

Travail de Bachelor

**L'impact infirmier sur l'adhésion médicamenteuse des patients
schizophrènes adultes en milieu ambulatoire.**

Revue de la littérature

Réalisé par : Emilie Mabillard

Promotion : Bac21

Sous la direction de : Ayla Gay et Michela Bassolino

Lieu et date : Sion, le 3 juillet 2024

Résumé

La schizophrénie est une pathologie mentale répandue dans le monde entier qui présente de nombreux défis quant à l'adhésion à un traitement médicamenteux, nécessaire à la gestion des symptômes et à l'amélioration de la qualité de vie des patients. Cette revue de la littérature identifie les interventions infirmières permettant d'augmenter cette adhésion médicamenteuse chez les patients schizophrènes, dans un contexte ambulatoire.

Trois bases de données (CINAHL, PubMed, EMBASE) ont été examinées afin de sélectionner six études nécessaires pour cette recherche. Les critères de sélection comprenaient une période de publication s'étalant de 2017 à 2023, la langue anglaise ou française et une nature disciplinaire (sciences infirmières). Les études qui n'étaient pas directement applicables à la question de recherche et ne présentant pas d'interventions transférables au domaine infirmier ont été exclues.

Les résultats obtenus ont mis en évidence différents facteurs influençant l'adhésion médicamenteuse chez les patients adultes atteints de schizophrénie : facteurs personnels, systémiques et liés à la maladie, comme la complexité du traitement, les effets secondaires des médicaments et le statut socio-économique. D'autre part, les résultats ont souligné l'efficacité d'interventions infirmières spécifiques dans l'amélioration de l'adhésion médicamenteuse chez ces patients, notamment la psychoéducation, les interventions axées sur l'identification et l'exploration des facteurs de non-adhésion, ainsi que la préférence pour un traitement injectable plutôt qu'oral.

En conclusion, ce travail met en lumière les motifs sous-jacents à la non-adhésion médicamenteuse chez les patients schizophrènes, fournissant ainsi aux infirmiers des pistes pour la mise en œuvre d'interventions individualisées et pertinentes visant à améliorer l'observance médicamenteuse.

Mots-clés : interventions infirmières, schizophrénie, adhésion médicamenteuse, ambulatoire

Remerciements

Je tiens à remercier Ayla Gay, directrice principale de mon Travail de Bachelor, pour son soutien, sa disponibilité et ses précieux conseils tout au long de l'élaboration de ce travail. Je remercie également Michela Bassolino qui m'a également accompagnée dans la réalisation de cette revue de la littérature.

Je souhaite encore remercier les personnes qui ont relu mon travail pour l'orthographe et la syntaxe ainsi que ma famille et mes amis pour leur soutien constant tout au long de la réalisation de ce travail.

Déclaration

Cette revue de la littérature a été réalisée dans le cadre de la formation Bachelor of Science HES-SO en Soins infirmiers à la Haute Ecole de Santé Valais Wallis (HEdS).

L'utilisation des résultats ainsi que les propositions pour la pratique et la recherche n'engagent que la responsabilité de son auteure et nullement les membres du jury ou la HES

De plus, l'auteure certifie avoir réalisé seule cette revue de la littérature.

L'auteure déclare également ne pas avoir plagié ou utilisé d'autres sources que celles indiquées dans la bibliographie et référencées selon les normes APA 7^e édition.

Lieu et date : Sion, le 3 juillet 2024

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'H. Abillard', is written over a horizontal line.

Signature

Table des matières

1	Introduction.....	1
1.1	Problématique	1
1.2	Question de recherche	2
1.3	But de la recherche.....	3
2	Cadre théorique	3
2.1	Symptomatologie de la schizophrénie	3
2.1.1	Symptômes positifs.....	4
2.1.2	Symptômes négatifs	5
2.2	Les traitements médicamenteux	6
2.2.1	Antipsychotiques	6
2.2.2	Arrêt de traitement.....	8
2.2.3	Défaut d'insight.....	8
2.3	Traitements ambulatoires	9
2.4	Le rôle infirmier.....	10
3	Méthode.....	12
3.1	Devis de recherche.....	12
3.2	Collecte des données	13
3.3	Sélection des données	17
3.4	Considérations éthiques	18
3.5	Analyse des données	18
4	Résultats	20
4.1	Description de l'étude 1	20
4.1.1	Validité méthodologique	22
4.1.2	Pertinence clinique	23
4.1.3	« Utilité pour la pratique professionnelle »	23
4.2	Description de l'étude 2	24
4.2.1	Validité méthodologique	26
4.2.2	Pertinence clinique	27
4.2.3	Utilité pour la pratique professionnelle	27
4.3	Description de l'étude 3	28
4.3.1	Validité méthodologique	30
4.3.2	Pertinence clinique	31

4.3.3	Utilité pour la pratique professionnelle	31
4.4	Description de l'étude 4	32
4.4.1	Validité méthodologique	34
4.4.2	Pertinence clinique	34
4.4.3	Utilité pour la pratique professionnelle	35
4.5	Description de l'étude 5	35
4.5.1	Validité méthodologique	37
4.5.2	Pertinence clinique	38
4.5.3	Utilité pour la pratique professionnelle	38
4.6	Description de l'étude 6	39
4.6.1	Validité méthodologique	41
4.6.2	Pertinence clinique	41
4.6.3	Utilité pour la pratique professionnelle	42
4.7	Synthèse des principaux résultats	42
5	Discussion	43
5.1	Discussion des résultats	44
5.2	Discussion de la qualité et de la crédibilité des évidences	46
5.3	Limites et critiques de la revue de la littérature	47
6	Conclusions	48
6.1	Propositions pour la pratique	48
6.2	Propositions pour la formation	49
6.3	Propositions pour la recherche	50
	Liste de références	51
7	Annexes	I
	Annexe I : Diagramme de flux PRISMA 2009	I
	Annexe II : Tableaux de recension des études	II
	Annexe III : Pyramides des preuves	VIII
	Annexe IV : Glossaire méthodologique	IX

