

Haute Ecole ARC, Neuchâtel

Travail de Bachelor

Sous la direction de Monsieur Christian Voirol, professeur HES

Module Recherche

**Etude des traitements existants pour les
adolescents avec des multimorbidités :
dépression, consommation de cannabis, anorexie
et boulimie.**

Michèle Oppliger

Nadia Pazos

Nazanin Najafzadehkhoei

4 juillet 2017

Table des matières

RÉSUMÉ	5
REMERCIEMENTS	9
CHAPITRE 1 : INTRODUCTION	10
CHAPITRE 2 : PROBLÉMATIQUE	14
LA MANIÈRE DONT LA QUESTION DE DÉPART EST SURVENUE, NOS MOTIVATIONS	15
EXPÉRIENCES PERSONNELLES	16
MÉTAPARADIGME INFIRMIER SELON FAWCETT ET REVUE EXPLORATOIRE DE LITTÉRATURE	17
<i>Introduction aux concepts du métaparadigme infirmier</i>	17
RECHERCHE DE LITTÉRATURE	17
<i>Troubles alimentaires</i>	17
<i>Addiction</i>	26
<i>Dépression</i>	34
<i>Comorbidités</i>	37
LES LIENS AVEC LES MODES DE SAVOIRS INFIRMIERS	39
CONCEPTS RETENUS COMME PERTINENTS	42
SYNTHÈSE ET PERSPECTIVES POUR LA PRATIQUE	44
CHAPITRE 3 : CONCEPTS ET CHAMPS DISCIPLINAIRES INFIRMIERS	47
ADOLESCENCE	48
LA CONSOMMATION DE CANNABIS À L'ADOLESCENCE	48
L'ANOREXIE ET LA BOULIMIE À L'ADOLESCENCE	51
LA DÉPRESSION CHEZ L'ADOLESCENT	54
LES COMORBIDITÉS ET LE RISQUE SUICIDAIRE	56
DÉFINITION DU CADRE THÉORIQUE	58
CHAPITRE 4 : MÉTHODE	62
FORMULATION DE LA QUESTION PICOT	63
<i>Population (P)</i>	63
<i>Intervention (I)</i>	63
<i>Comparaison (c)</i>	63
<i>Outcomes (résultats cliniques) (O)</i>	64
<i>Temps (T)</i>	64
SÉLECTION DES ARTICLES DANS LES BASES DE DONNÉES	75
<i>Critères de sélection des articles</i>	75
<i>Analyse des articles avec la grille de Fortin</i>	78
CHAPITRE 5 : SYNTHÈSE DES RÉSULTATS/DISCUSSION	79
SYNTHÈSE DES RÉSULTATS DES ARTICLES	80
DÉVELOPPEMENT DES RÉSULTATS EN LIEN AVEC LA QUESTION PICOT	87
PERSPECTIVES / PROPOSITIONS POUR LA PRATIQUE	92
CHAPITRE 6 : CONCLUSIONS	95
APPORT DU TRAVAIL DE BACHELOR (ÉLÉMENTS FACILITANTS ET CONTRAIGNANTS)	96
LIMITES	97
PERSPECTIVES POUR LA RECHERCHE	98

CHAPITRE 7 : RÉFÉRENCES	100
CHAPITRE 8 : ANNEXES	106
ANNEXE 1 : TÉMOIGNAGE D'UN ALCOOLIQUE ANONYME	107
ANNEXE 2 : TÉMOIGNAGE D'UNE ALANON	109
ANNEXE 3 : EXPÉRIENCES PERSONNELLES	110
ANNEXE 4 : CRITÈRES DIAGNOSTICS DE LA DÉPENDANCE	115
<i>Critères diagnostiques de la CIM-10, Syndrome de dépendance</i>	115
<i>Critères diagnostiques du DSM-V, troubles liés au cannabis</i>	116
ANNEXE 5 : CRITÈRES DIAGNOSTICS DE LA DÉPRESSION	118
<i>Critères diagnostiques de la CIM-10, épisode dépressif</i>	118
<i>Critères diagnostiques du DSM-V, trouble dépressif induit par une substance / un médicament</i>	119
<i>Critères diagnostiques du DSM-V, trouble dépressif dû à une autre affection médicale</i>	120
ANNEXE 6 : CRITÈRES DIAGNOSTICS DES TROUBLES ALIMENTAIRES	121
<i>Critères diagnostiques de la CIM-10, troubles de l'alimentation : anorexie mentale</i>	121
<i>Critères diagnostiques du DSM-V, anorexie mentale</i>	122
<i>Critères diagnostiques de la CIM-10, troubles de l'alimentation : boulimie (bulimia nervosa)</i>	123
<i>Critères diagnostiques du DSM-V, boulimie (bulimia nervosa)</i>	124
ANNEXE 7 : ANALYSE DES ARTICLES AVEC LA GRILLE ADAPTÉE DE FORTIN (2010)	125

Liste des tableaux et des figures

FIGURE 1. VUE D'ENSEMBLE DE LA THÉORIE DE LA GESTION DES SYMPTÔMES	58
FIGURE 2. PROCESSUS DE RÉVISION - RECHERCHE SUR LES BASES DE DONNÉES	74
TABLEAU 1 QUESTION PICOT	65
TABLEAU 2 DESCRIPTEURS MEDLINE	66
TABLEAU 3 RECHERCHE DANS LA BASE DE DONNÉES MEDLINE	67
TABLEAU 4 DESCRIPTEURS CINHAI	68
TABLEAU 5 RECHERCHE DANS LA BASE DE DONNÉES CINHAI	69
TABLEAU 6 DESCRIPTEURS PSYCINFO	70
TABLEAU 7 RECHERCHE DANS LA BASE DE DONNÉES PSYCINFO	71
TABLEAU 8 DESCRIPTEURS COCHRANE	72
TABLEAU 9 RECHERCHE DANS LA BASE DE DONNÉES COCHRANE	73
TABLEAU 10 SYNTHÈSE DE L'EFFICACITÉ DES TRAITEMENTS	91

Résumé

Problématique

Tout d'abord, nos principales motivations pour réaliser ce travail peuvent se résumer en trois points. Il y a notre intérêt tout particulier pour la psychiatrie, notre envie d'approfondir nos connaissances sur ce sujet et la volonté de mieux comprendre les relations entre la dépression, les conduites addictives et les troubles nutritionnels.

Les points centraux qui ressortent de notre recherche de littérature sont les suivants. En premier lieu, les troubles alimentaires regroupent deux formes principales : l'anorexie et la boulimie. De ces deux pathologies découlent d'autres formes (anorexie masculine, hyperphagie boulimique, etc.).

Dans les recherches concernant l'addiction, on constate que ce phénomène est toujours décrit en regard de la cause. On y retrouve des formes en lien avec des substances (cocaïne, cannabis, psychostimulants, etc.) et d'autres formes basées, par exemple, sur les jeux pathologiques.

La notion de dépression, par contre, est multidimensionnelle et découle de causes multifactorielles. Elle apparaît dans les périodes de fragilités.

Après nos recherches dans la littérature, nos concepts finaux retenus sont l'anorexie-boulimie, la dépression et l'addiction au cannabis chez les adolescents. Nous évoquons également le risque suicidaire lié à ces pathologies psychiatriques. La prise en charge des jeunes présentant une addiction au cannabis, un trouble alimentaire et une dépression est

relativement peu documentée. Ce travail vise donc à comprendre comment peuvent être traitées de telles situations de comorbidités.

La question de recherche qu'explore ce travail est : « Chez les adolescents âgés de 13 à 18 ans ayant une addiction au cannabis, comment la gestion des symptômes des comorbidités (dépression, anorexie, boulimie) influence-t-elle la diminution des récurrences et la survenue d'une chronicité de la maladie (effets de la stratégie de gestion des symptômes) ? ».

Concepts abordés

L'adolescence : c'est une période de vie entre l'enfance et l'âge adulte, traduite par la puberté et s'étendant de 10 à 18 ans.

La consommation de cannabis à l'adolescence : c'est une problématique à causes multifactorielles pouvant aboutir à une dépendance. Cette dernière se traduit entre autres par une perte de contrôle, des besoins compulsifs et des signes de sevrage lors d'arrêt de consommation.

L'anorexie et la boulimie à l'adolescence : l'anorexie est une pathologie émanant d'une distorsion de l'image corporelle conduisant à une volonté de maigrir à tout prix. La boulimie est une consommation compulsive de nourriture pouvant être associée ou non à des vomissements et pouvant être en lien avec l'anorexie.

La dépression : c'est un trouble thymique dont la survenue est importante à l'adolescence, cette phase étant une période de fragilité.

Le suicide : c'est une action dont le but est de se donner la mort. La présence d'un trouble mental augmente le risque suicidaire.

Méthode

A partir de notre question de recherche, nous avons cherché quinze articles sur les bases de données à l'aide de descripteurs définis à partir de nos mots-clés. La sélection des articles s'est fait après la lecture des titres et des résumés. Nous avons des critères d'exclusion (année de publication, niveau de preuve...). Deux articles ont été trouvés sans descripteurs. Dans l'ensemble des articles, certains ne traitent pas uniquement de nos concepts. Ils parlent, par exemple, d'autres addictions que celle du cannabis.

Notre méthode de recherche apparaît dans notre travail sous forme de tableaux et d'un schéma.

Résultats

Les résultats montrent qu'il existe à la fois des traitements pharmacologiques (principalement des antidépresseurs) et non pharmacologiques (thérapie familiale, musicothérapie, etc.) efficaces pour traiter les adolescents atteints de pathologies multiples (dépression, consommation de cannabis, troubles alimentaires, etc.). Nous avons identifié dans cette recherche plus d'une dizaine de thérapies. Néanmoins, aucune n'est spécifique aux trois troubles. Elles traitent souvent une ou deux des pathologies.

Conclusions

Dans les éléments facilitants et contraignants pour réaliser notre travail, on peut évoquer le fait d'être trois. Effectivement, faire un travail de Bachelor en groupe permet un partage des expériences et des opinions. C'est également

contraignant pour l'organisation. Il faut prendre en compte chaque personne et réussir à travailler ensemble.

Dans les limites, on peut évoquer les articles. Concrètement, ils ne traitent pas que de nos concepts (dépression, addiction au cannabis et anorexie / boulimie) et aucun des articles n'évoque ces trois concepts en interrelation. Nous n'avons donc qu'une vision partielle de la question.

Mots-clés

Dépression ; cannabis ; anorexie ; boulimie ; traitement ; addiction ; adolescent ; comorbidités ; risque suicidaire

Remerciements

Nous tenons tout particulièrement à remercier monsieur Christian Voirol pour son encadrement durant toute la durée de notre travail de Bachelor. Un grand merci pour son investissement et pour le temps qu'il nous a accordé.

Nous souhaitons également remercier monsieur Hervé Oppliger qui a pris le temps de relire notre travail de Bachelor. Sa lecture nous a permis de rendre notre travail plus abordable pour les personnes externes à notre formation en soins infirmiers.

Chapitre 1 : Introduction

Au terme de notre formation en soins infirmiers, nous devons réaliser un travail de Bachelor. Ce travail a pour but de nous mener à un questionnement professionnel. Il regroupe différentes recherches sous forme d'une revue exploratoire de littérature et d'articles scientifiques dans des bases de données. Ces articles sont en lien avec notre question de recherche, celle-ci étant le sujet principal de notre travail.

Pour débiter notre travail de Bachelor, nous avons choisi une question de départ parmi une liste de questions présélectionnées par l'école : « *quel est le lien entre nutrition, dépression et addiction ?* ». Cette question provient directement de la pratique. Elle a été soumise à la Haute Ecole Arc Santé directement par des experts du domaine de la santé qui œuvrent sur le terrain. Notre question de départ contient trois principaux concepts : la nutrition, la dépression et l'addiction. Ce sont des sujets pour lesquels nous avons de l'intérêt. En effet, chacune de nous a eu des expériences personnelles et professionnelles, en lien avec ces sujets. De plus, le domaine de la psychiatrie nous intéresse particulièrement.

Nous avons abordé les concepts de la question de départ dans le chapitre « problématique » en faisant différentes recherches sous forme d'une revue exploratoire de littérature. Ces recherches ont été réalisées au travers des livres, des sites internet ou encore des rapports d'experts. Elles ont eu pour but de nous aider à éclairer ces différents sujets afin d'en avoir une vision large. En effet, chaque concept est complexe. La revue exploratoire de littérature nous a donc permis par la suite de choisir et de cibler des concepts

bien précis. Ceci dans le but également de nous aider pour la formulation de notre question de recherche.

Les concepts que l'on a retenus pour notre travail ont été définis dans le chapitre 3. Nous avons choisi les concepts de l'anorexie mentale et de la boulimie (troubles alimentaires), de la dépression et de l'addiction au cannabis. Dans ce même chapitre, nous avons choisi un cadre théorique infirmier. Nous avons développé une théorie infirmière en lien avec nos sujets principaux. Cette théorie de la gestion des symptômes (« Theory of Symptom Management » en anglais) (Humphreys & Carrieri-Kohlman, 2014) nous a permis de préciser ce que nous voulions faire dans notre travail. Nous souhaitons approfondir l'approche thérapeutique de ces pathologies. Pour préciser encore notre question de recherche, nous avons choisi de délimiter notre population aux adolescents.

Une fois notre question de recherche formulée : « *Chez les adolescents âgés de 13 à 18 ans ayant une addiction au cannabis, comment la gestion des symptômes des comorbidités (dépression, anorexie, boulimie) influence-t-elle la diminution des récurrences et la survenue d'une chronicité de la maladie (effets de la stratégie de gestion des symptômes) ?* », nous avons réalisé nos recherches d'articles scientifiques dans les bases de données. Ces articles ont été analysés par la suite à l'aide d'une grille d'analyse spécifique (grille de Fortin (Fortin & Gagnon, 2010) . Elle nous permet de faire ressortir l'essentiel de nos recherches.

La synthèse de nos recherches est présentée à la fin de notre travail à l'aide des résultats et discussions de chaque article scientifique. Nous développons ces résultats en lien avec notre question de recherche. Le but n'est pas nécessairement d'y répondre, mais d'avoir des pistes à transposer dans la pratique. En ce sens, il s'agit pour nous de développer un regard critique et professionnel vis-à-vis de ce travail de recherche.

Chapitre 2 : Problématique

La manière dont la question de départ est survenue, nos motivations

Tous d'abord, nous avons décidé de partir sur le thème de la psychiatrie. C'est le premier facteur qui a orienté notre choix vers notre question de départ.

Nous avons choisi la question de départ suivante : « *Quel est le lien entre dépression et nutrition pour les patients présentant des conduites addictives ?* ». Cette question nous intéressait, car elle touche trois problématiques bien distinctes : la dépression, la nutrition et les conduites addictives. Nous trouvions intéressant d'explorer ces trois problématiques, ainsi que leurs interactions. Effectivement, nous avons pu constater qu'elles se retrouvent souvent chez les patients que nous avons rencontrés en service de psychiatrie (Annexe 3 : expériences personnelles, p. 110). De ce fait, les liens qui pourraient exister entre elles nous interpellent et nous poussent à nous questionner davantage. Il nous paraît intéressant de comprendre par quels enchaînements ces pathologies apparaissent ensemble chez un nombre important de patients.

Au début de notre formation en soins infirmiers, nous avons eu des cours sur la dépression et les conduites addictives. Ces cours étaient enrichissants. En soi, ils nous ont permis de découvrir le fonctionnement de ces pathologies, mais également leurs traitements et leurs incidences sur les malades et leurs proches. De plus, ces cours sont utiles pour réaliser notre travail à travers les connaissances qu'ils nous apportent. Ils pourront être approfondis dans un même temps. Dans notre société, ces pathologies sont des sujets de discussion

courants. Cependant, nous ne connaissons que la partie visible de l'iceberg. De surcroît, la rencontre avec les alcooliques anonymes et les ALANON (groupes d'entraide) nous a motivés pour choisir une thématique sur les troubles addictifs. Cette rencontre a eu lieu lors d'un après-midi organisé dans le cadre de notre formation au sein de la HE-Arc santé avec l'ensemble de notre volée. Concrètement, des membres de ces deux groupes ont donné des témoignages sur leur vie avec la dépendance (Annexe 1 : témoignage d'un alcoolique anonyme, p. 107 et Annexe 2 : témoignage d'une ALANON, p. 109). Leurs discours poignants et marquants ont éveillé en nous une envie d'en connaître plus sur le sujet de l'addiction.

Par le choix de notre question, nous entrevoyons un large ensemble de possibilités pour construire notre question spécifique de recherche et c'est un avantage certain à nos yeux.

Expériences personnelles

Nous avons chacune effectué un stage dans le domaine de la psychiatrie. Les expériences de stage de deux d'entre nous ont pu être transposées dans notre travail. Ces stages se sont déroulés dans les services des troubles affectifs (troubles de l'humeur) et chez les adolescents.

Par ailleurs, nous avons également côtoyé, dans notre entourage, des personnes atteintes de pathologies psychiatriques.

Nos témoignages se trouvent en annexe de ce travail (Annexe 3 : expériences personnelles, p. 110).

Métaparadigme infirmier selon Fawcett et revue exploratoire de littérature

Introduction aux concepts du métaparadigme infirmier

Tout d'abord le métaparadigme infirmier est la base conceptuelle qui régit cette profession. Il définit la structure et l'organisation de tous les phénomènes constituant les soins infirmiers (Fawcett, 1984). Le métaparadigme infirmier définit quatre concepts : l'être humain, l'environnement, la santé et les soins infirmiers.

A travers chaque concept, nous pouvons réaliser une analyse de notre question de départ. L'être humain, l'environnement, la santé et les soins infirmiers ont un impact majeur sur le développement de pathologies dépressives, addictives et nutritionnelles.

Recherche de littérature

Troubles alimentaires¹

Notre question de départ aborde la nutrition, comme elle est en lien direct avec des conduites addictives, nos recherches se sont davantage tournées vers les troubles du comportement alimentaires.

Pour commencer, en ce qui concerne les statistiques en Suisse, une enquête a été effectuée à l'hôpital universitaire de Zurich en 2010 (Office fédéral de la santé publique OFSP, 2010). L'échantillon interrogé regroupait 10'038 habitants, âgés de 15-60 ans, dans les trois régions linguistiques de

¹ Voir également : Annexe 6 : critères diagnostics des troubles alimentaires, p. 121

Suisse. Les résultats montrent que sur l'ensemble des personnes domiciliées en Suisse, 3,5% traverseront un trouble alimentaire au cours de leur vie. Les femmes sont plus touchées par l'ensemble des troubles que les hommes. Par exemple, pour l'anorexie, 1,2% de femmes sont touchées contre 0,2% d'homme. Pour la boulimie et l'hyperphagie boulimique, 2,4% des femmes sont atteintes contre 0,9% d'hommes pour la boulimie et 0,7% pour l'hyperphagie boulimique.

Le chapitre ci-dessous consacré aux troubles du comportement alimentaires, est essentiellement tiré des ouvrages de Lamas, Shankland, Nicolas et Guelfi (2012) et de Berg, Hurley, McSherry et Strange (2005).

Dans les troubles du comportement alimentaires que nous avons pu trouver, il y a majoritairement deux troubles ; l'anorexie mentale et la boulimie. Dans nos recherches, on évoque des diagnostics différentiels à l'anorexie comme l'anorexie masculine, l'anorexie prépubère et l'anorexie adulte. On trouve aussi des conduites voisines de la boulimie, comme l'hyperphagie boulimique (« binge eating disorder » en anglais), les compulsions alimentaires (« craving » en anglais), le syndrome d'hyperphagie nocturne (« night eating syndrome » en anglais) et grignotage de produits sucrés. Ils ont été décrits par Lamas et al. (2012) dans leur livre « *Les troubles du comportement alimentaire* ». Ces auteurs présentent l'anorexie mentale en 3A (Anorexie, Amaigrissement et Aménorrhée). L'anorexie qui signifie une diminution d'appétit lié au fait que le patient refuse de s'alimenter correctement par rapport à sa masse corporelle. L'amaigrissement qui se

traduit par une importante perte de poids ou une absence d'augmentation de celui-ci durant la croissance. L'aménorrhée primaire ou secondaire, elle, touche la femme post-pubère qui ne consomme pas de contraceptifs oraux et elle accompagne les deux autres symptômes (Lamas et al., 2012).

Pour ces auteurs, l'anorexie masculine est décrite comme un trouble similaire à l'anorexie mentale féminine. Cependant, ils ajoutent à la pathologie masculine certaines caractéristiques ; une perte importante dans les activités intellectuelles et au niveau du poids ainsi qu'un haut niveau d'activités physiques, avec l'utilisation fréquente des stéroïdes anabolisants. Effectivement, les hommes cherchent à remplacer la graisse par des muscles. D'après leur recherche, les formes restrictives pures apparaissent extrêmement peu souvent chez les garçons. Ce type d'anorexie touche environ 10% de tous cas. Cependant, il est très probable que ses troubles soient sous-estimés chez les garçons, pour des raisons de représentations sociales. Il existe par ailleurs, un lien entre l'anorexie masculine et la dépression. Dans les symptômes diagnostiques, on trouve des troubles de l'érection et l'absence de libido, qui est souvent comparée à l'aménorrhée féminine (Lamas et al., 2012).

L'anorexie prépubère est comprise entre 9 et 12 ans. Les causes et les symptômes sont foncièrement les mêmes que chez les adolescents, mais l'impact de la maladie peut être important sur la croissance. Cette forme d'anorexie est plus grave que les autres, car elle peut avoir des retentissements bien plus importants et à plus long terme sur l'organisme des sujets touchés (Lamas et al., 2012).

Finalement, l'anorexie adulte est décrite par les auteurs comme la forme touchant les personnes de plus de 25 ans. Néanmoins, les premiers signes surviendraient tout de même durant l'adolescence, majoritairement à la suite d'évènements difficiles.

Enfin, Lamas et al. (2012) expliquent qu'il faut bien prendre garde aux cas de troubles alimentaires ou d'amaigrissement en lien avec des maladies psychiatriques ou somatiques. L'anorexie pourrait alors être un symptôme de ces maladies. Elle est donc à évaluer en prenant la personne dans sa globalité.

Dans un autre ouvrage intitulé lui aussi « Les troubles du comportement alimentaire » (Berg et al., 2005) les auteurs présentent à leur manière l'anorexie et de façon plus générale :

L'anorexie se caractérise par un refus de conserver un poids normal pour l'âge et la taille du sujet, ou une incapacité d'atteindre un poids normal en phase de croissance et de développement physique ; la crainte de prendre du poids ou de devenir obèse ; une image altérée de son propre corps ; une aménorrhée chez les femmes qui n'utilisent ni œstrogènes ni contraceptifs oraux.

Pour cette définition, les auteurs se réfèrent aux critères du DSM-IV-TR (American Psychiatric Association & J.-D. Guelfi et al., 2004).

Ils sous-catégorisent l'anorexie alors en anorexie mentale avec boulimie compensatoire et anorexie restrictive. L'anorexie boulimique compensatoire représente une association entre compulsions alimentaires et vomissements. L'anorexie restrictive conduit les patients à diminuer considérablement leurs apports alimentaires quotidiens sans recours à des conduites comme les vomissements ou la prise de laxatifs (Berg et al., 2005).

En revenant à l'ouvrage de Lamas et al. (2012) ils décrivent la boulimie comme une pathologie indépendante de l'anorexie. Pour eux, c'est une consommation excessive de nourriture de façon impulsive, irrésistible, avec une sensation de perte de contrôle. Les aliments sont ingérés dans un laps de temps très restreint et représentent des quantités largement supérieures aux consommations habituelles du sujet. Les accès boulimiques sont reconnus par les patients comme des comportements anormaux et conduisent souvent à de la honte. Les crises boulimiques s'arrêtent lorsque le sujet ressent physiquement un malaise, de la culpabilité, des douleurs abdominales ou alors la crise s'arrête lorsqu'il n'y a plus d'aliments disponibles. Ces épisodes peuvent être déclenchés par un état d'angoisse ou après un repas important et peuvent durer d'une à deux heures (Lamas et al., 2012).

Selon Berg et al. (2005) la boulimie se définit comme des épisodes récurrents d'hyperphagie incontrôlée avec tentative de compensation par des vomissements provoqués, le recours inapproprié à des laxatifs et à des exercices physiques excessifs ; l'obsession de la corpulence, de la silhouette et du poids.

Dans les autres troubles de conduites alimentaires, on retrouve l'hyperphagie boulimique décrite comme une pathologie semblable à la boulimie à la différence près que les sujets ne développent pas de mécanismes compensatoires (vomissements, hyperactivités, prise de laxatifs, etc.). Les patients sont donc obèses et restent très préoccupés par leurs poids et leurs visions de la nourriture, sans pour autant réussir à se restreindre. Les personnes atteintes par l'hyperphagie boulimique souffrent souvent de troubles dépressifs ainsi que de troubles de la personnalité. Les deux éléments

centraux de cette pathologie sont la frénésie alimentaire et la perte de contrôle de l'acte alimentaire (Lamas et al., 2012).

Berg et al. (2005) abordent l'hyperphagie incontrôlée et la compulsion alimentaire. Ces deux pathologies pourraient être assimilées à l'hyperphagie boulimique décrite ci-dessus. Elles sont peintes comme de grandes consommations alimentaires dans une durée relativement brève (deux fois par semaine, durant au moins trois mois). Ces crises alimentaires sont incontrôlables et elles s'arrêtent soit lorsqu'il n'y a plus d'aliments, soit lors de l'arrivée de sensations corporelles désagréables soit lorsqu'une obligation sociale apparaît faisant office de distraction.

Les compulsions alimentaires sont quant à elles définies comme une consommation par envie d'aliments de façon impulsive, hors des repas. Cette prise alimentaire conduit à une sensation de plaisir et de soulagement accompagnée de culpabilité. Cette pathologie est souvent comparée à d'autres conduites addictives (Lamas et al., 2012).

Le syndrome d'hyperphagie nocturne est une forme d'hyperphagie qui apparaît lors des phases d'endormissement le soir. Les sujets sont dans des états proches du somnambulisme et donc peuvent n'avoir aucun souvenir de leurs consommations. Tant que l'accès d'alimentation n'a pas eu lieu, les sujets ne peuvent s'endormir. De plus, des troubles du sommeil sont souvent associés à cette pathologie (Lamas et al., 2012).

Pour sa part, le grignotage se traduit par une ingestion presque automatique d'aliments hors des repas et sans sensation de faim. Ce

comportement est décrit comme passif et automatisé en comparaison des autres troubles alimentaires. Il est par ailleurs admis socialement et ne conduit pas à des sentiments désagréables comme de la honte (Lamas et al., 2012).

Finalement, l'hyperphagie psychogène est une surconsommation qui n'a pas lieu en réponse à des sensations incontrôlables et qui ne s'accompagne pas de contrôle du poids. Pour les vomissements psychogènes, ils sont involontaires et spontanés. Ils peuvent apparaître dans les situations de stress. Les sujets ne souffrent pas d'amaigrissement significatif (Lamas et al., 2012).

Dans les diagnostics différentiels de boulimie, on retrouve plusieurs types de dépressions : la dépression saisonnière et la dépression majeure avec caractéristiques atypiques. La dépression saisonnière apparaît lors de la diminution du temps d'ensoleillement et s'accompagne d'émotions négatives et de consommations plus importantes d'aliments sucrés. La dépression majeure avec caractéristiques atypiques, quant à elle, constitue une dépression qui s'accompagne de conduites du type boulimique. Il est aussi possible que la boulimie ait conduit à une dépression (Lamas et al., 2012).

Selon Berg et al. (2005) il existe aussi des troubles alimentaires atypiques. La CIM-10 (dixième édition de la « Classification internationale des maladies ») les décrit comme suit ;

Affections dont le tableau clinique correspond globalement au diagnostic d'anorexie ou de boulimie, mais où certains signes essentiels manquent ou bien sont présents mais avec une intensité faible.

Voici maintenant les liens qui peuvent être faits entre les troubles alimentaires et les quatre concepts du métaparadigme infirmier. Pour le

concept de l'être humain, d'après nos recherches, on peut dire qu'il existe des différences dans la pathologie de l'anorexie selon le genre et l'âge (homme ou femme, enfant ou adulte).

Un lien peut être fait avec la théorie des quatorze besoins fondamentaux de l'être humain de Virginia Henderson (1994). En effet, les troubles alimentaires touchent au deuxième besoin fondamental de l'homme qui est le besoin de boire et de manger. Celui-ci n'est pas satisfait tant pour la personne anorexique qui se restreint, que pour la personne boulimique ou hyperphagique qui a recours à des crises compulsives.

L'environnement est un facteur essentiel à prendre en compte dans les troubles alimentaires. En effet, l'apparition de la pathologie survient généralement après des événements difficiles. De même, il est nécessaire de tenir compte des conditions socio-économiques dans lesquelles l'individu se trouve, car celles-ci influencent également sa santé. Par exemple, un individu ne s'alimentera pas de la même manière selon son revenu et/ou sa situation géographique. La personne avec un faible revenu aura tendance à se tourner vers une alimentation « moins riche » que celle qui gagne davantage au vu du coût actuel de la vie (prix des fruits et légumes, viandes, poissons, etc.). La situation géographique influence aussi l'alimentation, car le mode de vie est totalement différent en milieu rural, ou en milieu citadin. En campagne, il n'y a pas (ou peu) d'accès à des magasins d'alimentation. En ville, il y a de nombreux commerces.

Un autre exemple plus général concerne la boulimie et l'hyperphagie. Un environnement qui engendre un sentiment d'ennui, de stress ou encore d'angoisse peut mener à la prise d'aliments afin d'atténuer des sentiments à priori désagréables.

Pour le concept de la santé, on peut dire que les troubles alimentaires touchent aussi bien la santé mentale que la santé physique. Par exemple, un individu souffrant d'anorexie et/ou de boulimie présente une importante perte et/ou prise de poids altérant leur fonctionnement organique (troubles de la croissance, aménorrhée, etc.).

Dans le cas de la boulimie et de l'hyperphagie, l'individu peut être amené à ressentir des sentiments de honte et de culpabilité et peut souffrir, entre autres, de troubles dépressifs.

Enfin, à propos du concept des soins infirmiers, il est fondamental de réaliser les soins de manière holistique. Ceci veut dire que l'on prendra en compte l'ensemble de la personne. Il s'agit d'assurer une prise en charge psychologique, somatique, nutritionnelle et sociale. Cette personne passera donc par une prise en charge pluridisciplinaire.

Dans le traitement psychologique, des thérapies individuelles ou de groupe peuvent être réalisées. En effet, comme pour les alcooliques anonymes, il existe des groupes de soutien pour les personnes atteintes de troubles alimentaires. Par ailleurs, la famille peut également être impliquée menant ainsi au besoin d'une thérapie familiale (Association Boulimie Anorexie, 2016).

Les traitements somatiques et nutritionnels des troubles alimentaires visent en premier lieu une reprise d'un poids acceptable pour l'anorexique et une diminution des crises compulsives chez les personnes boulimiques et hyperphagiques. Ce premier but permet de ne pas mettre leur vie en danger (Association Boulimie Anorexie, 2016).

Parallèlement, le traitement des troubles alimentaires passe aussi par l'amélioration de l'estime de soi et l'acceptation de son corps (Association Boulimie Anorexie, 2016).

Addiction²

Vis-à-vis des statistiques en matière de consommation de substances psychoactives, des relevés du Monitorage suisse des addictions sont publiés chaque année (Monitorage suisse des addictions, 2012). Elles se basent sur une enquête de l'Office fédérale de la santé publique. Concrètement, 11 000 personnes âgées de 15 ans et plus sont questionnées sur leur consommation (tabac, alcool, drogues).

En 2012, 25,9% de la population âgée de plus de 15 ans fume du tabac. Les résultats montrent aussi que les consommations diminuent avec l'âge, mais la diminution est importante uniquement à partir de 45 ans.

Neuf personnes sur dix boivent de l'alcool et une personne sur dix en boit quotidiennement. Les hommes sont de plus grands consommateurs que les femmes. Les jeunes de 15 à 25 ans boivent moins souvent, mais en plus

² Voir également : Annexe 4 : critères diagnostics de la dépendance, p. 115

grandes quantités d'alcool. Finalement, une personne sur cinq (22%) à un comportement de consommation à risque. Concernant les facteurs sociodémographiques, les personnes ayant réalisé de hautes études présentent plus des consommations à risque.

La drogue la plus consommée en Suisse est le cannabis. Sa consommation est plus importante entre 15 et 24 ans. Les hommes sont de plus grands consommateurs, même si le pourcentage suisse reste faible (moins de 1% de la population).

Pour la partie de notre question initiale qui concerne l'addictologie, voici les définitions que nous avons trouvées dans la littérature. Dans l'ouvrage de Lejoyeux (2010), l'auteur décrit les conduites addictives dépendantes de substance telles que le tabac, l'alcool, le cannabis, les opiacés et la cocaïne, mais il aborde aussi les jeux pathologiques.

Dans notre travail, nous souhaitons nous centrer sur les addictions à une substance illégale. Nous ne développerons pas ici la notion de jeux pathologiques, ni l'addiction à la cigarette ou à l'alcool.

Pour le cannabis, il faut aborder la notion d'usage nocif ou abus pour comprendre la dépendance. L'usage nocif est décrit comme une consommation régulière sans l'apparition de signe de tolérance ou de syndrome de sevrage. Elle s'accompagne sur le champ professionnel de multiples licenciements causés par une baisse des résultats obtenus, baisse des résultats qui apparaissent pour les adolescents à l'école. Il apparaît aussi une augmentation des conduites à risque et des transgressions sociales et

juridiques, ainsi que des automutilations. On voit également un changement vestimentaire et dans relations sociales avec la naissance de conflits relationnels (familiaux, parentaux, de couple et avec les amis de longue date, etc.). Pour arriver à la dépendance, il faut l'apparition d'une tolérance au produit avec une diminution de la sensibilité de ses effets psychotropes et donc une augmentation des doses consommées. On ajoute à cela l'apparition de nouvelles techniques de consommation (mettre de l'huile dans les joints ou consommer des produits plus fortement dosés appelés « skunk »). Il faut aussi qu'apparaisse une compulsion. C'est-à-dire un besoin persistant de consommer avec l'impossibilité de contrôler son envie, d'arrêter ou de diminuer les doses. Par ailleurs, les relations sociales, professionnelles ou de loisirs s'amointrissent. Le sujet développe des complications physiques, psychologiques ou sociales (Lejoyeux, 2010).

Dans l'aide-mémoire d'addictologie, la consommation de cannabis se divise en trois types de prises : l'occasionnelle, l'utilitaire et celle dite de la défonce. En ce qui concerne le développement de la dépendance, elle se fait à travers la prise utilitaire qui deviendra au fil du temps pour les sujets fragiles indispensables en vue de ses bénéfices recherchés. La perte de contrôle de la consommation définit l'élément central de l'addiction (Morel, Couteron, & Fouilland, 2010).

La dépendance aux opiacées comme l'héroïne ou la morphine sont décrites par Lejoyeux (2010) comme une perte de contrôle du comportement de consommation, accompagné d'une incapacité à limiter la prise de la

substance malgré les conséquences négatives sur la vie du sujet. La vie quotidienne du malade est réaménagée autour de la substance, en fonction du besoin de la consommer et d'en obtenir. Finalement, le point central de l'addiction est décrit par le « craving » en anglais (un besoin incontrôlable de consommer la substance).

Pour Morel et al. (2010) les opiacés réunissent dans leurs consommations tous les éléments neurobiologiques de la dépendance. Tous les critères définissant la dépendance à une substance de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (milieu du vingtième siècle, reprends les critères de la CIM-10 (2014)) et du DSM 4 s'y retrouvent (American Psychiatric Association & J.-D. Guelfi et al., 2004). Là encore, la perte de contrôle de consommation marque le début de la dépendance.

Plus spécifiquement, l'héroïne est présentée comme une substance avec un potentiel addictif extrêmement important en lien avec son effet euphorisant et apaisant caractéristique (Lejoyeux, 2010).

Pour parvenir à une addiction à la cocaïne (drogue psychostimulante), il faut passer par le cycle addictif (Lejoyeux, 2010). D'autres psychostimulants, amphétamines et méthamphétamines, possèdent les mêmes caractéristiques de dépendance que la cocaïne (Morel et al., 2010). Plus clairement, le cycle addictif de la cocaïne comprend plusieurs étapes : le « rush », le « high », le « bing » et le « crash » en anglais. De manière générale, le sujet passera par un état d'euphorie (« rush »), puis par un sentiment de puissance et de bien-être (« high ») pour arriver à l'envie irrésistible de consommer à nouveau la

substance (« bing »). Finalement, le cycle se termine par ce qui correspond vulgairement à la descente et qui s'accompagne des symptômes de sevrages et d'un sentiment de malaise (« crash »). Pour compenser ce sentiment, d'autres consommations comme l'alcool, les benzodiazépines, les hypnotiques ou d'autres opiacés sont utilisés. Cette seconde consommation peut alors elle aussi être sujette à une addiction dite secondaire (Lejoyeux, 2010).

Dans la catégorie des psychostimulants, on retrouve aussi le crack, les amphétamines et les méthamphétamines (citées plus haut) et l'ecstasy. Elles ont toutes un effet addictif même s'il varie quelque peu. Pour le crack, il est généralement décrit comme instantané à la première consommation. Pour les autres, c'est avec une consommation cyclique qu'apparaît la dépendance. Ce qu'on peut dire c'est que l'addiction à toutes ces drogues est psychique avec des pensées obsédantes.

La phase finale pour parvenir à la dépendance est le « craving ». Cette envie frénétique conduit les sujets à consommer à nouveau. La cocaïne augmente l'effet de « craving » et donc l'addiction s'auto-entretient. L'addiction à la cocaïne se développe très rapidement en comparaison de celle à l'alcool. Par exemple, les sujets fragiles sont atteints plus facilement (Lejoyeux, 2010).

Le sujet développe alors une perte de contrôle, un sentiment de déni des conséquences de ses comportements et une altération de la prise de décisions. Il va chercher à se procurer de la cocaïne en continu et des comportements à risque vont apparaître. D'autres symptômes peuvent faire leur apparition

comme de la désinhibition, une augmentation de l'estime de soi, des troubles du sommeil et de l'anxiété, etc. (Lejoyeux, 2010)

A la suite de notre revue exploratoire de littérature sur les addictions, voici en synthèse les liens que nous faisons entre les concepts du métaparadigme infirmier et l'addiction. Pour le concept de l'être humain, le lien le plus évident réside dans le développement de l'individu. Tout au long de son développement, l'être humain passe par des périodes de vie comme Erikson (Erikson, 2011) ou Levinson (Houde, 1999) les décrivent. Ces périodes sont entrecoupées de périodes de transition ou de crises. Ce sont des phases d'instabilités durant lesquelles l'être humain est plus fragile et est plus susceptible de chercher des moyens de se rassurer. Les drogues ont la capacité de produire un effet rassurant et donc il est possible que les sujets en périodes d'instabilité les utilisent pour s'apaiser. L'exemple le plus évident apparaît dans la population des adolescents qui sont en pleine recherche et en pleine construction de leur identité.

En ce qui concerne le concept de l'environnement, il est évident que notre environnement influe sur notre fonctionnement et nos choix. Le fait d'être entouré par des fumeurs, par exemple, peut conduire à fumer. C'est le fonctionnement grégaire. Il est très marqué chez l'adolescent en quête d'identité. Dans ce sens, on peut évoquer l'expérience de Asch (1951) sur la pression du groupe et le conformisme. Il en ressort que même si l'on est conscient de l'erreur du groupe, nous nous plions à l'avis de ce dernier pour rester dans la norme. L'influence sociale conduit au conformisme du sujet au

groupe au détriment de toute logique (Guetzkow, 1951, pp. 177- 190). Une autre théorie qui évoque très bien ce lien et celle de l'attachement. Elle fait également en lien avec le concept de l'être humain, néanmoins nous avons choisi de la développer ici.

D'après cette théorie, le lien de proximité et de sécurité est un besoin inné chez l'être humain. L'attachement se développe autour des liens affectifs qui ont une importance primordiale dans le développement de l'enfant. En fonction du lien affectif en jeu Bowlby (1969) cité par Guédeney et Guédeney (2009) décrit plusieurs systèmes motivationnels qui seraient à la base d'un environnement stable et sécurisant chez l'enfant. L'attachement permet à l'enfant en cas de stress ou de détresse de trouver un contact physique au sein de son entourage pour se resécuriser. Le système exploratoire permet pour sa part à travers la curiosité à l'enfant de découvrir le monde qui l'entoure. Ces deux systèmes sont en lien direct. Quand un système est activé l'autre est désactivé et inversement. La base de la sécurité de la personne repose alors sur l'idée qu'une figure de soutien sera présente en cas de besoin. En fonction de cette disponibilité, la personne sera plus à même de s'aventurer dans le monde qui l'entoure. Au final, un environnement stable et sécurisé (sécurisant) favorise dès le plus jeune âge le bon développement de l'individu. A travers le développement de ses relations d'attachement, chaque individu constitue des modèles internes opérants (MIO), qui sont des modèles mentaux de la perception de soi et de l'autre. Le modèle de soi est une image de soi dans laquelle on se voit digne ou pas d'être aimé. Le modèle de l'autre

constitue son degré de disponibilité en cas de besoin (Guédeney & Guédeney, 2009).

Finalement, un bon développement se construit au travers d'un environnement sûr et des attachements sécurisants. Donc, si ces liens d'attachements ne sont pas sécurisants, le développement ne se fera pas correctement. Des lacunes émotionnelles et des fragilités persisteront dans la vie de l'individu (Guédeney & Guédeney, 2009). Un attachement insécurisé rendrait l'individu plus à même de développer des troubles tels que les troubles psychopathologiques, comme les addictions (Burge, Hammen, & Davila, 1997).

Concernant le concept de la santé, la définition de l'addiction du mini DSM-5 (Association American Psychiatric, 2016) place cette dernière comme une pathologie. Étant une pathologie psychiatrique, l'être humain présentant une addiction ne se trouve plus en santé à proprement parler.

Vis-à-vis de la santé, en se référant à la santé mentale, on peut aborder la théorie psychanalytique (S. Freud, 1893). Dans cette théorie, les mécanismes de défense sont abordés (A. Freud, 1936) comme un moyen de se protéger de nos pulsions et des situations angoissantes. Dans cette perspective, les addictions peuvent être assimilées à des mécanismes de défense. En effet, le circuit addictif est souvent comparé au circuit qui conduit à l'utilisation d'un mécanisme de défense.

Finalement, du point de vue du concept des soins infirmiers en lien avec le concept d'addiction, on peut mettre en évidence que le combat de cette

pathologie mobilise souvent un accompagnement infirmier, que ce soit dans des centres psychiatriques ou dans des hôpitaux. Ainsi, même si l'accompagnement des personnes dépendantes est interdisciplinaire, les soins infirmiers en représentent une part importante. Les infirmiers accompagnent les patients dans leur lutte contre l'addiction, à l'aide d'entretiens (par exemple, les entretiens motivationnels) et de soins couplés avec des traitements médicamenteux.

Dépression³

D'après l'Office Fédéral de la Statistique suisse (2014), 22.2% de la population présentait en 2012 une dépression légère, 4.6% de la population une dépression modérée et 1.9% une dépression modérément grave ou grave. Ce qui représente presque 30% de la population totale suisse. L'OMS (2015) décrit la dépression comme une des premières causes de handicap mondial. Elle lutte activement contre son développement à travers des programmes de prévention.

La dépression peut être liée à une cause biologique, physique ou psychologique. Son évolution peut être unipolaire et progressive ou bipolaire avec une alternance entre des phases d'excitation et de dépression. Les causes de cette maladie sont multifactorielles. Il existe souvent une prédisposition génétique à laquelle s'ajoutent des événements déclenchants comme des changements d'étape de vie, notamment professionnels ou familiaux. La

³ Voir également : Annexe 5 : critères diagnostics de la dépression, p. 118

dépression influence l'état général de la personne. Il apparaît un sentiment d'épuisement. La personne se sent incapable de surmonter les activités de la vie quotidienne. Elle a également un sentiment de vide intérieur, une peur de l'avenir et de l'angoisse diffuse. Elle trouve difficilement le sommeil et souffre d'une perte d'appétit ou à l'inverse de consommations alimentaires importantes (Verlag, 2003).

La dépression peut aussi toucher l'état physique de la personne. Des céphalées, des vertiges, un sentiment nauséux, des douleurs abdominales ainsi qu'une diminution de l'activité sexuelle sont souvent décrits par les malades.

En conséquence, nous pouvons distinguer un lien entre l'esprit et le corps, signifiant que les troubles psychiques peuvent expliquer les troubles physiques (Verlag, 2003).

Il existe trois périodes de vie marquées par des fragilités. Il y a le moment de l'adolescence, le passage dans la catégorie des séniors et lorsque l'on devient jeunes mères. Durant ces périodes, une personne est plus encline à développer une dépression. Chez les adolescents de 10 à 19 ans, la dépression est la cause principale de maladie et de handicap. Effectivement, environ 4 à 6% des adolescents souffrent de dépression, ce qui fait environ un adolescent sur vingt. Durant cette tranche d'âge, on est moins enclin à consulter. On peut donc affirmer que la prévention est une mesure à développer majoritairement pour faire baisser la prévalence de cette maladie (Association Française contre la dépression et les troubles bipolaires, 2014).

Voici les liens que nous faisons entre les quatre concepts du métaparadigme infirmier et la dépression. Tout d'abord pour l'être humain, la dépression est une pathologie qui touche la personne dans sa globalité. Comme nous pouvons le constater dans nos recherches, la dépression influence le psychisme et le corps. Elle se répercute également sur les relations sociales de la personne. Elle peut engendrer par ses biais une baisse de l'estime et de réalisation de soi, induisant une augmentation de l'état dépressif. Un cercle vicieux qui peut donc s'installer. L'impact de la dépression induit des modifications sur l'individu et ses modifications aggravent la dépression.

L'environnement détermine tout ce qui entoure une personne au niveau biologique, psychique et social. L'être humain influence son environnement et réciproquement celui-ci l'influence. Chaque personne cherche en permanence à satisfaire ses besoins à travers l'environnement. Cependant, il existe des événements en lien avec ce qui nous entoure (séparation, deuil, échec, etc.) et qui peuvent avoir une influence importante sur le psychisme. Ils peuvent déclencher ou entretenir l'état dépressif. Parallèlement, la dépression influence le contact que la personne a avec son environnement. Elle conduit à un manque d'investissement et à un isolement de la personne qui peut de moins en moins mobiliser les ressources de son environnement (Raffaitin, Gérard, & Chneiweiss, 2011).

Venons-en à la santé. Selon l'OMS (1946), la santé « est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Comme cela a été dit plus haut, la

dépression désigne une rupture avec le fonctionnement psychologique habituel. Elle a un impact sur la globalité de la personne. L'état dépressif diminue surtout le bien-être mental, mais influence aussi le bien-être physique et social. C'est pourquoi cette pathologie est désignée comme une maladie psychique qui diminue progressivement la qualité de vie, le contact social et qui engendre souvent sur des troubles somatiques.

Les soins infirmiers peuvent être considérés comme une ressource externe dont le but est d'améliorer la qualité de vie et le bien-être du patient. L'objectif des soins infirmiers, dans le traitement de la dépression, est de promouvoir la santé, l'autonomie du patient et de favoriser la réinsertion des personnes dans leur cadre de vie. Dans le cas d'une dépression, l'axe relationnel des soins infirmiers est primordial. L'infirmier doit se montrer présent et disponible. Il doit être capable d'accompagner le patient dans chaque étape. L'écoute, l'observation, l'analyse des problèmes et le respect sont essentiels pour une bonne prise en charge du syndrome dépressif.

Comorbidités

Vis-à-vis des comorbidités, on citera ci-dessous les trois pathologies à mettre en lien : la dépression, l'addiction et les troubles nutritionnels. On part de la dépression et l'on aborde les troubles addictifs et nutritionnels comme des comorbidités de celle-ci.

Concernant la dépression et son lien avec les addictions, l'Observatoire de la santé (2013) soulève dans son rapport « La dépression dans la population suisse » :

[...] on observe chez les personnes présentant une symptomatique dépressive sévère une part plus élevée de personnes ayant une consommation d'alcool à risque [...]. Enfin, la part des personnes sans activité physique et des personnes en forte surcharge pondérale (ou en insuffisance pondérale) est plus élevée chez les personnes présentant une symptomatique dépressive sévère. Le manque d'activité physique et une consommation d'alcool à risque peuvent à leur tour renforcer la dépressivité. [...]

A partir de ce même rapport, d'autres liens avec les comorbidités de la dépression peuvent être faits. Ainsi, environ 30% des personnes dépressives sont dépendantes d'une substance. La dépendance peut également mener à la dépression. Le rapport de l'Observatoire suisse de la santé (2013, p. 13) cité précédemment évoque également que l'analyse d'une enquête néerlandaise sur la santé a montré qu'en cas de troubles du système digestif, le risque de souffrir de troubles de l'humeur augmente de façon significative. Il mentionne également en page 58 une autre enquête auprès de cabinets psychiatriques bernois. Celle-ci a révélé « qu'environ la moitié des personnes hospitalisées en 2010 sur la base d'un diagnostic principal psychiatrique souffraient également d'une ou plusieurs comorbidités psychiatriques » parmi lesquelles on retrouve l'alcoolisme et la toxicomanie, les troubles de l'humeur ou encore les troubles alimentaires. Selon l'Enquête suisse sur la santé (ESS) (2007) et le Panel suisse des ménages (PSM) (2009), les personnes présentant des « symptômes dépressifs moyens à sévères sont deux fois plus souvent en sous-poids que les personnes non dépressives. » (Observatoire suisse de la santé, 2013, p. 64). Ceci dit, ce constat n'est pas étonnant puisque la perte d'appétit peut être l'un des premiers signes cliniques de la dépression.

Les liens avec les modes de savoirs infirmiers

Les modes de savoirs infirmiers sont les savoirs avec lesquels la profession infirmière est amenée à travailler et à étudier.

Le savoir empirique fait référence à un savoir scientifique. En d'autres termes, il regroupe tout ce qui touche à la recherche, aux connaissances scientifiques ou encore à ce que nous voyons, touchons et entendons (Chinn & Kramer, 2011).

Les statistiques présentées montrent qu'un nombre important d'individus sont touchés par une dépression, par une addiction ou encore par des troubles alimentaires. Nous pouvons donc dire que nos rencontres avec ces personnes seront nombreuses dans notre profession.

Le savoir éthique fait référence aux jugements d'ordre moral, de ce qui est bon ou mauvais, mais aussi aux codes, aux valeurs et aux normes éthiques. Avec notre question de départ, nous évoquons le fait qu'il est indispensable de prendre en compte ce savoir pour soigner des individus en situation de vulnérabilité. Ainsi, il est de notre devoir de respecter les principes éthiques de la profession afin d'aider au mieux la personne à retrouver un bien-être physique et mental. Par exemple, en ce qui concerne les troubles psychiatriques que nous abordons dans notre travail, nous ne considérons pas qu'ils émanent d'un manque de volonté. Leur apparition ne diffère pas de celle des pathologies physiques. Ce n'est pas la personne qui en est uniquement responsable. Les facteurs environnementaux, sociaux, etc. agissent aussi dans ce sens.

Le savoir esthétique fait appel à la créativité de l'infirmier. Il fait référence aux expressions artistiques qui apparaissent dans les expériences quotidiennes dans la pratique. Ce savoir comprend la notion d'*anticipation*. Il amène le professionnel de santé à saisir de manière indirecte l'expression des sentiments d'autrui. Il fait également appel à l'intuition. Chinn et Kramer (2011) associent le savoir esthétique au jugement clinique et aux habiletés techniques.

Pour ainsi dire, par exemple, lorsque nous sommes en face d'une personne atteinte de troubles alimentaires, nous devons anticiper une multitude de comportements (prise de laxatifs, vomissements, anxiété liée aux repas, etc.).

