



Quelles sont les interventions qui permettent d'améliorer l'adhérence aux antipsychotiques pour les personnes souffrant de schizophrénie ?

Lucie Jungo

Étudiante Bachelor – Filière Soins infirmiers

Marine Cuennet

Étudiante Bachelor – Filière Soins infirmiers

Laura Conne

Étudiante Bachelor – Filière Soins infirmiers

Directeur de travail : Christian Brokatzky

**TRAVAIL DE BACHELOR DÉPOSÉ ET SOUTENU A LAUSANNE EN 2015 EN VUE DE
L'OBTENTION D'UN BACHELOR OF SCIENCE HES-SO EN SOINS INFIRMIERS**

**Haute Ecole de Santé Vaud
Filière Soins infirmiers**

Résumé

Problématique : La schizophrénie est une maladie psychiatrique se caractérisant par une perte de contact du sujet avec la réalité. Le traitement médicamenteux de la schizophrénie consiste en la prescription d'antipsychotiques. Il est constaté que de nombreux patients ne sont pas adhérents à ces médicaments. Or, cette non-adhérence est l'une des causes pouvant amener à des rechutes et à des ré-hospitalisations du patient et donc à une baisse de la qualité de vie. Ce travail traite des interventions infirmières qui visent à améliorer l'adhérence aux antipsychotiques chez les personnes souffrant de schizophrénie. Le cadre théorique de Cheryl Cox permet d'appuyer l'importance de la relation patient-soignant et la prise en considération des caractéristiques propres au patient ayant une influence sur les résultats de santé.

Méthode : une recension narrative à partir des bases de données CINAHL et Pub Med a permis de sélectionner 10 articles.

Résultats : Les résultats exposent différentes interventions spécifiques fournies par des infirmières en santé mentale. Elles comprennent l'éducation à la famille et au patient, des thérapies de type motivationnel et/ou cognitivo-comportemental, orientée sur le système de soins ou basées sur des appels téléphoniques. Cinq se sont révélées probantes.

Conclusions : La relation qu'implique la mise en place de ces interventions est influencée par les caractéristiques des patients. Les recommandations mises en avant concernent la mise en place de plusieurs interventions au lieu d'une seule.

Mots clés : schizophrénie, adhérence, antipsychotique, interventions infirmières, « alliance thérapeutique », « Interaction Model of Client Health Behaviour »

Avertissement

Les prises de position, la rédaction et les conclusions de ce travail n'engagent que la responsabilité de ses auteurs et en aucun cas celle de la Haute Ecole de Santé Vaud, du Jury ou du Directeur du Travail de Bachelor.

Nous attestons avoir réalisé seules le présent travail, sans avoir utilisé d'autres sources que celles indiquées dans la liste de références bibliographiques.

Le 10 juillet 2015 Laura Conne, Marine Cuennet, Lucie Jungo

Remerciements

Nous tenons à remercier en premier lieu, notre directeur de travail de Bachelor, M. Christian Brokatzky pour toute l'aide apportée dans ce travail ainsi que pour sa soutenance précieuse.

Nous remercions également M. Cédric Mabire pour ses apports concernant la méthodologie ainsi que le cadre théorique.

Enfin, nous remercions nos familles respectives, et plus particulièrement Mme. Nathalie Jungo et M. Gérald Cuennet.

Table des matières

1	Introduction	1
2	Problématique.....	2
2.1	L'expérience schizophrénique.....	2
2.2	Diagnostic de la schizophrénie.....	4
2.3	Epidémiologie et qualité de vie	4
2.4	L'adhérence au médicament.....	4
2.5	Le traitement médicamenteux « antipsychotique »	5
2.6	Les interventions infirmières.....	7
2.7	Question de recherche	8
3	Cadre de référence	9
4	Méthodologie.....	13
4.1	Base de données	13
4.2	Mots clés et descripteur.....	13
4.3	Critères d'inclusion et d'exclusion.....	14
4.4	Stratégie de recherche documentaire.....	14
4.5	Autres sources	16
4.6	Articles retenus.....	17
5	Résultats.....	18
5.1	Présentation des résultats.....	18
5.2	Tableaux récapitulatifs	28
5.3	Synthèse des résultats.....	38
5.4	La « singularité du patient »	38
5.4.1	Les caractéristiques pouvant augmenter l'adhérence médicamenteuse.....	38
5.4.2	Les caractéristiques augmentant moins ou pas l'adhérence médicamenteuse.....	38
5.5	« L'interaction client professionnel ».....	39
5.5.1	Le « soutien affectif ».....	39
5.5.2	Les « informations sur la santé ».....	39
5.5.3	Le « contrôle décisionnel ».....	40
5.5.4	« Les techniques ou compétences professionnelles ».....	40
5.6	Les « résultats de santé ».....	40
5.6.1	Augmentation significative de l'amélioration de l'adhérence aux antipsychotiques	41
5.6.2	Peu ou pas d'amélioration significative de l'adhérence aux antipsychotiques.....	41
5.7	Tableau de synthèse des résultats.....	42
6	Discussion.....	43
6.1	Réponse à la question de recherche.....	43

6.2	Mise en perspective avec la problématique.....	44
6.3	Mise en perspective des résultats avec le cadre théorique.....	44
6.4	Limites générales du travail	45
6.5	Transférabilité des résultats.....	46
6.6	Recommandations pour la pratique et la recherche.....	47
7	Conclusion.....	48
	Liste de références.....	49
	Annexes.....	55

1 Introduction

Dans le cadre de la formation Bachelor en soins infirmiers, qui se déroule sur trois ans, il est demandé d'effectuer un travail de Bachelor afin de concrétiser les connaissances acquises durant ces années d'études. Le but de ce travail est de répondre à une question de recherche par le biais d'une recension narrative. Ce travail se porte sur les interventions infirmières mises en place ainsi que leur efficacité en terme d'amélioration de l'adhérence médicamenteuse aux antipsychotiques chez les personnes souffrant de schizophrénie.

En effet, la non adhérence aux antipsychotiques chez les personnes souffrant de schizophrénie est une problématique très fréquente et implique des conséquences cliniques, sociales et économiques importantes. Durant nos stages en psychiatrie, nous avons souvent rencontré cette problématique, car l'une des causes les plus fréquentes d'hospitalisations de ces patients atteints de schizophrénie était due à la non adhérence aux antipsychotiques. Ainsi un questionnement s'est posé sur quelles interventions les infirmières pourraient effectuer afin de pallier à ce problème. Ainsi, lors de ces stages en psychiatrie, nous avons pu voir des interventions mises en place dans le but d'aider les patients schizophrènes à prendre leur médication antipsychotique, sans pour autant observer une amélioration de cette adhérence médicamenteuse. Ce problème persistant depuis de nombreuses années, nous a amené à nous questionner sur la présence de ces interventions ainsi que leur efficacité.

Pour répondre à la question de recherche, ce travail se compose de différentes parties. Pour commencer la problématique est posée afin de mettre en avant les concepts étant liés à la question de recherche. Ensuite, les concepts de la problématique sont mis en lien avec le cadre de référence qui est issu d'une théorie infirmière. Après cela, la méthodologie est décrite, puis la présentation et la synthèse des résultats d'articles, étant préalablement analysés, seront exposés afin de démontrer, non seulement, notre compréhension des différents articles mais également, afin de pouvoir mettre en avant un avis critique dans la discussion avant de terminer par la conclusion.

2 Problématique

2.1 L'expérience schizophrénique

Depuis plus d'un siècle, différents auteurs ont entrepris la tâche de décrire la schizophrénie. Emile Kraepelin introduit en 1893, le terme de « démence précoce » afin de représenter un état d' « d'abêtissement » intellectuel qui frappe les jeunes sujets. C'est en 1908, qu'Eugène Bleuler, un psychiatre Suisse, proposa pour la première fois le mot « schizophrénie » pour exprimer les caractéristiques psychologiques principales vécues par le malade : la dissociation des fonctions psychiques (Daléry, d'Amato & Saoud, 2012, p.10). Contrairement à Kraepelin, il essaya d'expliquer le caractère « psychodynamique » des symptômes et non seulement de les décrire (Bottéro, 2011, p.201).

Ci-dessous, le « point de vue » phénoménologique, qui est une démarche de compréhension du vécu du malade et de son rapport au monde dans sa globalité, sera exposé à travers différents auteurs significatifs qui parlent de cette expérience du schizophrène, du trouble générateur de cette maladie. Eugène Minkowski, l'un des fondateurs de l'approche phénoménologique en psychiatrie, a cherché à montrer ce qu'il y avait de « commun au mode d'existence » des personnes souffrant de schizophrénie (Bovet, 2007, p.59). Il considère la schizophrénie comme une affection bouleversant la personne humaine toute entière (Petitjean F. & Marie-Cardine M., 2003, p.84). Pour Minkowski, Le fond même du processus schizophrénique est une « perte de ce contact vital avec la réalité ». Cela se manifestant par un défaut de la capacité du malade à « résonner en accord avec le monde », d'être en relation avec soi et avec les autres (Bovet, 2007, p.59). « Ce que le schizophrène perd, n'est pas la possibilité d'un simple contact sensoriel avec l'ambiance mais la dynamique de ces contacts, c'est-à-dire tout ce qui fait le caractère vivant, dynamique de la relation du sujet à autrui » (Minkowski, 1927, p.8). L'ambiance semble ne plus les atteindre. Cette ambiance « est ce flot mouvant qui nous enveloppe de toutes parts et qui constitue le milieu sans lequel nous ne saurions vivre » (Minkowski, 1927, p.48). Par la suite, Racamier souligne que les schizophrènes ont des difficultés à se sentir exister, ils se sentent comme extérieurs à eux-mêmes. Cette difficulté est due au fait « qu'ils rejettent leur ambivalence » (Racamier, 1980, p.62). Cette ambivalence, comme l'entend Racamier, est celle décrite par Bleuler [traduction libre] (1950, cité dans Docherty, Sponheim & Kerns, 2014, p.1), comme la tendance à dénoter un même objet à la fois avec une émotion négative et une émotion positive. Au sens phénoménologique, les expériences psychotiques sont décrites comme « un vécu de l'évanouissement du Je, une syncope du sentiment du moi, se traduisant par une impression, non dépourvue d'angoisse, d'étrangeté indicible, de vacillation, de chute ou d'éclipse, et de confusion ou tout au contraire de contact extrême et cru : une ultra-dépersonnalisation momentanée qui est induite par une modification massive et soudaine du régime général des investissements » (Racamier, 1980, pp. 71-72).

D'autres théoriciens parlent de la schizophrénie comme étant la pathologie de la « conscience de soi », le sujet présenterait une altération de cette « conscience de soi ». Le concept de « soi » s'associe à la capacité d'être conscient de sa propre existence et de vivre sa vie en tant que « je », en étant le sujet de ses propres expériences (Potheegadoo, 2014, p.20). Le schizophrène perd cette « conscience de soi », qui devient indivisible de celle des autres [...] ou il ne peut intégrer le monde dans la réalité, ainsi « la raison s'efface » (Peretti, Martin, & Ferreri, 2004, p.63). Sa relation à soi, aux autres et au monde est fortement altérée, l'amenant à souffrir d'un trouble profond dans son rapport avec autrui. Il n'y a plus de séparation entre son ressenti, sa pensée, ses actions et l'autre (Merlo, 2012, p.666).

Ce trouble de la cohérence du soi va engendrer chez le schizophrène des troubles de la conscience de son corps, du temps et d'autrui. Minkowski dit que « le schizophrène est privé de la faculté d'assimiler tout ce qui est mouvement et durée [...] » (Minkowski, 1927, p.127). Le rapport « subjectif » au temps et à l'espace est perturbé (Muldworf, 2010, p. 40) et amène ainsi l'individu à percevoir le temps et l'espace de manière spécifique. La « conscience de soi » implique la conscience de son corps. Chez les schizophrènes, le rapport à son propre corps peut aussi être fortement perturbé et ainsi altérer la perception de celui-ci. Selon Pankow, le schizophrène perçoit son corps comme une absence d'uniformité, un ensemble de morceaux, de parties désunies (Haouzir, Bernoussi, 2014, p.1-128). Cette perte de la « conscience de soi » se reflète par des angoisses, ces angoisses sont reliées à cette peur de destruction entre son corps et l'esprit. Searles (2012) décrit l'angoisse du schizophrène comme un sentiment de ne plus exister en tant qu'être. Winnicott dit de l'angoisse du schizophrène, qu'elle vient de la crainte de « l'effondrement du soi-unitaire [...] ou le sujet à l'angoisse de se dépersonnaliser, de ne plus être soi dans son corps, l'angoisse de la perte du sens du réel, l'angoisse d'être incapable d'entrer en relation avec les autres » (Haouzir, Bernoussi, 2014, p.1-128). Ces explications permettent de mettre en lumière la souffrance vécue par le sujet schizophrène

Ainsi, l'expérience du monde et des autres n'est pas ressentie comme sûre et stable, mais plutôt comme peu fiable et menaçante (Parnas & al. 2012, p.134). Comme explicité, le schizophrène va éprouver des difficultés à entrer en relation avec les autres. Cela sera pour lui une source de crainte et de méfiance. Cette difficulté à entrer en relation avec les autres peut être liée à des difficultés plus ou moins importantes et constant à « se mettre à la place de l'autre » et à le comprendre, y compris dans des situations a priori très simples » (Passerieux, 2013, p.25). Du point de vue relationnel, Passerieux (2013, p.25) souligne aussi qu'« il faut également prendre en compte le fait qu'une personne schizophrène aurait donc des difficultés à saisir le point de vue d'autrui ou ce qu'il sous-entend ». De cette constatation, peut découler le fait que la communication avec une personne schizophrène peut ainsi être « émaillée de malentendus, voire d'incohérence » (Passerieux, 2013, p.25).

De ces difficultés interpersonnelles, va émaner « [...] une tendance au retrait et à un vécu globalement persécutif » (Passerieux, 2013, pp.25-26).

2.2 Diagnostic de la schizophrénie

La psychiatrie moderne utilise la classification symptomatologique pour diagnostiquer la schizophrénie. Celui-ci repose sur l'association de plusieurs symptômes tels que des «symptômes positifs» : idées délirantes, hallucinations, discours désorganisé, trouble du comportement et des symptômes négatifs : alogie (manque ou déclin de la parole), aboulie (manque ou baisse de motivation), émoussement des affects (American Psychiatric Association, 2013, p.99). Une personne atteinte de schizophrénie peut avoir des hallucinations et une diminution de la réponse émotionnelle tandis qu'une autre peut avoir des idées délirantes et des troubles de l'attention. Il n'y a pas de symptôme qui permette d'affirmer le diagnostic de schizophrénie (Franck, 2013, p.2), « il n'est qu'un indice indirect du vécu du patient » (Martin, Piot, 2011, p.782).

2.3 Epidémiologie et qualité de vie

La schizophrénie est une maladie mentale chronique, affectant 1 à 2 % de la population mondiale (Bradford, Perkins, Lieberman, 2003, p.2265). Elle débute généralement à la fin de l'adolescence ou au début de l'âge adulte (HauteCouverture, Limosin, Rouillon, 2006, p.461) L'espérance de vie chez les personnes atteintes de schizophrénie est plus courte que celle de la population générale, ceci en raison d'un taux de suicide élevé et la mort prématurée due à diverses causes médicales [traduction libre] (McGorry & al., 2005, p.6). Une large gamme de comorbidités sont communes dans la schizophrénie et ont le potentiel d'affecter l'emploi et la réponse à la réadaptation professionnelle [traduction libre] (McGurk, Mueser, DeRosa, & Wolfe, 2009, p.320).

Les personnes souffrant de schizophrénie éprouvent généralement un éventail de difficultés psychosociales. Ces difficultés psycho-sociales peuvent donc être caractérisées comme des limitations d'activités et des restrictions de participation dans des domaines tels que le travail, la vie familiale et les activités de loisirs [traduction libre] (Świtaj & al. 2012, p.2). Cette pathologie peut parfois aller jusqu'à dévaster la vie des personnes qui en souffrent et celle de leurs familles [traduction libre] (Wilkinson & al., 2000, p.42). Pour Sartorius, les personnes atteintes de schizophrénie souffrent de détresse, de handicap, d'une baisse de productivité et d'une baisse de la qualité de vie [traduction libre] (1997, cité par Wilkinson & al., 2000, p.42). Selon Melau & al., les patients traités inadéquatement ont un risque de pronostic moins favorables et une moins bonne qualité de vie [traduction libre] (2011, cités dans Johansen, Iversen, Melle & Hestad, 2013, p.1).

2.4 L'adhérence au médicament

L'adhérence thérapeutique renvoie à une volonté et à une approbation réfléchie de l'individu à prendre en charge sa maladie, alors que la compliance renvoie à la conformité thérapeutique (Lamouroux, Magnan, Vervloet, 2005, p.33). Elle s'intéresse donc au point de vue du patient et à sa coopération dans la prise en charge de sa pathologie.

L'adhérence médicamenteuse correspond au fait que le patient prend son traitement médicamenteux tel qu'il est prescrit mais également au fait qu'il continue à le prendre (Friocourt, 2011, p.7).

Le terme compliance, quant à lui, à la même signification que le terme observance. Il se définit par le respect du patient de sa prescription médicamenteuse (Paillot, Csillik, 2008, p.32). Selon Floris et al. (2005) la compliance se définit « comme un acquiescement, une action conforme à..., une basse complaisance, une soumission... répondant au verbe complaire ce qui introduit les notions de volonté du soignant, de soumission et de désir de plaire du patient » (p.4).

En regard de ces deux définitions, il est plus pertinent d'utiliser, le terme adhérence que celui d'observance (compliance en anglais) car il implique une participation active du patient en collaboration avec le soignant dans sa prise de traitement médicamenteux.

Ce travail se focalise donc sur l'adhérence médicamenteuse aux neuroleptiques au lieu de l'adhérence thérapeutique, qui renvoie au traitement global (comme par exemple la psychothérapie, le régime alimentaire, etc...), même si ces deux définitions sont intimement liées car l'adhérence médicamenteuse fait partie de l'adhérence thérapeutique.

Dans la littérature, la « non adhérence » n'est pas explicitement définie; c'est à partir de l'adhérence que l'on peut l'élaborer, en la considérant comme son opposé. La non adhérence médicamenteuse correspond donc au fait que le patient ne suive pas la prescription médicamenteuse [traduction Libre] (Aldridge, 2012, p.86).

2.5 Le traitement médicamenteux « antipsychotique »

La prise en charge de la schizophrénie est multidimensionnelle et a comme objectif le rétablissement de la personne. Cela implique un traitement médicamenteux spécifique et un traitement non-médicamenteux, tel que la psychothérapie et des interventions psychosociales.

Le traitement médicamenteux de la schizophrénie s'appuie essentiellement sur les antipsychotiques qui se nomme aussi « neuroleptiques ». « Les antipsychotiques sont des médicaments symptomatiques, c'est-à-dire qu'ils traitent les symptômes (signes) psychotiques, mais ils ne sont pas curatifs: ils n'agissent donc pas sur la cause de la pathologie mais sur ses conséquences » (De Nayer, & al. 2013, p.10).

Ces médicaments sont « efficaces et permettent une atténuation voire une disparition des symptômes, une amélioration du fonctionnement psychosocial, et une diminution de la fréquence des rechutes » (Schmitt, Lefebvre, Chéreau & Llorca, 2005, p.154). « Les antipsychotiques restent à l'heure actuelle, la pierre angulaire des stratégies thérapeutiques de la schizophrénie » (Lotstra, Lestienne, De Nayer, 2010, p.230). Il faut souligner, que malgré leur efficacité cliniquement prouvée, certains patients schizophrènes montrent une absence d'amélioration significative des symptômes, du fait d'une résistance à ces médicaments.

Le médicament antipsychotique n'a pas seulement comme fonction l'amélioration significative de la symptomatologie du patient, il fait partie du projet thérapeutique. Il joue ce rôle de médiateur de la relation entre le soignant et le patient. Il va « venir soulager la souffrance, limiter les troubles du comportement, et ainsi rendre à nouveau possible le dialogue et l'instauration d'une relation de confiance » (De Luca, Jeanne, Chenivresse, 2005, p.716). Le neuroleptique permet par un renforcement narcissique, une reconstruction du patient comme, accessible à une certaine conscience de la réalité, de ses troubles, et capable de s'engager dans un projet de vie (De Luca, Jeanne, Chenivresse, 2005, p.716).

Malgré leurs effets bénéfiques cliniques prouvés, les antipsychotiques posent un problème majeur, car ceux-ci impliquent un taux élevé de non adhérence chez les schizophrènes. Dans la littérature, la prévalence mondiale de la non adhérence aux antipsychotiques est en moyenne de 50% pour les patients atteints de schizophrénie.

Le défaut d'adhérence médicamenteuse est « responsable d'une augmentation du nombre d'hospitalisations, d'un accroissement de la morbidité et de la mortalité. Les conséquences sont une diminution de la qualité de vie pour les patients et une augmentation du coût pour la société » (Misdrahi, Llorca, Lançon & Bayle, 2002, p.266).

Maintenir une adhérence aux médicaments est un vrai défi pour la personne souffrant de schizophrénie. Pour comprendre les raisons qui engendrent une non adhérence aux antipsychotiques, il faut se pencher sur les différentes dimensions qui influencent celui-ci qui sont les dimensions liées aux médicaments, au patient et à la relation.

Selon Fleischhacker, Meise, Günther & Kurz, c'est un ensemble de différents facteurs, tels que le type et la durée du traitement et les effets secondaires des antipsychotiques, qui exercent une influence sur l'adhérence médicamenteuse. Les effets secondaires des antipsychotiques tels que le « syndrome extrapyramidal », « l'akathisie », la sédation, un gain de poids et des dysfonctions sexuelles sont connus pour avoir une influence sur l'adhérence médicamenteuse [traduction libre] (1994, p.11).

Du point de vue des patients, ils se plaignent du manque d'information sur les buts thérapeutiques recherchés, les risques d'interaction des principes actifs entre eux ou avec d'autres substances et la perception des bénéfices de ce traitement (Palazzolo, Weibel, Midol, Dunezat, 2007, p.320-321). Une autre dimension liée à la maladie, souvent évoquée dans la littérature, est le défaut « d'insight » (terme anglo-saxon) ou absence de conscience morbide qui peut entraîner un refus du traitement. Car l'absence de prise de conscience de la maladie, interfère avec la perception d'un bénéfice thérapeutique (Floris et al., 2005, p.11). Plusieurs études soulignent que l'un des facteurs prédictifs de l'adhérence médicamenteuse est la qualité de la relation soignant-soigné. L'alliance thérapeutique est importante dans le traitement de la schizophrénie afin de favoriser l'adhérence médicamenteuse (Johansen, Iversen, Melle & Hestad, 2013 p.2).

2.6 Les interventions infirmières

Avant de mettre en place des interventions, le soignant va aller à la rencontre du schizophrène. Ce premier contact est très délicat pour le patient, car celui-ci est « fragilisé » par ces troubles et éprouve des difficultés à entrer en relation avec autrui. La définition de M. Sechehaye permet de comprendre cette relation qui s'instaure peu à peu entre le schizophrène et son thérapeute : « L'individu souffrant de schizophrénie a besoin de temps, de temps pour apprendre à croire à la vie, pour retrouver confiance dans les autres, pour, lentement dégager une silhouette, celle du thérapeute, qui peut se détacher du chaos et prendre forme dans son univers opaque, instable et désorganisé » (Enjalbert, 2006, p.139).

Ainsi la relation qui va s'instaurer progressivement entre le soignant et le patient va permettre d'établir une « alliance thérapeutique ». Celle-ci se définit, Selon Bordin (1979), comme la collaboration entre le client et son thérapeute (soignant), basé sur le développement d'un lien d'attachement ainsi qu'un engagement partagé sur les objectifs de la thérapie et les tâches permettant de réaliser ces objectifs (Lustig, Strauser, Rice, Rucker, 2002, p.24) cela sous-entend une participation active des 2 partenaires du soin. Elle est la première étape du processus psychothérapeutique et doit être maintenue tout au long de celui-ci (Cungi, 2011, p.82). « Etablir une bonne « alliance thérapeutique » c'est passer de l'étape « relationnelle » à l'étape « collaborative » » (Cungi, 2001, p.82). L'une des composantes centrale pour permettre l'élaboration de cette alliance est l'empathie. Comme l'explique Rogers, un soignant doit être empathique et doit savoir développer son aptitude à « bien percevoir la réalité que vit le patient », cela inclut son contexte, son vécu émotionnel, affectif et cognitif (Cungi, 2001, p.82). Cette attitude va permettre au soignant de comprendre le vécu intérieur du patient schizophrène.

Cette première étape est primordiale afin de pouvoir travailler en partenariat avec le patient schizophrène, afin qu'il soit au centre du soin et qu'une prise de décision partagée soit établie.

L'infirmière, de par son attitude empathique, pourra guider le patient à identifier les facteurs qui influencent son adhérence au traitement médicamenteux. Ainsi, « il est impératif de chercher à acquérir une compréhension de la signification des médicaments du point de vue du patient » (Marland & Sharkey, 1999, p.1260) afin de pouvoir adapter son accompagnement en fonction des difficultés du patient dans sa prise en charge médicamenteuse.

Pour cela, les infirmières utilisent des interventions issues de l'entretien motivationnel. Celui-ci se définit comme une manière particulière d'aider les clients à reconnaître et à faire quelque chose de leurs problèmes actuels ou potentiels (Rubak, Sandbæk, Lauritzen, Christensen, 2005, p.305). L'entretien motivationnel respecte l'autonomie des individus et leur liberté de décision, il permet de travailler en collaboration. (Lecomte, 2010, p.3).

Selon Tay (2007, p.31), les interventions motivationnelles principales pour aider le patient à avoir le choix et prendre ses responsabilités quant au traitement se basent principalement sur la création d'une

atmosphère de non jugement, sur les préoccupations du patient, sur l'expression d'empathie et le soutien de l'auto-efficacité, terme désignant les croyances des individus quant à leurs capacités à réaliser des performances particulières (Bandura. 2003, p 475-476). Pour cela, Tay (2007, p.31) propose d'utiliser comme techniques l'écoute réflexive, la reformulation régulière, et des questions inductives. Ces techniques d'entretien permettent d'installer un rapport de partenariat entre le soignant et le soigné.

Elles vont aussi appliquer des interventions de type psychoéducatives. Selon Goldmann [traduction libre] (1988, cité dans Atri, Sharma, 2007, p.33), la « psychoéducation » est définie comme l'éducation ou la formation d'une personne avec un trouble psychiatrique dans des domaines qui servent les objectifs de traitement et de réadaptation, comme par exemple, l'amélioration de l'acceptation de la maladie, la promotion de la coopération active avec le traitement et la réadaptation, et le renforcement des habiletés d'adaptation qui composent des déficiences causées par les troubles.

Le rôle « d'éducatrice » du soignant consiste à donner des informations au patient ainsi qu'à sa famille sur sa pathologie. Cela peut permettre de réduire les préjugés et la stigmatisation envers ces médicaments (Waddel, Taylor, 2009, p. 49). Elle a aussi pour objectif de responsabiliser le patient sur la prise du traitement [traduction libre] (Marland & Sharkey, 1999, p.1255). L'éducation est un processus progressif par lequel une personne acquiert des connaissances et la compréhension à travers l'apprentissage. Le but du processus éducatif d'un patient est de permettre à celui-ci de se livrer à un changement de comportement [traduction libre] (Xia, Merinder, Belgamwar, 2011, p.3).

Les infirmières en milieu psychiatrique ont donc un rôle important dans le soutien de l'adhésion au traitement chez les patients (Tay, 2007, p.36). L'objectif est d'accompagner le patient schizophrène afin qu'il soit l'acteur de sa maladie et cela passe par la décision propre de suivre son traitement antipsychotiques.

2.7 Question de recherche

Quelles sont les interventions qui permettent d'améliorer l'adhérence aux antipsychotiques pour les personnes souffrant de schizophrénie ?

