoire.
 - Freeman et Diefenbeck (2005) disent que le fait de fournir une pharmacothérapie à elle seule n'aide pas le client à développer de nouveaux mécanismes d'adaptation, ni ne l'encourage à identifier les facteurs de stress menant au plus récent épisode de dépression. La pharmacothérapie n'encourage pas le client à identifier des objectifs et à trouver des stratégies pour atteindre ces objectifs.
 - Sans acquérir de nouvelles compétences, le client qui reçoit une pharmacothérapie seule se retrouve souvent dans la même situation qu'avant, incapable de faire face à des événements de la vie stressants. (Freeman et Diefenbeck, 2005, p. 52). Les croyances sous-jacentes et le traitement de l'information sont souvent altérés pendant la dépression. Les croyances fondamentales à propos de soi-même peuvent être améliorées avec la TCC (Hollon, Stewart et Strunk, 2006).
 - Un dysfonctionnement du système limbique et des anomalies fonctionnelles peuvent être observées chez les patients avec des troubles dépressifs majeurs ; des études sur l'utilisation d'imagerie par résonance magnétique fonctionnelle

(IRMf) et la tomographie par émission de positrons (TEP) montre des changements dans ces structures suite à un traitement de la dépression, tel que la TCC.

- Les compétences de base du personnel infirmier, telles que la présence et les contacts fréquents avec les patients, améliorent l'utilisation de la TCC (American Nurses Association, 2007). Les APN possèdent les caractéristiques suivantes : ils utilisent une perspective holistique, nouent des partenariats avec des patients, ont recours à la pensée clinique théorique, s'appuient sur des recherches factuelles pour guider la pratique. Ce sont des thérapeutes habiles et utilisent diverses approches (partenariat avec le patient, l'écoute active, la prescription de médicaments et des stratégies psychothérapeutiques telles que la TCC) étaient les plus courantes pour gérer la santé (Hamric et autres, 2005) (2008).
- Les infirmières jouent généralement de nombreux rôles en milieu hospitalier, notamment administrer des médicaments, encourager les patients à participer aux activités quotidiennes, aider à la formulation et au suivi du plan de soins et prévoir un temps de parole individuel pour les patients. Bien que difficiles à mesurer, les compétences infirmières constituent un élément important de l'amélioration des symptômes.
- Le groupe TCC sensibilise les patients à la pensée négative et leur offre d'autres moyens de gérer cette négativité (Chen et al., 2006) La TCC aide le patient à évaluer et à modifier le processus de pensée torturés et des comportements dysfonctionnels.
- La TCC permet surtout plus à gagner dans la positivité que dans la réduction de la négativité.
- La TCC fait appel à la pleine conscience et examine les croyances et les attitudes qui sont considérées comme la base du comportement.
- Curran et al. (2006) a noté que les pensées négatives automatiques deviennent un mode de pensée habituel et sont ensuite marquées par des symptômes dépressifs

1.3 Méthodologie de la recherche

■ Outil pour la récolte de données (exemple : questionnaires fermés)

- **ATQ** = questionnaire de pensées automatiques positives. Fait à l'admission et à la sortie sur les pensées automatiques (pour mesurer la fréquence d'apparition d'effets négatifs associés à la dépression.)
- **Echelle de Likert**
- **Le BDI-II** (Inventaire de dépression de Beck) avec des évaluations sur le sommeil ou l'appétit
- Échelles d'évaluation positives et négatives qui comprend 60 items afin d'évaluer la fréquence à laquelle les patients ont eu des expériences négatives au cours de la semaine précédente

■ Population de l'étude :

- **Critères d'inclusion** : un diagnostic de tout trouble de l'humeur, être âgé de 18 ans ou plus, compléter les outils à l'admission et à la sortie
- **Critère d'exclusion** : patients ayant reçu une électroconvulsivothérapie (ECT)

Population : Patients atteints de dépression admis en unité de trouble de l'humeur (n= 427)

- L'âge moyen de ces patients était de 40,6 ans
- 67% étaient des femmes et la plupart (95%) étaient de race blanche
- Tous avaient un type de diagnostic affectif, 73,5% avaient un trouble dépressif majeur