Un autre exemple avec une personne dépressive est que nous savons qu'elle a besoin d'un programme thérapeutique hyper-stimulant. De ce fait, il est indispensable d'anticiper sa journée afin qu'elle ne se laisse pas aller aux idées noires et/ou suicidaires. En pratique, dans le service des troubles affectifs de Préfargier par exemple, il y a une série d'activités et de groupes thérapeutiques pour structurer les journées. On y retrouve la relaxation, l'art-thérapie, la musicothérapie, etc. Bien sûr, les patients peuvent nous mettre en échec, par exemple en refusant de participer. Mais cela ne signifie pas qu'il faille renoncer à les stimuler. C'est un travail de longue haleine.

Par exemple, avec une personne atteinte d'addiction, à l'alcool ou à une substance illicite, nous anticiperons les signes cliniques du syndrome de sevrage (anxiété, dépression, agitation, etc.). Ils peuvent être d'une gravité

variable d'un individu à un autre. Cette anticipation permet de prévenir les complications liées au sevrage (convulsions, hallucinations, etc.) et de gérer ces symptômes de manque.

Par rapport à notre vécu, la confrontation à la personne malade nous conduit à nous questionner sur nous-mêmes et sur notre histoire. En tant que professionnel de santé, il est important de pouvoir et de savoir prendre du recul.

Le savoir personnel comprend la connaissance de soi et la manière dont l'infirmier se perçoit. Selon Chinn et Kramer (2008), ce savoir s'exprime par la congruence, l'authenticité entre l'âme, le corps et l'esprit. Nous prenons soin au quotidien d'individus ayant des besoins de santé. Ainsi, nous pouvons dire qu'à travers nos prises en charge, aussi uniques et variées les unes des autres, nous développons de l'expérience. En d'autres termes, nous construisons notre identité professionnelle à travers ce savoir en prenant en compte également notre identité personnelle.

Le savoir émancipatoire correspond, selon Chinn et Kramer (2008), à l'examen critique d'une situation de soins ou de travail. Ce savoir est proche du savoir sociopolitique proposé par White (1995). Le savoir émancipatoire se construit grâce aux croyances et aux valeurs des personnes. Ainsi, le contexte sociopolitique de l'individu et le contexte sociopolitique dans lequel l'activité de soins se déroule sont des éléments importants.

En Suisse, 17% de la population souffre d'une maladie psychiatrique d'après les rapports de la Confédération en 2015. Dans ce sens, le projet

« Santé2020 » a été élaboré pour permettre une meilleure prise en charge de ces pathologies. Dans le programme, on retrouve quatre domaines. Par exemple, la déstigmatisation, la sensibilisation, des actions de préventions et de détection précoce (Office fédéral de la santé publique (OFSP), Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), & fondation Promotion Santé Suisse, 2015).

Avec notre question de départ, il nous paraît évident que nous devons prendre en compte d'une part, le contexte de l'individu et d'une autre part, le contexte de soins. En effet, le contexte de vie de l'individu peut influencer sa santé. De même, les contextes de soins, où l'on est amené à travailler, sont multiples. On y rencontre des personnes atteintes de troubles alimentaires, de dépression ou d'addiction. Nous n'aurons pas à chaque fois la même organisation au niveau des soins ni les mêmes types de prise en charge.

Concepts retenus comme pertinents

A la suite de notre revue exploratoire de la littérature, nous avons identifié plusieurs concepts que nous considérons comme essentiels. Tout d'abord, la population que nous souhaitons étudier plus précisément est celle des adolescents filles et garçons entre 13 et 18 ans. Nous faisons ce choix tout d'abord, car l'addiction, la dépression et les troubles nutritionnels touchent fortement cette portion de la population. Nous avons pu le montrer précédemment à travers nos statistiques (Chapitre 2 : Problématique, Recherche de littérature, p. 17). De plus, comme cette maladie commence à se développer lors de l'adolescence, il est possible pour nous, en tant

qu'infirmières, d'agir en faisant de la prévention. Finalement, la maladie n'en est qu'à ses prémises dans cette période de la vie et donc elle ne s'est pas encore chronicisée.

Pour ce qui concerne la spécificité du toxique addictif, toujours par rapport à nos recherches de littérature, nous partirons sur la consommation de cannabis. C'est la substance addictive illicite la plus consommée dans cette tranche de population. C'est aussi la plus accessible et donc la consommation est en constante augmentation. Dans cette période de la vie, l'effet du cannabis peut avoir un impact important sur le développement de l'adolescent et donc un impact sur sa vie d'adulte. Agir sur cette consommation précocement pourrait faire diminuer l'incidence future. Le cannabis peut produire sur cette population une dissociation entre l'affectif et l'effectif. Il agit donc grandement sur le comportement de l'adolescent et il a un impact à la fois sur le plan biologique et psychologique (Chapitre 2 : Problématique, Recherche de littérature, Addiction p. 26).

Pour les troubles nutritionnels, nous développerons dans notre travail l'anorexie et la boulimie. Ces troubles restent les plus répandus dans cette classe d'âge. Il existe néanmoins une différence chez les adolescents en fonction du genre. Les filles sont les plus touchées. Nous traiterons tout de même les deux sexes. Nous avons en effet constaté qu'il était impossible de vraiment les séparer. Ces deux troubles nutritionnels se répercutent aussi fortement sur le développement biologique de l'individu et donc les traiter dès le plus jeune âge est primordial. A l'adolescence, on est dans une recherche

de son identité. Cette part de la personne est donc incomplète et fragile ce qui peut influencer sur les troubles nutritionnels.

Pour les troubles dépressifs, nous avons pu constater qu'ils en existaient des spécifiques à l'adolescence et donc nous axerons nos recherches sur ceux-ci. La dépression est plus une dépression du type chronique, car la consommation de cannabis et l'anorexie-boulimie s'y ajoutent comme comorbidités.

Vis-à-vis de ces trois maladies, il est important de souligner le risque vital qu'elles impliquent, celui-ci étant encore plus important lorsqu'elles s'associent. La prévention et le traitement précoce et donc ce qu'il reste à développer.

Au final, nos concepts choisis sont l'anorexie et la boulimie, la dépression et l'addiction au cannabis chez les adolescents. En lien avec nos trois concepts retenus, nous aborderons le risque suicidaire.

Synthèse et perspectives pour la pratique

A travers toutes nos recherches concernant notre question de départ, nous avons constaté qu'il existe des liens significatifs entre nos trois grands thèmes : la nutrition, la dépression et l'addiction. Ainsi, en développant le chapitre sur les comorbidités, nous spécifions ce lien.

Une part importante de personnes atteintes de dépression souffre également d'une addiction et/ou de troubles alimentaires. Les uns et les autres peuvent s'influencer mutuellement. En effet, il peut être parfois difficile de savoir lequel est à l'origine de l'autre.

Dans tous les cas, il est important d'agir sur plusieurs axes : psychologique, biologique, environnemental, etc. Et le plus tôt possible, en sachant qu'il existe un risque qu'un cercle vicieux se met en place. Et avec le temps, ce dernier devient de plus en plus conséquent et il conduit au développement d'une maladie chronique.

Avec notre choix de partir sur une population constituée d'adolescents, il nous paraît essentiel de se centrer sur le traitement précoce de ces différentes pathologies. Ainsi, il semble possible de réduire le risque de développer une chronicité et de diminuer la prévalence vis-à-vis de l'âge.

En pratique, actuellement, dans notre société, la prise en charge des patients s'axe généralement sur un seul problème, une seule pathologie. De plus, le schéma de prise en charge est général, comme on peut le voir dans les services d'urgence hospitalière. Néanmoins, le nombre de patients présentant des comorbidités s'accroît sans cesse dû au rallongement de l'espérance de vie et au développement des soins médicaux. Il apparaît donc un décalage entre les méthodes de prise en charge et l'état actuel de la santé chez les individus. Le développement de nouvelles prises en charge commence cependant à apparaître en Suisse romande. Il semble pertinent d'élargir nos méthodes thérapeutiques pour pouvoir offrir des soins plus optimaux. En réalisant ce travail, nous voulons approfondir les méthodes de prise en charge des patients avec des comorbidités. Nous voulons également mieux comprendre la multidimensionnalité des soins lorsque les patients sont atteints

par un ensemble de pathologies. A noter que derrière ces trois pathologies et leurs liens, il existe aussi un risque important de suicide.

Chapitre 3 : Concepts et champs disciplinaires infirmiers

Adolescence

Ce premier concept est défini par l'OMS (2016) comme suit :

L'adolescence est la période de croissance et de développement humain qui se situe entre l'enfance et l'âge adulte, entre les âges de 10 et 19 ans. Elle représente une période de transition critique dans la vie et se caractérise par un rythme important de croissance et de changements qui n'est supérieur que pendant la petite enfance. Les processus biologiques conditionnent de nombreux aspects de cette croissance et de ce développement, l'apparition de la puberté marquant le passage de l'enfance à l'adolescence.

Elle précise que « les caractéristiques de cette période peuvent varier dans le temps, en fonction des cultures et selon les situations socio-économiques ».

On retrouve aussi défini de façon très large dans le dictionnaire « Le Petit Larousse illustré 2012 » (Collectif Larousse, 2011) ; « Période de la vie entre l'enfance et l'âge adulte, pendant laquelle se produit la puberté et se forme la pensée abstraite ».

La consommation de cannabis à l'adolescence

Tout d'abord, le cannabis est une drogue illicite constituée de la résine ou des feuilles de la plante Cannabis Sativa (Streel & Verbanck, 2007). Son principe actif est le delta-9-tétrahydrocannabinol, autrement dit delta-9-THC (Maria Poblete, 2011, p. 15 et 181). Pour la consommer, elle est mélangée avec du tabac et roulée sous forme de joint (Streel & Verbanck, 2007). Pour cette consommation, c'est les feuilles, les tiges, les fleurs séchées et la résine qui sont utilisées (Maria Poblete, 2011). Il existe également du cannabis sous forme d'huile. Elle se consomme à l'aide d'une pipe.

Le cannabis est vulgairement désigné dans notre langage courant sous d'autres termes comme la « marijuana », le « shit » ou encore la « beuh » (Streel & Verbanck, 2007). On retrouve aussi des noms différents en fonction de la partie de la plante désignée. La résine est appelée haschich, alors que l'herbe désigne les feuilles et tiges de la plante (Maria Poblete, 2011).

L'origine de la consommation du cannabis à l'adolescence est multifactorielle. On distingue par exemple des facteurs de risque tels que les conflits dans le cercle familial, une situation économique précaire, l'isolement social, une mauvaise gestion des problèmes ou encore des lacunes scolaires (Maria Poblete, 2011).

Vis-à-vis de la dépendance au cannabis, on retrouve dans la classification internationale des maladies (ICD en anglais) de l'OMS une définition concrète (Streel & Verbanck, 2007, pp. 13- 15).

Un syndrome intégrant des variables physiologiques, comportementales et cognitives au sein desquelles le besoin compulsif de consommer du cannabis, l'incapacité de contrôler sa consommation et l'apparition de signes de sevrage lors de l'interruption de la consommation sont des caractéristiques principales.

Pour notifier la gravité de la consommation, il faut se préoccuper de trois pôles ; l'âge, la quantité et les circonstances. Tout d'abord l'âge, plus la première consommation a lieu tôt dans l'enfance ou dans l'adolescence, plus le risque est grand de développer une consommation abusive, une polyconsommation, une consommation à d'autres substances ou une dépendance. Généralement, l'expérimentation première a lieu à 15 ans. A cet âge, l'adolescent est en plein développement. De ce fait, les conséquences sur

sa santé à l'âge adulte seront importantes. Pour les circonstances, on peut dire qu'un usage festif ou le simple fait d'essayer ne représentent pas généralement en soi une problématique. L'addiction apparaît plutôt lors que la personne consomme seule et régulièrement pour calmer des problèmes psychologiques et/ou personnels. Pour le dernier facteur, la quantité, les dangers augmentent proportionnellement avec l'augmentation de la quantité. (Maria Poblete, 2011).

Le livre « Cannabis et adolescence : les liaisons dangereuses » (Huerre & Marty, 2004, pp. 27-40) décrit l'origine de la dépendance et son fonctionnement à l'adolescence. La dépendance est en soit un besoin qu'a l'être humain dès sa naissance. Elle permet le développement de notre psychisme. Cependant, dans certains cas elle reste pathologique en vue de l'impact néfaste qu'elle produit sur le sujet. Le développement d'une dépendance au cannabis, par exemple, permettrait au sujet de conserver l'attachement et l'investissement dans les objets de son enfance. Par ce biais, l'adolescent n'atteint pas le monde génital utile à son développement et persiste dans un fonctionnement narcissique.

Au moment de l'adolescence, le sujet va retourner à ses origines, autrement dit à l'attachement primaire avec sa mère pour pouvoir ensuite passer à la génitalisation et entrer dans le monde des adultes. Le cannabis, certaines activités, certaines personnes peuvent être utilisés à ces fins. Cette réexpérimentation de la dépendance permet de se consolider, de se détacher de l'enfance et d'entrer dans l'âge adulte. Si la consommation de cannabis

perdure, le jeune n'est jamais confronté aux bouleversements liés à la puberté et reste bloqué à l'adolescence. C'est une régression pulsionnelle. Cette situation arrive dans le cas où dans l'enfance le développement précoce s'est mal passé. Les premières expériences relationnelles n'ont pas été correctement intériorisées. La consommation perdure alors dans l'idée de protéger le sujet contre l'apparition de la souffrance à travers la compulsion (Huerre & Marty, 2004).

Pour finir, en soi la consommation de cannabis est utilisée par l'adolescent pour signifier un malaise psychique et appeler à l'aide.

Notre société favorise aussi ce processus. A l'heure actuelle, le cannabis est vu comme une drogue douce. Obtenir du THC devient facile et sa consommation s'est normalisée. On parle même de légalisation. Les jeunes ont aussi souvent du mal à avouer leur dépendance du fait de l'image véhiculée du haschich. (Huerre & Marty, 2004)

L'anorexie et la boulimie à l'adolescence

Les filles sont plus touchées par les troubles alimentaires que les garçons tant à l'âge adulte qu'à l'adolescence. De ce fait, on retrouve généralement dans la littérature l'utilisation du genre féminin. Toutefois, nous n'avons pas négligé le genre masculin dans ce chapitre.

L'apparition de l'anorexie chez l'adolescente débute fréquemment avec l'envie de faire un régime. Cette envie peut apparaître à la suite de remarques faites concernant son physique venant de son entourage. Cela peut aussi provenir de ce que véhicule la société autour du mythe de la minceur

(publicités, magazines, célébrités, etc.). L'adolescente va alors commencer à se trouver « trop grosse », avec des cuisses « énormes » et un ventre « proéminent ». L'alimentation et le poids deviennent une obsession : il faut se peser plusieurs fois par jour, contrôler les calories, le type d'aliments et la quantité. Dans un premier temps, la restriction alimentaire touche des aliments très caloriques. Puis dans un second temps, la majorité des aliments deviennent « interdits ». La jeune anorexique peut même aller jusqu'à ne plus ingérer d'eau, celle-ci pouvant influencer son poids. Ensuite, le plaisir de manger et la sensation de faim disparaissent. On retrouve chez certains malades des conduites d'élimination. Cela peut se traduire par la prise de laxatifs, des vomissements ou encore la dissimulation d'aliments. Parallèlement, on retrouve, dans le tableau clinique de la pathologie, une hyperactivité physique et intellectuelle. L'hyperactivité physique comporte l'activité sportive, mais aussi tout ce qui empêche de rester assis ou allongé. En effet, elles éprouvent un besoin irrésistible de bouger le plus possible, toujours dans le but de brûler des calories pour ne pas grossir. L'hyperactivité intellectuelle se manifeste souvent par une hyperactivité scolaire, source de notes excellentes. Elle permet de s'éloigner des préoccupations corporelles et alimentaires. En effet, l'adolescente anorexique n'est plus qu'un esprit toujours occupé. Cette plénitude de l'esprit fait opposition au vide de l'assiette. (Doyen & Cook-Darzens, 2004, pp. 19- 21)

Les comportements boulimiques chez les jeunes peuvent se retrouver chez les malades anorexiques où il y a une alternance entre des périodes de

restriction alimentaire et des périodes d'excès alimentaires. La boulimie consiste en une consommation d'une grande quantité de nourriture de façon compulsive, accompagnée ou non de vomissements après « la crise ». Dans certains cas, l'apparition du trouble peut se faire après une longue période d'anorexie. La restriction alimentaire s'essouffle et laisse la place à une anarchie alimentaire. (Doyen & Cook-Darzens, 2004, p. 21)

La boulimie est fréquemment associée à des expériences de violence physique ou d'abus sexuels pendant l'enfance. Les expériences de perte et de séparation (divorce des parents, décès, maladie, etc.) se retrouvent également souvent dans l'histoire familiale des boulimiques. (Doyen & Cook-Darzens, 2004, p. 47)

Bien qu'il existe des différences entre les filles et les garçons atteints de ces deux troubles alimentaires, la présentation clinique, l'évolution, ainsi que les moyens thérapeutiques se rejoignent plus qu'ils ne divergent. Les garçons peuvent, en grandissant, gérer leur mauvaise estime de soi ou leur mauvaise image corporelle de façon différente des filles. En effet, au lieu de se tourner vers des régimes amaigrissants, ils s'engagent plutôt dans des activités sportives. Ils cherchent davantage à éliminer la graisse et à la remplacer par du muscle et de ce fait, adaptent leur alimentation pour ne pas grossir. (Doyen & Cook-Darzens, 2004, p. 5 et 11)

On peut retrouver, parmi les adolescents, sept principaux facteurs de risque associés au développement des troubles alimentaires. Il y a le souci de la minceur et de la pression sociale, l'existence d'un abus de substance,

l'influence parentale (souci et surveillance de leur propre poids), des facteurs psychologiques (confiance en soi, dépression), la qualité des relations sociales, le nombre d'éléments de vie négatifs et les performances scolaires. D'autres éléments peuvent être pris en compte. On retrouve l'obésité, le perfectionnisme, la rigidité d'esprit et des relations familiales perturbées. (Doyen & Cook-Darzens, 2004, p. 98)

La dépression chez l'adolescent

La dépression est fréquente chez les adolescents. Elle apparaît souvent à l'adolescence, au début de l'âge adulte et même parfois plus tôt, dans l'enfance. Le risque d'apparition d'un trouble de l'humeur semble être équivalent chez les garçons et les filles. Cependant à l'adolescence, les filles semblent être plus susceptibles de présenter la maladie que les garçons (Evans & Andrews, 2012, p. 24).

Comme il a été expliqué précédemment, la dépression est une maladie multifactorielle (chapitre 0, p. 34). Concernant le rôle des gènes, le risque de la présence d'une dépression augmente chez les adolescents avec des parents dépressifs. Ce qui signifie que ces enfants auraient des prédispositions à la dépression avec une vulnérabilité plus importante. Du point de vue anatomique et biologique, les recherches démontrent des changements dans le développement cérébral des adolescents dépressifs. Les lobes frontaux semblent être plus petits que la moyenne. Cette partie du cerveau est chargée de la planification, du raisonnement, du contrôle de mouvement volontaire et du langage.

Il existe aussi un lien entre la dépression et un déséquilibre au niveau des neurotransmetteurs (Evans & Andrews, 2012). Les neurotransmetteurs liés à la dépression sont la sérotonine, la norépinephrine et la dopamine. Ces neurotransmetteurs ont différents rôles en lien avec la motivation, l'excitabilité, l'appétit, le sommeil ou encore la perception de la réalité. La présence d'autres facteurs sociaux et environnementaux peut ainsi augmenter le risque d'apparition de la dépression chez les adolescents. Durant cette période de la vie, l'adolescent doit faire face à différents changements qui peuvent être facteurs de stress. Ces stress peuvent provenir du passage de la vie d'enfant à celle l'adulte, de la puberté, des conflits avec les parents, etc. Ces perturbateurs peuvent être responsables de l'apparition de la dépression.

Les jeunes atteints de dépression ne sont pas forcément tristes ou en pleurs. Ils peuvent montrer des signes d'irritabilité, d'agressivité et de renfermement sur soi. De plus, il n'est pas facile de différencier chez les adolescents, une dépression d'une déprime passagère ou d'une mauvaise humeur liée à son âge. Différents symptômes peuvent apparaître chez un adolescent dépressif. On retrouve des émotions comme la tristesse, l'irritabilité, la colère, l'hostilité, l'envie fréquente de pleurer, un sentiment de culpabilité et une faible estime de soi. Il y a aussi une prise de distance avec les amis ou la famille, une diminution d'intérêt pour les activités habituelles, des changements dans l'alimentation et dans le rythme de sommeil, une fatigue ou un manque d'énergie, des difficultés à se concentrer et à prendre des décisions, ainsi que la présence des idées suicidaires.

La dépression peut avoir un impact sur tous les aspects de la vie d'un adolescent. Elle engendre des difficultés scolaires, un risque de fugue, des abus de consommation d'alcool et de drogues, des troubles alimentaires, des addictions à internet, de l'automutilation, de la violence et en dernier lieu, un risque suicidaire (Evans & Andrews, 2012).

Les comorbidités et le risque suicidaire

Dans le rapport « Santé psychique en Suisse », L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) (2015) définit la comorbidité comme « la présence simultanée de plus d'une maladie ». Elle est fréquente chez les individus atteints de troubles psychiques. On peut aussi retrouver chez ces individus des troubles physiques associés (ex. troubles du sommeil).

Selon la définition de l'OMS, citée dans le rapport « La santé psychique en Suisse » (Observatoire suisse de la santé, 2012, pp. 68- 69), le suicide « est un acte dont l'issue est fatale, perpétrée par un individu ayant l'intention de se donner la mort ». Dans ce même rapport, on mentionne que le suicide est la quatrième cause de mortalité précoce après le cancer, les maladies cardiovasculaires et les accidents. Le principal facteur de risque est l'existence d'un trouble mental.

Certains éléments peuvent être mis en évidence concernant les comorbidités associées à la consommation de toxiques. Tout d'abord, on associe souvent le cannabis au risque suicidaire. Effectivement, avec l'usage du cannabis, l'adolescent exerce une autothérapie et donc si le produit devient inaccessible, un recours impulsif au suicide pourrait survenir pour soulager le

mal-être de l'adolescent (Huerre & Marty, 2004). On sait aussi d'après certaines études, l'effet désinhibiteur du THC sur les neurones dopaminergiques faciliterait la survenue de troubles psychiatriques. Ce phénomène serait plus marqué chez les adolescents fragiles (Huerre & Marty, 2004). En ce qui concerne les comorbidités des troubles alimentaires, il est important de citer les complications psychologiques qui en découlent. On y retrouve des pathologies comme la dépression, les troubles obsessionnels compulsifs, les conduites de consommation de substances illicites et les idées suicidaires. D'autres complications peuvent survenir comme l'isolement social et des difficultés à nouer des relations sociales. (Doyen & Cook-Darzens, 2004, p. 72)

A l'heure actuelle, on constate une augmentation de la consommation de cannabis chez les patients avec des troubles alimentaires. Cependant, cette consommation concerne plus les anorexiques qui deviennent boulimiques. Dans l'anorexie, tout est dans la maîtrise et les consommations iraient à l'inverse de cette dernière. Quant aux boulimiques, c'est plutôt l'alcool qui correspond à leur consommation de prédilection, car il remplit l'estomac. Une association de ces deux pathologies serait la clé de la consommation de cannabis. Cela permettrait de fuir le malaise dépressif sous-jacent (Huerre & Marty, 2004).

Définition du cadre théorique

Pour la deuxième partie de ce chapitre, nous développons la théorie de gestion des symptômes (« Theory of Symptom Management » en anglais) de Humphreys et Carrieri-Kohlman (2014). L'original étant en anglais, nous avons trouvé la traduction en version française dans un article écrit par Eicher, Delmas, Cohen, Baeriswyl et Viens Python (Eicher, Delmas, Cohen, Baeriswyl, & Viens Python, 2013).

La théorie de gestion des symptômes comporte trois concepts principaux : l'expérience du symptôme, les stratégies de gestion des symptômes et les résultats obtenus sur l'état des symptômes. Ceux-ci sont mêlés à trois autres concepts issus du métaparadigme infirmier : la personne, l'environnement et la santé/maladie.

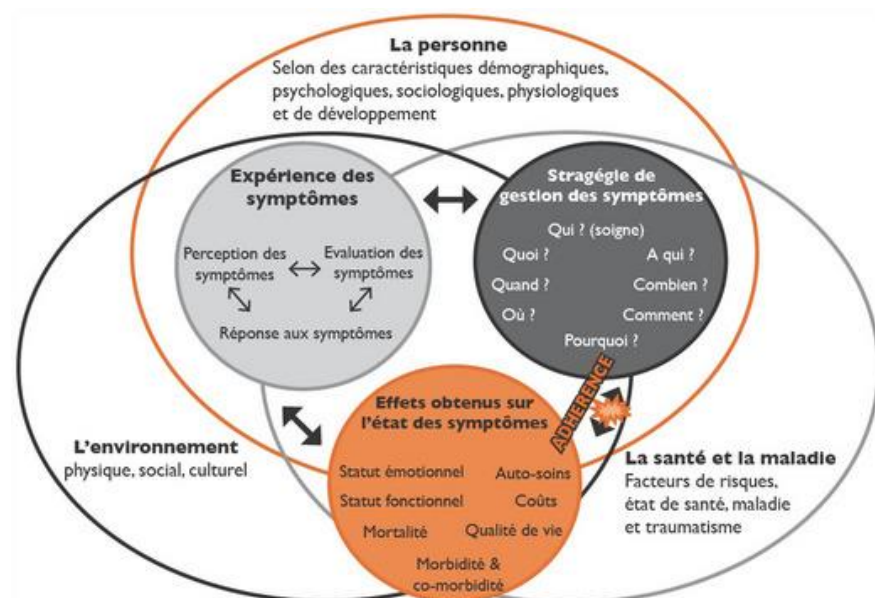


Figure 1. Vue d'ensemble de la théorie de la gestion des symptômes

L'expérience du symptôme comprend de façon simultanée une perception, une évaluation et une réponse face à un changement de l'état habituel de l'individu.

Les stratégies de gestion des symptômes sont les efforts fournis par l'individu pour prévenir, retarder ou minimiser l'expérience de ses symptômes. La stratégie utilisée peut viser à réduire la fréquence de l'expérience du symptôme, minimiser la sévérité du symptôme ou encore soulager la détresse associée au symptôme. Le choix d'une stratégie se fait par le biais d'un questionnement précis : « qui ? (prestataires), quoi ?, comment ?, quand ?, où ?, à qui ?, combien ? et pourquoi ? ». Une ou plusieurs stratégies peuvent être mises en place par l'individu en partenariat avec l'équipe soignante.

Les résultats obtenus sur l'état des symptômes nécessitent d'être clairs et mesurables. En effet, ils doivent permettre d'évaluer la pertinence de l'utilisation d'une stratégie. Les résultats impliquent des changements objectivables de l'état du symptôme. Ceux-ci peuvent se faire par la diminution de la fréquence, de l'intensité ou de la pénibilité du symptôme. Les résultats obtenus sur l'état des symptômes ont une incidence sur le fonctionnement physique (statut fonctionnel) et mental (statut émotionnel) de l'individu, mais aussi sur sa qualité de vie, sa gestion de la maladie, ainsi que sur les coûts liés aux soins, la mortalité et la morbidité (comorbidité).

Le concept d'adhérence fait également partie de ce modèle théorique. C'est la manière dont l'individu reçoit ou utilise la stratégie prescrite. L'adhérence peut influencer sur les relations entre les stratégies de gestion

des symptômes et les résultats obtenus sur l'état du symptôme. Par exemple, la non-adhérence est observée dans un contexte où les interventions sont irréalistes ou non applicables. Les facteurs liés aux dimensions personnelles, environnementales et de santé/maladie peuvent également influencer l'adhérence.

Nous avons choisi cette théorie premièrement, car elle est centrée sur le symptôme. Dans notre travail de Bachelor, nous abordons trois pathologies différentes qui peuvent être chacune le symptôme des autres. De ce fait, en se centrant sur un symptôme, on peut traiter l'ensemble des trois pathologies en même temps. Cette vision prend en compte aussi bien les symptômes physiques que les symptômes mentaux.

Deuxièmement, cette théorie peut être utilisée sur le long terme. Dans des maladies comme la dépression ou l'addiction, on constate souvent des rechutes. Elles peuvent donc être considérées comme des maladies chroniques. Avec cette théorie, le traitement peut se faire sur la durée et d'une manière plus optimale. L'individu peut être amené à essayer plusieurs stratégies, mais il finira nécessairement par trouver ce qui lui convient le mieux. D'où l'importance des résultats obtenus sur l'état de ses symptômes.

Troisièmement, le fait de pouvoir gérer les symptômes amène à prévenir les récurrences. Cela aiderait à diminuer le risque de représenter une de ces pathologies à l'âge adulte. De plus, les symptômes sont les prémices de la maladie et donc de les traiter précocement éviterait l'apparition d'une chronicité. Dans cette perspective, nous pouvons dire qu'il y a une part de

prévention dans la théorie de gestion des symptômes. Cela est important vis-à-vis de notre population d'adolescents.

Cette théorie conduit le patient à être autonome dans la gestion de sa maladie. En effet, c'est lui qui définit ses symptômes et ses stratégies de gestion en partenariat avec l'équipe soignante. Avec les adolescents, on peut imaginer que le fait de leur donner de l'autonomie leur permet d'être davantage impliqués dans leur prise en charge. Cela améliore également la relation thérapeutique et la collaboration. La théorie prend aussi en compte l'environnement social de la personne. De ce fait, nous pouvons imaginer une collaboration avec les parents.

Enfin, bien que la théorie soit centrée sur le symptôme, elle exige pour nous, soignantes, de bien connaître le patient. Il faut connaître ses forces (ressources) et ses limites, tout en prenant en considération les dimensions personnelles, environnementales et de santé/maladie.

Chapitre 4 : Méthode

Formulation de la question PICOT

Ce chapitre vise à expliciter les différentes composantes de notre question de recherche selon les critères PICOT.

Population (P)

Des adolescents âgés de 13 ans à 18 ans ont été choisis, car c'est l'âge à partir duquel les adolescents sont généralement admis dans les services de psychiatrie pour adolescents en Suisse romande. L'âge de 18 ans serait la limite supérieure, car c'est l'âge de la majorité en Suisse.

Notre population d'adolescents doit présenter une addiction au cannabis. En effet, dans notre question de départ, on mentionne « des patients ayant des conduites addictives ». Notre population se limite donc aux adolescents présentant une conduite addictive au cannabis associée à une dépression et/ou à des troubles alimentaires (anorexie, boulimie).

Intervention (I)

Nous avons décidé de partir sur la gestion des symptômes, car les trois pathologies sont interreliées et donc en traitant l'une, on traite l'ensemble. Pour notre recherche, la gestion des symptômes prend en compte tant les stratégies pharmacologiques que les stratégies non pharmacologiques (médecine alternative, thérapies individuelles ou de groupe, etc.).

Comparaison (c)

Notre question PICOT ne présente pas de comparaison.

Outcomes (résultats cliniques) (O)

Nous avons choisi de traiter les trois pathologies simultanément. Dans notre vision de ces pathologies avec des comorbidités associées, nous considérons que si nous les soignons une à une, cela n'aide pas à la guérison vu qu'elles sont interreliées. Nous pensons qu'en les traitant à l'adolescence, on peut diminuer la prévalence à l'âge adulte. Le résultat que nous recherchons est donc une diminution de la prévalence à l'âge adulte, mais aussi et principalement la diminution des récurrences et de la chronicité à l'adolescence.

Temps (T)

Notre question PICOT ne présente pas d'indicateur temporel.

Voici la formulation de notre question de recherche : « Chez les adolescents âgés de 13 à 18 ans ayant une addiction au cannabis (P), comment la gestion des symptômes des comorbidités (dépression, anorexie, boulimie) (I) influence-t-elle la diminution des récurrences et la survenue d'une chronicité de la maladie (effets de la stratégie de gestion des symptômes) (O) ? »

Notre question de recherche est de type « intervention ».

Ci-dessous, un tableau récapitulatif de la question PICOT est présenté. Il contient nos mots-clés en français et traduits en anglais. Ces derniers ont été utilisés pour nos recherches sur les bases de données.

Les tableaux suivants présentent les descripteurs issus de nos mots-clés en anglais et les résultats de nos recherches sur les bases de données.

Tableau 1

Question PICOT

	P	I	O
Mots-clés	Adolescents Cannabis	Symptômes Traitements Thérapeutiques	Récidives Chronicité
	Adolescents Anorexie Boulimie		
	Adolescents Dépression		
Mots-clés en anglais	Adolescents Teenagers Cannabis Marijuana drug dependence drug use drug addiction	Symptom Treatment Therapy Cure Therapeutics	Recurrence Recidivism Chronicity
	Adolescents Teenagers Anorexia nervosa Bulimia nervosa Overeating Eating disorders		
	Adolescents Teenagers Depression Mental breakdown Thymus disorders		

Tableau 2

Descripteurs Medline

P	Nombre d'articles	I	Nombre d'articles	O	Nombre d'articles
1 Adolescent/	1817022	13 Therapeutics/	8314	14 Recurrence/	166674
2 Adolescent Psychiatry/	2648				
3 Adolescent/px [Psychology]	312				
4 Cannabis/	7572				
5 Cannabis/de [Drug Effects]	23				
6 Anorexia/	4638				
7 Anorexia Nervosa/	11995				
8 Bulimia/	5249				
9 Bulimia Nervosa/	1999				
10 "Feeding and Eating Disorders"/	13209				
11 Depression/	95590				
12 Depression/px [Psychology]	28284				

Tableau 3

Recherche dans la base de données Medline

Base de données	Recherche des articles	Nombre d'articles	Articles sélectionnés	Articles ou résumé lus	Articles retenus	Critères d'exclusion
Medline	(1 or 2 or 3) and (4 or 5) and (6 or 7 or 8 or 9 or 10) and (11 or 12)	0	0	0	0	
	(1 or 2 or 3) and (4 or 5) and (6 or 7 or 8 or 9 or 10)	2	1	1	0	Hors sujet
	(1 or 2 or 3) and (4 or 5) and (11 or 12)	27	3	3	0	Hors sujet
	(1 or 2 or 3) and (6 or 7 or 8 or 9 or 10) and (11 or 12)	688	30	9	0	Méthodologie Hors sujet
	(1 or 2 or 3) and (4 or 5) and (11 or 12) and 14	0	0	0	0	
	(1 or 2 or 3) and (6 or 7 or 8 or 9 or 10) and (11 or 12) and 14	3	2	0	0	Méthodologie Hors sujet
	(1 or 2 or 3) and (4 or 5) and 13	0	0	0	0	
	(1 or 2 or 3) and (6 or 7 or 8 or 9 or 10) and 13	3	1	1	1	Hors sujet
	(1 or 2 or 3) and (11 or 12) and 13	2	0	0	0	Hors sujet

Tableau 4

Descripteurs Cinhal

P	Nombre d'articles	I	Nombre d'articles	O	Nombre d'articles
S1 Adolescence	377745	S12 Treatment Outcomes	228050		
S2 Cannabis	5391	S13 Therapeutics	2656		
S3 Substance Abusers	3937	S14 Symptoms	5670		
S4 Substance Dependence	8081				
S5 Eating disorders	7243				
S6 Anorexia	1319				
S7 Anorexia Nervosa	3410				
S8 Bulimia	2361				
S9 Bulimia Nervosa	938				
S10 Food Addiction	113				
S11 Depression	74325				

Tableau 5

Recherche dans la base de données Cinhal

Base de données	Recherche des articles	Nombre d'articles	Articles sélectionnés	Articles ou résumé lus	Articles retenus	Critères d'exclusion
Cinhal	(S2 OR S3 OR S4) AND (S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9 OR S10)) AND (S1 AND S11 AND S13)	5	1	0	0	Méthodologie
	(S1) AND (S11) AND (S2 OR S3 OR S4) AND (S12 OR S13 OR S14)	6	1	2	0	Niveau de preuve Méthodologie
	S1 AND S11 AND (S12 OR S13 OR S14) AND (S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9 OR S10)	46	6	6	1	Population Date de publication

Tableau 6

Descripteurs PsycInfo

P	Nombre d'articles	I	Nombre d'articles	O	Nombre d'articles
1 adolescent	145420	15 treatment	676391	18 Recidivism	5056
2 drug usage	152440	16 symptoms	204723	19 chronicity (disorders)	4153
3 cannabis	6423	17 symptoms based treatment	135		
4 marijuana	2545				
5 drug dependency	24064				
6 drugs	279799				
7 drug addiction	12851				
8 marijuana usage	2425				
9 drug abuse	99999				
10 anorexia nervosa	10022				
11 eating disorders	26720				
12 bulimia	7182				
13 addiction	53280				
14 major depression	111114				

Tableau 7

Recherche dans la base de données PsycInfo

Base de données	Recherche des articles	Nombre d'articles	Articles sélectionnés	Articles ou résumé lus	Articles retenus	Critères d'exclusion
Psycinfo	1 and 14 and (2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 13) and (10 or 11 or 12) and (15 or 16 or 17) and (18 or 19)	0	0	0	0	
	1 and 14 and (2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 13) and (10 or 11 or 12) and (15 or 16 or 17)	16	0	0	0	Hors sujet
	1 and 14 and (2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 13) and 15	625 → 291 (date: 2007-2017)	6	6	4	Niveau de preuve Méthodologie
	1 and 14 and 15 and (10 or 11 or 12)	36	1	1	0	Niveau de preuve
	1 and 14 and (2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 13) and (15 or 16 or 17)	553 → 321 (date: 2007-2017)	10	10	4	Niveau de preuve Méthodologie
	1 and (2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 13) and (10 or 11 or 12) and 15	56	3	3	1	Méthodologie

Tableau 8

Descripteurs Cochrane

P	Nombre d'articles	I	Nombre d'articles	O	Nombre d'articles
#1 Adolescent	87541	#12 Therapeutics	274344	#13 Recurrence	11326
#2 Cannabis	277				
#3 Marijuana Abuse	305				
#4 Marijuana Smoking	219				
#5 Anorexia Nervosa	375				
#6 Anorexia	212				
#7 Bulimia Nervosa	178				
#8 Bulimia	376				
#9 Feeding and eating disorders	1016				
#10 Depression	6792				
#11 Depressive Disorder	8646				

Tableau 9

Recherche dans la base de données Cochrane

Base de données	Recherche des articles	Nombre d'articles	Articles sélectionnés	Articles ou résumé lus	Articles retenus	Critères d'exclusion
Cochrane	#1 AND #2 AND #5 AND #7 AND #10	2	0	0	0	Hors sujet
	#1 AND #2 AND #9 AND #10	4	0	0	0	Population Hors sujet
	#1 AND #2 AND #9	5	0	0	0	Hors sujet
	#1 AND #3 AND #9	4	0	0	0	Hors sujet
	#1 AND #2 AND #10	38	2	2	0	Population Hors sujet
	#1 AND #9 AND #10	40	5	5	0	Hors sujet
	#1 AND #9 AND #11	10	1	1	0	Hors sujet
	#3 AND #9 AND #10	6	1	1	0	Hors sujet
	#1 AND (#2 OR #3) AND #10	101	5	5	0	Hors sujet
	#1 AND (#2 OR #3) AND #9	56	0	0	0	Doublons
	(#2 OR #3) AND (#5 OR #7) AND #10 puis en filtrant avec « Review »	163→136 avec « Review »	4	4	2	
	(#2 OR #3) AND (#10 OR #11) en filtrant avec date de publication max. 10 ans et « Review »	294	1	1	0	Hors sujet

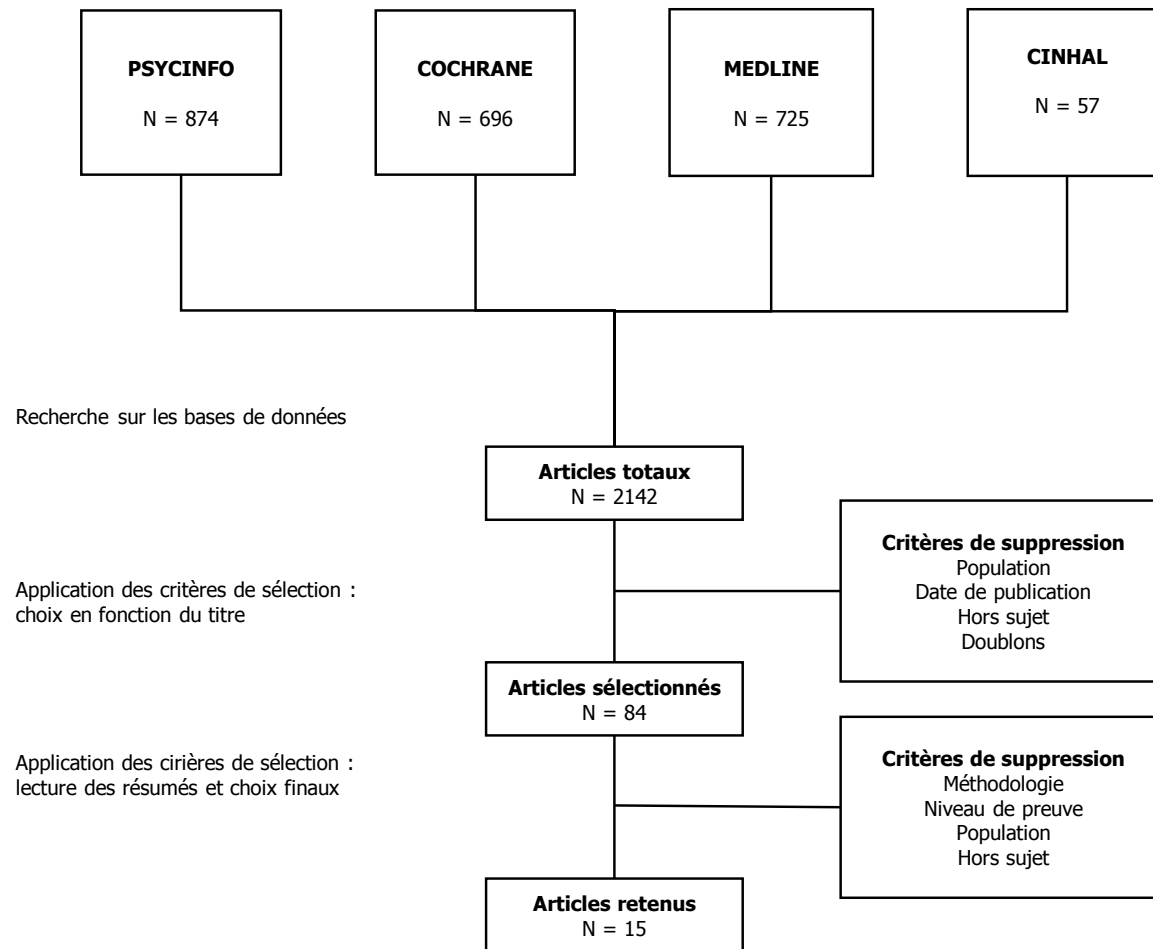


Figure 2. Processus de révision - recherche sur les bases de données

Sélection des articles dans les bases de données

Critères de sélection des articles

Nous avons fait nos recherches d'articles sur quatre bases de données (Cinhal, Cochrane, Medline et Psycinfo).

Pour obtenir le maximum de résultats pertinents et faire les recherches les plus larges possible, nous avons décidé, pour chacun de nos éléments PICOT, de regrouper des mots de la même famille ou des synonymes. Par exemple, pour « cannabis », un des synonymes est « marijuana » et dans les mots de même famille on retrouve « drogue », « addiction », etc.

Dans les bases de données, nous avons commencé par rechercher les descripteurs correspondant à chaque mot-clé que nous avons déterminé à partir de notre question PICOT. Les descripteurs nous ont aidés à cibler la recherche.

Ensuite, pour chaque article sélectionné, nous avons lu le titre et le résumé afin de connaître son sujet. Nous avons exclu la plupart des articles, car ils étaient considérés comme « hors sujet ». Par exemple, la population (population adulte), la date de publication de l'article (supérieure à 10 ans) ou encore la pathologie traitée ne correspondait pas. D'autres articles n'ont pas pu être retenus, car ceux-ci n'étaient pas disponibles. Ils étaient payants.

Nous avons également fait notre sélection en fonction du critère du niveau de preuve. En effet, nos articles doivent correspondre au meilleur niveau de preuve probante possible. La plupart mentionnent des « essais contrôlés randomisés », une « méta-analyse » ou une « revue

systematique ». Nous avons pris en compte la notion de facteur d'impact (IF ; « impact factor » en anglais). Ce dernier indique le niveau de preuve du journal dans lequel est publié l'article. Nos IF vont de 0.38 à 7.1. De manière générale, un IF « idéal » devrait être égal ou supérieur à 1.5. Nous avons tenu compte de l'IF secondairement, car nous considérons le type d'article (méta analyse, etc.) et son contenu comme prioritaire. Les IF sont cités au début de chaque grille de Fortin (Annexe 7 : analyse des articles avec la grille adaptée de Fortin (2010), p. 125).

L'article de Twohig et al. (2016) a été trouvé par l'intermédiaire d'une étude antérieure parlant du traitement de l'anorexie mentale (Powers, Bannon, Eubanks, & McCormick, 2007). Ces deux recherches présentent un auteur commun. En effet, Powers et al. (2007) ont conclu dans leur recherche que d'autres études devraient être menées au sujet du traitement des troubles alimentaires. Nous avons donc trouvé cet article de 2016, plus récent, dans les bases de données à l'aide du nom de l'auteur (Powers), la date de publication (2016) et le terme « anorexia ».

Un autre de nos articles a été trouvé sans descripteurs. En effet, nous avons dû, durant notre cinquième semestre de formation, réaliser un poster scientifique avec un article en lien avec notre travail de Bachelor. Nous l'avons donc repris. Cet article est celui de Diamond et al. (2006). Il s'intéresse aux troubles psychiatriques associés à la consommation de cannabis chez les adolescents. Il provient de la base de données « PsycINFO ». Nous l'avons trouvé avec les mots-clés « adolescent », « dépression », « marijuana » et

« cannabis » et avec des filtres (titre, « title » en anglais ; tous les champs, « all fields » en anglais).

Enfin, nous n'avons pas réussi à trouver des articles qui n'abordent que les concepts de notre question PICOT. Il était effectivement impossible de limiter la population (P) de nos articles. En partant de ce constat, nous avons choisi des articles qui pouvaient nous permettre d'avoir une analyse plus large et d'éviter d'ignorer les autres pathologies qui pouvaient influencer les traitements.

Les articles que nous avons sélectionnés regroupent majoritairement une population d'adolescents. Néanmoins, certains traitent ensemble des adolescents et des adultes (Albornoz, 2011 ; Am et al., 2010 ; Twohig et al., 2016) et trois uniquement les adultes (Hellem et al., 2015 ; Keating, Tasca, & Bissada, 2015 ; Voderholzer et al., 2016).

Concernant la consommation de toxiques, dans nos articles, elle ne se limite pas au cannabis. Souvent, il n'y a pas de différence faite suivant le type de substances. Quelques articles abordent cependant des substances précises comme la méthamphétamine (Hellem et al., 2015) et l'alcool (Carney, Myers, Louw, & Okwundu, 2016).

On retrouve également d'autres troubles psychiatriques dans certains de nos articles comme des troubles borderline (Santisteban et al., 2015), des troubles anxieux généralisés (Diamond et al., 2006 ; Voderholzer et al., 2016) ou encore des troubles obsessionnels compulsifs (Am et al., 2010).

Analyse des articles avec la grille de Fortin

Après avoir sélectionné les quinze articles nécessaires à notre travail de recherche, nous avons analysé chacun d'entre eux à l'aide de la grille de Fortin (Annexe 7 : analyse des articles avec la grille adaptée de Fortin (2010), p. 125). Celles-ci se trouvent en annexe. Elles représentent un résumé et une analyse de chaque article retenu.

Chapitre 5 : Synthèse des résultats/discussion

Synthèse des résultats des articles

Dans leur étude sur les antidépresseurs dans l'anorexie mentale, Am et al. (2010) n'ont trouvé aucune preuve de l'effet des antidépresseurs combiné à d'autres interventions (principalement un traitement hospitalier) par rapport au placebo sur le gain de poids. De même, les antidépresseurs n'ont pas différé des placebos en termes de réduction des troubles alimentaires et des symptômes psychopathologiques associés (dépression, anxiété). Ils n'ont pas non plus montré d'amélioration globale de l'état clinique. Dans leurs résultats de la comparaison « un antidépresseur versus un autre antidépresseur » sur le gain de poids, aucune différence d'efficacité n'a été trouvée, lorsqu'il est utilisé en association avec d'autres types d'interventions (psychothérapie, suivi nutritionnel). Une seule étude a trouvé que l'amineptine avait un meilleur effet contre les troubles alimentaires que la fluoxétine. Il n'y avait pas de différences d'efficacité sur les symptômes dépressifs. Enfin, dans la réduction des symptômes anxieux, la nortriptyline comparée à la fluoxétine a montré un meilleur effet.

Dans leur étude sur l'association entre les symptômes dépressifs, le poids et le traitement de l'anorexie mentale, Voderholzer et al. (2016) ont rapporté que les antidépresseurs n'ont pas prédit d'amélioration concernant l'indice de masse corporelle (IMC). Ceci dit, les patients qui devaient changer leur traitement antidépresseur étaient moins susceptibles de prendre du poids pendant leur hospitalisation. Cela peut être attribué au fait que les patients dont le médicament doit être changé peuvent présenter des symptômes plus

complexes. Ces résultats doivent être interprétés avec précaution, car les auteurs n'ont pas évalué les doses et types d'antidépresseurs. La population regroupait des femmes avec un âge moyen de 26 ans et la durée de la maladie était de 9 ans. On peut considérer que cette dernière est apparue à l'adolescence et donc que les résultats pourraient concorder chez les adolescents.

L'étude évoquant les interventions brèves (BIs) (thérapie sous forme d'entretien) a montré des résultats sur la consommation de cannabis (Carney et al., 2016). Les BIs peuvent réduire la fréquence et la consommation de cannabis sur un suivi à court et moyen terme et avoir une influence positive sur la dépendance au cannabis dans le suivi à long terme. Les résultats de comparaison entre « interventions brèves et information seule » ne montrent généralement pas de différence significative, car il n'y avait pas assez d'études. Les interventions brèves ne montrent pas de changement sur les comportements de délinquance dans les deux comparaisons (BIs-évaluation seule et BIs-information seule).

Les analyses de l'étude de Twohig et al. (2016) sur le traitement résidentiel des troubles alimentaires ont montré des gains significatifs pour l'IMC chez les adolescents et les adultes anorexiques, mais il n'y a pas de gains significatifs observés pour les boulimiques ou les patients avec un autre trouble alimentaire atypique. Des réductions significatives ont été observées dans la dépression et l'anxiété chez les adolescentes et les adultes, ainsi que des améliorations sur deux mesures de l'échelle de la qualité de vie (EDQOL).

Les résultats de l'étude de Le Grange et al. (2016) montrent que la thérapie familiale adaptée aux boulimiques (TF-B) serait d'efficacité supérieure à la thérapie cognitivo-comportementale adaptée aux adolescents (TCC-A) chez les adolescents boulimiques à la fin du traitement et aux 6 mois post traitement. Les taux d'abstinence (comportement de frénésie et de purge lié à la boulimie) ne diffèrent pas significativement entre les deux thérapies aux 12 mois post traitement.