3 Cadre de référence

Ce chapitre présente un cadre de référence issu des sciences infirmières. Il s'agit du modèle de Cox « Interaction Model of Client Health Behaviour ». Cette théorie a été choisie car non seulement elle met en avant l'importance de la prise en compte de l'identité du patient mais, elle expose également l'influence de la « singularité du patient » sur la relation soignant-soigné. Ce cadre théorique permet d'illustrer les interventions infirmières présentées dans la problématique. Ce chapitre présente dans un premier temps les trois concepts spécifiques de la théorie de Cheryl Cox, soit « la singularité du client », « l'interaction client-professionnel » et les « résultats de santé », puis il illustre le concept central, soit « l'interaction client-professionnel », de cette théorie avec la problématique exposée dans cette recherche.

Le terme « patient » est dérivé du mot latin « pati » qui signifie souffrir [traduction libre] (Ramdass, Naraynsingh, Maharaj, Badloo, Teelucksigh, Perry, 2001, p.14). Le terme « client », lui, provenant du latin, signifie « cliens » qui désigne « celui qui suit, celui qui dépend de la protection des autres », ou encore « celui qui paie pour les biens et / ou services », qui est « dépendant » [traduction libre] (Shevell, 2009, p.770). Dans ce travail, le terme « patient » est préférable au terme « client » qu'utilise Cox car, le terme patient « est associé à une relation traditionnelle avec le médecin et client avec une relation d'affaire » [traduction libre] (Ritchie, Hayes, Ames, 2000, p.447-450).

Cheryl Cox a élaboré la théorie « Interaction Model of Client Health Behaviour » en 1982. Ce modèle a été élaboré pour décrire les antécédents multiples de l'interaction entre le comportement de protection de santé et la prise de risques, ainsi que pour identifier les comportements des prestataires qui affectent leurs « résultats de santé » [traduction libre] (Cox, 2003, p. E93).

Selon Cox, « ce modèle comprend trois éléments: « la singularité du client » (la configuration intrapersonnelle et contextuelle unique de l'individu), « l'interaction entre le client et le professionnel » (le contenu thérapeutique et le processus qui se produit entre le clinicien et le patient), et les « résultats de santé » (le comportement ou le résultat comportemental subséquent suite à une « interaction entre le client et le professionnel ») » [traduction libre] (2003, p. E93).

La « singularité du client »

La « singularité du client » est une catégorie qui correspond le plus souvent au terme de l'individualité du patient [traduction libre] (Brown, 1992, p. 39). Cet élément se compose de plusieurs variabilités de base qui sont : des caractéristiques démographiques (telles que l'âge le sexe et le niveau d'éducation), des influences sociales (telle que l'état matrimonial), des expériences précédentes de soins de santé (telles que une expérience et une durée d'hospitalisation) et de ressource environnementale (telle que l'assurance maladie) [traduction libre] (Tang, Soong, & Lim, 2013, p 52).

Les éléments influençant les interactions entre les professionnels et les patients se composent d'actions interpersonnelles par lesquelles les infirmières influencent le patient et gèrent son état clinique [traduction libre] (Brown, 1992, p40).

Selon Cox, les éléments de « la singularité du patient » et de « l'interaction client-professionnel » sont importants pour prendre des décisions concernant la santé actuelle et pour les comportements de santé à adapter ultérieurement. Bien que les éléments d'interaction entre le patient et le soignant s'adaptent sur les interventions des soignants, les infirmières et les éléments « d'interaction entre le client et le professionnel » sont des déterminants majeurs dans le « résultat de la santé » [traduction libre] (Brown, 1992, p. 40). « La singularité du client » agit en relation avec l'interaction entre le soigné et le soignant et inversement [traduction libre] (Brown, 1992, p. 39).

« L'interaction client-professionnel »

L'interaction entre le patient souffrant de schizophrénie et le soignant est importante dans la prise en charge. En effet, la qualité de la relation entre ces personnes et le soignant agit directement sur l'adhérence médicamenteuse de celui-ci (Palazzolo, Weibel, Midol, Dunezat, 2007, p.322). Cependant, les personnes souffrant de schizophrénie éprouvent souvent de la difficulté à entrer en relation avec autrui. L'interaction entre le patient et le soignant est donc importante afin d'augmenter le potentiel du « résultat de santé ». Les infirmières en psychiatrie vont fournir des interventions adaptées à « la singularité du client », tout en construisant une « alliance thérapeutique » avec celui-ci dans un but de changement de comportement face à sa médication de la part du patient.

Dans, sa théorie, Cox définit quatre facteurs faisant partie de « l'interaction client-professionnel » : le « soutien affectif », « informations sur la santé », le « contrôle décisionnel », et les « compétences professionnelles ou techniques » [traduction libre] (Cox 2003, p.E96).

Le « contrôle décisionnel »

Le « contrôle décisionnel » se définit par la reconnaissance des soignants quant à la capacité des patients à participer à la prise de décisions relatives à leurs propres soins de santé [traduction libre] (Cox, 2003, p. E96). Il se définit par le processus de création d'un climat dans le but de soutenir l'autonomie du patient [traduction libre] (Cox, 2003, p. E96).

Charles, Gafni et Whelan [traduction libre] (1997, cités dans Hamann, Langer, Winkler, Busch, Cohen, Leucht et Kissling, 2006, p.266) soulignent le fait que la prise de décision étant partagée explicitement va au-delà du consentement éclairé; Elle vise ainsi à réduire « l'asymétrie informationnelle et de pouvoir » qui règne entre les soignants et les patients en donnant d'avantages d'information et de contrôle sur les décisions de traitement des patients, ce qui va influencer leur bien-être.

Ainsi, l'infirmier, afin de faciliter le « contrôle décisionnel » du patient schizophrène, « [...] peut jouer le rôle d'une personne informée sans réellement revendiquer le rôle d'expert aux yeux du patient » (Early Psychosis Prevention and Intervention Centre [EPPIC], 2001, p.34). « Par exemple, il peut aider le patient à évaluer les effets du traitement sur les symptômes, les effets secondaires, et plaider en faveur d'une adaptation de la médication si elle semble inappropriée » (EPPIC, 2001, p.34).

De ce fait, l'infirmier en psychiatrie « [...] peut permettre au patient de demander des informations supplémentaires, de communiquer ses craintes au sujet des effets secondaires, de l'efficacité du traitement, et de se renseigner quant aux alternatives existantes » (EPPIC, 2001, p.22) cela afin de favoriser l'autonomie du patient.

Les « informations sur la santé »

Les rapports du Department of Health et le Royal College of Nursing [traduction libre] (1994, cités par Harris, Lovell & Day, 2002, p.475), soulignent l'importance pour les personnes souffrant d'une maladie mentale d'être actives dans la planification et le plan de traitement et de soins (2002, p.475). Cela demande des connaissances et un apport d'information suffisamment important. Cet apport de connaissance permettrait donc au patient d'avoir une meilleure compréhension des buts des neuroleptiques prescrits et donc d'avoir un « contrôle décisionnel » plus adéquat pour la personne souffrant de schizophrénie. Un patient qui bénéficie d'une information adaptée augmentera ses capacités de comprendre et ainsi collaborer durablement au traitement de sa maladie (Beauchamp, Lévy-Chavagnat, & Chavagnat, 2012, p.8).

Le « soutien affectif »

Dans sa théorie Cheryl Cox parle du « soutien affectif ». Ce soutien peut se définir par l'assistance aux besoins du patient [traduction libre] (Tang, Soong, & Lim, 2013, p.52). Le « soutien affectif » signifie que le fournisseur (c'est-à-dire le soignant) va se concentrer sur l'état émotionnel du patient et à la construction d'une relation tendant vers une adhésion au traitement pour le patient [traduction libre] (Cox, 2003, p. E96). Selon Cox, la composante de la relation du « soutien affectif » est le fondement principal sur lequel tous les autres facteurs d'intervention et d'interaction sont construits [traduction libre] (2003, p. E96).

Afin de créer ce soutien, il est important qu'une « alliance thérapeutique » soit établie.

Dans l'établissement de cette « alliance thérapeutique », la notion d'engagement de la part du soignant est plus que nécessaire, elle est primordiale dans l'établissement d'un bon contact avec le patient schizophrène (EPPIC, 2001, p.13). « Car le lien avec le patient est souvent ténu et très fragile, du fait même de la nature du trouble, [...] » (EPPIC, 2001, p.13).

La qualité de la relation entre l'infirmier et le patient schizophrène est un point capital qui influence l'adhésion au traitement (EPPIC, 2001, p.12), qui inclura l'adhérence à la médication. Pour instaurer

cette relation le soignant devra « [...] parvenir à créer un contact authentique avec le patient [...], en respectant les expériences que vit ce dernier, les préoccupations qu'il peut éprouver et le soutenir dans ses tentatives de se confronter à la réalité » (EPPIC, 2001, p.12).

Les « techniques ou compétences professionnelles »

Les « compétences professionnelles ou techniques » se réfèrent à la capacité d'un soignant d'interagir avec un client de manière adaptée à la singularité de celui-ci [traduction libre] (Cox, 2003, p. E96).

Pour Jones et Jones [traduction libre](2007, cités dans Pringle, 2013, p.507), la première tâche du soignant est d'explorer le point de vue du patient sur son traitement médicamenteux, en identifiant ce qui lui est utile, ce qui l'est moins, puis de par cette collaboration, prendre en considération les préférences que le patient atteint de schizophrénie a de son traitement [traduction libre] (Pringle, 2013, p.507). Pour parvenir à cette exploration du point de vue du patient sur son traitement, il existe différentes stratégies qui peuvent être utilisées pour engager les utilisateurs de services dans les conversations liées à la santé [traduction libre] (Pringle, 2013, p.507). Pour Baker et Fletcher [traduction libre] (2009, cités dans Pringle, 2013, p.507), l'utilisation, par exemple, des compétences de communication de base tels que l'empathie et le fait d'être chaleureux, peut également soutenir des stratégies de résolution de problèmes.

De ce fait, les compétences que l'infirmière va développer afin d'aider le patient schizophrène à avoir une meilleure adhérence à son traitement médicamenteux seront liées à la compréhension qu'il aura du raisonnement qui induit le traitement, tout comme ses risques et ses bénéfices probables (EPPIC, 2001, p.34). C'est ainsi que l'infirmière va se trouver en bonne position pour encourager l'adhérence au traitement médicamenteux. (EPPIC, 2001, p.34).

Les « résultats de santé »

« Les résultats de santé » comprennent l'utilisation des services de soins de santé, les indicateurs de l'état de santé cliniques, la gravité des problèmes de soins de santé, l'adhérence au régime de soins recommandés et la satisfaction des patients avec les soins apportés [traduction libre] (Gochman, 1997, p.81). Dans ce travail, le résultat ciblé est l'amélioration de l'adhérence médicamenteuse chez les personnes souffrant de schizophrénie.

4 Méthodologie

4.1 Base de données

Afin de pouvoir répondre à la question de recherche posée pour cette recension, différentes bases de données ont été utilisées : tout d'abord CINHAL (*Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*), une base de données spécialisée sur des articles en soins infirmiers, celle-ci paraît être la plus pertinente afin de pouvoir avoir un large éventail des différentes interventions infirmières permettant d'améliorer l'observance médicamenteuse chez les schizophrènes. Puis, PUBMED, la version *Medline* officielle de la *National Library of Medicine*, une base de données qui couvre la sphère biomédicale. Cette base de données a permis de compléter la recherche afin de répondre au mieux à la question de recherche.

Dans un dernier temps, la dernière base de données utilisée est PSYCHINFO, qui est une base de données spécialisée dans le domaine de la psychologie et psychiatrie. Cette base de données paraissait judicieuse mais aucun résultat concluant n'est apparu car cette base de données développe peu le rôle infirmier.

4.2 Mots clés et descripteur

Afin de réaliser cette stratégie de recherche, une liste de mots clés a été élaborée reprenant les différents concepts de la question de recherche. Ceux-ci ont été traduits en anglais. Puis les *MeSH Terms* ou *Subject Heading* correspondants aux mots clés ont été cherchés.

Concept de la question de recherche	Mot-clé :	CINHAL (subject headings)	PUBMED (Mesh terms)	PSYCHINFO (subject heading)
Adhérence	<ul style="list-style-type: none"> • Adherence • Observance • Compliance • adherence medication 	<ul style="list-style-type: none"> • medication compliance • patient compliance 	<ul style="list-style-type: none"> • medication adherence • patient compliance 	<ul style="list-style-type: none"> • Compliance • Treatment compliance
	<ul style="list-style-type: none"> • Nonadherence • Noncompliance • nonobservance 	<ul style="list-style-type: none"> • medication compliance • patient compliance 	<ul style="list-style-type: none"> • medication adherence • patient compliance 	<ul style="list-style-type: none"> • Rien
Schizophrénie	<ul style="list-style-type: none"> • Schizophrenia • schizophrenia diagnostic • schizophrenia definition • psychosis 	<ul style="list-style-type: none"> • schizophrenia • ICU psychosis • Psychotic disorders 	<ul style="list-style-type: none"> • schizophrenia • Schizophrenia and Disorders with Psychotic Features • Psychotic disorders 	<ul style="list-style-type: none"> • Schizophrenia • Psychosis • Mental disorders
Neuroleptique	<ul style="list-style-type: none"> • Antipsychotic • Neuroleptic 	<ul style="list-style-type: none"> • Antipsychotic agents, Phenothiazine 	<ul style="list-style-type: none"> • Antipsychotic agents • Antipsychotic agents 	<ul style="list-style-type: none"> • Neuroleptic drugs • Drug therapy •

Concept de la question de recherche	Mot-clé :	CINHAL (subject headings)	PUBMED (Mesh terms)	PSYCHINFO (subject heading)
			(pharmacological action)	
Hospitalisation	• hospitalisation	• hospitalisation	• Rien	• Rien
Rôle infirmier	• nurse role • nursing interventions • psychiatric nurses	• Nursing Role • Nurses by Role • Practical Nurses • Nursing Interventions • Emergency Nursing • Psychiatric Nursing • Practical Nurses	• Nurse's Role • Nursing Process • Psychiatric Nursing	• Rien

4.3 Critères d'inclusion et d'exclusion

Différents critères ont été posés, afin de préciser la recherche et de trouver des articles répondant à la question de recherche.

Critères d'inclusion :

- Population : personnes diagnostiquées schizophrènes (tous types confondus)
- Age : Pas de spécificité
- Langues : Anglais et français
- Articles internationaux
- Années : 2003-2015
- Article scientifique en entier (« full text »)

Les critères d'exclusion :

- Publication dans une langue autre que le français et l'anglais
- Recherches publiées avant 2003

4.4 Stratégie de recherche documentaire

Afin de trouver des articles répondants à la question de recherche, différentes équations de recherches ont été élaborées. Celles-ci ont été construites en associant les descripteurs *MeSH Terms* ou *Subject Heading* et en incluant les critères d'inclusion et d'exclusion. Au regard des différents résultats

obtenus, le concept d'hospitalisation et ambulatoire ont dû être enlevés en tant que mots-clés car ceux-ci ne permettaient pas d'avoir des résultats plus ciblés.

L'équation de recherche faite avec la base de données PSYCHINFO ne peut être transposable par « copier - coller » et ceci malgré l'aide de la bibliothécaire.

Nom de la base de données :	Mots clés et/ou descripteurs recherchés	Résultats de la recherche (# articles de revue)	Date de la recherche
CINHAL	((MH "Medication Compliance") OR (MH "Patient Compliance")) AND ((MH "Schizophrenia") OR (MH "ICU Psychosis") OR (MH "Psychotic Disorders"))	169	
	((MH "Medication Compliance") OR (MH "Patient Compliance")) AND ((MH "Schizophrenia") OR (MH "ICU Psychosis") OR (MH "Psychotic Disorders")) AND ((MH "Antipsychotic Agents, Phenothiazine") OR (MH "Antipsychotic Agents"))	74	
	((MH "Medication Compliance") OR (MH "Patient Compliance")) AND ((MH "Schizophrenia") OR (MH "ICU Psychosis") OR (MH "Psychotic Disorders")) AND ((MH "Antipsychotic Agents, Phenothiazine") OR (MH "Antipsychotic Agents")) AND ((MH "Hospitalization") OR (MH "Diagnosis"))	5	
	((MH "Medication Compliance") OR (MH "Patient Compliance")) AND ((MH "Schizophrenia") OR (MH "ICU Psychosis") OR (MH "Psychotic Disorders")) AND ((MH "Antipsychotic Agents, Phenothiazine") OR (MH "Antipsychotic Agents")) AND ((MH "Nursing Role") OR (MH "Nurses by Role") OR (MH "Practical Nurses") OR (MH "Nursing Interventions") OR (MH "Emergency Nursing") OR (MH "Psychiatric Nursing") OR (MH "Practical Nurses"))	6	
PUBMED	("Medication Adherence"[Mesh] OR "Patient Compliance"[Mesh]) AND ("Schizophrenia"[Mesh] OR "Schizophrenia and Disorders with Psychotic Features"[Mesh] OR "Psychotic Disorders"[Mesh])	183	10.06.2015
	("Medication Adherence"[Mesh] OR "Patient Compliance"[Mesh]) AND ("Schizophrenia"[Mesh] OR "Schizophrenia and Disorders with Psychotic Features"[Mesh] OR "Psychotic Disorders"[Mesh]) AND ("Antipsychotic Agents"[Mesh] OR "Antipsychotic Agents" [Pharmacological Action] OR "Medication Adherence"[Mesh])	140	
	("Medication Adherence"[Mesh] OR "Patient Compliance"[Mesh]) AND ("Schizophrenia"[Mesh] OR "Schizophrenia and	14	

	Disorders with Psychotic Features"[Mesh] OR "Psychotic Disorders"[Mesh]) AND ("Antipsychotic Agents"[Mesh] OR "Antipsychotic Agents" [Pharmacological Action] OR "Medication Adherence"[Mesh]) AND ("Nurse's Role"[Mesh] OR "Nursing Process"[Mesh] OR "Psychiatric Nursing"[Mesh])		
--	---	--	--

Les stratégies de recherche sur CINHAL et PUBMED ont permis de sélectionner deux articles pertinents pour répondre à la question de recherche. Il s'agit de :

- *Kozuki, Y. & al. (2005)*
- *Sharksholm & Nielsen (2012)*

L'article de *Sharksholm & Nielsen (2012)* étant une présentation de l'étude effectuée et non les résultats de celle-ci, ainsi une recherche avec les noms de l'auteur pour obtenir l'étude finale a permis de trouver l'article :

- *Skarsholm & al. (2014)*

L'article de *Montes J-M. & al. (2010)* a été trouvé en enlevant comme critère le « full text » sur CINHAL.

4.5 Autres sources

En regard des trois articles sélectionnés, une recherche sur CINHAL avec des mots clés (adherence, motivational interviewing et schizophrenia) a permis de trouver trois articles supplémentaires:

- *Barkhof & al. (2013)*
- *Tay S. (2007)*
- *Maneesakorn S. & al. (2006)*

Ensuite, une recherche a été effectuée en utilisant les références bibliographiques de ces cinq articles retenus :

- *Maneesakorn S. & al. (2006)* a permis de sélectionner l'article de *Gray & al. (2004)*
- *Skarsholm & al. (2014)* a permis de sélectionner les études de *O'Donnell C. & al. (2003)* et *Anderson & al. (2010)*

Pour finir, afin d'avoir une étude sur la « psychoéducation », une recherche par descripteurs a été effectuée sur PUBMED ("Health Education"[Mesh] AND "Patient Compliance"[Mesh]) AND "Schizophrenia"[Mesh] AND ("loattrfull text"[sb] AND "Patient Education as Topic"[Mesh]) permettant de sélectionner l'article de *Li & Arthur (2005)*.

4.6 Articles retenus

- Skarsholm, H., Stoevring, H., Nielsen, B. (2014). Effect of a System-Oriented Intervention on Compliance Problems in Schizophrenia: A Pragmatic Controlled Trial, *Schizophrenia Research and Treatment*, 2014, 1-8. doi: 10.1155/2014/789403
- Barkhof, E., Meijer, C., de Sonnevile, L., Linszen D., de Haan L. (2013). The effect of motivational Interviewing on medication adherence and hospitalization rates in nonadherent patients with multi-episode Schizophrenia, *Schizophrenia Bulletin*, 39(6), 1242–1251. doi: 10.1093/schbul/sbt138
- Anderson, K H., Ford, S., Robson, D., Cassis, J., Rodrigues, C., Gray, R. (2010) An exploratory, randomized controlled trial of adherence therapy for people with schizophrenia, *International Journal of Mental Health Nursing* 19(5), 340-349. doi: 10.1111/j.1447-0349.2010.00681.x
- Montes, J-M., Maurino, J., Diez, t., Saiz-Ruiz, J. (2010). Telephone-based nursing strategy to improve adherence to antipsychotic treatment in schizophrenia: A controlled trial, *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 14(4), 274–281. DOI: 10.3109/13651501.2010.505343
- Tay, S. (2007). Compliance therapy: an intervention to improve inpatients' attitudes toward treatment, *Journal of Psychosocial Nursing*, Vol. 45(6), 29-37
- Maneesakorn, S., Robson, D., Gournay, K., Gray, R. (2007). An RCT of adherence therapy for people with schizophrenia in Chiang Mai, Thaïlande, *Journal of Clinical Nursing* 16(7), 1302–1312. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2007.01786.x
- Li, Z., Arthur, D. (2005). Family education for people with schizophrenia in Beijing, China: Randomised controlled trial, *British Journal of Psychiatry* 187, 339-345. DOI: 10.1192/bjp.187.4.339
- Kozuki, Y., Poupore, E., Schepp, K. (2005). Visual Feedback Therapy to Enhance Medication Adherence in Psychosis, *Archives of Psychiatric Nursing*, 19(2), 70–80. doi:10.1016/j.apnu.2005.02.008
- Gray, R., Wykes, T., Edmonds, M., Leese, M., Gournay, K. (2004). Effect of a medication management training package for nurses on clinical outcomes for patients with schizophrenia, *British Journal of Psychiatry* 185, 157-182. DOI: 10.1192/bjp.185.2.157
- O'Donnell, C., Donohoe, G., Sharkey, L., Owens, N., Migone, M., Harries, R., Kinsella, A., Larkin, C., O'Callaghan, E. (2013). Compliance therapy: a randomised controlled trial in Schizophrenia, *British Medical Association*, 327, 1-4. doi: 10.1136/bmj.327.7419.834

5 Résultats

Dans ce chapitre, les résultats sont présentés sous forme de texte narratif, suivi d'un tableau récapitulatif. Tous les articles, ont été dans un premier temps analysés avec la grille de lecture présentée dans le livre de Fortin (2010, p.90-91). Les analyses de ces articles sont annexées au travail.

Dix articles ont été sélectionnés, car ils présentent des interventions fournies ou pouvant être fournies par des infirmières en santé mentale dans le but d'améliorer l'adhérence aux médicaments auprès de personnes souffrant de schizophrénie. Les résultats de l'amélioration de l'adhérence aux médicaments suite à ces interventions sont présentés dans les articles.

Pour finir, une synthèse des résultats principaux est mise en perspective au travers des 3 concepts du cadre de référence.

5.1 Présentation des résultats

Article 1 : Skarsholm & al. (2014)

Dans cette étude, qui est un essai contrôlé pragmatique, les auteurs cherchent à évaluer si l'intervention « orientée sur le système »¹ améliore l'adhérence aux médicaments chez les patients atteints de schizophrénie. L'échantillon est composé de 70 patients, supposément stables, randomisés en un groupe « témoin » et un groupe « contrôle ». Il n'y a pas de différences sociodémographiques et cliniques entre les deux groupes. Le groupe « contrôle » a reçu « la thérapie de l'adhérence »² et le groupe « témoin » a reçu l'intervention « orientée sur le système », qui est axée sur le système de soins. Cette intervention vise à pallier les dysfonctions au niveau de l'hôpital, de l'équipe des soins mentaux, des membres du personnel, et comprend « l'information » sur les médicaments antipsychotiques avec une brochure sur les antipsychotiques et un questionnaire sur l'expérience du patient par rapport à l'information prodiguée sur les antipsychotiques servant comme base pour la conversation entre le patient et l'infirmier, « l'adhérence » avec l'identification et la résolution de problèmes d'adhérence par le biais d'une mise au point régulière sur les questions d'adhérence médicamenteuse dans les conversations entre le patient et l'infirmière en utilisant un formulaire de dépistage pour l'identification des problèmes d'adhérence, « la boîte à rappel » qui contient un système de rappel pour la prise des médicaments et pour le renouvellement des ordonnances, ainsi que des

¹ L'intervention « orientée sur le système » est issue du concept de « l'accès aux soins intégrés » développé en 1985 par Bower et Zander. Le concept « d'accès aux soins intégrés » se constitue de plans de soins multidisciplinaires structurés qui fournissent des descriptions détaillées des étapes du processus de soins. Elles sont constituées de protocoles de traitement conçus pour rationaliser ces différentes étapes et normaliser la gestion de ce processus avec la contribution pluridisciplinaire du médecin, les soins infirmiers et le personnel paramédical [traduction libre] (Olsson, Hansson Ekman, & Karlsson, 2009, p.1627). Dans cette étude, une équipe multidisciplinaire a développé les différentes interventions qui composent l'intervention orientée sur le système (décrite dans le texte narratif) en les spécifiant pour les patients schizophrènes ayant des problèmes d'adhérence aux traitements antipsychotiques et en se focalisant sur les dysfonctions liées au système (l'hôpital, l'équipe des soins mentaux, les membres du personnel).

² La « thérapie de l'adhérence » est explicitée en note de bas de page de l'article 3, p.22

boîtes de dosage du médicament, « un bilan comparatif des médicaments » qui est le contrôle des médicaments lors de transfert entre différents secteurs afin d'éviter les erreurs de médication et « la mise en place de lignes directrices pour le traitement des médicaments antipsychotiques ». Le groupe « contrôle » reçoit la « thérapie de l'adhérence » qui comprend l'évaluation de l'attitude envers les médicaments et les effets indésirables, la résolution des problèmes liés aux médicaments, l'examen des expériences antérieures positives et négatives avec différentes stratégies de traitement, l'exploration de l'ambivalence chez le patient, les préoccupations et les attentes par rapport aux soignants, et la prévention des rechutes et des signaux d'alerte.

Les résultats de l'étude montrent une amélioration de l'adhérence dans le groupe ayant reçu l'intervention « orientée sur le système » en comparaison avec le groupe ayant reçu la « thérapie de l'adhérence », même si ces résultats ne sont pas statistiquement significatifs. De plus, les auteurs mentionnent que l'intervention « orientée sur le système » est mieux tolérée par les patients que l'intervention de la « thérapie de l'adhérence ». Au niveau des limites de cette étude, les auteurs mentionnent le fait que l'étude soit relativement courte. Sur le long terme il n'est pas dit que cette intervention soit efficace. Ensuite, « la thérapie d'adhérence » a été mal donnée par les soignants. Finalement, le fait que l'étude soit réalisée dans un milieu clinique de routine influence les résultats. Car le cadre dans lequel s'est déroulée l'étude a pu avoir une influence sur la manière dont l'intervention a été donnée.