Liste des abréviations

BAC-SF	Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia-Short-Form
BCIS	Beck Cognitive Insight Scale
BPRS	Brief Psychiatric Rating Scale
CAS	Certificate of Advanced Studies
CDSS	Calgary Depression Scale for Schizophrenia
CMHCs	Community Mental Health Centres
DA	Drug Attitude
DAI-10	Drug Attitude Inventory
DAS	Diploma of Advanced Studies
FGA	First-Generation Antipsychotics
Haq-II	Revised Helping Alliance Questionnaire
HAS	Haute autorité de la santé
IC	Image corporelle
ISMI-Brief	Internalized Stigma of Mental Illness Scale-Brief
IPTW	Inverse Probability of Treatment Weighting
LAIAs	Long-acting injectable antipsychotics
MA	Medication Adherence
MARS	Medication Adherence Rating Scale
MASE	Medication adherence self-efficacy
NHIRD	National Health Insurance Research Database
OAPs	Oral antipsychotics
OFS	Office fédéral de la statistique

OMS	Organisation mondiale de la santé
PANSS	Positive and Negative Syndrome Scale
PS	Scores de propension
PSP	Personal and Social Performance
SUMD-K	Scale for the Assessment of Negative Symptoms – Korean version
TIPS	Telephone Intervention problem solving

1 Introduction

1.1 Problématique

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) (2022d), la santé mentale ne s'apparente pas uniquement au fait de ne pas présenter de trouble mental. « La santé mentale correspond à un état de bien-être mental qui nous permet d'affronter les sources de stress de la vie, de réaliser notre potentiel, de bien apprendre et de bien travailler, et de contribuer à la vie de la communauté ».

Dans la population mondiale, environ une personne sur huit serait atteinte d'un trouble de la santé mentale. L'OMS (2022c) définit un trouble mental comme étant « une altération majeure, sur le plan clinique, de l'état cognitif, de la régulation des émotions ou du comportement d'un individu. Il s'accompagne généralement d'un sentiment de détresse ou de déficiences fonctionnelles dans des domaines importants ». En 2022, environ 8% de la population suisse a bénéficié d'une prise en charge pour des problèmes liés à la santé mentale (Office fédéral de la statistique, 2023). Les trois groupes de diagnostics psychiques les plus fréquents sont : les troubles liés à l'humeur, ceux liés à l'utilisation de substances psychoactives ainsi que les troubles du spectre de la schizophrénie (Schuler et al., 2020).

La schizophrénie est une pathologie mentale qui touche environ 24 millions de personnes dans le monde, soit une personne sur 300. Elle est caractérisée par d'importants troubles de la perception de la réalité et par des altérations du comportement. Elle est classée dans la famille des psychoses et peut, par conséquent, entraîner un handicap considérable. En effet, elle entraîne des répercussions sur tous les domaines de la vie, tels que le fonctionnement personnel, familial, social, éducatif et professionnel. Les personnes touchées par cette pathologie mentale sont souvent victimes de violations des droits humains, dans les établissements psychiatriques, où la pratique de la contention physique est encore courante, comme en dehors, où elles sont souvent victimes d'une forte stigmatisation, entraînant une exclusion sociale. Ainsi, encore aujourd'hui persiste l'idée selon laquelle les individus atteints de troubles mentaux, notamment de psychose comme la schizophrénie, devraient être tenus à l'écart de la société en raison de leur présumée dangerosité. Cette perception erronée alimente la discrimination et la stigmatisation de cette population, limitant ainsi leur accès aux soins de santé généraux, à l'éducation, au logement ou encore à l'emploi (Organisation mondiale de la Santé, 2022a).

Selon l'OMS (2022a), les principaux symptômes engendrés par cette pathologie sont : un délire persistant ; la présence d'hallucinations ; une sensation d'influence, de contrôle ou

de passivité ; une désorganisation de la pensée ; une désorganisation du comportement ; des symptômes « négatifs » comme un émoussement affectif, un appauvrissement de l'expression orale, une incapacité à éprouver de l'intérêt ou du plaisir ainsi qu'un retrait social ; ou encore un ralentissement psychomoteur.

Plusieurs possibilités de prises en charge efficaces de la schizophrénie existent et au moins un patient sur trois connaît une rémission complète des symptômes. Différentes options thérapeutiques ayant fait leurs preuves peuvent être mises en place pour les personnes atteintes de schizophrénie : les traitements médicamenteux, les interventions familiales, la thérapie cognitivo-comportementale et la réadaptation psychosociale (Organisation mondiale de la santé, 2022a). Les objectifs principaux du traitement de la schizophrénie sont les suivants : atténuer l'intensité des symptômes psychotiques, préserver la fonction psychosociale, prévenir les rechutes symptomatiques et la détérioration fonctionnelle qui en découle, ainsi que diminuer l'utilisation de drogues récréatives (Tamminga, 2022).

La pharmacothérapie demeure une composante essentielle du traitement de la phase aiguë et, à plus long terme, de la schizophrénie. Chez les patients souffrant pour la première fois de tels troubles, les traitements médicamenteux actuels permettent une rémission symptomatique dans environ 80% des cas. En revanche, pour les personnes ayant connu plusieurs épisodes, seulement 16 à 20% répondent à ces traitements (Kaiser et al., 2018a).

Malgré l'efficacité avérée des traitements antipsychotiques lors des phases aiguës de psychose, près de 60% des patients arrêtent leur traitement dans les six mois suivant une hospitalisation (Berna et al., 2023).

Il a été constaté que les patients schizophrènes stabilisés sous antipsychotiques présentent un taux élevé de rechute lorsqu'ils interrompent leur traitement. En effet, il a été démontré que la non-adhésion médicamenteuse constitue un facteur de risque important dans ce processus (Kaiser et al., 2018a). Le processus de rechute est particulièrement préoccupant dans la schizophrénie, étant donné que chaque épisode supplémentaire peut aggraver le pronostic fonctionnel à court et à long terme des patients (VIDAL, 2023).

Cela souligne l'importance cruciale de l'adhésion au traitement médicamenteux dans la prise en charge des patients atteints de schizophrénie. Il est essentiel de trouver des stratégies pour l'améliorer afin de garantir une meilleure qualité de vie aux patients.