La recherche de Diamond et al. (2006) étudiait les syndromes psychiatriques présents chez les adolescents consommateurs de cannabis. Cinq syndromes étaient étudiés dans l'étude. Trois troubles d'externalisation (trouble de la conduite, trouble de l'attention avec une composante d'hyperactivité et dépression majeure) et deux troubles d'internalisation (anxiété généralisée et stress post-traumatique) apparaissaient. Les résultats montrent que 72% de l'échantillon présentait des symptômes de minimum deux syndromes de l'étude. La détresse psychologique était plus marquée chez les filles et les adolescents avec un diagnostic de dépendance. Finalement, le traitement était plus compliqué lorsque les adolescents présentaient des syndromes d'internalisation et d'externalisation. Ils présentaient aussi plus de problèmes associés (criminalité, utilisation de substances, etc.). Compte tenu de ces résultats, il faudrait coupler, au traitement d'abus de substance, des traitements sur les troubles psychiatriques associés.

Pour l'article d'analyse des effets de la musicothérapie d'improvisation sur la dépression des adolescents et adultes connaissant aussi un abus de

substance (Albornoz, 2011), voici les résultats principaux qui apparaissent. D'après l'évaluation du psychologue, il y aurait une réduction de l'état dépressif. Dans l'auto-évaluation par contre, il n'y a pas eu d'effet positif observé. Les auteurs pensent que ces résultats divergents sont dus à l'utilisation de deux échelles de dépression différentes. Pour eux, la musicothérapie serait potentiellement efficace pour traiter la dépression chez les toxicomanes, quel que soit leur âge.

Pour ce qui concerne l'article qui traitait des inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNa) (Xu et al., 2016), les résultats montrent que la Venlafaxine n'aurait pas d'effet. Elle conduirait même à une aggravation du risque suicidaire chez les adolescents. La Duloxétine quant à elle serait efficace. Néanmoins, vu tous les résultats contradictoires que les auteurs rapportent, il faudrait incontestablement poursuivre les recherches pour mieux comprendre l'effet de ces traitements et leurs effets secondaires. On constate que le risque suicidaire est ici un élément de questionnement.

L'étude de Santisteban et al. (2015) parlent de deux traitements pour les adolescents avec des consommations abusives de substances. Le premier consiste en une thérapie de conseils individuels sur les drogues en 12 étapes (IDC) et le second est une thérapie familiale intégrée pour les adolescents, axée sur le trouble de la personnalité borderline (I-BAFT). Les résultats de ces deux traitements montrent une amélioration des troubles borderline et une diminution de la consommation de substance. Pour le trouble borderline la première thérapie (IDC) montre 62% d'amélioration et la seconde (I-BAFT)

76%. Dans l'abus de substance, on voit dans le premier cas une amélioration de 23% (IDC) et dans le second (I-BAFT) de 38%. L'I-BAFT serait donc plus efficace. On voit aussi dans les résultats que l'alliance thérapeutique est fortement perçue par les thérapeutes et les sujets dans ses deux thérapies. Ceci conduirait à une meilleure participation et un meilleur suivi. Le fait de présenter une dépression serait en association avec des symptômes plus graves, conduirait à plus d'hospitalisations en résidence et interagirait négativement avec les conditions de traitements. Finalement, l'étude ne serait pas responsable pour des jours d'hospitalisation. Effectivement, plus d'un quart des adolescents avaient été hospitalisé l'année précédant l'étude.

L'article de Rohde et al. (2014) parlent de l'effet de deux traitements (Adolescent Coping With Depression Course, CWD et Functional Family Therapy, FFT). Les auteurs regardent si un traitement coordonné (CT) de ces deux thérapies serait plus efficace qu'un traitement séquencé. Les résultats montrent que toutes les sessions de thérapies ont permis de diminuer l'utilisation de substances et l'important de la dépression dans les dépressions majeures. Pour l'utilisation de substances, les diminutions sont plus marquées avec FFT/CWD. Pour la dépression majeure, en moyenne pour les trois interventions, il y a eu 40% de diminution durant le traitement et 60% un an après le traitement. Lorsque d'autres traitements étaient pris en même temps que l'étude, il y a eu de meilleurs résultats dans le suivi (plus de rémission et moins de rechutes). La fréquentation aux thérapies, elle était inférieure dans la seconde thérapie séquencée. Les adolescents abusant de substances ont

des difficultés d'engagement dans le traitement encore plus dans les traitements avec la famille. En conclusion, le traitement coordonné (CT) n'a pas d'effets supérieurs par rapport aux traitements séquencés. Ceci peut être induit par une non-délimitation d'un changement clair et cohérent, par la présence de plusieurs thérapeutes induisant un problème d'alliance thérapeutique, et par le fait que le CT soit développé pour l'étude et donc ne soit pas optimal.

Dans l'étude sur l'efficacité de la créatine sur des patientes avec une comorbidité de troubles dépressifs et d'abus de méthamphétamine, effectuée par Hellem et al. (2015), les résultats démontrent une diminution de l'état dépressif, ainsi que de la consommation de méthamphétamine. Pour analyser les améliorations des troubles dépressifs, les auteurs ont utilisé l'échelle de Hamilton. Une diminution des scores a été relevée dès la deuxième semaine de l'étude. Le changement de l'état d'anxiété a aussi été évalué dans cette étude. Les auteurs ont utilisé l'inventaire d'anxiété de Beck qui a montré une amélioration de l'état dépressif chez les participantes après l'utilisation de la créatine. L'analyse de l'urine concernant la consommation de méthamphétamine a relevé une diminution de la consommation remarquable dès la sixième semaine de l'étude. Une augmentation de la phosphocréatine a été observée chez les participantes grâce aux scans réalisés en pré et post traitement par créatine. Etant donné que la population est ici adulte, il serait intéressant de voir si l'efficacité serait similaire chez les adolescentes.

Dans leur étude sur l'efficacité de la fluoxétine chez les adolescents présentant une dépression et une consommation de substances (alcool et marijuana), Hirschtritt et al. (2012) se sont intéressés à la sévérité et à la chronicité de la dépression, ainsi qu'au taux de leur consommation. Les résultats ont montré que la chronicité de la dépression et le taux de consommation d'alcool peuvent avoir des effets significatifs sur l'efficacité de la fluoxétine en comparaison avec un placebo. Après 8 semaines d'études, les participants avec une dépression chronique avec une sévérité élevée et une consommation modérée d'alcool, ont démontré une meilleure réponse à la fluoxétine. Concernant l'évaluation du désespoir (item), les auteurs n'ont pas trouvé de changement sur l'efficacité du traitement de la fluoxétine.

Spettigue et al. (2008) ont analysé l'efficacité et la sécurité d'emploi du traitement d'olanzapine chez les adolescentes anorexiques. L'olanzapine est un antipsychotique atypique. Il est souvent utilisé chez les patients avec des troubles alimentaires (anorexie mentale). Ce traitement facilite la prise de poids et diminue les agitations, ainsi que les oppositions à la prise de traitement. Dans les deux études analysées dans cette recherche, le traitement par olanzapine chez les patients avec une anorexie a montré des améliorations remarquables. Cette amélioration est surtout observable dans la combinaison du traitement par olanzapine et la thérapie cognitivo-comportementale. L'hypothèse des auteurs est que ce traitement peut être aussi efficace chez les adolescents avec des troubles alimentaires (anorexie nerveuse ou trouble alimentaire non spécifié). Les résultats de la recherche ne sont pas discutés

dans l'article, mais leurs recherches antérieures montrent une efficacité du traitement par l'olazapine.

Dans leur étude, Keating, Tasca et Bissada (2015) se sont intéressés à l'interaction entre les troubles de l'attachement, les symptômes dépressifs et les troubles alimentaires. L'évaluation clinique s'est faite à partir de l'application d'une thérapie pour l'anorexie et la boulimie en hôpital de jour au Canada. Les résultats de la recherche montrent que ces trois concepts sont souvent liés. La présence d'un trouble de l'attachement peut influencer les améliorations des symptômes dépressifs et des troubles alimentaires de manière significative. Les traitements des troubles alimentaires, ainsi que des troubles dépressifs, devraient prendre en compte le modèle d'attachement du patient (sécure, ambivalent, évitant, etc.). La population regroupait des femmes de 20 à 30 ans. Les troubles alimentaires débutent souvent à l'adolescence. De ce fait, on peut considérer que la population était déjà malade à cette période et donc que les résultats pourraient être transposés à une population d'adolescents.

Développement des résultats en lien avec la question PICOT

Pour le développement de nos résultats en lien avec notre question PICOT, nous avons réparti nos données selon les traitements pharmacologiques et thérapies non pharmacologiques.

Pour les traitements pharmacologiques, on retrouve dans nos articles des antidépresseurs (inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNa), inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (IRS),

tricycliques). Pour la fluoxétine, les résultats montrent un effet positif chez les individus souffrant de dépression chronique avec une consommation basse ou moyenne d'alcool (Hirschtritt et al., 2012). Une autre étude a trouvé que cette même molécule avait un effet moindre en comparaison de l'amineptine sur l'anorexie mentale. De plus, dans le traitement des symptômes anxieux, la nortriptyline est plus efficace que la fluoxétine (Claudino et al., 2010). La fluoxétine est donc utile pour traiter la dépression chronique avec une consommation basse à moyenne d'alcool, mais moins efficace dans le traitement de l'anorexie mentale et des symptômes anxieux.

D'autres traitements apparaissent dans nos recherches : l'olanzapine (antipsychotique) (Spettigue et al., 2008) et la créatine (complément alimentaire) (Hellem et al., 2015).

Les résultats montrent qu'ils existent beaucoup de possibilités pour traiter ces trois pathologies, dont beaucoup utilisent des antidépresseurs. On peut aussi constater que chez les adolescents, il faut rester prudent avec leur utilisation.

La créatine est généralement utilisée chez les sportifs. Elle n'est donc pas un médicament à la base. Dans ce sens, il serait intéressant d'élargir la vision de ce qu'est un traitement. D'autres molécules pourraient induire une amélioration de l'état clinique du patient.

Pour les traitements non pharmacologiques, on retrouve des thérapies familiales : une thérapie familiale intégrée pour les adolescents axés sur le trouble de la personnalité borderline (I-BAFT) (Santisteban et al., 2015), une

thérapie familiale fonctionnelle (Rohde et al., 2014) et une thérapie familiale adaptée aux adolescents boulimiques (TF-B) (Le Grange et al., 2016). Deux traitements se déroulent en milieu hospitalier. Il s'agit d'un traitement résidentiel (clinique spécialisée) (Twohig et al., 2016) et un programme thérapeutique en hôpital de jour (Keating et al., 2015). Enfin, on retrouve la musicothérapie d'improvisation (Albornoz, 2011), une thérapie basée sur les conseils individuels sur les drogues (IDC), des cours pour le traitement de la dépression chez les adolescents, les interventions brèves (BIs) (Carney et al., 2016) et la thérapie cognitivo-comportementale adaptée pour les adolescents (TCC-A) (Le Grange et al., 2016).

Un des éléments particuliers qui ressort de manière générale de nos articles, c'est qu'il est impossible de traiter un patient atteint de plusieurs pathologies avec un seul traitement. Effectivement, on constate que bien souvent certains traitements ont des impacts négatifs. Ces impacts influençant les autres comorbidités conduisent à la survenue d'autres troubles (par exemple un accroissement du risque suicidaire) ou n'ont des effets que sur une seule pathologie. Ceci conduit à un maintien de certains troubles et donc à une chronicité.

Dans nos articles concernant les consommations de toxiques, nous n'avons pas trouvé d'études spécifiques aux traitements contre l'usage de cannabis. Effectivement, généralement c'est la consommation de substance de manière générale qui est traitée. Ce qui donne aux résultats sur les abus

de consommation un caractère transférable et permet de répondre à notre question PICOT.

Au vu du nombre restreint d'articles et des différents traitements évoqués, il est possible de réaliser une synthèse (voir tableau 10) illustrant quels traitements sont les plus efficaces. On peut ainsi constater que les traitements non-pharmacologiques induisent moins, voire pas d'effets secondaires et seraient donc à favoriser.

Tableau 10

Synthèse de l'efficacité des traitements

Pathologies / populations	Enfants et adolescents	Adolescents et adultes	Adultes
Dépression	<ol style="list-style-type: none"> 1. Duloxétine 2. CWD et FFT (séquencée ou coordonnée (CT) ; chez les toxicomanes) 3. TCC et mindfulness 4. Fluoxétine (associée à une consommation modérée d'alcool) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Musicothérapie d'improvisation (chez les toxicomanes) 2. Traitement résidentiel (chez les anorexiques-boulimiques) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Créatine (associée à une consommation de méthamphétamine) 2. Programme en hôpital de jour (Canada ; chez les anorexiques-boulimiques)
Troubles anxieux (en lien avec une dépression)	-	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nortriptyline (comparée à la fluoxétine ; chez les anorexiques) 2. Traitement résidentiel (chez les anorexiques-boulimiques) 	-
Anorexie	<ol style="list-style-type: none"> 1. Amineptine (comparée à la fluoxétine) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Traitement résidentiel 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Olanzapine (avec et sans thérapie cognitivo-comportementale)
Boulimie	<ol style="list-style-type: none"> 1. TF-B (préférée à la TCC-A) 	-	-
Consommation de toxiques	<ol style="list-style-type: none"> 1. IDC et I-BAFT (chez les Borderline) 2. CWD et FFT (séquencée ou coordonnée (CT) ; associée à des troubles dépressifs) 3. Interventions brèves (BIs) (cannabis et d'alcool) 	-	-

Perspectives / propositions pour la pratique

Au terme de ce travail, il semble intéressant d'utiliser une combinaison des traitements pharmacologiques et non-pharmacologiques dans la pratique. Effectivement, des effets significatifs apparaissent sur ces deux axes thérapeutiques. Ceci dit, étant donné que la population de notre étude regroupe des adolescents, il serait quand même préférable de privilégier les thérapies non-médicamenteuses. De plus, un des risques importants qui apparaît dans nos articles est l'augmentation du risque suicidaire lors d'une prise d'un traitement antidépresseur (Claudino et al., 2010 ; Xu et al., 2016). Il faudrait donc d'abord favoriser les autres traitements pour éviter la survenue de cet effet secondaire. On constate également que les médicaments de type tricyclique ont des effets secondaires importants. Ces derniers aggraveraient les troubles liés à la boulimie et à l'anorexie. En effet, les vomissements induits par la purge provoquent une hypokaliémie et des troubles du rythme ce qui augmente le risque d'arrêt cardiaque. Cet effet est potentialisé par les tricycliques qui induisent eux-mêmes des troubles du rythme.

D'après l'une de nos études, aux Etats-Unis et au Royaume-Uni, seule la fluoxétine est approuvée dans le traitement de la dépression chez les adolescents (Claudino et al., 2010). Ceci montre une certaine restriction dans les possibilités pharmacologiques. Néanmoins, il est évoqué que la fluoxétine associée à une thérapie cognitivo-comportementale est efficace pour traiter la dépression chez les adolescents, mais malheureusement inefficace pour traiter

la consommation de drogues (Riggs, Mikulich-Gilbertson, Davies, Lohman, Klein, & Stover, 2007) cité dans Rohde et al. (2014).

Dans plusieurs de nos articles, il apparaît que la thérapie familiale est particulièrement efficace dans le traitement de la boulimie chez les adolescents (Le Grange et al., 2016). Elle a aussi montré son efficacité dans le traitement des symptômes dépressifs et dans la réduction de consommation de substances chez les adolescents avec un trouble de la personnalité Borderline (Rohde et al., 2014). L'implication de la famille dans la prise en charge de l'adolescent serait donc un des axes à privilégier.

Il ressort également comme conclusion dans plusieurs articles qu'il faut une prise en charge holistique avec plusieurs thérapies (Cox et al., 2012 ; Diamond et al., 2006 ; Santisteban et al., 2015). Dans certains articles, on constate que d'autres symptômes comme la consommation d'alcool, les troubles de l'attachement ou l'anxiété diminueraient l'efficacité des thérapies ciblées (Keating et al., 2015). D'où l'importance de prendre en compte le patient dans sa globalité.

Dans un de nos articles, il y a des différences entre les hommes et les femmes (Hellem et al., 2015). La différence est relevée en lien avec l'effet de la consommation de méthamphétamine sur le cerveau. Les femmes adultes consommatrices seraient plus à risque de développer d'un trouble dépressif. Il faudrait donc peut-être appliquer différemment les thérapies en fonction des sexes.

Enfin, il faudrait favoriser l'utilisation de thérapies non-pharmacologiques pour traiter les adolescents. On voit également qu'une thérapie prenant en compte l'environnement (famille) apporterait un plus dans le traitement. Il serait possible d'y associer certaines thérapies pharmacologiques. On voit effectivement que par exemple des antidépresseurs comme la fluoxétine sont efficaces chez les adolescents.

On voit aussi qu'une bonne alliance thérapeutique « soignant-soigné » améliore l'efficacité du traitement. C'est donc un élément à considérer et à travailler lors d'une prise en charge.

Chapitre 6 : Conclusions

Apport du travail de Bachelor (éléments facilitants et contraignants)

Nos expériences personnelles et de stages, particulièrement en psychiatrie, nous ont aidés dans la réalisation de notre travail. D'abord, elles nous ont permis d'avoir déjà une certaine vision de la réalité du terrain en Suisse. Ensuite, elles nous ont aidées à rédiger notre travail, principalement dans la revue exploratoire de littérature. Nous avons pu établir des liens avec les recherches théoriques. De même, elles nous ont aidés à choisir notre question PICOT.

Nos concepts sont fréquemment rencontrés dans la population adolescente et constituent des sujets qui font débat à l'heure actuelle. De plus, dans notre société, on se focalise de plus en plus sur les questions de comorbidités et de chronicité. Nous avons donc de la matière pour construire notre travail de Bachelor. Par ailleurs, grâce à ce travail ce sont des problématiques que nous avons pu approfondir et développer nos connaissances sur les différents traitements de l'addiction, de la dépression et des troubles alimentaires chez les adolescents.

Nous considérons que le fait d'être trois dans la réalisation du travail était à la fois un élément facilitant et contraignant. Effectivement, c'est un élément facilitant, car nous avons chacune apporté nos connaissances et notre vision personnelles. Nous avons aussi pu mettre à profit les qualités de chacune (connaissances linguistiques, capacité de rédactions, etc.).

Travailler à trois nous a aidées également à développer le travail en collaboration. Cela nous est utile pour notre profession où l'on est constamment en équipe pluridisciplinaire et interdisciplinaire.

Le côté plus contraignant du travail de groupe est que nous avons dû parfois faire appel à de la négociation pour rallier une position commune. Il était aussi parfois difficile de nous organiser pour se retrouver et avancer notre travail.

Un autre élément de contrainte pourrait être le fait que dans nos articles de recherches les méthodes d'analyses sont souvent complexes et dépassent notre niveau de connaissance. Dans ce sens, en y ajoutant encore la langue anglaise, il était parfois compliqué d'en comprendre le contenu et particulièrement celui des résultats.

Limites

Notre travail regroupe uniquement un nombre restreint de thérapies, alors qu'il en existe d'autres. De plus, aucune étude n'a été réalisée dans une population suisse où d'autres traitements existent. Notre travail permet donc d'avoir une idée des axes thérapeutiques à emprunter, mais sans précision.

Dans les limites de notre travail, on peut également évoquer l'absence d'articles traitant de nos trois concepts simultanément (dépression, consommation de cannabis et anorexie / boulimie). De ce fait, les articles ne répondent que partiellement à notre question de recherche.

Le fait d'aborder des concepts plus larges permet d'avoir une vision plus globale de notre question de recherche. Ceci constitue un élément positif.

Néanmoins, avec quinze articles, les conclusions restent limitées. On ne peut pas les généraliser.

Ce travail est notre premier de cette envergure. C'est pourquoi des lacunes apparaissent dans la méthodologie et l'analyse. Pour les recherches dans les bases de données, nous avons dû recommencer plusieurs fois, car nous avons du mal à trouver les descripteurs et à savoir ce que nous voulions concrètement. Chaque base de données utilise sa propre méthodologie. D'autres articles auraient pu être trouvés grâce à une meilleure expérience dans des travaux de recherche.

Avec le recul et malgré nos expériences personnelles, nous pensons qu'il aurait été intéressant d'aller chercher des témoignages d'experts dans la pratique. Cela aurait permis d'avoir une image plus précise de la réalité en Suisse ou au moins de ce qu'il se fait en Suisse romande.

Une autre limite dans notre travail est que souvent chez les adolescents il est difficile de poser vraiment un diagnostic. Il en découle qu'il est plus difficile d'avoir une vision d'ensemble de l'adolescent et donc de définir correctement les traitements.

Perspectives pour la recherche

Au vu des résultats, il nous semble important de faire ou d'analyser des recherches basées sur la situation en Suisse. On constate qu'il y a des différences majeures avec les autres pays. La vision de la maladie et de la thérapie varie en fonction de la culture et du pays.

Dans les articles, on voit malgré tout que les traitements se ciblent souvent sur une pathologie et qu'on retrouve généralement un ou deux traitements. Il faudrait donc faire le tour de l'ensemble des traitements disponibles pour vraiment évaluer lesquels sont les plus efficaces. C'est une vision quelque peu optimiste. Néanmoins, on constate que dans nos recherches beaucoup de traitements n'apparaissent pas.

Dans notre travail, nous étions partis, à la base, sur l'addiction au cannabis. Cependant, nous nous sommes vite rendu compte que chez les adolescents, c'était plutôt une consommation de cannabis et non une dépendance qui était évoquée. Il faudrait donc dans les prochaines recherches décrire ce terme de façon plus générale. Dans nos résultats, il apparaît cependant bien la notion de consommation, même si au départ nous étions partis sur l'addiction.

Dans trois de nos articles, la population de l'étude regroupe des adultes. Comme nous l'avons cité plus haut, les résultats de ces trois études peuvent être transposés à la population des adolescents. En ce sens, on pense qu'il serait intéressant de refaire des recherches similaires, mais en incluant des adolescents dans la population à l'étude.

Chapitre 7 : Références

- Albornoz, Y. (2011). The effects of group improvisational music therapy on depression in adolescents and adults with substance abuse: a randomized controlled trial**. *Nordic Journal of Music Therapy*, 20(3), 208- 224. doi :10.1080/08098131.2010.522717
- Am, C., M, S. D. L., Ppj, H., Bacaltchuk, J., Uus, S., & Treasure, J. (2010). Cochrane Review Antidepressants in Anorexia Nervosa., (1). doi :10.1002/14651858.CD004365.pub2.www.cochranelibrary.com
- American Psychiatric Association. (2013). *DSM-5: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Paris : Elsevier Masson.
- American Psychiatric Association, & J.-D. Guelfi et al. (2004). *Mini DSM-IV-TR : critères diagnostiques : version française complétée des codes CIM-10 (Révisée)*. Paris : Masson. (American Psychiatric Association ; coordinateur général de la traduction française Julien-Daniel Guelfi.17 cm.Traduction de: Quick reference to the diagnostic criteria from DSM-IV TR.).
- Association American Psychiatric. (2016). *Mini DSM-5 critères diagnostiques*. Paris : Elsevier Masson.
- Association Boulimie Anorexie. (2016). Traitements. Repéré à <http://www.boulimie-anorexie.ch/traitements.php>
- Association Française contre la dépression et les troubles bipolaires. (2014). France-Dépression une Écoute, un Sourire, une Force. Repéré à <http://www.france-depression.org/description-des-troubles/>
- Berg, K., Hurley, D., McSherry, J., & Strange, N. (2005). *les troubles du comportement alimentaire*. Bruxelles : De Boeck Université.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss, vol.1. Attachment*. New-York : Basic Books.
- Burge, D., Hammen, C., & Davila, J. (1997). The relationship between attachment cognitions and psychological adjustment in late adolescent women. *Development and Psychopathology*, (9), 151- 167.
- Carney, T., Myers, B. J., Louw, J., & Okwundu, C. I. (2016). Brief school-based interventions and behavioural outcomes for substance-using adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. doi :10.1002/14651858.CD008969.pub3
- Chinn, P., & Kramer, M. (2008). *Integrated Theory & Knowledge Development in Nursing*. Saint Louis : Mosby Elsevier.
- Chinn, P., & Kramer, M. (2011). *Integrated Theory & Knowledge Development in Nursing*. Saint Louis : Mosby Elsevier.

- Claudino, A. M., Silva de Lima, M., Hay, P. P., Bacaltchuk, J., Schmidt, U. U., & Treasure, J. (2010). Cochrane Review Antidepressants in Anorexia Nervosa., (1). doi :10.1002/14651858.CD004365.pub2.www.cochranelibrary.com
- Collectif Larousse. (2011). *Le Petit Larousse Illustré 2012*. Paris : Larousse.
- Cox, G. R., Fisher, C. A., De Silva, S., Phelan, M., Akinwale, O. P., Simmons, M. B., ... Simmons, M. B. (2012). Interventions for preventing relapse and recurrence of a depressive disorder in children and adolescents (Review) Interventions for preventing relapse and recurrence of a depressive disorder in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews Interventions*, 11(11), 2012-2014. doi :10.1002/14651858.CD007504.pub2.Copyright
- Diamond, G., Panichelli-Mindel, S. M., Shera, D., Dennis, M., Tims, F., & Ungemack, J. (2006). Psychiatric Syndromes in Adolescents with Marijuana Abuse and Dependency in Outpatient Treatment. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 15(4), 37-54. doi :10.1300/J029v15n04_02
- Doyen, C., & Cook-Darzens, S. (2004). *Anorexie, boulimie : vous pouvez aider votre enfant*. Paris : InterEditions.
- Eicher, M., Delmas, P., Cohen, C., Baeriswyl, C., & Viens Python, N. (2013). Version Française de la Théorie de Gestion des Symptômes (TGS) et son application. *Recherche en soins infirmiers*, 112(1), 14-25. doi :10.3917/rsi.112.0014
- Erikson, E. (2011). *Adolescence et crise : La quête de l'identité*. Paris : Flammarion.
- Evans, D. L., & Andrews, L. W. (2012). *Dépression et troubles bipolaire chez l'adolescent*. Paris : De Boeck Université.
- Fawcett, J. (1984). The metaparadigm of nursing: present status and future refinements. *Image: the Journal of Nursing Scholarship*, 16(3), 84-89.
- Fortin, F., & Gagnon, J. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (2e éd.). Montréal, Canada : Chenelière éducation. (Marie-Fabienne Fortin ; collaboration, Johanne Gagnon.ill. ; 26 cm.Comprend un index.).
- Freud, A. (1936). *Le moi et les mécanismes de défense*. Paris : PUF.
- Freud, S. (1893). *Über den psychischen Mechanismus hysterischer Phänomene*. (S.l.) : (s.n.).
- Guédénéy, N., & Guédénéy, A. (2009). *l'attachement : approche théorique du bébé à la personne âgée*. Issy-les-Moulineaux cedex : Elsevier Masson.

- Guetzkow, H. (1951). *Groups, leadership and men*. Pittsburgh : PA Carnegie Press.
- Hellem, T. L., Sung, Y.-H., Shi, X.-F., Pett, M. A., Latendresse, G., Morgan, J., ... Renshaw, P. F. (2015). Creatine as a Novel Treatment for Depression in Females Using Methamphetamine: A Pilot Study. *Journal of Dual Diagnosis, 11*(3-4), 189- 202. doi :10.1080/15504263.2015.1100471
- Henderson, V. (1994). *The nature of Nursing, Traduction française « La nature des soins infirmiers »*. Paris : InterEditions.
- Hirschtritt, M. E., Pagano, M. E., Christian, K. M., McNamara, N. K., Stansbrey, R. J., Lingler, J., ... Findling, R. L. (2012). Moderators of fluoxetine treatment response for children and adolescents with comorbid depression and substance use disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment, 42*(4), 366- 372. doi :10.1016/j.jsat.2011.09.010
- Houde, R. (1999). *Les temps de la vie. Le développement psychosocial de l'adulte*. Québec : Gaëtan Morin.
- Huerre, P., & Marty, F. (2004). *Cannabis et adolescence les liaisons dangereuses*. Paris : Albin Michel.
- Humphreys, J., & Carrieri-Kohlman, V. (2014). Theory of Symptom Management. Dans *Middle Range Theory for Nursing* (pp. 141- 157). New-York : Springer Publishing Company.
- Keating, L., Tasca, G. A., & Bissada, H. (2015). Pre-treatment attachment anxiety predicts change in depressive symptoms in women who complete day hospital treatment for anorexia and bulimia nervosa. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 88*(1), 54- 70. doi :10.1111/papt.12028
- Lamas, C., Shankland, R., Nicolas, I., & Guelfi, J.-D. (2012). *les troubles du comportement alimentaire*. Issy-les-Moulineaux cedex : Elsevier Masson.
- Le Grange, D., Lock, J., Agras, S., Bryson, S., & Jo, B. (2016). Randomized Clinical Trial of Family Based Treatment and Cognitive-Behavioral Therapy for Adolescent Bulimia Nervosa, 1- 18. doi :10.1016/j.jaac.2015.08.008.Randomized
- Lejoyeux, M. (2010). *Addictologie*. Issy-les-Moulineaux cedex : Elsevier Masson.
- Maria Poblete. (2011). *Cannabis: aider mon ado à s'en sortir*. Paris : éditions l'Étudiant.
- Monitoring suisse des addictions. (2012). *Résultats du Monitoring suisse des addictions 2012*. Repéré à [http://www.suchtmonitoring.ch/docs/library/office_f_od_oral de la sant_e publique_34u9pq2pidal.pdf](http://www.suchtmonitoring.ch/docs/library/office_f_od_oral_de_la_sant_e_publicque_34u9pq2pidal.pdf)

- Morel, A., Couteron, J.-P., & Fouilland, P. (2010). *l'aide-mémoire d'addictologie : en 46 notions*. Paris : Dunod.
- Observatoire suisse de la santé. (2012). *La santé psychique en Suisse*. Repéré à http://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/obsan_52_rapport.pdf
- Observatoire suisse de la santé. (2013). *La dépression dans la population suisse. Données concernant l'épidémiologie, le traitement et l'intégration socioprofessionnelle*. Repéré à http://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/obsan_56_rapport.pdf
- Office fédéral de la santé publique (OFSP), Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), & fondation Promotion Santé Suisse. (2015). *Santé psychique en Suisse*. Repéré à http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/praevention_gesundheitsfoerderung/psychische_gesundheit/bt_dialog_ngp_psych_gesundheit_20150520_f.pdf
- Office fédéral de la santé publique OFSP. (2010). Troubles alimentaires. Repéré à http://www.bag.admin.ch/themen/ernaehrung_bewegung/05207/13287/index.html?lang=fr
- Office Fédéral de la Statistique. (2014). Dépression majeure par âge, sexe, région linguistique, niveau de formation. Repéré à <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/etat-sante/psychique.assetdetail.303614.html>
- Organisation mondiale de la Santé. (1946). Constitution de l'OMS: ses principes. Repéré à <http://www.who.int/about/mission/fr/>
- Organisation mondiale de la Santé. (2009). *CIM-10 Classification Internationale des Troubles Mentaux et des Troubles du Comportement*. Paris : Masson.
- Organisation mondiale de la Santé. (2014). *CIM-10 Classification Internationale des Troubles Mentaux et des Troubles du Comportement*. Paris : Masson.
- Organisation mondiale de la Santé. (2015). La dépression.
- Organisation mondiale de la Santé. (2016). Développement des adolescents. Repéré à http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/fr/

- Powers, P. S., Bannon, Y., Eubanks, R., & McCormick, T. (2007). Quetiapine in Anorexia Nervosa Patients: An Open Label Outpatient Pilot Study. *International Journal of Eating Disorders*.
- Raffaitin, F., Gérard, A., & Chneiweiss, L. (2011). De l'impact de l'environnement sur la dépression et réciproquement. Repéré à <http://www.psychstrategy.net/article-de-l-impact-de-l-environnement-sur-la-depression-et-reciproquement-80857100.html>
- Rohde, P., Waldron, H. B., Turner, C. W., Brody, J., & Jorgensen, J. (2014). Sequenced versus coordinated treatment for adolescents with comorbid depressive and substance use disorders. *Journal of consulting and clinical psychology*, 82(2), 342-8. doi :10.1037/a0035808
- Santisteban, D. A., Mena, M. P., Muir, J., McCabe, B. E., Abalo, C., & Cummings, A. M. (2015). The Efficacy of Two Adolescent Substance Abuse Treatments and the Impact of Comorbid Depression : Results of a Small Randomized Controlled Trial, 38(1), 55- 64.
- Spettigue, W., Buchholz, A., Henderson, K., Feder, S., Moher, D., Kourad, K., ... Ledoux, S. (2008). Evaluation of the efficacy and safety of olanzapine as an adjunctive treatment for anorexia nervosa in adolescent females: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *BMC Pediatrics*, 8(1), 4. doi :10.1186/1471-2431-8-4
- Streel, E., & Verbanck, P. (2007). *la consommation de cannabis de l'information à la prise en charge clinique*. Bruxelles : De Boeck Université.
- Twohig, M. P., Bluett, E. J., Cullum, J. L., Mitchell, P. R., Powers, P. S., Lensegrav-Benson, T., & Quakenbush-Roberts, B. (2016). Effectiveness and clinical response rates of a residential eating disorders facility. *Eating Disorders*, 24(3), 224- 239. doi :10.1080/10640266.2015.1064279
- Verlag, G. T. (2003). *La dépression*. (S.l.) : (s.n.).
- Voderholzer, U., Witte, S., Schlegl, S., Koch, S., Cuntz, U., & Schwartz, C. (2016). Association between depressive symptoms, weight and treatment outcome in a very large anorexia nervosa sample. *Eating and Weight Disorders*, 21(1), 127- 131. doi :10.1007/s40519-015-0227-7
- Xu, Y., Bai, S. J., Lan, X. H., Qin, B., Huang, T., Xie, P., ... Xie, P. (2016). Randomized controlled trials of serotonin-norepinephrine reuptake inhibitor in treating major depressive disorder in children and adolescents: a meta-analysis of efficacy and acceptability. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 49(6), 1- 8. doi :10.1590/1414-431X20164806

Chapitre 8 : Annexes

Annexe 1 : témoignage d'un alcoolique anonyme

Lors de notre visite chez les alcooliques anonymes, un ancien alcoolique nous racontait comment peu à peu ses consommations étaient devenues problématiques. Il avait commencé à consommer de l'alcool aux alentours de ses 13 ans et du cannabis aux alentours de ses 14 ans. D'abord, ses consommations étaient festives puis, au fur et à mesure, alors que dans son groupe d'amis les consommations restaient toujours festives, pour lui, elles étaient devenues un besoin, une envie irrésistible. Cet alcoolique avait trouvé un travail en grandissant. Il devenait de plus en plus dur de l'assumer, car il devait continuellement assouvir son besoin de consommer avant le travail, lors de ses pauses et après le travail. La conciliation entre son travail et son problème de dépendance était devenue difficile à gérer.

Pour que nous ayons une idée de ses consommations journalières, il avait abordé les pires moments de son addiction. Par exemple, en plus des consommations journalières importantes qui passaient par des culs secs de bières d'un litre avec le travail, en sortant du travail, il s'achetait un pack de bières. Une fois chez lui, il alternait entre une bière et un joint jusqu'à la fin du pack. Lorsque cette consommation n'était plus suffisante pour le satisfaire, il ajouta du whisky à ses consommations.

C'est finalement la perte de son emploi qui l'a fait réagir et qui l'a conduit à se tourner vers les alcooliques anonymes. Lorsque nous l'avons rencontré, il avait réussi à arrêter de boire. Son parcours avait été entremêlé de rechutes, mais il avait finalement réussi à atteindre une abstinence totale. Il évoquait

avec nous la peur de la rechute, tout en disant qu'il rechuterait peut-être, mais qu'il se battrait encore pour arrêter. Pour lui, le combat était de tous les jours et pour toute la vie.

Annexe 2 : témoignage d'une ALANON⁴

Une femme nous racontait qu'elle vivait en ménage avec son compagnon. Ils buvaient ensemble. Lorsque cette dernière est tombée enceinte, elle a arrêté ses consommations pour le bien de son enfant à venir. Après l'accouchement, son mari a continué à consommer régulièrement de l'alcool. Leur vie de couple devenait compliquée. Monsieur était parfois absent plusieurs jours de suite de la maison. Elle ne savait pas où il était et lorsqu'il revenait, il ne parvenait pas non plus à donner des explications cohérentes. Il ne s'occupait pas de sa fille et madame avait peur pour elle et sa fille. Cette femme avait du mal à quitter son mari. A chaque fois qu'elle partait, la culpabilité la conduisait à revenir. Malgré leurs discussions, rien ne changeait. Ils étaient dans une relation destructrice et la situation ne faisait qu'empirer. Finalement, à force de discussions et d'épisodes conflictuels, monsieur s'est rendu dans un centre pour traiter son alcoolisme. Madame nous a raconté qu'elle était toujours avec son mari et qu'elle le soutenait dans son abstinence. Leur situation familiale s'est stabilisée.

⁴ ALANON : Groupes d'entraide pour les familles et les amis des alcooliques

Annexe 3 : expériences personnelles

Nous avons toutes les trois réalisé un stage au sein de l'établissement pour maladies psychiatriques de Préfargier (NE).

Michèle est allée dans le secteur UHPA (unité hospitalière psychiatrique pour adolescents) ; secteur de psychiatrie pour les adolescents. Dans ce secteur, elle fut confrontée à des adolescents âgés de 12 à 18 ans. La plupart de ces derniers présentaient des troubles de type dépressif et avaient tenté de se suicider. Les protocoles du service stipulaient que l'équipe devait évaluer à chaque repas les quantités d'aliments consommées et le type d'aliment. Elle put observer que la plupart des patients qui présentaient ces troubles souffraient aussi de troubles alimentaires. Certaines adolescentes souffraient d'anorexie et de boulimie. Pour toutes ces jeunes filles, la gestion de l'alimentation était quotidienne. Pour les jeunes garçons, ils présentaient un rapport particulier à l'alimentation. Effectivement, ils ingéraient de grandes quantités de nourriture et avaient une courbe de poids en augmentation. Les infirmiers du service mettaient ce phénomène en lien avec certaines pathologies psychiatriques, comme la dépression ou les psychoses. D'après ce que Michèle a pu observer dans le service, il existe donc un lien évident entre la dépression et les troubles de l'alimentation.

Certains adolescents souffraient aussi d'addictions à des toxiques. Ils disaient les consommer pour se sentir mieux et pour réussir à s'endormir, par exemple. On peut donc mettre en lien ces consommations avec des troubles de l'humeur comme la dépression.

Michèle a pu constater que les troubles psychiatriques débutaient souvent durant la période de l'adolescence. Cette période est marquée par des crises et des changements majeurs comme c'est le temps du passage à l'âge adulte. On sait que ses troubles continus d'évoluer jusqu'à persister à l'âge adulte.

Par la suite, Helia a également réalisé son stage en psychiatrie dans ce service pour adolescents et est parvenue aux mêmes constats.

Nous identifions des liens entre nutrition et addictions à partir d'une autre expérience dans la pratique réalisée par Nadia. Elle eut lieu dans l'unité spécialisée dans les troubles affectifs, dont la dépression fait partie. L'un des premiers signes cliniques chez la personne atteinte de dépression est la perte ou la diminution de l'appétit. Parfois, les patients souffrent de troubles alimentaires comme l'anorexie mentale. Parallèlement, les traitements antidépresseurs influencent aussi l'appétit. L'un de leurs effets secondaires est l'augmentation de l'appétit.

Chez certains patients dépressifs, on retrouve une addiction, le plus souvent à l'alcool ou à une substance illicite. Dans ces cas, il est difficile de savoir si c'est l'addiction qui mène à la dépression ou l'inverse, mais le lien est sûrement bidirectionnel. Il existe une interdépendance entre ces deux pathologies. Concrètement, une personne dépressive peut se mettre à avoir un comportement addictif afin de pallier à sa souffrance. Dans le même sens, une personne atteinte d'addiction peut sombrer dans la dépression au fil des

semaines, des mois, etc. et de par sa vulnérabilité psychologique et/ou physique.

L'une d'entre nous a côtoyé la maladie dans son entourage. La maladie ayant débuté lorsque son amie était âgée de quatorze ans suite à un évènement de vie difficile. Dès lors, elle a commencé à se trouver trop grosse. Au début, elle a progressivement diminué la quantité de nourriture qu'elle mangeait quotidiennement tout en continuant à manger de tout. Au fil des semaines, voyant que son poids diminuait comme elle le souhaitait, elle a continué par supprimer certains aliments jugés trop gras ou trop sucrés. Elle pensait ainsi perdre davantage de poids. Le résultat ne se fit pas attendre : 37 kilos sur la balance. Sans s'en rendre compte, elle s'était enfermée dans la spirale infernale de l'anorexie. A ce stade, elle ne mangeait même plus de salade et avait même peur que l'eau la fasse grossir ! Elle souffrait d'aménorrhée, perdait ses cheveux. En parallèle, elle était de plus en plus active afin de brûler le plus ses calories pour continuer à maigrir.

A cette époque, parallèlement, cette personne a commencé la consommation de cigarettes. Elle avait cette croyance populaire que la cigarette est un coupe-faim. Il y a également eu l'apparition d'idées noires et suicidaires, car en se faisait du mal et faisait du mal à son entourage. Tout le monde souhaitait qu'elle mange, pensant qu'elle ne mangeait plus par caprice. La maladie était totalement inconnue à la famille.

Lorsqu'il y eut la mise en place d'un suivi médical et psychologique, elle reprit du poids petit à petit jusqu'au jour où arriva un autre trouble

alimentaire : la boulimie. Elle s'était tellement privée de nourriture, c'était comme si son corps la punissait et lui demandait de lui rendre tout ce qu'elle lui avait pris. Elle ne prit pas moins de dix kilos en un mois !

Par la suite, son image corporelle s'étant davantage détériorée, les idées noires s'amplifiant, elle ne consommait plus que du tabac, mais aussi du cannabis dans le but de se soulager, de ne plus penser à ses troubles alimentaires.

Une autre d'entre nous a aussi côtoyé la maladie. Elle a été témoin d'une dégradation de l'état psychiatrique d'une de ses proches. Elle s'est aperçue qu'un grand changement de vie chez cette personne avait provoqué des troubles de l'humeur. En effet, cette personne n'arrivait plus à contrôler ses émotions, submergée par un état de nervosité et de stress. La nuit, elle n'arrivait plus à trouver le sommeil. Durant la journée, elle se sentait de plus en plus faible. Puis, les troubles alimentaires ont débuté. Sans s'en rendre compte, elle mangeait de moins en moins. Ce qui a causé une grande perte de poids en très peu de temps. Pourtant, elle gardait une mauvaise image corporelle d'elle-même pensant qu'elle était en surpoids. Se détachant de plus en plus de ses proches, elle s'enfermait souvent chez elle pendant plusieurs jours. Puis, il y a eu le début de la consommation d'alcool et de tabac. Cette situation a duré plusieurs mois jusqu'à son désespoir total et sa tentative de suicide.

Dans cette situation, nous pouvons constater qu'il y a eu une nouvelle étape dans la vie de cette personne. Elle n'a pas eu les ressources nécessaires

pour la surmonter, ce qui a causé l'apparition de sa dépression et ces effets sur son alimentation et sa consommation de substances addictives.

Annexe 4 : critères diagnostics de la dépendance

Critères diagnostiques de la CIM-10⁵, Syndrome de dépendance

Au moins trois des manifestations suivantes ont persisté conjointement pendant au moins un mois ou, quand elles ont persisté pendant moins d'un mois, sont survenues ensemble de façon répétée au cours d'une période de 12 mois :

1. désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psychoactive;
2. altération de la capacité à contrôler l'utilisation de la substance, caractérisée par des difficultés à s'abstenir initialement d'une substance, à interrompre sa consommation ou à contrôler son utilisation, comme en témoigne le fait que la substance est souvent prise en quantité supérieure ou sur un laps de temps plus long que ce que le sujet avait envisagé, ou par un ou plusieurs efforts infructueux pour réduire ou contrôler son utilisation;
3. survenue d'un syndrome de sevrage physiologique quand le sujet réduit ou arrête l'utilisation de la substance, comme en témoigne la présence de symptômes de sevrage, caractéristiques de la substance, ou l'utilisation de la substance (ou d'une substance similaire) dans le but de diminuer ou d'éviter les symptômes de sevrage;
4. mise en évidence d'une tolérance aux effets de la substance, caractérisée par un besoin de quantités nettement majorées pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré, ou un effet nettement diminué en cas d'usage continu de la même dose;
5. préoccupation par l'utilisation de la substance, comme en témoigne le fait que d'autres plaisirs ou intérêts importants sont abandonnés ou réduits en raison de l'utilisation de la substance, ou qu'un temps considérable est passé à faire le nécessaire pour se procurer la substance, la consommer, ou récupérer de ses effets;
6. poursuite de la consommation de la substance psychoactive malgré la présence manifeste de conséquences nocives, comme en témoigne la poursuite de la consommation malgré le fait que le sujet est effectivement conscient de la nature et de la gravité des effets nocifs, ou qu'il devrait l'être.

⁵ CIM-10 : Classification internationale des maladies, dixième révision (Organisation mondiale de la Santé, 2014)

Critères diagnostiques du DSM-V⁶, troubles liés au cannabis

Mode d'usage problématique du cannabis conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance cliniquement significative, caractérisé par la présence d'au moins deux des manifestations suivantes, durant une période de 12 mois :

1. le cannabis est souvent pris en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu.
2. Il y a un désir persistant, ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'usage du cannabis.
3. Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir le cannabis, à utiliser le cannabis ou à récupérer des effets du cannabis.
4. Envie impérieuse (« craving »), fort désir ou besoin pressant de consommer du cannabis.
5. Utilisation répétée du produit conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison.
6. Utilisation de cannabis qui continue malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets du cannabis.
7. Des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importants sont abandonnées ou réduites à cause de l'usage du cannabis.
8. 8. Utilisation répétée du cannabis dans des situations où cela peut être physiquement dangereux
9. L'utilisation du cannabis est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par le cannabis.
10. Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :
 - a. Besoin de quantités notablement plus fortes du cannabis pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré.
 - b. Effet notablement diminué en cas d'usage continu d'une même quantité de cannabis.
11. Sevrage, caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
 - a. Le syndrome de sevrage caractéristique du cannabis (cf. les critères A et B du syndrome de sevrage du cannabis, p. 615)
 - b. Le cannabis (ou une substance proche) est pris pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

⁶ DSM-V : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, cinquième édition (American Psychiatric Association, 2013)

Codage reposant sur la sévérité actuelle : Note pour les codes CIM-10-MC :
Si une intoxication par le cannabis, un sevrage du cannabis ou un autre trouble mental induit par le cannabis sont également présents, ne pas utiliser les codes ci-après du trouble de l'usage du cannabis.

1. Léger : Présence de 2-3 symptômes
2. Moyen : Présence de 4-5 symptômes
3. Grave : Présence de 6 symptômes ou plus

Annexe 5 : critères diagnostics de la dépression

Critères diagnostiques de la CIM-10⁷, épisode dépressif

Le diagnostic de syndrome somatique repose sur la présence d'au moins quatre des symptômes suivants :

1. Diminution marquée de l'intérêt ou de plaisir pour des activités habituellement agréables ;
2. Manque de réactivité émotionnelle à des événements ou activités déclenchant normalement une réaction ;
3. Réveil matinal précoce (au moins deux heures avant l'heure habituelle du réveil) ;
4. Dépression plus marquée le matin ;
5. Éléments objectifs en faveur d'un ralentissement psychomoteur marqué ou d'une agitation psychomotrice marquée (remarqués ou signalés par d'autres personnes) ;
6. Perte marquée d'appétit ;
7. Perte de poids (au moins 5% du poids corporel au cours du dernier mois) ;
8. Diminution marquée de la libido.

⁷ (Organisation mondiale de la Santé, 2009)

Critères diagnostiques du DSM-V⁸, trouble dépressif induit par une substance / un médicament

1. Une perturbation thymique au premier plan et persistante domine le tableau clinique est caractérisée par une humeur dépressive ou une diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes, ou presque toutes les activités.
2. Les antécédents, l'examen physique ou les résultats des examens complémentaires montrent clairement la présence de (a) et de (b) à la fois :
 - a. Les symptômes du critère 1 se sont développés pendant ou peu après une intoxication par une substance ou un sevrage ou après l'exposition à un médicament.
 - b. La substance / le médicament en question est capable d'induire les symptômes du critère 1.
3. La perturbation n'est pas mieux expliquée par un trouble dépressif non induit par une substance / un médicament. Les éléments suivants sont à prendre en compte pour montrer que les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un trouble dépressif indépendant : La survenue des symptômes a précédé le début de la prise de la substance / du médicament ; les symptômes ont persisté pendant une période de temps conséquente (p. ex. environ 1 mois) après la fin du sevrage aigu ou d'une intoxication grave ; ou bien, d'autres signes évoquent l'existence indépendante d'un trouble dépressif indépendant non induit par une substance / un médicament (p. ex. des antécédents d'épisodes dépressifs récurrents non induits par une substance / un médicament).
4. La perturbation ne survient pas uniquement au décours d'un état confusionnel (delirium).
5. Les symptômes entraînent une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

N.B : Ce diagnostic doit être porté à la place de celui d'une intoxication par une substance ou d'un sevrage d'une substance, uniquement lorsque les symptômes de critère 1 dominent nettement le tableau clinique et lorsqu'ils sont suffisamment graves pour justifier une prise en charge clinique.

⁸ (American Psychiatric Association, 2013)

Critères diagnostiques du DSM-V⁹, trouble dépressif dû à une autre affection médicale

1. Période prononcée et persistante pendant laquelle une humeur dépressive ou une diminution de l'intérêt ou du plaisir pour toutes, ou presque toutes les activités, domine le tableau clinique.
2. Les antécédents, l'examen physique ou les examens complémentaires montrent clairement que la perturbation est la conséquence physiopathologique directe d'une autre affection médicale.
3. La perturbation n'est pas mieux expliquée par un autre trouble mental (p. ex. un trouble de l'adaptation de l'humeur dépressive en réponse au stress lié à une affection médicale grave).
4. La perturbation ne survient pas uniquement au décours d'un état confusionnel (delirium).
5. Les symptômes entraînent une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

⁹ (American Psychiatric Association, 2013)

Annexe 6 : critères diagnostics des troubles alimentaires

Critères diagnostiques de la CIM-10¹⁰, troubles de l'alimentation : anorexie mentale

1. Perte de poids, ou, chez les enfants, incapacité à prendre du poids, conduisant à un poids inférieur à au moins 15% du poids normal ou escompté, compte tenu de l'âge et de la taille.
2. La perte du poids est provoquée par le sujet, qui évite les « aliments qui font grossir ».
3. Perception de soi comme étant trop gros(se), avec peur intense de grossir, amenant le sujet à s'imposer au poids limite faible à ne pas dépasser.
4. Présence d'un trouble endocrinien diffus de l'axe hypothalamo-hypophyso-gonadique avec aménorrhée chez la femme et perte d'intérêt sexuel et de puissance érectile chez l'homme (des saignements vaginaux peuvent toutefois persister chez les femmes anorexiques sous thérapie hormonale de substitution, le plus souvent prise dans un but contraceptif).
5. Ne répond pas aux critères 1 et 2 de la boulimie :
 1. Episodes répétés d'hyperphagie (au moins deux fois par semaine pendant une période d'au moins trois mois) avec consommation rapide de quantités importantes de nourriture en un temps limité.
 2. Préoccupation persistante par le fait de manger, associée à un désir intense ou un besoin irrépressible de nourriture (« craving »).

¹⁰ (Organisation mondiale de la Santé, 2009)

Critères diagnostiques du DSM-V¹¹, anorexie mentale

1. Restriction des apports énergétiques par rapport aux besoins conduisant à un poids significativement bas compte tenu de l'âge, du sexe, du stade de développement et de la santé physique. Est considéré comme significativement bas un poids inférieur à la norme minimale ou, pour les enfants et les adolescents, inférieur au poids normal attendu.
2. Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, ou comportement persistant interférant avec la prise de poids, alors que le poids est significativement bas.
3. Altération de la perception du poids ou de la forme de son corps, influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi, ou manque de reconnaissance persistant de la maigreur actuelle.