Article 2 : Barkhof & al. (2013)

Cette étude hollandaise quantitative expérimentale étudie l'efficacité de « l'entretien motivationnel »³ sur l'adhérence médicamenteuse aux antipsychotiques chez les personnes souffrant de schizophrénie et évaluer quel groupe de personnes souffrant de schizophrénie bénéficie le mieux de « l'entretien motivationnel ». L'échantillon est composé de 114 patients supposés instables. Ils sont randomisés dans deux groupes : le groupe « témoin » (a reçu « l'entretien motivationnel ») et le groupe « contrôle » (a reçu « l'éducation à la santé »). Il n'y a pas de différences significatives sur les caractéristiques démographiques et spécifiques de la maladie. Les interventions sont données par des professionnels de santé spécialisés dans ces interventions. « L'entretien motivationnel » est « un style de conversation collaboratif pour renforcer la motivation propre d'une personne et son engagement vers le changement » (Miller, Rollnick, 2013, p.12). Les phases faisant parties de l'entretien motivationnel sont : l'engagement, puis l'exploration des attitudes et croyances du patient envers son traitement (l'ambivalence), de ses objectifs et de la motivation à changer. Ensuite un apport d'informations est fourni au patient, puis l'ambivalence est amplifiée dans le but de renforcer les

³ Cette méthode a été développée par Miller et Rollnick en 1983. Les auteurs de cette étude ont conçu un manuel basé sur « l'entretien motivationnel » en incorporant des ajustements propres aux patients schizophrènes. Ce manuel englobe une attitude plus active du thérapeute, une plus grande flexibilité de la longueur des séances et un apport plus actif d'informations psycho-éducatives mais seulement après un consentement explicite par le patient [traduction libre] (Barkhof & al., 2013, p. 1243).

croyances et les attitudes « positives » au changement de comportement du patient. Enfin, l'évaluation et la consolidation de la motivation à changer constituent la dernière phase de « l'entretien motivationnel » (Barkhof & al. 2013, p.1243). Cette technique favorise une attitude non critique du soignant sur les croyances et actions du patient envers son traitement médicamenteux. Cette attitude augmente la confiance entre le patient et le soignant. Les résultats de l'étude, démontrent qu'aucune différence significative d'amélioration de l'adhérence médicamenteuse aux antipsychotiques entre les deux groupes n'est perçue. Néanmoins, les auteurs mettent en avant que « l'entretien motivationnel » pourrait être plus efficace chez des patients ayant certaines caractéristiques telles que: patients ayant des antipsychotiques dits « dépôts », patients ne consommant pas de cannabis, patients ayant plus de 35 ans ou encore chez les femmes. Les auteurs expliquent qu'aucune différence entre le groupe « contrôle » et le groupe « témoin » n'a pu être observée concernant le taux d'hospitalisation. Il n'y a pas de différences significatives d'amélioration des symptômes entre les 2 groupes. Néanmoins, une diminution de la gravité des symptômes a pu être observée dans les deux groupes sans qu'il y ait une différence entre eux. Les limites de cette étude sont multiples. Premièrement, le nombre de participants à l'intérieur des sous-groupes est faible et n'a pas été randomisé sur ces caractéristiques. Deuxièmement, les deux interventions ont été données par des thérapeutes externes non impliqués dans le traitement des patients. Ensuite, un nombre important de patients a refusé de participer à l'étude. Pour finir, le taux d'abandon des participants était élevé.

Article 3 : Anderson & al. (2010)

Dans cet article, les auteurs ont cherché à évaluer l'efficacité de la « thérapie d'adhérence »⁴ dans l'amélioration des symptômes psychiatriques et de l'adhérence aux médicaments chez les patients atteints de schizophrénie, et à décrire la satisfaction des patients envers cette intervention. Les questions de recherche portent sur les différences entre les personnes atteintes de schizophrénie et de troubles schizo-affectif. L'échantillon est composé de 26 patients cliniquement stables randomisés en un groupe « témoin » et un groupe « contrôle ». Il n'y a pas de différences significatives dans les caractéristiques sociodémographiques et cliniques entre les 2 groupes. Le groupe « témoin » a reçu comme intervention la « thérapie d'adhérence » fournie par un thérapeute. Cette intervention est une

⁴ La « thérapie d'adhérence » est une approche pratique collaborative et structurée, basée sur « l'entretien motivationnel » (Miller & Rollnick 2002), la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) et la « thérapie de compliance » de Kemp & al. (1998). Elle comprend 5 éléments clés : 1. La résolution de problèmes liés aux médicaments (permettre aux patients de verbaliser ces difficultés face à la prise de médicaments) 2. L'exploration de l'expérience passée du patient avec les médicaments (amener le patient à prendre conscience de l'importance de la prise des médicaments). 3. L'exploration de l'ambivalence du patient envers son traitement médicamenteux (aider le patient à explorer ces raisons personnelles qui l'influencent à prendre ou non les médicaments). 4. La discussion autour des représentations et des préoccupations du patient sur les médicaments. 5. La discussion sur l'utilisation des médicaments dans le futur et la mise en place d'objectifs personnels à réaliser pour le patient. Le thérapeute doit avoir une bonne utilisation des compétences interpersonnelles, structurer efficacement son temps avec le patient, « rouler » avec la résistance du patient et échanger de l'information avec le patient [traduction libre] (Gray, n.d., p.15-19).

approche progressive centrée sur le patient, cherchant à répondre aux différentes dimensions connues pouvant affecter l'adhérence. Le but de ce processus est de parvenir à un accord sur les médicaments entre le patient et le soignant, ainsi que sur la compréhension du fonctionnement affecté du patient. Le groupe « contrôle » a reçu des soins standards. Les résultats de cette étude montrent que la « thérapie d'adhérence » n'améliore pas les symptômes, ni l'évaluation subjective du patient envers le traitement, pas plus que l'adhésion aux médicaments antipsychotiques chez les patients atteints de schizophrénie. Malgré cela, les patients du groupe « témoin » ont connu une baisse de 22% des symptômes positifs à la fin de l'étude, pouvant signifier une certaine efficacité de cette intervention. Cette étude montre la satisfaction des participants envers la « thérapie d'adhérence ». Cela vient du fait qu'ils eurent le sentiment de profiter du processus, d'être traités avec respect, et ont perçu cette intervention comme étant aidante dans l'apprentissage de leur traitement médicamenteux. Les auteurs mettent en avant l'importance de la relation soignant-soigné auprès des patients comme étant un élément crucial de la pratique clinique. Ils précisent que cette intervention aurait pu se révéler efficace auprès de patients « instables », dans la période immédiatement après une décompensation. Les auteurs indiquent que l'utilisation d'un thérapeute pas connue précédemment par les patients à peut être influencé les résultats, car un rapport de confiance n'était peut-être pas présent avec les patients. Cette étude présente plusieurs limites qui ont le potentiel d'influencer négativement les résultats de l'étude. Premièrement, la petite taille de l'échantillon. Deuxièmement, un biais de sélection possible : les participants à l'étude avait déjà un taux élevé d'adhérence aux médicaments, avant le commencement de l'étude. Ensuite, des contraintes de temps liées à la courte durée de l'étude (6-8 semaines) et à la mesure des résultats (1-2 jours après la dernière séance). Finalement, le manque de connaissances des « thérapeutes » sur les médicaments pourraient leur avoir fait manquer des données sur les patients.

Article 4 : Montes J-M. & al. (2010)

Dans cet article, les auteurs cherchent à évaluer l'efficacité d'un appel téléphonique⁵ fourni par une infirmière en santé mentale dans la détection et l'amélioration de l'adhérence aux antipsychotique chez des patients ambulatoires atteints de schizophrénie. L'échantillon est composé de 847 participants stables randomisés en un groupe « témoin » et un groupe « contrôle ». Il n'y a pas de différences significatives dans les caractéristiques sociodémographiques et cliniques entre les 2 groupes. Le groupe « témoin » a reçu comme intervention une stratégie infirmière basée sur des appels téléphoniques. Chaque appel téléphonique fourni par une infirmière consiste en une évaluation brève et semi structurée de l'adhérence aux médicaments (une série de questions sur : les connaissances du

⁵ Le « *Télé nursing* » est le terme utilisé pour désigner les interventions infirmières auprès de la population, au moyen d'outils de télécommunications. Le « *Télé nursing* » est une composante de la *cyber santé* ou *eHealth* en anglais. Selon l'OMS, la cyber santé se définit comme l'utilisation sécurisée et économiquement avantageuse de technologies de l'information et de la communication en appui à la santé et aux domaines sanitaires ; notamment les services de soins de santé, la surveillance sanitaire, les publications, l'éducation, les connaissances et la recherche dans le domaine de la santé » (Mottaz & Grainger, 2011, p.84).

patient de son traitement médicamenteux et des épisodes de doses manquées ou d'adhésion incomplète). Des recommandations spécifiques sur la façon d'éviter l'induction de la réponse ont également été incluses dans la formation des infirmières à cette intervention. De plus, l'entretien comprend une mesure de l'attitude des patients envers leurs médicaments, à l'aide d'un questionnaire. Les appels téléphoniques ont été fournis par des infirmières qui travaillent dans les centres de santé mentale et connaissent les patients à l'étude. Le groupe « contrôle » n'a pas reçu de soins spécifiques, sachant que les participants sont cliniquement stables. Les résultats de l'étude montrent que la stratégie infirmière basée sur des téléphones améliore significativement de l'adhésion aux médicaments antipsychotiques chez les patients du groupe « témoin » comparativement au groupe « contrôle », ainsi qu'une amélioration de l'attitude subjective des patients envers les médicaments, et des symptômes positifs et négatifs. L'auteur indique que : l'âge, le sexe, l'état matrimonial, la gravité de la maladie, l'adhésion de base, la consommation de substances, la classe d'antipsychotique (classique ou atypique), l'attitude envers les médicaments et la diversité des symptômes psychotiques sont des caractéristiques pouvant influencer positivement l'adhérence aux médicaments après avoir reçu l'intervention basée sur des appels téléphoniques. Par contre, les patients instables, présentant des délires paranoïaques ou ayant des hallucinations graves pourraient aggraver leur état clinique en raison des appels téléphoniques périodiques. Dans cette étude, il existe plusieurs limitations dans la généralisation des résultats. Premièrement, la population de l'échantillon est limitée à des patients cliniquement stables, prenant un seul médicament antipsychotique oral. Deuxièmement, le taux d'adhérence de base est élevé. Troisièmement, la conception en non aveugle peut avoir biaisé les résultats vers une amélioration de la psychopathologie des patients du groupe « témoin ».

Article 5 : Tay S. (2007)

Dans cet article, l'auteur examine l'efficacité de la « thérapie de compliance »⁶ sur l'adhérence aux médicaments en mesurant les attitudes des patients envers leurs traitements. L'échantillon est composé de 69 participants masculins ayant reçu comme intervention la « thérapie de compliance » qui est menée par une infirmière clinicienne formée préalablement. Il n'y a pas de groupe « contrôle » dans cette étude. La « thérapie de compliance » est une brève intervention basée sur « l'entretien motivationnel » (Miller & Rollnick 2002) et une approche cognitive. Les principes clés de cette intervention sont de mettre l'accent sur le choix et la responsabilité personnelle du patient, permettant de créer une atmosphère non culpabilisante, en se centrant sur les préoccupations suscitées par le

⁶ La « thérapie de compliance » est une intervention créée par Kemp et al. (1996, 1998). Les principes de l'intervention comprennent une collaboration active, mettant l'accent sur le choix et la responsabilité personnelle du patient, en se focalisant sur ces préoccupations envers leur traitement. Cette thérapie se divise en 3 phases. 1^{ère} phase : l'histoire de la maladie du patient est revue avec le « thérapeute », afin de comprendre sa représentation de la maladie et de l'attitude de celui-ci à l'égard du traitement médicamenteux. 2^{ème} phase : elle se caractérise par l'exploration de l'ambivalence du patient envers son traitement médicamenteux. Le « thérapeute » invite le patient à peser le pour et le contre des médicaments. La 3^{ème} phase : traite de la prévention à long terme en soulignant l'importance du maintien du traitement médicamenteux [traduction libre] (Kemp & al. 1998, p.414).

patient, en faisant preuve d'empathie et en soutenant le sentiment d'efficacité personnelle du patient. Les techniques clés utilisées sont : l'écoute active, le résumé, des questions inductives ; l'exploration de l'ambivalence; l'utilisation de la « normalisation » ; et le développement de la divergence entre le comportement actuel et les objectifs à plus long terme. L'infirmière fournit cette intervention en individuel ou en groupe de 2 à 3 patients. Les résultats de cette étude montrent une amélioration statistiquement significative de l'attitude des patients envers leurs médicaments antipsychotiques après avoir reçu la « thérapie de compliance ». L'auteur indique que 64 patients ont démontré une acceptation passive aux médicaments dans le service selon l'évaluation effectuée avec l'échelle de compliance. Les résultats font état des difficultés à changer les attitudes des patients ayant des troubles de la personnalité et ceux ayant des antécédents d'abus de substances. Cette étude a de nombreuses limites, ne permettant pas la généralisation des résultats. Premièrement le fait que l'échantillon se compose exclusivement de patients de sexe masculin. Deuxièmement la courte durée de l'étude et la petite taille de l'échantillon. Ensuite, le manque de supervision de l'infirmière qui a fourni la « thérapie de compliance » et que l'étude se fonde uniquement sur les efforts de l'infirmière pour garantir la cohérence dans l'exécution de cette intervention. Finalement, l'utilisation d'un échantillonnage de commodité et le manque de données sur le nombre de médicaments que les patients prennent, ainsi que sur leurs expériences des effets secondaires des antipsychotiques. Pour conclure, l'auteur précise que des interventions multiples semblent être plus efficaces qu'une seule intervention pour améliorer l'adhérence au traitement et les résultats cliniques. « L'alliance thérapeutique » et l'expérience du patient des effets secondaires des antipsychotiques sont des facteurs influençant l'adhérence au traitement.

Article 6 : Maneesakorn S. & al. (2006)

Dans cet article, les auteurs cherchent à évaluer l'efficacité de la « thérapie d'adhérence »⁷ chez les patients schizophrènes dans l'amélioration des symptômes psychotiques globaux, l'amélioration du fonctionnement général du patient et de l'attitude et la satisfaction du patient envers les médicaments antipsychotiques et ces effets secondaires. L'échantillon est composé de 32 patients schizophrènes randomisés en un groupe « témoin » et un groupe « contrôle ». L'auteur n'indique pas s'ils sont cliniquement stables ou non. Il n'y a pas de différences significatives entre les groupes à l'inclusion au niveau des caractéristiques démographiques et cliniques. Le groupe « témoin » a reçu la « thérapie d'adhérence » comme intervention en plus des soins standards. La « thérapie d'adhérence » est fournie par un thérapeute formé préalablement. Il s'agit d'une intervention brève qui a évolué à partir de la « thérapie de compliance » (Kemp & al, 1996). C'est une manière collaborative, souple et structurée de travailler et elle s'appuie sur la thérapie cognitivo-comportementale (Kingdon & Turkington 1994) et sur les techniques de « l'entretien motivationnel » (Miller & Rollnick 2002). Les 5 interventions clés de la « thérapie d'adhérence » sont : la résolution de problèmes liés aux médicaments ; un

⁷Une définition plus complète de la « thérapie d'adhérence » figure en note de bas de page de l'article 3, p.26

calendrier des médicaments; l'exploration de l'ambivalence; la discussion autour des représentations et des préoccupations des patients sur les médicaments et l'utilisation de médicaments dans le futur. L'objectif de cette intervention est de parvenir à une décision commune sur les médicaments entre le patient et le thérapeute. Le groupe « contrôle » a reçu des soins standards. Les résultats de l'étude montrent une amélioration statistiquement significative dans le groupe « témoin » par rapport au groupe « contrôle » au niveau des symptômes psychotiques, de l'attitude et de la satisfaction des patients envers leurs médicaments antipsychotiques. Les auteurs ont décidé de ne pas utiliser une mesure « directe » de l'adhérence, comme par exemple une auto-évaluation allant de « je suis adhérent » à « je ne suis pas adhérent », mais de mesurer l'adhérence à travers l'évolution de la symptomatologie des patients et de leur attitude et satisfaction envers leurs médicaments antipsychotiques, car cela est plus objectivable selon l'auteur du fait de la culture des soins psychiatriques en Thaïlande qui sous-tend l'idée que le patient thaïlandais en comparaison aux patients occidentaux, a moins de « liberté » de choix et donc, va se conformer aux directives des soignants est ainsi ne va pas verbaliser le fait qu'il n'est pas adhérent. Les auteurs indiquent que parmi les 23 patients ayant eu une amélioration significative des symptômes, 20 patients étaient abstinentes à la drogue et 17 à l'alcool. Les auteurs indiquent que l'amélioration significative dans le groupe « témoin » peut être un effet de l'attention du thérapeute envers le patient, plutôt que de la thérapie en elle-même. Car une bonne relation entre le patient et le soignant peut influencer les symptômes des patients schizophrènes. La généralisation des résultats de cette étude peut être limitée à cause de la taille restreinte de l'échantillon, la courte durée du suivi, les critères d'inclusion stricts, le fait qu'un seul thérapeute a fourni l'intervention, la courte expérience des évaluateurs dans l'utilisation des outils de mesures. De plus, les patients de l'étude ont des symptômes légèrement plus faibles et avaient un fonctionnement général supérieur que les patients dans les essais précédents. Enfin, les patients de l'étude ne sont pas représentatifs de tous les schizophrènes mais seulement de ceux utilisant des services de soins psychiatriques.

Article 7 : Li & Arthur, (2005)

Dans cette étude qui est un essai contrôlé randomisé, les auteurs cherchent à évaluer l'effet de l'éducation⁸ à la famille et au patient par rapport à la connaissance de la schizophrénie, sur les symptômes du patient, le fonctionnement psychosocial, l'adhésion aux traitements médicamenteux

⁸ Le terme « éducation » est utilisé dans cet article mais il correspond implicitement à la « psychoéducation », c'est donc ce dernier terme qui va être explicité : « la psychoéducation se définit comme une intervention didactique et psychothérapeutique systématique qui vise à informer les patients et leurs proches sur le trouble psychiatrique et à promouvoir les capacités pour y faire face » (Favrod & Bonsack, 2008, p.26). « Goldman (1988, cité dans Favrod et Bonsack, 2008, p.26) propose la définition de la psychoéducation comme étant un processus de formation d'une personne souffrant d'un trouble psychiatrique dans des domaines qui visent le traitement et la réadaptation, comme par exemple le fait de favoriser l'acceptation de la maladie, de promouvoir la coopération active au traitement et à la réadaptation, de développer des capacités qui permettent de compenser les déficits causés par le trouble »

antipsychotique et aux taux de rechute. L'échantillon est composé de 101 patients, hospitalisés, randomisés en un groupe « témoin » et un groupe « contrôle ». Il n'y a pas de différences sociodémographiques et cliniques entre les deux groupes. Le groupe « contrôle » a reçu des soins standards et le groupe « témoin » a reçu l'intervention en plus des soins standards. Le groupe « témoin » a reçu l'éducation au patient et à la famille. Ce programme comprend, après l'élaboration d'une relation de confiance avec le patient et son proche, des informations sur la schizophrénie et son traitement pour le patient et son proche, ainsi que l'enseignement des compétences au patient et à son proche pour faire face à la maladie. Les résultats de l'étude montrent qu'il n'y a pas de différence significative dans l'adhérence aux médicaments antipsychotiques entre le groupe « témoin » et le groupe « contrôle ». Les auteurs mentionnent que cette absence de différence significative entre les groupes « témoin » et « contrôle » peut être due à la longue période d'hospitalisation, aux facteurs familiaux et / ou aux facteurs culturels. Pour ce qui est des limites, les auteurs soulignent que l'intervention a été principalement offerte à l'hôpital en raison du manque de services de soins communautaires. De ce fait, les résultats peuvent ne pas s'appliquer sur le long terme, lors du retour à domicile, car les services de soins communautaires ne sont pas assez nombreux. Ensuite, les patients ont été randomisés non pas de manière individuelle mais par unité, cela a pour influence que la randomisation peut ne pas être homogène et ainsi ne pas être représentative de la population à l'étude. Finalement, au niveau des résultats pour l'adhérence médicamenteuse, les faibles mesures concernant ces items pourraient avoir limité les conclusions en matière d'adhérence médicamenteuse et de rechute.

Article 8: Kozuki, Y. & al. (2005)

Cette étude américaine quantitative quasi-expérimentale étudie la faisabilité et l'efficacité du « Visual Feedback Therapy » dans une population atteinte de troubles psychotiques aigus et chroniques et examine le comportement d'adhérence médicamenteuse aux antipsychotiques durant 3 mois par le dispositif de surveillance électronique. L'échantillon est composé de 23 participants hospitalisés ou en ambulatoires qui ont reçu l'intervention « visual feedback therapy ». Cette intervention s'appuie sur la thérapie comportementale afin d'augmenter « l'insight » du patient sur son propre comportement d'adhérence et « souligne » le concept de collaboration. Cette thérapie contient trois composantes. Premièrement, elle contient un retour visuel par ordinateur⁹ de la prise des médicaments avec les patients afin d'augmenter leur perception de leur comportement. Deuxièmement, le patient a un entretien avec un clinicien qui écoute avec empathie les préoccupations des patients sans traiter du traitement médicamenteux. Troisièmement, l'entretien traite également de la gestion des médicaments ainsi que des symptômes. Les résultats permettent aux auteurs d'affirmer que cette thérapie peut être effectuée auprès de personnes psychotiques. Les auteurs mettent en avant que 83% des médicaments

⁹ Le modèle pour la surveillance électronique utilisé dans cette étude est le MEMS (*Medication Electronic Monitoring System*).

prescrit ont été pris mais que seulement 64% de ces médicaments ont été pris dans les délais. Les statistiques ne montrent pas une augmentation significative de l'adhérence aux médicaments antipsychotiques entre les patients en ambulatoires ou en hospitalisations. De plus les auteurs expliquent qu'il y a une relation entre la perception de la maladie, la perception de la nécessité de prendre des médicaments antipsychotiques ainsi que des conséquences sociales et le taux d'adhérence aux médicaments. La limite mise en avant par les auteurs est le manque de présence d'un groupe « contrôle », ce qui aurait permis de comparer l'efficacité de l'intervention.

Article 9: Gray & al. (2004)

Dans cette étude qui est un essai pragmatique randomisé contrôlé, les auteurs cherchent à évaluer l'efficacité de la « thérapie d'adhérence »¹⁰ par le biais de la formation à « la gestion des médicaments »¹¹ pour les infirmières de santé mentale dans l'amélioration de l'adhérence aux médicaments et des résultats cliniques (symptômes) chez les patients atteints de schizophrénie. L'échantillon est composé de 72 patients, supposément stables, qui ont été randomisés en un groupe « témoin » et un groupe « contrôle ». Il n'y a pas de différences sociodémographiques et cliniques entre les deux groupes. Le groupe « contrôle » a reçu des soins habituels et le groupe « témoin » a reçu « la thérapie de l'adhérence »¹². La « thérapie d'adhérence » (intervention basée sur « l'entretien motivationnel » (Miller & Rollnick 2002) et la thérapie cognitivo-comportementale) comprend l'évaluation des effets secondaires des médicaments ainsi que des croyances et perceptions des patients au sujet du traitement médicamenteux, l'élaboration de stratégies de traitement efficaces pour la schizophrénie et la gestion des effets secondaires. Les résultats de l'étude montrent que des améliorations statistiquement significatives ont été observées dans le groupe « témoin » par rapport au groupe « contrôle » sur la psychopathologie globale (symptômes), les attitudes des patients envers les médicaments antipsychotiques et l'adhérence aux médicaments antipsychotiques. Au niveau des limites de cette étude, les auteurs signalent que l'effet du temps de formation sur l'étude n'a pas été pris en compte par rapport aux résultats. De plus, la période durant laquelle les patients ont été suivis était courte, il n'est pas dit que l'intervention aurait eu le même effet sur une durée plus longue. Ensuite, la proportion des patients à l'étude est estimée comme trop faible et donc peut ne pas être représentative de la population à l'étude. Les auteurs mentionnent aussi que les mesures de résultats ne sont pas disponibles pour un tiers des patients à la fin de l'essai. Les auteurs expliquent cela du fait que beaucoup de patients se sont retirés de l'étude de par la nature de leur trouble. Donc les résultats sont concentrés sur un échantillon plus restreint. Et finalement, le choix des patients a été fait par les

¹⁰ La « thérapie de l'adhérence » est explicitée en note de bas de page de l'article 3, p.22

¹¹ La formation à « la gestion des médicaments » : programme de formation d'une durée de 10 jours pour les infirmières de santé mentale. La formation est portée sur l'enseignement de « l'entretien motivationnel » et les compétences clés issues de la « thérapie de la compliance » de Kemp & al. [traduction libre] (Gray, Robson & Bressington, 2002, p.38).

infirmières en santé mentale après la randomisation. Cela peut biaiser l'étude, vu qu'il y a déjà l'instauration d'une relation entre l'infirmière et le patient.

Article 10 : O'Donnell C. & al. (2003)

Dans cet article, les auteurs cherchent à évaluer l'efficacité de la « thérapie de compliance »¹³ dans l'amélioration de l'adhérence aux médicaments chez les personnes schizophrènes. L'échantillon est composé de 56 patients hospitalisés atteints de schizophrénie, répartis en un groupe « témoin » et un groupe « contrôle ». Il y a peu de différences significatives dans les caractéristiques sociodémographiques et cliniques entre les 2 groupes. Le groupe « témoin » a reçu comme intervention la « thérapie de compliance ». En complément à cette intervention, le thérapeute effectue un examen de l'histoire de la maladie du patient et de la compréhension du patient envers la maladie et son ambivalence aux médicaments, et la stigmatisation liée aux médicaments. Le groupe « contrôle » a reçu des soins standards. Les résultats de l'étude à un an ne montrent aucun avantage de la « thérapie de compliance » par rapport au groupe « contrôle » au niveau de l'adhérence aux médicaments antipsychotiques, des attitudes et satisfaction du patient envers la médication, « l'insight », la symptomatologie, le fonctionnement social global, la qualité de la vie, ainsi que le nombre de réadmissions à l'hôpital psychiatrique (évalué à 2 ans). Les auteurs indiquent que l'adhérence antérieure, le fait d'être une femme et l'implication des proches aidants sont des facteurs influençant positivement l'adhérence aux médicaments. Les auteurs exposent différentes limites qui peuvent potentiellement biaiser les résultats. Premièrement, le fait que les participants ne sont pas représentatifs de l'ensemble du spectre de la schizophrénie, car ils ont été sélectionnés en fonction d'une zone géographique. Puis le fait que l'évaluation de l'adhérence aux médicaments s'appuie sur le rapport du patient, de sa famille et des professionnels de santé n'est pas très objectivable. Enfin le fait que l'évaluation des résultats a été effectuée une année après avoir reçu la « thérapie de compliance », il n'est pas exclu qu'entre temps, cette intervention ait amélioré l'adhérence médicamenteuse des patients schizophrènes.

¹³ La « thérapie de compliance » est explicitée en note de bas de page de l'article 5, p.30.