- **Type de devis (ex : quantitative, qualitative) :** Etude qualitative

1.4 Présentation des résultats

- **Principaux résultats de la recherche :**
 - Que les patients dépressifs ayant participé à un groupe TCC présentaient une diminution des symptômes dépressifs.
 - Un changement significatif de la pensée ($p = 0,001$) entre l'admission et la sortie de l'unité.
 - Les variations des scores de BDI-II entre l'admission et la sortie étaient significatives à un taux négatif de 19,1 ($n = 414$, écart-type = 12,5; $p < 0,0001$).
 - Le score BDI-II a diminué au cours de la courte hospitalisation
 - Les scores ATQ-Négatif ont diminué, tandis que les scores ATQ-Positif ont augmenté

1.5 Ethique :

- L'étude a été approuvée, les patients ont participé volontairement à cette étude

Démarche interprétative

2.1. Apports de l'article : Cet article nous permet de montrer que la TCC a un impact positif sur la dépression

2.2 Limites (méthodologiques ou de connaissances)

- Les données existantes ne contiennent pas d'informations sur les médicaments reçus par les participants.
- Certains patients ont des diagnostics supplémentaires au trouble dépressif
- Il n'y a pas de groupe témoin pour comparer
- Les patients venaient tous de la même unité
- Plusieurs professionnels peuvent faire la TCC, donc donner des conseils différents, ce qui peut influencer sur le résultat.
- Le nombre de sessions et la durée du séjour dans l'unité variaient

2.3 Pistes de réflexion :

Ce type d'étude pourrait être refait avec l'ajout d'un groupe témoin et en collaborant avec d'autres unités qui utilisent la TCC. Avec une extension de l'échantillon à d'autres groupes ethniques et raciaux. On ne connaît pas les effets à long terme

La TCC ne pourrait-elle continuer après l'hospitalisation ?

Prevention of recurrent sickness absence in workers with common mental disorders: results of a cluster-randomised controlled trial

Référence complète aux normes APA

Arends, I., van der Klink, J. J. L., van Rhenen, W., de Boer, M. R. et Bültmann, U. (2013). Prevention of recurrent sickness absence in workers with common mental disorders: results of a cluster-randomised controlled trial. *Occupational and Environmental Medicine*, 71(1), 21-29. Accès doi :10.1136/oemed-2013-101412

Démarche descriptive

1.1 Le contexte de réalisation de l'étude

- **Le lieu de l'étude** : Université de Groningue, Pays-Bas
- **Date** : 2013
- **Les objectifs pratiques** : Evaluer l'efficacité de l'intervention « Stimulating Healthy participation And Relapse Prevention (SHARP) » au travail en évaluant : les arrêts-maladies récurrents, les plaintes de santé mentale, le fonctionnement au travail et les comportements de coping

1.2 L'objet de l'article et le cadre théorique

- **Objet de la recherche** : Evaluer l'efficacité, les coût-bénéfices et le processus de l'intervention SHARP (Stimulating Healthy participation and Relapse Prevention) comparé aux traitements habituels développée pour prévenir les rechutes d'arrêt-maladie chez les employés étant retournés travailler après une période d'arrêt-maladie due à un trouble mental courant
- **Hypothèse de travail** : Par rapport aux soins habituels, l'intervention SHARP au travail :
 - Prévient les absences récurrentes pour cause de maladie
 - Réduit les problèmes de santé mentale
 - Améliore le fonctionnement au travail et la capacité de résoudre les problèmes
- **Cadre théorique de la recherche** :
 - Les travailleurs souffrant de troubles mentaux courants souffrent fréquemment d'absence récurrente pour cause de maladie
 - Les troubles mentaux courants, tels que les troubles dépressifs, anxieux et d'adaptation, contribuent à la charge mondiale de morbidité. Ils ont des effets néfastes sur l'individu et ont un impact considérable sur la société en termes de soins médicaux, d'incapacité de travail et de coûts associés
 - La diminution de performance au travail persiste même après la réduction des symptômes. Les absences maladie sont fréquentes suite à un trouble mental
 - Les résultats récents aux Pays-Bas et en Finlande ont montré que 20 à 30% des travailleurs qui sont retournés au travail après une absence pour maladie en raison de troubles mentaux courants subissent des arrêts-maladies courants