Type restrictif : Pendant les 3 derniers mois, la personne n'a pas présenté d'accès récurrents d'hyperphagie (gloutonnerie) ni recouru à des vomissements provoqués ou à des comportements purgatifs (c.-à-d. laxatifs, diurétiques, lavements). Ce sous-type décrit des situations où la perte de poids est essentiellement obtenue par le régime, le jeûne et/ou l'exercice physique excessif.

Type accès hyperphagiques /purgatif : Pendant les 3 derniers mois, la personne a présenté des accès récurrents de gloutonnerie et/ou a recouru à des vomissements provoqués ou à des comportements purgatifs (c.-à-d. laxatifs, diurétiques, lavements).

Seuil de sévérité :

- Léger : IMC $\geq 17\text{kg/m}^2$
- Moyen : IMC 16-16,99 kg/m^2
- Grave : IMC 15-15,99 kg/m^2
- Extrême : IMC $< 15\text{kg/m}^2$

¹¹ (American Psychiatric Association, 2013)

Critères diagnostiques de la CIM-10¹², troubles de l'alimentation :**boulimie (bulimia nervosa)**

1. Episodes répétés d'hyperphagie (au moins deux fois par semaine pendant une période d'au moins trois mois) avec consommation rapide de quantités importantes de nourriture en un temps limité.
2. Préoccupation persistante par le fait de manger, associée à un désir intense ou un besoin irrésistible de nourriture (« craving »).
3. Le sujet essaie de neutraliser la prise de poids liée à la nourriture, comme en témoigne la présence d'au moins l'une des manifestations suivantes :
 - a. Vomissements provoqués ;
 - b. Utilisation de laxatifs ;
 - c. Alternance avec des périodes de jeûne ;
 - d. Utilisation de « coupe-faim », de préparations thyroïdiennes, ou de diurétiques ; quand la boulimie survient chez des patients diabétiques ; ceux-ci peuvent sciemment négliger leur traitement à l'insuline.
4. Perception de soi comme étant trop gros(se), avec peur intense de grossir (entraînant habituellement un poids inférieur à la normale).

¹² (Organisation mondiale de la Santé, 2009)

Critères diagnostiques du DSM-V¹³, boulimie (bulimia nervosa)

1. Survenue récurrente d'accès hyperphagiques (crises de glotonnerie) (binge-eating). Un accès hyperphagique répond aux deux caractéristiques suivantes :
 - a. Absorption, en une période de temps limitée (p. ex. moins de 2 heures), d'une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des gens absorberaient en une période de temps similaire et dans les mêmes circonstances.
 - b. Sentiment de perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise (p. ex. sentiment de ne pas pouvoir s'arrêter de manger, ou de ne pas pouvoir contrôler ce que l'on mange, ou la quantité que l'on mange).
2. Comportements compensatoires inappropriés et récurrents visant à prévenir la prise de poids, tel que : vomissement provoqué ; emploi abusif de laxatifs, diurétiques ou autres médicaments ; jeûne, exercice physique excessif.
3. Les accès hyperphagiques (de glotonnerie) et les comportements compensatoires inappropriés surviennent tous les deux, en moyenne, au moins une fois par semaine pendant 3 mois.
4. L'estime de soi est influencée de manière excessive par le poids et la forme corporelle.
5. Le trouble ne survient pas exclusivement pendant des épisodes d'anorexie mentale (anorexia nervosa).

Seuil de sévérité :

Légère : Une moyenne de 1-3 épisodes de comportements compensatoires inappropriés par semaine.

Moyenne : Une moyenne de 4-7 épisodes de comportements compensatoires inappropriés par semaine.

Grave : Une moyenne de 8-13 épisodes de comportements compensatoires inappropriés par semaine.

Extrême : Une moyenne d'au moins 14 épisodes de comportements compensatoires inappropriés par semaine.

¹³ (American Psychiatric Association, 2013)

Annexe 7 : analyse des articles avec la grille adaptée de Fortin (2010)

Article analysé

Claudino, A. M., Silva de Lima, M., Hay, P. P., Bacaltchuk, J., Schmidt, U. U., & Treasure, J. (2010). Cochrane Review Antidepressants in Anorexia Nervosa., (1). doi :10.1002/14651858.CD004365.pub2.www.cochranelibrary.com

Cochrane Database of Systematic Reviews (2006): IF = 4,6

Titre	Le titre précise les concepts clés « antidépresseurs et anorexie mentale », mais pas la population à l'étude.
Résumé	<p>Objectifs : évaluer l'efficacité et l'acceptabilité des antidépresseurs dans le traitement de l'anorexie mentale en phase aiguë.</p> <p>Méthode : recherche de littérature dans les bases de données. Des courriers personnels ont été envoyés aux chercheurs pour pallier au manque d'informations des données non publiées.</p> <p>Résultats : seules sept études ont été incluses.</p> <p>Conclusions des auteurs : un manque d'informations empêche de tirer des conclusions définitives ou des recommandations sur l'utilisation d'antidépresseurs dans le traitement de l'anorexie mentale en phase aiguë.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>L'étude a pour but d'évaluer l'efficacité et l'acceptabilité des médicaments antidépresseurs dans le traitement de l'anorexie mentale en phase aiguë.</p> <p>Le problème est pertinent dans le contexte des connaissances actuelles. L'anorexie mentale est une pathologie avec un taux élevé de mortalité, de morbidité et de chronicité à l'étiologie multifactorielle, dont des vulnérabilités génétiques et biologiques.</p> <p>De plus en plus d'études portant sur la génétique dans les troubles alimentaires se font. Elles se concentrent sur les gènes qui pourraient être impliqués dans les voies de neurotransmetteurs régissant le comportement alimentaire, le contrôle du poids, mais aussi les dépenses énergétiques.</p> <p>Des études ont visé principalement des gènes liés à la sérotonine, impliquée dans le contrôle de l'appétit et de la satiété. Il est possible qu'elle soit associée avec certains traits de personnalité sous-jacents au type d'anorexie restrictive.</p> <p>De nombreuses questions persistent vis-à-vis de la contribution neurobiologique dans le développement des troubles alimentaires. Un certain nombre d'anomalies chez les neurotransmetteurs (sérotonine, dopamine, norépinephrine) ont été décrites dans la phase aiguë de la maladie anorexique. La plupart de ces anomalies résultent des changements en raison de l'état de famine et du comportement alimentaire pathologique. Certaines semblent aussi persister après la restauration du poids.</p> <p>Les recherches dans les changements des systèmes des neurotransmetteurs ont un intérêt considérable. En effet, cet intérêt apparait non seulement à cause de leur rôle potentiel dans la physiopathologie des troubles alimentaires, mais aussi pour l'amélioration des approches pharmacologiques dans le traitement de ces troubles.</p>

Recension des écrits	<p>Une recension a été entreprise : les médicaments antidépresseurs, spécialement les tricycliques, ont été considérés intéressants dans le traitement de l'anorexie à cause de leurs propriétés inductrices de gain de poids (Fernstrom, 1995).</p> <p>Des études ont montré un gain significatif de poids plus élevé chez les patients anorexiques traités à la fluoxétine en association avec un contrôle nutritionnel comparé aux patients traités avec seulement un contrôle nutritionnel (Ruggiero, 2003).</p> <p>Une autre étude n'a trouvé aucun avantage à ajouter la fluoxétine au traitement hospitalier en termes de gain de poids (Strober, 1999).</p> <p>Les essais contrôlés randomisés testant les antidépresseurs sont considérés comme le meilleur niveau de preuve dans les études de traitement, mais sont malheureusement rares pour l'anorexie (Treasure, 2004).</p>
Cadre de recherche	<p>L'anorexie mentale est définie par le DSM IV (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4^{ème} édition) et l'ICD-10 (Classification internationale des maladies, 10^{ème} édition) selon les critères suivants : a) refus de maintenir le poids dans les normes selon la taille et l'âge, b) peur de la prise de poids, c) perturbation de l'image corporelle et d) aménorrhées chez les femmes et la perte d'intérêt sexuel chez l'homme. Le DSM IV décrit deux types d'anorexie mentale : le type restrictif (restriction alimentaire et exercice physique excessif) et le type purge (vomissements).</p> <p>En plus de l'impact sur le bien-être psychologique, l'anorexie a des conséquences notables et parfois fatales dues aux effets de la famine et des comportements de purge. Les conséquences se voient en particulier sur la croissance et le développement, qui sont souvent retardés lorsque l'anorexie se produit au cours de l'enfance ou du début de l'adolescence. L'anorexie mentale affecte davantage les adolescentes et les jeunes femmes. Elle est dix fois plus commune chez les femmes que chez les hommes.</p> <p>Les objectifs du traitement comprennent la stabilisation du poids avec la restauration des menstruations, le rétablissement d'un mode de consommation alimentaire sain et l'amélioration de l'image corporelle. Ce traitement est fréquemment sur le long terme.</p> <p>Des études pronostiques ont montré que l'anorexie mentale est souvent une maladie chronique et que seulement la moitié des patients récupèrent entièrement sur le suivi à long terme.</p> <p>Les patients peuvent être traités en hospitalier ou en ambulatoire selon leur état clinique et psychiatrique. En raison des effets graves et potentiellement irréversibles de la famine, la restauration du poids est prioritaire. Les combinaisons de psychothérapies individuelles et familiales, la réhabilitation nutritionnelle et la pharmacothérapie sont habituelles.</p> <p>La pharmacothérapie est une intervention adjuvante fréquente. Différentes classes de médicaments ont été essayées dans le but de réduire les symptômes psychiatriques associés ou pour stimuler l'appétit. Il existe peu de preuves actuelles de leur efficacité. Pour cette raison, les guidelines de santé mentale ne recommandent pas les médicaments comme traitement de première intention pour l'anorexie mentale.</p> <p>Les antidépresseurs ne sont pas définis dans cette étude, mais sont cités comme indiqué en première intention pour le traitement de la dépression, des troubles obsessionnels compulsifs et de la boulimie. De nombreux patients anorexiques souffrent de symptômes dépressifs et de symptômes obsessionnels compulsifs liés à l'alimentation.</p>

Buts et question de recherche	Le but premier de l'étude est de déterminer l'efficacité clinique et l'acceptabilité des antidépresseurs comparés aux placebos chez des patients atteints d'anorexie en phase aiguë. Les seconds objectifs sont : a) d'investiguer l'efficacité et l'acceptabilité de différentes classes de médicaments antidépresseurs et b) d'évaluer l'efficacité des antidépresseurs par rapport aux symptômes psychiatriques généraux généralement associés à l'anorexie et l'amélioration clinique globale.
METHODE	
Population et échantillon	La population visée porte sur des patients diagnostiqués avec une anorexie mentale selon les critères du DSM III ou IV et de l'ICD 9 ou 10, incluant les deux sous-types (purgatif ; restrictif), indépendamment du genre et de l'âge.
Considérations éthiques	Aucune donnée
Devis de recherche	<p>La méthode de recherche choisie est la sélection d'essais contrôlés randomisés dans différentes bases de données, ainsi que dans le Journal International des troubles alimentaires. Les auteurs de l'étude ont également adressé des lettres personnelles à des experts dans le domaine du traitement de l'anorexie mentale en Europe, aux USA, au Royaume-Uni, en Nouvelle-Zélande et en Australie.</p> <p>Pour leur recherche, les auteurs ont classé deux types de comparaisons : a) comparaison entre antidépresseur vs placebo et b) comparaison entre antidépresseur vs autre antidépresseur. Le traitement peut être en milieu hospitalier ou en ambulatoire, comme monothérapie ou comme thérapie adjuvante à toute autre thérapie non pharmacologique.</p> <p>Devis de recherche mixte : quantitatif et qualitatif, car il y a une utilisation d'échelles et de questionnaires.</p>
Modes de collectes de données	<p>Pour chaque mesure des résultats, des outils de mesure ont été utilisés :</p> <p>Efficacité à la fin du traitement mesurée par le gain de poids en tenant compte :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) de l'IMC (indice de masse corporelle) b) du nombre de patients atteignant un poids cible, dans les normes c) du taux moyen de gain de poids d) du nombre de jours pour obtenir un poids idéal e) tout autre mesure de changement de poids. <p>Efficacité à la fin du traitement vis-à-vis :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Les symptômes des troubles alimentaires, mesurés avec des questionnaires tels que EAT (Eating Attitudes Test), EDI (Eating Disorders Inventory) et des échelles comme Yale-Brown-Cornell EDS. b) La récupération évaluée avec les échelles de Morgan et Russell (1975,1988). c) Le niveau des symptômes dépressifs mesuré avec les échelles de dépression Hamilton, Beck, etc. d) Le niveau des symptômes anxieux mesuré avec les échelles Hamilton, sur le trouble obsessionnel compulsif de Yale-Brown (Y-BOCS), etc. e) L'amélioration clinique mesurée par plusieurs échelles (Clinical Global Impressions, Gudjonsson Suggestibility Scales, geographic information systems). <p>Acceptabilité du traitement mesuré par :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) La proportion des personnes qui décrochent avant la fin du traitement à cause d'une raison quelconque.

	<p>b) La proportion des personnes qui décrochent avant la fin du traitement à cause des effets néfastes.</p> <p>c) Le nombre de sujets reportant des effets secondaires.</p>
Conduite de la recherche	<p>Recherche d'essais contrôlés randomisés dans différentes bases de données avec plusieurs termes : « Anorexia Nervosa » or « Eating Disorders » et l'intervention = « Antidepressive Agents » or « Monoamine Oxidase Inhibitors » or « Selective Serotonin Reuptake Inhibitors » or « Tri- cyclic Drugs » or Acetylcarnitine or Alaproclate or Amersergide, etc.</p> <p>Ces recherches ont été faites avec l'assistance du Groupe Cochrane Neurones, Anxiété et Dépression.</p> <p>Les auteurs ont aussi fait des recherches dans le Journal International des troubles alimentaires dans lequel ont été recherchés des chapitres de livres et des listes de références d'articles pertinents sur le traitement pharmacologique de l'anorexie mentale.</p>
Analyse des données	<p>Un des auteurs a évalué la qualité méthodologique en utilisant les critères suivants : a) risque faible de biais ; b) risque modéré de biais et c) risque élevé de biais.</p> <p>Deux examinateurs ont extrait les données de manière indépendante en utilisant une feuille d'extraction de données normalisée afin d'assurer la fiabilité. Tout désaccord a été discuté et les décisions documentées. Les auteurs des études ont été contactés par des lettres et des courriels pour demander des informations sur la méthodologie utilisée (pour l'évaluation de la qualité) ou des résultats qui n'étaient pas disponibles dans les essais publiés. Dans les cas où il n'y avait pas de réponse après quatre semaines, seules les données publiées ont été examinées. Toutes les informations supplémentaires obtenues ont été incluses dans l'examen.</p> <p>Les données ont été entrées dans un logiciel d'analyse : le ReviewManager (RevMan) 4.2.6 et d'autres outils ont été utilisés : SMD, I test, etc.</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont présentés à l'aide de tableaux en annexes.</p> <p>Comparaison antidépresseur vs placebo : quatre études ont été incluses pour cette comparaison (Attia, 1998 ; Biederman, 1985 ; Halmi, 1986 ; Lacey, 1980).</p> <p>Gain de poids : aucune preuve n'a été trouvée sur l'effet des antidépresseurs combiné à d'autres interventions (principalement le traitement hospitalier) par rapport au placebo sur le gain de poids. Les données sur le résultat principal, le gain de poids, ont été fournies sous différentes formes et, pour cette raison, à l'exception du nombre de patients ayant atteint un poids cible, l'agrégation des données dans la méta-analyse n'était pas possible. Les données provenant d'études individuelles ont été présentées en graphiques.</p> <p>Efficacité : les antidépresseurs n'ont différé des placebos ni en termes de réduction des troubles alimentaires et des symptômes psychopathologiques associés (dépression, anxiété) ni en termes d'amélioration globale de l'état clinique.</p> <p>Acceptabilité : cette étude n'a trouvé aucune preuve d'acceptabilité différentielle des antidépresseurs par rapport aux placebos.</p> <p>Comparaison antidépresseur vs antidépresseur : trois études ont été incluses dans cette comparaison (Brambilla, 1995a ; Brambilla, 1995b ; Ruggiero, 2001).</p>

	<p>Gain de poids : aucune preuve n'a été trouvée d'une plus grande efficacité d'un antidépresseur par rapport à un autre, lorsqu'il est utilisé en association avec d'autres types d'interventions (psychothérapie, suivi nutritionnel) sur le gain de poids.</p> <p>Efficacité : une seule étude a trouvé que l'amineptine avait un meilleur effet sur les troubles alimentaires que la fluoxétine.</p> <p>Pas de différences d'efficacité sur les symptômes dépressifs. Une étude a trouvé un meilleur effet de la nortriptyline comparée à la fluoxétine dans la réduction des symptômes anxieux.</p> <p>Acceptabilité : pas de données</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>D'une façon globale, l'étude montre qu'il y a un manque d'informations sur l'utilisation des antidépresseurs dans le traitement de l'anorexie mentale. Cela compromet l'interprétation des résultats. Il existe un petit nombre d'études comparant les antidépresseurs aux placebos.</p> <p>La plus grande limite des études est la petite taille de l'échantillon. Une autre limitation est la combinaison d'antidépresseurs avec de multiples interventions psychologiques et nutritionnelles. L'effet du médicament, ajouté à tout cet ensemble de traitements, est difficile à démontrer. Enfin, la durée des essais cliniques est trop courte pour évaluer l'effet d'un antidépresseur.</p> <p>Différentes échelles ont été utilisées ainsi que différentes façons de reporter les données.</p> <p>Finalement, les autres limites de l'étude est la variabilité des patients (âge, facteurs de la maladie, etc.) et le type d'anorexie : une seule étude (Halmi, 1986) a investigué l'efficacité des antidépresseurs selon le type restrictif-purge.</p> <p>Comme mentionné précédemment, le dérèglement sérotoninergique a été démontré dans l'anorexie mentale et a été considéré comme un facteur prédisposant au développement de la maladie (Kaye, 1991a ; Kaye, 1998 ; Frank, 2001b ; Attia, 2005). Il est noté que la sérotonine module la dopamine, la noradrénaline et le GABA. Il est évoqué que l'homéostasie de ces neurotransmetteurs est troublée dans la maladie, et les médicaments sérotoninergiques devraient rétablir l'homéostasie.</p> <p>D'autres auteurs ont estimé qu'une diminution de l'activité hypothalamique noradrénergique pourrait être impliquée dans l'anorexie mentale. De plus, les antidépresseurs tricycliques pourraient améliorer l'appétit par stimulation des récepteurs alpha-nora-drénergiques dans les hypothalamus thérapeutiques (Pirke, 1996 ; Appolinario, 2004 ; Leibowitz, 1986).</p> <p>Il a été suggéré que les anomalies neurochimiques dues à la malnutrition expliquent en partie la non-réponse clinique aux médicaments, en particulier les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS), observés dans la phase aiguë de l'anorexie mentale (Attia, 1998 ; Kaye, 1998 ; Attia 2005). De plus, les faibles valeurs d'œstrogènes pendant l'état de malnutrition et la faible consommation d'autres nutriments (acides gras essentiels, zinc, etc.) influant sur la fonction de la voie de la sérotonine peuvent également nuire à la libération neuronale du 5-HT (récepteur sérotoninergique) dans le cerveau et donc réduire l'action antidépresseur.</p> <p>L'utilisation de médicaments antidépresseurs a été examinée chez des patients ayant rétabli leur poids. À cette étape, les médicaments peuvent être utilisés pour traiter les symptômes dépressifs et obsessionnels compulsifs, et pour prévenir la rechute (perte de poids). Les résultats préliminaires positifs dans ce domaine confirment l'indication des ISRS (dont la fluoxétine) pour prévenir la rechute (Kaye 1991b ; Kaye 2001b),</p>

	<p>mais des résultats négatifs ont tous été rapportés (Strober, 1997a). C'est certainement un domaine qui devrait être exploré davantage.</p> <p>Malgré les effets secondaires signalés par les patients traités par des antidépresseurs (en particulier les tricycliques) dans certains essais (Biederman, 1985 ; Halmi, 1986), aucune différence significative dans les décrochages du traitement (pour quelque raison ou pour effets secondaires) n'a été détectée dans la comparaison antidépresseurs vs placebo.</p> <p>Les tricycliques, largement utilisés dans les pays en développement pour des raisons économiques, ont des effets indésirables sur le cœur (arythmies et prolongement de l'intervalle QT). Comme certains patients atteints d'anorexie, en particulier ceux qui se purgent, développent une hypokaliémie, les tricycliques sont susceptibles d'être contre-indiqués chez ces patients.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Implications pour la pratique clinique : bien que les résultats de l'étude aient besoin de réplication, ceux-ci suggèrent que l'utilisation d'antidépresseurs pourrait être considérée après que le poids ait été plus ou moins restauré en vue d'améliorer les symptômes résiduels et de prévenir la rechute lors du suivi. La question controversée de l'existence d'un lien possible entre le suicide et l'utilisation d'antidépresseurs chez les enfants et les adultes a été étudiée. Il a été constaté qu'il n'y avait pas assez de preuves cliniques pour démontrer les avantages de l'utilisation des ISRS pour le traitement de la dépression chez les moins de 18 ans, à l'exception de la fluoxétine. Dans une évaluation critique du sujet, Licinio (2005) déclare que « <i>la plupart des personnes qui se suicident souffrent d'un trouble dépressif et, dans la grande majorité des cas, leur suicide est le résultat d'une dépression non ou mal traitée</i> ». Les auteurs indiquent également que « <i>les avertissements des organismes ne visent pas à interdire l'utilisation d'antidépresseurs, mais à encourager les prescripteurs à équilibrer ce risque par rapport aux besoins cliniques et aux conséquences à long terme chez les enfants et adolescents</i> ». Il est conseillé, bien sûr, de prendre toutes les mesures de sécurité possibles lorsque des antidépresseurs sont utilisés.</p> <p>Implications pour la recherche : bien que des recherches considérables aient été consacrées à la compréhension de l'anorexie mentale, peu de progrès ont été réalisés dans l'élaboration de traitements efficaces pour ce trouble. Il n'existe actuellement aucun traitement unique pour l'anorexie mentale (NCCMH, 2004 ; Agras, 2004 ; Fairburn, 2005).</p> <p>Les aspects suivants doivent être considérés : les tailles des échantillons, la variabilité des patients et la durée de l'étude. En dépit de la controverse existante de l'utilité des agents pharmacologiques dans le traitement de l'anorexie, des essais sur le sujet sont encore nécessaires, car des conclusions définitives sur l'efficacité ne peuvent pas encore être faites. De plus, le traitement spécialisé coûte cher et n'est pas largement disponible. Étant donné les problèmes cliniques et les risques cardiaques associés aux antidépresseurs tricycliques, il est souhaitable que d'autres essais testent des antidépresseurs plus sûrs et plus tolérables pour aider à la pratique clinique. On s'attend également à ce qu'une connaissance accrue de la neurobiologie de l'anorexie mentale favorise le développement de cibles pharmacologiques plus spécifiques dans le traitement de la maladie.</p>

Article analysé

Voderholzer, U., Witte, S., Schlegl, S., Koch, S., Cuntz, U., & Schwartz, C. (2016). Association between depressive symptoms, weight and treatment outcome in a very large anorexia nervosa sample. *Eating and Weight Disorders, 21*(1), 127–131. <http://doi.org/10.1007/s40519-015-0227-7>

Springer International Publishing Switzerland (2015): IF = 1,25

Titre	Le titre précise les concepts clés : symptômes dépressifs, poids et anorexie nerveuse (AN). Il ne précise pas la population à l'étude.
Résumé	Pas de résumé (bref rapport)
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>L'étude a examiné la relation entre le poids et le niveau de dépression avec un grand échantillon de patientes anorexiques hospitalisées.</p> <p>La question de recherche est de savoir si le degré de patients sous-pondérés et le niveau de dépression sont associés.</p> <p>Les chercheurs se sont penchés sur cette question, car O'Brian et Vincent (2003) citent des études dans lesquelles on retrouve un taux de 50% de dépression chez les patients ayant des troubles alimentaires.</p> <p>La dépression et l'anxiété dans l'anorexie mentale sont souvent attribuées aux effets de la restriction calorique. Or, des études contredisent cela (Kawai et al., 2008 ; Calugi, El Gogh, Conti & Dalle Grave, 2014).</p>
Recension des écrits	<p>Kawai et al. (2008) n'ont pas trouvé d'association entre l'indice de masse corporelle (IMC) et la dépression dans un échantillon de 24 patients.</p> <p>Police, Kaye, Greeno & Weltzin (1997) ont investigué chez 48 patients anorexiques et ont découvert que les symptômes dépressifs étaient plus intenses chez les patients avec un poids corporel inférieur.</p> <p>Calugi et al. (2014) ont constaté que la présence d'une comorbidité d'une dépression majeure ne prédisait pas dans l'anorexie mentale. L'échantillon était composé de 63 patients.</p>
Cadre de recherche	Les concepts clés ne sont pas mis en évidence ni expliqués.
Buts et question de recherche	<p>Le but de l'étude était d'examiner la relation entre le poids et le niveau de dépression avec un grand échantillon de patientes anorexiques hospitalisées.</p> <p>La question de recherche était de savoir quelle association entre patients sous-pondérés et le niveau de dépression ?</p> <p>La question de recherche reflète le contenu de la recension des écrits (poids, symptômes dépressifs, anorexie mentale).</p>
METHODE	
Population et échantillon	<p>L'échantillon de l'étude est composé de 418 femmes traitées à la clinique de Schoen Roseneck entre janvier 2006 et décembre 2008.</p> <p>Au départ, il y avait 1472 patients admis pour anorexie entre juillet 2005 et mai 2011. Six critères d'exclusion ont été utilisés pour avoir l'échantillon final : hommes, âgés de moins de 18 ans, pas d'informations sur la taille et le poids, données manquantes de l'échelle de dépression Beck et un IMC en dessous de 17.5.</p>

<p>Considérations éthiques</p>	<p>Toutes les procédures de l'étude étaient conformes avec les normes éthiques de la déclaration d'Helsinki de 1964.</p> <p>Le consentement éclairé a été obtenu pour chaque participant inclus dans l'étude.</p>
<p>Devis de recherche</p>	<p>Traitement : la clinique Schoen Roseneck est spécialisée dans le traitement des troubles alimentaires. Elle offre un traitement hospitalier intensif.</p> <p>La procédure est basée sur les principes de la thérapie cognitivo-comportementale (TCC). Chaque traitement est individualisé en fonction des spécificités de chaque patient. Néanmoins, il est obligatoire pour chacun d'assister à une thérapie de groupe, une thérapie individuelle, une formation aux compétences sociales, une thérapie artistique et une thérapie d'exercice et un enseignement culinaire. Les patients doivent gagner 700gr par semaine. Ils sont pesés deux fois par semaine le matin. S'il n'y a pas de gain de poids, des mesures sont prises : augmentation de l'apport alimentaire, surveillance pendant les repas et pose d'une sonde nasogastrique pour le passage d'une alimentation riche en calories et nutriments.</p> <p>Outils de mesures : échelle de la dépression Beck version allemande, IMC, informations sur le traitement et sur le statut sociodémographique (âge, civilité) et les comorbidités (troubles de l'humeur, troubles anxieux, troubles de la personnalité).</p> <p>Le devis fournit un moyen d'examiner la question de recherche grâce aux outils de mesure : prise en compte du poids, des symptômes dépressifs, du traitement et des comorbidités associées.</p> <p>La méthode de recherche proposée est appropriée à l'étude du problème posé.</p> <p>Devis de recherche mixte : échelles et données personnelles utilisées pour l'étude.</p>
<p>Modes de collectes de données</p>	<p>Outils de mesures : l'échelle de la dépression Beck version allemande est un questionnaire à remplir soi-même pour évaluer la sévérité des symptômes dépressifs. Elle a une très bonne validité et fiabilité.</p> <p>L'IMC est calculé selon : $\text{poids (kg)} / (\text{taille en cm})^2$.</p> <p>Les informations sur le traitement et sur le statut sociodémographique (âge, civilité) ont été obtenues à partir des dossiers cliniques entrés dans une base de données électronique.</p> <p>Les comorbidités (troubles de l'humeur, troubles anxieux, troubles de la personnalité) ont été diagnostiquées selon les critères du ICD-10 (Classification internationale des maladies, 10^{ème} édition).</p> <p>L'auteur utilise des instruments déjà existants.</p> <p>La procédure expérimentale est cohérente avec les outils mesurés.</p>
<p>Conduite de la recherche</p>	<p>Le processus de collecte des données n'est pas décrit clairement.</p>
<p>Analyse des données</p>	<p>Les méthodes d'analyse sont décrites : utilisation du T test pour mesurer les différences dans les variables et la correction Bonferroni pour éviter une inflation de l'erreur Alpha, fixant le niveau de signification à $p=0.006$. Pour déterminer les tailles des effectifs, les différences entre les moyens de décharge et d'admission ont été divisées par les écarts-types à l'admission.</p> <p>Une analyse de variance a été effectuée pour comparer les différences de groupe (sous-type d'anorexie) dans les changements d'IMC et sur l'échelle de Beck.</p>

	<p>Les associations entre les variables ont été mesurées avec des coefficients de corrélations Rho de Spearman.</p> <p>Les critères d'analyse de régression ont été vérifiés avec des diagrammes de dispersion. Des histogrammes des résidus ont été utilisés pour s'assurer de l'homoscédasticité (type de variance). Pour contrôler la colinéarité, le facteur d'inflation de variance, la tolérance et l'état de l'indice ont été calculés.</p> <p>Toutes les analyses statistiques ont été réalisées avec SPSS 23.</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont présentés à l'aide d'un tableau et d'une figure.</p> <p>Echantillon à l'étude : l'âge moyen était de 26.42 ans (entre 18 et 62 ans). Par rapport au niveau d'éducation, 33 patientes étaient encore à l'école, deux n'ont pas obtenu de diplôme, 32 ont obtenu un certificat d'école secondaire, 123 un certificat d'école intermédiaire et 227 étaient qualifiées dans l'enseignement supérieur.</p> <p>La majorité des patientes avaient une anorexie de type restrictive, 100 de type purgatif et 29 de type atypique. La durée moyenne des troubles alimentaires était de 9.21 ans.</p> <p>Au moins une comorbidité a été diagnostiquée chez 363 patientes : 36.4% troubles de l'humeur, 39.5% dépression chronique, 7.1% TOC et 2.6% troubles anxieux. 12.9% ont présenté des troubles de personnalité dont 10.5% des troubles de personnalité borderline.</p> <p>Médication : 108 patientes prenaient des antidépresseurs, dont 58, sur le long terme et sept occasionnellement.</p> <p>Traitement : l'IMC a augmenté de manière significative à partir de 14.85 jusqu'à 17.27.</p> <p>Des gains de poids ont été observés dans tous les sous-types d'anorexie (restrictif, purgatif et atypique).</p> <p>Le score moyen de l'échelle de Beck était de 26.07 à l'admission et de 13.63 à la sortie.</p> <p>Le test t a révélé une amélioration significative dans tous les sous-types.</p> <p>Aucune différence n'a été trouvée entre les résultats d'IMC et les scores de l'échelle de Beck.</p> <p>Corrélation entre IMC et échelle de Beck : il n'y avait pas de corrélation substantielle entre l'IMC et les scores de l'échelle de Beck à l'admission ou à la sortie.</p> <p>L'auteur n'indique pas s'il a fait évaluer les données par les participants ou par des experts.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les résultats suggèrent que les symptômes dépressifs et l'IMC ne sont pas associés à une femme anorexique, ni à l'admission, ni avec un traitement intensif pour patients hospitalisés, ni à la sortie. Cette constatation est conforme aux résultats de Kawai et al. (2008), indiquant que le niveau de dépression varie indépendamment de l'IMC initiale ou post-traitement des patients.</p> <p>Les patients anorexiques avec un très faible IMC, aussi bien que ceux avec un IMC supérieur peuvent avoir un niveau de dépression élevé ou faible.</p> <p>De même que les résultats de Calugi et al. (2014) les auteurs ont constaté que le niveau de dépression ne prédisait pas dans le traitement de l'anorexie. Cela implique que les patients anorexiques bénéficient d'un traitement multiple indépendant de leur niveau de dépression initial. C'est-à-dire que le niveau de dépression avant le</p>

	<p>traitement de l'anorexie n'est ni associé à l'IMC ni au succès du traitement de l'anorexie.</p> <p>Un IMC inférieur à l'admission a été associé à un gain de poids pendant le traitement. Les patients avec un IMC très faible peuvent recevoir plus d'attention des thérapeutes.</p> <p>La diminution des symptômes dépressifs était positivement associée au gain de poids. Ce résultat pourrait indiquer un rôle important des symptômes dépressifs dans le traitement de l'anorexie. Il est plausible que la variable de l'intensité du traitement ait un impact sur les résultats.</p> <p>Pour évaluer les éventuelles relations cause à effet entre le niveau de dépression et l'IMC, une conception différente serait nécessaire, par exemple, des données sur la chronologie pour les deux variables pouvant révéler si l'un de ces facteurs change avant l'autre.</p> <p>La durée du traitement est connue pour prédire le résultat thérapeutique. Cette association est particulièrement prononcée dans les patients anorexiques, car une durée d'hospitalisation plus longue est probablement liée à un gain de poids plus élevé.</p> <p>Les antidépresseurs n'ont pas prédit d'amélioration dans l'IMC. Ceci dit, les patients qui devaient changer leur traitement antidépresseur étaient moins susceptibles de prendre du poids pendant leur hospitalisation. Cela peut être attribué au fait que les patients dont le médicament doit être changé peuvent présenter des symptômes plus complexes. Ces résultats doivent être interprétés avec précaution, car les auteurs n'ont pas évalué les doses et types d'antidépresseurs.</p> <p>Le sous-type restrictif prédit le plus mauvais résultat. Ces patients peuvent souffrir d'un trouble plus obsessionnel (TOC) qui complique le traitement.</p> <p>Le trouble de la personnalité borderline (TPB) n'a pas d'influence significative sur le gain de poids. Ce trouble n'est peut-être pas directement lié à l'IMC. Les variables cognitives et émotionnelles, comme une conduite pour la minceur et la peur de la maturité pourrait être des médiateurs importants. Ainsi, lorsque l'apport alimentaire est surveillé de façon constante les TPB peuvent ne plus être associés à la quantité de gain de poids.</p> <p>Les limites de cette étude incluent qu'il n'y avait pas groupe de contrôle, pas de mesure de suivi, et que la conception corrélative de cette étude ne permet pas de tirer des conclusions sur les relations causales entre IMC et niveau de dépression.</p> <p>Les points forts de cette étude sont la très grande taille de l'échantillon et la conception longitudinale.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Les études futures devraient inclure les données des résultats à long terme pour tirer des conclusions plus profondes sur le rôle des symptômes dépressifs dans l'anorexie mentale. Un autre objectif pour continuer la recherche serait des études longitudinales avec plusieurs évaluations, par exemple, des mesures hebdomadaires de l'échelle de Beck et d'IMC, pour découvrir les échéances et les interconnexions de ces variables. Enfin, cette étude ne comprenait que des femmes hospitalisées, de sorte qu'il ne soit pas nécessairement représentatif de tous les patients anorexiques. D'autres études avec différents échantillons (patients ambulatoires, masculins) sont justifiées.</p>

Article analysé

Carney, T., Myers, B. J., Louw, J., & Okwundu, C. I. (2016). Brief school-based interventions and behavioural outcomes for substance-using adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <http://doi.org/10.1002/14651858.CD008969.pub3>

Cochrane Database of Systematic Reviews (2016): IF = 6,1

Titre	Le titre précise les concepts clés, « brèves interventions (BIs) » et les résultats comportementaux et la population à l'étude, « adolescents usagers de substances ».
Résumé	<p>Objectifs : évaluer l'efficacité des interventions brèves dans la réduction de consommation de substance et sur d'autres problèmes de comportements chez les adolescents en comparaison à d'autres interventions ou à l'auto-évaluation.</p> <p>Méthode : recherche de littérature dans les bases de données en mars 2013 et mise à jour en février 2015. Les chercheurs ont également contacté les auteurs et organisations identifiés dans les études additionnées.</p> <p>Résultats : six essais avec 1176 adolescents ont été inclus. Trois études avec 732 adolescents ont comparé les BIs versus information seule et trois études avec 444 adolescents ont comparé les BIs versus évaluation seule. Les résultats concernant la toxicomanie ont évalué l'alcool et le cannabis.</p> <p>Conclusions des auteurs : ils ont trouvé des preuves de faible ou très faible qualité selon lesquelles les brèves interventions scolaires pourraient être plus efficaces pour réduire l'utilisation d'alcool et de cannabis que l'évaluation seule. De plus, ces réductions ont été maintenues lors d'un suivi à long terme.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>L'étude cherche à évaluer l'efficacité des brèves interventions scolaires sur le comportement des adolescents consommateurs de substances et sur leur consommation de substances comparé à d'autres interventions.</p> <p>Le problème est pertinent dans le contexte des connaissances actuelles, car l'alcool et le cannabis (après la cigarette) sont les substances les plus consommées chez les jeunes.</p> <p>Le problème a une signification particulière pour la discipline concernée. Effectivement, l'école secondaire ou supérieure (lycée) est une période spécialement à haut risque concernant l'initiation à l'usage de substance (période de transition, challenges). Il est précisé qu'il est important d'intervenir tôt chez les adolescents consommateurs de substances, car la consommation est souvent associée à d'autres problèmes de comportement : absentéisme, conduite en état d'ivresse, violence et délinquance.</p>
Recension des écrits	<p>Une recension des écrits a été entreprise : des recherches en Europe, Australie, USA et Afrique du Sud.</p> <p>La recension fournit une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche. Elle a reporté une haute prévalence d'abus d'alcool chez les jeunes personnes et également un haut niveau d'abus de drogues (cannabis et inhalations).</p> <p>La recension des écrits semble présenter une base solide pour l'étude. L'auteur présente l'état des connaissances actuelles sur le phénomène. Une étude sur l'usage de substance chez les adolescents réalisée dans 35 pays européens a reporté que 70% des étudiants boivent de l'alcool et 18% consomment de la drogue illicite (Hibell, 2012). En Australie, une étude similaire reporte que 84% des étudiants boivent de l'alcool, 14,8% consomment du cannabis et 17,3% des produits inhalés (White, 2012).</p>

	Aux USA, 66% pour l'alcool, 14% pour le cannabis, 28% pour les drogues et 9% pour les produits inhalés (Kann, 2013).
Cadre de recherche	<p>Les interventions brèves (BIs) sont décrites comme étant délivrées généralement en personne. Elles consistent à fournir de l'information et des conseils (Young, 2012). Elles prennent souvent place en dehors des écoles, sauf quelques exceptions (Hallfors, 2006). Elles sont courtes (entre une et cinq sessions) (Moyer, 2002 ; Tevyaw, 2004). Les éléments communs de succès sont référés selon l'acronyme FRAMES (Bien, 1993) : Feedback, Responsabilité individuelle, Conseil (« Advice » en anglais), Options de changement (« Menu for options for change » en anglais), Empathie et Efficacité personnelle (« Self Efficacy » en anglais).</p> <p>Ce type d'interventions a été développé selon l'hypothèse que les personnes ne sont pas toujours prêtes à changer leur comportement d'abus de substance. Les adolescents ont besoin de reconnaître par eux-mêmes que leur comportement est problématique et ont besoin d'identifier leurs propres raisons de vouloir changer leur comportement (Rollnick, 1995).</p> <p>Les BIs ont été identifiées comme utiles aux individus avec un abus de substance modéré et qui n'ont pas encore développé une dépendance à la substance. Les BIs semblent mieux convenir aux adolescents n'ayant pas un mode de vie de délinquance et n'étant pas institutionnalisés (Barry, 1999).</p> <p>La méthode BIs est définie par Tevyaw (2004) comme étant une méthode qui accepte les adolescents en tant qu'individus, n'utilisant pas la confrontation comme le feraient les professeurs, les parents ou d'autres figures d'autorité. Les BIs pourraient donc être plus une stratégie efficace pour construire une relation thérapeutique collaborative avec les adolescents.</p> <p>Selon Winters (2007), il y a de nombreux avantages à utiliser les BIs chez les adolescents consommateurs de substances. Les adolescents ne sont généralement pas encore dépendants à la substance, la méthode peut se pratiquer à l'école ou après les heures d'école. Elle est donc accessible et peut être réalisée par le personnel scolaire, pas juste aux professionnels de santé.</p> <p>Malgré tout cela, il n'y a pas encore eu de méta-analyse réalisée sur les BIs.</p> <p>Les bases théoriques des BIs sont la thérapie centrée sur la personne, la thérapie comportementale et le modèle transthéorique du changement de comportement de Prochaska (1993).</p>
Buts et question de recherche	<p>Le but de l'étude est énoncé de façon claire et concise : évaluer l'efficacité des brèves interventions scolaires sur le comportement des adolescents consommateurs de substances et sur leur consommation de substances comparé à d'autres interventions.</p> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent le contenu de la recension des écrits.</p>
METHODE	
Population échantillon et	Participants à l'étude : adolescents âgés de moins de 19 ans, étant au lycée, à l'école secondaire ou étant en formation complémentaire ou professionnelle pour les adolescents âgés entre 16 et 18 ans. Ces adolescents devaient abuser d'alcool ou d'une autre drogue, mais sans un critère de dépendance. Enfin, ils devaient avoir été confrontés à des problèmes comportementaux dus à leur consommation de substances.

	<p>Cette étude inclut des essais cliniques contrôlés randomisés évaluant les effets des BIs sur l'abus de substance et les résultats sur le comportement associé des adolescents ayant une consommation de substance.</p>
Considérations éthiques	Aucune donnée
Devis de recherche	<p>Méthode de recherche : sélection d'articles évaluant l'efficacité des BIs tant sur l'usage de substance que sur le comportement associé à la consommation chez les adolescents dans différentes bases de données et sites web.</p> <p>Le devis fournit un moyen d'examiner toutes les questions de recherche : types d'études, participants, interventions et mesures des résultats.</p> <p>Devis de recherche mixte : utilisation d'échelles et questionnaires.</p>
Modes de collectes de données	<p>Types d'interventions pris en compte dans l'étude : interventions labellisées BIs, entretien motivationnel ou autre type spécifique de BIs qui duraient jusqu'à 4 sessions et utilisant les principes des BIs pour faciliter le changement.</p> <p>Types de mesures des résultats recherchés en lien avec les BIs : abstinence ou réduction de la consommation de substance à l'aide de l'ADI (« Alcohol Diagnostic Interview » en anglais), l'ADAD (« Adolescent Drug Abuse Diagnosis » en anglais), l'ADIS (« Adolescent Drug Involvement Scale » en anglais), l'AADIS (« Adolescent Alcohol and Drug Involvement Scale » en anglais) et le PEI (« Personal Experience Inventory » en anglais). Ils rapportent tous des données d'auto-évaluation. Des tests biologiques ont pu être inclus, comme des analyses urinaires pour la recherche de drogue et des alcootests.</p> <p>Résultats sur les effets sur le comportement négatif relatif à la consommation de substance (conduite en état d'ivresse, délinquance, vente ou achat de drogue, vol, etc.).</p> <p>L'auteur n'indique pas si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés.</p>
Conduite de la recherche	<p>Recherche dans onze bases de données et sur six sites web (études non publiées).</p> <p>Sélection des articles : deux auteurs de l'étude ont évalué le titre, le résumé et les mots-clés de tous les articles. Ceux-ci étaient des essais cliniques contrôlés randomisés sur l'usage de substance, l'usage d'alcool, l'usage de drogue, l'usage d'alcool ou drogue ou les stratégies pour la réduction de l'usage de substance, problèmes de comportement, etc.</p> <p>Les deux auteurs ont ensuite évalué l'intégralité des textes. Une troisième personne était disponible pour résoudre des désaccords sur l'inclusion des articles, mais il n'y en a pas eu.</p> <p>D'autres auteurs ont évalué de façon indépendante les biais potentiels présents dans les articles.</p> <p>Les auteurs ont pris en compte le niveau de preuve de chaque étude selon le système GRADE (Grading of Recommendation, Assessment, Development and Evaluation).</p>
Analyse des données	<p>Les auteurs ont catégorisé les résultats de chaque article en : suivi à court terme (un à trois mois), à moyen terme (quatre à onze mois) et à long terme (douze mois et plus).</p>

	<p>Les auteurs ont contacté les enquêteurs originaux des études incluses trois fois pour demander des données manquantes.</p> <p>Utilisation du Chi test et I statistic pour mesurer l'hétérogénéité des études.</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont présentés à l'aide de figures et de tableaux.</p> <p>Comparaison entre BIs versus information seule (fournir que de l'information) :</p> <p>Fréquence (alcool) : deux études (McCambridge, 2008 ; Werch, 2005) ont mesuré la fréquence de consommation d'alcool à différentes périodes du suivi. Aucune différence significative n'a été observée entre la BIs et l'information fournie pour les deux périodes de suivi (court et moyen terme).</p> <p>Quantité d'alcool : deux études (McCambridge, 2008 ; Werch, 2005) ont mesuré la quantité d'alcool à différentes périodes du suivi (court et moyen terme. Aucune différence significative n'a été observée dans les deux périodes de suivi.</p> <p>Quantité de cannabis : une étude menée auprès de 269 adolescents à court et moyen terme n'a pas rapporté de différence significative (McCambridge, 2008).</p> <p>Dépendance au cannabis : deux études menées sur la dépendance au cannabis ne montrent pas de résultats significatifs (McCambridge, 2008 ; Walker, 2011).</p> <p>Fréquence (cannabis) : deux études menées sur la fréquence du cannabis n'ont pas montré de résultats significatifs (McCambridge, 2008 ; Walker, 2011).</p> <p>Comparaison entre BIs versus évaluation seule :</p> <p>Fréquence (alcool) : deux études (Winters, 2007b ; Winters, 2012) ont mesuré la fréquence de l'alcool à moyen terme. Avec 242 adolescents au total, il y avait une différence significative en faveur de la BIs. Pour le suivi à long terme, il n'y avait pas de résultats significatifs (Winters, 2012).</p> <p>Quantité d'alcool : une étude menée auprès de 179 adolescents à moyen et long terme n'a pas rapporté de résultats significatifs (McCambridge, 2004).</p> <p>Consommation d'alcool : Winters (2012) a reporté le nombre de symptômes liés à la consommation d'alcool chez 190 adolescents à moyen terme et 170 à long terme. Résultats significatifs pour les deux en faveur de la BIs.</p> <p>Dépendance à l'alcool : une seule étude a reporté le nombre de symptômes de dépendance liés à l'alcool chez 190 adolescents à moyen terme et 170 à long terme. Des résultats significatifs sont visibles pour le suivi à moyen terme en faveur de la BIs (Winters, 2012).</p> <p>Fréquence (cannabis) : une étude a rapporté un résultat significatif en faveur de la BIs à court terme (McCambridge, 2004), à moyen terme, il n'y avait pas de résultats significatifs (Winters, 2007b ; Winters, 2012) et à long terme, ils étaient significatifs en faveur de la BIs (Winters, 2012 ; McCambridge, 2004).</p> <p>Consommation de cannabis : Winters (2012) a rapporté le nombre de symptômes liés à la consommation de cannabis parmi 190 adolescents à moyen terme et 170 à long terme. Il y avait des différences significatives pour les deux périodes.</p> <p>Dépendance au cannabis : une seule étude sur 190 adolescents à moyen terme et 170 à long terme. On ne dénote pas de résultats significatifs pour le suivi à moyen terme, mais ils étaient significatifs pour le suivi à long terme en faveur de la BIs. (Winters, 2012)</p>

DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les résultats de comparaison entre BIs et l'évaluation seule montrent que les BIs peuvent avoir un effet sur la réduction de la fréquence et la consommation d'alcool sur le suivi à moyen terme. Vis-à-vis du cannabis, les BIs peuvent réduire la fréquence et la consommation de cannabis sur un suivi à court et moyen terme et sur la dépendance au cannabis sur le suivi à long terme.</p> <p>Les résultats de comparaison entre BIs et information seule ne montrent généralement pas de différence significative, car il n'y avait pas assez d'études.</p> <p>Les BIs ne montrent pas de changement sur les comportements de délinquance dans les deux comparaisons, excepté dans l'étude de Winters (2012). Cette dernière indique qu'une intervention BIs a un effet significatif sur ces comportements sur le suivi à long terme.</p> <p>L'étude inclut un petit nombre d'études. C'est pour cela qu'il est difficile de généraliser les résultats aux étudiants étant au début de l'adolescence, ceux-ci sont dans une différente phase de développement social et cognitif. Il faut noter une différence entre les USA et l'Angleterre où l'âge légal de consommation pour l'alcool est respectivement de 21 ans et 18 ans.</p> <p>Vis-à-vis des résultats sur le changement de comportement, il est difficile de distinguer les comportements relatifs à l'usage de substance des autres comportements interactifs et sociaux.</p> <p>Les niveaux de preuve des études variaient de très faible à modéré.</p> <p>Dans l'ensemble, la qualité de l'étude semble être plus élevée pour la comparaison BIs-information seule.</p> <p>Pour la comparaison BIs-évaluation seule, il y avait des risques de biais, avec des imprécisions.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Des recherches supplémentaires sont nécessaires et spécifiquement sur les résultats de changement de comportement.</p> <p>L'impact des BIs devrait également être mesuré sur des abus de substance autre que l'alcool et le cannabis.</p> <p>L'étude n'a pas abordé certains facteurs (genre, âge, degré d'étude) interagissant avec les effets des BIs auprès des adolescents.</p>

Article analysé

Twohig, M. P., Bluett, E. J., Cullum, J. L., Mitchell, P. R., Powers, P. S., Lensegrav-Benson, T., & Quakenbush-Roberts, B. (2016). Effectiveness and clinical response rates of a residential eating disorders facility. *Eating Disorders*, 24(3), 224–239. <http://doi.org/10.1080/10640266.2015.1064279>

Eating Disorders : IF = 1,17

Titre	Le titre précise les concepts clés : traitement résidentiel et troubles alimentaires, mais pas la population à l'étude.
Résumé	<p>But : déterminer l'efficacité d'un programme de traitement résidentiel pour adultes et adolescents avec des troubles alimentaires.</p> <p>Méthode : des données sur l'indice de masse corporelles, la gravité des troubles alimentaires, la dépression, l'anxiété et deux mesures sur la qualité de vie ont été recueillies sur 139 adolescents et 111 adultes admis en résidentiel.</p> <p>Résultats : des effets positifs ont été mesurés à travers tous les diagnostics et les âges sur toutes les mesures des échelles.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Le traitement des troubles alimentaires est généralement fait en ambulatoire ou en hospitalisation. La majorité des études ont porté sur l'efficacité des traitements pharmacologiques et psychothérapies en ambulatoire et en individuel. Les résultats montrent généralement que les interventions sont modérément efficaces pour la boulimie (BN) et l'hyperphagie et plus limitées pour l'anorexie mentale (AN). (Couturier et al., 2013 ; Spielmans et al., 2013 ; Vocks et al., 2010). Il existe un nombre notable d'individus ne répondant pas à ces interventions. Plus de 181 centres spécialisés dans les troubles du comportement alimentaire (TCA) existent aux USA, dont 75 sont décrits comme étant exclusivement des centres de traitement résidentiel. Les caractéristiques de ces programmes sont difficiles à comprendre (Frisch et al., 2006). Les résultats ne sont pas connus et il y a un manque d'informations sur l'efficacité de ces programmes. Ces informations aideront à mieux déterminer leur valeur, mais aussi à définir des repères pour les patients.</p>
Recension des écrits	<p>La plus grande étude d'efficacité à ce jour a présenté des données sur 231 adultes atteints de TCA et ayant passé au moins 30 jours en traitement résidentiel (Brewerton & Costin, 2011). L'IMC a augmenté chez les patients atteints d'anorexie mentale de 15,9 à 18,2 et il n'y a eu ni des réductions importantes du trouble alimentaire ni de la dépression associée. Des résultats similaires ont été trouvés pour les patients boulimiques, sauf qu'aucun changement n'a été observé pour l'IMC.</p> <p>Bean & Weltzin (2001) ont évalué 121 patients (adultes et adolescents) et ont observé d'importantes améliorations sur la plupart des scores de l'inventaire des troubles alimentaires avec des résultats maintenus au cours du suivi.</p> <p>Une étude plus récente a suivi 80 adolescentes et jeunes femmes de 16 à 23 ans recevant un traitement résidentiel pour soigner leur TCA (Delinsky et al., 2010). Des améliorations significatives ont été constatées dans les variables primaires, y compris le poids pour les patientes anorexiques, mais aussi la fréquence d'hyperphagie, le contrôle du corps, la dépression et la qualité de vie.</p> <p>Une autre étude a examiné 497 femmes adultes et adolescentes boulimiques traitées dans un établissement résidentiel (Gleaves, Post, Eberenz, & Davis, 1993). Des données sur l'hyperphagie et la purge, la gravité des troubles alimentaires et de la</p>