5.2 Tableaux récapitulatifs

Art. n°	<u>Auteurs</u>	<u>Objectif</u>	<u>Méthode</u>	<u>Intervention</u>	<u>Résultat / Discussion</u>	<u>Limite</u>
1	<p>Skarsholm, H., Stoevring, H. & Nielsen, B. (2014)</p> <p>Danemark</p>	<p>Objectif : Evaluer si l'intervention « orientée sur le système » améliore l'adhérence chez les patients atteints de schizophrénie.</p>	<p>Devis : un essai contrôlé pragmatique.</p> <p>Echantillon : n=70</p> <p>70 patients randomisé en un groupe « témoin» et un groupe «contrôle ».</p> <p>Durée de l'étude : 6 mois</p> <p>Outils de mesures : « L'échelle de l'adhérence » (composée du DAI-10 et ITEM 12G du PANSS), PANSS, GAF, SWN et UKU.</p>	<p>Le groupe « témoin » a reçu l'intervention « orientée sur le système » qui est axée sur le système de soins (c'est-à-dire qu'elle vise à pallier les dysfonctions de l'hôpital, de l'équipe de soins mentaux et des membres du personnel).</p> <p>Le groupe « contrôle » a reçu la « thérapie de l'adhérence ».</p> <p>Intervention donnée par 15 infirmières (fournisseurs de soins primaires).</p>	<p>L'intervention « orientée sur le système » indique une amélioration de l'adhérence en comparaison avec le groupe ayant reçu la « thérapie de l'adhérence », même si ces résultats ne sont pas statistiquement significatifs.</p> <p>De plus, l'intervention « orientée sur le système » est, selon les auteurs, mieux tolérée par les patients que la « thérapie de l'adhérence ».</p>	<p>L'étude est relativement courte (six mois).</p> <p>L'intervention du groupe « contrôle » a été mal fournie par les soignants.</p> <p>L'étude est réalisée dans un milieu clinique de routine. Le cadre dans lequel s'est déroulée l'étude a pu avoir une influence sur la manière dont l'intervention a été donnée.</p>

Art. n°	<u>Auteurs</u>	<u>Objectif</u>	<u>Méthode</u>	<u>Intervention</u>	<u>Résultat / Discussion</u>	<u>Limite</u>
2	<p>Barkhof, E Meijer, C De Sonnevile, L Linszen, D Haan, L (2013)</p> <p>Hollande</p>	<p>Objectif principal : Évaluer l'efficacité de « l'entretien motivationnel » sur l'adhérence médicamenteuse aux antipsychotiques chez les personnes souffrant de schizophrénie.</p> <p>Objectif secondaire : Évaluer quel groupe de personnes souffrant de schizophrénie bénéficie le plus de « l'entretien motivationnel ».</p>	<p>Devis : recherche expérimentale.</p> <p>Échantillon : n= 96 96 patients randomisés dans un groupe « témoin » et un groupe « contrôle ».</p> <p>Durée de l'étude : 26 semaines</p> <p>Outils de mesure : PANSS, MAQ, LCS, DAI</p>	<p>Le groupe « témoin » a reçu « l'entretien motivationnel ». « L'entretien motivationnel » est une méthode directive centrée sur le patient dont l'objectif est d'augmenter la motivation intrinsèque du patient pour amener un changement (Miller, Rollnick, 2002).</p> <p>Le groupe « contrôle » a reçu l'éducation à la santé</p> <p>Les Interventions sont données par : des psychologues, des psychiatres et des infirmières en psychiatrie formés pour les deux types d'intervention.</p>	<p>Les résultats montrent que « l'entretien motivationnel » n'influence pas de manière significative l'adhérence médicamenteuse aux antipsychotiques chez les personnes souffrant de schizophrénie. Les auteurs précisent que certaines caractéristiques peuvent influencer positivement l'adhérence médicamenteuse. Aucune différence statistiquement significative concernant l'amélioration de la symptomatologie entre les deux groupes n'a été constatée.</p>	<p>Le nombre de participants à l'intérieur des sous- groupes est faible et n'a pas été randomisé sur ces caractéristiques.</p> <p>Les deux interventions ont été données par des thérapeutes externes non impliqués dans le traitement des patients.</p> <p>Difficulté de convaincre cette population à participer à l'étude.</p> <p>Taux d'abandon élevé de participants durant l'étude.</p>

Art. n°	<u>Auteurs</u>	<u>Objectif</u>	<u>Méthode</u>	<u>Intervention</u>	<u>Résultat / Discussion</u>	<u>Limite</u>
3	Anderson K. H., Ford S., Robson D., Cassis J., Rodrigues C., Gray R. (2010) USA	<p>Objectif : évaluer l'efficacité de la « thérapie d'adhérence » dans l'amélioration des symptômes psychiatriques et l'adhérence du traitement chez les patients atteints de schizophrénie, et de décrire la satisfaction des patients envers cette intervention</p> <p>Les questions de l'étude : 1) y-a-t-il une différence dans la sévérité de la symptomatologie des patients atteints de schizophrénie ou de trouble schizo-affectif après la participation à l'intervention AT ? ; 2) y a-t-il une différence dans l'adhérence au traitement pour les patients souffrant de schizophrénie ou de trouble schizo-affectif après la participation à l'intervention AT ? ; et 3) quelle a été l'expérience de satisfaction des patients à cette intervention ?</p>	<p>Devis : essai contrôlé randomisé exploratoire.</p> <p>Durée de l'étude : 8 semaines.</p> <p>Échantillon : n=26 26 patients randomisé en un groupe « témoin » et un groupe « contrôle ».</p> <p>Outils de mesure : PANNS, PETIT, LUNSER, SAI et ATSAT</p>	<p>Le groupe « témoin » a reçu comme intervention la « thérapie d'adhérence ». Cette thérapie individuelle se concentre sur les besoins, les préoccupations, les valeurs, les objectifs, et les expériences de l'individu dans le but d'encourager celui-ci à prendre ses médicaments (Miller et Rollnick, 2002). Cette thérapie a été donnée par des « thérapeutes » externes formés préalablement.</p> <p>Le groupe « contrôle » a reçu des soins standards.</p>	<p>Les résultats de cette étude ne montrent pas d'amélioration sur les symptômes ou l'attitude et la satisfaction du patient envers les médicaments, ainsi que l'adhésion aux médicaments du groupe « témoin », après avoir reçu la « thérapie d'adhérence ». Les participants ont signalé un degré très élevé de satisfaction envers la « thérapie d'adhérence ». Une diminution de 22% des symptômes positifs dans le groupe « témoin » a été rapportée à la fin de l'étude.</p>	<p>taille réduite de l'échantillon. biais de sélection lié au fait que ceux qui ont participé à l'étude avait peut-être un taux élevé d'adhérence à la base. courte durée de l'étude et évaluation effectuée 1 à 2 jours après la dernière séance. le niveau d'infos des professionnels sur les antipsychotiques.</p>

Art. n°	<u>Auteurs</u>	<u>Objectif</u>	<u>Méthode</u>	<u>Intervention</u>	<u>Résultat / Discussion</u>	<u>Limite</u>
4	<p>Montes J-M. , Maurino J., Diez T., Saiz-Ruiz J. (2010)</p> <p>Espagne</p>	<p>Objectif principal : Evaluer l'efficacité d'un appel téléphonique une fois par mois fourni par une infirmière en santé mentale dans la détection et l'amélioration de l'adhérence du traitement antipsychotique d'entretien chez des patients ambulatoires atteints de schizophrénie.</p> <p>Objectif secondaire : Evaluer l'efficacité de cette intervention en termes d'amélioration de la situation clinique, des attitudes envers les médicaments, et de la qualité de vie liée à la santé.</p>	<p>Devis : étude randomisée contrôlée comparative prospective.</p> <p>Durée de l'étude : 4 mois.</p> <p>Échantillon : n= 847 847 patients randomisés en un groupe « témoin » et un groupe « contrôle ».</p> <p>Outils de mesures : RAT, DAI-10, CGI-SCH, EQ- 5D.</p>	<p>Le groupe « témoin » a reçu des appels téléphoniques par des infirmières en santé mentale.</p> <p>L'intervention fournie par l'infirmière est un appel téléphonique qui consiste en une évaluation brève et semi structurée de l'adhérence au traitement.</p> <p>Le groupe « contrôle » a reçu des soins standards.</p>	<p>Les résultats de cette étude montrent une amélioration de l'adhérence aux antipsychotiques chez les patients du groupe « témoin », après avoir reçu des appels téléphoniques mensuels fournis par une infirmière en santé mentale. Certaines caractéristiques des patients influenceraient l'adhérence aux médicaments après avoir reçu les appels téléphoniques.</p>	<p>Patients cliniquement stables et prenant un seul médicament antipsychotique oral.</p> <p>Etude en non aveugle.</p> <p>Possible biais lié à la collecte de données faite par l'infirmière durant les appels téléphoniques.</p>

Art. n°	<u>Auteurs</u>	<u>Objectif</u>	<u>Méthode</u>	<u>Intervention</u>	<u>Résultat / Discussion</u>	<u>Limite</u>
5	Tay S. (2007) Thaïlande	<p>But : examiner l'efficacité de la « thérapie de compliance » sur les attitudes des patients schizophrènes (psychotiques) envers leur traitement médicamenteux</p> <p>Questions de recherche : Est-ce que la « thérapie de compliance » améliore les attitudes des patients envers le traitement?</p>	<p>Devis : c'est une étude descriptive quantitative.</p> <p>Durée de l'étude : 9 mois</p> <p>Echantillon : n= 69</p> <p>Outils de mesure des résultats : DAI et échelle de compliance.</p>	<p>L'intervention fournie dans cette étude est la « thérapie de compliance ». C'est une brève intervention basée sur « l'entretien motivationnel » (Miller et Rollnick, 2002 et sur une approche cognitive. Une infirmière clinicienne en santé mentale a fourni cette intervention en individuel et en groupe de 2 à 3 patients.</p>	<p>Les résultats de cette étude indiquent une amélioration statistiquement significative de l'attitude des patients envers leurs médicaments, après avoir reçu la « thérapie de compliance ».</p>	<p>Patients de sexe masculin seulement.</p> <p>Courte durée de l'étude et petite taille de l'échantillonnage.</p> <p>L'utilisation de l'échantillonnage de commodité.</p> <p>Manque de données sur le nombre de médicaments que les patients prennent et sur leur expérience des effets secondaires de ceux-ci.</p> <p>Manque de supervision pour l'infirmière clinicienne qui a fourni la « thérapie de compliance ».</p>

Art. n°	<u>Auteurs</u>	<u>Objectif</u>	<u>Méthode</u>	<u>Intervention</u>	<u>Résultat / Discussion</u>	<u>Limite</u>
6	Maneesakorn S., Robson D., Gournay K., Gray R. (2006) Thaïlande	<p>Objectif principal : Evaluer l'efficacité de la « thérapie d'adhérence » chez les schizophrènes thaïlandais par rapport au groupe « contrôle » dans le but d'améliorer les symptômes psychotiques de manière globale.</p> <p>Objectif secondaire : Evaluer l'efficacité de cette intervention en termes d'amélioration du fonctionnement général, de l'attitude et la satisfaction du patient envers les médicaments et envers leurs effets secondaires.</p>	<p>Devis : un essai contrôlé randomisé exploratoire en simple aveugle.</p> <p>Durée de l'étude : 9 mois</p> <p>Échantillon : n=32 32 patients randomisé en un groupe « témoin » et un groupe « contrôle ».</p> <p>Outils de mesure des résultats : PANNS, GAF, DAI-10, SWAM, LUNSERS</p>	<p>Le groupe « témoin » a reçu la « thérapie d'adhérence ». «La « thérapie d'adhérence » est une manière collaborative, souple et structurée de travailler et elle est issue de la « thérapie de compliance » (Kemp & al, 1996) et s'appuie sur la thérapie cognitivo comportementale (Kingdon et Turkington 1994) et les techniques d'entretien motivationnel (Miller & Rollnick 2002).</p> <p>Le groupe « contrôle » a reçu des soins standards.</p> <p>L'intervention a été menée par un thérapeute formé préalablement.</p>	<p>Les résultats de l'étude montrent une amélioration statistiquement significative des symptômes psychotiques, de l'attitude et de la satisfaction du patient envers les médicaments antipsychotiques, dans le groupe « témoin », après avoir reçu la « thérapie d'adhérence ». Les auteurs indiquent que parmi les 23 patients ayant eu une amélioration significative des symptômes, 20 patients sont abstinents à la drogue et 17 à l'alcool.</p> <p>Les auteurs indiquent que l'amélioration des résultats du groupe « témoin » peut être un effet de l'attention du thérapeute envers le patient, plutôt que de la thérapie en elle-même.</p>	<p>Un seul thérapeute a effectué la « thérapie d'adhérence ».</p> <p>Echantillon restreint et courte durée de suivi.</p> <p>Echantillon pas représentatif de tous les schizophrènes mais seulement de ceux qui utilisent les services de soins psychiatriques.</p> <p>La courte expérience des évaluateurs dans l'utilisation des outils de mesures.</p> <p>Des symptômes plus faibles et un fonctionnement global meilleur des patients de cette étude que dans les autres études précédentes.</p>

Art. n°	<u>Auteurs</u>	<u>Objectif</u>	<u>Méthode</u>	<u>Intervention</u>	<u>Résultat / Discussion</u>	<u>Limite</u>
7	Li, Z. & Arthur, D. (2005) Chine	Objectif : Evaluer l'effet qu'a l'éducation à la famille et au patient par rapport à la connaissance sur la schizophrénie, sur les symptômes du patient, le fonctionnement psychosocial, l'adhérence aux traitements médicamenteux et au taux de rechute.	Le devis : un essai contrôlé randomisé. Echantillon : n=101 101 patients randomisés dans un groupe « témoin » et dans un groupe « contrôle ». Durée : 9 mois Outils de mesure : KASI, BPRS, GAS, NOSIE et prise de la médication notée sur une échelle de 1 à 4.	Le groupe « témoin » a reçu l'intervention qui consiste en l'éducation au patient et à la famille en plus des soins habituels. Le groupe « contrôle » a reçu des soins habituels. Une infirmière avec une expérience en intervention familiale a fourni l'intervention.	Au niveau de l'adhérence médicamenteuse, les résultats montrent qu'il n'y a aucune différence significative dans l'adhérence au traitement entre le groupe « témoin » et le groupe « contrôle ». Les auteurs mentionnent que l'absence de différence significative entre les groupes « témoin » et « contrôle » peut être due à la longue période d'hospitalisation, aux facteurs familiaux et / ou aux facteurs culturels.	L'intervention a été principalement offerte à l'hôpital en raison du manque de services de soins communautaires. Les patients ont été randomisés non pas de manière individuelle mais par unité. La taille de l'échantillon est petite donc peu représentative de la population à l'étude et les mesures relatives à l'adhérence médicamenteuse et la rechute étaient faibles (peu fiables).

Art. n°	<u>Auteurs</u>	<u>Objectif</u>	<u>Méthode</u>	<u>Intervention</u>	<u>Résultat / Discussion</u>	<u>Limite</u>
8	Kozuki, Y., Poupore, E., Schepp, K. (2005) USA	<p>Objectif principal : Évaluer la faisabilité du protocole du « visual feedback therapy » dans une population aux troubles psychotiques aigus et chroniques.</p> <p>Objectif secondaire : Évaluer l'efficacité de cette thérapie sur l'adhérence médicamenteuse.</p> <p>Objectif secondaire bis : Surveiller le comportement d'adhérence médicamenteuse sur 3 mois par le dispositif de surveillance électronique.</p>	<p>Le devis : recherche quasi- expérimentale.</p> <p>Échantillon : n=23</p> <p>Durée de l'étude : 3 mois</p> <p>Outils de mesures : Le dispositif de surveillance électronique, auto-évaluation de l'adhérence, PANSS, SUMD.</p>	<p>L'intervention « visual feedback therapy » s'appuie sur la thérapie comportementale afin d'augmenter « l'insight » du patient sur son propre comportement d'adhérence et « souligne » le concept de collaboration. Elle contient trois composantes :</p> <p>Retour visuel de la prise des médicaments par ordinateur avec le patient.</p> <p>Entretien dans lequel le clinicien écoute avec empathie aux préoccupations des patients sans traiter du traitement médicamenteux.</p> <p>Gestion des médicaments et des symptômes.</p> <p>Les interventions sont données par des cliniciens.</p>	<p>Les résultats montrent qu'il est possible d'utiliser cette thérapie auprès de personnes ayant des troubles psychotiques.</p> <p>83,3% des médicaments prescrit ont été pris mais seulement 64,2% ont été pris dans les délais.</p> <p>Pas d'amélioration significative de l'adhérence entre les patients ambulatoires ou hospitalisés.</p> <p>Présence d'une relation entre la perception de la maladie, la perception de la nécessité des médicaments ainsi que des conséquences sociales et le taux d'adhérence.</p>	<p>Pas de présence d'un groupe « contrôle ».</p>

Art. n°	<u>Auteurs</u>	<u>Objectif</u>	<u>Méthode</u>	<u>Intervention</u>	<u>Résultat / Discussion</u>	<u>Limite</u>
9	<p>Gray, R., Wykes, T., Edmonds, M., Leese, M. & Gournay, K. (2004)</p> <p>Grande-Bretagne</p>	<p>Objectif : Evaluer l'efficacité de la « thérapie d'adhérence » par le biais de la formation à « la gestion des médicaments » pour les infirmières de santé mentale dans l'amélioration de l'adhérence et des résultats cliniques chez les patients atteints de schizophrénie.</p> <p>Hypothèse : La formation des infirmières en santé mentale pour fournir la « thérapie de l'adhérence » améliorerait les résultats cliniques chez les patients atteints de schizophrénie.</p>	<p>Devis : un essai randomisé contrôlé</p> <p>Échantillon : n= 72 72 patients randomisés dans un groupe « témoin » et dans un groupe « contrôle ».</p> <p>Durée : 26 semaines</p> <p>Outils de mesures : PANSS, DAI-30, la Clinician Rating of Compliance Scale et LUNSERS.</p>	<p>Le groupe « témoin » a reçu comme intervention la « thérapie de l'adhérence » qui se définit comme une intervention basée sur l'entretien motivationnel et la thérapie cognitivo-comportementale.</p> <p>Le groupe « contrôle » a reçu le traitement habituel.</p> <p>L'intervention a été fournie par les infirmières formées à la « thérapie de l'adhérence », cette formation se nommant « la gestion des médicaments ».</p>	<p>Au niveau des résultats, des améliorations statistiquement significatives ont été observées dans le groupe « témoin » par rapport au groupe « contrôle » sur la psychopathologie globale (symptômes), les attitudes envers le médicament antipsychotique et l'adhérence.</p> <p>Les infirmières en santé mentale ayant reçu une formation de « la gestion des médicaments » peuvent délivrer de manière efficace la « thérapie de l'adhérence » aux patients souffrant de schizophrénie.</p>	<p>L'influence du temps de cette formation sur l'étude n'a pas été prise en compte par rapport aux résultats.</p> <p>La période durant laquelle les patients ont été suivis était courte.</p> <p>La proportion des patients à l'étude était estimée comme trop faible.</p> <p>Les mesures de résultats n'étaient pas disponibles pour un tiers des patients à la fin de l'essai.</p> <p>Le choix des patients a été fait par les infirmières en santé mentale après la randomisation.</p>

Art. n°	<u>Auteurs</u>	<u>Objectif</u>	<u>Méthode</u>	<u>Intervention</u>	<u>Résultat / Discussion</u>	<u>Limite</u>
10	<p>O'Donnell C., Donohoe G., Sharkey L., Owens N., Migone M., Harries R., Kinsella A., Larkin C., O'Callaghan E. (2003)</p> <p>Irlande</p>	<p>Objectif: Evaluer l'efficacité de la « thérapie de compliance » afin d'améliorer l'adhérence médicamenteuse chez les schizophrènes.</p>	<p>Devis : essai contrôlé randomisé en aveugle.</p> <p>Échantillon : n= 56 56 patients randomisé en un groupe « témoin » et un groupe « contrôle ».</p> <p>Durée de l'étude : 2 ans</p> <p>Outils de mesures : échelle de compliance, DAI, PANNS, SAI, GAF et QCL.</p>	<p>Le groupe « témoin » a reçu comme intervention la « thérapie de compliance ».</p> <p>Le groupe « contrôle » a continué de recevoir des soins standards.</p>	<p>Les résultats de l'étude ne montrent aucun avantage de la « thérapie d'adhérence » par rapport au groupe « contrôle » au niveau de l'adhérence médicamenteuse à un an, ainsi que des résultats des mesures secondaires telles que: la symptomatologie, les attitudes envers le traitement, l' « insight », le niveau de fonctionnement social global, la qualité de vie, le temps de réadmission à l'hôpital psychiatrique.</p>	<p>Les participants ne représentent pas l'ensemble du spectre de la schizophrénie.</p> <p>Taille réduite de l'échantillon</p> <p>L'efficacité de la « thérapie de compliance » a été évaluée à un an, il n'est pas exclu qu'avant cette période, les participants ont eu une amélioration de leurs adhérences aux médicaments.</p> <p>L'évaluation de l'adhérence était basée sur le rapport du patient, de sa famille et des professionnels, ce qui n'est pas une mesure fiable de l'adhérence.</p>

5.3 Synthèse des résultats

La synthèse des résultats s'appuie sur le cadre théorique de Cheryl Cox (1982). Les 3 concepts de cette théorie sont identifiés afin de mettre en commun les similitudes des résultats de chaque article. Ils sont présentés d'abord sous forme narrative puis sous forme d'un tableau de synthèse afin d'avoir une vue d'ensemble.

5.4 La « singularité du patient »

Selon Cox, la « singularité du client » se définit par un ensemble de caractéristiques classée dans deux variables différentes: variables de base et variables dynamiques (2003, p.E94). Selon Cox (2003, p.E94-E95), la variable de base se constitue de « caractéristiques démographiques, de l'influence sociale, d'expériences précédentes de santé et de ressources environnementales » sur lesquelles il est difficile d'avoir une influence et de les changer. La variable dynamique comprend la réponse affective, la motivation intrinsèque et l'évaluation cognitive sur lesquelles il est possible d'effectuer des interventions dans le but de modifier ces caractéristiques (Cox, 2003, p.E95).

Dans la plupart des dix articles présentés dans cette recherche, les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des participants à l'étude sont présentées sous forme narrative et/ou sous forme de tableaux. Suite aux interventions mises en place, certains auteurs ont pu mettre en avant certaines caractéristiques qui ont une influence, positive ou négative, donc significative sur l'adhérence médicamenteuse.

5.4.1 Les caractéristiques pouvant augmenter l'adhérence médicamenteuse

Sur les articles sélectionnés, les variables de base sont celles qui ressortent le plus. Elles concernent l'âge (les personnes de plus de 35 ans), le genre (les femmes), l'état matrimonial, l'implication des proches aidants, l'expérience d'éducation et le nombre d'admission. Ces caractéristiques, selon différents auteurs, pourraient augmenter l'adhérence médicamenteuse.

Les variables dynamiques, elles, concernent des caractéristiques du patient pouvant changer ou évoluer. Dans les articles sélectionnés, les caractéristiques ayant une influence dite positive sur l'adhérence médicamenteuse sont la non-consommation de cannabis, le type de médicaments (soit, les neuroleptiques « dépôts »), l'adhérence de base, la diversité des symptômes psychotiques et l'attitude envers les médicaments, et la gravité de la maladie.

5.4.2 Les caractéristiques augmentant moins ou pas l'adhérence médicamenteuse

Les variables de base citées par les auteurs comme n'améliorant pas l'adhérence médicamenteuse de manière significative sont les personnes atteintes de schizophrénie avec des troubles de la personnalité,

les facteurs familiaux et culturels, les personnes souffrant de schizophrénie de moins de 35 ans et les hommes.

Les variables dynamiques n'améliorant pas l'adhérence médicamenteuse sont liées aux abus de substances, l'instabilité et la présence de différents symptômes tels que des délires paranoïaques, des hallucinations et des symptômes psychotiques graves.

5.5 « L'interaction client professionnel »

Dans son deuxième concept, Cox explicite que « l'interaction client-professionnel » se compose de quatre différents facteurs : le « soutien affectif » que Cox (2003, p.E96) définit comme la construction du lien entre le patient et le soignant, les « informations sur la santé », le « contrôle décisionnel » qui est explicité comme étant la participation du patient aux décisions concernant sa santé (Cox, 2003, p.E96) et les « techniques ou compétences professionnelles » qui sont décrites par Cox (2003, p.E96) comme la capacité qu'a le soignant à entrer en interaction avec le patient en prenant en compte sa singularité. La majorité des dix articles analysés reportent la présence des quatre différents facteurs de ce concept comme éléments actifs dans l'élaboration et la mise en œuvre de cette interaction avec le patient. Cette interaction patient-soignant est le cœur même des différentes interventions présentées dans les articles de ce travail.

5.5.1 Le « soutien affectif »

Le développement de ce facteur dans les interventions induit le fait que le soignant va créer un lien avec le patient dans le but de fournir l'intervention. Dans plusieurs articles le « soutien affectif » est nommé « lien de confiance » ou encore « alliance thérapeutique », il est plus qu'essentiel dans la bonne mise en œuvre des interventions auprès du patient atteint de schizophrénie. Ce facteur est présent dans les études de Tay Se (2007), de Maneesakorn & al. (2006), de O'Donnell & al. (2003), d'Anderson & al. (2010), de Li & Arthur (2005), de Skarsholm & al. (2014), de Gray & al. (2004), de Kozuki & al. (2005) et de Barkhof & al. (2013) qui mentionnent de manière implicite ou explicite la construction de ce lien soignant-patient.

5.5.2 Les « informations sur la santé »

Ce facteur est représenté dans différentes interventions par les informations qui sont fournies par le soignant au patient par rapport à sa maladie et à son traitement. De plus ces informations sont le fondement principal de certaines interventions. Ce facteur ressort dans plusieurs articles comme celui de Maneesakorn & al. (2006), de Montes & al. (2010), d'Anderson & al. (2010), de Li & Arthur (2005), Skarsholm & al. (2014) et celui de Barkhof & al. (2013) qui font état d'informations sur la schizophrénie et le traitement antipsychotique.

5.5.3 Le « contrôle décisionnel »

Ce facteur par la mise en valeur de la collaboration entre le patient et le soignant dans le but de promouvoir une autonomisation du patient atteint de schizophrénie. Le « contrôle décisionnel » se retrouve dans les études de Tay Se (2007), de Maneesakorn & al. (2006), de O'Donnell & al. (2003), d'Anderson & al. (2010), de Li & Arthur (2005), de Skarsholm & al. (2014), de Gray & al. (2004), de Kozuki & al. (2005) et de Barkhof & al. (2013). Ces articles décrivent de manière implicite ou explicite des interventions orientées vers une autonomisation du patient.

5.5.4 « Les techniques ou compétences professionnelles »

Enfin, ce dernier facteur qui concerne les « techniques ou compétences professionnelles » est plus qu'important dans la bonne conduite d'une intervention et demande au soignant certaines habiletés spécifiques afin d'accomplir l'intervention. Chacun des articles parle d'une intervention basée sur des techniques et compétences qu'exerce le soignant. Ces « techniques ou compétences » sont exhaustives et varient entre: les techniques d'entretien (résumé, reflet, reformulation), une attitude empathique, l'utilisation d'outils (questionnaire, balance décisionnel), l'écoute active ou réflexive. Les dix articles de ce travail présentent tous des « techniques ou compétences professionnelles » et décrivent, de manière plus ou moins explicite, les différentes « compétences ou techniques » que le soignant met en place afin d'entrer en interaction avec le patient. Et, in fine, de fournir l'intervention par le biais de la maîtrise de ces différentes « techniques ou compétences ».

5.6 Les « résultats de santé »

Cheryl Cox, expose différents « résultats de santé » tels que (l'utilisation des soins de santé, les indicateurs de l'état de santé (biologique,...), les indicateurs de la gravité du problème (progression de la maladie,...), l'adhérence au traitement recommandé et la satisfaction envers les soins.

Les « résultats de santé » mis en avant dans ces études sont l'adhérence aux médicaments antipsychotique. Certaines de ces études n'exposent pas ou pas seulement, comme résultats, l'adhérence « directe » qui se mesure par une auto-évaluation allant de « je suis adhérent » à « je ne suis pas adhérent » et qui peut ne pas être une mesure objectivable et fiable, mais exposent parfois différents résultats comprenant : l'attitude et la satisfaction envers les antipsychotiques, les symptômes psychotiques (positifs, négatifs), « l'insight », le fonctionnement social global, la qualité de vie et le nombre de réadmissions à l'hôpital qui sont implicitement des mesures de l'adhérence aux antipsychotiques. L'appréciation des interventions (amélioration ou pas/peu d'amélioration) est faite selon l'un et/ou l'autre de ces différents résultats.

5.6.1 Augmentation significative de l'amélioration de l'adhérence aux antipsychotiques

Les études de Skarsholm & al. (2014), Montes & al. (2010) et Gray & al. (2004) montrent une amélioration de l'adhérence aux antipsychotiques chez les participants.

Les études de Tay Se (2007), de Maneesakorn & al. (2006) et Gray & al. (2004) montrent une amélioration de l'attitude et la satisfaction des participants envers leurs antipsychotiques.

Finalement, les études de Maneesakorn & al. (2006) et de Gray & al. (2004) montrent une amélioration des symptômes psychotiques (positifs et négatifs) des participants à la fin de l'étude.

5.6.2 Peu ou pas d'amélioration significative de l'adhérence aux antipsychotiques

Les études de Barkhof & al. (2013), Anderson & al. (2010), Li & Arthur (2005), Kozuki & al. (2005) et O'Donnell & al. (2003) ne montrent pas d'amélioration de l'adhérence aux antipsychotiques après les interventions.

Les études de Anderson & al. (2010) et O'Donnell & al. (2003) ne montrent pas d'amélioration de l'attitude et la satisfaction envers les antipsychotiques ainsi que des symptômes (positifs, négatifs) chez les participants.

Enfin, l'étude de O'Donnell & al. (2003) ne montrent pas non plus d'amélioration de l' « insight », du fonctionnement social global, de la qualité de vie et du nombre de ré-hospitalisations chez les participants après avoir reçu les interventions.