1.2 Question de recherche

À la lumière des concepts précédemment exposés, la question de recherche suivante, selon l'approche PICO, a été formulée :

« Quelles sont les stratégies infirmières (I) pour améliorer l'adhésion médicamenteuse (O) des patients adultes souffrant de schizophrénie en milieu psychiatrique ambulatoire (P) ? »

1.3 But de la recherche

Les objectifs de cette revue de la littérature sont les suivants :

- Définir ce qu'est la schizophrénie ainsi que sa symptomatologie et ses impacts
- Définir les raisons de la non-observance médicamenteuse
- Identifier les interventions infirmières ayant un impact sur le maintien de l'adhésion médicamenteuse chez des patients schizophrènes adultes lors d'un suivi ambulatoire.

2 Cadre théorique

Afin d'assurer une bonne compréhension de cette revue de la littérature, il est nécessaire de poser un cadre de référence permettant d'approfondir les différents concepts relatifs à la question de recherche. Les concepts retenus pour cette revue de la littérature sont les suivants : la symptomatologie de la schizophrénie, les traitements médicamenteux ainsi que le rôle infirmier.

2.1 Symptomatologie de la schizophrénie

La schizophrénie est un trouble qui s'installe progressivement et de façon variable d'un individu à l'autre (Lemey, 2018). Pour qu'un diagnostic de schizophrénie puisse être posé, la notion de temporalité est extrêmement importante. En effet, la schizophrénie va pouvoir être reconnue lorsque la durée d'évolution de la pathologie dépasse les six mois, le diagnostic de bouffée délirante aiguë étant retenu pour des manifestations de plus courtes durées (Franck, 2013).

L'installation de la schizophrénie passe par un processus de plusieurs étapes. Il y a, tout d'abord, une phase dite prémorbide. Elle caractérise l'intervalle entre la naissance et l'apparition des premiers signes de la maladie. Cette dernière est ensuite suivie de la phase prodromique, au cours de laquelle vont apparaître les premiers signes de la maladie. Ces signes (par exemple : anxiété, agitation, dépression, prises de risques, repli, etc.) sont souvent peu spécifiques et apparaissent, en moyenne, quatre à cinq ans avant la première hospitalisation. Puis, va se mettre en place la phase dite psychotique à proprement parler. Celle-ci désigne le moment durant lequel les premiers symptômes psychotiques francs vont

apparaître. Elle détermine l'entrée dans la psychose (Lemey, 2018) (Krebs & CPNLF, 2015, p. 1-2).

La cause précise de la schizophrénie est, à ce jour, encore inconnue. Il est cependant possible de définir une base biologique au travers d'altérations cérébrales, d'anomalies neurochimiques (particulièrement l'altération de l'activité des marqueurs de la transmission dopaminergique et glutamatergique) ainsi que certains facteurs de risques génétiques (MSD, 2023).

La symptomatologie de la schizophrénie est très hétérogène et va par conséquent varier d'une personne à l'autre. Cela implique également que les caractéristiques présentées par les personnes présentant ce trouble ne sont pas fortement spécifiques à la pathologie en elle-même. Afin de poser un diagnostic de schizophrénie, il est donc nécessaire de se reposer sur la présence de certains symptômes évocateurs, observés pendant une durée suffisante (Franck, 2013). Pour identifier et pouvoir nommer une psychose telle que la schizophrénie, il faut pouvoir identifier des anomalies dans au moins un des domaines suivants : idées délirantes, hallucinations, pensée ou discours désorganisés, comportement moteur désorganisé ou anormal, symptômes négatifs (Crocq & Guelfi, 2015).

2.1.1 Symptômes positifs

Les symptômes positifs peuvent être définis comme étant des états anormaux par leur présence (Raffard et al., 2020). Ils sont principalement subdivisés en deux sous-catégories : les délires et les hallucinations (MSD, 2023). Les symptômes positifs de premier rang de la schizophrénie sont les suivants : sensations, impulsions, actions forcées ; pensées imposées ; diffusion de la pensée ; voix discutant ou commentant, pensée audible ; perceptions délirantes (Franck, 2013). Ce sont ces symptômes qui sont principalement retrouvés au premier plan de la schizophrénie, ils représentent l'expression la plus manifeste de cette psychose. Ce sont par ces manifestations que la population générale connaît la schizophrénie. En effet, elles entraînent régulièrement un jugement négatif de la part de la société sur les personnes atteintes de ce trouble mental.

Les idées délirantes sont définies comme étant des croyances figées qui ne changent pas, en dépit d'évidences qui les contredisent. Divers thèmes peuvent être au centre de ces délires dont principalement les thèmes de persécution, de référence, somatiques, érotomaniaques et mégalomaniaques. Les idées délirantes de persécution renvoient à des croyances de la personne qu'elle est persécutée par une personne ou un groupe de personnes. Pour ce qui est des idées de références, elles sont en lien avec le fait que le

patient schizophrène se sent spécifiquement visé par certains gestes, commentaires ou autres éléments de l'environnement. Le thème somatique est, lui, focalisé sur des préoccupations qui sont en lien avec la santé ou le fonctionnement des organes. Pour l'érotomanie, cela implique que la personne croit à tort qu'elle est aimée par une autre personne. Enfin, les idées mégalomaniaques sont présentes lorsque la personne schizophrène croit à tort qu'elle possède des attributs exceptionnels, que ce soit en matière de richesse, de capacités ou autre (Crocq & Guelfi, 2015, p. 109).

Les hallucinations sont des expériences perceptives, survenant sans stimulus externe qui échappent au contrôle de la volonté. Elles peuvent concerner tous les sens (hallucinations auditives, visuelles, olfactives ou cénesthésiques), mais les hallucinations les plus fréquentes sont les hallucinations auditives (Crocq & Guelfi, 2015).

L'évolution clinique des symptômes positifs est relativement favorable, car la présentation de ces derniers est claire et ils répondent relativement bien aux traitements antipsychotiques. En effet, ces manifestations sont au premier plan de la pathologie, ce qui permet de les détecter plus rapidement. À partir de là, il est donc plus facile de mettre en place des interventions afin de stabiliser ainsi que d'atténuer ses manifestations et cela rend donc l'évaluation de l'évolution plus aisée (Klaus et al., 2018).