	<p>qualité de vie ont été recueillies pour 65 personnes à un an de suivi, 73 à deux ans de suivi et 47 à trois ans de suivi. Les résultats ont été positifs.</p> <p>Lowe et al. (2003) ont examiné 472 sur 917 patients adultes et adolescents traités pour AN ou BN. Des évaluations ont été réalisées pour 150 participants. Trois mois après le traitement, les mesures de l'IMC et la gravité des troubles de l'alimentation et la dépression se sont améliorées.</p> <p>Juarascio et al. (2013) ont mené une étude également dans un établissement résidentiel spécialisé pour les TCA. L'étude comprenait 140 adultes diagnostiqués d'un trouble alimentaire. De grandes améliorations significatives ont été observées sur les mesures du poids, de la gravité des troubles de l'alimentation, mais pas sur les processus de changement. Des différences dans le groupe favorisant l'acceptation et l'engagement dans la thérapie ont été observées sur le poids, l'image corporelle, la pathologie alimentaire et la quantité consommée lors des crises alimentaires. Enfin, les analyses individuelles pour la gravité des troubles alimentaires ont montré que 38% des participants avaient atteint un niveau de changement cliniquement significatif.</p> <p>À ce jour, la recherche a été utile pour démontrer l'utilité des programmes de traitement résidentiel. En général, ces études présentent l'efficacité de ces programmes pour un groupe d'âge (adultes ou adolescents) seulement. Dans certains cas, seules les données sur ceux qui acceptent de participer sont présentées. En conclusion, ce domaine de recherche devrait bénéficier de recherches supplémentaires et expansives sur l'efficacité.</p>
Cadre de recherche	<p>Les concepts clés ne sont pas mis en évidence.</p> <p>Pour traiter partiellement les limites des études antérieures, une collecte de données basée sur les recommandations de l'Academy of Eating Disorders (AED) a été utilisée. Le protocole d'évaluation recommandé comprend : (a) détermination du changement dans les symptômes de base (poids, taille, IMC et la fréquence des comportements d'hyperphagie et de purge) et (b) détermination du changement dans quatre instruments de mesure d'auto-évaluation (ex. troubles alimentaires, qualité de vie, dépression).</p>
Buts et question de recherche	<p>Le but de l'étude est de déterminer les effets d'un programme en traitement résidentiel pour tous les individus diagnostiqués anorexique, boulimique ou d'un trouble alimentaire non spécifique pendant une période de sept ans (2007-2014).</p>
METHODE	
Population et échantillon	<p>250 participants diagnostiqués avec un trouble alimentaire selon les critères du DSM-IV (le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4^{ème} édition) ont été admis entre juillet 2007 et janvier 2014. Sur les 250 personnes, il y avait 121 AN, 45 BN et 84 non spécifique. Dans la classe des adolescents, il y avait 73 AN, 15 BN et 51 non spécifique. Ces les adultes, on retrouve 48 AN, 30 BN et 33 non spécifique. Les patients ont été analysés par diagnostic et par groupe d'âge (11 à 54 ans). Ils étaient principalement blancs (92.8%), célibataires (94.8%), sans emploi (27.2%) ou étudiant (50.2%).</p>
Considérations éthiques	<p>Les recommandations de l'AED pour les procédures de collecte de données ont été incorporées dans le protocole.</p>

	<p>La collecte de données, l'analyse et la publication des données de la recherche ont été approuvées par un comité institutionnel et le consentement éclairé a été demandé aux participants.</p>
Devis de recherche	<p>Environnement : le programme des TCA d'Avalon Hills est un établissement dans le nord de l'Utah qui offre un traitement résidentiel aux adolescentes de 11-17 ans et aux femmes de >18 ans. Elles doivent satisfaire aux critères de stabilisation avant leur admission. Le programme inclut une thérapie cognitivo-comportementale, une thérapie comportementale dialectique et une thérapie d'acceptation et d'engagement thérapeutique, mais aussi une thérapie individuelle ou de groupe et une thérapie familiale. La durée du traitement de chacune est variable et déterminée par l'équipe thérapeutique.</p> <p>L'ensemble des outils de mesure ont une bonne fiabilité et s'intéressent à la dépression, l'anxiété, les TCA, ainsi qu'à la qualité de vie.</p> <p>Devis de recherche mixte : statistiques et questionnaires.</p>
Modes de collectes de données	<p>Echelle de la dépression de Beck, 2^{ème} édition (BDI-II) : questionnaire d'auto-évaluation contenant 21 items évaluant les symptômes de la dépression. Les scores totaux varient de 0 à 64 (>score = >niveau de dépression). Le test-retest a montré une bonne fiabilité et cohérence interne.</p> <p>Echelle de l'anxiété de Beck (BAI) : questionnaire d'auto-évaluation avec 21 items évaluant les symptômes de l'anxiété. Les scores varient de 0 à 7 (anxiété minimale, anxiété douce de 8 à 15 ans, anxiété modérée de 16 à 25 ans et anxiété sévère de 26 à 63 ans). Le test-retest a montré une bonne fiabilité et cohérence interne.</p> <p>Inventaire des troubles alimentaire, 3^{ème} édition : outil d'auto-évaluation de 91 items pour les personnes souffrant de troubles alimentaires. Dans cette étude, 3 items spécifiques des TCA ont été analysés (« Drive for thinness », « Bulimia » et « Eating disorders risk composite » en anglais). Garner (2004) a reporté une bonne fiabilité et cohérence interne.</p> <p>SF-Health Survey, version 2 (SF-36v2) : questionnaire d'auto-évaluation de 36 items évaluant le physique, la santé mentale et le bien-être. Les mesures ont montré une bonne fiabilité.</p> <p>Eating Disorder Quality of Life (EDQOL) : questionnaire d'auto-évaluation avec 25 items évaluant la qualité de vie par rapport aux TCA. Les auteurs ont reporté une bonne fiabilité, validité.</p>
Conduite de la recherche	<p>Le processus de collecte des données/enregistrement n'est pas clairement décrit.</p>
Analyse des données	<p>Approche analytique : pour des informations plus détaillées sur les résidentes, les données ont été examinées selon l'âge (12-17 ans: adolescents et plus de 18 ans : adulte) et le diagnostic (AN, BN, non spécifique). Des analyses pré et post traitement ont été effectuées par des mesures spécifiques liées aux troubles et à l'âge. Des analyses de variance ont été menées afin d'examiner les améliorations significatives de l'IMC, ainsi que des symptômes liés aux TCA également par trouble et âge. Une série de t-test a été menée pour tester des changements statistiques significatifs de la dépression, de l'anxiété, de la qualité de vie et de la santé en général de l'admission à la sortie, selon les diagnostics et les âges.</p> <p>Des changements individuels ont aussi été calculés. Les patients inclus dans l'étude ont varié dans leurs présentations cliniques. Par conséquent, un outil de mesure a été</p>

	<p>utilisé pour déterminer les analyses individuelles. Les données des items de l'EDI-3 (Eating Disorders Inventory, 3^{ème} édition) sont rapportées par le diagnostic et le groupe d'âge, comme le montre le manuel de mesures. Les échelles BDI-II, BAI, SF-36v2 et EDQOL n'ont pas varié selon le diagnostic.</p> <p>Les participants avec des scores répondant aux critères d'inclusion ont été utilisés dans les analyses de données utilisant des critères de changement cliniquement significatifs. Cette étude a utilisé le critère A de Jacobson et al. (1991) pour déterminer ce changement selon deux critères : a) le score post-traitement égal ou > à deux écarts-types par rapport à la moyenne de l'échantillon inclus et b) variation des scores pré et post-traitement égaux ou > aux scores d'indice de changement fiable (RCI). Celui-ci correspond à la quantité de changement nécessaire du pré au post-traitement dépassant l'erreur de mesure et démontrant un changement fiable des symptômes.</p> <p>L'item « Bulimia » de l'EDI-3 ne pouvait être calculée que pour les personnes ayant un diagnostic de boulimie, car pour tous les autres groupes, l'écart-type était égal ou > au score moyen.</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont présentés à l'aide de 2 tableaux (IMC adolescent ; IMC adulte).</p> <p>Comparaison de l'IMC des adolescents pré et post-traitement par âge et diagnostic : Au moment de l'admission, pour 54% des adolescents admis l'IMC était < de 18.5. A la sortie ce pourcentage descend à 1,7%. Selon le diagnostic, 65 résidents adolescents anorexiques avaient un IMC <18.5. Chez les adolescents boulimiques, aucun IMC en dessous de 18.5 n'a été reporté au moment de l'admission. Pour les TCA non spécifique, dix avaient un IMC en < de 18.5 à l'admission. A la sortie aucun IMC n'était en < de 18.5. Une mesure répétée de l'analyse de variance a été menée pour le groupe des adolescents selon AN, BN et non spécifique. Les résultats ont montré un effet significatif pour les scores de l'IMC de l'admission à la sortie.</p> <p>Comparaison de l'IMC des adultes pré et post-traitement par âge et diagnostic : 41,4% des adultes avaient un IMC < 18.5 à l'admission. Ce pourcentage passe à 2,3% à la sortie (tous troubles confondus). Chez les adultes anorexiques, 83,3% avaient un IMC < 18.5 à l'admission. Ce pourcentage descend à 5,1% à la sortie. Seulement deux adultes boulimiques étaient en dessous de 18.5 à l'admission et aucun à la sortie. Pour les adultes TCA non spécifique 87,9% étaient en <18.5. Le pourcentage est nul à la sortie. Les analyses ont montré un effet significatif concernant les différences de scores d'IMC entre l'admission et la sortie.</p> <p>Deuxièmes mesures : dépression, anxiété et qualité de vie : une série de tests t a été effectuée pour déterminer s'il y avait une amélioration significative pour les individus de l'admission à la sortie par rapport aux symptômes dépressifs, anxieux et à la qualité de vie.</p> <p>Echelle de dépression Beck : dans l'ensemble, les participants ont signalé une diminution significative des symptômes dépressifs à la sortie. Les résultats montrent que 74,7% sont classés comme intervenants (adolescents et adultes) sur l'échelle de Beck dépression.</p> <p>Echelle d'anxiété Beck : les individus ont montré une anxiété plus faible à la sortie. 41% de l'échantillon est classé comme intervenant sur l'échelle de Beck anxiété (adolescents et adultes).</p> <p>Inventaire des troubles alimentaires : les individus ont signalé une qualité de vie nettement plus élevée à la sortie vis-à-vis de leurs troubles alimentaires. 63,5% sont classés comme répondeurs au traitement (adolescents et adultes).</p>

	SF-36 Health Survey V2 : les résultats montrent une santé physique et mentale plus élevée à la sortie. 95,8% sont classés comme intervenants pour le physique et 72,6% pour le mental (adolescents et adultes).
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Cette étude rapporte des résultats cliniques pour 139 adolescents et 111 adultes, diagnostiqués d'un TCA et qui ont participé à un traitement résidentiel. Les analyses ont montré des gains significatifs d'IMC pour les adolescents et les adultes diagnostiqués avec AN ; pas de gains significatifs observés pour BN ou non spécifique.</p> <p>Au niveau individuel, 89% des adolescents avaient un IMC <18,5 à l'entrée et ce score passait à 3,2% à la sortie. Pour les adultes, 83,3% avaient un IMC <18,5 à l'entrée, et seulement 5,1% à la sortie. Au niveau du groupe, pour les adultes et les adolescents, et à travers les diagnostics, il y a eu une augmentation significative de tous les scores dans l'EDI-3. Incluant les participants avec des niveaux cliniques sur ces mesures seulement, il a été démontré que pour les adolescents, un changement cliniquement significatif a été présenté sur l'item « Drive for Thinness » pour 79,5% avec AN, 100% pour BN et 81,1% pour non spécifique. Sur l'item « Bulimia », 83,8% des personnes atteintes de boulimie ont présenté un changement cliniquement significatif.</p> <p>Pour les adultes, un changement cliniquement significatif a été démontré dans l'item « Drive for Thinness » : 48,6% pour ceux atteints d'AN, 73,37% pour la boulimie et 57,9% non spécifique. Sur la partie « Bulimia » : 83,8% des personnes atteintes de boulimie ont présenté un changement cliniquement significatif. Ainsi, les résultats montrent un changement significatif et positif sur les mesures de la gravité des troubles alimentaires.</p> <p>Les résultats étaient généralement compatibles avec les mesures de dépression et d'anxiété.</p> <p>Des réductions significatives ont été observées dans la dépression chez les adolescents et les adultes. Au niveau individuel, les résultats ont montré que 74,7% des patients avaient des changements cliniquement significatifs sur l'échelle de dépression Beck. Les analyses de l'anomalie au niveau du groupe montrent que les adolescents et les adultes ont montré des changements statistiquement significatifs de l'admission à la fin du traitement. Au niveau individuel, les résultats ont montré que 41% des patients connaissaient des changements cliniquement significatifs sur l'échelle de l'anxiété Beck.</p> <p>Des gains notables ont également été observés sur deux mesures de la qualité de vie. Au niveau groupal, il a été démontré qu'il y avait des augmentations significatives de l'EDQOL chez les adolescents et les adultes. Des analyses de niveau individuel ont montré que 63,5% des participants avaient des augmentations cliniquement significatives de l'EDQOL. Enfin, les analyses de niveau de groupe ont également montré des augmentations statistiques sur l'échelle SF-36v2 (72,6% des patients). En moyenne, les patients ont suivi un traitement avec des scores SF-36v2 physiques qui étaient conformes à la moyenne de la population pour cette mesure.</p> <p>Ces résultats suggèrent que le traitement résidentiel est efficace au niveau du groupe. Statistiquement, le traitement résidentiel affecte la gravité des troubles de l'alimentation, réduit la dépression et l'anxiété et améliore la qualité de vie. Cette étude a également mené des analyses de changements cliniquement significatives et les résultats ont démontré que l'intervention était efficace pour la majorité des individus.</p> <p>Cliniquement, ces résultats sont significatifs, car ils démontrent que le traitement résidentiel peut être efficace à plusieurs niveaux. Il n'est pas surprenant que la plupart</p>

	<p>des participants retrouvent un IMC normal après le traitement, car ils surveillent leur consommation et les niveaux d'activité. Les patients peuvent certainement continuer à refuser de manger ou à s'engager dans des actions compensatoires, mais ces comportements sont beaucoup plus difficiles à utiliser dans un traitement résidentiel que dans un établissement familial. Les résultats suggèrent que non seulement les patients sont plus en santé physiquement, mais que les changements se produisent cognitivement. Bien que de tels résultats offrent des espoirs supplémentaires pour les résultats à long terme, les données de suivi réelles ne peuvent répondre qu'à cette question.</p> <p>La première limite de l'étude est que le traitement résidentiel n'est pas manualisé. C'est un traitement multifacette et à adapter individuellement. Une deuxième limitation est le manque de suivi à court ou à long terme après la sortie. Quelques études antérieures ont offert des données de suivi, mais la perte de suivi était toujours très élevée dans ces études. Par conséquent, l'obtention de données de suivi après le décès des anciens résidents continue d'être un défi important.</p>
Conséquences et recommandations	Bien qu'il y ait des coûts de temps et de ressources pour les installations de traitement résidentiel pour mettre en œuvre ces procédures, des bénéfices peuvent être notés.

Article analysé

Voderholzer, U., Witte, S., Schlegl, S., Koch, S., Cuntz, U., & Schwartz, C. (2016). Association between depressive symptoms, weight and treatment outcome in a very large anorexia nervosa sample. *Eating and Weight Disorders, 21*(1), 127–131. <https://doi.org/10.1007/s40519-015-0227-7>

Child Adolescent Psychiatry: IF = 7,1

Titre	Le titre précise les concepts clés : thérapie familiale adaptée aux boulimiques (TF-B), thérapie cognitivo-comportementale adaptée aux adolescents (TCC-A) et la population à l'étude : adolescents boulimiques.
Résumé	<p>But : comparer l'efficacité relative de deux thérapies : TF-B et TCC-A.</p> <p>Méthode : deux sites (universités de Chicago et Stanford) ont inclus 130 participants diagnostiqués boulimiques selon les critères du DSM IV (le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4^{ème} édition). Des mesures ont été réalisées à la fin du traitement et au suivi à six et douze mois post traitement. Le résultat primaire a été défini comme l'abstinence de la frénésie et de la purge liées à la boulimie.</p> <p>Résultats : taux d'abstinence plus élevés chez les participants utilisant la TF-B. Cependant, ces taux ne diffèrent pas entre les deux thérapies à douze mois de suivi.</p> <p>Conclusion : la TF-B est plus efficace pour promouvoir l'abstinence de la frénésie et de la purge que la TCC-A chez les adolescents boulimiques à la fin du traitement et au suivi à six mois. Pour un suivi à douze mois, il y n'avait aucune différence statistiquement significative entre les deux traitements.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>La boulimie chez les adolescents a une prévalence de plus de 1% dont 2-3% présentent des symptômes cliniques significatifs : hypokaliémie, œsophagite, troubles gastriques, déshydratation, hypotension orthostatique, troubles du rythme cardiaque, voire la mort.</p> <p>Plusieurs essais contrôlés randomisés (RCT) suggèrent que la TCC est l'approche la plus efficace pour le traitement de la boulimie chez les adultes. Ceci dit, les comportements boulimiques apparaissent généralement au cours de l'adolescence et peu d'études évaluent les traitements dans ce groupe d'âge. Plusieurs séries de cas d'adolescents boulimiques suggèrent que la thérapie familiale (TF) ou la TCC adaptée aux adolescents (TCC-A) est réalisable et conduit à des améliorations cliniques. Deux RCT relativement modestes ont été publiés avec des résultats quelque peu semblables (Schmidt et al., 2007 ; Le Grange, Crosby, Rathouz & Leventhal, 2007).</p> <p>La TF a prouvé son efficacité dans le traitement de l'anorexie mentale chez les adolescents, tandis que l'efficacité de la TCC est plus soutenue chez les adultes boulimiques.</p>
Recension des écrits	<p>Schmidt et al. (2007) n'ont trouvé aucune différence à la fin du traitement ou lors d'un suivi à six mois dans les taux d'abstinence liés à l'hyperphagie et à la purge chez les adolescents de l'étude, qu'ils aient été traités soit à l'aide de la TCC ou de la thérapie familiale, bien que certains avantages aient été obtenus pour la TCC en termes de résultats secondaires.</p> <p>Le Grange et al. (2007) ont constaté que les participants randomisés ayant suivi une thérapie familiale ont atteint des taux d'abstinence plus élevés à la fin du traitement (40%) par rapport à ceux qui ont reçu une thérapie non spécifique (psychothérapie</p>

	de soutien 20%), mais les taux d'abstinence pour les deux groupes ont chuté lors du suivi de six mois.
Cadre de recherche	<p>La thérapie familiale chez les adolescents boulimiques (TF-B) encourage le contrôle parental et la gestion des troubles alimentaires sans tenir compte de l'évolution de la pensée pathologique liée à l'apparence corporelle et au poids.</p> <p>La TCC-A est une thérapie individuelle axée sur la réduction des régimes amaigrissants et la modification de la distorsion cognitive liée à l'apparence corporelle et au poids.</p>
Buts et question de recherche	<p>Les auteurs veulent éclairer non seulement quel est le traitement le plus efficace entre ces deux approches, mais aussi les avantages de celles-ci dans le traitement de la boulimie chez les adolescents. En se basant sur les preuves trouvées sur l'efficacité de l'utilisation de la TF chez les adolescents anorexiques, les auteurs supposent que la TF-B serait supérieure à la TCC-A pour ce groupe d'âge. Toutefois, ils s'attendent à ce que l'âge, la psychopathologie individuelle et familiale influencent sur l'atteinte de l'abstinence.</p> <p>Les auteurs ont ajouté un troisième traitement non spécifique (TNS) pour permettre une comparaison exploratoire s'il n'y avait aucune différence entre les deux traitements spécifiques (TF-B, TCC-A). En ce sens, une comparaison avec un TNS servirait dans de futures études.</p>
METHODE	
Population et échantillon	<p>Le recrutement des participants a été réalisé de janvier 2009 à décembre 2012 par de la publicité locale donnée aux cliniciens, aux organisations et aux cliniques traitant les troubles alimentaires. 145 participants ont été recrutés par téléphone pour participer à un entretien d'évaluation. Durant celui-ci, l'étude a été décrite aux participants et à leurs parents afin d'obtenir un consentement éclairé par écrit (autorisation pour les moins de 18 ans). Les personnes admissibles sont des hommes ou des femmes, donc l'âge d'étant de 12 à 18 ans, vivant avec au moins un parent et répondant aux critères du DSM-IV pour le diagnostic de boulimie ou boulimie partielle (hyperphagie et purgative une fois ou plus par semaine sur six mois). Pour les participants de la famille, il fallait au moins un parent ou un tuteur adulte, célibataire, divorcé ou marié.</p> <p>Les participants prenant un traitement pour une comorbidité psychiatrique et étant stables pendant deux ans étaient éligibles. Les exclus étaient des personnes avec une maladie psychotique ou une autre maladie mentale nécessitant une hospitalisation, trouble bipolaire, dépression avec des pensées ou comportements suicidaires, dépendance à l'alcool ou à la drogue et diagnostic actuel d'anorexie mentale. Tous les participants devaient être disponibles durant six mois, soit la durée de l'étude.</p> <p>130 personnes éligibles ont accepté de participer l'étude. Par la suite, une personne a été retirée pour inconformité à l'admissibilité à l'étude.</p> <p>Des pédopsychiatres et d'autres thérapeutes à l'aveugle (neutres) ont été requis pour déterminer les troubles psychiatriques associés nécessitant des médicaments. En ce sens, les participants ayant des signes cliniques sévères ont été exclus de l'étude. Ces participants ont été renvoyés pour un traitement approprié en dehors de l'étude.</p>
Considérations éthiques	<p>Le consentement écrit des parents et des participants a été demandé et une autorisation pour les adolescents de moins de 18 ans.</p> <p>Les conseils d'examen institutionnel de l'Université de Chicago et de Stanford ont approuvé le protocole de cette étude.</p>

Devis de recherche	<p>Les 130 participants ont été répartis au hasard sur deux sites (université de Chicago et de Stanford). Pour limiter le nombre de participants au groupe de TNS, ils ont été répartis en proportions inégales. Six psychologues, une travailleuse sociale et un pédopsychiatre, ayant tous une expérience antérieure dans le traitement des troubles alimentaires chez les adolescents, ont été engagés pour suivre les participants à l'étude. Leur intervention a été réalisée lors de deux ateliers de deux jours. Le premier a eu lieu avant le recrutement et le deuxième six mois après. Les traitements ont été dispensés dans des services spécialisés des troubles alimentaires chez les enfants et adolescents situés sur chacun des sites à hauteur de dix-huit séances durant six mois. Les interventions spécifiques regroupaient plusieurs thérapies.</p> <p>Thérapie familiale pour les adolescents boulimiques (TF-B) : c'est un dérivé de l'approche utilisée chez les adolescents anorexiques. Cette approche suppose que le secret, la honte et les troubles alimentaires associés à la boulimie affectent négativement le développement de l'adolescent et rendent les parents impuissants. La principale stratégie du traitement consiste à ce que l'adolescent s'engage dans une relation collaborative avec ses parents pour encourager le changement de comportement. La TF-B suit trois étapes en six mois.</p> <p>TCC pour les adolescents (TCC-A) : c'est un dérivé de la TCC utilisée dans le traitement des adultes boulimiques. Elle suit également trois étapes en six mois. Les objectifs majeurs pour les adolescents sont l'amélioration de l'alliance thérapeutique, des séances avec les parents afin d'éduquer les parents sur la boulimie pour obtenir leur soutien dans le traitement et l'exploration des problèmes développementaux des adolescents dans le contexte de la maladie.</p> <p>Intervention non spécifique : psychothérapie de soutien. Elle est dérivée d'une version utilisée chez les adultes boulimiques. Elle utilise des techniques de lutte contre les stimuli, de résolution de problèmes ou des conseils sur le changement des habitudes alimentaires. Elle se déroule aussi en trois phases sur six mois.</p> <p>Toutes les interventions se sont déroulées sur dix-huit séances durant six mois.</p> <p>Devis de recherche mixte (statistiques et questionnaires).</p>
Modes de collectes de données	<p>Le taux d'abstinence des épisodes d'hyperphagie et de purge a été évalué à l'aide du questionnaire Eating Disorders Examination (EDE). Agras, Walsh, Fairburn, Wilson & Kraemer (2000) suggèrent, dans des études antérieures, que le taux d'abstinence serait le meilleur indicateur d'effets de traitement chez les boulimiques.</p> <p>Les épisodes totaux d'hyperphagie et de purge, l'âge, le sexe, la durée de la maladie, les médicaments, la situation familiale, le revenu familial, l'éducation parentale et l'âge moyen des parents ont été évalués. Les outils de mesure étaient échelle de la dépression de Beck, l'échelle de l'environnement familial, l'échelle obsessionnelle-compulsive de Yale-Brown pour les enfants, l'échelle des troubles alimentaires de Yale-Brown-Cornell, le calendrier des troubles affectifs et de la schizophrénie pour les enfants (6-18 ans), la version Present and Lifetime et l'échelle de l'estime de soi de Rosenberg (1979).</p>
Conduite de la recherche	<p>Les évaluations ont eu lieu à quatre moments : début et fin de traitement, à six mois et à douze mois. Elles ont été menées par des évaluateurs indépendants et formés.</p>
Analyse des données	<p>Les données ont été évaluées à intervalle régulier : en début et en fin de traitement (28 semaines), à six mois (54 semaines) et à douze mois (80 semaines). Les auteurs ont utilisé un modèle d'interception aléatoire utilisant des scores de temps variables. Tous les individus randomisés ont été inclus dans les analyses si les données d'au</p>

	<p>moins une des quatre évaluations étaient disponibles. Les données manquantes ont été traitées comme tel. Utilisation de Mplus (V7.3) pour effectuer une estimation maximale de vraisemblance pour toutes les analyses longitudinales des effets mixtes.</p> <p>L'hypothèse de la recherche a été testée avec l'utilisation d'une taille d'effet moyen. L'abstinence a été testée avec une modélisation de la croissance des effets mixtes en utilisant trois mesures (fin du traitement, six et douze mois). Pour les données manquantes, les auteurs ont utilisé une hypothèse alternative comme moyen d'analyse de sensibilité en supposant que tout abandon ne serait pas abstinent à la fin du traitement.</p> <p>MacArthur a été utilisé pour l'exploration des analyses modératrices dans le cadre de modélisation longitudinale.</p> <p>Les auteurs ont utilisé une modélisation par croissance pour tenir compte de tendances non linéaires considérables.</p> <p>Étant donné que la comparaison principale entre les deux traitements spécifiques (TF-B et TCC-A) a permis de constater une conclusion significative comme hypothèse, les auteurs n'ont pas effectué d'autre comparaison impliquant le troisième groupe de traitement (non spécifique).</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont présentés à l'aide de tableaux et de figures en annexes de l'article.</p> <p>Les caractéristiques des participants (N=109) : âge moyen était de 15.8 ans, les épisodes moyens d'hyperphagie durant l'étude et le suivi s'élevaient à 17 et pour les purges à 29. La plupart des individus étaient des femmes (94%) avec une durée moyenne de maladie de 18.9 mois. 67 % ont reporté un trouble psychiatrique associé et 9% prenaient un traitement psychotrope au départ. 58% provenaient d'une famille intacte, 46% d'une minorité ethnique et 33% ont été hospitalisés pour boulimie avec des complications médicales associées.</p> <p>Traitement : le temps de traitement n'a pas varié entre la TF-B (13.6 séances) et la TCC-A (14.7 séances). La corrélation de Spearman entre le nombre de séances et les taux d'abstinence à la fin du traitement n'était pas significative. Les abandons à l'étude étaient de 10% à la fin du traitement, 38% à six mois et 36% à douze mois. Au suivi de six mois, il y avait un taux de décrochage (arrêt de l'étude) de 43.6% (n=6) à Chicago et 31.5% (n=17) à Stanford.</p> <p>Le taux d'abstinence était significativement plus élevé pour la TF-B (39.4%) par rapport à la TCC-A (19.7%) à la fin du traitement. Ces taux ont diminué au suivi de douze mois et n'étaient plus statistiquement significatifs.</p> <p>Les individus traités à la TF-B présentaient un score inférieur à l'échelle de la dépression de Beck à la fin du traitement par rapport aux individus suivant la TCC-A.</p> <p>Le nombre moyen d'épisodes d'hyperphagie était de 7.8 en TCC-A et 4.1 pour la TF-B à la fin du traitement, 6.7 et 7.5 à six mois et 5.8 et 6.7 à douze mois.</p> <p>Le nombre moyen d'épisodes de purge était de 13.2 en TCC-A et 7.6 dans la TF-B à la fin du traitement, 11.5 et 10 à six mois et 7 et 7 à douze mois.</p> <p>Les participants avec un score faible à l'échelle de l'environnement familial répondaient mieux à la TF-B comparé à la TCC-A.</p> <p>Indépendamment du type de traitement, les hommes, les individus ayant un score plus faible à l'échelle des troubles alimentaires de Yale Brown Cornell ont tous affiché des taux d'abstinence plus élevés à la fin du traitement.</p>

	<p>Pas de différence entre les sites de Yale et Stanford en termes de taux hospitaliers. Cependant, plus de participants ont été hospitalisés dans la TCC-A que dans la TF-B. 75% des hospitalisations TCC-A et 100% TF-B ont eu lieu durant les huit premières semaines. La moitié d'entre elles pour des raisons psychiatriques (troubles de l'humeur, idées suicidaires). Les admissions non psychiatriques étaient dues à des instabilités cliniques (principalement bradycardie).</p> <p>Pendant la période du traitement TF-B 20% ont bénéficié d'un traitement individuel, 11% d'une prise en charge médicale, 3% d'une thérapie de groupe, 11% de conseils nutritionnels et 9% ont été hospitalisés. Pour TCC-A, 32% ont bénéficié d'une thérapie individuelle, 6% d'une prise en charge médicale, 8% d'une thérapie de groupe, 3% de conseils nutritionnels et 5% ont été hospitalisés.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les résultats de l'étude appuient l'hypothèse selon laquelle la TF-B serait supérieure à la TCC-A chez les adolescents boulimiques à la fin du traitement et aux six mois. Les taux d'abstinence ne diffèrent pas significativement aux douze mois. Les participants avec un score inférieur sur l'échelle de l'environnement familial ont mieux répondu à la TF-B. Comme dans les études antérieures sur l'anorexie mentale, la TF-B pourrait être le traitement de choix pour les familles. Parmi les résultats secondaires, seul l'échelle de la dépression de Beck a montré une différence significative avec ceux recevant une TF-B. Les résultats suggèrent que l'abstinence survient plus rapidement dans la TF-B et avec moins d'hospitalisations que dans la TCC-A.</p> <p>Les points forts de l'étude sont la taille de l'échantillon, les thérapeutes formés et qualifiés et la supervision continue par les experts et les évaluateurs.</p> <p>Les limites sont une perte de données au-delà de douze mois, un recrutement et un traitement des participants menés sur des sites spécialisés de traitement universitaire. Ce deuxième point peut limiter la généralisation des résultats.</p> <p>Les résultats de la présente étude, combinés avec ceux provenant d'études antérieures d'adolescents atteints de BN, suggèrent que la TF-B est probablement une meilleure option de traitement initiale par rapport à la TCC-A chez les adolescents présentant des comportements boulimiques cliniquement significatifs. La TF-B conduit à des taux d'abstinence soutenus plus rapides et plus élevés qui sont maintenus jusqu'à douze mois après le traitement, ainsi que beaucoup moins d'hospitalisation. De la même façon que leurs pairs adolescents anorexiques, les adolescents atteints de BN pourraient bénéficier d'une approche qui implique activement leurs familles dans le processus de traitement.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Il reste manifestement un besoin de développement continu de traitements pour cette population étant donné que moins de la moitié des patients sont encore présents au suivi de douze mois. Les études futures pourraient envisager d'utiliser la TCC-A au-delà de douze mois. Alternativement, l'utilité de la thérapie cognitivo-affective intégrative ou de la thérapie interpersonnelle pourrait également être explorée, si elle est adaptée aux adolescents. Ce n'est que le troisième essai clinique randomisé-contrôlé, bien que le plus grand, mené pour examiner les traitements chez les adolescents atteints de BN. Bien que les taux d'abstinence de 40 à 45% soient encourageants, des stratégies visant à améliorer ces approches et à développer d'autres traitements pour les adolescents atteints de BN sont nécessaires.</p>

Article analysé

Xu, Y., Bai, S. J., Lan, X. H., Qin, B., Huang, T., & Xie, P. (2016). Randomized controlled trials of serotonin-norepinephrine reuptake inhibitor in treating major depressive disorder in children and adolescents: a meta-analysis of efficacy and acceptability. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 49(6), 1–8. <https://doi.org/10.1590/1414-431X20164806>

Brazilian Journal of Medical and Biological Research (2016): IF = 1,15

Titre	<p>Le titre présente les concepts clés et la population d'étude.</p> <p>Les concepts clés sont l'inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNa) et le traitement des troubles dépressifs majeurs. La population regroupe les enfants sans précision sur l'âge.</p> <p>Le titre est « <i>Essais contrôlés randomisés de l'inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNa) dans le traitement des troubles dépressifs majeurs chez les enfants et les adolescents : une méta-analyse de l'efficacité et de l'acceptabilité</i> ».</p>
Résumé	<p>Dans le résumé, on retrouve le problème, la méthode, les résultats et la discussion.</p> <p>L'article est une revue de littérature regroupant cinq essais cliniques faits entre 1970 et 2015 avec comme intervention l'application un IRSNa versus un placebo et donc les 973 sujets avaient de 7 à 18 ans et présentaient des troubles dépressifs.</p> <p>Le but de l'étude est de mesurer les avantages et les risques des antidépresseurs de nouvelle génération, plus spécifiquement les IRSNa (inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline).</p> <p>Dans la conclusion on voit que la Duloxétine a un effet bénéfique sur la dépression chez les adolescents. Ce résultat mériterait d'être approfondi.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Le problème que font ressortir les auteurs de façon circonscrite est le suivant. Le traitement de la dépression chez les enfants et adolescents est un problème majeur. A l'heure actuelle, peu d'études à grande échelle ont été réalisées chez les jeunes. Effectivement, dans la population la prévalence s'élève entre 1 et 2% pour les enfants de 6 à 12 ans, 2 à 8% pour les adolescents de 13 à 18 ans et 6 à 9% pour les adultes de 19 à 25 ans. De plus, les troubles dépressifs conduisent à une morbidité et une mortalité étendues. Le suicide dû à une dépression est la troisième cause de décès chez les adolescents. Néanmoins, on sait que les idées suicidaires et les tentatives sont bien plus fréquentes.</p> <p>En vue du taux de prévalence et des taux faibles d'études réalisées, on peut considérer que le problème est pertinent et approprié.</p> <p>Dans les dépressions majeures, les traitements pharmacologiques sont souvent nécessaires. Ils en existent beaucoup. De nombreux traitements agissant sur les neurotransmetteurs existent. Dans cette étude, il s'agit de savoir si les inhibiteurs de recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNa) agissant sur plusieurs neurotransmetteurs sont plus efficaces que les traitements agissant sur un seul neurotransmetteur.</p> <p>Il est effectivement pertinent en vue des dires des auteurs d'aborder ce sujet d'étude.</p>
Recension des écrits	<p>Cet article représente en soi une recherche complète sur les bases de données de 1970 à 2015 (PubMed, Cochrane, Embrase, Web of Science et PsychINFO). Il n'apparaît donc pas d'autre recension des écrits dans l'article.</p>

	Les auteurs présentent cependant la situation actuelle sur la question à partir de sources et références concrètes et primaires (voir partie « problème de la recherche »).
Cadre de recherche	<p>Dans l'introduction, on retrouve une définition de la dépression. D'après Jane, Erkanli, Angold, (2006), Birmaher et al. (1996) et Purcell et al. (2013), elle se caractérise par des épisodes prolongés, une fréquente récurrence, des troubles psychiatriques associés et une dégradation dans les domaines académiques et dans les relations avec la famille et les pairs.</p> <p>US Food and Drug Administration (2007) est utilisé pour aborder le problème de morbidité et de mortalité associées à la dépression et dans ce sens, la question du suicide.</p> <p>Les auteurs citent également de manière générale les thérapies utilisées dans la dépression chez les adolescents.</p> <p>De ce fait, l'essentiel apparaît dans l'introduction. Il y a bien un cadre de recherche et le concept clé de la dépression est décrit. Il manque peut-être une définition pour les différents traitements et surtout pour celui qui nous intéresse dans l'étude (inhibiteurs de recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNa)).</p>
Buts et question de recherche	<p>Le but de l'étude est clair et simplement défini. Il s'agit ici d'évaluer l'efficacité et les risques des inhibiteurs de recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNa) chez les enfants et adolescents (entre 7 et 18 ans). Cette étude est la première méta-analyse traitant de l'efficacité de ce traitement chez les mineurs.</p> <p>Il n'y a pas dans l'étude de questions de recherche réellement formulées. Mais elle est sous-entendue. La question est de savoir si les IRSNa sont plus efficaces pour traiter la dépression chez les jeunes que les traitements agissant sur un seul neurotransmetteur.</p> <p>En vue des recherches effectuées par les auteurs, on peut considérer que la question les reflète concrètement.</p> <p>Concernant les valeurs, les croyances, les perceptions des participants, étant donné que les auteurs se sont basés sur des études déjà existantes, on ne possède aucune information sur le sujet. Ces éléments ne font pas partie des critères de sélection des articles.</p> <p>Comme évoqué précédemment, les auteurs ont réalisé une recherche de littérature pour faire le tour de la question. On peut donc considérer que la question s'appuie sur des bases théoriques existantes.</p>
METHODE	
Population échantillon et	<p>La population sélectionnée devait répondre aux critères suivants : elle devait regrouper des adolescents et enfants âgés de 7 à 18 ans souffrant d'un trouble dépressif unipolaire ou bipolaire. Les essais devaient comprendre un placebo et un inhibiteur de recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNa). Les essais devaient également rapporter des résultats positifs sur les symptômes. Des rapports avec des analyses secondaires en double aveugle ont aussi été sélectionnés. En cas de doutes ou de désaccords entre les auteurs, il y a eu une discussion avec la participation d'un troisième examinateur.</p> <p>Il est compliqué dans cette étude d'avoir une population visée très définie étant donné qu'elle concerne une recherche et une analyse d'articles sur des bases de données. Néanmoins, les auteurs ont défini une tranche d'âge et une pathologie. Il semble que ces deux éléments soient les fondamentaux dont les auteurs avaient besoin. Il n'y a</p>

	<p>pas d'autres informations sur la population d'étude. Les chercheurs n'expliquent pas comment, dans les articles choisis, la population avait été sélectionnée.</p> <p>Il n'y a pas d'information dans la recherche qui évoque une méthode pour accroître l'échantillon. Il n'y a pas eu de prédétermination de la taille de l'échantillon.</p>
<p>Considérations éthiques</p>	<p>Il n'y a pas de considération éthique développée, car il n'y a pas vraiment de participants à l'étude. Y. Xu et B. Qin se sont basé sur des études déjà réalisées.</p>
<p>Devis de recherche</p>	<p>Le devis a permis aux auteurs d'attendre leur but et de répondre à leur question de recherche. La méthode utilisée est quantitative. Etant donné que les auteurs ont atteint leur but, on peut dire que le critère d'applicabilité est respecté. Les auteurs ont choisi cinq essais qui regroupaient 973 patients. En vue de cela, on peut aussi considérer le critère de consistance comme respecté.</p> <p>Pour la neutralité, les auteurs ont effectué eux-mêmes leur recherche d'articles, on peut donc considérer la neutralité comme biaisée. Néanmoins, en cas de désaccord lors de la sélection des articles les auteurs ont fait appel à un tiers. De plus, les auteurs ont respecté leurs critères prédéfinis.</p> <p>Les auteurs ont basé leur étude sur une analyse de recherche. Ils ne se sont donc pas rendus sur le terrain au prêt des participants.</p>
<p>Modes de collectes de données</p>	<p>Pour regrouper les articles, les auteurs (Y. Xu et B. Qin) ont examiné un ensemble d'articles sur les bases de données. Ils ont analysé les résumés et les titres. Sur la base des critères décrits ci-dessus dans « population et échantillon ». De plus, ils ont pris en compte le risque de biais. Les études présentant un trop grand risque ont été exclues.</p> <p>Initialement, les chercheurs avaient 197 études. 193 études ont été exclues. 180 ne respectaient pas les critères d'inclusion et 13 comprenaient des données non valides. Sur les quatre études sélectionnées (cinq essais), il y avait 973 participants venant des USA, de la Finlande, de la France, de l'Allemagne, de la Slovaquie, de l'Estonie, de la Russie, de l'Ukraine et de l'Afrique du Sud. La tranche d'âge allait de 7 à 17 ans. Ils souffraient tous d'une dépression majeure. Dans deux essais, le traitement était la Venlafaxine et dans trois essais le traitement était la Duloxétine. Les doses de Duloxétine variaient de 30 à 120mg /j et les doses de Venlafaxine dépendant dans un essai du poids corporel et dans l'autre d'un calendrier de doses.</p> <p>Pour la mesure des résultats, les auteurs ont défini les critères suivants. Pour évaluer l'efficacité et l'acceptabilité du traitement, les auteurs ont pris les études dont les durées du traitement allaient de six à douze semaines. Un taux de réponse de l'efficacité correspondait à un taux de réduction de 50% par rapport aux scores de base de l'échelle de dépression. Ce résultat pouvait aller jusqu'à la rémission, ce qui signifiait pour les auteurs un score dit « normal » sur les échelles de dépression (HAMD-17 (Echelle de dépression de Hamilton, en anglais « the hamilton rating scale for depression ») et l'échelle de MADRS (Echelle Montgomery et Asberg d'évaluation de la dépression, en anglais « Montgomery and Asberg Depression Rating Scale »).</p> <p>Pour les analyses, lorsque les études présentaient plusieurs échelles de dépression, c'est l'échelle de l'évaluation de la dépression de l'enfance révisée (en anglais « Childhood Rating Depression Scale », CRDS-R) que les auteurs ont appliquée.</p> <p>Dans les mesures, les auteurs ont aussi pris en compte les motifs d'arrêts en cours d'étude, pour évaluer l'acceptabilité. Deux types d'arrêts ont été définis les arrêts à cause des effets secondaires et les autres raisons.</p>

	<p>Comme dernier élément de mesure, les auteurs ont évalué la présence ou non de comportements et d'idées suicidaires chez les sujets.</p> <p>Pour leur mesure des résultats, différentes échelles de dépression ont été utilisées. Elles provenaient toutes de la littérature.</p>
Conduite de la recherche	<p>Pour minimiser les biais, les auteurs n'ont pas fait appel à du personnel compétent. Ils ont réalisé eux-mêmes la sélection et l'analyse des données. Ils se sont cependant basés tout au long de leur travail sur des sources de littérature. Ils ont, par ailleurs, défini des critères de biais. Cinq critères ressortaient. Par exemple, les études devaient avoir une bonne qualité de randomisation ou les rapports des résultats devaient être complets ou encore il ne devait pas avoir de problème de visibilité dans l'évaluation des résultats. A partir de trois critères de biais, les études étaient exclues.</p> <p>Le processus de collecte de données est décrit clairement. On le retrouve résumé dans la partie « mode de collecte des données ».</p> <p>Aucune intervention n'apparaissait dans cette étude.</p>
Analyse des données	<p>L'analyse de données est décrite comme suit. Les auteurs ont d'abord réalisé une méta-analyse par paire avec Review Manager (version 5.2, Cochrane, Danemark) et Stata (v11.0, StataCorp, USA). Ils ont également mesuré l'hétérogénéité des effets du traitement avec le test I2 et les Q test Cochrane.</p> <p>Pour éliminer les facteurs susceptibles d'influencer les résultats, les auteurs ont examiné les biais de publication. Les outils utilisés comprenaient, la méthode du tracé en entonnoir, le test de corrélation de rang ajusté de Begg (Begg & Mazumdar, 1994) et le test d'asymétrie de régression d' Egger (Egger, Davey, Schneider, & Minder, 1997) ont été appliqués. Il y a également eu une analyse de sous-groupe. Cette dernière permettant d'évaluer si les estimations d'effets variaient suivant les inhibiteurs de recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNa) utilisés. Des analyses de sensibilité ont été réalisées avec pour les résultats hétérogènes le modèle d'effets aléatoires et pour le reste le modèle d'effet fixe.</p> <p>Il n'y a pas dans cette partie de résumé des résultats. On retrouve toutes les informations dans la partie résultats.</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>La présentation des résultats est sûrement le point fort de l'article. On retrouve trois tableaux, des figures et un texte narratif. C'est les auteurs eux-mêmes qui ont analysé les résultats de l'étude.</p> <p>Les résultats montrent une efficacité comparative entre les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNa) et le placebo dans la rémission et la guérison. Vis-à-vis des résultats sur le nombre de participants ayant arrêté, on voit qu'il y a plus de patients traités par IRSNa. Ce dernier résultat n'a pas de signification statistique.</p> <p>L'analyse des sous-groupes a permis de comparer l'efficacité et l'acceptabilité entre le placebo et la Duloxétine ou la Venlafaxine. Dans la comparaison entre le placebo et chacun des deux traitements, il n'y a pas de différence significative.</p> <p>Pour les résultats concernant l'arrêt de l'étude à cause d'effets indésirables, il y a une différence significative. Il y a eu plus d'arrêts avec les IRSNa. Vis-à-vis du suicide, il n'y a pas eu de différence significative avec la Duloxétine, mais avec la Venlafaxine, il y aurait un risque accru de suicides.</p>

	Concernant les effets indésirables observés, la Venlafaxine provoquerait principalement des douleurs abdominales, des étourdissements. La Duloxétine quant à elle, provoquerait des nausées, des céphalées et des naso-pharyngites.
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les résultats répondent aux questions de départ. Les interprétations sont cohérentes avec les résultats d'analyse. Les auteurs évoquent dans la discussion d'autres études chez l'adulte et l'enfant. Ils font également plusieurs comparaisons.</p> <p>Dans l'étude de Ball, Desai, Zhang, Thase, & Perahia, (2013) qui parlent des résultats chez les adultes, IRSNa serait plus efficace, car traitant de plus de symptômes que les inhibiteurs de recapture sérotonine (IRS), par exemple. De plus, chez les adultes la Venlafaxine serait aussi efficace dans le traitement de la dépression majeure.</p> <p>Dans cette étude, la Venlafaxine n'aurait pas d'effet et augmenterait le risque suicidaire. Cet élément d'aggravation du risque suicidaire apparaît aussi dans d'autres études, par exemple Hammad, Laughren & Racoosin, l'évoquaient en 2006.</p> <p>Dans deux des essais cliniques randomisés, on voit que la Duloxétine aurait pour sa part un effet potentiel sur les jeunes.</p> <p>Les limites sont définies. Les nombres totaux d'études et de patients restent faibles pour avoir des résultats significatifs. De ce fait, les auteurs n'ont sélectionné que cinq essais. De plus, dans la sélection certaines études avaient une petite taille d'échantillon et un pouvoir statistique limité. Mais en combinant les études, les auteurs ont permis d'augmenter la puissance de la revue pour parvenir au but de cette dernière.</p> <p>Une autre limite serait que les différences d'âge et de doses de médicaments peuvent être considérées comme un frein en cachant un biais. Mais ce dernier point pourrait aussi être une force pour l'étude, car cela permet d'avoir une généralité.</p>
Conséquences et recommandations	<p>En vue des résultats positifs sur la Duloxétine, les auteurs recommandent de réaliser d'autres recherches.</p> <p>Ils évoquent aussi l'idée dans les prochaines études d'avoir des échantillons plus importants. Ils recommandent également d'isoler et analyser des éléments comme le regroupement d'âges ou le genre.</p> <p>Les données sont riches et permettent aux auteurs d'appuyer leurs conclusions.</p> <p>Les auteurs ne font pas allusion dans leur article à des conséquences pour la discipline ou la pratique clinique.</p>

Article analysé

Rohde, P., Waldron, H. B., Turner, C. W., Brody, J., & Jorgensen, J. (2014). Sequenced versus coordinated treatment for adolescents with comorbid depressive and substance use disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 82*(2), 342–8. <https://doi.org/10.1037/a0035808>

Journal of Consulting and Clinical Psychology (2014): IF = 1,15

Titre	<p>Le titre de l'article est « <i>Traitement séquencé par rapport au traitement coordonné pour les adolescents atteints de comorbidités dépressives et de toxicomanie</i> ».</p> <p>Dans le titre, on retrouve donc bien la population des adolescents sans précision d'âge. On retrouve les pathologies (troubles dépressifs et toxicomanie). Et finalement, on retrouve les actions proposées qui sont soit un traitement séquencé soit un traitement coordonné. On ne retrouve pas d'informations plus détaillées sur le type exact de traitement.</p> <p>Il semble que les informations principales apparaissent dans le titre.</p>
Résumé	<p>Le résumé regroupe l'objectif de l'étude, la méthode (population et application du traitement), les résultats et la conclusion.</p> <p>L'objectif de l'étude est d'évaluer trois méthodes d'application de deux traitements (un cours pour aider les adolescents à faire face au cours de la dépression, en anglais « Adolescent Coping With Depression Course, CWD » et une thérapie familiale fonctionnelle, en anglais « Functional Family Therapy, FFT »). L'application peut se faire soit de façon séquencée (un traitement puis l'autre) soit de façon coordonnée (les deux traitements en même temps (CT)).</p> <p>Le but est de déterminer quelle application est la plus efficace sur la dépression et les troubles addictifs chez les adolescents de 13 à 18 ans et si la dépression majeure a un impact sur le traitement.</p> <p>En conclusion, les trois thérapies ont permis une diminution de la dépression sans différence significative entre elles. Pour la diminution de consommation de substances, elle fut plus importante lors du traitement séquencé FFT / CWD.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>A l'heure actuelle, la dépression et les troubles d'utilisation de substances sont parmi les troubles les plus répandus dans la population des adolescents avec un taux de comorbidités élevé. Les symptômes dépressifs sont aussi associés à de nombreuses rechutes de toxicomanie et à des consommations plus sévères de substances.</p> <p>Cette étude semble être, pour les auteurs, la première étudiant les traitements psychosociaux pour les pathologies de dépression et de consommation de drogues. Elle est donc pertinente et permettrait des avancées médicales en vue du phénomène de comorbidités de plus en plus actuel que présentent les auteurs.</p> <p>Le problème de l'étude est présenté simplement. Le but est d'évaluer les effets d'un traitement séquencé ou coordonné sur l'utilisation de substance et la dépression et d'évaluer l'effet plus spécifique sur la dépression sévère. Pour se faire, l'étude évalue trois méthodes pour l'administration des deux traitements. Les traitements sont un cours pour aider les adolescents à faire face à la dépression (CWD) et une thérapie familiale fonctionnelle (FFT). Ces thérapies sont appliquées sur les adolescents présentant une dépression et une toxicomanie.</p>
Recension des écrits	<p>Dans le cadre de leur recension, les auteurs développent les éléments résumés dans le problème de recherche, pour argumenter le problème qu'ils évaluent. Ils évoquent également l'existence de de la thérapie comportementale et de la fluoxétine. La TCC (thérapie cognitivo-comportementale) aurait une influence sur les deux pathologies de l'étude et la fluoxétine sur la dépression.</p>