5.7 Tableau de synthèse des résultats

Cadre théorique selon Cox		Article n°									
Concept	Sous-concept	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Singularité du patient	Variables de base		X		X	X		X			X
	Variables dynamiques		X	X	X	X	X			X	X
Interaction patient – soignant	Soutien affectif	X	X	X		X	X	X	X	X	X
	Informations de santé	X	X	X	X	X	X	X	X		X
	Contrôle décisionnel	X	X	X		X	X	X	X	X	X
	Techniques et compétences professionnelles	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Résultats de santé	Amélioration de l'adhérence	X			X	X	X			X	
	Pas / Peu d'amélioration de l'adhérence		X	X				X	X		X

Rappel des auteurs des articles

- | | |
|-------------------------------|--------------------------------|
| 1. Skarsholm H. & al. (2014) | 2. Barkhof E. & al. (2013) |
| 3. Anderson K.H. & al. (2010) | 4. Montes J-M. & al. (2010) |
| 5. Tay S. (2007) | 6. Maneesakorn S. & al. (2006) |
| 7. Li Z. & Arthur D. (2005) | 8. Kozuki Y & al. (2005) |
| 9. Gray R. & al. (2004) | 10. O'Donnel C. & al. (2003) |

6 Discussion

Dans ce chapitre, une réponse à la question de recherche est présentée ainsi qu'une mise en perspective de ces principaux résultats avec la problématique et le cadre théorique. Puis les limites générales du travail sont exposées. Et pour conclure, les recommandations pour la pratique et la recherche sont présentées

6.1 Réponse à la question de recherche

Dans ce travail, la recherche se centrait sur les interventions fournies par des infirmières en santé mentale dans un but d'amélioration de l'adhérence aux antipsychotiques auprès de personnes souffrant de schizophrénie. Les résultats de ces études ont mis en évidence différents types d'interventions infirmières, comprenant : l'éducation à la famille et au patient, des thérapies de type motivationnel et/ou cognitivo-comportemental, orientée sur le système de soins et basée sur des appels téléphoniques. Même si certains auteurs rapportent que les interventions ont été données par des « thérapeutes » ou des « cliniciens », ce sont toutes des interventions pouvant être fournies par des infirmières en santé mentale.

En regard des dix interventions exposées dans ce travail, cinq se sont révélées probantes. Seulement trois études (sur cinq) donnent une réponse "directe" à la question de recherche. Au niveau de l'amélioration de l'adhérence aux antipsychotiques, de l'attitude et de la satisfaction du patient envers les médicaments antipsychotiques et une amélioration de la symptomatologie, lesquelles sont des facteurs directement liés à la prise d'antipsychotiques, et qui selon les auteurs des articles sont des mesures utilisables pour évaluer l'efficacité de l'intervention.

Parmi les cinq interventions concluantes, l'étude de Skarsholm & al. (2014) a utilisé l'intervention « orienté sur le système ». L'étude de Montes J-M. & al. (2010) a évalué l'intervention basée sur des appels téléphoniques. Les 3 autres interventions ont quant à elles montré l'efficacité de la « thérapie de compliance » (Tay S, 2007) ou la « thérapie d'adhérence » (Maneesakorn S. & al., 2006 et Gray & al., 2004). Par contre, deux autres études utilisant également la « thérapie d'adhérence » (Anderson & al. 2010) et la « thérapie de compliance » (O'Donnell C. & al. 2003), n'ont pas montré d'amélioration significative. Cette contradiction est peut-être liée à la différence culturelle (Thaïlande et Occident) et à la relation préétablie entre le soignant et le patient.

Les trois études restantes, n'ont montré aucune amélioration significative de l'adhérence médicamenteuse après l'intervention fournie. Mais aucune de ces trois interventions n'a mené à une baisse de l'adhérence aux antipsychotiques.

6.2 Mise en perspective avec la problématique

Après la lecture des dix articles de ce travail, un des faits relevé les plus marquants est le manque de définition par rapport à la schizophrénie. En effet, dans la problématique, l'expérience schizophrénique, soit le vécu profond du malade et son rapport spécifique avec le monde a été développé ainsi que les différentes dimensions affectées par cela. Un point de vue « phénoménologique » a été utilisé pour proposer une définition de la schizophrénie. Aujourd'hui, la psychiatrie moderne se base essentiellement sur des approches dites « descriptives » permettant de catégoriser la maladie par un ensemble de symptômes, comme par exemple l'utilisation des manuels de classification diagnostique comme point de référence, mettant ainsi de côté l'expérience subjective du malade. Les articles du travail ont peut être utilisé cette mise en perspective issue de la psychiatrie moderne, créant ainsi une divergence avec la problématique. Cela pourrait aussi être dû au fait que la schizophrénie est une pathologie « connue » ayant fait l'objet de nombreuses définitions au cours du siècle passé et que les auteurs n'ont pas jugé nécessaire de la redéfinir dans leurs études. Cela aurait été intéressant que les auteurs développent plus le vécu du patient schizophrène afin de comprendre comment ils « abordent » ou perçoivent cette pathologie.

Un autre constat, est le manque de développement de la relation soignant - soigné dans les articles retenus pour le travail. Dans la problématique, cette relation entre l'infirmière et le malade, est mise en avant comme étant le point central du soin avec les patients souffrant de schizophrénie. De plus, les auteurs n'exposent pas le concept de « l'alliance thérapeutique ». Néanmoins, les résultats présentés la sous-tendent par l'élaboration d'une relation de collaboration active entre le patient et le soignant pour la réussite des objectifs fixés.

Le rôle de l'infirmière en santé mentale auprès de patients schizophrènes n'est pas systématiquement exposé dans les études ou peu développé.

6.3 Mise en perspective des résultats avec le cadre théorique

Selon les résultats des interventions cités, les participants ont amélioré ou non leur adhérence aux antipsychotiques. Cela pourrait être lié, au fait que chaque patient est unique, a ses propres caractéristiques, et réagit de manière différente à telle ou telle intervention. L'intervention fournie doit s'adapter à chaque patient et non le contraire. Il est donc indispensable pour l'infirmière d'identifier et de prendre en compte la « singularité du client » qui se rapporte à son « identité », laquelle lui confère ce caractère d'être unique. Ainsi, le soignant pourra entrer dans un processus de compréhension du comportement de santé actuel du patient, et se centrer sur les facteurs propres aux patients qui influencent son attitude envers la prise de médicaments.

La plupart des interventions examinées, explicitent une élaboration de la relation soignant- soigné. Celle-ci étant indispensable à la création d'une collaboration active avec le patient schizophrène, dans le but de parvenir à un accord entre le patient et le soignant dans le suivi du traitement médicamenteux. Si le patient est la première pièce de ce puzzle, l'infirmière est la seconde, celle qui doit s'imbriquer parfaitement dans la première. Sachant que les personnes souffrant de schizophrénie ont des difficultés à entrer en relation avec autrui et de ce fait d'avoir un rapport de confiance avec le soignant, ces difficultés ont pu influencer les résultats de santé (pas d'amélioration de l'adhérence aux antipsychotiques) car la relation de soin était potentiellement « dysfonctionnelle ».

Il faut aussi souligner le fait que certaines interventions ont été fournies par des infirmières connaissant les patients avant la mise en place des études, cela permet de supposer qu'un lien avait été construit préalablement, influençant positivement la réponse aux interventions. Ainsi, les soignants qui ne connaissaient pas les participants avant de fournir l'intervention, n'ont peut-être pas eu le « temps » nécessaire pour créer cette relation au cours de leurs interventions, qui a été pour la plus part de courte durée.

Cela amène à penser que c'est éventuellement la création d'une « alliance thérapeutique » qui a permis au patient schizophrène de suivre son traitement médicamenteux et non pas l'effet de l'intervention en elle-même. Car celui-ci a eu un temps « supplémentaire » afin d'être en relation avec le soignant, de pouvoir s'exprimer et de se sentir écouté, en comparaison aux participants des groupes « contrôle » qui ont seulement reçu des soins habituels

De plus, Cette relation implique l'utilisation de quatre facteurs. Parmi ceux-ci, certains auraient pu être manquants ou mal adaptés dans la relation, comme par exemple un soutien émotionnel insuffisant ou des techniques, des compétences professionnelles qui n'ont pas été appliquées « correctement », car les thérapeutes ont été formés préalablement aux interventions, supposant qu'ils ne maîtrisaient pas les techniques en elle-même, dû à un manque de pratique.

En conclusion, le cadre théorique de Cox sélectionné pour ce travail a permis de soutenir le rôle infirmier dans les interventions présentées dans cette étude et ainsi de mettre en perspective l'importance de l'influence de la singularité du patient sur sa relation avec l'infirmière.

6.4 Limites générales du travail

Dans le cadre de ce travail, différentes limites ont été identifiées. Premièrement, toutes les études retenues sont en anglais. Donc, des « erreurs » ont pu être commises lors de la traduction et de la compréhension. Deuxièmement, les critères d'inclusion sont limités à des études après 2003.

Une des limites relevée dans les articles, est que les auteurs développent peu les différents facteurs du soignant qui influencent la relation, mais se centrent essentiellement sur les dimensions liées aux

patients. La relation implique 2 sujets, qui par leurs caractéristiques vont « colorer » ce rapport qui va s’instaurer petit à petit entre eux. Le soignant va « agir » sur cette relation de par ses dimensions personnelles, telles que ses représentations envers le malade, sa capacité à s’engager dans une relation, sa distance professionnelle, sa capacité de compréhension du vécu de l’autre, etc...

Une autre limite de ce travail, est que les participants aux études n’étaient pas tous diagnostiqués schizophrènes, mais certains présentaient des troubles schizo-affectifs.

De plus, il n’existe pas de mesure « exacte » de l’adhérence aux médicaments, ainsi les auteurs ont sélectionné des outils de mesures fiables et valides mais pouvant différer d’une étude à l’autre, telle que la symptomatologie et l’attitude envers les antipsychotiques, qui sont des mesures dites « indirectes » de l’adhérence. Par conséquent la différence entre ces outils implique que les résultats de mesure d’adhérence sont peut-être surestimés ou inversement.

Pour finir, le peu de connaissances pratique, au niveau relationnel et de l’expérience que vit le schizophrène et ce qui est mis en place actuellement en Suisse comme prise en charge de la non adhérence aux antipsychotiques, le manque de connaissance théorique sur les « courants » de la psychiatrie, fait que le développement et le questionnement de ce travail aurait pu être plus élaboré.

6.5 Transférabilité des résultats

Parmi les cinq études mettant en avant des interventions dites « probantes » dans l’amélioration de l’adhérence aux antipsychotiques, deux études (Skarsholm & al. 2014 et Montes J-M. & al. 2010), sont des premiers essais randomisés, Cela peut donc mettre en doute (ce qui peut mettre en doute) leur validité et donc la généralisation de leurs résultats. Les trois autres études (Tay S, 2007, Maneesakorn S. & al., 2006 et Gray & al., 2004), présentent des interventions ayant déjà fait l’objet de plusieurs études.

Les dix études qui constituent ce travail ont été réalisées sur trois continents différents. En Europe : Danemark, Espagne, Hollande, Irlande et Angleterre. En Amérique : deux études aux États-Unis. En Asie : une étude en Chine et deux études en Thaïlande. Il faut prendre en compte que la conception des soins en santé mentale diffère en termes de culture, de pratique infirmière, de politique en matière de santé (temps d’hospitalisation), de prise en charge, de ressources économiques, et de dimensions sociales selon les pays. Et cela peut avoir une influence sur la généralisation des résultats en cas d’application de ces interventions en Suisse.

Comme par exemple, dans l’étude de Maneesakorn & al. (2006), l’auteur précise que les soins psychiatriques en Thaïlande sont différents au niveau du rapport soignant-soigné, supposant que le professionnel de santé détient le « pouvoir », et que le patient va se conformer aux volontés de celui-ci. Au niveau du fonctionnement, les patients ont des uniformes et partagent une chambre allant jusqu’à vingt patients et que les unités psychiatriques sont principalement « fermées ».

Par conséquent, les résultats « positifs » des deux études effectuées en Thaïlande laissent à penser, au vu des différences importantes culturelles, économiques et sociales qu'ils ne sont pas transférables en Suisse.

Les participants ont été recrutés en ambulatoire ou en hospitalisation, ainsi les variables, principalement « dynamiques », différent en terme d'adhérence de base, de la gravité des symptômes, de motivation, des affects, des ressources influençant la réponse aux interventions, supposant que les patients en ambulatoire ont une adhérence de base plus élevée que les personnes hospitalisées. De ce fait, les résultats des interventions fournies auprès des patients ambulatoires ne peuvent être transférables pour ceux étant hospitalisés. Pour finir, tous les participants des études, avaient une capacité de discernement du fait qu'ils ont donné leur consentement éclairé, ainsi les résultats ne sont potentiellement pas généralisable auprès d'une population schizophrène qui sont hospitalisé sous PAFA (placement à des fins d'assistance) supposant une incapacité de discernement.

6.6 Recommandations pour la pratique et la recherche

Cette revue narrative, a permis de mettre en avant que la mise en place dans la pratique clinique, de plusieurs interventions au lieu d'une seule serait, selon certains auteurs, plus efficace dans l'amélioration de l'adhérence médicamenteuse. Cela supposerait que plusieurs interventions cibleraient mieux les différentes dimensions liées à la singularité du patient schizophrène et permettraient de s'adapter à lui, selon ces besoins.

Une autre recommandation, serait de pouvoir accorder plus de temps et de disponibilités de la part du soignant afin de pouvoir construire une relation avec le patient schizophrène, car de par les difficultés qu'il éprouve à aller à la rencontre de l'autre, de pouvoir se livrer sur leur vécu intérieur et avoir confiance envers les bienfaits du soignant, fait qu'il faut aller au rythme du malade et qu'il faut prendre le temps, parfois beaucoup de temps, afin de permettre l'instauration de cette relation.

Au regard des différentes limites retrouvées dans les articles de cette recherche, il serait pertinent que des études se fassent avec un échantillon plus large et également sur une plus longue durée, afin de pouvoir comparer les nouveaux résultats avec ceux exposés dans le travail.

En conclusion, les études de Skarsholm et al. (2014) et de Montes J-M. et al. (2010), sont des premiers essais randomisés, ainsi pour pouvoir valider ces interventions, il faudrait que d'autres études sur l'efficacité de ces interventions soient conduites.

7 Conclusion

Cette recension narrative a permis ressortir cinq différentes interventions fournies par des infirmières qui permettraient d'améliorer significativement l'adhérence aux antipsychotiques chez les personnes souffrant de schizophrénie telles que l'intervention « orientée sur le système », une thérapie basée sur des appels téléphoniques, la « thérapie d'adhérence » et la « thérapie de compliance ». Néanmoins les recommandations misent en avant concernent la mise en place de plusieurs interventions au lieu d'une seule, d'accorder de la part du soignant du temps et de la disponibilité afin d'instaurer une relation avec le patient, d'avoir un échantillon plus large et une plus longue durée d'études et également de pouvoir effectuer des études supplémentaire sur les premiers essais randomisés.

Ce travail nous a permis d'apprendre à effectuer une démarche scientifique afin de répondre à un questionnement clinique et ainsi de développer un jugement critique. De plus, cette recherche nous a aidées à approfondir nos connaissances sur cette problématique et également de prendre conscience de la complexité et de la difficulté à intervenir auprès de personnes schizophrènes dans le but d'un changement de comportement envers leur médication antipsychotique.

Le travail a été réalisé avec et selon les ressources de chacune. Un questionnement constant a permis de nourrir cette recherche et ainsi de développer une réflexion critique sur celui-ci.

Durant ce travail, des imprévus ont été rencontré auxquels nous avons dû nous adaptés. L'un des principaux ayant été le changement de directeur du travail durant l'année. Cela a été pour nous, un bouleversement et un facteur de stress. Néanmoins, ce changement a été bénéfique car il nous a permis d'élargir notre vision de la schizophrénie et de prendre conscience de l'importance de la relation soignant- soigné dans le cadre de cette psychopathologie si complexe.

Liste de références

- Aldridge, M. (2011). Addressing non-adherence to antipsychotic medication : a harm-reduction approach, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19, 85-96. doi: 10.1111/j.1365-2850.2011.01809.x
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington, DC: Auteur
- Anderson, K H., Ford, S., Robson, D., Cassis, J., Rodrigues, C., Gray, R. (2010) An exploratory, randomized controlled trial of adherence therapy for people with schizophrenia, *International Journal of Mental Health Nursing* 19(5), 340-349. doi: 10.1111/j.1447-0349.2010.00681.x
- Atri, A., Sharma, M. (2007). Psychoeducation : Implications for the Profession of Health Education, *Californian Journal of Health Promotion*, 5(4), 32-39. Repéré à http://www.researchgate.net/profile/Manoj_Sharma29/publication/228765892_Psychoeducation_Implications_for_the_profession_of_health_education/links/0046351d6b974e4923000000.pdf
- Barkhof, E., Meijer, C., de Sonnevile, L., Linszen D., de Haan L. (2012). Interventions to improve adherence to antipsychotic medication in patients with schizophrenia- A review of the past decade, *The Journal of the European Psychiatric Association*, 27(1), 9-18. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2011.02.005>
- Barkhof, E., Meijer, C., de Sonnevile, L., Linszen D., de Haan L. (2013). The effect of motivational interviewing on medication adherence and hospitalization rates in nonadherent patients with multi-episode Schizophrenia, *Schizophrenia Bulletin*, 39(6), 1242–1251. doi: 10.1093/schbul/sbt138
- Beauchamp, I., Lévy-Chavagnat, D., & Chavagnat, J-J. (2012). Éducation thérapeutique et schizophrénie : quels buts ?, *Actualités Pharmaceutiques*, 52(524), 8-13. doi:10.1016/j.actpha.2012.12.023
- Bottéro A. (2011). Classifier sans stigmatiser : le cas de la schizophrénie. *L'Information Psychiatrique*, 87(3) ,199-209. doi:10.1684/ipe.2011.0760
- Bovet P. (2007). Pour une réhabilitation de la notion de schizoïdie. *Psychiatr Sci Hum Neurosci.*, 5(1), S58-S61. doi : 10.1007/s11836-007-0018-y
- Bradford, D. W., Perkins, D. O., & Lieberman, J. A. (2003). Pharmacological management of first-episode schizophrenia and related nonaffective psychoses. *Drugs*, 63(21), 2265-2283. Doi : 10.2165/00003495-200363210-00001
- Brown, S. (1992). Tailoring nursing care the the individual client: empirical challenge of a theoretical concept, *Reasearch in Nursing & Health*, 15(1), 39-46. doi: 10.1002/nur.4770150107

- Cox, C. (2003). A Model of Health Behavior to Guide Studies of Childhood Cancer Survivors, *Oncology Nursing Forum*, 30(5), 92-99. doi: 10.1188/03.ONF.E92-E99
- Daléry J., d'Amato T. & Saoud M. (2012). *Pathologies schizophréniques*, . Paris, France : Médecine Sciences Publications (Lavoisier), 7-15.
- De Luca, M., Jeanne, A., & Chenivresse, P. (2005). Le groupe médicament: J'ai 20 ans et je ne veux pas prendre de médicaments. *L'Information Psychiatrique*, 81(8), 715-720. Repéré à http://www.jle.com/fr/revues/ipe/e-docs/le_groupe_medicament_jai_20_ans_et_je_ne_veux_pas_prendre_de_medicaments_266881/article.phtml?tab=texte
- De Nayer, A., Masson, A., Delatte, B., Dubois, V., Mallet, L., Floris, M., & Detraux, J. (2013) Principes de traitement d'une prescription raisonnée d'antipsychotiques en schizophrénie: un nouveau paradigme? *Neurone*, 18(N° 10). Repéré à <http://www.synopsys.be/opendocs/Neuron%20FR%20extern/Prescription%20raisonn%C3%A9e%20N18-10%20FR.pdf>
- Docherty, A.R., Sponheim, S.R. & Kerns, J.G. (2014). Further examination of ambivalence in relation to schizophrenia spectrum. *Schizophr. Res.* 2014, 1-3. <http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2014.06.015>
- Early Psychosis Prevention and Intervention centre (2001). Case management in early psychosis : a handbook. Traduction française par P. Conus, A. Maire & A. Polari, Lausanne, Suisse : programme TIPP.
- Favrod, J. & Bonsack, C. (2008). Qu'est-ce que la psychoéducation ? *Santé Mentale*, n. 126. 26-32. Repéré à homepage.hispeed.ch/Jerome_Favrod/psycho1.pdf
- Fleischhacker, W.W., Meise, U., Günther, V. & Kurz, M. (1994). Compliance with antipsychotic drug treatment: influence of side effects. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89 (suppl 382), 11-15. doi: 10.1111/j.1600-0447.1994.tb05859.x
- Floris, M., Masson, A., Delatte, B., De Nayer, A., Domken, M-A., Dubois, V., ... Detraux, J. (2005) Adhésion partielle au traitement, schizophrénie, et les antipsychotiques de seconde génération, *Supplément à Neurone*, 10(9), 1-23. Repéré à <http://www.synopsys.be/opendocs/Neuron%20FR%20extern/Adh%C3%A9sion%20N10-09%20FR.pdf>
- Friocourt, P. (2011). Adhésion et persistance médicamenteuse dans le traitement de l'hypertension artérielle. *Annales de Gérontologie*, 4(1), 7-14. doi:10.1684/age.2010.0124
- Gochman, S. (1997). Handbook of Health Behavior Research IV: *Relevance for Professionals and Issues for the Future*. New York, USA: Plenum Press

- Gray R. (n.d.). Adherence Therapy: Working together to improve health, A Treatment Manual for Healthcare Worker. 1-40. Repéré à http://www.academia.edu/2436503/Adherence_therapy_manual
- Gray, R., Robson, D. & Bressington, D. (2002). Medication Management for people with a diagnosis of Schizophrenia. *Nursing Times*, 98(47), 38-40. Repéré à <http://www.nursingtimes.net/medication-management-for-people-with-a-diagnosis-of-schizophrenia/205851.article>
- Gray, R., Wykes, T., Edmonds, M., Leese, M., Gournay, K. (2004). Effect of a medication management training package for nurses on clinical outcomes for patients with schizophrenia, *British Journal of Psychiatry* 185, 157-182. DOI: 10.1192/bjp.185.2.157
- Hamann, J., Langer, B., Winkler, V., Busch, R., Cohen, R., S. Leucht, S. et Kissling, W. (2006). Shared decision making for in-patients with schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 114, 265-273. doi: 10.1111/j.1600-0447.2006.00798.x
- Haouzir S. & Bernoussi A. (2014). Les schizophrénies (3^{ème} éditions). Paris, France : Armand Colin
- Harris, N.R., Lovell, K. & Day, J.C. (2002). Consent and long-term neuroleptic treatment. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9(4), 475-482. doi: 10.1046/j.1365-2850.2002.00463.x
- Haute couverture, S., Limosin, F. & Rouillon, F. (2006). Épidémiologie des troubles schizophréniques. *La presse médicale*, 35 (3 :2), 461-468. doi: 10.1016/S0755-4982(06)74620-6
- Johansen, R., Melle, I., Iversen, V. C., & Hestad, K. (2013). Personality traits, interpersonal problems and therapeutic alliance in early schizophrenia spectrum disorders. *Comprehensive psychiatry*, 54(8), 1169-1176.
- Kozuki, Y., Poupore, E., Schepp, K. (2005). Visual Feedback Therapy to Enhance Medication Adherence in Psychosis, *Archives of Psychiatric Nursing*, 19(2), 70–80. doi:10.1016/j.apnu.2005.02.008
- Lamouroux, A., Magnan, A., & Vervloet, D. (2005). Compliance, observance ou adhésion thérapeutique : de quoi parlons-vous ? *Revue des maladies respiratoires*, 22(1), 31-34. Repéré à <http://www.em-consulte.com/article/156964/compliance-observance-ou-adhesion-therapeutique%C2%A0-d>
- Li, Z., Arthur, D. (2005). Family education for people with schizophrenia in Beijing, China: Randomised controlled trial, *British Journal of Psychiatry* 187, 339-345. DOI: 10.1192/bjp.187.4.339
- Lotstra, F., Lestienne, S. & De Nayer, A. (2010). Medical treatment of schizophrenia. *Revue Médicale de Bruxelles*, 31 (4), 226-230. Repéré à <http://europepmc.org/abstract/med/21089395>

- Maneesakorn, S., Robson, D., Gournay, K., Gray, R. (2007). An RCT of adherence therapy for people with schizophrenia in Chiang Mai, Thaïlande, *Journal of Clinical Nursing* 16(7), 1302–1312. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2007.01786.x
- Marland, G.R. & Sharkey, V. (1999). Depot neuroleptics, schizophrenia and the role of the nurse : is practice evidence based ? A review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 30(6), 1255-1265. doi: 10.1046/j.1365-2648.1999.01227.x
- McCabe, R., Bullenkamp, J., Hansson, L., Lauber, C., Martinez-Leal, R., Rössler, W., ... Priebe, S. (2012). The Therapeutic Relationship and Adherence to Antipsychotic Medication in Schizophrenia. *PLoS ONE* 7(4), 1-5. doi:10.1371/journal.pone.0036080
- McGorry, P., Killackey, E., Lambert, T., Lambert, M., Jackson, H., Codyre, D., ...Hocking, B. (2005). Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of schizophrenia and related disorders. *Australian And New Zealand Journal of Psychiatry*, 39 (1-2), 1-30. Doi: 10.1111/j.1440-1614.2005.01516.x
- McGurk, S., Mueser, K., DeRosa, J., Wolfe, R. (2009). Work, Recovery, and Comorbidity in Schizophrenia, *Schizophrenia Bulletin*, 35(2), 319-335. doi:10.1093/schbul/sbn182
- Merlo, M. C. (2010). Philosophie et troubles schizophréniques. *Forum Med Suisse*, 12(35), 665–667
Repéré à <http://www.medicalforum.ch/docs/smf/2012/35/fr/fms-01217.pdf>
- Miller, W., Rollnick, S. (2013). L'entretien motivationnel: *Aider la personne à engager le changement*. 2^{ème} édition. Traductions française par Lacallier, D., Michaud, P. Paris, France : InterEditions
- Minkowski E. (2002). *La schizophrénie*. Paris : France, Payot
- Misdrahi, D., Llorca, P.-M., Lançon, C. & Bayle, F.-J. (2002). L'observance dans la schizophrénie : facteurs prédictifs, voies de recherches, implications thérapeutiques. *L'Encéphale*, 28 (3), 266-272. Cote INIST : 3867, 35400010177534.0120
- Montes, J-M., Maurino, J., Diez, t., Saiz-Ruiz, J. (2010). Telephone-based nursing strategy to improve adherence to antipsychotic treatment in schizophrenia: A controlled trial, *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 14(4), 274–281. DOI: 10.3109/13651501.2010.505343
- Muldorf L. (2010) Temporalité des soins et psychose. *Santé mentale*, 149, 40-44.
- O'Donnell, C., Donohoe, G., Sharkey, L., Owens, N., Migone, M., Harries, R., Kinsella, A., Larkin, C., O'Callaghan, E. (2013). Compliance therapy: a randomised controlled trial in Schizophrenia, *British Medical Association*, 327, 1-4. doi: 10.1136/bmj.327.7419.834

- Olsson, L.-E., Hansson, E., Ekman, I. & Karlsson, J. (2009). A cost- effectiveness study of a patient-centred integrated care pathway. *Journal of Advanced Nursing* 65(8), 1626–1635. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05017.x
- Paillot, C-M., Csillik, A-S. (2008). Stades d’observance des patients schizophrènes chroniques. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 18(1), 32-35. doi:10.1016/j.jtcc.2008.02.006
- Palazzolo, J., Weibel, L., Midol, N., & Dunezat, P. (2007). Enquête sur la perception de l’observance dans la schizophrénie (EPOS), *Annales Médico Psychologique, revue psychiatrique*, 165(5), 313-324. doi:10.1016/j.amp.2005.06.010
- Parnas J., Moller P., Kircher T., Thalbitzer J., Jansson L., Handest P., Zahavi D., Cermolacce M. & Bovet P. (2012) "EASE: Évaluation des Anomalies de l’Expérience de Soi#." *L'Encéphale*, 38, S121-S145. doi:10.1016/S0013-7006(12)70090-8
- Passerieux, C., (2013, Décembre). Schizophrénie et les troubles de l’intersubjectivité. *Santé Mentale*, 22-27.
- Peretti C.-S., Martin P., Ferreri F. (2004). *Schizophrénie et cognition*. Haute Seine, France : John Libbey Eurotex
- Petitjean F., Marie-Cardine M. (2003). *Schizophrénie débutantes: Diagnostics et modalités thérapeutiques*. Haute Seine, France : John Libbey Eurotex
- Potheegadoo J. (2014). *Les caractéristiques subjectives du rappel des souvenirs autobiographiques chez les patients schizophrènes*. Thèse de doctorat inédite, université de Strasbourg. Repéré à <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01124358/document>
- Pringle, R. (2013). Psychosis and schizophrenia: a mental health nurse’s perspective. *Nurse Prescribing* 11(10), 505-509. <http://dx.doi.org/10.12968/npre.2013.11.10.505>
- Racamier, P.-C. (1990). *Les schizophrènes* (2ème éd.). Paris, France : Payot.
- Ramdass, M. J., Naraynsingh, V., Maharaj, D., Badloo, K., Teelucksingh, S. and Perry, A. (2001). Question of ‘patients’ versus ‘clients’, *Journal of Quality in Clinical Practice*, 21(1), 14–15. doi: 10.1111/j.1440-1762.2001.00396.pp.x
- Ritchie, C., Hayes, D., Ames, J. (2000). Patient or client? The opinions of people attending a psychiatric clinic, *The Psychiatrist*, 24(12), 447-450. Doi: 10.1192/pb.24.12.447
- Shevell, M. I. (2009). What do we call ‘them’?: the ‘patient’ versus ‘client’ dichotomy, *Developmental Medicine & Child Neurology*, 51(10), 770–772. doi: 10.1111/j.1469-8749.2009.03304.x