- Le risque d'absence maladie du à un trouble mental courant est plus élevé chez les travailleurs qui ont déjà eu des absences dues à une maladie mentale par rapport à une population générale de travailleurs
 - Les absences récurrentes pour maladie ont un impact majeur sur la santé car elles augmentent le risque d'incapacité de travail à la fin des années
 - Les absences récurrentes sont souvent plus graves et plus longues que la première absence
 - L'intervention SHARP au travail a été mise au point pour prévenir les absences récurrentes pour cause de maladie en structurant le traitement des médecins du travail après le retour au travail
- **Principaux concepts et/ou notions utilisés :**
 - Troubles mentaux courants
 - Arrêts-maladies
 - Retour au travail
 - Prévention

1.3 Méthodologie de la recherche

- **Outil pour la récolte de données :**
 - Intervention SHARP au travail qui consistait en un processus de résolution de problèmes en cinq étapes pour trouver et mettre en œuvre des solutions aux problèmes vécus au retour au travail
 - Intervention effectuée par des médecins du travail dont le but était de conseiller les travailleurs au niveau du processus et non de commenter sur le contenu des problèmes
 - 5 consultations étaient recommandées dans les 3 mois après la reprise du travail (suivant les besoins du travailleur) avec un minimum de 2 séances
 - La durée d'une consultation était de 30 minutes
 - Résultats : arrêts-maladies récurrents, plaintes de santé mentale, fonctionnement au travail, comportement de coping
- **Population de l'étude :**
 - Employés, ayant entre 18 et 63 ans, étant diagnostiqués avec un trouble mental courant au début de la période d'arrêt-maladie
 - Employés étant en arrêt maladie depuis au moins 2 semaines et prévoyant de retourner au travail dans les 2 semaines
 - Employés étant retournés au travail après une période d'arrêt-maladie due à un trouble mental courant ont également pu participer
- **Type de devis (ex : quantitative, qualitative) :** Etude contrôlée randomisée → Intervention SHARP (80 participants) ou TTT habituels (78 participants)
- **Instruments de mesures :**
 - **4DSQ : Four Dimensional Symptom Questionnaire** → sert à mesurer les symptômes de détresse, de dépression, d'anxiété et de somatisation

- **HADS : The Hospital Anxiety and Depression Scale** → self report questionnaire pour mesurer la dépression et l'anxiété
- **WRFQ : Work Role Functioning Questionnaire** → pour mesurer le fonctionnement au travail
- **UCL : Utrecht Coping List** → pour mesurer les comportements de coping

1.4 Présentation des résultats

■ Principaux résultats de la recherche :

- Dans les deux groupes, le nombre moyen de jours d'absence pour cause de maladie récurrente était de 0 à toutes les mesures de suivi mais il y avait des différences entre les 75e percentiles des deux groupes
- Les analyses de régression logistique multiniveaux ont révélé un « OR » ajusté de 0,40 (« IC » à 95 % : 0,20 à 0,81) pour l'absence récurrente pour cause de maladie dans le groupe SHARP comparativement au groupe CAU
- L'analyse de l'interaction entre le groupe et le temps a montré que l'effet de l'intervention SHARP-au travail sur l'absence récurrente pour cause de maladie ne différait pas significativement aux trois mesures de suivi
- Le temps d'absence pour cause de maladie récurrente était beaucoup plus long dans le groupe SHARP que dans le groupe TTT habituels
- Les deux groupes ont amélioré leurs plaintes en matière de santé mentale et leur fonctionnement au travail. Aucune différence claire n'a été constatée entre les deux groupes en ce qui concerne les plaintes de santé mentale lors de la mesure de suivi. Le groupe SHARP a fait état d'un meilleur score sur le fonctionnement au travail à 12 mois de suivi et d'une utilisation légèrement plus élevée des trois comportements d'adaptation à toutes les mesures de suivi. On n'a pas trouvé d'interaction significative groupe x temps pour les troubles de santé mentale, le fonctionnement au travail et le comportement d'adaptation