	<p>La recension est courte. Elle présente une synthèse sur la question qui pourrait être approfondie. Néanmoins, elle est utile et pertinente. La recension semble être une base solide. Elle présente des éléments sur la situation actuelle sur les troubles dépressifs et de consommation de substances. Elle retrace les années 2000.</p> <p>L'article présente effectivement des sources primaires dans sa recension.</p>
Cadre de recherche	<p>Les concepts sont définis sur le plan conceptuel. Ils regroupent la dépression et l'utilisation de substance (qui ne comprend pas la nicotine). Ils sont définis d'après les critères du DSM-IV-TR (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, American Psychiatric Association, 1994) dans la partie « méthode ». Effectivement, c'est grâce à ces critères que les auteurs ont sélectionné les participants.</p> <p>Le trouble dépressif regroupait plusieurs pathologies. Le trouble dépressif majeur, la dysthymie, le trouble d'ajustement avec humeur dépressive, la dépression non spécifique. L'utilisation de substance devait s'être produite au cours des 90 derniers jours. Pour les autres critères du DSM-IV-TR, ils ne sont pas présentés dans l'article.</p> <p>Pour ses concepts, on peut dire qu'une définition plus approfondie aurait pu être facilitante dans la lecture de l'article. Néanmoins, c'est un « Brief report » ce qui peut expliquer cette absence.</p> <p>Les concepts s'inscrivent dans un cadre de référence. Les bases théoriques sont présentées à travers les concepts.</p>
Buts et question de recherche	<p>Le but de l'étude est clair. Les auteurs veulent évaluer trois méthodes d'application de la psychoéducation pour la dépression (CWD) et de la thérapie familiale (FFT) pour déterminer leurs efficacités dans le traitement d'adolescents atteints de troubles dépressifs associés à des consommations de drogues.</p> <p>Deux questions de recherches sont énoncées. L'étude permettrait de savoir quels sont les effets de l'application séquencée des deux thérapies sur les deux pathologies et de connaître l'impact de la dépression majeure sur ses traitements.</p> <p>Les questions de recherche reflètent effectivement le contenu de la recension des écrits même si cette dernière est courte. Elles sont aussi en lien avec le but, car l'étude veut évaluer l'efficacité de traitements psychosociaux pour la dépression et les troubles d'utilisation de substances.</p> <p>Les questions s'appuient bien sur un cadre théorique. Par exemple, le concept des différents niveaux de dépression découle du DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 1994).</p> <p>Les variables clés ainsi que la population d'étude n'apparaissent pas dans l'introduction. Ces éléments apparaissent dans le résumé et la méthode. Ils y sont bien développés.</p> <p>Les croyances et valeurs des participants ne sont pas évoquées dans l'étude.</p>
METHODE	
Population et échantillon	<p>La population est décrite de façon suffisamment détaillée. Elle regroupait 170 adolescents âgés de 13 à 18 ans, venant de diverses régions (de Portland, d'Oregon, d'Albuquerque et du Nouveau-Mexique). Ils devaient présenter un trouble dépressif et une consommation de substance autre que la nicotine. Ils devaient avoir consommé au cours des 90 derniers jours. Leurs parents devaient être d'accord de participer. Il n'y avait aucun critère de race et de sexe.</p>

	<p>Des critères d'exclusion apparaissent aussi de façon détaillée. Il y avait les notions d'idée suicidaire aiguë, de symptômes psychotiques, de fratrie dans l'étude, des changements récents dans les prescriptions de psychotropes.</p> <p>Les auteurs ne développent pas dans leur article la méthode de recrutement des participants, mais en vue de l'échantillon on peut penser qu'elle est appropriée.</p> <p>Aucune information concernant la possibilité d'accroître l'échantillon n'est définie. Cependant, on peut penser que les auteurs avaient défini une taille d'échantillon. Effectivement, ils évoquent le fait d'avoir arrêté le recrutement volontairement. Il n'y a pas d'argumentation sur une taille d'échantillon qui serait favorable statistiquement.</p>
<p>Considérations éthiques</p>	<p>Il n'y a aucune considération éthique présentée dans l'étude.</p>
<p>Devis de recherche</p>	<p>Le devis atteint son but. La méthode de recherche est mixte. Les outils de recherche sont effectivement appropriés en vue de la méthode.</p> <p>Le devis permet effectivement largement de répondre à toutes les questions de recherche qui se posent.</p> <p>Le critère de neutralité peut être considéré comme respecté, car les auteurs ont pris des thérapeutes externes qu'ils ont formés pour l'étude. Il y a également eu un suivi des thérapeutes durant l'étude, mais on ne sait pas qui l'a réalisé. Si c'est les auteurs, ça pourrait remettre en doute ce critère.</p> <p>Pour la consistance, elle est également respectée. L'étude est un « Brief report » qui va à l'essentiel, mais qui contient des éléments très pertinents.</p> <p>En vue de l'aboutissement de l'étude, on peut également considérer qu'elle était applicable. Finalement, en vue des arguments, des analyses et des bases théoriques, on peut également considérer la véracité comme respectée.</p> <p>La notion de temps sur le terrain n'est pas développée, mais semble vraisemblablement être suffisante en vue de la réalisation de l'étude.</p>
<p>Modes de collectes de données</p>	<p>Les outils sont présentés avec clarté dans l'étude. Trois outils ont été utilisés. D'abord, le calendrier des troubles affectifs et de la schizophrénie pour les enfants d'âge scolaire – présent et version de la vie (K-SADS-PL ; Kaufman, Birmaher, Brent, Rao, & Ryan, 1996). C'est deux intervieweurs formés et supervisés qui ont évalué les troubles de l'humeur et les troubles d'utilisation de substances chez les adolescents et leurs parents. Ensuite, on retrouve l'échelle d'évaluation de la dépression des enfants révisée (CDRS-R, Children's Depression Rating Scale ; Poznanski & Mokros, 1995). Elle permet une mesure continue de la dépression. Finalement, il y a l'échelle en anglais « Timeline Followback Interview ». C'est une entrevue structurée avec les adolescents pour obtenir le pourcentage de jours de consommation de toxiques lors des 90 derniers jours. Elle est associée à des tests urinaires.</p> <p>Ces trois outils permettent effectivement d'évaluer les troubles dépressifs et les troubles d'utilisation de substances avec un suivi de l'évolution. Ils ont tous été importés de la littérature. Néanmoins, le cours sur la dépression chez les adolescents (CWD) a été modifié pour l'étude. L'adaptation de ce cours montre que l'utilisation des outils est effectivement cohérente avec la procédure expérimentale.</p> <p>Des questions de recherches ont été énoncées dans la partie « introduction » de l'article. Elles ciblent l'efficacité des traitements et l'impact de la dépression majeure sur la thérapie.</p>

<p>Conduite de la recherche</p>	<p>Pour récolter les données, les auteurs ont appliqué deux thérapies sélectionnées à l'ensemble des sujets de l'étude. Les deux thérapies (CWD et FFT) ont été appliquées selon trois méthodes. Les évaluations reposaient sur ces trois méthodes. Il y avait soit FFT suivie de CWD, soit CWD suivie de FFT soit CT qui regroupait en une fois les deux thérapies.</p> <p>Pour appliquer ses traitements en minimisant les biais, les auteurs ont formé dix thérapeutes. Ces derniers devaient avoir une maîtrise en santé mentale, un an d'expérience avec des adolescents et leurs familles et suivre deux jours de formation. Ils ont également mené deux cas pilotes. Et durant toute l'étude, ils étaient surveillés hebdomadairement. De plus, les séances étaient enregistrées et certaines sessions de thérapies étaient évaluées.</p> <p>Les interventions sont ici les thérapies. Elles sont longuement expliquées et définies dans l'article. Elles ont été appliquées toujours de la même façon pour les participants qui avait les mêmes séquences de thérapies.</p>
<p>Analyse des données</p>	<p>Pour l'analyse des données, les chercheurs ont d'abord utilisé « Markov chain Monte Carlo multiple imputation ». Cet outil a permis de remplacer les données manquantes. Le SPSS, version 19, a, pour sa part, imputé des valeurs manquantes et ainsi 10 ensembles de données ont été créés.</p> <p>Les analyses pour la dépression et la consommation de substances ont été réalisées soit pendant soit après le traitement avec une analyse de variance avec ANOVA (3 séquences X 2 troubles de dépression majeure X 3 temps).</p> <p>La rémission d'utilisation de drogue et de rémission de dépression a été également mesurée.</p> <p>Le résumé des résultats est assez compliqué à comprendre. Certains termes ne sont pas très clairement expliqués. Néanmoins, il reste complet et reprend les tableaux et figures de l'article.</p> <p>Pour éviter que des facteurs influencent les résultats. Les auteurs ont décidé par exemple de remplacer les données manquantes avec des outils analytiques.</p>
<p>RESULTATS</p>	
<p>Présentation des résultats</p>	<p>Les adolescents abusant de substances ont plus de difficulté à s'engager dans le deuxième traitement séquentiel. Le résultat est encore plus visible lorsque le deuxième traitement est familial.</p> <p>Lorsque les patients suivaient d'autres traitements en même temps que les thérapies de l'étude, il y a eu un taux important de rémission sur la consommation de substances. A l'inverse, sans les autres traitements il y avait un taux important de rechutes.</p> <p>La coordination des thérapies n'a pas donné de meilleurs résultats que la thérapie séquentielle. En cause, il y aurait un manque de changement clair et cohérent dû à l'association des deux thérapies, un problème d'alliance thérapeutique (avec plusieurs thérapeutes en même temps) et une thérapie non optimale, car développée pour l'étude.</p> <p>Les résultats montrent que toutes les sessions de thérapies ont permis la diminution d'utilisation de substances et de la dépression.</p> <p>Pour l'utilisation de substances, les diminutions sont plus marquées avec FFT/CWD. De manière générale, Il y a eu une diminution moyenne 33% en semaine 20 (FFT/CWD : 44% ; CWD/FFT : 31% ; CT : 23%) et d'environ 27% en semaine 72 (FFT/CWD : 32% ; CWD/FFT : 33% ; CT : 17%).</p>

	<p>Pour la dépression majeure, il y a eu en moyenne 47% de diminution durant le traitement (FFT/CWD : 44% ; CWD/FFT : 45% ; CT : 52%) et 60% un an après le traitement (FFT/CWD : 60% ; CWD/FFT : 54% ; CT : 65%). On voit dans l'étude que, quel que soit le niveau de dépression (majeure ou non) le traitement a eu un impact positif.</p> <p>Les résultats sont présentés avec des tableaux, des schémas et sous forme de texte. Il y a, entre autres, un graphique très clair qui reprend la méthode de recrutement de la population avec les types de traitements reçus tout au long de l'étude. Un tableau reprend les caractéristiques de la population d'étude (différentes dépendances, âge, sexe, genre, etc.). Un tableau présente les résultats d'utilisation de la substance et un autre les résultats de gravité de la dépression.</p> <p>On retrouve des explications de chacun des tableaux et des figures dans le texte. C'est les auteurs de l'étude qui ont réalisé l'analyse des résultats.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les résultats permettent de répondre à l'ensemble des questions des auteurs. Il n'y a pas de lien explicite avec la recherche de littérature. Néanmoins, les auteurs citent un article « Cognitive-behavioral treatment for depression in alcoholism » (Brown, Evans, Miller, Burgess, & Mueller 1997). Cette étude faite sur des adultes montre que la dépression majeure a modéré l'impact de traitements sur l'utilisation de substance. Il faut pour voir une diminution de substance traiter en premier la dépression. L'étude analysait la TCC (thérapie cognitivo-comportementale) et la FFT. La FFT avait un effet significatif sur le traitement des adultes toxicomanes et dépressifs.</p> <p>Les conclusions reprennent et résument les résultats. Aucune notion de caractère transférable n'est présentée.</p> <p>Les auteurs présentent des limites, les voici. D'abord, le traitement a eu lieu dans un centre de traitement de consommation de substances. Dans ce sens, les sujets ne considéraient peut-être pas avoir besoin d'être traités pour la dépression.</p> <p>La deuxième limite est que la majorité des participants étaient des hommes. C'est généralement le cas dans les études sur les consommations de toxiques, mais pas dans celles traitant de la dépression.</p> <p>La troisième limite est que tous les troubles psychiatriques n'ont pas été pris en compte dans l'étude.</p> <p>La limite suivante est que le cours pour la dépression chez les adolescents (CWD) a été adapté pour l'étude.</p> <p>Finalement, on ne compare pas les traitements aux soins de routine ou à la passation du temps. De plus, il était impossible d'empêcher les familles de chercher et d'appliquer d'autres traitements.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Les auteurs ne présentent pas les conséquences de leurs résultats. Ils font cependant des recommandations pour les recherches futures. Comme chaque séquence de traitement a eu des effets significatifs sur la dépression, il serait bon de faire des recherches qui permettraient d'évaluer quels facteurs avaient cet impact sur la dépression.</p> <p>Il faudrait également évaluer quels sont les éléments les plus efficaces dans le traitement commun de la dépression et des consommations de substances.</p>

Article analysé

Albornoz, Y. (2011). The effects of group improvisational music therapy on depression in adolescents and adults with substance abuse: a randomized controlled trial. *Nordic Journal of Music Therapy*, 20(3), 208–224. <https://doi.org/10.1080/08098131.2010.522717>

Nordic Journal of Music Therapy (2011): IF = 1,64

Titre	<p>Le titre qui présente le but de l'étude ainsi que la classe d'âge des patients (adolescents et adultes) et leurs pathologies.</p> <p>Le titre est « <i>les effets de la musicothérapie improvisée de groupe sur la dépression chez les adolescents et adultes avec un abus de substance : un essai contrôlé randomisé</i> »</p>
Résumé	<p>Le résumé comprend le problème, la méthode, les résultats et la discussion. Toutes les parties sont donc bien présentes. Il apparaît en plus les limites de l'étude dans cette partie.</p> <p>L'hypothèse de l'étude est que la musicothérapie d'improvisation soulagerait les symptômes dépressifs.</p> <p>L'échantillon regroupait vingt-quatre hispanophones (adolescents et adultes) traités pour toxicomanie à Fundació'n Josef Ribas (FJFR). L'évaluation s'est faite à partir des échelles de dépression de Beck (inventaire de dépression de Beck, BDI, en anglais « Beck Depression Inventory ») et de Hamilton (en anglais « the hamilton rating scale for depression »).</p> <p>En conclusion, on voit que la musicothérapie improvisée a conduit à des améliorations significatives de la dépression évaluée par les psychologues.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Le problème de recherche est clairement posé. La question est de savoir si la musicothérapie d'improvisation est efficace pour soulager les symptômes dépressifs chez les patients présentant une dépression et une toxicomanie.</p> <p>On peut considérer ce problème comme pertinent. Effectivement, d'après les auteurs, trouver des traitements efficaces pour une dépression associée à une toxicomanie est un défi relativement nouveau dans notre société. Il existe peu d'études bien construites à l'heure actuelle qui traitent de ce sujet, d'où l'intérêt de l'étude. D'après Deykin, Levy & Wells (1987) (cité dans l'étude), la dépression est associée à la toxicomanie comme à d'autres troubles psychiatriques. De plus, la musicothérapie reste un traitement à moindres frais et qui ne présente aucun effet secondaire connu.</p>
Recension des écrits	<p>Une recension a été entreprise. Elle fait une synthèse des études portant sur la musicothérapie. Elle cible trois types de musicothérapie ; la réceptive (écoute de la musique), l'active (faire de la musique) et d'improvisation. Pour les deux premiers types, des études montrent un effet bénéfique de diminution de la dépression. Pour la musicothérapie d'improvisation, les études sont limitées. Elles montrent cependant toutes une amélioration de l'état de santé des patients.</p> <p>Il apparaît également dans la plupart des études que la musicothérapie aurait aussi un effet bénéfique sur la toxicomanie. Néanmoins, il n'existe pas d'étude sur l'efficacité de la musicothérapie d'improvisation collective comme traitement conjoint de la dépression et de la toxicomanie.</p> <p>La base de la recension semble solide. Elle regroupe un grand nombre d'études. De plus, l'ensemble des études est récent. La plus ancienne date de l'an 2000. On</p>

	<p>retrouve donc des données actuelles sur la question et il semble que l'essentiel soit identifié. Les sources de la recension sont par ailleurs bien primaires.</p> <p>Voici quelques exemples des études relevées :</p> <p>Ashida (2000) ; Hsu & Lai (2004), Siedliecki & Good (2005) démontre que la musicothérapie réceptive permet de réduire les symptômes dépressifs en produisant des changements de relaxation et d'humeur.</p> <p>Kenny & Faunce (2004) ont mis en évidence que la musicothérapie active permet d'aider à diminuer et à surveiller les symptômes dépressifs chez les adolescents.</p> <p>Schmid & Aldridge (2004), montrent que l'improvisation musicale conduirait à une amélioration de l'humeur et du sentiment général de bien-être des personnes dépressives.</p>
Cadre de recherche	<p>Les quatre concepts clés mis en évidence et définis dans l'étude sont l'adolescence, la toxicomanie, la dépression et la musicothérapie d'improvisation. La définition de ses concepts permet d'avoir une lecture correcte de l'article. Elles restent cependant simples et brèves, ce qui pourrait être un frein à leur compréhension. L'essentiel y est noté.</p> <p>Pour la définition des concepts, les sources sont multiples. La dépression est décrite d'après le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (American Psychiatric Association, 1994). La musicothérapie d'improvisation est définie d'après les sources de Bruscia (1987) et d'Albornoz (2002). La définition de la toxicomanie provient d'Addictive disorder (2006) et celle de l'adolescence de Comacin Nationale Contra el Uso Il'cito de Drogas (2003).</p>
Buts et question de recherche	<p>Le but est clair. Les auteurs souhaitent voir l'efficacité de la musicothérapie d'improvisation pour traiter la dépression chez des patients dépressifs et toxicomanes.</p> <p>Les questions de recherche sont bien conçues. Il y a une question principale subdivisée en deux sous-questions. La question principale est « <i>la musicothérapie improvisée a-t-elle un effet significatif sur les symptômes dépressifs des personnes atteintes de dépression et de toxicomanie ?</i> »</p> <p>Les deux sous-questions sont « <i>la musicothérapie improvisée diminue-t-elle la dépression autoévaluée chez les adolescents et adultes déprimés et atteints de toxicomanie ?</i> » et « <i>La musicothérapie improvisée diminue-t-elle la dépression hétéro-évaluée (par un psychologue) chez les adolescents et adultes déprimés et atteints de toxicomanie ?</i> »</p> <p>Les variables clés ainsi que la population y apparaissent. Cependant, pour la population il n'y a aucune précision d'âge dans les questions.</p> <p>Les questions et le but de l'étude découlent logiquement de la recension. Dans cette dernière, on constate qu'il existe peu d'études sur l'efficacité de la musicothérapie sur des patients toxicomanes et dépressifs. Toutes les études effectuées ont démontré cependant l'efficacité de la musicothérapie. Il en découle donc l'importance de refaire des études dans ce domaine pour les auteurs.</p> <p>L'expérience des participants, leurs croyances, les perceptions et leurs valeurs ne sont pas exposées.</p>
METHODE	
Population et échantillon	La population, l'échantillon et la méthode de recrutement sont clairement décrits avec des détails.

	<p>L'échantillon comprend 24 hommes vénézuéliens, de langue espagnole, âgés de 16 à 60 ans. Ils recevaient un traitement non médicamenteux pour toxicomanie dans l'établissement de Fundacio'n Jose' Felix Ribas. Ils étaient abstinents. Ils présentaient une dépendance et avaient un score BDI (échelle de dépression de Beck) supérieur à 10 et un score HRSD (échelle de dépression de Hamilton) supérieure à 7.</p> <p>Les critères d'inclusion et d'exclusion et la méthode pour recruter les participants apparaissent aussi de façon détaillée. Pour le recrutement, les chercheurs se sont centrés sur un seul établissement et ont fait leur sélection de population grâce aux deux échelles de dépression (Beck et Hamilton). Finalement, l'échantillon a été divisé aléatoirement un groupe recevant les conditions expérimentales et l'autre groupe recevant les conditions de contrôle.</p> <p>Il n'apparaît pas dans l'étude de moyen pour accroître la représentativité de l'échantillon. Cependant, étant donné qu'une seule institution a été sélectionnée pour avoir des traitements semblables, il semble compliqué d'agrandir l'échantillon. La méthode d'échantillonnage semble cohérente et permet la réalisation de l'étude et donc d'attendre les objectifs. L'échantillon reste petit pour une telle étude.</p> <p>La taille de l'échantillon dépend de la présélection de l'établissement et des critères d'inclusion et d'exclusion. Les auteurs n'évoquent pas une taille souhaitée pour leur échantillon. Statistiquement, ils expliquent cependant que la petite taille de l'échantillon est problématique.</p>
<p>Considérations éthiques</p>	<p>L'établissement a gardé sous silence les données démographiques et cliniques des patients, ce qui leur garantit le secret professionnel. De plus, les participants ont reçu une explication de l'étude et ont eu la possibilité de fournir un consentement éclairé.</p> <p>L'étude minimise les risques et maximise les bénéfices pour les participants. En effet, même si les auteurs n'abordent pas ce point, on ne connaît aucun effet secondaire à la musicothérapie. Il y a donc peu de risque pour les patients.</p>
<p>Devis de recherche</p>	<p>Le devis de recherche permet la réalisation de l'étude. La méthode choisie est mixte. Il y a une auto-évaluation et une hétéro-évaluation à partir de deux échelles (Beck et Hamilton). Il semble que cette méthode soit la plus adaptée pour mesurer la modification de symptômes dépressifs.</p> <p>Les trois questions de recherches trouvent effectivement une réponse par le biais de la méthode utilisée.</p> <p>Pour le respect des critères scientifiques, on peut dire qu'en utilisant des psychologues annexes les auteurs cherchent à rester neutres dans l'étude. De plus, les psychologues ne savent pas quels patients avaient suivis la musicothérapie. Pour l'applicabilité, remplir ses questionnaires reste simple dans la pratique. Pour le principe de véracité, comme il y a une auto et une hétéro évaluation, il pourrait être remis en doute. Cependant, l'utilisation des échelles comme outils appuierait la véracité de l'étude.</p> <p>Il n'y a aucune information qui explicite le temps passé sur le terrain dans cette étude. Vu que l'étude a abouti on peut considérer le temps comme suffisant.</p>
<p>Modes de collectes de données</p>	<p>Dans l'article, on retrouve une définition claire et détaillée des deux outils utilisés. Les deux échelles proviennent de la littérature. Il est expliqué qu'elles ont été adaptées aux besoins de l'étude. Il apparaît aussi les coefficients de validité et de fiabilité pour les deux échelles. Les échelles sont celles de Beck et de Hamilton. Elles permettent de mesurer le degré de dépression et se complètent en pratique, comme une correspond à une auto-évaluation et l'autre une hétéro-évaluation de la dépression.</p>

	<p>Ces deux outils sont tirés de la littérature. La procédure expérimentale est en cohérence avec les outils de mesures. Les questions de recherches sont très ciblées et permettent de répondre au but de l'étude.</p>
Conduite de la recherche	<p>La conduite de recherche est détaillée avec beaucoup de précision. Les données ont été collectées à partir des échelles de Beck et de Hamilton. Dans l'article, les sujets ont été divisés en deux groupes. Le premier a reçu le programme du centre (psychothérapie de groupe, individuelle, en famille et couple, groupe du matin, pharmacothérapie, activités récréatives, sociales, sportives, spécifiques et aide au travail social). Le second a participé à la musicothérapie d'improvisation. C'est l'intervention que les auteurs ont décidé de mettre en place. Le type de musicothérapie choisi venait d'une étude basée sur la musicothérapie artistique (en anglais « Artistic Music Therapy », MAR). La méthode de traitement a été administrée telle qu'elle avait été établie dans cette étude et de la même façon pour tous les participants du groupe d'intervention. Elle est longuement décrite dans l'article.</p> <p>Les séances peuvent soit commencer par une discussion libre ou une improvisation musicale. Dans le premier cas, c'est la discussion qui donnera le thème à l'improvisation musicale ou l'exploration d'autres méthodes artistiques. Dans le second cas, il y aura une réaction du groupe en réponse à l'improvisation. Elle peut être sous forme de discussion ou s'exprimer par un autre moyen artistique.</p> <p>Dans la continuité de ces séances, il existe la performance publique. C'est une création de spectacles à partir des improvisations. Les participants pourront alors choisir le public en conséquence.</p> <p>L'échelle de Hamilton a été remplie par des psychologues qui ne savaient pas quels patients étaient du groupe expérimental et quels patients étaient du groupe contrôle. Les auteurs de l'étude n'ont donc pas traité personnellement les patients. Le personnel est donc compétent et correctement introduit dans l'étude ce qui minimise le risque de biais.</p>
Analyse des données	<p>L'analyse des données s'est faite à partir de deux programmes. Le programme de statistiques sociales (SPSS) et le programme statistique pour l'analyse de la puissance et de taille de l'échantillon. Pour évaluer la différence entre les deux groupes de l'échantillon le Mann-Whitney U Test a été employé. Pour évaluer les différences entre les prétests et les post-tests c'est le Wilcoxon Signed Ranks Test qui a été choisi. Finalement, le Spearman-Rank Correltation a établi la corrélation entre les résultats de l'échelle de Beck et de Hamilton.</p> <p>Les auteurs craignaient que la taille de l'échantillon fausse les résultats de l'étude. Ils ont de ce fait réalisé le « Cohen's Effect Size » afin d'évaluer si la taille de l'échantillon était suffisante. Ils sont arrivés à la conclusion qu'il aurait fallu 72 participants pour y parvenir. L'étude n'en contenait que 24.</p> <p>Le résumé des résultats est accessible et compréhensible. Pour le compléter, il y a une série de tableaux qui sont bien réalisés.</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Pour la présentation des résultats, on retrouve dans l'article un texte narratif et des tableaux.</p> <p>Pour les tableaux, on en retrouve un qui compare les scores pré et post-test pour l'échelle de Beck. Il y a le même type de tableau pour l'échelle de Hamilton. Un autre tableau montre les écarts types et la moyenne des résultats pré et post-tests pour les deux échelles de dépression. Finalement, dans le dernier tableau on voit apparaître</p>

	<p>une comparaison des scores bruts des prétests et post-tests, là aussi pour les deux échelles.</p> <p>Pour le texte narratif, il fait directement le lien avec les tableaux.</p> <p>Il n'est pas précisé par qui l'évaluation des données s'est faite. On peut donc supposer que c'est par les auteurs eux-mêmes. Cependant, pour remplir les grilles d'évaluation, c'est un psychologue qui a utilisé l'échelle de Hamilton et c'est les participants qui ont utilisé l'échelle de Beck.</p> <p>Les résultats montrent que la musicothérapie améliore la dépression dans le cas de l'hétéro-évaluation du psychologue et qu'il n'y a pas d'amélioration d'après l'auto-évaluation. Les auteurs argumentent le résultat en expliquant que les deux échelles évaluent différemment la dépression et donc il est possible d'avoir une différence. De plus, l'échelle de Beck n'était pas assez précise pour certains points pour les auteurs. Par exemple, l'échelle de Beck n'évalue que la sous-alimentation, alors que celle d'Hamilton évalue une modification de l'alimentation. Ils n'exposent pas d'autre argument et ne donnent pas d'autre information. La discussion semble manquer de profondeur et de contenu.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les résultats sont interprétés en vue des questions de départ. La discussion qui en découle est courte dans l'article.</p> <p>Peu d'études existent sur le sujet et les auteurs ne font aucun lien avec ces dernières. Néanmoins, les résultats semblent aller dans le même sens. La musicothérapie peut aider dans le traitement de la dépression chez le toxicomane.</p> <p>L'interprétation et les conclusions concordent avec les résultats d'analyse. Les auteurs relèvent comme limites la taille de l'échantillon. Il ne regroupe que 24 patients. Finalement, le caractère transférable des données n'est pas abordé dans l'article.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Etant donné la taille de l'échantillon, l'étude ne permet pas de donner les conclusions très pertinentes pour la discipline. Ceci dit, l'étude montre qu'il y a une possibilité d'entrevoir des traitements comme la musicothérapie dans le cadre de la dépression associée à une toxicomanie. De ce fait, elle motive à la réalisation d'une nouvelle étude avec cette même question.</p> <p>La taille de l'échantillon reste un grand frein dans la richesse des résultats. Cependant, l'étude tient la route et les conclusions et recommandations restent adéquates.</p>

Article analysé

Santisteban, D. A., Mena, M. P., Muir, J., McCabe, B. E., Abalo, C., & Cummings, A. M. (2015). The Efficacy of Two Adolescent Substance Abuse Treatments and the Impact of Comorbid Depression : Results of a Small Randomized Controlled Trial. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 38(1), 55–64.

Psychiatric Rehabilitation Journal (2015) : IF = 5,28

Titre	<p>Le titre est « <i>l'efficacité de deux traitements contre la toxicomanie pour les adolescents et l'impact de la dépression comme comorbidité : résultats d'un petit essai contrôlé randomisé</i> ».</p> <p>On y retrouve donc bien la population, ici les adolescents atteints de toxicomanie et de dépression sans âge indiqué. Il manque dans le titre la notion de trouble de la personnalité état limite qui est une composante essentielle de la population. L'intervention est la comparaison entre deux traitements. On ne sait pas dans le titre de quels traitements il s'agit.</p>
Résumé	<p>Dans le résumé, on retrouve synthétisés l'objectif, la méthode, les résultats et la conclusion et les implications pour la pratique.</p> <p>Le but de l'étude est d'évaluer l'efficacité de deux traitements comportementaux axés sur les troubles la personnalité Borderline et la consommation de substances.</p> <p>La population regroupe quatorze adolescents de 14 à 17 ans venant du milieu carcéral dont le diagnostic de trouble Borderline et de troubles d'utilisation de substances avaient été posé avec le DSM-IV (le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4^{ème} édition).</p> <p>Les résultats montrent que les deux traitements produisaient un effet significatif sur les comportements état limite 12 mois après l'administration. La diminution de consommation de substance ne s'est vue pour sa part que chez les patients avec des symptômes dépressifs traités par l'intervention I-BAFT, en anglais « integrative borderline adolescent family therapy » (thérapie familiale intégrée pour les adolescents, axée sur le trouble de la personnalité Borderline).</p> <p>En conclusion, il faudrait coupler des traitements résidentiels et ambulatoires pour les adolescents avec des troubles psychiatriques du milieu carcéral. Concrètement, les résultats montrent le besoin de traitement intensif. Les traitements devraient aussi plus se focaliser sur les patients avec des symptômes graves et de dépression.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Le problème est présenté de façon circonscrite et claire. Il est pertinent actuellement. De nos jours, dans le système de justice pour mineurs, une grande partie des adolescents reçoivent un traitement psychiatrique ou pour une toxicomanie (Cocozza, Veysey, Chapin, Dembo, Walters, & Farina, 2005). Dans ce système, beaucoup des mineurs présentent des problèmes de santé mentale, qui sont souvent masqués par des comportements à problèmes et des activités illégales.</p> <p>Dans ce contexte, les traitements familiaux et multisystémiques ont montré leur efficacité (Henggeler & Sheidow, 2012). Cependant, il est nécessaire de réaliser des recherches pour mieux comprendre les défis du traitement des adolescents présentant des troubles psychiatriques ou de personnalités sévères et de consommation de drogues.</p> <p>Dans ce sens, le problème à l'étude est de comparer l'efficacité de deux traitements chez les adolescents atteints de troubles de la personnalité état limite, de dépression et de toxicomanie.</p>

Recension des écrits	<p>Une recension a été vraisemblablement entreprise. Elle présente d'abord la problématique du milieu carcéral (partie résumée dans le problème de recherche).</p> <p>De plus, ils évoquent les propos de Miller, Rathus, DuBose, Dexter-Mazza & Goldklang (2007) qui expliquent que de nombreuses études dans la littérature traitant des symptômes du trouble de la personnalité limite chez les adolescents. Ils ajoutent que pour Bernstein, les adolescents aillant des caractéristiques d'état limite ont 13 fois plus de chance d'être diagnostiqué avec ce trouble une fois devenus majeur.</p> <p>Ils reviennent aussi sur les symptômes de troubles de la personnalité état limite qui ressortent des études (fonctionnement social faible, mauvaise réussite scolaire professionnelle, etc.).</p> <p>La notion de dépression est également abordée. D'après Newton-Howes, Tyrer & Johnson (2006), elle influencerait négativement les résultats thérapeutiques. Pour Warden et al. (2012), les adolescents usant de médicaments et présentant une dépression consomment souvent des toxiques.</p> <p>Cette recension présente une bonne base des connaissances actuelle sur le sujet. Elle est synthétique et retrace les années 2000. On retrouve dans la recension des sources primaires.</p>
Cadre de recherche	<p>Dans l'introduction, les auteurs définissent la notion de trouble Borderline chez les adolescents en se référant aux différentes études. Il évoque aussi la dépression dans l'état actuel des recherches, mais sans définition concrète.</p> <p>Les auteurs expliquent également le concept de thérapie créé pour l'étude. Il regroupe la thérapie familiale (Minuchin & Fishman, 1981), et une thérapie comportementale dialectique (Linehan, 1993). Cette intervention permettrait de traiter les troubles Borderline et la toxicomanie simultanément.</p> <p>L'autre thérapie à l'étude est aussi décrite. Il s'agit de conseils individuels sur les drogues.</p>
Buts et question de recherche	<p>Les questions de recherche, la population, et les variables clés sont présentées adéquatement dans cette partie.</p> <p>On retrouve les pathologies des sujets. La population est présentée de façon plus approfondie dans le chapitre « méthode ».</p> <p>Le but de la recherche est concis. Il s'agit d'étudier l'efficacité de deux traitements comportementaux sur les adolescents atteints de troubles de la personnalité état limite et de toxicomanie. Le premier traitement comprenait un assemblage entre la thérapie familiale (Minuchin & Fishman, 1981), efficace dans le traitement de la toxicomanie et une thérapie comportementale dialectique (Linehan, 1993), efficace pour les troubles de la personnalité état limite. La thérapie créée se nomme I-BAFT (thérapie familiale intégrée pour les adolescents, axée sur le trouble de la personnalité Borderline). L'autre traitement était des conseils individuels sur les drogues ; IDC, Individual drug Counseling (Mercer & Woody, 1999). Ce deuxième traitement serait aussi connu pour résoudre la dépression et d'autres émotions. Il se base sur une philosophie en 12 étapes.</p> <p>L'étude pose quatre objectifs principaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Etudier le profil clinique et d'utilisation de substances des sujets. • Etudier l'alliance thérapeutique et les séances reçues (faisabilité et acceptabilité des traitements dans l'échantillon). • Evaluer si I-BAFT était plus efficace que l'IDC (Mercer & Woody, 1999).

	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluer la quantité de traitement en résidence (hôpital) intensive et d'urgence. De plus, pour chaque question, l'effet de la dépression a été évalué. <p>Ces quatre questions reflètent la recension des écrits et en découlent logiquement. Il n'y a néanmoins aucune notion de croyances, valeurs et perceptions des participants.</p> <p>Les variables des questions de recherche découlent du cadre de recherche. La dépression par exemple, semblait avoir un impact sur les traitements chez les adolescents, elle apparaît donc dans les questions de recherche.</p>
METHODE	
Population et échantillon	<p>La définition de la population est très précise. Elle regroupe 14 adolescents de 14 à 17 ans présentant une toxicomanie et un trouble de la personnalité état limite d'après le DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994). Le diagnostic de toxicomanie s'est fait sur la base des douze derniers mois sans prendre en compte une non-consommation les trente derniers jours. 38% de la population présente en plus une dépression. Tous les adolescents ont eu des démêlés avec la justice.</p> <p>Le recrutement des participants est approprié. Il s'est fait dans un centre universitaire du sud de la Floride. C'est également là que les patients et les familles ont reçu les traitements.</p> <p>La taille de l'échantillon est justifiée. Un échantillon entre 15 et 30 personnes permet de faire des tests précoces pour de nouveaux traitements (Rounsaville, Carroll, & Onken, 2001). Les auteurs n'ont donc pas prévu de méthode pour l'accroître.</p>
Considérations éthiques	<p>Tous les participants ainsi que leur famille ont donné leur consentement éclairé et écrit.</p> <p>De plus, le programme de recherche était basé sur le volontariat. Les participants pouvaient donc refuser d'y participer, mais recevoir quand même le traitement.</p> <p>Les notions de maximisation et de minimisation des risques pour les participants ne sont évoquées.</p>
Devis de recherche	<p>Le devis permet effectivement à l'étude d'atteindre son but. La méthode utilisée est mixte. Les outils de collectes sont directement en lien avec la méthode de recherche.</p> <p>Toutes les questions trouvent une réponse dans l'étude. Elles sont examinées distinctement et mises en lien.</p> <p>Les critères de véracité, de consistance et d'applicabilité sont respectés. Pour la véracité, "l'impact factor" du journal est d'environ 5 ce qui pourrait appuyer ce critère. Pour le critère de neutralité, on peut considérer qu'il est également respecté, car les thérapeutes ont été formés.</p> <p>Les auteurs n'évoquent pas le temps passé sur le terrain. Néanmoins, on peut le considérer suffisant étant donné que toutes les thérapies ont été dispensées.</p>
Modes de collectes de données	<p>Il y a d'abord eu une évaluation d'admission pour les familles et adolescents. Puis les sujets ont été divisés entre les deux interventions (I-BAFT ou IDC). La randomisation s'est aussi faite en fonction du sexe, de la rare, de l'origine ethnique et de la gravité de la consommation de toxique durant les trente derniers jours.</p> <p>Les données ont été collectées en quatre étapes. Au début de l'étude puis à quatre, huit et douze mois.</p> <p>Pour les mesures, plusieurs outils et méthodes ont été utilisés. Chaque outil est décrit en fonction de la variable qu'il mesure. Pour diagnostiquer le trouble de personnalité</p>

	<p>Borderline à l'aide de l'Entrevue diagnostique revisitée pour les Borderline (Kolb & Gunderson, 1980). L'alliance thérapeutique a été mesurée à l'aide de l'Inventaire de travail sur l'alliance (Horvath & Greenberg, 1989). Le nombre de sessions de traitement ambulatoire planifiées et reçues a été comptabilisé suivant le type de séances et suivant l'intervention. L'évaluation des comportements Borderline s'est faite à partir de l'échelle de personnalité Borderline de l'Inventaire Clinique de Millon pour les adolescents. La dépression a été mesurée par l'Echelle prédictive du programme d'entrevue diagnostique (DPS ; Lucas et al. 2001). L'utilisation de substance est calculée avec un suivi chronologique (Timeline Followback, TLFB ; Sobell et al. 2003). En plus du calendrier chronologique, des tests d'urines ont été prélevés pour évaluer les consommations de drogues jusqu'à deux fois par semaine.</p> <p>Finalement, les auteurs ont aussi quantifié les jours de traitements résidentiels (hospitalisations pour problèmes psychiatriques ou abus de toxiques) pendant le traitement et pendant les phases de suivi.</p> <p>Les variables mesurées reflètent les questions à la base de la recherche. Tous les outils de mesures ont été importés de la littérature. Ils sont tout à fait justifiés en vue de leur utilisation.</p>
Conduite de la recherche	<p>Il y a une explication sur la méthode d'application des deux thérapies.</p> <p>La thérapie I-BAFT a été dispensée de trois manières. Une thérapie familiale hebdomadaire, une thérapie individuelle et de renforcement des compétences deux fois par semaine, pendant sept mois.</p> <p>IDC a été administré pour sa part sous la forme de deux sessions individuelles hebdomadaires, pendant 7 mois. A cela, s'ajoutait une réunion familiale mensuelle.</p> <p>Du personnel compétent a effectivement été formé pour l'occasion dans le but de minimiser les biais. Dans les deux cas, les thérapeutes ont été formés par un concepteur de chaque thérapie. Les huit thérapeutes possédaient un master et un doctorat dans le domaine de traitements des adolescents toxicomanes. Les thérapeutes ont été par ailleurs suivis par un superviseur durant l'étude et ils avaient des rencontres chaque semaine avec les autres thérapeutes.</p> <p>Les deux variables indépendantes sont ici les deux thérapies. Elles sont décrites très clairement dans l'article.</p>
Analyse des données	<p>Les méthodes d'analyse sont décrites. On les retrouve la partie « mode de collecte des données ».</p> <p>A cause des hospitalisations des participants, il y avait des données manquantes dans l'étude qui auraient pu influencer les résultats. Pour combler ce manque, les auteurs ont utilisé une imputation multiple pour reprendre les variables manquantes.</p> <p>Les résultats apparaissent dans la partie résultat. Il n'y a pas de résumé dans la partie méthode.</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont clairement décrits. Ils sont présentés sous forme de tableaux, figures et texte. Le texte présente directement les figures et tableaux en lien. Ce sont les auteurs qui ont analysé les résultats. L'ensemble des résultats donne une bonne idée du phénomène.</p> <p>L'alliance thérapeutique était fortement perçue par les adolescents et les thérapeutes pour les deux interventions. Il n'y avait pas de différence dans l'alliance entre les adolescents présentant une dépression et les autres.</p>

	<p>Pour le nombre de séances reçues, elles étaient équivalentes en nombre pour les deux groupes, mais respectaient la méthodologie de chaque thérapie. Les étudiants ayant reçu l'IDC (conseils individuels sur les drogues) avaient, par exemple, eu plus de sessions individuelles.</p> <p>La dépression n'a pas eu d'interaction significative avec les thérapies. Néanmoins, dans la thérapie IDC, les adolescents avec une dépression ont suivi significativement moins de séances que les autres.</p> <p>L'analyse d'impact des traitements sur le trouble Borderline a montré une amélioration pour 62% des adolescents en IDC et une amélioration pour 76% des adolescents dans I-BAFT. Cependant, dans l'I-BAFT les adolescents avaient plus de chance de vivre une amélioration.</p> <p>Pour l'analyse de l'impact de la consommation de substances en fonction de la thérapie, on montre que 23% des jeunes en IDC et 38% des jeunes dans l'I-BAFT ont vécu une amélioration. L'amélioration a été analysée comme significative uniquement chez les adolescents avec une dépression participant à l'I-BAFT.</p> <p>Pour l'impact de la dépression, il ressort une différence d'utilisation de toxiques entre les adolescents déprimés et les autres.</p> <p>L'étude n'a pas induit de jours en résidences (hôpital). Un quart des adolescents avaient été hospitalisés l'année précédente. Mais on constate que les adolescents dépressifs sont plus hospitalisés. Dans l'IDC, la différence entre les deux groupes d'adolescents est importante.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Dans cette partie on retrouve un résumé des résultats.</p> <p>Le résumé présente le fait qu'il n'y a pas de différences significatives entre les sujets avec et sans dépression. Cependant, la dépression est en lien avec des symptômes associés plus graves. Elle a également un impact sur les traitements hospitalisés d'urgence et interagit avec les conditions de traitements.</p> <p>Pour la faisabilité et l'acceptabilité, elle dépend de la notion d'alliance thérapeutique. Il n'y avait pas de différence entre les groupes.</p> <p>D'après les auteurs de l'étude, les hospitalisations existaient déjà avant l'étude donc elle n'en est pas responsable. Ce fait souligne un besoin de traitement complexe pour les adolescents.</p> <p>Les patients dépressifs ayant assisté à IDC ont fait moins de séances. La cause pour les auteurs est que la thérapie en douze étapes (IDC) est basée sur la consommation de substance et ne prend pas assez en compte la dépression.</p> <p>A l'inverse, I-BAFT prenait peut-être plus en compte ce symptôme. De plus, ce traitement semble apporter un effet également sur les familles.</p> <p>La consommation de substance a diminué dans un seul des sous-groupes. Ce dernier regroupait les adolescents dépressifs ayant reçu la thérapie I-BAFT. Les mêmes résultats ont été observés par Henderson, Dakof, Greenbaum, & Liddle (2010). Ce résultat montre l'efficacité de la thérapie familiale.</p> <p>Ce que montre aussi ce résultat c'est que l'I-BAFT n'est pas particulièrement efficace chez les patients non-dépressifs. Les consommations de drogues se sont aggravées durant l'étude.</p>

	<p>La thérapie IDC a eu un effet sur le trouble de la personnalité état limite, mais aucun effet sur la consommation de substance. On peut en conclure qu'il peut y avoir une modification des troubles psychiatriques même sans changement dans la toxicomanie.</p> <p>Il y a eu peu d'études antérieures sur le sujet d'après les auteurs. Néanmoins, dans leur analyse des résultats, ils évoquent certaines autres études. Les interprétations des résultats sont bien conformes aux résultats eux-mêmes. Les conclusions découlent bien des résultats. Le caractère transférable des conclusions n'apparaît pas dans l'article.</p> <p>Les auteurs présentent plusieurs limites à leur étude. Même s'ils considéraient la taille de l'échantillon comme suffisante, cette dernière a limité la puissance statistique des résultats. Par exemple, les différents dosages des traitements résiduels n'ont pas pu être analysés.</p> <p>De plus, la collecte des données a été compliquée à cause du niveau élevé d'utilisation de toxiques et des symptômes psychiatriques, ce qui a conduit à de nombreux épisodes de soins résidentiels.</p> <p>On peut ajouter à cela les données manquantes qui ont été partiellement comblées grâce à des estimations.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Pour les recherches futures, la question de causalité entre les symptômes (dépression, consommation de substances et trouble de la personnalité état limite) devrait être étudiée.</p> <p>Il apparaît également dans l'étude que les patients avec des troubles sévères ont besoin de soins hospitaliers et ambulatoires. De ce fait, il serait important d'établir une collaboration entre les deux milieux. Les autres évoquent aussi l'idée d'appliquer I-BAFT directement à l'hôpital.</p> <p>Les auteurs considèrent également utile d'offrir un soutien aux thérapeutes.</p> <p>Pour la suite, les auteurs considèrent la thérapie holistique et basée sur la famille comme particulièrement adaptée pour les jeunes avec des symptômes complexes et interreliés. Elle agirait sur la dépression et la consommation de toxiques.</p> <p>Dans l'étude la toxicomanie était évaluée de plusieurs façons (examen d'urine, auto-évaluation), mais le trouble borderline que d'une seule façon. Il serait donc utile dans les prochaines études d'analyser ce trouble de plusieurs façons.</p> <p>Finalement, les auteurs considèrent leur travail comme une bonne base pour les études futures.</p> <p>Les données sont riches et elles appuient effectivement bien les conclusions. L'analyse faite par les auteurs est très complète.</p>

Article analysé

Diamond, G., Panichelli-Mindel, S. M., Shera, D., Dennis, M., Tims, F., & Ungemack, J. (2006). Psychiatric Syndromes in Adolescents with Marijuana Abuse and Dependency in Outpatient Treatment. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 15(4), 37–54. https://doi.org/10.1300/J029v15n04_02

Journal of Child & Adolescent Substance Abuse: IF = 0,38

Titre	<p>On retrouve dans le titre la population d'étude qui est ici les adolescents. Pour les concepts clés, ils sont présents dans le titre comme une consommation abusive de marijuana, des syndromes psychiatriques et des traitements ambulatoires. Pour les syndromes psychiatriques, ils ne sont pas précisément définis dans le titre. Cependant, tout reste présent.</p> <p>Le titre est « <i>les syndromes psychiatriques chez les adolescents avec un abus de consommation ou une dépendance à la marijuana en traitement ambulatoire</i> »</p>
Résumé	<p>Le résumé comprend les objectifs, les méthodes, les résultats et les conclusions de l'étude de façon distincte et synthétique.</p> <p>L'objectif est ici d'évaluer la prévalence et les liens cliniques de troubles psychiatriques chez les adolescents qui reçoivent des soins ambulatoires pour abus ou dépendance à la marijuana.</p> <p>L'étude est un essai clinique randomisé sur 600 adolescents et leurs parents. Dans la méthode, les auteurs ont utilisé les critères du DSM-IV (le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4^{ème} édition) pour diagnostiquer les troubles d'utilisation de substances et pour mesurer les cinq syndromes associés (trouble de la conduite, trouble de l'attention avec une composante d'hyperactivité, dépression majeure, stress traumatique, anxiété généralisée).</p> <p>La conclusion explique qu'il faudrait en vue des résultats coupler les traitements de santé mentale et de toxicomanie pour une meilleure qualité des soins.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Le phénomène est formulé simplement. Les points clés sont énoncés. D'après les auteurs, il y aurait de plus en plus de preuves montrant un lien entre des problèmes de toxicomanie et de santé mentale. A l'heure actuelle, peu d'études ont étudié ce phénomène. Cela particulièrement dans les services de soins ambulatoires, qui traitent les patients pour une consommation abusive de marijuana. Dans ce sens, les auteurs souhaitent voir le pourcentage d'adolescents traités en ambulatoire qui présentent un ou plusieurs des cinq syndromes psychiatriques qu'ils ont sélectionnés.</p> <p>Troubles d'externalisation :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Trouble de la conduite 2. Trouble de l'attention avec une composante d'hyperactivité 3. Dépression majeure <p>Troubles d'internalisation :</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Anxiété généralisée 5. Stress traumatique <p>La pertinence de l'étude semble avérée. Effectivement, au vu du nombre restreint d'études sur des traitements ambulatoires et de l'apparition d'un lien entre la santé mentale et le problème de toxicomanie, il semble important d'approfondir les études. Ceci permettrait peut-être d'établir des traitements plus adéquats et efficaces.</p>
Recension des écrits	<p>Une recension des écrits apparaît dans l'introduction. Elle regroupe de manière synthétique les résultats des études qui ont été menées à ce sujet. Elle montre la</p>

	<p>proportion des différents troubles psychiatriques chez des adolescents toxicomanes de chaque étude.</p> <p>Grella, Hser, Joshi & Rounds-Bryant (2001), par exemple, évoquent sur 826 adolescents 84% avaient des troubles associés à la toxicomanie dans leur étude.</p> <p>Dans l'étude de Wasserman, McReynolds, Lucas, Fisher, & Santos (2001), 56% des adolescents présentent un trouble associé à leur toxicomanie.</p> <p>Pour clôturer les exemples, Randall, Henggeler, Pickrel, & Brondido (1999) arrivent à la conclusion que sur 118 adolescents 71% souffraient d'un trouble mental en plus de la toxicomanie.</p> <p>Toutes ses études ont des résultats cohérents et concordants.</p> <p>La recension de l'article fait également ressortir les éléments qui n'ont pas encore pu être étudiés pour appuyer l'utilité de leur étude. Ils citent par exemple le report du Congrès (DHHS, 2002) qui présente peu de données sur les mineurs. Ils évoquent également que dans la plupart des études les groupes n'étaient pas suffisamment grands pour approfondir les analyses dans des sous-groupes (sexe, origines ethniques, etc.) ou sur les caractéristiques cliniques associées (fonctionnement familial, antécédent de victimisation, etc.).</p> <p>Il semble que peu d'études aient été réalisées en lien avec le sujet qui nous intéresse ici. Cependant, la recension comprend des sources récentes (par exemple, 2002) et des sources plus anciennes (par exemple, 1983). Les sources anciennes n'ont plus forcément une grande légitimité, mais elles montrent que le problème est plus ancien qu'il n'y paraît. La recension semble donner une bonne vue d'ensemble de la question.</p> <p>Les sources présentées sont des sources primaires, on le voit par exemple dans l'article réalisé par Achenbach et Edelbrock (1983).</p>
Cadre de recherche	<p>Le cadre conceptuel et les concepts clés ne sont pas définis dans l'introduction. Les auteurs abordent cependant le terme de syndrome et le définissent brièvement. Il manquerait peut-être une définition pour la toxicomanie et les cinq syndromes sélectionnés par les auteurs.</p> <p>On peut supposer que les concepts clés même s'ils ne sont pas définis s'inscrivent dans un cadre de référence. Cependant, ce dernier n'est pas non plus présenté dans l'article.</p>
Buts et question de recherche	<p>Le but de l'étude apparaît dans l'introduction de manière synthétique et cohérente. Le but est de mesurer le taux de syndromes psychiatriques présent chez les adolescents suivant un traitement ambulatoire pour une consommation abusive de Marijuana.</p> <p>Dans l'introduction, il n'y a pas une réelle question de recherche qui est formulée. Elle est cependant sous-entendue, tout comme la population d'étude et les variables clés. Effectivement, les auteurs voudraient pouvoir améliorer les traitements ambulatoires en déterminant les taux de troubles psychiatriques. Et comme ils le suggèrent, la population serait les adolescents.</p> <p>La question de recherche, qui est sous-entendue, reflète et découle logiquement de la recension des écrits. Le but qu'elle sous-tend correspond au but de la recherche. Le but étant de voir la nécessité de modifier la prise en charge des patients qui ne présentent pas uniquement un problème de toxicomanie, mais également un autre trouble. C'est la vision d'une prise en charge plus globale.</p> <p>Dans l'étude les croyances et valeurs des patients ne sont pas évoquées.</p>