2.1.2 Symptômes négatifs

Les symptômes négatifs correspondent à des comportements ou des états anormaux en lien avec leur absence (Raffard et al., 2020). Les symptômes négatifs de la schizophrénie sont souvent classés en deux dimensions : l'apathie ainsi que la diminution de l'expressivité (Klaus et al., 2018).

La dimension de l'apathie englobe : l'aboulie, l'anhédonie et l'asociabilité (Klaus et al., 2018). L'aboulie se manifeste par une diminution de la motivation à initier des activités spontanément dirigées vers un but. La personne présentant ces symptômes aura tendance à se renfermer et à ne plus prendre part à des activités, qu'elles soient professionnelles ou sociales. L'anhédonie se caractérise par une diminution des capacités à éprouver du plaisir et l'asociabilité traduit un manque d'intérêt pour les interactions sociales (Crocq & Guelfi, 2015).

La diminution de l'expression émotionnelle comprend, elle, l'alogie et l'émoussement affectif. L'alogie est caractérisée par une diminution de la quantité de mots exprimés alors que l'émoussement affectif va impliquer une diminution de l'expression spontanée des émotions (Klaus et al., 2018).

Contrairement aux symptômes positifs, il est à l'heure actuelle compliqué de trouver des traitements autant pharmacologiques que psychothérapeutiques pour contrer ces symptômes négatifs. Les options thérapeutiques actuelles n'engendrent que peu de changements notables et n'améliorent par conséquent pas significativement la qualité de vie des patients (Klaus et al., 2018).

2.2 Les traitements médicamenteux

Selon le Manuel MSD (2023), les principaux éléments du traitement de la schizophrénie sont les traitements antipsychotiques, la rééducation et les activités de soutien en milieu non hospitalier. Les objectifs de ses traitements sont de : réduire la sévérité des symptômes psychotiques, prévenir les rechutes et permettre aux personnes de fonctionner au plus haut niveau possible.

La Haute Autorité de Santé (HAS) (2017) présente les antipsychotiques comme principaux traitements médicamenteux de la schizophrénie et, selon la présentation clinique, préconise également l'utilisation d'antidépresseurs, d'anxiolytiques, d'hypnotiques ou encore de normothymiques.

La précocité du dépistage et du traitement sont des éléments primordiaux. Plus la mise en place d'un traitement se fera tôt, meilleurs seront les résultats (MSD, 2023).

2.2.1 Antipsychotiques

Les traitements antipsychotiques, pouvant être également appelés neuroleptiques, désignent des médicaments actifs dans le traitement des troubles psychotiques, et principalement dans la schizophrénie. Ces traitements ne sont pas curatifs, ils ne guérissent pas de la schizophrénie, mais ils contribuent à atténuer les symptômes (Buxeraud & Faure, 2020). Ces traitements existent sous forme orale ou sous forme retard injectable en intramusculaire.

Pour ce qui est des formes orales de traitement, ce sont principalement les antipsychotiques de deuxième génération qui sont utilisés. Cependant, les études n'ont pas réellement démontré de net avantage concernant l'efficacité sous cette forme. En ce qui concerne les formes retard injectables, elles sont généralement utilisées chez les patients schizophrènes avec des antécédents de récurrence en raison d'une mauvaise observance du traitement oral. Cette forme permet de diminuer les oublis de prise du traitement, abaissant donc le taux de rechute et de réhospitalisations chez les patients traités (Revue Médicale suisse, 2017).

Il existe actuellement deux générations d'antipsychotiques : les antipsychotiques de première génération, appelés « typiques » ; ainsi que les antipsychotiques de deuxième génération, appelés « atypiques ». Tous deux ont cependant le même mécanisme de fonctionnement consistant à bloquer, à plus ou moins grande mesure, la transmission de la dopamine au niveau du cerveau (Ceraso et al., 2020). Selon la HAS (2017), il est recommandé d'utiliser les antipsychotiques de seconde génération en première intention, dans le traitement des symptômes de la schizophrénie. Ces traitements vont avoir pour objectif principal d'amender les symptômes délirants, tout en diminuant les effets indésirables neurologiques (Rousselot, 2019).

Les traitements antipsychotiques entraînent des effets indésirables importants. Ils peuvent en effet notamment produire : des troubles visuels, une sécheresse buccale, une rétention urinaire, une hypotension orthostatique, des troubles sexuels, des troubles neurologiques, une prise de poids ainsi qu'un allongement de l'intervalle QT (liste non exhaustive). Certains cas rares peuvent même constituer une urgence médicale. Les antipsychotiques peuvent en effet induire une agranulocytose, qui se caractérise par une baisse des globules blancs dans le sang avec une forte fièvre ou encore un syndrome malin des neuroleptiques, se traduisant par une fièvre élevée, une sudation importante, des troubles de la conscience (liste non exhaustive) pouvant entraîner la mort (Buxeraud & Faure, 2020).

Après un premier épisode psychotique, les bonnes pratiques recommandent de poursuivre un traitement antipsychotique sur une durée de 12 mois après la rémission des symptômes ; lorsqu'un deuxième épisode survient, le traitement devra être poursuivi durant minimum 24 mois. Si le patient présente plus de deux épisodes, un traitement à long terme devra être envisagé (Kaiser et al., 2018b).

L'administration régulière d'un traitement aussi intense que la prise d'antipsychotiques aura des répercussions dans divers aspects de la vie du patient, et ce de différentes manières. En effet, le patient pourrait être sujet à une fatigue constante qui pourrait nécessiter un besoin de stimulation par une tierce personne. Lors de la mise en place du traitement par neuroleptique, il est fréquent d'observer une sédation, accompagnée d'un ralentissement des fonctions physiques et mentales. En plus des impacts physiques, un traitement par antipsychotiques implique également un impact psychologique non négligeable qui peut conduire le patient à une consommation d'alcool inadéquate ou encore à la prise de substances psychoactives illicites. La vie sociale et professionnelle de la personne atteinte de schizophrénie va également être altérée, car ce type de médication va entraîner des difficultés de mémorisation en lien avec la fatigue occasionnée. Enfin, il est crucial de souligner l'influence de cette maladie et des traitements qui y sont liés sur le bien-être et le

quotidien de l'entourage des personnes souffrant de schizophrénie, ces derniers étant susceptibles de ressentir un sentiment de culpabilité ou d'impuissance pouvant mener à rompre leur lien social avec le patient (Kocak & Fagnère, 2019).