- Schmitt, A., Lefebvre, N., Chéreau, I. & Llorca, P.-M. (2006). Insight et observance dans la schizophrénie. *Annales Médico Psychologiques* 164(2), 154-158. doi : 10.1016/J.AMP.2005.11.005
- Skarsholm, H., Stoevring, H., Nielsen, B. (2014). Effect of a System-Oriented Intervention on Compliance Problems in Schizophrenia: A Pragmatic Controlled Trial, *Schizophrenia Research and Treatment*, 2014, 1-8. doi: 10.1155/2014/789403
- Świtaj, P., Anczewska, M., Chrostek, A., Sabariego, C., Cieza, A., Bickenbach, J., & Chatterji, S. (2012). Disability and schizophrenia: a systematic review of experienced psychosocial difficulties. *BioMed Central psychiatry*, 12(1), 193. doi:10.1186/1471-244X-12-193
- Tang, W T., Soong, C-Y., & Lim, W C. (2013). Patient Satisfaction with Nursing Care: A Descriptive Study Using Interaction Model of Client Health Behavior, *International Journal of Nursing Science*, 3(2), 51-56. doi:10.5923/j.nursing.20130302.04
- Tay, S. (2007). Compliance therapy: an intervention to improve inpatients' attitudes toward treatment, *Journal of Psychosocial Nursing*, Vol. 45(6), 29-37
- Wilkinson, G., Hesdon, B., Wild, D., Cookson, R., Farina, C., Sharma, V., Jenkinson, C. (2000). Self-report quality of life measure for people with schizophrenia: the SQLS. *The British Journal of Psychiatry*, 177 (1), 42-46. doi: 10.1192/bjp.177.1.42

Annexes

Annexe I : Grille de lecture critique de l'article de Skarsholm & al. (2014)

Annexe II : Grille de lecture critique de l'article de Barkhof & al. (2013)

Annexe III : Grille de lecture critique de l'article d'Anderson & al. (2010)

Annexe IV : Grille de lecture critique de l'article de Montes & al. (2010)

Annexe V : Grille de lecture critique de l'article de Tay (2007)

Annexe VI : Grille de lecture critique de l'article de Maneesakorn & al. (2007)

Annexe VII : Grille de lecture critique de l'article de Li & Arthur (2005)

Annexe VIII : Grille de lecture critique de l'article de Kozuki & al. (2005)

Annexe IX : Grille de lecture critique de l'article de Gray & al. (2004)

Annexe X : Grille de lecture critique de l'article de O'Donnell & al. (2003)

Annexe I : Grille de lecture critique de l'article de Skarsholm et al. (2014)

Skarsholm, H., Stoevring, H., Nielsen, B. (2014). Effect of a System-Oriented Intervention on Compliance Problems in Schizophrenia: A Pragmatic Controlled Trial, *Schizophrenia Research and Treatment*, 2014, 1-8. doi: 10.1155/2014/789403

Éléments d'évaluation	Questions pour faire la lecture critique
Titre	<p>Le titre précise la population à l'étude :</p> <ul style="list-style-type: none"> • les patients atteints de schizophrénie. <p>et les concepts clés :</p> <ul style="list-style-type: none"> • problème d'adhérence ; • l'intervention « orientée sur le système ».
Résumé	Le problème, la méthode, les résultats et la discussion sont clairement synthétisés dans le résumé.
Introduction	
Problème de recherche	<p>Le problème à l'étude est formulé de manière claire, il s'agit de la mauvaise adhérence aux traitements antipsychotiques chez les patients atteints de schizophrénie. Dans cette étude, il s'agit d'étudier l'effet que l'intervention « orientée sur le système » a par rapport à l'adhérence chez les patients atteints de schizophrénie.</p> <p>Ce problème est justifié dans le contexte actuel comme étant estimé que seulement 50% des médicaments prescrits sont consommés et le fait que cette mauvaise adhérence engendre des problèmes au niveau clinique et économique.</p> <p>Le problème à l'étude a une signification particulière pour la discipline infirmière. Car les auteurs veulent aborder le problème de la mauvaise adhérence médicamenteuse en le prenant sous l'angle, d'un problème venant du système. Qui dit système, dit fournisseur de soin. D'où l'intérêt de la mise en place de cette intervention proposée dans cette étude.</p>
Recension des écrits	Les travaux de recherches antérieures sont reportés de façon critique, les auteurs rapportent que les précédentes études avaient une approche du problème de la non adhérence axée sur l'individu (du fait de comportements inadéquats). Les auteurs de cette étude ont une approche alternative, car ils abordent le problème de la non adhérence sous l'angle du système (dysfonction au niveau de l'hôpital, de l'équipe de soins en santé mentale, des membres du personnel).

Éléments d'évaluation	Questions pour faire la lecture critique
	La recension des écrits s'appuie principalement sur des sources primaires (études randomisées, contrôlées) en faisant état des nombreuses études sur le problème d'adhérence en ciblant uniquement l'individu.
Cadre de recherche	<p>Dans cet article, les auteurs n'explicitent pas le fait qu'ils utilisent un cadre de recherche. Mais on peut déduire qu'il s'agit de l'intervention « orientée sur le système ».</p> <p>De même que les concepts clés sont mis en évidence, il s'agit de la non adhérence et de l'intervention « orientée sur le système ». Ces deux concepts sont définis sur le plan conceptuel.</p>
But, questions de recherche	Le but de l'étude est énoncé de façon claire et concise. Il s'agit de voir si l'intervention « orientée sur le système » améliore l'adhérence chez les patients schizophrènes.
Méthode	
Population et échantillon	<p>La population de l'étude est : les patients atteints de schizophrénie. Les auteurs précisent les critères d'inclusion dans la méthode.</p> <p>Dans la section des résultats, figure un tableau présentant les caractéristiques socio-démographiques et cliniques (Tableau 1).</p> <p>La taille de l'échantillon est de 70 personnes. Par contre il n'est pas mentionné comment la taille de l'échantillon a été déterminée. Si ce n'est que les 70 personnes remplissaient les critères d'inclusion.</p>
Considérations éthiques	Le projet a été approuvé par le comité d'éthique de la région du Danemark du sud. Les patients ont donné leur consentement éclairé écrit afin de participer à cette étude.
Devis de recherche	L'étude a été conçue comme un essai contrôlé pragmatique, il permet d'atteindre le but de cette étude.
Mode de collecte des données	<p>La mesure primaire des résultats a été faite par un outil que les auteurs ont spécifiquement créé pour les besoins de l'étude. Il s'agit de « l'échelle d'adhérence » qui est composée de 4 éléments dont deux échelles importées (DAI-10 et PANSS) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'autoévaluation du patient sur son adhérence médicamenteuse ; • le DAI-10 (Drug Attitude Inventory), mesurant l'adhérence chez les personnes atteintes de schizophrénie ; • la participation du patient aux rendez-vous donnés par les soignants en santé mentale ; • la PANSS- item G12 (concernant le jugement de la maladie et le

Éléments d'évaluation	Questions pour faire la lecture critique
	<p>besoin par rapport au traitement).</p> <p>Pour les mesures secondaires les auteurs ont employé d'autres échelles importées pour l'étude : PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale, mesure pour évaluer les symptômes de la schizophrénie), GAF (Global Assessment of Functioning Scale), évalue le fonctionnement psychologique et sociale), SWN (Subjective Well-Being on Neuroleptic Treatment Scale, qui est une auto-évaluation de l'effet de l'antipsychotique sur le patient) et UKU (échelle évaluant les effets secondaires du traitement).</p> <p>Les auteurs indiquent que la validité et la fidélité du DAI-10 et de la PANSS ont été évaluées, par contre en ce qui concerne les autres échelles utilisées, les auteurs n'ont rien mentionné.</p>
Conduite de la recherche	<p>Le processus de collecte de données n'est pas décrit de manière claire. Les auteurs ne précisent pas à quel moment la prise des mesures s'est faite ni qui l'a faite.</p> <p>Il est simplement dit que pour chaque patient des deux groupes, un entretien de suivi a eu lieu à la fin des six mois de l'étude.</p>
Analyse des données	<p>Les méthodes d'analyse des données utilisées sont précisées en ces termes : toutes les mesures des résultats des patients ont été analysées sur le principe « intention-to-treat », ces mesures sont alternativement traitées soit par la méthode MI (méthode d'imputation multiple) soit par la méthode LOCF (dernière observation reportée). Toutes les données ont été analysées par un logiciel informatique de traitement des données (Stata 10).</p>
Résultats	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont résumés par un texte narratif et sont présentés à l'aide d'un tableau (tableau 2), soit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Différence dans le score d'adhérence en comparaison entre le début de l'intervention et la fin de l'intervention ; • Test de la différence entre les deux groupes d'intervention.
Discussion	
Interprétation des résultats	<p>Les résultats sont interprétés par rapport à l'objectif initial de l'étude. Les auteurs soulignent le bénéfice de l'intervention « orientée sur le système » sur l'amélioration de l'adhérence.</p> <p>Les limites de l'étude :</p>

Éléments d'évaluation	Questions pour faire la lecture critique
	<ul style="list-style-type: none"> • L'étude est relativement courte (six mois) on ne sait pas si cette interventions est efficace sur le long terme ; • L'intervention du groupe « contrôle » (la « thérapie d'adhérence ») a été mal fournie par les soignants. Des résultats positifs seraient peut-être apparus si l'intervention avait été mieux menée et si le temps de l'intervention avait été plus long ; • L'étude a été réalisée dans un milieu clinique de routine. Le cadre dans lequel s'est déroulé l'étude a pu avoir une influence sur la manière dont l'intervention a été donnée (par ex : l'implication du soignant ou l'environnement perturbant). Cette intervention peut donc être vue soit de manière positive ou de manière négative par le patient selon les circonstances où elle a été fournie et influencer les résultats de l'étude.
<p>Conséquences et recommandations</p>	<p>Les conséquences des résultats de cette étude sur la pratique sont les suivantes : cette étude suggère que les problèmes d'adhérence sont mieux résolus par l'application d'une intervention basée sur le système, d'où la légitimité de l'intervention « orientée sur le système ».</p> <p>Les auteurs recommandent, pour les recherches futures, des études avec un plus grand échantillon, une durée plus longue et une meilleure mise en œuvre qui pourrait probablement fournir des résultats plus convaincants pour l'intervention, c'est-à-dire en produisant plus de preuves sur l'efficacité de cette intervention.</p>

Fortin, M. (2010). Fondements et étapes du processus de recherche. Méthodes quantitatives et qualitatives (2nd ed.). Montréal: Chenelière éducation.

Annexe II : Grille de lecture critique de l'article de Barkhof & al. (2013)

Barkhof, E., Meijer, C., de Sonnevile, L., Linszen D., de Haan L. (2013). The effect of motivational Interviewing on medication adherence and hospitalization rates in nonadherent patients with multi-episode Schizophrenia, *Schizophrenia Bulletin*, 39(6), 1242–1251. doi: 10.1093/schbul/sbt138

Éléments d'évaluation	Questions pour faire la lecture critique
Titre	<p>Le titre nomme les concepts clés ainsi que la population à l'étude.</p> <p>Les concepts-clés sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> • « L'entretien motivationnel » ; • L'adhérence. <p>La population à l'étude est :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les patients avec de multiples épisodes de schizophrénie.
Résumé	<p>Le résumé synthétise les grandes lignes de la recherche (le problème, la méthode, les résultats) excepté la discussion. Même s'il n'y a pas de synthèse de la discussion, la conclusion permet de répondre aux objectifs de l'étude.</p>
Introduction	
Problème de recherche	<p>Le problème à l'étude est exposé par les auteurs. Il s'agit de la non adhérence au traitement antipsychotique chez les personnes atteintes de schizophrénie. Cette non adhérence est un problème fréquent. Elle exerce une influence non seulement sur l'augmentation du taux d'hospitalisation chez ces patients, mais également sur les coûts d'hospitalisation ainsi que sur la notion de fardeau chez la famille du patient.</p> <p>Dans cet article, l'infirmière n'est cependant pas décrite de manière explicite dans l'introduction, mais il est dit que des interventions peuvent être mises en place telles que la thérapie de l'adhérence et « l'entretien motivationnel » et ce sont des interventions pouvant être données par l'infirmière (expliqué dans la méthode).</p>
Recension des écrits	<p>Les travaux de recherches antérieures sont rapportés par les auteurs afin d'expliquer que la non adhérence est un problème fréquent. Ils expliquent que plusieurs recherches ont été effectuées afin de traiter cette problématique. Les auteurs se montrent critiques envers l'intervention déjà mise à l'étude en mettant en avant les résultats des travaux antérieurs comme n'étant pas concluants. Les études montrent une progression des idées dans l'avancement de l'utilisation de « l'entretien motivationnel ». Cette recension fournit une synthèse de l'état de la question par rapport au</p>

Éléments d'évaluation	Questions pour faire la lecture critique
	problème de recherche. Ils s'appuient sur différentes sources primaires et secondaires afin d'illustrer leur propos.
Cadre de recherche	<p>les concepts mis en évidence dans le cadre conceptuel sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La non adhérence ; • « L'entretien motivationnel ». <p>Les auteurs présentent un cadre conceptuel incorporé dans la recension des publications. Les concepts présentés sont en lien avec le but principal de l'étude.</p>
But, questions de recherche	<p>L'étude présente deux buts à se recherche. Ces buts sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'efficacité de « l'entretien motivationnel » sur l'adhérence aux antipsychotiques chez les patients schizophrènes ; • pouvoir déterminer quels groupes de personnes spécifiques bénéficient d'avantage de cette intervention car il existe plusieurs facteurs associés à la non adhérence. <p>Néanmoins les auteurs ne présentent ni question de recherche, ni hypothèse.</p>
Méthode	
Population et échantillon	<p>La population de l'étude est définie de façon précise. Elle concerne les patients souffrant de schizophrénie. Les auteurs mettent en avant les critères d'inclusion et d'exclusion dans leur méthode. L'échantillon est décrit dans le tableau 1 « caractéristiques de base ». Néanmoins, les auteurs auraient pu étoffer ce tableau en définissant des caractéristiques supplémentaires telles que le statut social.</p> <p>Le recrutement des participants est partiellement détaillé. Il est dit que l'étude a été menée dans 3 établissements de santé mentale à Amsterdam.</p> <p>Les patients ont été choisi parmi plusieurs centres hospitaliers et ambulatoires s'occupants de traitement de troubles psychotiques.</p> <p>La taille de l'échantillon a été déterminée sur une base statistique.</p>
Considérations éthiques	<p>Les auteurs expliquent que l'étude a été approuvée par le Comité d'éthique de l'Académie médicale Centre Amsterdam. Cependant, les auteurs ne présentent pas d'explications supplémentaires concernant ce comité.</p> <p>Le consentement éclairé a été obtenu par écrit par les participants.</p> <p>Lorsque le thérapeute juge qu'il y avait des problèmes à garder les patients engagés dans les entretiens, le nombre de séances a été diminué.</p>
Devis de recherche	Le devis de recherche permet que l'étude atteigne son but. Pour cela les

Éléments d'évaluation	Questions pour faire la lecture critique
	auteurs utilisent une recherche expérimentale dont les caractéristiques de l'étude sont la présence d'une intervention (« l'entretien motivationnel »), un groupe « témoin » (l'éducation à la santé), ainsi qu'une randomisation des participants dans les différents groupes.
Mode de collecte des données	<p>Les auteurs décrivent les outils de mesures qu'ils ont utilisés. Ces outils sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'échelle PANSS : afin d'évaluer la sévérité des symptômes positifs et négatifs ; • L'échelle MAQ : permet d'évaluer l'adhérence au traitement ; • L'échelle LCS : permet d'évaluer l'évolution à long terme de la schizophrénie ; • L'échelle DAI : permet d'évaluer le comportement à l'égard des médicaments. <p>Les auteurs ne précisent pas si les outils de mesures ont été créés pour l'étude ou s'ils sont importés. Néanmoins, il peut être déduit que ces outils de mesure sont importés car nous les avons retrouvés dans d'autres articles. Dans leur méthode, les auteurs indiquent que ces outils sont fidèles et valides par rapport à leur étude. Néanmoins, aucun résultat n'est présenté.</p>
Conduite de la recherche	Le processus de collecte de données est décrit par les auteurs. Il a été effectué par des psychiatres et des psychologues formés qui ne connaissent pas la répartition des patients. Les auteurs expliquent que les interventions et l'évaluation des interventions n'ont jamais été réalisées par des professionnels venant du même établissement.
Analyse des données	Les méthodes d'analyse statistique permettent de répondre à chaque objectif de l'étude. Pour évaluer l'effet de l'intervention dans les deux groupes, une analyse de covariance (ANOVA) a été utilisée. Différents tests et analyses ont également été effectués pour analyser les caractéristiques de base des participants en lien avec l'effet de l'intervention sur leur adhérence médicamenteuse.
Résultats	
Présentation des résultats	Les résultats sont présentés à l'aide de tableaux suivis par un texte narratif. Le texte narratif comporte plusieurs <i>items</i> : les participants, interventions, l'adhérence, taux d'hospitalisation et la psychopathologie.
Discussion	

Éléments d'évaluation	Questions pour faire la lecture critique
<p>Interprétation des résultats</p>	<p>Les résultats sont interprétés en fonction de chacun des buts de l'étude.</p> <p>Les auteurs mettent en avant la similitude de leur résultat avec celles d'études antérieures, expliquant que « l'entretien motivationnel » n'est pas une intervention optimale pour toutes les personnes souffrant de schizophrénie.</p> <p>Les auteurs définissent les limites de leurs études. Ces limites sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> • le nombre de participants dans les sous-groupes est trop faible et l'échantillonnage n'a pas été randomisé sur ces caractéristiques ; • « L'entretien motivationnel » et l'éducation à la santé ont été effectués par des thérapeutes qui ne sont pas impliqués dans le traitement des patients. Cela amène, selon les auteurs, une incertitude due au fait que le soignant a potentiellement pu influencer les résultats en effectuant d'autres interventions thérapeutiques ; • Le refus des patients de participer à l'étude. Cependant, le nombre de refus coïncide avec celui des études antérieures ; • Le taux d'abandon durant l'étude est important mais pas surprenant pour les auteurs de l'étude.
<p>Conséquences et recommandations</p>	<p>Les résultats fournissent des indications sur « l'entretien motivationnel » qui peut encore être travaillé pour améliorer l'adhérence chez des sous-groupes de population tels que les femmes, les consommateurs de cannabis, les patients plus jeunes. Les auteurs expliquent qu'une utilisation ciblée de « l'entretien motivationnel » peut être bénéfique pour augmenter l'adhérence dans certains groupes de patients.</p>

Fortin, M. (2010). Fondements et étapes du processus de recherche. Méthodes quantitatives et qualitatives (2nd ed.). Montréal: Chenelière éducation.

Annexe III : Grille de lecture critique de l'article d'Anderson & al. (2010)

Anderson, K H., Ford, S., Robson, D., Cassis, J., Rodrigues, C., Gray, R. (2010) An exploratory, randomized controlled trial of adherence therapy for people with schizophrenia, *International Journal of Mental Health Nursing* 19(5), 340-349. doi: 10.1111/j.1447-0349.2010.00681.x

Éléments d'évaluation	Questions pour faire la lecture critique
Titre	<p>Le titre précise la population à l'étude :</p> <ul style="list-style-type: none"> • les patients atteints de schizophrénie. <p>et le concept clé :</p> <ul style="list-style-type: none"> • la « thérapie d'adhérence »
Résumé	<p>Le problème, la méthode, les résultats et la discussion sont synthétisés dans les grandes lignes dans le résumé de l'étude.</p>
Introduction	
Problème de recherche	<p>Le phénomène à l'étude est défini. Il s'agit de la non adhérence aux antipsychotiques chez les personnes souffrant de schizophrénie. L'auteur explique que c'est un problème connu, impliquant des conséquences néfastes pour le sujet schizophrène. Le problème est justifié dans le contexte des connaissances actuelles.</p> <p>Dans cette étude, il s'agit d'étudier l'efficacité de la « thérapie d'adhérence » sur l'adhérence aux antipsychotiques chez les patients schizophrènes.</p> <p>le problème mis en avant dans l'étude a une signification pour la discipline infirmière, car le soutien de l'adhérence aux antipsychotiques chez les patients schizophrènes fait partie intégrante du rôle de l'infirmière en santé mentale. La « thérapie d'adhérence » présentée dans cette étude est une intervention pouvant être fournie par des infirmières formées préalablement.</p>
Recension des écrits	<p>L'auteur rapporte de manière critique les études précédentes. Il explique que les six essais cliniques de la « thérapie d'adhérence » ont donné des résultats contradictoires sur leur efficacité et exposent ces différents résultats. Il y a un manque de données sur les autres interventions d'amélioration de l'adhérence médicamenteuse.</p>
Cadre de recherche	<p>les concepts mis en évidence dans le cadre conceptuel sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La non adhérence ; • « la thérapie d'adhérence » <p>Les auteurs présentent un cadre conceptuel incorporé dans la recension des</p>

Éléments d'évaluation	Questions pour faire la lecture critique
	publications. Les concepts présentés sont en lien avec le but principal de l'étude.
But, question de recherche	<p>Les objectifs de l'étude sont d'évaluer l'efficacité de la « thérapie d'adhérence » dans l'amélioration des symptômes psychiatriques et l'adhérence au traitement médicamenteux chez les patients atteints de schizophrénie, et de décrire la satisfaction des patients envers la « thérapie d'adhérence ».</p> <p>Les 3 questions de recherche énoncent clairement les variables clés et la population à l'étude. Les questions de l'étude sont les suivants: (1) y a-t-il une différence dans la sévérité de la symptomatologie des patients atteints de schizophrénie ou de trouble schizo-affectif après la participation à la thérapie d'adhérence ?; (2) y-a-t-il une différence dans l'adhérence au traitement pour les patients souffrant de schizophrénie ou de trouble schizo-affectif après la participation à la « thérapie d'adhérence »?; et (3) quelle a été l'expérience de satisfaction des patients à la « thérapie d'adhérence »?</p>
Méthode	
Population et échantillon	<p>La population à l'étude : personnes souffrant de schizophrénie ou de troubles schizo-affectif. L'auteur expose des critères d'inclusion et d'exclusion. 26 patients provenant du centre de santé mentale de la communauté dans le sud-est des Etats-Unis ont participé à l'étude. Dans la section méthode, figure un tableau (tableau I) présentant les caractéristiques sociodémographiques des participants et un autre tableau (tableau II) présentant les caractéristiques cliniques de l'échantillon.</p> <p>L'auteur précise qu'il n'y avait pas différences dans les caractéristiques démographiques entre les deux groupes.</p> <p>La taille de l'échantillon a été déterminée sur une base statistique.</p>
Considération éthique	L'université institutionnelle de « Review Board » a donné son approbation éthique pour l'essai, conformément aux dispositions de la Déclaration d'Helsinki. Le consentement éclairé écrit a été obtenu par les participants avant l'étude.
Devis de recherche	Un essai randomisé contrôlé exploratoire en aveugle.
Mode de collecte des données	<p>L'auteur décrit brièvement les outils de mesure de cette étude qui ont été importés:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le PANSS (positive and negative symptoms scale) : permet

Éléments d'évaluation	Questions pour faire la lecture critique
	<p>d'évaluer les symptômes de la schizophrénie ;</p> <ul style="list-style-type: none"> • PETIT (Personal Evaluation of Transitions in Treatment) : une échelle de mesure des aspects subjectifs aux antipsychotiques pour le schizophrène ; • ATSAT (Adherence Therapy Patient Satisfaction Questionnaire) : un questionnaire d'évaluation de la satisfaction du patient envers la thérapie d'adhérence ; • LUNSERS (The Liverpool University Neuroleptic Side Effect Rating Scale) : une échelle de mesure des effets secondaires des neuroleptiques (antipsychotiques) ; • SAI-E (schedule for assessment of insight) : échelle d'évaluation du niveau d' « insight » envers le diagnostic, la conscience d'un individu, et la compréhension des symptômes. <p>Le PANNS a démontré une fiabilité interne et externe et une validité. Le LUNSERS a montré une fiabilité. L'auteur ne donne pas d'informations sur la fidélité et la validité des autres outils.</p>
Conduite de la recherche	Le processus de collecte n'est pas clairement décrit. L'auteur précise que les évaluateurs étaient des personnes connues des patients. La mesure du PANNS a été effectuée avec un entretien de 30 à 40 minutes avec le patient. Le PETIT est une mesure par une auto-évaluation du patient. Le LUNSERS est une échelle d'auto-évaluation.
Analyse des données	Les résultats ont été analysés à l'aide du logiciel SPSS version 11.0.2 (SPSS 2003). Les différences entre les deux groupes ont été évaluées à l'aide de t-tests pour analyser les différences dans le groupe « témoin » au niveau de la gravité de la symptomatologie et de l'adhérence aux traitements. Une analyse de la variance des mesures répétées a également été faite. Pour le questionnaire ATSAT, des écarts types ont été calculés.
Résultats	
Présentation des résultats	Les résultats sont présentés sous forme de tableau et illustré d'un texte narratif.
Discussion	
Interprétation des résultats	Les résultats répondent à l'objectif et aux questions de recherche. Les résultats de cette essai ne suggèrent pas que la « thérapie d'adhérence », telle que mesurée, est utile pour améliorer les symptômes ou l'évaluation subjective envers le traitement, y compris l'adhésion aux médicaments

Éléments d'évaluation	Questions pour faire la lecture critique
	<p>chez les personnes atteintes de schizophrénie. Les résultats concordent avec certaines études antérieures.</p> <p>Les limites de l'étude :</p> <ul style="list-style-type: none"> • la petite taille de l'échantillon ; • un biais de sélection possible dû au fait que les patients qui ont accepté de participer à l'attitude avaient peut-être un taux élevé d'adhérence aux antipsychotiques de base ; • contraintes de temps liées à la courte durée de l'étude (8 semaines) et évaluation des résultats faites après 1 à 2 jours après la dernière séance de « thérapie d'adhérence » ; • le niveau de connaissances des thérapeutes envers les médicaments n'était pas excellent.
Conséquences et recommandations	<p>Bien que les résultats montrent que la « thérapie d'adhérence » n'influence pas l'adhésion aux antipsychotiques, ni l'amélioration des symptômes ou la satisfaction envers les antipsychotiques chez les patients schizophrènes, les participants ont signalé un degré très élevé de satisfaction envers la « thérapie d'adhérence ». Les participants ont précisé qu'ils se sont senti impliqués dans le processus de soins en étant « traités » avec respect et que cela était très satisfaisant pour eux. Les patients ont appris à propos de la gestion de leur maladie et de leur traitement. Cette étude met l'accent sur l'importance de développer et d'assister la relation patient-soignant comme un élément essentiel de la pratique clinique.</p> <p>L'auteur dit que dans les recherches futures, il faudra reconsidérer la collecte de données pour valider l'adhérence « auto-déclarée » par le patient.</p>

Fortin, M. (2010). Fondements et étapes du processus de recherche. Méthodes quantitatives et qualitatives (2nd ed.). Montréal: Chenelière éducation.