METHODE	
Population échantillon et	<p>La population est définie clairement et précisément comme des adolescents de 12 à 18 ans, présentant un diagnostic de dépendance ou d'abus au cannabis, ayant consommé durant les 90 derniers jours, pouvant recevoir des traitements ambulatoires ou ambulatoires intensifs d'après l'outil ASAM et étant prête à participer à l'étude.</p> <p>Le recrutement s'est fait dans deux sites de soins ambulatoires (en Floride et en Illinois), et dans deux sites créés en école de médecine (à Philadelphie et au Connecticut). Ces sites semblent être tout à fait adéquats pour le recrutement des participants.</p> <p>Il n'y a aucun moyen qui a été envisagé pour accroître la représentativité de l'échantillon. Cependant, comme l'étude comprend 600 personnes, on peut supposer que c'est déjà bien suffisant pour avoir des résultats probants. De plus, les auteurs de l'article expliquent, dans la partie de recension des écrits, que souvent les autres études avaient des échantillons trop faibles. C'était un frein pour l'analyse des sous-groupes (sexe, ethnie, etc.). De ce fait, on se rend compte dans l'étude que les auteurs ont cherché à obtenir un échantillon de taille suffisante pour pouvoir analyser les résultats plus finement. Celui-ci répond donc aux besoins de l'étude.</p> <p>Les auteurs ont établi leur échantillon en fonction des adolescents qui répondaient aux critères de sélection. Il n'est pas précisé dans l'article s'il y avait des critères particuliers concernant la taille souhaitée à la base de la recherche.</p>
Considérations éthiques	<p>Le consentement éclairé des adolescents et du proche parent qui les accompagnait a été obtenu, avant le début de l'étude. C'est un moyen de sauvegarder les droits des participants.</p> <p>Concernant les risques pour les participants, rien n'apparaît dans l'article. On peut en vue de l'étude supposer qu'elle était sans risque.</p>
Devis de recherche	<p>Le devis de recherche permet effectivement à l'étude d'atteindre son but et de répondre à la question de recherche. La méthode de recherche est ici mixte. Les outils utilisés concordent également avec la méthode de recherche.</p> <p>En utilisant à la fois un test d'urine, et une entrevue, les auteurs de l'étude s'assurent de l'exactitude de l'étude. Pour conserver la neutralité, les auteurs de la recherche ont veillé à ce que tout le personnel de recherche initiale et les intervieweurs soient formés par le Centre de coordination. On peut donc considérer ce critère comme respecté. L'étude a pu être réalisée comme il était souhaité donc elle est bien applicable. Et elle est consistante du fait de la taille de l'échantillon.</p> <p>L'ensemble des questions que se posent les auteurs trouve une réponse grâce au devis et à la méthode utilisés. Ils sont donc adaptés à l'étude. La méthode d'analyse est la suivante. Les participants ont passé un entretien de 90 minutes avec intervieweur formé au préalable par le Centre de coordination. Ils ont également dû subir un test d'urine. Le parent présent avec l'adolescent a également suivi une batterie de tests sur leur perception des comportements et des symptômes de l'adolescent.</p> <p>Dans la recherche, il n'est pas précisé le temps passé sur le terrain. Néanmoins, en vue de la taille de l'échantillon et en imaginant que chaque test a duré au moins 90 minutes, on peut considérer que le temps était largement suffisant.</p>
Modes de collectes de données	<p>Pour mesurer les résultats, l'échelle GAIN (en anglais, Global Appraisal of Individual Needs, évaluation globale des besoins individuels ; Dennis, 1999) est utilisée. Elle comporte huit sections (l'histoire du patient, la consommation de substances, la santé physique, les comportements à risque, la santé mentale, l'environnement, l'histoire</p>

	<p>juridique et la profession). Les sections sont déterminées en fonction de l'ASAM (American Society of Addiction Medicine), du DSM-IV et de données publiques. Pour la section de santé mentale de l'échelle GAIN (1999), il y a cinq items : les troubles de la conduite, les troubles de l'attention, la dépression, l'anxiété et le stress traumatique. La durée du test était déterminée à 56 minutes. En vue des items présents dans l'échelle, on peut considérer qu'elle permet la bonne conduite de l'étude. L'échelle a été importée de la littérature.</p> <p>L'outil utilisé reste cohérent avec la procédure expérimentale. Effectivement, les chercheurs veulent diagnostiquer formellement chez les sujets les syndromes psychiatriques qu'ils avaient présélectionnés. Dans ce sens, l'échelle GAIN permet de faire ces diagnostics.</p>
<p>Conduite de la recherche</p>	<p>Pour la récolte de données, ce sont les intervieweurs formés qui ont fait passer les tests décrits dans la rubrique « modes de collecte de données » aux participants et à leurs parents. Le recueil minimisait les biais, car le personnel qui faisait passer les tests était formé. Chaque intervieweur avec été formé par le Centre de coordination avec d'être évalué et d'avoir une validation de ses compétences.</p> <p>Aucune variable indépendante n'apparaît dans la recherche. Tous les sujets ont passé le même test pour diagnostiquer les pathologies en lien avec leur consommation de cannabis.</p>
<p>Analyse des données</p>	<p>A partir de l'échelle GAIN, les auteurs se sont centrés plus sur certains points. Ils ont évalué les syndromes psychiatriques. La pathologie était présente si un minimum de trois symptômes étaient diagnostiqués. Par exemple, pour le trouble de la conduite trois des symptômes du DSM-IV (1994) devaient être présent et au moins un d'entre eux devant avoir eu lieu dans les 90 derniers jours.</p> <p>Pour l'ensemble des critères évalués, les auteurs ont créé un score unique entre l'échelle remplie par les parents et celle remplie par les enfants.</p> <p>La gravité et le diagnostic de l'utilisation de marijuana ont été posés grâce à l'indice du problème (The Problem Index (SPI)). Ce dernier permet de poser un diagnostic formel d'abus ou de dépendance à la marijuana conformément au DSM-IV (1994).</p> <p>L'indice général de victimisation (General Victimization Index (GVI)) a pour sa part permis d'évaluer le degré d'expériences de victimisation physique, émotionnelle et sexuelle rencontré par les participants.</p> <p>Le fonctionnement familial a été évalué quant à lui grâce aux échelles de conflit et cohésion de l'échelle de l'environnement familial (Family Environment Scale (Moos, 1974)) en association avec l'indice de risque de vie (Living Risk Index (LRI)).</p> <p>Finalement, l'implication criminelle est le dernier élément mesuré. La mesure s'est faite avec l'indice de risques sociaux (General Crime Index (GCI)). Les auteurs ont aussi appliqué l'indice de risques sociaux (SRI) et l'indice de problème (Simpson & McBride, 1992) pour préciser les résultats de cette rubrique.</p> <p>Les facteurs qui sont susceptibles d'influencer les résultats pris en compte dans l'étude sont le sexe (fille, garçon), la différence de consommation (abus ou dépendance) et l'appartenance ethnique (caucasienne ou afro-américaine). Les auteurs ont cherché à savoir si ces facteurs avaient une influence significative sur les résultats.</p> <p>Dans le résumé des résultats, on retrouve tous les éléments de l'analyse. Les résultats restent complexes du point de vue statistique même s'ils sont clairement explicités. Les thèmes pour les définir ont été correctement choisis.</p>

RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Dans l'article, les résultats sont présentés sous forme d'un texte narratif. On retrouve également deux tableaux qui les représentent. Le premier concerne la fréquence des syndromes psychiatriques en fonction du genre, de la race et du type d'usage de drogue. Le second montre le lien entre les variables (victimisation, implication criminelle, etc.) et les types de syndromes (syndromes d'externalisation et d'internalisation). Les deux tableaux sont pertinents et permettent de synthétiser les résultats.</p> <p>L'analyse des données consistait en le calcul du pourcentage d'adolescents répondant aux critères d'un niveau aigu de chacun des cinq syndromes. A partir des rapports combinés parents-enfants, il y a eu une réalisation d'une analyse du Chi-carré, d'un test MANOVA et d'un test post-hoc de Duncan. On ne sait pas qui a réalisé ces analyses dans l'étude.</p> <p>Les résultats suggèrent que 72% de l'échantillon présenteraient des symptômes de deux ou plus des cinq syndromes. Ces résultats restent semblables aux autres études sur le sujet. Les adolescents avec un diagnostic de dépendance et les filles montrent une plus grande sévérité de détresse mentale. Mais pour les types de syndromes (externalisation ou internalisation) les résultats des études varient que pour les filles.</p> <p>Vis-à-vis des groupes éthiques, aucune différence significative n'apparaît. Néanmoins, d'autres études exposent des résultats différences sur ce dernier point.</p> <p>Finalement, il a été constaté que les adolescents avec des syndromes externalisation et d'internalisation présentaient plus de problèmes avec l'utilisation de substances, la criminalité et l'expérience de traumatismes dans le milieu familial.</p> <p>Les résultats suggèrent que le traitement ambulatoire de l'usage abusif de marijuana devrait être couplé avec le traitement des troubles psychiques associés.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>On constate dans les résultats qu'ils sont discutés en regard des études antérieures menées sur le sujet. Lorsque les résultats divergent, les auteurs s'accordent à dire qu'il faudrait approfondir les recherches. L'interprétation et les conclusions se rapportent aux résultats, y correspondant entièrement.</p> <p>Les limites sont identifiées. Une d'entre-elles pour les auteurs est le manque de critères d'exclusion. Effectivement, ces derniers considèrent que l'usage de poly drogues, la dépression sévère et la pratique de crimes auraient dû faire partie des critères d'exclusion. Ils considèrent aussi comme limite l'absence d'une entrevue qui aurait permis d'établir un diagnostic formel. Finalement, la généralisation des résultats est une limite, même s'il y a eu des sources multiples (parents et enfants).</p> <p>On peut dire que les conclusions découlent logiquement des résultats.</p> <p>En vue des résultats, les auteurs évoquent un problème sociétal dans leur interprétation. Ils expliquent que les consommations de substances sont souvent associées à des troubles mentaux, mais ils restent séparés lors de leur traitement ce qui est complètement incohérent.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Les conséquences des résultats ne sont pas présentées dans l'article. Malgré cela, il est clairement mentionné qu'il serait nécessaire d'associer les traitements des troubles mentaux aux traitements de consommation de substances.</p>

	Dans les études futures, les auteurs proposent d'approfondir les résultats qui ne correspondaient pas aux études antérieures (par exemple, l'influence des groupes ethniques ou du genre).
--	--

Article analysé

Hellem, T. L., Sung, Y.-H., Shi, X.-F., Pett, M. A., Latendresse, G., Morgan, J., Huber, R. S., Kuykendall, D., Lundberg, K. J., & Renshaw, P. F. (2015). Creatine as a Novel Treatment for Depression in Females Using Methamphetamine: A Pilot Study. *Journal of Dual Diagnosis, 11*(3-4), 189-202.
doi :10.1080/15504263.2015.1100471

Journal of Dual Diagnosis (2015): IF = 0,84

Titre	<p>Le titre de la recherche contient la population (les femmes), le traitement (la créatine), ainsi que la dépression et méthamphétamine comme mots-clés utilisés pour cette recherche. Dans cette étude, la créatine est utilisée comme un nouveau traitement chez les femmes avec une comorbidité de dépression et une consommation de méthamphétamine.</p> <p>Dans les mots-clés la comorbidité, la cooccurrence, la santé chez les femmes, abus de substances, la dépendance et la neuroimagerie sont aussi utilisées.</p> <p>Le titre de l'étude est « <i>créatine comme un nouveau traitement pour la dépression chez les femmes consommant la méthamphétamine : une étude pilote</i> ».</p>
Résumé	<p>Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche.</p> <p>Objectif de l'étude : l'apparition de la dépression est plus fréquente chez les femmes que chez les hommes consommant de la méthamphétamine. Cependant il n'y a pas eu d'investigation au niveau des traitements (spécifiques au genre) pour cette comorbidité. Une diminution plus importante de la phosphocréatine au niveau du cerveau a été démontrée chez les femmes utilisant de la méthamphétamine comparée aux hommes. Des études ont démontré une association entre la dépression, la résistance aux traitements et les concentrations cérébrales réduits de la phosphocréatine.</p> <p>Le but de cette étude est d'investiguer la créatine monohydrate comme un traitement pour la dépression chez les consommatrices de méthamphétamine.</p> <p>Méthode : quatorze femmes souffrant d'une comorbidité de la dépression et dépendance à la méthamphétamine ont été inscrits dans une étude de huit semaines avec un traitement de 5g/j de monohydrate de créatine. De ces quatorze participantes, onze ont terminé l'étude.</p> <p>Résultats : Les résultats démontrent une augmentation du taux de phosphocréatine avec le traitement par la créatine. Une diminution de la consommation de méthamphétamine a aussi été relevée après six semaines d'essai.</p> <p>Conclusion : l'étude suggère qu'un traitement par créatine peut être promoteur chez les femmes atteintes d'une dépression et d'une dépendance à méthamphétamine.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Le problème à l'étude est clairement formulé dans l'introduction.</p> <p>Il y a souvent un lien entre l'abus de méthamphétamine et la dépression. Dans plusieurs recherches, plus de 35% des usagers de méthamphétamine ont une dépression. Dans la population générale, les femmes sont plus à risque de développer d'une dépression que les hommes, mais cette différence est plus remarquable chez les usagers de méthamphétamine. Les auteurs s'appuient sur les résultats du Centers for Disease Control and Prevention (CDC) qui démontrent que 4% des femmes par rapport</p>

	<p>à 2.7% des hommes présentent des critères de dépression, alors que chez les usagers de méthamphétamine, un taux de 70% des femmes et 30% des hommes a été noté.</p> <p>La relation entre l'utilisation de la méthamphétamine et la présence de troubles dépressifs est probablement bidirectionnelle. Ce qui veut dire une utilisation de la méthamphétamine qui peut provoquer des changements d'humeur ainsi que l'utilisation de cette substance même comme automédication afin de réduire les symptômes de la dépression. Les auteurs, en se basant sur d'autres études, expliquent que dans des accidents vasculaires cérébraux la neurotoxicité apparaît en conséquence de l'exposition à la méthamphétamine, ainsi que la réduction du taux de dopamine et de sérotonine avec l'usage de méthamphétamine. De ce fait, une augmentation du risque de trouble neuropsychiatrique incluant la dépression est prouvée. D'une autre part, il y a l'hypothèse que les individus utilisent souvent les drogues comme automédication pour atténuer les symptômes d'une maladie mentale. Il faut supposer que le choix des substances chez ces personnes dépend des symptômes de leur maladie mentale. Par exemple, les personnes souffrant d'un trouble dépressif utilisent la méthamphétamine pour soulager les symptômes (perturbation de sommeil et de la concentration, la fatigue, gain ou perte de poids). Néanmoins, cette utilisation diminue l'efficacité des antidépresseurs et aggrave le pronostic. De plus, les symptômes dépressifs autodéclarés semblent persister jusqu'à douze mois après l'arrêt de l'utilisation de la méthamphétamine.</p> <p>Il n'existe pas un traitement pharmacologique clair pour traiter un trouble dépressif associé à une consommation de méthamphétamine. Il existe peu de données sur l'option de traitement pour la dépendance à la méthamphétamine. Les recherches démontrent que l'utilisation d'un antidépresseur comme choix de traitement contre la dépendance à la méthamphétamine n'est pas adéquate. Les auteurs présentent un essai contrôlé randomisé sur 120 adultes dépendants à la méthamphétamine traités avec 100 mg de sertraline pendant douze semaines. Les résultats ne montrent pas de modification de l'utilisation de méthamphétamine autodéclarée. De plus, les tests d'urine ont démontré un taux plus élevé de méthamphétamine par rapport au groupe placebo.</p>
Recension des écrits	<p>Une recension des écrits a été entreprise pour cette étude. Les auteurs se sont basés sur d'autres études pour expliquer les changements que cause la méthamphétamine, ainsi que la dépression sur les neurotransmetteurs et le métabolisme du cerveau. Par exemple, dans une étude menée chez quinze anciens toxicomanes en comparaison de participants sains, le métabolisme cérébral a été noté inférieur dans le thalamus et le striatum est plus élevé dans le cortex pariétal.</p> <p>Concernant les effets de la créatine, les auteurs expliquent qu'en raison de son rôle essentiel dans le métabolisme bioénergétique, la créatine s'est avérée prometteuse dans le traitement de certains troubles. Par exemple, la créatine a été signalée comme étant neuro protectrice dans les troubles neurodégénératifs tels que la maladie de Huntington. Des recherches sur des rats ont montré que lorsque des rats mâles et femelles recevaient de la créatine dans leur alimentation, les comportements du type dépressif s'améliorent chez les femelles alors que s'aggravent chez les mâles. L'utilisation de la créatine orale a aussi été associée à une réduction des symptômes chez les adolescents et les adultes.</p> <p>Les auteurs expliquent le rôle de la créatine dans le corps et surtout dans le cerveau via la réaction créatine kinase. La créatine facilite la production d'adénosine triphosphate, la principale source d'énergie du système nerveux.</p> <p>La recension fournit aussi des explications sur les connaissances actuelles à propos du lien entre la créatine, la consommation de la méthamphétamine et la dépression.</p>

	La recension semble présenter des bases solides sur la question de la recherche. Elle se base sur des études antérieures.
Cadre de recherche	Cette étude pilote a été réalisée sur la base des résultats préliminaires et le rôle de la créatine dans le métabolisme énergétique. Les bases philosophiques et théoriques sont appropriées à l'étude. L'étude est réalisée sur un petit échantillon, sur une courte durée, mais qui permet aux auteurs d'avoir des résultats.
Buts et question de recherche	<p>Le but de l'étude, l'hypothèse de la recherche, ainsi que les variables et la population de l'étude sont clairement énoncées.</p> <p>Cette étude pilote a été menée sur les femmes consommatrices de méthamphétamine avec une dépression diagnostiquée. C'est une étude analysant l'action de la créatine chez ces participantes. Le but de l'étude est de savoir si la créatine a un impact sur les symptômes dépressifs chez les consommatrices de méthamphétamine. L'objectif de l'étude était de tester l'hypothèse selon laquelle huit semaines d'administration de créatine seraient associées à une diminution des scores de gravité de la dépression et une augmentation de la concentration de phosphocréatine cérébrale. L'anxiété a aussi été évaluée, car elle apparaît souvent chez les personnes dépressives avec ou sans consommations associées. La consommation de méthamphétamine durant ces huit semaines a aussi été évaluée.</p> <p>L'hypothèse de l'étude reflète le contenu de la recension des écrits. Il y a peu de recherches sur un traitement adéquat conjoint pour la dépression et la consommation de méthamphétamine. Cependant, les auteurs évoquent d'autres recherches qui évaluent les changements causés par la dépression, ainsi que la consommation de drogue sur le corps et surtout sur le cerveau. Le lien entre la dépression et la consommation de méthamphétamine ainsi que l'effet de la créatine sur le cerveau sont évalués dans cette recherche.</p> <p>Les variables sont représentatives des concepts précisés dans le cadre de la recherche (le score de la dépression, le test d'urine pour la méthamphétamine, l'anxiété, la concentration de phosphocréatine cérébrale).</p> <p>L'hypothèse de l'étude s'appuie sur les recherches effectuées précédemment ainsi que sur un cadre théorique.</p>
METHODE	
Population et échantillon	<p>La population de la recherche est précisée : 21 femmes ont été examinées et 14 d'entre elles ont répondu aux critères de sélection pour l'étude. Sur ces 14 femmes, 11 ont terminé l'étude. Les femmes ont été informées de l'étude par des dépliants et du personnel d'une clinique spécialisé en toxicomanie.</p> <p>Les critères d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Des femmes âgées entre 18 et 64 ans. • Le diagnostic du trouble dépressif majeur avec un épisode de dépression majeur actuel selon DSM-IV (le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4^{ème} édition). • Un score supérieur ou égal à 15 sur l'échelle d'évaluation de la dépression de Hamilton. • Consommation de méthamphétamine comme première drogue utilisée. • Un test positif de consommation de méthamphétamine au cours des douze derniers mois (étant donné que les symptômes dépressifs persistent jusqu'à douze mois après l'arrêt de méthamphétamine). <p>Les critères d'exclusion :</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Un diagnostic de trouble bipolaire. • Diagnostic connu ou une suspicion de schizophrénie. • Diagnostic de maladie rénale, de diabète de type 1 et 2, de colite, de diverticulite, de convulsions, ou de VIH. • Un traitement actuel par antidépresseur, stabilisateur d'humeur ou médicament antipsychotique. • Un risque de suicide (évalué par échelle de gravité du suicide de Columbia). • Un test de grossesse positif. • Une contre-indication de résonance magnétique. <p>Les auteurs expliquent que, pour cette étude, un échantillon de dix personnes a été proposé, mais les auteurs par prévention ont choisi un échantillon de quatorze femmes pour débiter leur étude. Comme il s'agit d'une étude pilote, aucune analyse de puissance n'a été effectuée. La méthode du choix des participants, selon les critères d'inclusion et d'exclusion, a été présentée par un entonnoir.</p>
<p>Considérations éthiques</p>	<p>Avant d'obtenir un consentement écrit, l'étude a été expliquée en détail aux participantes. Les participantes ont été informé par des dépliants et du personnel spécialisé.</p> <p>En compensation une carte-cadeau pour l'achat de l'alcool et cigarette ainsi qu'une somme de 290\$ a été offerte aux participantes si toutes les visites ont été respectées.</p>
<p>Devis de recherche</p>	<p>Il s'agit d'une étude pilote, quantitative sur l'effet de traitement par 5g/j de créatine chez quatorze participantes atteintes de dépression et consommatrices de méthamphétamine. L'étude se base sur les résultats des scores des échelles de « conduite d'entretiens structurés (SCID-I/P) », « Echelle de dépression de Hamilton (HAMD) » et « Inventaire de dépression de Beck (BAI) » pour la dépression et l'anxiété ainsi que le test d'urine pour évaluer la consommation de méthamphétamine, d'autres drogues et la présence d'une potentielle grossesse. Ces résultats sont analysés deux fois par semaine durant les huit semaines. Un bilan sanguin complet, une analyse métabolique, avec en plus une analyse des enzymes hépatiques actives (maladie hépatique) et un dépistage du VIH ont été effectués au début de l'étude. Ces examens à l'exception du test de VIH, ont été répétés à la fin de l'étude pour identifier les anomalies associées à l'administration de la créatine.</p> <p>Le devis utilisé permet à l'étude d'atteindre son but et de répondre aux hypothèses. La méthode de recherche choisie est adéquate.</p>
<p>Modes de collectes de données</p>	<p>Les outils de mesure sont clairement décrits.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un entretien effectué par un des chercheurs selon le questionnaire « Conduite d'entretiens structurés (SCID-I) » concernant les troubles psychologiques (en lien avec la dépression). • L'échelle de dépression d'Hamilton (HAMD) effectué par quatre des chercheurs. • L'inventaire de dépression de Beck (BDI), outils d'auto-évaluation d'anxiété. • Des échantillons d'urine recueillis 2x/semaine pour le dépistage de la méthamphétamine, des opiacés, des benzodiazépines, de la marijuana, de la cocaïne et le statut de grossesse. • Collecte des flacons contenant de la créatine, chaque semaine, afin d'évaluer l'adhésion à la créatine. • Des analyses de spectroscopie par résonance magnétique au phosphore à l'aide d'un scanner. • Une méthode avancée pour la quantification des métabolites du phosphore du lobe frontal.

	<p>Ces outils permettent de mesurer les variables de l'étude. Les instruments et les outils ont été importés de la littérature pour l'étude. Les observations du phénomène sont bien ciblées et consignées par la suite.</p>
Conduite de la recherche	<p>Le processus de collecte des données est clairement décrit.</p> <p>Le test de SCID-I a été effectué par le chercheur principal donc il n'y a pas eu de contrôle de fiabilité inter évaluateur. Le test de HAMD a été effectué par quatre des chercheurs. De ce fait, une fiabilité inter évaluateurs a dû être entreprise. Le test BAI était une auto déclaration par les participantes (la fiabilité d'autres formes de ce test est déjà approuvée par d'autres recherches). Un test d'urine a été effectué deux fois par semaine concernant la méthamphétamine et d'autres drogues. La prise du traitement de créatine a été évaluée avec la collecte des flacons, si la participante avait manqué trois prises, elle ne faisait plus partie de l'étude. Le scanner utilisé pour la spectroscopie par résonance magnétique afin d'analyser le taux de phosphocréatine, a été approuvé pour les utilisations cliniques.</p>
Analyse des données	<p>Les méthodes d'analyse sont décrites.</p> <p>Etant donné qu'il s'agit d'une étude pilote, aucune analyse de puissance n'a été effectuée. Les statistiques descriptives sont présentées dans deux tableaux pour les variables démographiques de base et dans le paragraphe des résultats pour les limites et les doses de médicaments manquants. Des figures et des tableaux sont fournis pour afficher la variation des scores de HAMD et BAI ainsi que la concentration de phosphocréatine cérébrale. Les analyses concernant les changements des scores de HAMD et BAI ont été effectuées à l'aide d'une analyse des mesures répétées du modèle linéaire à effet mixte, capable de traiter les données manquantes et les variables dans le temps. Les scores de HAMD et BAI ont été calculés en moyenne sur les semaines -1, 0 et 1 et considérés comme ligne de base. Ils ont été aussi calculés en moyenne sur les semaines 9, 10 et 11 et considérés comme un suivi. Le temps a été inclus comme facteur fixe et le sujet comme un facteur aléatoire. L'âge et le traitement ont été utilisés comme co-variables. Le modèle linéaire à effet mixte et à mesures répétées a été utilisé pour évaluer l'effet du traitement sur la consommation de méthamphétamine. La correction de Sidak, méthode pour compenser les comparaisons multiples, a été utilisée pour contrôler l'erreur du type 1 pour toutes les analyses des mesures répétées du modèle linéaire à effet mixte. D'autres tests ont été utilisés pour analyser les résultats. Les données ont été analysées avec IBM SPSS Statistics de Mac Version 20.</p> <p>Les facteurs susceptibles d'influencer les résultats sont pris en considération dans les analyses. La taille de l'échantillon proposée était de dix participantes pour cette étude, mais les auteurs ont anticipé et ont choisi quatorze participantes pour cette étude en vue d'arriver à dix à la fin de l'étude (arrêt anticipé). Les critères d'inclusion et d'exclusion ont été définis pour arriver à des résultats probants. Les participantes qui ont manqué trois prises de médicaments ont été exclues de l'étude ainsi que participantes qui ont été absentes à trois séances du suivi.</p> <p>Des méthodes d'analyse ont été utilisées pour évaluer les résultats pour chaque questionnaire ou test ainsi que les résultats manquants.</p> <p>Le résumé des résultats est compréhensible et les thèmes font ressortir adéquatement la signification des données.</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont présentés dans quatre tableaux et six figures.</p>

	<p>Les résultats pour chaque analyse ont été présentés dans des paragraphes séparés et aux finals associés entre eux pour représenter le phénomène.</p> <p>Dépression : le score de HAMD s'améliore généralement, à l'exception d'une participante. La majorité des participantes ont présenté une diminution marquée et inhabituelle dans les scores de HAMD à la semaine deux par rapport à la première semaine.</p> <p>Phosphocréatine : l'analyse des scans démontre que toutes les participantes, sauf une, ont eu une augmentation de la phosphocréatine et ceci après le deuxième scan. Un t test jumelé a été utilisé pour évaluer le pré et post traitement par créatine pour évaluer la phosphocréatine. Les analyses et le test ont indiqué que les valeurs de phosphocréatine dans le lobe frontal sont plus élevées après huit semaines que les résultats de base.</p> <p>Anxiété : les scores de BAI des participantes s'améliorent de manière relativement constante durant l'étude. Une légère augmentation a été notée chez trois des patients à la semaine zéro puis une diminution est apparue. Des améliorations significatives des symptômes d'anxiété ont été trouvées dès la deuxième semaine et maintenu pendant la période de suivi.</p> <p>Consommation de la méthamphétamine : au départ 50% des tests de prélèvement d'urine étaient positifs pour la méthamphétamine. Ce pourcentage a été réduit de plus de la moitié à la semaine six. L'utilisation de la méthamphétamine déclarée par les participantes a aussi diminué tout au long de l'étude.</p> <p>Traitement : la prise de médicament a été évaluée grâce au retour des flacons de créatine rapportés par les participantes ainsi qu'un t test pour évaluer la créatinine sérique pré et post traitement. Les résultats de t test ont démontré que les participantes qui ont complété les huit semaines d'administration de créatine ont eu une augmentation du taux moyen de la créatinine sérique.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les interprétations des résultats sont effectuées en fonction du cadre de recherche. Elles répondent à l'hypothèse de l'étude et sont conformes aux résultats de l'analyse. Les résultats concordent avec les études antérieures menées sur le traitement par créatine.</p> <p>Les auteurs expliquent qu'à leur connaissance, l'étude actuelle est le premier essai avec comme traitement 5g de créatine administrée quotidiennement chez les consommateurs féminins de méthamphétamine et présentant une dépression. Cette étude a démontré des améliorations dans les symptômes dépressifs mesurés par le HAMD dès la deuxième semaine de traitement, des améliorations qui se sont maintenues jusqu'à la fin de l'étude. Les symptômes de l'anxiété, mesurés par le BAI, ont également été réduits dès la semaine deux du traitement. Les résultats de l'analyse de l'urine par rapport à la méthamphétamine ont réduit de 50% après la sixième semaine de traitement et enfin une augmentation moyenne de la concentration de phosphocréatine cérébrale a été observée. La découverte relative aux scores réduits de HAMD concorde avec d'autres études de la créatine effectuées par exemple chez les enfants ou d'autres études qui utilisaient la créatine comme traitement adjuvant.</p> <p>La réduction des scores de HAMD semble être une progression lente et compatible avec d'autres études de trouble dépressif traité par la créatine. Le mécanisme antidépresseur exact de la créatine n'est pas clair actuellement, mais une explication peut être donnée en lien avec le rôle de la créatine dans le métabolisme de l'énergie cellulaire (qui est altérée selon les études chez les personnes dépressives).</p>

	<p>Les limites de l'étude sont définies.</p> <p>L'absence d'un groupe placebo rend difficile de conclure que c'est le traitement par la créatine qui est la raison de la diminution des symptômes de la dépression et de l'anxiété.</p> <p>Le manque de présence d'un groupe contrôle et la petite taille de l'échantillon soulèvent des préoccupations de validité externe et par conséquent, les statistiques doivent être interprétées avec précaution.</p> <p>Quatre participantes dans cette étude dépendent de substances multiples. Etant donné que l'objectif de cette étude était axé uniquement sur l'utilisation de méthamphétamine, il est possible que la consommation simultanée de substances influe les résultats.</p> <p>Les conclusions découlent bien des résultats de l'étude effectuée.</p>
<p>Conséquences et recommandations</p>	<p>La présente étude suggère que la créatine lorsqu'elle est utilisée comme traitement autonome, peut-être bénéfique pour traiter les symptômes de dépression et d'anxiété, la dépendance à la méthamphétamine. Elle induit également une augmentation des concentrations de phosphocréatine cérébrale chez les femmes. La créatine a été bien tolérée avec des effets indésirables minimes et est un produit peu coûteux et facilement accessible.</p> <p>La réplication de l'étude actuelle dans un échantillon plus grand avec des hommes et des femmes consommatrices de méthamphétamine présentant une dépression est nécessaire. Il manque actuellement de traitements pour ces patients.</p> <p>Les données sont riches, mais il y a quelques limites notées par les auteurs.</p>

Article analysé

Spettigue, W., Buchholz, A., Henderson, K., Feder, S., Moher, D., Kourad, K., ... Ledoux, S. (2008). Evaluation of the efficacy and safety of olanzapine as an adjunctive treatment for anorexia nervosa in adolescent females: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *BMC Pediatrics*, 8(1), 4. <http://doi.org/10.1186/1471-2431-8-4>

BMC Pediatrics (2008) : IF = 1,81

Titre	<p>La population choisie est précisée dans le titre, ainsi que le but de l'étude et le traitement utilisé.</p> <p>Dans cette étude, il s'agit d'évaluer l'efficacité et l'innocuité de l'olanzapine comme traitement complémentaire pour l'anorexie mentale chez les adolescents.</p> <p>C'est un essai randomisé en double aveugle et contrôlé par placebo.</p>
Résumé	<p>Contexte : l'anorexie mentale est une maladie grave qui entraîne une altération physique, émotionnelle et fonctionnelle significative. Cette maladie se développe souvent à l'adolescence avec une prédominance pour les femmes. Les traitements de cette maladie sont généralement des interventions médicales, nutritionnelles et psychothérapeutiques. Cependant les recherches sur l'efficacité des médicaments dans une population pédiatrique sont très limitées. L'olanzapine, un antipsychotique atypique de plus en plus répandue dans le traitement de l'anorexie mentale a comme effet un gain de poids avec une diminution des niveaux d'agitation et de résistance contre le traitement. Cet essai cherche à examiner l'efficacité et l'innocuité de l'olanzapine chez les jeunes femmes atteintes de l'anorexie mentale.</p> <p>Méthode : les participants choisis ont été des adolescentes de 12 à 17 ans diagnostiquée pour une anorexie mentale ou présentant des troubles alimentaires non spécifiés avec l'indice de masse corporelle (IMC) inférieure à 17.5. Les participantes seront assignées au hasard pour recevoir soit de l'olanzapine soit du placebo. L'évaluation comprend les changements d'attitude, de comportement alimentaire, les changements de degré de dépression et d'anxiété ainsi que l'évolution de l'IMC. 67 participantes ont été choisies pour une durée d'étude de deux ans.</p> <p>Discussion : Des essais randomisés sont nécessaires en lien avec l'efficacité de l'olanzapine par rapport au placebo, en particulier chez adolescents.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Le phénomène de l'étude est clairement formulé. L'étude s'intéresse à l'efficacité et l'innocuité du traitement par olanzapine chez des adolescentes présentant une anorexie mentale.</p> <p>Les connaissances actuelles sur l'anorexie mentale indiquent que c'est une maladie complexe, sévère et souvent chronique. Elle engendre des interactions entre les processus cognitifs, émotionnels et physiques causant des comportements destructeurs de la perte de poids. Les critères de diagnostic de cette maladie sont un refus de maintenir le poids corporel au-dessus ou égale à un poids normal calculé en fonction de la taille et l'âge, une peur intense de prise de poids, une perturbation de l'image corporelle et absence d'au moins trois cycles menstruels consécutifs. Cette maladie se développe souvent à l'adolescence (entre 15 et 19 ans). Les auteurs expliquent que, selon une étude effectuée au nord des Etats-Unis, des taux de 25.7 filles et 3.7 garçons sur 100'000 personnes âgées de 10 à 14 ans ont été signalé souffrant d'une anorexie mentale. De plus, toujours pour l'anorexie mentale des taux de 69.4 des adolescentes et 7.3 des adolescents sur 100'0000 personnes âgées de 15 à 19 ans apparaissent également.</p>

	<p>Une prédisposition au développement de l'anorexie mentale existe chez les enfants et les adolescents. De cette pathologie découle des effets indésirables liés à la perte de poids et à la famine, notamment la bradycardie, l'hypotension, l'hypothermie, la déshydratation, les arythmies cardiaques, l'insuffisance cardiaque, l'insuffisance rénale, la pancréatite, l'aménorrhée, l'ostéopénie, les déficiences neurologiques et les déséquilibres hormonaux. Il apparaît également des effets au long terme tels que des atteintes sur la croissance, sur la densité osseuse et sur la fertilité. Les séquelles psychiques de la maladie sont, la dépression, la suicide, la labilité de l'humeur, le retrait social, les troubles cognitifs, l'insomnie, l'irritabilité, l'agitation et la détérioration des relations familiales. Selon les rapports de « Mortality in anorexia nervosa » de « Am J Psychiatry » (1995), expliquée par les auteurs, le taux de la mortalité chez les personnes atteintes de troubles de l'alimentation, dépasse douze fois l'indice prévu de décès de toutes causes chez les femmes de 15 à 24 ans.</p>
Recension des écrits	<p>Le traitement actuel de l'anorexie mentale applique une approche multidisciplinaire. Cela comprend la réadaptation médicale et nutritionnelle ainsi que les interventions psychothérapeutiques. A ce jour selon les auteurs, il n'y a pas de recherches randomisées pertinentes montrant l'efficacité des traitements pharmacologiques sur l'anorexie mentale.</p> <p>Les auteurs présentent néanmoins quelques études. Selon l'étude « : Six-year course and outcome of anorexia nervosa » de Fichter MM, Quadflieg N (1999), les troubles de l'alimentation sont très difficiles à traiter, car seulement 30% à 50% des patients se sont complètement rétablis de la maladie après six ans.</p> <p>Dans l'étude de « Eating disorders : Efficacy of pharmacological and psychological interventions » de Johnson WG, Tsoh JY, Varnado PJ (1996) sur les médicaments psychotropes tels que les antidépresseurs et les antipsychotiques. Les antidépresseurs ne sont pas recommandés comme traitement de première intention.</p> <p>De nouveaux médicaments antipsychotiques atypiques, tels que l'olanzapine, ont été récemment étudié comme une option possible de traitement pour les patients atteints de l'anorexie mentale. L'olanzapine est souvent utilisée pour le traitement de la schizophrénie et plus récemment pour le trouble bipolaire. Son mécanisme d'action repose sur sa capacité à bloquer les récepteurs dopaminergiques et sérotoninergiques. Les auteurs indiquent que les rapports de petits cas, « The role of olanzapine in the treatment of anorexia nervosa » de Dunican KC, DelDotto D (2007) ainsi que « Olanzapine use in adolescent anorexia nervosa » de Denis k & al. (2006), ont montré des signes de succès en utilisant ce médicament comme traitement pour l'anorexie mentale.</p> <p>Malgré ce succès clinique signalé, les auteurs expliquent qu'ils ont trouvé que deux essais contrôlés randomisés publiés qui ont évalué l'efficacité d'olanzapine, (« Randomized controlled trial of olanzapine in the treatment of cognitions in anorexia nervosa » de Mondraty N. & al. (2005) et « Olanzapine therapy in anorexia nervosa : psychological effects » de Brambilla F. & al. (2007).</p> <p>Les auteurs précisent que pour l'anorexie mentale l'olanzapine reste classée comme un médicament « expérimental », plutôt que comme un traitement recommandé jusqu'à ce que l'innocuité et l'efficacité soient prouvées par plus d'essais randomisés de qualité.</p>
Cadre de recherche	<p>Les concepts clés ne sont pas écrits précisément par un texte narratif, mais il est possible de les identifier de par les explications données par les auteurs. Des explications sur les connaissances actuelles et le choix des concepts clés sont données. L'importance des concepts est justifiée.</p> <p>Les bases théoriques ainsi que la méthode sont appropriées à l'étude.</p>

<p>Buts et question de recherche</p>	<p>Les auteurs expliquent que leur hypothèse est que les adolescents qui ont un trouble de l'alimentation grave et qui sont traités avec de l'olanzapine démontrent une diminution des troubles alimentaires et un gain de poids par rapport au groupe placebo. Ils ont également émis l'hypothèse que les patients traités par l'olanzapine démontrent de meilleurs résultats cliniques à long terme par rapport aux patients traités par placebo. Ils prévoient aussi que les effets néfastes de l'olanzapine seront mineurs compte tenu de la dose relativement faible administrée, du titrage lent et l'utilisation à court terme.</p> <p>Les hypothèses reflètent le contenu de la recension et découlent du but de la recherche.</p> <p>Il n'y a pas de données dans cette partie sur le traitement des croyances, valeurs et perceptions des participantes.</p>
METHODE	
<p>Population et échantillon</p>	<p>Des adolescentes de 12 à 17 ans, habitants en Ontario au Canada, diagnostiquées d'une anorexie mentale ou un trouble alimentaire non spécifié avec une IMC plus bas ou égale à 17.5, ont été choisi pour participer à cette étude. Les adolescentes avec un trouble alimentaire et un IMC bas sont inclus dans l'étude. Ces deux diagnostics sont inclus dans cette étude, car leur développement ainsi que les traitements utilisés contre, sont semblable que l'anorexie nerveuse (malgré qu'ils ne respectent pas tous les critères d'inclusion de l'anorexie nerveuse).</p> <p>Les auteurs ont utilisé des critères d'inclusion et d'exclusion.</p> <p>Les critères d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Des femmes âgées de 12 à 17 ans. • Le patient et un des parents doivent donner un consentement écrit. • Les patients doivent remplir les critères d'anorexie mentale ou trouble alimentaire non spécifié selon le manuel de diagnostic des troubles mentaux IV (DSM-IV). <p>Les critères d'exclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une sensibilité connue au traitement. • Une prise d'un autre traitement (antipsychotique, stabilisateur de l'humeur ou un stimulant). • Une prise d'un médicament connu pour interagir avec l'olanzapine. • Un diagnostic connu de diabète, d'hyperlipidémie, de dysfonctionnement hépatique, d'abus de substances, etc. • Une incapacité de se conformer aux exigences de l'essai (incompréhension de l'anglais). <p>Les auteurs ont aussi choisi des critères d'exclusion suite aux résultats de laboratoire comme nombre total de cellules blanches plus bas que 2.5 ou test de fonction hépatique avec les résultats de ASAT et ALAT deux fois plus élevée que la norme.</p> <p>Les auteurs indiquent que compte tenu de la nouveauté relative de cette étude sur l'efficacité de l'olanzapine, l'estimation précise de taille d'échantillon était difficile. Les auteurs ont utilisé des hypothèses comme une différence minimale de cinq sur le Questionnaire d'Autoévaluation du Comportement Alimentaire (EAT-26) pour arriver à une taille d'échantillon de 64 participantes. Le taux d'abandon a été évalué de 2.5% donc l'échantillon final comptait 67 participants (donc 33 et 34 participantes par groupe de traitement).</p>

<p>Considérations éthiques</p>	<p>Le médecin ou le psychiatre fournit aux participantes de l'étude une description succincte de l'étude, de l'implication des adolescentes et de leur parent dans l'étude et de l'objectif général de l'étude. Puis, un entretien à lieu durant lequel l'étude est expliquée aux participantes en détail. Le consentement d'un des parents suffit pour l'étude, cependant si l'adolescente refuse de participer à l'étude son choix sera pris en considération.</p> <p>A chaque visite avec la participante, il lui est demandé les effets secondaires perçus. Une évaluation clinique est aussi effectuée afin de déterminer l'innocuité de l'olanzapine. Tous les événements indésirables seront enregistrés sur le formulaire de rapport de cas et entrés dans la base de données. Les critères inclusion et d'exclusion diminuent aussi les risques pour les participantes.</p>
<p>Devis de recherche</p>	<p>Cet essai est une étude quantitative, contrôlée randomisée en double aveugle.</p> <p>Les participantes sont séparées dans deux groupes, un traité par olanzapine et un traité par un placebo. Le choix des groupes est fait aléatoirement.</p> <p>Le personnel du site d'enquête n'est pas au courant du traitement des participantes (olanzapine ou placebo) sauf le pharmacien. La participante et ses parents ne sont pas non plus au courant du groupe de traitement dont elles font partie.</p> <p>Des échelles sont choisies pour évaluer chaque question de la recherche.</p> <p>La méthode de la recherche est appropriée à l'étude et permet de répondre à l'hypothèse de l'étude.</p> <p>Le temps passé sur le terrain est de quarante semaines ce qui a permis aux auteurs d'obtenir des résultats souhaités.</p>
<p>Modes de collectes de données</p>	<p>Les outils de mesure sont clairement décrits et permettent de mesurer les variables. Les instruments utilisés sont importés de la littérature et leur validation a été précisée.</p> <p>La dose du médicament a été définie selon d'autres recherches et des essais cliniques présentent dans la littérature. Une dose de 2,5 à 5 mg par jour est normalement prescrite pour les adolescents ayant des troubles alimentaires. Cette dose est normalement bien tolérée par les patients. De ce fait, l'étude débute avec une dose très bas de 1,25 mais qui augmente toutes les deux semaines jusqu'à 7,5 mg à la semaine dix.</p> <p>Pour mesurer l'état psychologique des participantes les auteurs ont choisi plusieurs outils :</p> <p>« Eating Attitudes Test » est un questionnaire d'auto-évaluation pour les patientes qui évalue trois domaines de trouble alimentaire : la diète, la boulimie/la préoccupation alimentaire ainsi que le contrôle oral.</p> <p>Les symptômes psychiatriques ont été évalués grâce à l'échelle de « Children's Acuity of Psychiatric Illness » pour enfants et adolescent. La dépression chez les participantes va être évaluée avec « Inventaire de la dépression chez les enfants » en anglais « The Children's Depression Inventory Manual Toronto » (1992). Il évalue les symptômes cognitifs, comportementaux et somatiques. Pour mesurer l'anxiété, l'échelle de l'anxiété multidimensionnelle pour les enfants, en anglais « Multidimensional Anxiety Scale for Children Technical Manual Toronto » (1997), a été choisie. Cette échelle est une autoévaluation sur les symptômes physiques, l'anxiété sociale et évitement du préjudice.</p> <p>Il est demandé aux cliniciens de compléter l'échelle de la gravité des symptômes du trouble alimentaire en anglais « Eating Disorder Symptom severity Scale (EDS3) », afin</p>

	<p>d'examiner leurs observations sur les symptômes du trouble alimentaire chez les participantes, tel que les comportements diététiques, les préoccupations de l'image corporelle, peur de grossir, l'anxiété alimentaire ainsi que la motivation pour le traitement.</p> <p>Les parents sont aussi impliqués. Ils font une liste de comportements des enfants selon une checklist, en anglais « Manual for the Child Behavior Checklist» (1991), afin d'évaluer leur perception sur les comportements d'anxiété chez leur adolescent.</p> <p>Des évaluations médicales sont aussi effectuées comprenant des analyses physiques, l'utilisation des checklists pour les effets secondaires, l'analyse des symptômes extrapyramidaux par monitoring, la prise des signes vitaux, etc.</p>
Conduite de la recherche	<p>Le processus de collecte des données est décrit de manière claire. La validité des échelles choisies est précisée. Des explications sont données aux participantes ainsi que leur parent pour les échelles d'autoévaluation. Des explications sont aussi données aux cliniciens pour les récoltes des données.</p> <p>Les données psychologiques sont évaluées au début de l'étude puis après six, douze, quinze et quarante semaines. Les données médicales sont aussi évaluées au début de l'étude puis aux semaines deux, quatre, quinze et à la fin de l'étude.</p>
Analyse des données	<p>Les méthodes d'analyse des données sont décrites et les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont pris en considération. Des résumés descriptifs des données démographiques et du traitement seront générés par rapport à toutes les caractéristiques de base des participantes. Les variables dichotomiques seront résumées à l'aide de pourcentages. Les variables continues qui sont distribuées de manière normale seront résumées en utilisant les écarts types. Les variables continues non distribuées de manière normale seront résumées en utilisant des médianes. Une analyse statistique est utilisée pour traiter les résultats. Pour des participants qui développeront des effets secondaires ainsi que les participantes qui arrêtent leur participation les résultats des dernières analyses sont utilisées.</p> <p>Les auteurs expliquent que même si l'étude n'est pas à risque de confronté des différences au niveau de la sécurité des données, une comparaison a été effectuée au niveau de la fréquence des variables (fréquences obtenues et fréquences attendues) en utilisant le test d'indépendance « Khi carré », en anglais « chi square », ou le test de Fisher.</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Dans l'article, un tableau est présenté concernant les types d'analyses effectuées chaque semaine. Malheureusement, dans l'article il n'y a pas de présentation des résultats de l'étude. Les auteurs ont expliqué de manière très précise leur méthode de recherche et de collecte des données, mais la présentation des résultats n'apparaît pas.</p> <p>Par rapport à l'évaluation des données, les auteurs expliquent que l'étude a été suivie par « un comité de sécurité et suivi des données » indépendant et formé par le comité de direction. Ce groupe est composé de trois personnes qui ne sont pas impliquées dans cette recherche (un psychologue spécialisé dans la recherche en santé mentale, un psychiatre spécialisé en psychopharmacologie et un pédiatre spécialisé dans les essais de médicaments). Un statisticien qui n'est pas au courant du traitement (olanzapine ou placebo) dans chaque groupe effectue un tableau des données et des caractéristiques de référence des participants. Le comité est informé par le coordinateur de l'étude de tous les effets secondaires du traitement.</p>

DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Malheureusement dans la partie discussion les résultats ne sont pas rapportés et interprétés.</p> <p>Dans cette partie, les auteurs expliquent les procédures utilisées afin d'améliorer la sécurité de l'étude comme l'analyse des effets secondaires ressentis par les participantes ou l'item des idées suicidaires. Le choix de la taille de l'échantillon est aussi présenté dans cette partie. Les analyses statistiques expliquées présentent seulement les méthodes d'analyse et n'abordent pas les résultats de l'étude.</p> <p>Des informations sont aussi données sur l'évaluation des données par les experts ainsi que la présentation d'une analyse intermédiaire.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Les auteurs précisent seulement que des études randomisées sont nécessaires pour évaluer les meilleurs traitements contre l'anorexie mentale chez les adolescents en sachant que cette maladie est très répandue chez les jeunes et engendre des conséquences graves. De plus, l'olanzapine est de plus en plus utilisée pour traiter l'anorexie mentale, mais très peu de recherches sont effectuées sur l'efficacité et les effets secondaires de ce traitement à court et long terme. Les auteurs invitent les chercheurs à effectuer plus de recherche sur ce sujet et surtout chez les adolescents.</p>

Article analysé

Cox, G. R., Fisher, C. A., De Silva, S., Phelan, M., Akinwale, O. P., Simmons, M. B., ... Simmons, M. B. (2012). Interventions for preventing relapse and recurrence of a depressive disorder in children and adolescents (Review) Interventions for preventing relapse and recurrence of a depressive disorder in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews Interventions*, 11(11), 2012–2014. <http://doi.org/10.1002/14651858.CD007504.pub2>. Copyright