2.2.2 Arrêt de traitement

Dans le cadre d'un traitement par antipsychotiques, la détermination de la dose d'entretien adéquate revêt une importance cruciale. Selon la Société Suisse de Psychiatrie et de Psychothérapie, plusieurs études ont abordé cette question et convergent vers la recommandation de réduire la dose au minimum nécessaire pour le traitement d'entretien. La réduction de la posologie ou l'arrêt de la médication implique, en effet, un risque accru de rechute dont il est essentiel de tenir compte (Kaiser et al., 2018b). Il a été démontré qu'un arrêt de traitement multipliait presque par trois les risques de rechutes et les besoins d'hospitalisation à un an (Ceraso et al., 2020).

Il a été montré que près de 60% des patients atteints de psychoses décident d'arrêter leurs traitements dans les six mois suivant une hospitalisation ou désirent diminuer drastiquement la posologie de leurs traitements (Berna et al., 2023). Les raisons principales évoquées par les patients ou leurs proches quant à l'arrêt des traitements sont principalement les suivantes : la personne ne pensait plus avoir besoin du traitement (défaut d'insight, voir paragraphe 2.2.3) ; l'importance des effets secondaires ou l'aspect contraignant de la prise du traitement (Passerieux et al., 2009).

2.2.3 Défaut d'insight

La notion de défaut d'insight traduit un manque de conscience de la maladie ainsi que des symptômes qui y sont associés (Lamothe et al., 2019). Les troubles de l'insight constituent l'un des prédicteurs de rechute les plus importants (Bon, 2018). Cette caractéristique est retrouvée chez environ 50 à 80% des patients souffrant de schizophrénie. Ce défaut serait corrélé avec la présence de symptômes positifs et négatifs. De ce fait, plus un patient schizophrène présente un nombre élevé de symptômes et de manière intense, plus son insight est atteint. Il aura par conséquent plus de peine à prendre conscience des bénéfices des traitements en lien avec sa pathologie (Lamothe et al., 2019).

On distingue deux sortes d'insights. Tout d'abord, l'insight clinique, qui définit la conscience du patient du fait d'être malade, des symptômes associés à sa pathologie, des conséquences qu'elle entraîne ainsi que de la nécessité de traitements. L'insight cognitif, lui, est axé sur la conscience des désordres dans le processus du raisonnement cognitif du patient (Roy-Gelencser, 2022).

Un bon insight clinique va alors corrélérer avec une diminution des symptômes positifs et négatifs, une meilleure observance du traitement, un taux de réhospitalisations plus bas et des séjours plus courts lors d'éventuelles hospitalisations (Roy-Gelencser, 2022).

Plusieurs modalités de soins sont capables de réduire les conséquences de ce défaut d'insight, telles que les thérapies cognitives et comportementales ainsi que la psychoéducation (Bon, 2018). En effet, la thérapie cognitivo-comportementale utilise des principes scientifiques pour traiter les problèmes psychologiques en modifiant les interprétations et comportements dysfonctionnels, en se concentrant sur le présent. Elle implique une collaboration active entre le patient et le thérapeute (Association suisse de psychothérapie cognitive, 2019). La psychoéducation, elle, est une intervention à la fois didactique et psychothérapeutique, destinée à informer les patients et leurs proches sur les troubles psychiatriques et à renforcer leurs capacités à les gérer. Elle utilise une approche pédagogique adaptée aux troubles pour clarifier l'identité, favoriser l'autonomisation et modifier les attitudes et comportements (Bonsack et al., 2015).

2.3 Traitements ambulatoires

La majorité des personnes atteintes de schizophrénie dans le monde ne bénéficient pas de soins de santé mentale (Organisation mondiale de la santé, 2022b). Il a été montré que les soins en hôpitaux psychiatriques ne permettent pas toujours de prodiguer des soins adéquats aux personnes souffrant de schizophrénie. Selon l'OMS (2022d) :

Il faut d'abord mettre au point une gamme de services de santé mentale communautaires de qualité. Plusieurs modalités de soins de santé mentale communautaires sont possibles : l'intégration dans les soins de santé primaires et les soins hospitaliers généraux, les centres de santé mentale communautaires, les centres de jour, les logements dotés de services de soutien et les services de proximité pour le soutien à domicile. Il est important que les membres de la famille et de la communauté au sens large apportent leur soutien, le schizophrène devant lui-même jouer un rôle actif.

En Suisse, en 2022, le taux d'hospitalisation en soins aigus concernant les patients psychiatriques était de 9.3 pour 1000 habitants. Il a été observé que la tranche d'âge la plus représentée était les jeunes adultes, de 19 à 34 ans (Obsan, 2023a). Parmi ces hospitalisations, le pourcentage de patients schizophrènes était d'une moyenne de 14% (Obsan, 2023b). La mission de l'hôpital psychiatrique consiste à offrir des soins aux personnes souffrant de problèmes psychiatriques dans le cas de crise aiguë et/ou complexe (HUG, 2022). Lors de l'hospitalisation, la question de l'après est déjà au centre de la prise

en charge. Le projet de sortie tient compte des difficultés de la personne, de ses besoins, et cela dans une optique de prévention des rechutes et de réduction du risque suicidaire. Le but est de mettre en place, lorsque l'évolution du patient le permet, une prise en charge ambulatoire (HUG, 2022).

Actuellement, les mots clés qui semblent guider la politique psychiatrique sont l'humanisation des soins et la désinstitutionalisation (Gaillard et al., 2018). Cependant, il a été démontré que les semaines suivant la sortie de l'hôpital sont une période où le risque de rechute est accru. Une transition est donc importante afin d'arriver à terme à une auto-efficacité dans la gestion de la maladie et à une autonomisation du patient (HUG, 2022).

2.4 Le rôle infirmier

Lors de la prise en soin d'un patient atteint de schizophrénie, une série d'actions vont être engagées. Cela passe par le choix du traitement, la posologie et l'évaluation des effets favorables ou indésirables ; une aide à la compliance qui repose principalement sur une alliance entre le patient et les soignants ; une aide à la gestion du quotidien afin d'arriver, à terme, à une autonomisation du patient ; la mise en place d'une aide sociale ou financière ; ainsi qu'un soutien psychologique (Masquelier et al., 2006).