Annexe IV : Grille de lecture critique de l'article de Montes & al. (2010)

Montes, J-M., Maurino, J., Diez, t., Saiz-Ruiz, J. (2010). Telephone-based nursing strategy to improve adherence to antipsychotic treatment in schizophrenia: A controlled trial, *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 14(4), 274–281. DOI: 10.3109/13651501.2010.505343

Éléments d'évaluation	Questions pour faire la lecture critique
Titre	<p>Le titre précise les concepts clés et la population à l'étude.</p> <p>Population à l'étude :</p> <ul style="list-style-type: none"> • les personnes souffrant de schizophrénie. <p>Concepts clés :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adhérence aux antipsychotiques ; • Interventions : téléphone fourni par des infirmières.
Résumé	<p>Le problème, la méthode, les résultats et la discussion sont clairement synthétisés dans le résumé de l'étude.</p>
Introduction	
Problème de recherche	<p>L'auteur se base sur des écrits récents pour expliciter le problème de l'étude qui est la non adhérence aux antipsychotiques chez les patients atteints de schizophrénie. C'est une problématique connue et fréquente qui engendrent de graves conséquences sur le plan clinique, personnel et économique. L'auteur met en avant les facteurs contribuant à cette non-adhérence.</p> <p>Le problème mis en avant dans l'étude a une signification pour la discipline infirmière, car cette intervention est fournie par des infirmières. L'auteur souligne un rôle essentiel des infirmières auprès des schizophrènes et elles pourraient avoir un plus grand rôle permettant d'améliorer leur adhérence aux antipsychotiques. Il s'agit d'évaluer dans cette étude, si des interventions par téléphone fournies par des infirmières améliorent l'adhérence aux antipsychotiques auprès des schizophrènes.</p>
Recension des écrits	<p>L'auteur s'appuie principalement sur des sources secondaires (revue de littérature) pour exposer les différentes interventions utilisées actuellement pour améliorer l'adhérence médicamenteuse. Il rapporte qu'aucune de ces interventions n'a démontré clairement une amélioration de l'adhérence aux antipsychotiques chez les schizophrènes.</p> <p>L'auteur rapporte deux études pilotes fondées sur des appels téléphoniques qui ont montré des résultats prometteurs dans l'amélioration de l'adhérence médicamenteuse auprès des schizophrènes. Cependant la taille de</p>

Éléments d'évaluation	Questions pour faire la lecture critique
	l'échantillon de ces deux études était restreinte.
Cadre de recherche	<p>les concepts mis en évidence dans le cadre conceptuel sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> • la non adhérence ; • téléphone fourni par des infirmières. <p>Les auteurs présentent un cadre conceptuel incorporé dans la recension des publications. Les concepts présentés sont en lien avec le but principal de l'étude.</p>
But, questions de recherche	<p>Les objectifs de cette étude sont décrits de façon claire et précise comme suit : L'objectif principal de cette étude est d'évaluer l'efficacité d'un appel téléphonique (une fois par mois) fourni par une infirmière en santé mentale dans la détection et l'amélioration de l'adhérence au traitement antipsychotique chez des patients ambulatoires atteints de schizophrénie. L'objectif secondaire est d'évaluer son efficacité en terme d'amélioration de la situation clinique, des attitudes envers les médicaments, et de la qualité de vie.</p>
Méthode	
Population et échantillon	<p>La population de l'étude est les patients souffrant de schizophrénie. Des critères d'inclusion et d'exclusion sont précisés dans la méthode. Les 928 participants étaient des patients cliniquement stables traités dans des centres de santé mentale communautaires. Dans la section résultat, figure un tableau (tableau III) présentant les caractéristiques sociodémographiques et cliniques de l'échantillon. L'auteur précise qu'il n'y avait pas de différences significatives de ces caractéristiques entre le groupe « témoin » et le groupe « contrôle » à l'inclusion. L'échantillon n'est pas représentatif de la population (schizophrènes) car les participants sont des schizophrènes cliniquement stables.</p> <p>La taille de l'échantillon a été déterminée sur une base statistique.</p>
Considérations éthiques	<p>L'étude a été approuvée par le comité d'éthique de la Fondation de Catalogne de l'hôpital de Barcelone, en Espagne. Le consentement éclairé écrit des participants à l'étude a été obtenu. La confidentialité du patient a été maintenue.</p>
Devis de recherche	<p>C'est une étude randomisée, contrôlée, comparative et prospective. Ce devis permet à l'étude d'atteindre son but.</p>
Mode de collecte des données	<p>L'auteur décrit brièvement les outils de mesures de cette étude qui ont été importés:</p>

Eléments d'évaluation	Questions pour faire la lecture critique
	<ul style="list-style-type: none"> • le RAT (Register of Adherence to Treatment): évaluation de l'adhésion aux médicaments ; • DAI-10 (Drug Attitude Inventory) : échelle d'auto-évaluation de l'attitude du patient envers les médicaments ; • CGI-SCH (the Clinical Global Impression – Schizophrenia scale) : évaluation de la diversité des symptômes du patient schizophrène ; • EQ-5D (Health-Related Quality of Life Questionnaire) : évaluation de la qualité de vie. <p>L'auteur précise que l'outil DAI-10 a démontré une fiabilité, et l'outil EQ-5D a une validité prouvée. Il n'y a pas d'informations sur les autres outils.</p>
Conduite de la recherche	<p>La collecte de données a été réalisée en « non-aveugle » par un psychiatre au début de l'étude et à 4 mois. Le RAT, a aussi été évalué par les infirmières. Les outils de mesure (RAT, DAI-10, CGI-SCH, EQ-5D) ont été administrés au début et à la dernière visite. le RAT et le DAI-10 ont également été administrés aux patients du groupe « intervention », pendant les appels téléphoniques des infirmières.</p>
Analyse des données	<p>Des méthodes d'analyse statistiques ont été utilisées. Des statistiques descriptives ont été utilisées pour présenter les données démographiques et cliniques des patients. L'association entre l'intervention par téléphone des infirmières et l'adhérence aux médicaments a été analysée avec de multiples modèles de régression logistique, ajusté pour les facteurs confondants résiduels. Une analyse de covariance (ANOVA) a été utilisée pour analyser les changements cliniques dans les 2 groupes.</p>
Résultats	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont présentés sous forme de tableau et résumés par un texte narratif. Ils sont présentés sous 3 chapitres :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les caractéristiques de base des participants ; • Analyse des résultats primaires ; • Analyse des résultats secondaires.
Discussion	
Interprétation des résultats	<p>Les résultats sont interprétés en fonction des 2 objectifs de l'étude.</p> <p>Les résultats de cette étude confirment les enquêtes précédentes indiquant que des interventions simples de surveillances axées sur l'adhérence aux</p>

Éléments d'évaluation	Questions pour faire la lecture critique
	<p>médicaments peuvent réussir à améliorer l'adhérence.</p> <p>Les limites de l'étude :</p> <ul style="list-style-type: none"> • la population de l'échantillon a été limitée à des patients cliniquement stables, prenant un seul médicament antipsychotique oral et peut ne pas être généralisé à des individus qui reçoivent plusieurs médicaments antipsychotiques et qui sont moins stables ; • les taux d'adhérence de base aux antipsychotiques étaient élevés ; • la conception en non aveugle pourrait avoir biaisé les résultats.
<p>Conséquences et recommandations</p>	<p>Les résultats de l'étude montrant une amélioration de l'adhérence aux antipsychotiques auprès de patients schizophrènes, permettent à l'auteur de soutenir l'idée que des infirmières en santé mentale préalablement formées permettraient d'améliorer l'adhérence aux antipsychotiques auprès des patients schizophrènes.</p> <p>L'auteur indique que d'autres études sont nécessaires pour savoir si ce type d'intervention est efficace.</p>

Fortin, M. (2010). Fondements et étapes du processus de recherche. Méthodes quantitatives et qualitatives (2nd ed.). Montréal: Chenelière éducation.

Annexe V : Grille de lecture critique de l'article de Tay (2007)

Tay, S. (2007). Compliance therapy: an intervention to improve inpatients' attitudes toward treatment, *Journal of Psychosocial Nursing, Vol. 45(6), 29-37*

Éléments d'évaluation	Questions pour faire la lecture critique
Titre	<p>Le titre précise les concepts clés :</p> <ul style="list-style-type: none"> • « thérapie de compliance » ; • attitudes des patients envers le traitement. <p>mais le titre ne précise pas la population à l'étude.</p>
Résumé	<p>Le résumé est synthétique. Le problème est explicité brièvement. La méthode, les résultats et la discussion sont décrits.</p>
Introduction	
Problème de recherche	<p>Le problème est brièvement décrit et l'auteur ne s'appuie que sur l'étude pour l'explicitier. Il s'agit de la non adhérence aux antipsychotiques chez les personnes souffrant de psychose (schizophrénie). Dans cette étude il s'agit d'étudier l'efficacité de la « thérapie de compliance » dans l'amélioration de l'attitude des patients envers leurs médicaments.</p> <p>Le problème mis en avant dans l'étude a une signification pour la discipline infirmière, car s'il y a des preuves de l'efficacité de la « thérapie de compliance », celles-ci pourraient être enseignées aux infirmières.</p>
Recension des écrits	<p>L'auteur rapporte de façon critique les travaux antérieurs sur l'éducation à la santé permettant d'améliorer l'adhérence médicamenteuse auprès de patients souffrant de maladie mentale, et que ces interventions n'ont pas été concluantes.</p> <p>L'auteur s'appuie sur plusieurs études montrant les avantages de l'utilisation de la « thérapie de compliance » afin d'améliorer les attitudes et la satisfaction des patients envers les médicaments antipsychotiques, « l'insight » et l'adhérence aux antipsychotiques.</p> <p>L'auteur aurait pu apporter d'autres études permettant de fournir une synthèse plus complète.</p>
Cadre de recherche	<p>les concepts mis en évidence dans le cadre conceptuel sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La non adhérence ; • « la thérapie de compliance » <p>Les auteurs présentent un cadre conceptuel incorporé dans la recension des publications. Celui-ci pourrait être plus développé.</p> <p>Les concepts présentés sont en lien avec le but principal de l'étude.</p>

Éléments d'évaluation	Questions pour faire la lecture critique
But, questions de recherche	Le but de cette étude est d'examiner l'efficacité de la « thérapie de compliance » utilisé durant des sessions d'éducation des patients par une infirmière clinicienne en psychiatrie et les facteurs influençant les attitudes des patients envers les psychotropes. L'objectif est d'améliorer et de modifier la pratique actuelle en aidant les patients à acquérir une attitude plus positive envers le traitement et obtenir de meilleurs résultats après la sortie. La question de recherche: Est-ce que la « thérapie de compliance » améliore les attitudes des patients envers le traitement?
Méthode	
Population et échantillon	<p>La population à l'étude n'est pas définie de façon précise. Selon les critères d'inclusion et d'exclusion de l'étude, il s'agit de patients schizophrène en rechute ou de patients avec une dépression majeure. Les 69 participants proviennent d'un service aigu dans un hôpital psychiatrique tertiaire de Singapour. Les participants ont été sélectionnés sur la base d'un échantillon de commodité qui venait pour de l'éducation thérapeutique. Dans la section méthode, figure un tableau (tableau I) présentant les caractéristiques de l'échantillon.</p> <p>La représentativité de l'échantillon est fortement mise en doute en vue de la méthode pour constituer l'échantillon et qu'il a exclusivement des hommes dans l'échantillon.</p> <p>L'auteur ne précise pas comment la taille de l'échantillon a été déterminée. L'absence de groupe « contrôle » peut mettre en doute la validité de cette étude.</p>
Considérations éthiques	L'étude a obtenu l'approbation du comité de recherche et d'éthique de l'hôpital. L'auteur a assuré la confidentialité et l'anonymat des participants.
Devis de recherche	C'est une recherche descriptive quantitative. Une étude randomisée aurait été plus pertinente pour évaluer la « thérapie de compliance » car, comme explique l'auteur, d'autres études ont déjà évalué la thérapie de compliance.
Mode de collecte des données	<p>Les outils de mesures importés pour l'étude sont décrits globalement. Il s'agit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • DAI-10 (Drug Attitude Inventory) : échelle d'auto-évaluation de l'attitude du patient envers les médicaments ; • Échelle de compliance : échelle d'évaluation de l'adhésion des

Éléments d'évaluation	Questions pour faire la lecture critique
	<p>patients aux médicaments.</p> <p>Il n'y a pas d'informations sur la fidélité et la validité des outils d'évaluation dans l'étude.</p>
Conduite de la recherche	<p>Le processus de collecte de données est explicité pour l'échelle de compliance. L'évaluation du taux d'adhérence de base s'est fait auprès des patients ou grâce à leur dossier d'admission. L'évaluation de fin a été réalisée par l'auteur selon le rapport des infirmières du service.</p>
Analyse des données	<p>Les méthodes statistiques utilisées pour analyser les données sont : des statistiques descriptives, t-test de l'échantillon, une ANOVA à sens unique, et une régression linéaire multiple.</p>
Résultats	
Présentation des résultats	<p>Les résultats de l'outil DAI-10 sont présentés dans un tableau ou l'auteur les compare à deux autres études similaires. Ils sont résumés par un texte narratif.</p> <p>Pour les résultats de « l'échelle de compliance », il n'y a ni présentation sous forme de tableau, ni sous forme narrative.</p>
Discussion	
Interprétation des résultats	<p>Les résultats sont interprétés en fonction du but et de la question de recherche. Cette étude a démontré une amélioration statistiquement significative dans l'attitude et la satisfaction des patients envers leurs médicaments antipsychotiques après l'intervention de la « thérapie de compliance ».</p> <p>Les limites de l'étude :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le sexe : limité aux patients de sexe masculin ; • Courte durée de l'étude ; • Certaines données pas enregistrées, dû à un échantillon trop petit • Première infirmière clinicienne à pratiquer la « thérapie de compliance » → manque de supervision ; • L'infirmière avait trop de charge de travail pour prendre plus de patients dans l'étude.
Conséquences et recommandations	<p>Les résultats de l'étude montrent une amélioration significative de l'attitude et de la satisfaction des patients envers leurs médicaments antipsychotiques. Malgré cela, une attitude positive envers les médicaments ne signifie pas forcément une meilleure adhérence aux médicaments. L'auteur conclut que les interventions multidimensionnelles</p>

Éléments d'évaluation	Questions pour faire la lecture critique
	semblent être plus efficaces qu'une seule stratégie pour améliorer l'adhérence et les résultats cliniques L'auteur explique qu'une étude plus longue et prenant en compte plus de variables sera menée.

Fortin, M. (2010). Fondements et étapes du processus de recherche. Méthodes quantitatives et qualitatives (2nd ed.). Montréal: Chenelière éducation.

Annexe VI : Grille de lecture critique de l'article de Maneesakorn & al. (2007).

Maneesakorn, S., Robson, D., Gournay, K., Gray, R. (2007). An RCT of adherence therapy for people with schizophrenia in Chiang Mai, Thaïlande, *Journal of Clinical Nursing* 16(7), 1302–1312. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2007.01786.x

Éléments d'évaluation	Questions pour faire la lecture critique
Titre	<p>Les auteurs précisent le concept clé et la population à l'étude.</p> <p>La population à l'étude :</p> <ul style="list-style-type: none"> • patients souffrant de schizophrénie <p>Le concept clés :</p> <ul style="list-style-type: none"> • la « thérapie d'adhérence »
Résumé	<p>Le problème, la méthode et les résultats sont décrits brièvement mais suffisamment. Par contre, les auteurs ne mentionnent pas de « discussion » mais parlent de « pertinence pour la pratique clinique ».</p>
Introduction	
Problème de recherche	<p>L'auteur s'appuie sur des écrits récents pour décrire globalement le problème à l'étude Il s'agit de la non adhérence médicamenteuse chez les patients schizophrènes. Il explique les risques liés à la non adhérence aux neuroleptiques et précise le taux de non adhérence présent chez les personnes atteintes de schizophrénie en Thaïlande en comparaison aux taux observés dans les pays occidentaux, en s'appuyant sur différentes études.</p> <p>Il s'agit d'étudier l'efficacité de la « thérapie d'adhérence » sur les patients schizophrènes en Thaïlande.</p> <p>Le problème mis en avant dans l'étude a une signification pour la discipline infirmière car la « thérapie d'adhérence » est une intervention pouvant être fournie par des infirmières formées préalablement, dans le but d'améliorer l'adhérence médicamenteuse des patients.</p>
Recension des écrits	<p>L'auteur explicite les différentes interventions permettant d'améliorer l'adhérence. Il rapporte de façon critique les études précédentes portant sur l'efficacité de la « thérapie d'adhérence » dans l'amélioration de l'adhérence effectuée en Europe et en Amérique du nord.</p>
Cadre de recherche	<p>les concepts mis en évidence dans le cadre conceptuel sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> • la non adhérence ; • « la thérapie d'adhérence » <p>Les auteurs présentent un cadre conceptuel incorporé dans la recension des</p>

Éléments d'évaluation	Questions pour faire la lecture critique
	publications. Les concepts présentés sont en lien avec le but principal de l'étude.
But, questions de recherche	<p>Les 3 objectifs de l'étude sont énoncés de façon claire et concise. L'objectif principal de cette étude est d'évaluer l'efficacité de la « thérapie d'adhérence » chez les personnes atteintes de schizophrénie en Thaïlande par rapport au traitement « contrôle », dans le but d'améliorer les symptômes psychotiques de manière globale. Le deuxième objectif est d'évaluer son efficacité en terme de l'amélioration du fonctionnement général, de l'attitude et de la satisfaction des patients envers les médicaments antipsychotiques et les effets secondaires de ceux-ci. Le troisième objectif est de déterminer les variables prédictives de la réponse au traitement (symptômes psychotiques généraux d'amélioration de plus de 25%).</p> <p>Il n'y pas de question de recherche ou d'hypothèse formulées dans cet article.</p>
Méthode	
Population et échantillon	<p>La population de l'étude est les patients souffrant de schizophrénie. Des critères d'inclusion et d'exclusion sont précisés dans la méthode. 32 patients résidant dans le district de Muang Chiang Mai ont participé à l'étude.</p> <p>Les caractéristiques des patients des deux groupes sont exposées sur le tableau 1, dans la section résultats. Il n'y avait pas de différence significative entre les groupes au début de l'étude, au niveau des caractéristiques démographiques et cliniques.</p> <p>La taille de l'échantillon a été déterminée par un calcul statistique basé sur une étude précédente.</p>
Considérations éthiques	<p>L'étude a reçu l'approbation éthique par l'Institut de Psychiatrie, King College de Londres et le Ministère thaïlandais de la Santé publique.</p> <p>Le consentement éclairé des participants a été obtenu.</p>
Devis de recherche	C'est le premier essai exploratoire contrôlé randomisé en simple aveugle effectué en Thaïlande.
Mode de collecte des données	<p>Les outils de mesure importés pour l'étude sont clairement décrits. Il s'agit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • PANSS (positive and negative symptoms scale,): permet d'évaluer les symptômes de la schizophrénie ;

Éléments d'évaluation	Questions pour faire la lecture critique
	<ul style="list-style-type: none"> • GAF (Global Assessment of Functioning): échelle d'évaluation du fonctionnement global (psychologique, social et professionnel) ; • DAI-10 (Drug Attitude Inventory) : échelle d'auto-évaluation de l'attitude du patient envers les médicaments ; • SWAM (The Satisfaction with Antipsychotic Medication) : mesure de la satisfaction des patients envers les médicaments antipsychotiques ; • LUNSERS (The Liverpool University Neuroleptic Side Effect Rating Scale) : une échelle de mesure des effets secondaires des neuroleptiques (antipsychotiques). <p>Le PANSS a été évalué pour sa fiabilité et la validité des critères. Le GAF est une mesure valide et fiable largement utilisée par les professionnels. Le DAI est bien connue et a une grande fiabilité de « test-retest ». Le SWAM a montré une bonne fiabilité. Il n'y pas de précision quant à la fidélité et à la validité de l'outil LUNSERS.</p>
Conduite de la recherche	<p>L'auteur décrit brièvement la méthode de collecte de données : celle-ci a été effectuée par des évaluateurs (assistants chercheurs) formés à l'administration de l'étude en entretien individuel avec le patient schizophrène participant à l'étude. Il n'y pas de précision sur le déroulement de ces entretiens, ni sur l'implication dans l'étude de ces évaluateurs.</p> <p>Le LUNSERS est une échelle d'auto-évaluation.</p>
Analyse des données	<p>Les résultats ont été analysés en utilisant le SPSS version 12 (SPSS Inc. 2003). Les différences entre les groupes ont été évaluées en utilisant l'analyse de covariance (ANOVA). Ils ont utilisé une analyse de régression logistique binaire pour identifier la relation de variables indépendantes comme prédicteur des résultats principaux.</p>
Résultats	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont présentés à l'aide d'un tableau et résumé par un texte narratif.</p>
Discussion	
Interprétation des résultats	<p>Les résultats sont interprétés en fonction du but et des objectifs de l'étude. Cette étude a démontré une efficacité de la « thérapie d'adhérence » dans l'amélioration des symptômes psychotiques dans l'ensemble, ainsi que l'attitude et la satisfaction envers les médicaments, mais aucune différence</p>

Éléments d'évaluation	Questions pour faire la lecture critique
	<p>significative n'a été observée dans le fonctionnement général ou sur les effets secondaires par rapport au groupe « contrôle ».</p> <p>Les limites de l'étude :</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'utilisation d'un seul thérapeute ; • la petite taille de l'échantillon ; • les critères d'exclusion stricts ; • La courte durée du suivi.
Conséquences et recommandations	<p>Les résultats de cet essai suggèrent que la « thérapie d'adhérence » a un potentiel pour améliorer les symptômes psychotiques globaux, l'attitude et la satisfaction envers les médicaments chez les personnes schizophrènes. Ainsi, ce type d'intervention devrait être fourni d'avantage afin d'améliorer l'adhérence médicamenteuse des schizophrènes.</p> <p>Les futures recherches pour évaluer l'efficacité de la « thérapie d'adhérence » doivent être menées dans un groupe de patients plus large et avec une plus longue période de suivi.</p>

Fortin, M. (2010). Fondements et étapes du processus de recherche. Méthodes quantitatives et qualitatives (2nd ed.). Montréal: Chenelière éducation.

Annexe VII : Grille de lecture critique de l'article de Li & Arthur (2005)

Li, Z., Arthur, D. (2005). Family education for people with schizophrenia in Beijing, China: Randomised controlled trial, *British Journal of Psychiatry* 187, 339-345. DOI: 10.1192/bjp.187.4.339

Éléments d'évaluation	Questions pour faire la lecture critique
Titre	<p>Le titre précise clairement la population à l'étude :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les patients atteints de schizophrénie. <p>Et le concept clé :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'éducation à la famille.
Résumé	<p>Le contexte du problème à l'étude, l'objectif, la méthode, les résultats et la conclusion sont clairement synthétisés dans le résumé.</p>
Introduction	
Problème de recherche	<p>Les auteurs ne mentionnent pas de problème dans leur recherche, ils veulent juste examiner l'efficacité de l'éducation à la famille et au patient par rapport à la connaissance sur la schizophrénie, les symptômes du patient, le fonctionnement psychosocial, l'adhérence aux traitements médicamenteux et le taux de rechute. Les auteurs justifient l'utilité de cette intervention dans le contexte des connaissances actuelles. En premier lieu, les auteurs présentent la prévalence des patients atteints de schizophrénie vivant avec leur famille, 90% de ces patients vivent avec leur famille (Cheng et al, 1998). Puis dans un second temps, les études antérieures sur les interventions en lien avec la famille sont recensées, dont l'éducation à la famille.</p> <p>Le phénomène à l'étude a une signification particulière pour la discipline infirmière, car cette étude est la première, en Chine, à être menée par des infirmiers.</p>
Recension des écrits	<p>Les études, dans le contexte de la Chine, sont aux prémices de l'inclusion de la famille dans les interventions liées à la schizophrénie. Malgré le fait que les études antérieures citées sur l'éducation à la famille ne sont pas récentes, les auteurs signalent que ces études ont prouvé l'efficacité de l'éducation à la famille sur un proche atteint de schizophrénie. Mais comme dit ci-dessus, la Chine étant encore au commencement de la mise en pratique de l'éducation à la famille dans le cadre d'un proche étant atteint de schizophrénie, l'état de la question est encore peu exploré surtout du point de vue infirmier.</p> <p>La recension des écrits s'appuie sur des sources majoritairement primaires</p>

Eléments d'évaluation	Questions pour faire la lecture critique
	(études randomisées contrôlées) afin de démontrer l'efficacité des interventions à la famille sur un proche schizophrène.
Cadre de recherche	Dans cet article, les auteurs n'explicitent pas le fait qu'ils utilisent un cadre de recherche. Mais on peut déduire qu'il s'agit de l'éducation à la famille, même si cette intervention n'est pas définie sur le plan conceptuel. Les auteurs ne mentionnent pas ce qu'ils entendent par éducation à la famille de manière explicite.
But, questions de recherche	Le but de l'étude est énoncé de manière claire et concise. Il s'agit d'examiner l'effet qu'a l'éducation à la famille et au patient par rapport à la connaissance sur la schizophrénie, sur les symptômes du patient, le fonctionnement psychosocial, l'adhérence aux traitements médicamenteux et les taux de rechute.
Méthode	
Population et échantillon	La population de l'étude est les patients atteints de schizophrénie. Les auteurs précisent les critères d'inclusion dans la méthode. Dans la section des résultats, figure un tableau présentant les caractéristiques socio-démographiques et cliniques (Tableau 1) de l'échantillon. La taille de l'échantillon a été déterminée selon une étude antérieure. L'échantillon était de 101 patients. L'échantillon est donc justifié sur une base statistique.
Considérations éthiques	Les auteurs ne mentionnent pas le fait qu'un comité d'éthique ait validé l'étude. L'hôpital et l'université où a été conduite cette étude ont donné leur approbation éthique. Les droits des participants leur ont été expliqués et leur consentement écrit a été obtenu.
Devis de recherche	Le devis de cette étude est le suivant, il s'agit d'un essai contrôlé randomisé. Il permet d'atteindre le but de cette étude.
Mode de collecte des données	Cinq outils ont été utilisés pour la mesure des résultats et permettent de mesurer les variables. Il s'agit de : <ul style="list-style-type: none"> • Les connaissances du membre de la famille sur la schizophrénie: cela a été évalué en utilisant la version chinoise de KASI (Knowledge About Schizophrenia Inventory) ; • Les symptômes psychotiques du patient: évalués avec la BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale) ; • La fonction globale des patients, c'est-à-dire le fonctionnement psychologique, social et professionnel du patient: évaluation de la

Eléments d'évaluation	Questions pour faire la lecture critique
	<p>version chinoise du GAS (Global Assessment Scale) ;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le comportement psychosocial du patient: évaluation de la version chinoise de NOSIE (Nurses' Observation Scale for Inpatient Evaluation) ; • Le taux de rechute évalué avec le BPRS et l'adhérence aux médicaments évaluée avec une interruption d'une semaine de la médication ou changement, contre avis, de la prise de la médication noté sur une échelle de 1 à 4. <p>Les outils évaluant les cinq mesures ont tous été importés. Les auteurs mentionnent qu'ils ont pu établir la fiabilité et la validité de tous les outils ayant été utilisés pour les cinq mesures de résultats. Ces outils ont été soigneusement sélectionnés après examen de leur utilisation précédente.</p>
Conduite de la recherche	<p>Le processus de collecte de données est décrit clairement. Une infirmière avec une expérience en intervention familiale a fourni l'intervention, accompagnée d'assistants de recherche en soins infirmiers. Ces derniers étaient au courant du statut de l'intervention des participants lorsqu'ils remplissaient les évaluations.</p>
Analyse des données	<p>Une analyse de covariance (ANCOVA) a été utilisée pour comparer les différences entre les scores moyens des différentes échelles pour les deux groupes, entre l'admission (de base) et les trois évaluations subséquentes: à la sortie, à trois mois et à neuf mois.</p>
Résultats	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont résumés par un texte narratif pour chacune des parties que vise l'intervention et sont présentés à l'aide de deux tableaux (Tableaux 2 et 3) soit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les mesures de résultats par groupes. <p>Relation entre la rechute et l'adhérence au traitement</p>
Discussion	
Interprétation des résultats	<p>Les résultats sont interprétés selon les cinq outils de mesures de résultats.</p> <p>Les limites de l'étude :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'intervention a été principalement offerte à l'hôpital en raison du manque de services de soins communautaires. De ce fait les résultats peuvent être biaisés car les patients, de par leur culture, se conforment plus à l'intervention selon l'endroit où elle est fournie ;

Éléments d'évaluation	Questions pour faire la lecture critique
	<ul style="list-style-type: none"> • Les patients ont été randomisés non pas de manière individuelle mais par unité (deux unités avec patients de genre masculin et deux unités avec patients de genre féminin dans chacun des deux groupes). Cela a pour influence que la randomisation pourrait ne pas être homogène et ainsi ne serait pas représentative de la population à l'étude ; • La taille de l'échantillon est petite donc peu représentative de la population à l'étude et les faibles mesures relatives à l'adhérence médicamenteuse et la rechute limitent les conclusions en matière d'adhérence médicamenteuse et du taux de rechute.
<p>Conséquences et recommandations</p>	<p>Les conséquences des résultats de cette étude pour la discipline infirmière, dans le contexte de la Chine, a eu pour effet d'offrir une intervention adaptée au traitement de la schizophrénie et un développement de nouveaux rôles pour l'infirmière. Par contre les résultats n'ont pas montré de différences significatives par rapport à l'adhérence médicamenteuse, cela peut être dû à la longue période d'hospitalisation, aux facteurs familiaux et / ou aux facteurs culturels.</p> <p>Les auteurs recommandent de prendre en compte les limitations de cette présente étude pour les prochaines études.</p>

Fortin, M. (2010). Fondements et étapes du processus de recherche. Méthodes quantitatives et qualitatives (2nd ed.). Montréal: Chenelière éducation.