■ Conclusions générales :

- L'incidence de récurrents arrêts maladies était plus basse dans le groupe intervention à chacun des suivis (3, 6 et 12 mois) que dans le groupe contrôle
- Les analyses montrent qu'après 12 mois de suivi, les pourcentages de récurrents arrêts-maladies étaient plus bas de 60% chez le groupe intervention
- Le temps d'absence pour cause de maladie récurrente était beaucoup plus long dans le groupe SHARP que dans le groupe TTT habituels (nombre moyen de 112 jours de plus pour le groupe SHARP)
- Les effets escomptés sur l'amélioration du fonctionnement au travail et de l'adaptation à la résolution de problèmes et la réduction des plaintes en matière de santé mentale n'ont pas été observés
- Bien que les groupes SHARP et TTT habituels aient montré une réduction du nombre de plaintes en santé mentale, tous deux avaient encore des scores relativement élevés sur certaines échelles de santé mentale à 12 mois de suivi
- Les deux groupes ont montré des améliorations dans le fonctionnement au travail au fil du temps, mais après 12 mois de suivi, le score moyen sur le fonctionnement au travail était encore inférieur à celui d'une population active en santé

1.5 Ethique

- Etude approuvée tout comme le protocole de recherche, les questionnaires, les lettres d'information et le consentement éclairé
- Les travailleurs ont participé volontairement à cette étude et ont signé un consentement éclairé

Démarche interprétative

2.1. Apports de l'article : Cet article nous permet de mieux comprendre l'impact d'un retour au travail et retourner au travail après un arrêt-maladie ne signifie pas être guéri et apte à travailler comme une personne saine

2.2 Limites (méthodologiques ou de connaissances) :

- Petit échantillon
- Résultats ne pouvant pas forcément être généralisés à des employés ayant un niveau d'éducation bas (puisque le groupe intervention était constitué d'employés ayant un niveau d'éducation relativement élevé)

2.3 Pistes de réflexion :

- **Nouvelles interrogations et pistes de réflexions :**
 - La recherche future devrait examiner si un traitement de rappel après 6 mois pourrait aider à réduire davantage l'absence récurrente pour cause de maladie et à améliorer la santé mentale et le fonctionnement au travail. Il est important d'étudier l'effet à long terme de l'intervention
 - Une analyse approfondie des caractéristiques spécifiques des travailleurs qui connaissent des absences récurrentes pour cause de maladie, des problèmes de santé mentale persistants et des problèmes de fonctionnement au travail peut aider à concentrer l'intervention sur les besoins des travailleurs les plus vulnérables
 - Les recherches futures doivent se concentrer sur la façon de réduire le nombre de plaintes en matière de santé mentale et d'améliorer le fonctionnement au travail des travailleurs qui sont retournés au travail après une absence pour cause de maladie due à des troubles mentaux courants
 - Avant la mise en œuvre dans la pratique quotidienne, il faut démontrer la rentabilité et le rapport coût-efficacité de l'intervention
- **L'article vaut-il la peine d'être lu ?** Oui car intéressant de savoir si le fait de retourner travailler après un congé maladie signifie que la personne est guérie et complètement apte à travailler

The process of change in psychotherapy for depression: helping clients to reformulate the problem.

Référence complète aux normes APA

Crowe, M., Whitehead, L., Carlyle, D., McIntoch, V., Jordan, J., Joyce, P., et Carter, J. (2011). *The process of change in psychotherapy for depression: helping clients to reformulate the problem*. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19(8), 681–689. Accès doi:10.1111/j.1365-2850.2011.01840.x

Démarche descriptive

1.1 Le contexte de réalisation de l'étude

- **Le lieu de l'étude :** Nouvelle-Zélande
- **Date :** 2011
- **Les objectifs pratiques :**
 - Identifier ce qu'il se passait lors de sessions
 - Identifier comment le client décrivait la psychothérapie
 - Identifier comment le client décrivait l'amélioration ou le manque d'amélioration des symptômes dépressifs