Selon la HAS (2017, p. 7),

La prise en charge du patient atteint d'un trouble schizophrénique est globale : elle peut associer plusieurs professionnels, coordonnés par un soignant référent. Le patient peut également être pris en charge dans le cadre de réseaux associant ces différents professionnels. La prise en charge se fait principalement dans le cadre du secteur¹ qui dispose de plusieurs lieux de soins et structures dédiés à ce type de patients. La psychiatrie libérale² participe à cette prise en charge. La conduite de la thérapeutique est adaptée pour chaque patient en fonction du contexte clinique biologique et social de celui-ci, par le médecin spécialiste. Elle varie selon la phase d'évolution de la maladie. L'alliance thérapeutique entre le patient, son entourage et l'équipe soignante est fondamentale.

¹ Secteur : secteur public de psychiatrie

² Libéral : se dit d'une profession qui a pour objet un travail intellectuel effectué sans lien de subordination entre celui qui l'effectue et celui pour le compte de qui il est effectué, dans le respect de règles déontologiques et dont la rémunération ne revêt aucun caractère commercial ou spéculatif (Larousse, s. d.).

Le rôle de l'infirmier, dans un contexte extra-hospitalier, consiste principalement en « l'administration et la surveillance d'une thérapeutique orale au domicile des patients présentant des troubles psychiatriques » (Haute Autorité de Santé, 2017, p. 8).

À ce jour, le rôle de l'infirmier en santé mentale est un élément primordial dans la prise en charge ambulatoire, car ce sont les professionnels de la santé se trouvant au plus proche des patients souffrants de troubles de la santé mentale (Mallorquí et al., 2023). La collaboration avec l'infirmier en psychiatrie présente des avantages thérapeutiques considérables. En effet, les infirmiers ont la possibilité de fournir des soins collaboratifs et individualisés en se positionnant comme défenseurs du patient, éducateurs ainsi que fournisseurs de soins de première ligne. De nombreux défis sont, cependant, présents dans l'élaboration de cette relation. Ainsi les contraintes de temps ou encore l'augmentation des tâches peuvent limiter la disponibilité des soignants pour interagir avec le patient (Harris & Panozzo, 2019).

En ce qui concerne la prise en charge des patients souffrant de pathologies renvoyant à la santé mentale, selon Bernard Paul (2011), le devoir primordial de l'infirmier est de savoir continuellement expliquer au patient le sens de son adhésion au traitement. Une bonne compréhension des effets médicamenteux et du but recherché par la thérapie permet d'optimiser au maximum la collaboration du patient. L'infirmier doit alors expliquer, en adéquation avec l'explication du médecin, la signification de la prise des traitements médicamenteux. Bernard Paul (2011, p. 3), qualifie alors l'infirmière de « monitrice psychothérapeute dans un groupe thérapeutique ». Il définit ce rôle en expliquant que l'infirmier a donc une certaine importance dans le rétablissement de la communication du patient avec les objets puis avec autrui.

L'infirmier est également primordial en termes de démarche clinique. Il doit être à même de repérer les symptômes qui peuvent être des signes de maladie éventuelle, au point de vue somatique, mais également au niveau relationnel. L'infirmier est alors un atout considérable en raison de cette possibilité d'observer le patient dans chacun des moments de la journée lors d'une hospitalisation ou lors de suivis ambulatoires (Masquelier et al., 2006).

Une autre casquette de l'infirmier sera d'assurer des actes techniques, en lien avec son domaine de compétence et son cahier des charges. Cela fait référence, par exemple, aux prélèvements biologiques. L'infirmier va également accompagner les patients tout au long de leur suivi en leur fournissant des informations utiles et en mettant en place des entretiens afin d'effectuer des récoltes de données pertinentes. En plus des aspects de la gestion du traitement médicamenteux et de l'accompagnement du patient, l'infirmier doit aussi

s'assurer du respect des procédures et des règles de bonnes pratiques (Masquelier et al., 2006).

Selon Masquelier et al.(2006, p. 5),

L'observation, l'écoute, et la surveillance des paramètres physiologiques ne préfigurent pas à eux seuls les besoins et attentes du patient ni le projet de soins. L'évaluation clinique en psychiatrie nécessite d'établir une relation de confiance qui permette de franchir l'écorce plus ou moins accessible derrière laquelle le soignant doit appréhender une part de la vérité du sujet testé.

Pour résumer, il a été montré que le rôle infirmier est fondamental dans la prise en charge des patients atteints de troubles de santé mentale. Le traitement de la schizophrénie est un processus multidimensionnel qui ne s'arrête pas uniquement à donner des traitements médicamenteux lors d'une hospitalisation. La relation de confiance est un élément primordial dans la construction d'une alliance thérapeutique qui mènera ensuite à une prise en charge infirmière optimale.

3 Méthode

3.1 Devis de recherche

Fortin et Gagnon (2016, p. 25) définissent un paradigme* comme étant : « un ensemble de postulats, concepts et valeurs dominants partagés par les membres d'une communauté scientifique à une époque donnée ». Il s'agit d'un « modèle de référence fondamental sur lequel s'appuient les chercheurs d'une discipline donnée pour orienter la recherche selon leur orientation philosophique » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 25).

Deux paradigmes s'opposent dans la recherche. Il y a tout d'abord le paradigme postpositiviste*, qui s'applique aux recherches quantitatives*. Selon ce paradigme, « il existe une réalité objective indépendante de l'observation humaine, mais que cette réalité ne peut être connue qu'imparfaitement, ..., pour les postpositivistes, l'erreur existe, et les résultats sont considérés comme probables et peuvent être réfutés » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 28). Dans ce paradigme, c'est le raisonnement déductif qui prime. Le second paradigme est dit interprétatif* et il s'applique aux recherches qualitatives*. Ce paradigme « rejette la notion qu'il existe une seule réalité pouvant être connue. La position interprétativiste part du principe que la réalité sociale est multiple et qu'elle se construit à partir des perceptions individuelles susceptibles de changer avec le temps. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 28). Des études quantitatives ont été sélectionnées pour répondre à la question de recherche de cette revue de la littérature. Toutes les études

sont disciplinaires et permettent de mettre en lumière les raisons de la non-observance des traitements médicamenteux chez les patients schizophrènes ainsi que des interventions infirmières pouvant contribuer à l'amélioration de l'adhésion médicamenteuse de cette population.