Annexe VIII : Grille de lecture critique de l'article de Kozuki & al. (2005)

Kozuki, Y., Poupore, E., Schepp, K. (2005). Visual Feedback Therapy to Enhance Medication Adherence in Psychosis, *Archives of Psychiatric Nursing*, 19(2), 70–80. doi:10.1016/j.apnu.2005.02.008

Éléments d'évaluation	Questions pour faire la lecture critique
Titre	<p>Le titre nomme globalement les concepts clés ainsi que la population à l'étude.</p> <p>Les concepts clés sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La « Visual Feedback Therapy » ; • L'adhérence médicamenteuse ; • La Psychose.
Résumé	<p>Le résumé synthétise les grandes lignes de la recherche (le problème, la méthode, les résultats) excepté la discussion. Néanmoins, les points ne sont pas explicitement nommés mais se présentent sous une forme narrative.</p>
Introduction	
Problème de recherche	<p>Le phénomène à l'étude est exposé par les auteurs. Il s'agit de la non adhérence aux antipsychotique chez les personnes souffrant de troubles psychotiques, et plus particulièrement, chez les personnes atteintes de schizophrénie. La non adhérence aux antipsychotiques a une influence direct sur les taux de rechutes chez ces personnes. Les auteurs citent plusieurs études qui ont démontré que la non adhérence peut être mise en lien avec plusieurs facteurs dont la croyance faible dans le médicaments, l'origine ethnique, un faible fonctionnement cognitif, l'histoire de la non-adhérence, la comorbidité d'abus de substance, la gravité des symptômes psychiatriques et les effets secondaires des médicaments.</p> <p>Ce phénomène a une signification particulière pour la discipline infirmière car l'adhérence médicamenteuse repose en partie sur la relation entre le prescripteur et le patient. Néanmoins, les auteurs n'expliquent pas clairement cet impact.</p>
Recension des écrits	<p>Les travaux de recherches antérieures sont rapportés par les auteurs afin d'expliquer que dans ces études, l'adhérence à long terme n'est pas prise en compte.</p> <p>Il est dit que plusieurs études ont observé le taux d'adhérence aux</p>

Éléments d'évaluation	Questions pour faire la lecture critique
	<p>médicaments psychotropes chez les schizophrènes. Seulement le taux d'adhérence, dans ces études, ne prend pas en compte l'augmentation de l'adhérence à long terme. Les auteurs se montrent critiques envers la recension de publications. Ils expliquent que la plupart des interventions mises en place jusqu'à maintenant n'améliore pas significativement l'adhérence médicamenteuse. Les auteurs exposent donc une nouvelle intervention pas encore testée sur cette population : « la visual feedback therapy ».</p> <p>La recension d'article permet donc de fournir une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche. Elle s'appuie sur différentes sources primaires et secondaires afin d'illustrer les propos des auteurs.</p>
Cadre de recherche	<p>Les concepts clés mis en évidence sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'adhérence médicamenteuse dans la psychose ; • Les interventions pour augmenter l'adhérence médicamenteuse ; • La mesure de l'adhérence par la surveillance électronique. <p>Le cadre conceptuel est incorporé à la recension des publications. Les concepts présentés sont en lien avec le but de l'étude.</p>
But, questions de recherche	<p>L'étude présente trois buts à sa recherche. Ces buts sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> • tester la faisabilité du protocole du « visual feedback therapy » pour une population ayant des troubles psychotiques aigus ou chroniques ; • Tester l'efficacité de « visual feedback therapy » ; • Examiner le comportement d'adhérence sur 3 mois par le dispositif de surveillance électronique. <p>Cependant les auteurs ne présentent ni de question de recherche, ni d'hypothèse.</p>
Méthode	
Population et échantillon	<p>La population de l'étude est définie de façon précise. Elle concerne les patients ayant des troubles psychotiques aigus ou chroniques. Les auteurs mettent en avant des critères d'inclusion et d'exclusion dans leur méthode. Cependant l'échantillon n'est pas suffisamment détaillé. Les auteurs décrivent la composition de l'échantillon : de femme, d'hommes, d'un âge moyen de 42 ans, de personnes provenant de différentes ethnies (européens, afro-américains, asiatique, latino). Certains patients ont des antécédents d'abus de substance ou de dépendance à de l'alcool. Il est dit</p>

Éléments d'évaluation	Questions pour faire la lecture critique
	<p>également que 50% des participants vivent seuls. Néanmoins, il manque des précisions sur des caractéristiques à cet échantillon telles que le statut social, le niveau d'éducation, le type d'antipsychotique que ces patients prennent, depuis combien de temps ils ont été diagnostiqués.</p> <p>De plus les auteurs ne décrivent pas comment la taille de l'échantillon a été déterminée.</p>
<p>Considérations éthiques</p>	<p>Tous les participants ont signé des formulaires de consentement écrit. L'étude a été approuvée par un comité d'examen institutionnel. Cependant, les auteurs ne donnent pas d'informations supplémentaires concernant ce comité.</p>
<p>Devis de recherche</p>	<p>Le devis de recherche permet que l'étude atteigne son but. Pour cela les auteurs utilisent une étude pilote quasi-expérimentale. Il n'y a ni groupe « témoin », ni randomisation. Ce devis permet donc de mesurer la faisabilité et l'efficacité du « visual feedback therapy ».</p>
<p>Mode de collecte des données</p>	<p>Les outils de mesures utilisés par les auteurs sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le dispositif de surveillance électronique pour mesurer le taux d'adhérence ; • L'auto-évaluation quotidienne comme mesure primaire en plus de l'utilisation des décomptes de comprimés pour vérifier les résultats du dispositif de surveillance électronique ; • L'échelle PANSS permet de mesurer la sévérité des symptômes positifs et négatifs ; • L'échelle SMUD est une hétéro-évaluation permettant de mesurer l'« insight » des patients. <p>Les auteurs indiquent que l'échelle PANSS ainsi que la SMUD sont des échelles importées. Cependant ils n'expliquent pas si l'auto-évaluation ainsi que le dispositif de surveillance électronique sont importés. Les résultats de ces outils ne sont pas présentés dans cet article.</p>
<p>Conduite de la recherche</p>	<p>Le processus de collecte de donnée est partiellement expliqué. La thérapie se compose de 3 éléments :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un retour visuel sur ordinateur de la prise de médicament ; • Une écoute attentive de la part du clinicien envers le patient. Ainsi qu'une réponse avec empathie à leur préoccupation sans pour autant traiter les traitements ; • La gestion de l'enseignement des médicaments et des symptômes.

Éléments d'évaluation	Questions pour faire la lecture critique
	<p>Les patients ont rencontré un clinicien un fois par semaine le premier mois, puis au deuxième et au troisième mois après l'inscription à l'étude. Les mesures d'adhérence ont été collectées par surveillance électronique et par un auto-rapport dans un journal quotidien tenu par le patient. L'échelle PANSS et l'échelle SMUD ont été utilisées par les cliniciens. Néanmoins il n'est pas précisé si les entretiens sont effectués par les mêmes personnes qui évaluent les interventions.</p>
Analyse des données	Les auteurs n'expliquent pas les méthodes d'analyse statistique.
Résultats	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont présentés à l'aide de tableaux suivis d'un texte narratif. Le texte narratif comporte plusieurs items et sous-items : les participants, le taux d'adhérence (comprenant l'adhésion globale, le changement du taux d'adhérence, les comportements d'adhérence), les doses manquantes, les irrégularités observées plus d'une fois par jour, les irrégularités complète, la cessation complète, les effets du traitement et les corrélations entre le taux d'adhérence et les symptômes psychiatriques.</p>
Discussion	
Interprétation des résultats	<p>Les résultats sont interprétés en fonction du cadre de recherche ainsi que pour chacun des objectifs de l'étude. Les auteurs mettent en avant la possibilité d'effectuer cette intervention avec ce type de population. Les auteurs présentent les limites de leur étude. Ces limites sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La petite taille de l'échantillon ainsi le fait qu'il n'y ait pas de mesure du taux d'adhérence de base, ne permettent pas d'avoir une différence significative chez les patients dont le taux est soit resté au même niveau, soit à peu augmenté ; • il n'y a pas de présence d'un groupe « contrôle ». Ce manque fait qu'il n'est pas possible de comparer l'efficacité de cette intervention avec une autre.
Conséquences et recommandations	<p>Les conséquences des résultats ne sont pas mises en lien avec la pratique clinique infirmière. Cependant, il serait possible d'envisager cette intervention pour la pratique infirmière. Mais avant cela, comme les auteurs le conseillent, il faudrait effectuer l'expérience avec un plus grand échantillon ainsi qu'un groupe « contrôle » afin de démontrer l'efficacité de cette thérapie sur cette population.</p>

Fortin, M. (2010). Fondements et étapes du processus de recherche. Méthodes quantitatives et qualitatives (2nd ed.). Montréal: Chenelière éducation.

Annexe IX : Grille de lecture critique de l'article de Gray & al. (2004)

Gray, R., Wykes, T., Edmonds, M., Leese, M., Gournay, K. (2004). Effect of a medication management training package for nurses on clinical outcomes for patients with schizophrenia, *British Journal of Psychiatry* 185, 157-182. DOI: 10.1192/bjp.185.2.157

Eléments d'évaluation	Questions pour faire la lecture critique
Titre	<p>Le titre précise clairement la population à l'étude :</p> <ul style="list-style-type: none"> • les patients atteints de schizophrénie ; <p>et le concept clé :</p> <ul style="list-style-type: none"> • la formation à « la gestion des médicaments ». <p>Par contre les 2 concepts clés :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'adhérence ; • La « thérapie de l'adhérence » ; <p>sont omis dans le titre.</p>
Résumé	<p>Le problème, le but de l'étude, la méthode, les résultats et la conclusion sont clairement synthétisés dans le résumé.</p>
Introduction	
Problème de recherche	<p>Le problème à l'étude est formulé de façon claire et concise, il s'agit de la mauvaise adhérence au traitement médicamenteux chez les schizophrènes. Ce problème est mis en exergue dans un contexte assez général puisque la prévalence par rapport à « l'adhérence à un médicament prescrit est estimée à 50% dans le cadre des maladies somatiques et psychiques » (Haynes et al, 2002). Le phénomène n'est donc pas spécifiquement relié à la population qui concerne cette étude.</p> <p>Ce problème a une signification particulière pour la discipline infirmière vu, que l'intervention visant à réduire cette faible adhérence à la médication (la « thérapie de l'adhérence ») est donnée par des infirmières. Une formation particulière, appelée « gestion des médicaments », est donnée aux infirmières afin qu'elles fournissent cette intervention. Elles sont donc au centre de cette étude avec le patient, puisque c'est elles qui vont fournir cette intervention par sa bonne mise en pratique pouvoir voir si un résultat positif apparaît par rapport à l'adhérence médicamenteuse des patients schizophrènes.</p>
Recension des écrits	<p>Les travaux de recherche antérieurs sont reportés de façon critique car les auteurs rapportent le nombre d'étude ayant été faites sur la « thérapie de l'adhérence ».</p>

Éléments d'évaluation	Questions pour faire la lecture critique
	<p>La recension des écrits s'appuie sur des sources majoritairement primaires (études randomisées contrôlées) en faisant état du fait que la « thérapie de l'adhérence » a évolué à partir de la « thérapie de la compliance » de Kemp & al. Cette dernière a déjà été testée dans de précédentes études et serait prometteuse dans la cadre de l'amélioration de l'adhérence. Par contre, elle ne fait aucunement état de l'influence qu'a la formation fournie aux infirmières sur cette intervention en lien avec une amélioration de l'adhérence chez les schizophrènes. Ce dernier fait est hypothétisé par les auteurs de cette étude.</p>
Cadre de recherche	<p>Dans cet article, les auteurs n'explicitent pas le fait qu'ils utilisent un cadre de recherche. Mais il peut être déduit qu'il s'agit de la « thérapie de l'adhérence ». Les concepts clés comme l'adhérence et la « thérapie de l'adhérence » sont définis sur le plan conceptuel même si la définition de la « thérapie de l'adhérence » est quelque peu rudimentaire.</p>
But, questions de recherche	<p>Le but est énoncé de manière clair et concis, il s'agit d'évaluer l'efficacité de la formation nommée « gestion des médicaments » donnée aux infirmières, sur l'adhérence chez les patients atteints de schizophrénie ainsi que sur les résultats cliniques.</p> <p>L'hypothèse formulée par les auteurs est clairement énoncée. Le fait que les infirmières en santé mentale aient une formation pour fournir la « thérapie de l'adhérence » (variable clé), améliorerait les résultats cliniques chez les patients atteints de schizophrénie (population à l'étude). Les variables, c'est-à-dire la formation fournie aux infirmières pour la « thérapie de l'adhérence », reflète les concepts précisés dans le cadre de recherche, c'est-à-dire l'adhérence et la « thérapie de l'adhérence ».</p>
Méthode	
Population et échantillon	<p>La population de l'étude est les patients atteints de schizophrénie. Les auteurs précisent les critères d'inclusion dans la méthode. Dans la section des résultats, figure un tableau présentant les caractéristiques socio-démographiques et cliniques (Tableau 2) de l'échantillon. Il n'est par contre pas mentionné si les patients prennent des antipsychotiques de première ou deuxième génération. Le statut socio-économique n'est pas mentionné non plus.</p> <p>L'échantillon était de 120 patients. La taille de l'échantillon a été déterminée par rapport aux infirmières. 60 infirmières (ayant été choisies</p>

Éléments d'évaluation	Questions pour faire la lecture critique
	au hasard) ont participé à cette étude et chacune devait identifier deux patients dans leur charge de travail qui remplissait les critères d'inclusion et d'exclusion.
Considérations éthiques	Les comités d'éthique locaux ont approuvé l'étude et les patients ont donné leur consentement éclairé oral et écrit afin de participer à cette étude.
Devis de recherche	Le devis utilisé est un essai randomisé contrôlé, il permet d'atteindre le but de cette étude. Le devis fournit le moyen d'examiner l'hypothèse de cette étude.
Mode de collecte des données	<p>L'outil de mesure pour les résultats primaires était la PANSS. Son utilisation est clairement décrite et elle permet de mesurer les symptômes de la schizophrénie. Les outils de mesure pour les résultats secondaires étaient la DAI-30 (Drug Attitude Inventory, échelle mesurant l'adhérence), la Clinician Rating of Compliance Scale (échelle mesurant l'adhérence) et la LUNSERS (Liverpool University Neuroleptic Side Effect Rating Scale, échelle mesurant les effets secondaires des antipsychotiques). Ces trois échelles sont clairement définies ainsi que leur utilisation. Ces trois échelles ont été utilisées pour mesurer l'efficacité de l'intervention.</p> <p>Les auteurs indiquent que ces quatre échelles ont été importées pour les besoins de l'étude.</p> <p>La fidélité et la validité de la PANSS ont été évaluées, et cette échelle a obtenu un niveau satisfaisant de fiabilité. Par contre, il n'est pas mentionné que les trois autres échelles ont été évaluées dans le cadre de cette étude.</p>
Conduite de la recherche	Le processus de collecte de données est décrit de manière claire. Tous les patients ont été interviewés par un des deux chercheurs qui n'était pas au courant des conditions de formation au début et à la fin des 26 semaines de cette étude.
Analyse des données	Les méthodes d'analyse des données utilisées sont précisées en ces termes : Les données ont été initialement analysées par un logiciel informatique pour le traitement des données (Statistical Package for the Social Sciences Version 11) afin de comparer les groupes randomisés des infirmières et des patients à l'inclusion. Puis après réajustement des données, un autre logiciel informatique (Stata version 7) a analysé les effets de l'intervention en les présentant sous forme de scores de changement.

Éléments d'évaluation	Questions pour faire la lecture critique
Résultats	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont résumés par un court texte narratif et sont présentés à l'aide d'un tableau (tableau 3) soit :</p> <p>Les mesures de résultats, de référence et de suivi des scores et la variation moyenne des scores pour lesquels des données de suivi étaient disponibles</p>
Discussion	
Interprétation des résultats	<p>Les résultats sont interprétés par rapport à l'objectif initial de l'étude ainsi que l'hypothèse que les auteurs avaient formulé en début d'article. Les auteurs soulignent que l'étude a démontré que la formation de « la gestion des médicaments » chez les infirmières est efficace dans la psychopathologie globale (réduction des symptômes), sur les attitudes envers l'antipsychotique et l'adhérence chez les personnes atteintes de schizophrénie durant une période de 26 semaines.</p> <p>Les limites de l'étude :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'effet du temps de formation n'a pas été contrôlé. Sur les 26 semaines (durée de cette étude), 10 comprennent la formation à l'intervention pour les infirmières. L'influence du temps de cette formation sur l'étude n'a pas été prise en compte par rapport aux résultats ; • La période durant laquelle les patients ont été suivis était courte (26 semaines), on ne sait donc pas si l'intervention aurait le même effet sur une durée plus longue ; • La proportion des patients à l'étude est estimée comme trop faible donc pourrait ne pas être représentative de la population à l'étude ; • Les mesures de résultats n'ont pas été disponibles pour un tiers des patients à la fin de l'essai. Les auteurs expliquent cela du fait que beaucoup de patients se soient retirés de l'étude de par la nature de leur trouble. Donc les résultats sont concentrés sur un échantillon plus restreint ; • Le choix des patients a été fait par les infirmières en santé mentale après la randomisation. Cela aurait pu biaiser l'étude, vu qu'il y avait déjà l'instauration d'une relation entre l'infirmière et le patient.
Conséquences et	Les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline infirmière,

Éléments d'évaluation	Questions pour faire la lecture critique
recommandations	<p>montre que la formation de la « gestion des médicaments » pour les infirmières influence positivement sur l'adhérence à la médication chez les patients schizophrènes. D'où la pertinence de répandre cette formation pour les infirmières en santé mental. D'un autre côté, le point négatif est le coût de cette formation (pour chaque infirmière, ce coût a été estimé à £ 1474). Les auteurs dénotent aussi le fait que l'adhérence peut être améliorée chez les personnes atteintes de schizophrénie qui suivent la « thérapie de l'adhérence ».</p> <p>Les auteurs font comme recommandations pour les recherches futures d'examiner si les améliorations observées sont maintenues sur une période de temps plus longue ou si les effets de la formation commencent à se dégrader, c'est-à-dire si l'amélioration de l'adhérence médicamenteuse, par le biais de cette formation, diminue.</p>

Fortin, M. (2010). Fondements et étapes du processus de recherche. Méthodes quantitatives et qualitatives (2nd ed.). Montréal: Chenelière éducation.

Annexe X : Grille de lecture critique de l'article de O'Donnell & al. (2003)

O'Donnell, C., Donohoe, G., Sharkey, L., Owens, N., Migone, M., Harries, R., Kinsella, A., Larkin, C., O'Callaghan, E. (2013). Compliance therapy: a randomised controlled trial in Schizophrenia, British Medical Association, 327, 1-4. doi: 10.1136/bmj.327.7419.834

Éléments d'évaluation	Questions pour faire la lecture critique
Titre	<p>Le titre précise la population à l'étude le concept clé.</p> <p>La population à l'étude :</p> <ul style="list-style-type: none"> • patients souffrant de schizophrénie ; <p>Le concept clé :</p> <ul style="list-style-type: none"> • la « thérapie de compliance »
Résumé	<p>Les auteurs ne précisent pas clairement le problème. Mais on suppose que le problème est la non adhérence aux médicaments chez les patients schizophrènes, car il expose l'objectif de l'étude. La méthode, les résultats et la discussion sont synthétisés dans les grandes lignes.</p>
Introduction	
Problème de recherche	<p>Le phénomène à l'étude est la non adhérence aux antipsychotiques chez les patients schizophrènes. Il est peu développé dans cette étude. C'est une problématique bien connue et ne nécessitant pas forcément d'être plus développée. Les références bibliographiques présentées par l'auteur sur cette problématique, permettent d'avoir plus d'informations à ce sujet. Il s'agit d'étudier l'efficacité de la « thérapie de compliance » sur l'amélioration de l'adhérence aux antipsychotiques chez les schizophrènes. Les auteurs ne précisent pas mais le problème mis en avant dans l'étude a une signification pour la discipline infirmière, car la « thérapie de compliance » est une intervention pouvant être fournie par des infirmières en santé mentale formées préalablement. C'est donc un article qui est pertinent pour la discipline infirmière</p>
Recension des écrits	<p>Les auteurs rapportent de façon critique deux études antérieures pertinentes portant sur l'efficacité de la « thérapie de compliance ».</p> <p>Il n'y a pas de progression d'idée car comme l'expose les auteurs il y a peu d'essai randomisé contrôlé publié sur des interventions permettant l'amélioration de l'adhérence médicamenteuse. Les deux études ont été réalisées par le même auteur et donne des résultats similaires.</p> <p>Il y a un manque de données sur les autres interventions d'amélioration de l'adhérence médicamenteuse.</p>

Éléments d'évaluation	Questions pour faire la lecture critique
Cadre de recherche	<p>les concepts mis en évidence dans le cadre conceptuel sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> • la non adhérence ; • « la thérapie d'adhérence » <p>Les auteurs présentent un cadre conceptuel incorporé dans la recension des écrits. Les concepts clés présentés sont en lien avec le but de l'étude.</p>
But, questions de recherche	<p>Le but de l'étude est d'établir l'efficacité de la « thérapie de compliance » auprès de patients schizophrènes.</p> <p>Il n'y pas de question de recherche ou d'hypothèse formulées dans cet article</p>
Méthode	
Population et échantillon	<p>La population à l'étude est les personnes souffrant de schizophrénie. Les auteurs ont instauré des critères d'inclusion et d'exclusion.</p> <p>56 patients admis à l'hôpital St Jean de Dieu, de Dublin ont participé à l'essai. L'échantillon est suffisamment détaillé dans le tableau 1, dans la partie résultats. Les patients randomisés à la « thérapie de compliance » ne diffèrent pas des patients du groupe « contrôle » en terme de d'adhérence aux médicaments, des attitudes envers la médication, « l'insight », la symptomatologie, le niveau de fonctionnement, la qualité de vie et au niveau des caractéristiques sociodémographiques.</p> <p>La taille de l'échantillon a été déterminée sur une base statistique.</p>
Considérations éthiques	<p>L'étude a été approuvée par le provincial Comité d'éthique de l'Ordre Hospitalier de Saint Jean de Dieu à Dublin. Le consentement éclairé écrit des patients pour participer à l'étude a été donné.</p>
Devis de recherche	<p>Essai contrôlé randomisé. Ce devis permet à l'étude d'atteindre son but, qui est d'évaluer l'efficacité d'une intervention (« thérapie de compliance »). Il n'y pas de question de recherche ou d'hypothèse.</p>
Mode de collecte des données	<p>Les outils de mesures sont globalement décrits. Il s'agit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Échelle de compliance : permet de mesurer la compliance des patients envers leurs médicaments ; • PANSS (positive and negative symptoms scale) : permet d'évaluer les symptômes de la schizophrénie ; • GAF (global assessment of functioning) : échelle d'évaluation du fonctionnement global (psychologique, social et professionnel) ; • DAI (drug attitudeInventory) : échelle d'auto-évaluation de l'attitude du patient envers les médicaments ;

Éléments d'évaluation	Questions pour faire la lecture critique
	<ul style="list-style-type: none"> • SAI (schedule for assessment of insight) : échelle d'évaluation du niveau d' « insight » envers le diagnostic, la conscience d'un individu, et la compréhension des symptômes. <p>L'auteur ne précise pas si ce sont des instruments importés. Etant donné que ce sont des instruments souvent utilisés dans ce type d'étude, cela semble être des instruments importés.</p> <p>Il n'y pas de précision sur la fidélité et la validité des outils.</p>
Conduite de la recherche	<p>L'auteur décrit brièvement la méthode de collecte de données : un chercheur en « aveugle » formé, a évalué l'adhérence des participants, les attitudes envers le traitement, « l'insight », la symptomatologie, le fonctionnement global, et la qualité de vie. L'étude ne précise pas, par quels moyens ces données ont été collectées, sauf pour l'adhérence des participants qui a été collectée pendant un entretien avec celui-ci. Un complément d'informations de la part de la famille du patient et les professionnels de la santé.</p>
Analyse des données	<p>Les auteurs ont utilisé le SPSS (version 10.0) pour analyser les résultats afin de comparer les caractéristiques de base et mesurer les résultats entre les groupes. Ils ont utilisé un modèle de régression logistique pour évaluer la relation entre la compliance à un an et les mesures de base et le type d'intervention. Ils ont comparé le nombre moyen de jours avant la première réadmission en utilisant la procédure du « Kaplan-Meier time-to-event ».</p>
Résultats	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont présentés à l'aide d'un tableau et résumés par un texte narratif.</p>
Discussion	
Interprétation des résultats	<p>Les résultats sont interprétés en fonction du but de l'étude. Cette étude n'a démontré aucune efficacité de la « thérapie de compliance » entre le groupe « témoin » et le groupe « contrôle » en terme d'adhérence des patients aux médicaments, de l'attitudes et la satisfaction des patients envers les médicaments, l' « insight », la symptomatologie, le fonctionnement social global, la qualité de vie, ou le temps de réadmission à l'hôpital psychiatrique. Les résultats de cette étude ne concordent pas avec les résultats des deux études précédentes citées dans</p>

Éléments d'évaluation	Questions pour faire la lecture critique
	<p>l'article. L'auteur explique que les différences méthodologiques entre son étude et les deux précédentes pourraient potentiellement expliquer la différence au niveau des résultats.</p> <p>Les limites de l'étude :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les patients de l'étude ne sont pas représentatifs de l'ensemble du spectre de la schizophrénie, car ils ont été admis à partir d'une zone géographique déterminée ; • Petite taille de l'échantillon ; • Mesures des résultats à 1 an et 2 ans.
Conséquences et recommandations	<p>Les résultats non satisfaisant de la « thérapie de compliance » montrent les difficultés quant à l'amélioration de l'adhérence médicamenteuse auprès des patients atteints de schizophrénie. Les auteurs précisent que cette étude a permis de « prouver » que l'outil de mesure DAI-10 permet de prédire l'adhésion à un traitement un an après. Cela appuie le fait que la « thérapie de compliance » permet de développer cette relation soignant-soigné qui est cruciale dans la satisfaction envers leurs médicaments.</p> <p>Les auteurs ne font pas de recommandations pour les recherches futures.</p>

Fortin, M. (2010). Fondements et étapes du processus de recherche. Méthodes quantitatives et qualitatives (2nd ed.). Montréal: Chenelière éducation.