Cochrane Database of systematic reviews (2012): IF = 6,1

Titre	<p>Le titre mentionne la population à l'étude, mais ne cite pas les mots-clés recherchés dans les bases de données (les auteurs se basent sur d'autres articles pour leur recherche).</p> <p>Le titre de l'étude est « <i>les interventions pour la prévention de rechute ou de récurrence de trouble dépressif chez les enfants et adolescents</i> ».</p>
Résumé	<p>Objectif de la recherche : définir l'efficacité des interventions précoces (psychothérapie et pharmacothérapie) afin de prévenir les risques de rechute ou de récurrence d'un trouble dépressif chez les enfants et adolescents.</p> <p>La méthode de recherche : les descripteurs « dépression, anxiété et névrose » ont été recherchés dans la base de données des revues de groupe d'enregistrement spécialisé. Ce groupe contient les rapports des essais contrôlés et randomisés de « The Cochrane Library », d'EMBASE, de MEDLINE et de PsycINFO.</p> <p>Les critères de sélection : les essais contrôlés randomisés ont été recherchés. Ces derniers devaient utiliser des psychothérapies ou pharmacothérapies dans le but de prévenir le risque de rechute ou récurrence d'un trouble dépressif majeur ou trouble de l'humeur chez les enfants et adolescents.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Les auteurs de la recherche expliquent qu'un grand nombre d'enfants ou d'adolescents diagnostiqués d'un trouble dépressif sont à risque d'une rechute ou de récurrence. Très peu d'informations existent à propos des meilleurs traitements qui peuvent prévenir ces rechutes. Cette revue a pour but de déterminer l'efficacité des interventions précoces (psychologiques, sociales et pharmacologiques) sur l'apparition des rechutes de dépression chez les enfants et adolescents. Les auteurs se sont basés sur neuf études qui évaluent l'efficacité des antidépresseurs et les thérapies dans la réduction des risques futurs d'épisode dépressif chez les enfants et adolescents. A partir des études antérieures, il est possible d'estimer que la médication par antidépresseurs et les thérapies peuvent avoir une efficacité contre l'apparition de rechute chez les enfants et adolescents. Les auteurs soulignent cependant qu'il est difficile d'évaluer à quel point ces interventions peuvent être efficaces, ceci à cause de la qualité et la méthodologie des études.</p> <p>Selon leurs recherches, il est prouvé que les interventions précoces diminuent le développement des troubles cognitifs associés aux épisodes récurrents de dépression. L'intérêt principal de ces interventions doit être basé, sur la réduction des symptômes aigus, mais aussi sur la prévention ou modification du développement de vulnérabilités. Ces derniers étant les causes de dépression chronique ou de rechute. Malgré l'importance des interventions précoces, il existe peu études scientifiques effectuées sur ce sujet.</p> <p>Les premiers épisodes de dépression surviennent souvent durant l'enfance ou l'adolescence. L'étude récente de Costello (2006) montre que le plus souvent, les</p>

	<p>troubles dépressifs débutent dans l'enfance (>13), l'adolescence (13-18) ou au début de l'âge adulte (<25) d'où l'importance des interventions dans cette tranche d'âge.</p> <p>Les auteurs, en se basant sur l'étude de Belsher (1988), indiquent qu'il existe un grand risque de récurrence concernant les troubles dépressifs. Selon l'étude de Crown (2002), environ 50% des personnes qui ont souffert d'une dépression sont à risque de développer une chronicité. Les recherches montrent que les épisodes répétitifs de dépression sont caractérisés par une augmentation de sévérité et de la fréquence des symptômes et qu'ils induisent une plus grande perte d'autonomie.</p> <p>Selon les statistiques, il est évident que la dépression augmente le risque de la consommation du tabac, même si le lien n'est pas clairement défini. Les fumeurs dépressifs sont plus vulnérables.</p>
Recension des écrits	<p>Une recension a été entreprise et fournit une synthèse des connaissances actuelles en lien le sujet en étude.</p> <p>Les auteurs indiquent que, selon de nombreuses recherches internationales (AACAP 2007; Cheung 2007; McDermott 2010; NICE 2005), la thérapie cognitivo-comportementale est maintenant une pratique courante et de première intention pour les enfants et adolescents souffrant d'un trouble dépressif. Cette thérapie est souvent associée à une pharmacothérapie pour les formes plus sévères. Selon l'étude de Hazell (2002), il est clair qu'une thérapie efficace pour les adultes ne l'est pas forcément pour les jeunes (par exemple les antidépresseurs tricycliques). De plus, dans des examens récents, Bridge (2007) et Hetrick (2007) mettent en évidence l'incertitude quant au rapport de risque-bénéfice des inhibiteurs sélectifs du récepteur de la sérotonine. Ces études montrent que la thérapie cognitivo-comportementale, ainsi que d'autres psychothérapies, restent les meilleures solutions pour la population jeune atteinte de la dépression.</p> <p>Une étude réalisée chez les enfants et adolescents, Emslie (2004), a montré que le traitement par la fluoxétine a considérablement retardé le retour des symptômes dépressifs. Les analyses de Wantanabe (2007), suggèrent que les psychothérapies sont efficaces pour traiter les symptômes de dépression à court terme chez les enfants et adolescents, mais qu'elles ne montrent pas de meilleures réponses qu'avec les traitements médicamenteux et un suivi de six mois. Les séances de thérapie cognitivo-comportementale intensives n'ont pas montré d'effet sur la diminution de risque de récurrence, mais ont aidé à passer la phase aiguë chez les adolescents. Cependant, pour Kroll (1996), les thérapies cognitivo-comportementales auraient un effet positif sur le risque de rechutes. Les auteurs précisent que la majorité des essais réalisés dans cette population ont utilisé la thérapie cognitivo-comportementale. Ainsi, il est difficile de déterminer les avantages d'autres formes de psychothérapie pour réduire les taux de rechute dans cette population.</p>
Cadre de recherche	<p>Les concepts clés de l'étude sont identifiables. Les auteurs expliquent les connaissances actuelles sur le sujet de l'étude grâce à d'autres recherches existantes. Des explications sont données sur différentes thérapies utilisées contre le trouble dépressif et sa chronicité, comme la thérapie cognitivo-comportementale analysée par Fava (1998) et Hensley (2004), ou la thérapie familiale étudiée par Fisher (2010).</p>
Buts et question de recherche	<p>Les auteurs expliquent que l'utilisation des interventions efficaces au stade précoce de la dépression est importante afin de réduire la récurrence de celle-ci. Il y a des preuves qui indiquent que des interventions dans ce stade précoce peuvent empêcher le développement des troubles cognitifs associés à des épisodes récurrents. Toute approche d'intervention précoce sur les troubles dépressifs doit mettre l'accent sur la prévention des rechutes. Les interventions doivent non seulement réduire les</p>

	<p>symptômes associés aux troubles dépressifs, mais aussi prévenir le développement des facteurs de vulnérabilité. Ces facteurs peuvent déterminer la probabilité de l'apparition d'une rechute et le développement du trouble dépressif chronique. Les études montrent que pour de nombreuses personnes, les premiers épisodes surviennent durant l'enfance ou l'adolescence.</p> <p>Compte tenu des incertitudes et des incohérences concernant le traitement efficace, une revue systématique est importante.</p> <p>Les auteurs indiquent que le but de cette étude était d'examiner l'impact des interventions précoces sur la probabilité de rechute et la récurrence de la dépression chez les enfants et adolescents. Les interventions précoces comprennent les traitements pharmacologiques et psychologiques. L'étude inclut tous participants qui ont connu un trouble dépressif avec une émergence avant l'âge de 25 ans.</p>
METHODE	
Population échantillon et	<p>Les essais choisis pour l'étude impliquent des jeunes de moins de 25 ans diagnostiqués pour une dépression ou une dépression majeure, selon le « Manuel Diagnostique Des Troubles Mentaux (DSM-IV) » APA (2000) ou la « Classification des troubles mentaux (ICD-10) » WHO (2007).</p> <p>Les critères de réponse/rémission varient entre les essais. Les critères de réponse ou de rémission se basent sur une entrevue clinique confirmant l'absence de symptômes dépressifs pendant une période spécifiée, ou sur les scores d'un outil d'évaluation validé et normalisé.</p> <p>La dépression ou la dépression majeure devaient être le diagnostic principal, mais la présence d'une comorbidité a été autorisée, à l'exception de la psychose ou du trouble bipolaire. Le quotient intellectuel de moins de 70, les lésions cérébrales, ainsi que les conditions médicales graves ont été exclus.</p>
Considérations éthiques	<p>L'étude analyse les recherches qui ont été faites sur leur question d'étude. Il n'y a pas d'information sur le droit des participants ainsi que les moyens de minimiser les risques.</p>
Devis de recherche	<p>C'est une étude quantitative qui inclut tout essai contrôlé randomisé, contenant tout type de pharmacothérapie et psychothérapie en lien avec la prévention de la rechute ou/et la récurrence d'un trouble dépressif. Les auteurs ont pu répondre à leur question grâce à leur méthode de recherche.</p>
Modes de collectes de données	<p>Les essais sélectionnés incluaient ce type de participants :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Des participants qui ont répondu aux traitements dans une phase aiguë d'un épisode de dépression ou de dépression majeure et qui ont été ensuite recrutés dans un essai randomisé pour un traitement contre la rechute ou récurrence. 2. Des participants qui ont suivi un traitement aigu pour un épisode dépressif, avec un suivi contrôlé à long terme contre les risques de rechute/récurrence. <p>Certaines études ont utilisé des « sessions de rappels » pendant la phase de suivi. Ces sessions contiennent différentes interventions comme les thérapies cognitivo-comportementales, techniques de relaxation, technique de négociation, etc. D'autres études sur la pharmacothérapie ont inclus des participants qui ont continué avec des médicaments.</p> <p>Les phases de suivi et de maintenance varient en fonction de la définition donnée par chaque essai.</p>

	<p>Il était important dans les études choisies de s'assurer de la présence des points suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avoir le plus possible de données disponibles, dans un domaine dans lequel peu de recherches ont été entreprises afin de guider la pratique. • Souligner la diversité des études entreprises qui tentent de répondre aux questions concernant les interventions efficaces pour la prévention de la rechute. • Mettre en évidence les difficultés d'une recherche de qualité dans ce domaine, notamment en ce qui concerne le choix du nombre de participants dans l'échantillon. <p>Dans le choix des études, il n'y avait aucune restriction de dates ou de langues.</p>
Conduite de la recherche	<p>Le processus de collecte des données est clairement décrit.</p> <p>Deux types d'intervention ont été pris en compte dans cette étude : la pharmacothérapie et la psychothérapie.</p> <p>Les médicaments utilisés en pharmacothérapie sont les antidépresseurs tricycliques, les inhibiteurs de la recapture de noradrénaline, les inhibiteurs de la recapture de la dopamine, etc.</p> <p>Les types de psychothérapie utilisés en compte sont la thérapie cognitivo-comportementale, la thérapie familiale, l'approche psychodynamique, une combinaison de psychothérapie et de pharmacothérapie.</p> <p>Les méthodes d'identification et d'inclusion des études sont clairement expliquées.</p> <p>Les auteurs ont contacté les auteurs des essais inclus dans leur étude ainsi que d'autres experts afin de s'assurer que le plus grand nombre d'essais contrôlés randomisés soit identifié.</p>
Analyse des données	<p>Pour la sélection des essais, deux auteurs de cette revue ont choisi des essais pour une éventuelle inclusion dans cette étude. Puis, ils ont examiné les titres et les résumés de chaque essai. Ils ont analysé le texte intégral de toutes les études considérées comme pertinentes. Suite à cela, chaque auteur de cette étude a choisi une liste d'essais et a comparé leur contenu. Tout désaccord a été résolu par une discussion.</p> <p>Pour le choix des essais, les auteurs expliquent qu'ils se sont basés sur plusieurs informations. Les informations sur les participants ont été évaluées (l'âge, le sexe, la méthode d'établissement du diagnostic, le, l'âge d'apparition de la maladie, la sévérité de la dépression, etc.), ainsi que des informations sur l'état familial du patient (les antécédents familiaux, etc.)</p> <p>Intervention et comparaison (la description des médicaments et voies d'administration, la dose, la durée, la description de l'intervention de psychothérapie et le type, etc.)</p> <p>Les comparaisons effectuées :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les antidépresseurs versus les placebos. • Les antidépresseurs versus les psychothérapies • Une combinaison de thérapie médicamenteuse et psychothérapie versus psychothérapie seule. • Une médication combinée versus un antidépresseur seul. • Une psychothérapie versus une absence de thérapie. <p>Les critères concernant l'analyse des résultats des études sont les estimations ponctuelles et les mesures de variabilité, et la fréquence des variables dichotomiques.</p>

	<p>Dans le résumé des résultats, les auteurs expliquent que neuf essais avec 882 participants ont été inclus dans l'examen. Dans cinq essais, les évaluateurs n'étaient pas informés de l'intervention (en aveugle) et dans le reste des essais, ceci n'était pas clair. Dans la majorité des essais, les participants étaient informés de leur intervention et pour le reste ceci n'était pas clair.</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les auteurs présentent trois tableaux. Le premier est en lien avec les revues qu'ils ont utilisées pour effectuer cette recherche. Ils expliquent que les recherches principales ont commencé en juin 2009 avec un résultat de 2092 articles. Les auteurs sont finalement arrivés à neuf articles comportant trois articles quantitatifs.</p> <p>Les deux autres tableaux présentent les facteurs de risque influençant les résultats dans chaque étude choisie (le risque d'allocation, en aveugle, les résultats des données incomplets, les rapports sélectifs et autres). Une explication écrite est donnée pour chaque risque.</p> <p>Les auteures expliquent précisément comment le choix des articles utilisés dans leur recherche a été fait. Ils expliquent également la méthode d'étude et les résultats des chaque article.</p> <p>Les résultats sont présentés par un texte narratif. Les chercheurs expliquent pour chaque article qu'ils ont examiné, le déroulement des recherches effectuées dans l'article.</p> <p>Résultats de la comparaison entre une médication versus un placebo : l'étude des résultats des trois articles traitant ce sujet met en évidence l'effet bénéfique de la médication comparé au placebo sur la dépression. Dans les trois articles étudiés par les chercheurs, la durée entre le traitement médicamenteux et l'apparition d'une rechute (réurrence) a été plus longue que le groupe traité par placebo. Il n'y a pas eu de résultat significatif en lien avec les comportements suicidaires, le niveau des symptômes dépressifs (mesurés par l'Echelle d'évaluation de la dépression chez l'enfant) et l'émergence d'une comorbidité ou d'un trouble bipolaire.</p> <p>Résultats de la comparaison entre une combinaison de psychothérapie et pharmacothérapie versus pharmacothérapie seule : l'article étudié sur ce sujet démontre un plus grand risque de rechute chez les participants traité par la pharmacothérapie seule. Dans cet article, un participant sur vingt-deux avec un traitement combiné et deux participants sur vingt-deux avec médication seule ont été confrontés à des comportements suicidaires. L'article ne donne pas d'informations sur le risque de rechute, et sur l'émergence de comorbidités. Concernant le niveau des symptômes dépressifs, les résultats n'ont pas montré de différence entre les deux groupes.</p> <p>Résultats des articles analysant des participants traités en phase dépressive aiguë et qui ont ensuite eu des traitements de maintenance : dans un des articles qui comparent la thérapie cognitivo-comportementale, la médication et la combinaison des deux, les résultats montrent le bénéfice de la psychothérapie et de la thérapie combinée. Un autre article de Emslie et al. (2010), en anglais « Treatment of Resistant Depression in adolescents (TORDIA) », analyse 153 participants après la rémission d'un état dépressif. Les résultats montrent les taux de rechute (20 patients sur les 86 traités par une thérapie combinée et 10 patients sur les 67 dans le groupe avec traitement médicamenteux).</p> <p>Il n'y a pas d'indication sur la validation de cette étude par d'autres experts.</p>

DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>L'interprétation des résultats est faite en fonction du cadre de recherche et répond à la question de départ. L'auteur précise que dans cette revue, ils ont présenté des données provenant de plusieurs essais publiés sur l'efficacité des interventions pharmacologiques et psychothérapeutiques dans le but de prévenir une rechute ou une récurrence, après un premier épisode de dépression, chez les enfants et adolescents. Il y a peu d'essais qui traitent la prévention d'une rechute chez les enfants et adolescents. De ce fait, il est difficile de tirer une conclusion quant à l'approche thérapeutique la plus efficace. Les résultats de cette revue suggèrent que la médication peut être plus efficace que les placebos. Ce résultat est basé sur trois essais. Les auteurs ont aussi pu identifier que la psychothérapie peut être plus efficace que la médication.</p> <p>Les auteurs indiquent que cette revue est la première recherche méta-analyse et systématique effectuée concernant les interventions pour la prévention de rechute d'une dépression chez les enfants et adolescents.</p> <p>Les auteurs se basent effectivement sur les résultats de ses analyses pour effectuer des conclusions.</p> <p>Limite de l'étude : un manque d'études et de revues concernant la prévention de rechute dans une dépression surtout chez les enfants et les adolescents. Il est donc difficile de définir la meilleure thérapie envisageable.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Actuellement, peu d'études concernent le traitement de maintenance le plus efficace pour les enfants ou adolescents, en rémission d'une dépression. Bien que la psychothérapie soit recommandée comme traitement initial, la médication reste une approche à explorer. La thérapie cognitivo-comportementale est bénéfique non seulement durant la phase aigüe pour diminuer les symptômes, mais aussi pour une prévention de rechute. Cela dit cette thérapie se différencie suivant l'état du patient et la phase dans lequel il y est (se basant sur l'état moral et les compétences d'autogestion).</p> <p>Au niveau des conséquences pour les recherches, les auteurs expliquent la difficulté de conserver un échantillon assez grand pour évaluer l'effet d'un traitement. De ce fait, des méthodes d'étude randomisées très rigoureuses doivent être utilisées.</p> <p>Il y a peu de recherches sur l'efficacité de différentes psychothérapies. Par exemple, aucun essai n'a été effectué sur l'effet de thérapie mindfulness chez les enfants et adolescents, alors que cette approche est efficace chez les adultes. Ce pour quoi il est important d'évaluer l'efficacité de cette approche chez les jeunes.</p> <p>Les auteurs proposent aussi que les recherches futures soient davantage basées sur les thérapies proposées dans différents stades de la dépression, ainsi que la meilleure combinaison de thérapie au long terme.</p> <p>Selon cette étude, le trouble dépressif chez les enfants et adolescents est une maladie multidimensionnelle. Il est important de prendre en considération la comorbidité de dépression et d'autres troubles mentaux (comme l'abus de substance et l'anxiété). De ce fait, des études doivent être effectuées sur ce sujet.</p>

Article analysé

Hirschtritt, M. E., Pagano, M. E., Christian, K. M., McNamara, N. K., Stansbrey, R. J., Lingler, J., ... Findling, R. L. (2012). Moderators of fluoxetine treatment response for children and adolescents with comorbid depression and substance use disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 42(4), 366–372. <http://doi.org/10.1016/j.jsat.2011.09.010>

Journal of substance abuse treatment (2012): IF = 2,47

Titre	<p>Le titre indique la population, la pathologie (dépression et abus de substances), ainsi que le traitement choisi pour cette étude.</p> <p>Le titre est « <i>Les modérateurs de la réponse au traitement de la fluoxétine chez les enfants et adolescents avec une comorbidité de dépression et abus de substances</i> ».</p>
Résumé	<p>Les auteurs expliquent que leur ancien essai randomisé de huit semaines, sur le contrôle de la fluoxétine versus un placebo, chez les adolescents (12 à 17 ans) avec une comorbidité de dépression et d'abus de substances, n'a pas montré des résultats satisfaisants.</p> <p>Le but de cette analyse secondaire était d'explorer les facteurs susceptibles d'influencer l'effet de la fluoxétine dans cet échantillon. Dans l'article les facteurs influençant sont présentés sous le nom de modérateur. Les deux modérateurs mesurés sont la chronicité de la dépression et sa gravité. D'autres modérateurs utilisés, qui varient avec le temps, sont la sévérité de consommation de l'alcool et de marijuana. Les auteurs indiquent que l'analyse actuelle démontre que les jeunes souffrant d'une dépression chronique et consommant modérément de l'alcool répondent mieux au traitement de fluoxétine. Ceci contrairement aux jeunes atteints d'une dépression transitoire, mais avec une forte consommation d'alcool.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Les auteurs expliquent que la dépression chez les adolescents est une maladie commune. Elle est associée à un dysfonctionnement psychosocial et un risque accru de tentatives de suicide (les auteurs se basent sur d'autres recherches comme celui de Curry et al., 2006).</p> <p>Environ 20 à 30% des jeunes présentant des troubles liés à la toxicomanie ont également une dépression. 15% des jeunes souffrant de dépression sont aussi diagnostiqués pour des troubles liés à la toxicomanie. Dans l'ensemble, il est essentiel d'améliorer les traitements pour les jeunes atteints de troubles dépressifs et d'addiction aux substances. Pour améliorer l'efficacité pharmacologique, il est important de comprendre « pour qui » et « dans quelles conditions », la réponse au traitement est la plus optimale. Une technique appliquée pour évaluer l'efficacité d'un traitement dans des sous-groupes spécifiques, peut-être l'analyse des facteurs de modulation dans les essais cliniques (ce qui précise sous quelles conditions et pour qui un traitement fonctionne).</p> <p>Dans cet essai, il s'agit d'étudier l'effet de la fluoxétine, en prenant en compte les modérateurs, chez les adolescents avec une dépression et des addictions aux substances.</p>
Recension des écrits	<p>Les auteurs se sont basés sur plusieurs études en lien avec leur question de recherche.</p> <p>Les auteurs expliquent que les résultats des études prises en compte aident à la compréhension de l'effet de la fluoxétine et les amènent à la question suivante. « <i>Y a-t-il des sous-groupes d'adolescents qui sont plus susceptibles de bénéficier du traitement par fluoxétine ?</i> » Pour répondre à cette question, les auteurs ont choisi des modérateurs spécifiques.</p>

	<p>Sur la base de rapports précédents, un nombre limité de variables de modérateurs a été choisi afin de rendre plus pertinent les tests. Concernant la sévérité et la chronicité de la dépression (modérateurs), les auteurs se sont basé sur une étude préalable à grand échelle Curry et al. (2006). Cette étude analyse la combinaison du traitement de la fluoxétine et la thérapie cognitiv-comportementale pour la dépression chez les adolescents. Elle démontre que les patients avec une dépression chronique moins sévère, sont plus susceptibles de vivre une amélioration avec des traitements combinés. Pour déterminer le critère de la dépression chronique, les auteurs ont appliqué les recherches d'Emslie et al. (1997). Ces recherche explorent la récurrence de la dépression majeure chez les enfants et adolescents traités avec de la fluoxétine pendant huit semaines (85% des adolescents se sont rétablis de l'épisode dépressif dans les 12 mois). Pour le choix de la sévérité de la consommation de l'alcool et marijuana comme modérateurs potentiels, les auteurs se sont basé sur une recherche traitant de l'effet des modérateurs sur la dépression (Gual et al., 2003 ; Kranzler Et al., 2006, Nunes & Levin, 2004 ; Riggs et al., 2007).</p> <p>Les recensions des écrits présentent une base solide pour aider les auteurs à répondre à leur question de recherche. L'état de connaissance actuelle sur le problème de l'étude est présenté.</p>
Cadre de recherche	<p>Les concepts clés sont bien présentés et mis en évidence. Les concepts clés choisis sont justifiés. Les auteurs ont choisi la dépression et l'abus des substances chez les adolescents, car c'est actuellement un problème grave qui accentue le risque suicidaire. Il est donc important de trouver un traitement adéquat. Les auteurs indiquent qu'une des meilleures façons de pouvoir trouver un traitement adéquat est la prise en compte des modérateurs pour chaque traitement. Concernant l'abus des substances, les auteurs se sont davantage basés sur la consommation de l'alcool et de marijuana.</p> <p>Le premier essai randomisé et contrôlé effectué par les auteurs sur l'effet de la fluoxétine chez les adolescents atteints d'un trouble dépressif majeur associé à un abus de substance (alcool et marijuana) n'a pas démontré l'efficacité de la fluoxétine. Pour ce premier essai, les auteurs avaient utilisé l'échelle d'évaluation de la dépression des enfants révisée en anglais « Children's Depression Rating Scale-Revised » (CDRS-R). Ils avaient aussi réalisé des analyses d'urine pour évaluer la consommation de substances. En conclusion de cette étude, il ressort que les modérateurs associés à des sous-groupes d'échantillon doivent être pris en compte.</p> <p>Avant de commencer ce deuxième essai, les auteurs ont corroboré leurs premiers résultats avec d'autres études. Ce qui les a amenés à la question suivante. « <i>Est-ce qu'en lien avec les expériences et les caractéristiques remarquées chez les adolescents dans ce premier essai, il y aurait des participants sur lesquels la fluoxétine pourrait avoir un meilleur effet ?</i> ». Pour répondre à cette question, les auteurs ont choisi d'inclure dans leur essai randomisé et contrôlé, des modérateurs comme variables. Ils ont choisi un nombre limité de modérateurs pour ainsi pouvoir réaliser des statistiques plus précises. Les deux modérateurs choisis sont la sévérité et la chronicité du trouble dépressif. Pour effectuer ce deuxième essai, les auteurs se sont basés sur des recherches pré existantes.</p> <p>Les méthodes choisies dans cet essai sont précisément expliquées et sont appropriées au but de la recherche.</p>
Buts et question de recherche	<p>La question de recherche est précise. Le cheminement pour y arriver est explicité. La population choisie regroupe des adolescents de 12 à 17 ans.</p> <p>La question de la recherche, ainsi que les hypothèses, reflètent le contenu de la recension des écrits. Pour arriver à leur question de recherche, les auteurs prennent</p>

	<p>en compte les résultats de leur premier essai, ainsi qu'un contrôle effectué grâce à d'autres recherches. Puis, une question de recherche est reformulée pour ce deuxième essai.</p> <p>Il n'y a pas d'explications dans la prise en compte de la croyance et des valeurs des participants.</p> <p>Les deux variables choisies pour ce deuxième essai sont la sévérité et la chronicité de la dépression chez les adolescents dépressifs et l'abusant des substances (alcool et marijuana). Ces variables reflètent les concepts précisés dans le cadre de la recherche.</p>
METHODE	
Population échantillon et	<p>La population visée regroupe les patients en traitement ambulatoire, âgés de 12 à 17 ans, atteint d'un trouble dépressif ou d'un trouble dépressif majeur et présentant un abus de substances ainsi qu'un score égal à 40 ou plus de l'échelle « Children's Depression Rating Scale (CDRS-R) » en anglais. Les moyens utilisés pour recruter les participants sont appropriés.</p> <p>Pour accroître la représentativité de l'échantillon, les auteurs ont utilisé des critères d'exclusion précis :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La présence d'un état clinique neurologique significatif ou d'un retard mental. • L'utilisation d'un autre médicament psychotrope, soit au cours de l'étude, soit deux semaines après la réception du médicament de l'étude. • La présence d'une intolérance, d'une allergie ou d'une non-réponse à la fluoxétine. • L'échec de quatre semaines de traitement avec un antidépresseur non tricyclique. • Des risques de tentatives de suicide actif. • Un trouble bipolaire, un trouble de panique, un trouble psychotique, etc. <p>34 sujets avec un moyen d'âge de 16 ans ont été randomisés durant huit semaines de traitement avec la fluoxétine (n=18) ou le placebo (n=16).</p> <p>La méthode d'échantillonnage permet d'atteindre les objectifs visés.</p> <p>Une analyse intermédiaire a été effectuée après que 50% des participants dans les deux groupes aient terminé leurs huit semaines de participation. Ainsi, après huit semaines de traitement, il restait 25 participants (12 traités par fluoxétine et 13 traités par placebo). Les résultats étaient assez prometteurs pour définir que la fluoxétine avait un effet significatif. Les auteurs se sont basés sur les expériences des 34 patients pour répondre à cette analyse.</p>
Considérations éthiques	<p>Les auteurs ne donnent pas d'explication sur la sauvegarde des droits des participants. Un remerciement est effectué à la fin de l'étude auprès des participants ainsi que leur famille.</p> <p>Ils ont pu minimiser les risques grâce à leurs critères d'exclusion. Une surveillance du médecin a été entreprise durant les huit semaines de l'étude.</p>
Devis de recherche	<p>Le devis de recherche permet à l'étude d'atteindre son but. Les outils utilisés sont conciliables avec la méthode de la recherche.</p> <p>Il s'agit d'une recherche quantitative. Les auteurs ont utilisé différents questionnaires ou des échelles pour chaque modérateur afin d'augmenter la précision de la recherche. Il y a une explication pour chaque outil utilisé en lien avec le modérateur ou la variable.</p> <p>Le devis utilisé permet de répondre à la question de la recherche.</p>

	<p>Chaque modérateur, ainsi que chaque variable ont été mesurés grâce aux outils appropriés.</p> <p>La méthode de recherche est appropriée à l'étude du problème posé. Toutes les procédures ont été approuvées par « University Hospitals Case Medical Center's Institutional Review Board for Human Investigation » en anglais.</p> <p>L'étude a été effectuée sur une durée de huit semaines et a permis aux auteurs d'attendre les résultats souhaités.</p>
Modes de collectes de données	<p>Les outils de la recherche sont clairement décrits. Les variables choisies sont l'origine ethnique, l'âge, le sexe, le diagnostic (un trouble dépressif courant, une comorbidité courante et abus récent de substances), l'âge d'apparition d'abus de substances et sa durée. Les outils utilisés pour mesurer les variables modératrices sont nommés et précisément expliqués.</p> <p>La chronicité de la dépression est évaluée à l'aide de la durée du dernier trouble dépressif en utilisant le test de « Kiddie-Sads (KSADS-PL) » en anglais, (entretien diagnostique semi-structuré destiné à évaluer les épisodes actuels et passés de psychopathologies chez l'enfant et l'adolescent).</p> <p>La sévérité de la dépression (état de détresse) est calculée avec le score de « Echelle de désespoir de Beck (BHS) ».</p> <p>L'abus de substances est évalué avec une version modifiée de test en anglais de « Time Line Follow Back ».</p> <p>Les auteurs ont pu répondre à leur question grâce aux différents tests ciblés pour chaque variable et chaque modérateur pris en compte.</p> <p>La plupart des tests et questionnaires choisis dans ces études sont importés de la littérature. Cependant, les auteurs expliquent qu'ils ont modifié certains de ces tests pour les adapter à leur étude (par exemple, le test de l'abus de substance).</p> <p>La procédure expérimentale est en cohérence avec les outils de mesure.</p>
Conduite de la recherche	<p>Le processus de collecte des données est décrit clairement. Il y a eu d'abord le choix des participants et des critères d'exclusion. Une explication est donnée concernant la raison de la taille de l'échantillon. Les variables choisies sont expliquées, ainsi que les variables modératrices avec le choix des tests et questionnaires utilisés pour la récolte des données en lien avec chaque modérateur. Les résultats obtenus sont présentés.</p> <p>Les auteurs ne disent pas avoir fait appel à du personnel compétent pour leur recueil des données. Toutefois, ils indiquent que toutes les procédures ont été approuvées par l'University Hospitals Case Medical Center's Institutional Review Board for Human Investigation.</p> <p>L'intervention dans cette étude est l'administration de la fluoxétine et d'un placebo durant les huit semaines sous contrôle médical.</p>
Analyse des données	<p>Les méthodes d'analyse sont décrites dans le paragraphe de l'analyse des données statistiques. Selon le type de variable, l'analyse des variances a été effectuée pour évaluer les différences démographiques et cliniques entre les sujets.</p> <p>La gravité des symptômes dépressifs : l'échelle d'évaluation de la dépression chez les enfants est une échelle de dix-sept éléments qui évaluent la présence et la gravité des symptômes dépressifs chez les enfants et adolescents. Un score de 40 ou plus indique la présence d'une dépression.</p>

	<p>La gravité de la maladie psychiatrique : l'échelle de l'impression clinique générale – gravité, évalue la gravité de la maladie psychiatrique pendant toute la durée de l'étude. Cette échelle a été utilisée afin de donner des informations sur la sévérité générale de la maladie plutôt que simplement la gravité des symptômes dépressifs.</p> <p>Les outils d'analyse : en fonction du type de variable, des analyses de variance ou des analyses khi-carré ont été effectuées afin d'évaluer les différences démographiques et cliniques entre les sujets. Les modèles de régression des effets aléatoires ont été construits pour explorer les différences de sous-groupes dans l'efficacité de la fluoxétine. Deux sous-groupes statistiques et deux variables ont été analysés séparément pour chaque résultat. La chronicité de la dépression et la gravité de dépression (désespoir) ont été modélisées comme des co-variables statiques. Pour réduire la colinéarité, les variables continues ont été centrées en soustrayant la moyenne de score de chaque échantillon.</p> <p>Le test Fischer a été utilisé pour comparer les groupes en fonction de modérateurs significatifs du départ.</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats de la recherche sont présentés dans deux tableaux. Le premier tableau en lien avec leur premier essai et le deuxième tableau en lien avec ce deuxième essai.</p> <p>Les thèmes sont logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène. Les résultats sont aussi présentés par un texte narratif.</p> <p>Cette étude a pour but d'analyser le rôle du traitement de la fluoxétine chez les adolescents avec une comorbidité de dépression et consommation d'alcool et marijuana.</p> <p>Les résultats indiquent que la réponse à la fluoxétine était significative pour les sujets atteints d'une dépression chronique ayant une consommation basse ou modérée de substances. Il n'y a pas de différence significative entre la gravité de la dépression, la gravité de consommation de marijuana et la réponse au traitement.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les résultats de la recherche sont interprétés en fonction du cadre de la recherche et répondent à la question de départ.</p> <p>Les résultats de cette analyse secondaire ont montré que la chronicité du trouble dépressif, ainsi que la fréquence de la consommation de l'alcool modifient l'effet de la fluoxétine. Les participants avec une dépression chronique et ceux avec un taux de consommation d'alcool modéré ou faible démontrent une meilleure réponse au traitement par fluoxétine.</p> <p>Les résultats de la recherche sont comparés avec des études antérieures. La comparaison a été effectuée avec des recherches sur les adultes et les enfants avec un trouble dépressif. Leurs résultats démontrent aussi que les patients avec une dépression chronique plus sévère répondent mieux au traitement par fluoxétine. Concernant la sévérité de la dépression (sentiment de désespoir), les résultats n'ont pas montré d'effet significatif en lien avec le traitement de fluoxétine et le placebo, ainsi que pour le taux de la consommation de marijuana en lien avec le traitement.</p> <p>Les limites de l'étude sont définies et expliquées. Il y a eu plusieurs limites, dont la taille de l'échantillon qui a entraîné un faible pouvoir statistique.</p> <p>Les résultats de cette étude ne peuvent pas être généralisés chez les patients souffrant d'une dépression légère ou consommateur d'autres substances que la marijuana ou alcool.</p>

	Les conclusions découlent des résultats de la recherche.
Conséquences et recommandations	<p>Cette étude suggère que la thérapie par fluoxétine a un effet sur les adolescents toxicomanes et consommateurs d'une quantité modérée d'alcool. Cependant, compte tenu des limites de cet essai, ces résultats devraient être interprétés avec prudence pour des implications cliniques.</p> <p>Les résultats de cet essai démontrent qu'il existe une meilleure réponse au traitement par fluoxétine chez les adolescents avec une dépression chronique et une consommation modérée à basse d'alcool pendant le traitement.</p> <p>Les auteurs précisent que les futures études devraient utiliser un plus grand échantillon pour valider complètement ces résultats.</p>

Article analysé

Keating, L., Tasca, G. A., & Bissada, H. (2015). Pre-treatment attachment anxiety predicts change in depressive symptoms in women who complete day hospital treatment for anorexia and bulimia nervosa. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 88*(1), 54–70. <http://doi.org/10.1111/papt.12028>

Psychology and Psychotherapy- Theory Research and Practice (2015): IF = 1,66

Titre	<p>Le titre précise les concepts clés et la population à l'étude.</p> <p>Le titre est « <i>Un prétraitement contre les troubles d'attachement de type anxieux a-t-il une influence sur les symptômes dépressifs chez les femmes qui suivent des traitements dans un hôpital de jour pour l'anorexie et boulimie ?</i> »</p>
Résumé	<p>Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche. Les parties problème, méthode et résultats sont présentes ainsi que la conclusion.</p> <p>Objectif de l'étude : les personnes souffrant de troubles alimentaires sont souvent sujettes à des symptômes dépressifs. Cette étude examine si les symptômes dépressifs peuvent diminuer chez les femmes qui suivent un traitement intensif à l'hôpital de jour contre l'anorexie et la boulimie mentales. De plus les auteurs veulent savoir si cette diminution est liée à une présence de troubles d'attachement.</p> <p>Méthode : l'étude regroupe 141 femmes présentant un type restrictif d'anorexie mentale ou une anorexie nerveuse de type purge. Ces femmes ont terminé le programme de traitement contre les troubles alimentaires à l'hôpital de jour. Elles ont complété des questionnaires d'auto-évaluation, avant de débiter le traitement de l'hôpital de jour, en lien avec les troubles de l'attachement. Ainsi que des questionnaires avant et après le traitement, en lien avec les symptômes dépressifs.</p> <p>Résultats : les participantes avec un taux moins élevé de trouble d'attachement de type anxieux ont eu des améliorations plus significatives. Les troubles alimentaires n'ont pas montré d'effet sur cette amélioration.</p> <p>Conclusion : les résultats de l'étude suggèrent que les cliniciens devraient adapter leur traitement pour les troubles alimentaires en fonction des modèles d'attachement des patients. Ils devraient également se concentrer sur les préoccupations des patientes en lien avec les relations et la régulation des affects afin de pouvoir aussi améliorer les symptômes de trouble dépressif.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Le phénomène de l'étude est clairement formulé. Le problème de l'étude est pertinent et a une signification pour la discipline de la santé et de la psychologie. En sachant que les concepts choisis sont des troubles répandus dans la population d'aujourd'hui, il est nécessaire de trouver des traitements efficaces et adéquats.</p> <p>Les auteurs regroupent dans les troubles alimentaires l'anorexie mentale, la boulimie mentale et les troubles alimentaires non spécifiés. Selon American psychiatrique association (2000) le taux de prévalence des troubles alimentaires est de 1 à 4% chez les femmes. Les recherches évoquent l'existence d'un lien entre les troubles alimentaires et les troubles dépressifs. Les auteurs précisent que cette étude a comme but d'étudier l'évolution potentielle des symptômes dépressifs suite aux traitements fournis à l'hôpital de jour pour l'anorexie mentale ou la boulimie mentale. Elle vise aussi à évaluer si cette évolution varie selon le diagnostic de trouble alimentaire ou le prétraitement de trouble d'attachement anxieux.</p>
Recension des écrits	<p>Une recension a été entreprise pour réaliser l'étude. La recension fournit une synthèse de l'état actuel de la question de l'étude.</p>

	<p>Les auteurs indiquent que suite à leur recherche les traitements psychothérapeutiques actuels sont plus efficaces pour la boulimie mentale que pour l'anorexie mentale (par exemple les thérapies interpersonnelle et cognitivo-comportementale), (Agras, Walsh, Fairburn, Wilson, Kraemer (2000)) ; (Fairburn, Jones, Peveler, Hope, O'Connor (1993)) ; (Mitchell, Agras, Wonderlich (2007)). De plus, les recherches ont montré que la thérapie cognitivo-comportementale utilisée pour la boulimie mentale est aussi efficace pour traiter les symptômes de dépression (Openshaw, Waller, Sperlinger (2004)). Les patients avec une anorexie mentale répondent moins aux traitements, car souvent ces patients ont une difficulté d'engagement dans le traitement (Cooper (2005)). Les recherches montrent ainsi que les patients avec une anorexie mentale sont moins susceptibles de se remettre d'un trouble dépressif (Mischoulon et al. (2011)).</p> <p>Les résultats des études précédents indiquent que les symptômes dépressifs sont associés à des troubles alimentaires. Ils influencent également l'efficacité des traitements pour l'anorexie et la boulimie. Cependant il y a des améliorations minimales sur les symptômes dépressifs chez les patients traités pour les troubles alimentaires. Par conséquent, réaliser des études sur l'influence des symptômes dépressifs serait nécessaire.</p> <p>Les auteurs donnent des explications et des définitions en lien avec les types d'attachement et aux troubles qui en découlent. L'attachement insécurité a été associé aux troubles dépressifs et aux troubles alimentaires (Evans et Wertheim (2005) ; O'Keamey (1996) ; Troisi, Massaroni et Cuzzolro (2005)). Les patients démontrant des troubles alimentaires et/ou des symptômes dépressifs ont tendance à avoir un trouble attachement anxieux (Armstrong et Roth (1989) ; Illing, Tasca, Balfour et Bissada (2010), Ward et al. (2001)).</p>
Cadre de recherche	<p>Les concepts clés apparaissent dans les explications des auteurs et sont liés au but de l'étude. Une explication est donnée sur la définition des troubles alimentaires (notamment anorexie nerveuse, boulimie et l'hyperphagie), le lien entre les troubles dépressifs et les troubles alimentaires est expliqué à travers d'autres recherches, Blinder et al. (2006), Mischoulon et al. (2011), etc.</p> <p>Le concept de l'attachement est expliqué. Le lien entre l'attachement insécurité, les troubles dépressifs et les troubles alimentaires est présenté selon les études de Evans et Wertheim (2005), O'Keamey (1996), Armstrong et Roth (1989), etc.</p> <p>Peu de recherches ont examiné l'efficacité des programmes hospitaliers (hôpital de jour) sur la réduction des symptômes dépressifs chez les patients atteints d'une anorexie ou boulimie mentale.</p>
Buts et question de recherche	<p>Le but de la recherche est énoncé de façon claire. Les hypothèses de la recherche sont précisées.</p> <p>Parmi les femmes qui ont terminé un programme hospitalier (hôpital de jour) pour traiter l'anorexie et la boulimie mentales, une diminution des symptômes dépressifs (de prétraitement au post traitement) est observée.</p> <p>Les réductions des symptômes dépressifs seront plus prononcées pour les participantes avec une boulimie nerveuse que pour celles avec une anorexie mentale restrictive ou de purge.</p> <p>Les réductions des symptômes dépressifs seront plus prononcées les patientes avec un trouble d'attachement anxieux moindre.</p> <p>Les auteurs ont aussi évalué si le trouble d'attachement de type évitant a un effet sur les symptômes dépressifs. Ils ont aussi évalué si le trouble d'attachement de type</p>

	<p>insécure interagit avec les troubles alimentaires et cause un changement dans les symptômes dépressifs.</p> <p>Les hypothèses reflètent le contenu de la recension.</p>
METHODE	
Population et échantillon	<p>Les auteurs expliquent qu'entre septembre 1996 et mars 2009, 367 personnes ont été diagnostiquées pour un trouble alimentaire et ont accepté d'assister à un programme de traitement de l'hôpital de jour. En raison des différences de potentiels d'attachement entre les hommes et les femmes, seules les données des femmes ont été incluses dans cette étude. Pour maintenir l'homogénéité au sein des groupes de diagnostics, seules celles avec une anorexie ou une boulimie mentale ont été choisies. Sur 282 femmes choisies, 179 ont respecté la durée du traitement et 141 ont retourné leur questionnaire post traitement.</p> <p>Le fait de choisir que le sexe féminin, l'anorexie et la boulimie mentale permet aux auteurs d'avoir des résultats plus précis.</p> <p>Les auteurs expliquent que l'estimation de la taille de l'échantillon (86 participantes) s'est faite avec l'indice de Cohen. De ce fait, un échantillon de 141 participantes était suffisant. 24 des participantes avaient une anorexie mentale restrictive, 30 avaient une hyperphagie et 87 participantes avec une boulimie nerveuse.</p>
Considérations éthiques	<p>Il n'y a pas d'information sur la sauvegarde des droits des participantes, cependant les participantes ont été informées de la procédure ainsi que l'objectif de l'étude. Leur consentement a été demandé.</p> <p>Il n'y a pas d'information sur les moyens pour minimiser les risques de l'étude. L'étude se base sur des auto-évaluations de la part des patientes et des tests effectués par du personnel compétent (psychiatre, psychologue, clinicien).</p>
Devis de recherche	<p>Cet essai est une étude mixte.</p> <p>Le devis de la recherche permet à l'étude d'atteindre son but et de répondre aux hypothèses. Les auteurs ont choisi des échelles (dont certaines utilisent l'auto-évaluation des patientes) pour évaluer : la dépression, les troubles alimentaires, le diagnostic d'anorexie mentale et de boulimie nerveuse et l'attachement et les troubles d'attachements.</p> <p>Il n'y a pas d'information sur les critères scientifiques respectés par le devis de recherche, mais les instruments utilisés ont démontré leur validité.</p>
Modes de collectes de données	<p>Les outils de mesure sont clairement décrits et permettent de mesurer les variables. Les instruments choisis pour analyser les variables sont importés de la littérature. Les hypothèses de la recherche sont bien ciblées.</p> <p>Diagnostic de l'anorexie mentale et de la boulimie nerveuse : un psychologue et un psychiatre ont posé un diagnostic de troubles alimentaires pour chaque participante en fonction des critères du Manuel diagnostique et statistique (DSM) ; American Psychiatric Association (2000), des troubles mentaux.</p> <p>Trouble d'attachement : pour évaluer l'attachement, le questionnaire sur le type d'attachement en anglais « the attachment style questionnaire (ASQ) » de Freeney, Nollar et Hanrahan (1994), a été utilisé. Ce questionnaire est une auto-évaluation. Les auteurs indiquent que l'échelle d'ASQ a montré un bon niveau de validité.</p>

	<p>La dépression : pour évaluer la dépression, les auteurs ont utilisé l'échelle des centres des études d'épidémiologie en anglais « Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CESD)» Radloff (1977).</p> <p>Les troubles alimentaires : l'inventaire des troubles alimentaires a été choisi pour évaluer les troubles alimentaires des participantes.</p>
Conduite de la recherche	<p>Des explications sont données sur le processus de collecte et d'enregistrement des données.</p> <p>Après avoir accepté d'assister au programme de l'hôpital de jour, les participantes ont suivi une consultation et ont reçu un diagnostic. Par la suite, elles ont complété plusieurs questionnaires (ASQ, CESD, etc.).</p> <p>Toutes les participantes ont donné leur consentement éclairé. Le conseil d'éthique de la recherche de l'institution a approuvé l'utilisation des données des participantes pour la recherche.</p> <p>Le programme de l'hôpital de jour accueille maximum huit patients à la fois et est organisé sur quatre jours par semaine de 9h à 18h durant douze à quatorze semaines. Le programme prend en charge l'alimentation, les symptômes des troubles alimentaires, les troubles de l'humeur et des relations interpersonnelles. Il comprend des repas surveillés et différentes thérapies telles que l'art thérapie et les thérapies familiales. Le personnel est composé d'un psychiatre, de deux psychologues, d'une infirmière et d'une aide sociale.</p> <p>Il n'y a pas d'information sur les variables indépendantes.</p>
Analyse des données	<p>Des analyses statistiques ont été effectuées pour cette étude.</p> <p>Les méthodes d'analyse sont décrites. Pour tester les différences de groupe dans les variables de prétraitement, ils ont effectué des analyses de variance univariées. Les différences significatives de groupe ont été examinées au moyen des tests de comparaison multiple de post-hoc de Tukey. Pour évaluer si la diminution des symptômes de dépression les auteurs ont effectué un test t d'échantillon apparié. Pour évaluer l'indice de changement des symptômes dépressifs, ils ont calculé les scores de changement résiduel des symptômes dépressifs en pré et post traitement.</p> <p>Les facteurs susceptibles d'influencer les résultats ne sont pas précisément définis.</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les auteurs présentent un tableau avec les données démographiques et les scores des différentes échelles utilisées (pré et post traitement). La suite des résultats est expliquée par un texte narratif.</p> <p>Sur les 53 participantes avec une anorexie mentale restrictive 58.8% ont terminé leur traitement. Sur les 82 participantes avec une hyperphagie, 56% ont terminé leur traitement. 75.6% des participantes avec une boulimie nerveuse ont terminé leur traitement. Et donc les participantes atteintes d'une boulimie nerveuse sont celles qui ont majoritairement terminées l'étude.</p> <p>En ce qui concerne la première hypothèse, les auteurs expliquent que les symptômes dépressifs ont diminué de manière significative pendant le traitement. 126 des participantes avaient un score de dépression significativement diminué, après le traitement. 74 de ces participantes n'avaient plus de symptômes dépressifs. Une étude semblable à cette étude, Illing et al. (2010), effectuée précédemment avait aussi déclaré des améliorations de l'état dépressif chez les participantes.</p>

DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>La conclusion de l'étude découle logiquement des résultats de l'analyse. Les limites de l'étude ont été définies.</p> <p>Cette étude a évalué si le traitement de l'hôpital de jour pour une anorexie mentale et/ou une boulimie nerveuse a une influence positive sur les symptômes dépressifs. Il était aussi question de savoir si le diagnostic de troubles alimentaire et/ou le trouble d'attachement ont influencé ce changement. La première hypothèse était qu'une diminution des symptômes dépressifs était observable chez les femmes qui suivaient un programme de traitement à l'hôpital de jour. Les résultats de l'étude ont soutenu cette hypothèse. Cette constatation est conforme aux recherches antérieures sur l'efficacité du traitement hospitalier dans la réduction des symptômes dépressifs.</p> <p>La deuxième hypothèse de cette étude était que les participantes atteintes de boulimie nerveuse rencontreraient des réductions plus importantes de la dépression que celles qui ont une anorexie mentale. Cette hypothèse n'a pas été approuvée. Les participantes ont connu des réductions des symptômes dépressifs, quelle que soit leur pathologie. Conformément à la recherche précédente, les participantes avec une hyperphagie ont présenté des taux significativement plus élevés de dépression (prétraitement) que celles atteintes de boulimie nerveuse et l'anorexie mentale restrictive. Malgré les différents au niveau de la dépression, les participantes ont toutes vécu des améliorations au niveau des symptômes dépressifs.</p> <p>La troisième hypothèse était qu'un trouble d'attachement moins important engendrerait des réductions plus importantes au niveau de dépression. Les résultats de l'étude ont soutenu cette hypothèse. Les résultats obtenus dans cette étude sont conformes aux résultats des études antérieures sur le même sujet.</p> <p>Les auteurs expliquent qu'il y a eu plusieurs limites suite à cette étude. Le recueil des données était compliqué, étant donné que le programme de l'hôpital de jour a une structure d'admission progressive dans laquelle un nouveau membre remplace un membre qui termine son traitement.</p> <p>L'absence de suivi a empêché les auteurs d'évaluer si la réduction des symptômes dépressifs était maintenue à long terme. De plus, les résultats de l'étude n'indiquent pas quel programme de l'hôpital de jour a été le plus efficace dans la réduction des symptômes dépressifs.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Les auteurs évoquent les conséquences de cette étude pour la pratique clinique. Des recommandations sont faites pour améliorer les résultats des recherches futures sur ce sujet. Malgré les limites de l'étude, les données sont suffisamment riches pour appuyer les conclusions.</p> <p>Les recherches futures pourraient examiner quels aspects du programme prédisent des réductions de symptômes dépressifs et si des groupes de thérapie spécifiques ne seraient pas plus efficaces pour les patientes en vue de leur situation.</p> <p>Cette étude reposait sur une mesure d'auto-évaluation de l'attachement. Il est recommandé pour les recherches futures, d'utiliser une méthode d'entrevue pour évaluer les troubles d'attachement, car les questionnaires d'auto-évaluation n'évaluent pas les aspects qui dépassent la conscience de la patiente.</p> <p>Les recherches futures pourraient déterminer si les résultats de cette étude se généralisent à des échantillons plus hétérogènes. Effectivement, la relation entre les troubles alimentaires et la dépression peut différer selon les groupes ethniques et les sexes.</p>

	<p>Les auteurs indiquent que les résultats de cette étude ajoutent à la littérature des informations sur la pertinence de la théorie de l'attachement en lien avec les troubles alimentaires. Cette étude démontre que les troubles d'attachement peuvent avoir une influence sur l'efficacité de traitement pour les troubles alimentaires. Il est donc important d'adapter les traitements des troubles alimentaires aux styles d'attachement des patients. Cette méthode de traitement peut aussi réduire les symptômes de la dépression.</p>
--	--