3.2 Collecte des données

La recherche des différentes études sur les bases de données* pour ce travail a été faite en deux temps, une première fois entre avril et mai 2023 et une deuxième fois entre décembre et janvier 2024.

Les différentes études ont été tirées de trois bases de données : CINAHL*, Embase* ainsi que MEDLINE (PubMed)*. Pour effectuer les recherches relatives à ce travail, les mots-clés anglais suivants ont été utilisés : Schizophrenia, psychosis, psychotic patients, Medication adherence, Medication compliance, drug compliance, drug therapy, medication observance, antipsychotics agents, neuroleptics, ambulatory, outpatient, consultation. Les thésaurus* des différentes bases de données (CINAHL headings, MeSH, Emtree) ont été utilisés pour adapter ces termes à leur base de données : schizophrenia, psychotic disorders, psychosis, medication adherence, treatment adherence and compliance, antipsychotics agents, drug therapy, neuroleptic agents, ambulatory care, ambulatory care facilities, outpatients, ambulatory care nurses, ambulatory care nursing. L'équation de recherche a été conçue en utilisant les opérateurs logiques* "AND" et "OR", ce qui a permis de détailler les critères de recherche. Les critères de filtrage suivants ont également été appliqués pour affiner la recherche : la date de publication doit se situer entre 2017 et 2023, l'affiliation doit être RN OU BSN OU MNSC OU le terme "nurs*", et la langue doit être l'anglais ou le français.

Les tableaux ci-dessous présentent les équations de recherches effectuées dans les différentes bases de données, les mots-clés utilisés, ainsi que les opérateurs logiques employés. Ils présentent également le nombre d'études identifiées et retenues pour la poursuite de cette revue de la littérature. Un diagramme de Flux PRISMA est également présent en annexe (Annexe I).

Tableau 1 : Mots-clés et descripteurs

Concept	Mots clés eng	Mesh	Cinahl headings	Emtree
Schizophrénie	Schizophrenia, psychosis, psychotic patients	"Schizophrenia"[MeSH Terms] "Psychotic Disorders"[MeSH Terms]	MH "Schizophrenia" MH "Psychotic Disorders"	'schizophrenia'/exp 'psychosis'/exp
Traitements médicamenteux	Medication adherence, Medication compliance Drug compliance Drug therapy Medication observance Antipsychotics agents neuroleptics	"Medication Adherence"[MeSH Terms] "Treatment Adherence and Compliance"[MeSH Terms] "Antipsychotic Agents"[MeSH Terms]	MH "Medication Compliance" MH "Drug Therapy » MH "Antipsychotic Agents"	'medication compliance'/exp 'drug therapy'/exp 'neuroleptic agent'/exp
Traitement ambulatoire	Ambulatory Outpatient Consultation	"Ambulatory Care"[MeSH Terms] "Ambulatory Care Facilities"[MeSH Terms] "Outpatients"[MeSH Terms]	MH "Ambulatory Care Facilities" MH "Ambulatory Care Nurses" MH "Ambulatory Care »	'ambulatory care'/exp 'ambulatory care nursing'/exp 'outpatient'/exp

Tableau 2: Equation de recherche CINAHL

	Equation de recherche	Etudes trouvées	Etudes retenues
S1	(MH "Schizophrenia") OR (MH "Psychotic Disorders")	41,737	
S2	TI («Schizophrenia" OR "Psychotic Disorders») OR AB ("Schizophrenia" OR "Psychotic Disorders")	33,363	
S3	S1 OR S2	50,339	
S4	(MH "Medication Compliance") OR (MH "Antipsychotic Agents")	39,365	
S5	TI («Medication Compliance" OR "Antipsychotic Agents») OR AB («Medication Compliance" OR "Antipsychotic Agents»)	1,305	
S6	S4 OR S5	39,947	
S7	(MH "Ambulatory Care Facilities") OR (MH "Ambulatory Care Nurses") OR (MH "Ambulatory Care") OR (MH "Outpatient Service") OR (MH "Outpatients")	79,941	
S8	TI («Ambulatory Care Facilities" OR "Ambulatory Care Nurses" OR "Ambulatory Care" OR "Outpatient Service" OR "Outpatients») OR AB («Ambulatory Care Facilities" OR "Ambulatory Care Nurses" OR "Ambulatory Care" OR "Outpatient Service" OR "Outpatients»)	21,823	
S9	S7 OR S8	92,501	
S10	S3 AND S6 AND S9	421	
S11	S10 AND Published Date (2017-2023)	82	
S12	S10 AND Affiliation AND Published Date (2017-2023)	1	1

Tableau 3 : Equation de recherche Medline (Pubmed)

	Equation de recherche	Etudes trouvées	Etudes retenues
S1	"Schizophrenia"[MeSH Terms] OR "Psychotic Disorders"[MeSH Terms]	160,898	
S2	"Medication Adherence"[MeSH Terms] OR "Treatment Adherence and Compliance"[MeSH Terms] OR "Antipsychotic Agents"[MeSH Terms]	335,074	
S3	"Ambulatory Care"[MeSH Terms] OR "Ambulatory Care Facilities"[MeSH Terms] OR "Outpatients"[MeSH Terms]	132,139	
S4	S1 AND S2 AND S3	919	
S5	"Schizophrenia"[Title/Abstract] OR "Psychotic Disorders"[Title/Abstract]	137,699	
S6	"Medication Adherence"[Title/Abstract] OR "Treatment Adherence and Compliance"[Title/Abstract] OR "Antipsychotic Agents"[Title/Abstract]	18,912	
S7	"Ambulatory Care"[Title/Abstract] OR "Ambulatory Care Facilities"[Title/Abstract] OR "Outpatients"[Title/Abstract]	73,160	
S8	S1 OR S5	204,954	
S9	S2 OR S6	342,423	
S10	S3 OR S7	184,611	
S11	S8 AND S9 AND S10	1,811	
S12	S11 AND Published date (2017-2023)	272	
S13	S11 AND Affiliation AND Published date (2017-2023)	13	4