1.2 L'objet de l'article et le cadre théorique

- **Objet de la recherche :** Examiner comment les clients souffrant de dépression s'améliorent pendant des sessions de psychothérapie pour comprendre ce qui est efficace à propos de ce type de TTT donné
- **Cadre théorique de la recherche :**
 - Il est de plus en plus nécessaire que les infirmières en santé mentale soient formées pour offrir des psychothérapies fondées sur des données probantes pour le traitement de la dépression
 - Les modèles de soins échelonnés pour la dépression recommandent le recours à la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) et à la thérapie interpersonnelle (TIP) pour les cas de dépression modérément grave traités par une gamme de professionnels de la santé, dont des infirmières.
 - TCC et psychothérapie interpersonnelle sont efficaces dans le TTT de la dépression légère à modérée
 - Ces thérapies produisent des réponses thérapeutiques comparables à celles des antidépresseurs, environ 50 % de ceux qui reçoivent un traitement se rétablissant complètement
 - Ablon et Marci (2004) suggère que la contribution des facteurs du client au processus psychothérapeutique a été négligée
 - Ils suggèrent aussi que l'étude des processus de changement doit se concentrer sur les contributions du client tout comme celles du thérapeute, et particulièrement sur les contributions qui émergent dans le contexte transactionnel de la relation thérapeutique
 - Ablon et Jones (2002) suggère que chaque clinicien sait qu'au-delà d'un diagnostic spécifique du client, ses qualités personnelles, son état affectif et son style de

relation avec les autres influencent ce qui peut ou non se produire au cours d'une séance de traitement

- Les études qui négligent les processus de traitement pendant la séance (dans une optique transactionnelle) risquent de produire des résultats qui ne feront pas progresser la compréhension d'un traitement efficace au-delà de ce qui est déjà connu
- La TCC exige du thérapeute qu'il adopte une position active et directive ; elle met l'accent sur l'identification des cognitions négatives et fournit des stratégies pour changer ces cognitions, et elle est axée sur la technique
- La TIP est moins directive et plus exploratoire ; elle met l'accent sur le contexte interpersonnel et le développement des compétences interpersonnelles
- Que l'humeur du client se soit améliorée ou non était moins liée au type de thérapie qu'aux caractéristiques du client
- Une approche qualitative de la recherche en psychothérapie a été décrite comme "naturaliste, descriptive, axée sur la découverte, interprétative et quantitative-informative " (Maione et Chenail, 1999)
- La recherche qualitative est nécessaire pour identifier les mécanismes de changement et aider les psychothérapeutes à mieux comprendre les réactions des clients, les techniques utiles et les moyens de construire et de soutenir l'alliance thérapeutique
- Catégories contribuant à l'efficacité de la psychothérapie : les facteurs du client, les facteurs de la relation thérapeutique, les techniques et les facteurs du modèle
- Cette étude était un examen de la façon dont les clients participaient aux séances de TCC et de TIP pour la dépression. Ces séances ont été menées dans le cadre d'un essai contrôlé randomisé - l'étude Christchurch Psychotherapy for Depression Study (CPDS)
- L'objectif principal de cette étude était de comparer l'efficacité du TIP et de la TCC pour la dépression et d'examiner quatre prédicteurs différentiels de personnalité de la réponse

▪ **Principaux concepts et/ou notions utilisés :**

- Dépression
- TCC
- Thérapie interpersonnelle (TIP)

1.3 Méthodologie de la recherche

▪ **Outil pour la récolte de données :** Analyse de vidéos de sessions de TCC et de thérapie interpersonnelle (TIP) réalisé dans le cadre de l'étude Christchurch Psychotherapy for Depression Study (CPDS) (essai randomisé contrôlé)

▪ **Population de l'étude (CPDS) :**

- Participants de 18 ans ou plus avec un diagnostic principal de trouble dépressif majeur
- Les participants devaient être exempts de médicaments pendant au moins deux semaines, sauf pour la pilule contraceptive orale ou un hypnotique occasionnel

▪ **Type de devis :** Etude descriptive (qualitative) → analyse qualitative de transcription de psychothérapie de la CPDS conduit par 4 investigateurs

- 40 clients ont été sélectionnés : 10 clients qui ont été randomisés pour la TCC et ont été évalués comme ayant une amélioration des symptômes de l'humeur (> 60 % d'amélioration des scores MADRS), 10 clients de la TCC qui n'ont pas évalué une amélioration, 10 clients du TPI qui se sont améliorés et 10 clients du TPI qui ne se sont pas améliorés
- Après ce processus de sélection, les 40 séries de séances de psychothérapie (environ 520 séances) ont été transcrites et analysées. L'analyse thématique a ensuite porté sur les séances 1 à 3 (initiale), 6 (moyenne) et 12 (conclusion) des 40 séries afin d'examiner si et comment le problème (description par le client de la raison pour laquelle il était déprimé) a été reformulé tout au long du traitement
- Une analyse des thématiques a été conduite dans le but d'identifier des patterns et de les classer pour ensuite les interpréter, les nommer et les décrire
- Il a été décidé de concentrer des analyses approfondies sur la contribution des clients aux interactions

▪ **Instruments de mesures :**

- **MADRS : Montgomery Asberg Depression Rating Scale** → mesurer les symptômes de dépression

1.4 Présentation des résultats

▪ **Principaux résultats de la recherche :**

- 30% des clients de la TCC et 35% de la TIP étaient des hommes
- La tranche d'âge des clients de la TCC était de 20 à 56 ans (âge moyen : 36.6 ans) et de 19-63 ans pour ceux de la TIP (âge moyen 32.5 ans)
- L'amélioration moyenne sur les scores de MADRS était de 82.9% pour la TCC et de 73.6% pour les clients de la TIP
- Les descriptions des problèmes des clients ont été classées en quatre thèmes : faire, réfléchir, avoir et établir des relations. La façon dont ces problèmes ont été décrits au début de la thérapie n'était pas spécifiquement liée au sexe, à l'âge, aux résultats ou à la psychothérapie, bien qu'un plus grand nombre de participantes aient décrit leurs problèmes comme étant liés au fait d'"avoir" ou à la "relation"
- Ces descriptions suggéraient que les clients considéraient leurs problèmes comme quelque chose qu'ils pouvaient changer en faisant ou en pensant différemment, en repensant leur style de vie ou en changeant leurs relations avec les autres. Elles suggéraient aussi que les clients associaient la dépression à un sentiment d'improductivité, d'irrationnel, d'imprécision, d'inintelligence, de vide ou de dépendance
- Les clients qui se sont améliorés (n = 20) au cours de la thérapie avaient tendance à utiliser de plus en plus le langage associé à leur thérapie désignée, TCC ou TIP, pour décrire leurs problèmes de façon plus constante et plus indépendante du thérapeute que ceux qui ne se sont pas améliorés (n = 20) → pas de différence dans ce processus n'a été observée entre les deux thérapies

- Pour les clients qui ont reçu la TCC et qui se sont améliorés au cours de la thérapie, le problème était formulé comme une croyance ou une façon de penser erronée (ex : « je pense que j'ai pris les choses trop personnellement » ou « je pense que je mérite de mauvaises choses »)
- Pour les clients de la TIP qui se sont améliorés au cours de la thérapie, le problème était formulé comme une difficulté relationnelle (ex : « j'essaie toujours d'éviter ces situations, je n'aime pas le conflit » ou « j'ai l'impression que je suis toujours en train de me disputer avec X »)
- Pour les clients de la TCC qui n'ont pas eu de bons résultats, leurs problèmes avaient tendance à être conceptualisés comme ayant quelque chose de fondamentalement faux avec eux-mêmes - une incapacité à faire confiance, un manque de confiance en soi, une infériorité ou une incapacité à gérer leurs sentiments (ex : « c'est juste qui je suis » ou « je ne suis pas assez bon »)
- Pour ceux qui n'ont pas eu une bonne réponse au TPI, leurs problèmes étaient décrits comme quelque chose sur lequel ils n'avaient aucun contrôle ou comme un manque d'intérêt pour les autres personnes (ex : « j'ai l'impression de ne pas avoir de chance » ou « je continue à penser que c'est tout dans ma tête »)
- Dans les deux psychothérapies, la capacité d'utiliser activement le langage de la psychothérapie particulière indiquait que le client commençait à réagir, tandis que les clients qui assumaient une position plus résistante ou passive dans ces séances intermédiaires semblaient moins sensibles au modèle de psychothérapie
- Ceux qui ont répondu à la TCC et à la TIP étaient plus engagés dans le processus de psychothérapie, ont apprécié le défi posé par la thérapie, ont persévéré avec les stratégies et ont été capables d'identifier leur propre rôle dans le problème → ont montré une attitude positive à l'égard de la thérapie et une intention de persévérer et ont été capable d'appliquer les stratégies suggérées et d'identifier leurs bénéfices
- Pour les deux psychothérapies, ceux qui n'ont pas répondu ont décrit le processus de thérapie comme étant trop difficile ou n'ont pas pensé qu'il s'agissait d'un processus utile → scepticisme et résistance à la thérapie
- Une amélioration s'est produite chez ceux qui ont pu reformuler leur expérience en adoptant des positions alternatives sur les sujets (façons d'être dans le monde) fournies par la thérapie → dans la TCC, cela impliquait la reformulation des habitudes de pensées. Dans la TIP, cela impliquait la reformulation de la manière dont ils se percevaient eux-mêmes et les autres
- Pour les clients qui ne se sont pas améliorés, les thèmes prédominants étaient la description d'eux-mêmes comme étant fondamentalement imparfaits et la dépression comme étant inévitable, d'une certaine façon. Dans le cas de la TCC, il était évident que ces clients n'étaient pas en mesure d'appliquer ou de maintenir les stratégies thérapeutiques.
- La situation était semblable pour les clients qui ne s'étaient pas améliorés avec le TPI, bien qu'il y ait eu un thème un peu plus fort de choix de ne pas faire le changement ou une incapacité à faire le changement.

▪ **Conclusions générales :**

- Il y avait des différences dans les descriptions de la thérapie et l'expérience de la dépression entre les clients qui ont répondu et ceux qui n'ont pas répondu à la

thérapie qui étaient liées à l'amélioration des symptômes mais pas à la thérapie spécifique

- Ces différences se situaient au niveau de l'engagement du client envers le langage de la thérapie, de son optimisme à l'égard du modèle particulier de la psychothérapie, de sa capacité à examiner son propre rôle dans le problème et de son désir d'adopter de nouvelles façons d'être dans sa vie
- Les clients qui ont répondu à la TCC ou à la TIP avaient la souplesse nécessaire pour développer de nouvelles façons de penser et d'agir, la capacité d'accepter la responsabilité de leur rôle dans le problème identifié et étaient prêts à risquer le changement
- Comment les clients ont formulé leurs problèmes, décrit la thérapie et décrit les changements dans les symptômes dépressifs étaient liés à l'issue de la psychothérapie, mais ne semblaient pas liés à la psychothérapie particulière qu'ils ont reçue, TCC ou TIP

1.5 Ethique (Questions philosophiques liées à l'objet d'étude et/ou à la démarche de recherche soulevées par l'auteur) → pas présent

Démarche interprétative

2.1. Apports de l'article : Cet article nous permet de mieux comprendre comment les personnes suivant une TCC améliorent leurs symptômes dépressifs et qu'est ce qui joue un rôle positif dans leurs changements à travers la TCC

2.2 Limites (méthodologiques ou de connaissances) :

- La décision de se concentrer uniquement sur les réponses des clients et non sur l'interaction entre eux et le thérapeute
- L'homogénéité culturelle et ethnique relative des participants (tous étaient européens et néo-zélandais à l'exception d'une personne qui s'identifiait comme Maori et d'une autre qui s'identifiait comme Autre)
- Tous les thérapeutes étaient européens néo-zélandais, donc une autre limite est que les résultats doivent être lus dans ce contexte
- Les réponses des participants à la thérapie étaient liées à leur style attributif, ce qui n'a pas été mesuré dans cette étude

2.3 Pistes de réflexion :

- **L'article vaut-il la peine d'être lu ?** Oui car très intéressant pour notre travail de mieux comprendre ce qu'il se joue réellement dans une TCC et de comprendre en quoi les personnes s'améliorent