Tableau 4 : Equation de recherche Embase

	Equation de recherche	Etudes trouvées	Etudes retenues
S1	'schizophrenia'/exp OR 'psychosis'/exp	357,510	
S2	'medication compliance'/exp OR 'drug therapy'/exp OR 'neuroleptic agent'/exp	3,896,669	
S3	'ambulatory care'/exp OR 'ambulatory care nursing'/exp OR 'outpatient'/exp	220,223	
S4	S1 AND S2 AND S3	3,338	
S5	'schizophrenia':ab,ti OR 'psychosis':ab,ti	222,699	
S6	'medication compliance':ab,ti OR 'drug therapy':ab,ti OR 'neuroleptic agent':ab,ti	61,668	
S7	'ambulatory care':ab,ti OR 'ambulatory care nursing':ab,ti OR 'outpatient':ab,ti	319,191	
S8	S1 OR S5	383,641	
S9	S2 OR S6	3,931,411	
S10	S3 OR S7	410,705	
S11	S8 AND S9 AND S10	5,519	
S12	S11 AND Affiliation	83	
S13	S12 AND Published date (2017-2023)	38	
S14	S13 AND (english OR french)	37	3

3.3 Sélection des données

La consultation des trois bases de données (CINHAL, PubMed et Embase) a permis d'identifier un total de 51 références. Après la suppression des doublons, elles étaient au nombre de 49. Les critères d'inclusion étaient des interventions spécifiques à des patients schizophrènes adultes en lien avec une meilleure prise de leurs traitements médicamenteux. Les études datant d'avant 2017 ont été exclues ainsi que celles ne portant pas sur le traitement spécifique de la schizophrénie. Les études conservées ont été rédigées en anglais et devaient avoir été publiées dans les cinq dernières années. En vue de cela, six études ont été retenues. La liste de ces études se trouve dans le tableau ci-

dessous (Tableau 5). La pyramide des preuves qui a été utilisée pour cette revue se trouve en annexe (Figure 1, Annexe III).

3.4 Considérations éthiques

Toutes les études sélectionnées mentionnent des critères éthiques. Elles ont toutes été approuvées par différents comités d'éthique* et un consentement* éclairé des participants a été requis dans toutes les études retenues.

3.5 Analyse des données

Afin de répondre à la question, une analyse des données des études sélectionnées a été réalisée de la manière suivante : chaque étude a été transposée et analysée à travers des tableaux de recension. Cela a permis de décrire et analyser les études en fonction de leur validité* méthodologique, de leur pertinence clinique ainsi que de leur utilité dans la pratique professionnelle du système de santé.

Les tableaux de recension des études retenues sont présentés en détail en Annexe II.

Tableau 5 : Liste des articles retenus

N°	Auteurs	Titre	Année de publication	Base de données	Niv. de preuve
1	Beebe, L. H., Smith, K., Philips, C.	Effect of a Telephone Intervention on Measures of Psychiatric and Nonpsychiatric Medication Adherence in Outpatients with Schizophrenia Spectrum Disorders	2017	CINHAL	I
2	Çetin, N., Aylaz, R.	The effect of mindfulness-based psychoeducation on insight and medication adherence of schizophrenia patients	2018	PubMed	I
3	Fang, S-C., Liao, D-L., Huang, C-Y., Hsu, C-C., Cheng, S-L., Shao, Y-H.	The effectiveness of long-acting injectable antipsychotics versus oral antipsychotics in the maintenance treatment of outpatients with chronic schizophrenia	2020	PubMed	II
4	Lee, E., Jang, H.	The Influence of Body Image, Insight, and Mental Health Confidence on Medication Adherence in Young Adult Women with Mental Disorders	2021	PubMed	IV
5	Choi, Y-A., Kweon, Y-R.	Drug Attitude and Medication Adherence of Patients with Early Psychosis in South Korea: Mediating Effect of Medication Adherence Self-Efficacy	2023	Embase	IV
6	Lim, M., Li, Z., Xie, H., Tan, B., Lee, J.	The Effect of Therapeutic Alliance on Attitudes Toward Psychiatric Medications in Schizophrenia	2021	PubMed	IV

4 Résultats

4.1 Description de l'étude 1

Beebe, L. H., Smith, K., & Phillips, C. (2017). Effect of a Telephone Intervention on Measures of Psychiatric and Nonpsychiatric Medication Adherence in Outpatients with Schizophrenia Spectrum Disorders. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 55(1), 29-36.
<https://doi.org/10.3928/02793695-20170119-04>

Cet essai contrôlé randomisé* a pour but de déterminer l'effet d'une intervention téléphonique hebdomadaire sur l'adhésion aux traitements médicamenteux psychiatriques et non psychiatriques durant six mois chez 105 patients ambulatoires stables souffrant de troubles du spectre de la schizophrénie. Les participants ont été recrutés au sein d'un centre communautaire de santé mentale du sud-est des États-Unis selon les critères d'inclusion suivants : ils devaient tous avoir un diagnostic de schizophrénie ou de trouble schizo-affectif documenté dans leur dossier médical, ils devaient également ne pas avoir été hospitalisés dans un centre de santé mentale durant les six derniers mois et enfin, ils devaient parler anglais. Les personnes présentant des diagnostics de retard mental, de troubles neurologiques ou encore de blessure à la tête ont été exclues de l'étude. Chaque participant potentiel a dû compléter une évaluation pour signer le consentement, outil clinique permettant d'attester de leur capacité à consentir à participer à une étude scientifique. Ainsi, quatre questions portant sur le contenu de la recherche à laquelle ils allaient prendre part leur étaient posées afin de s'assurer de leur compréhension des objectifs et procédures liés à cette dernière. Sur 295 patients correspondant aux critères d'inclusion, cinq ont été écartés de l'étude, car ils n'avaient pas pu remplir le formulaire d'évaluation pour signer le consentement et 95 ont refusé les conditions, portant le nombre total de participants retenus à 185. Ces derniers ont été séparés en deux groupes : le groupe expérimental qui allait bénéficier de l'intervention téléphonique (TIPS) et le groupe contrôle qui recevait quant à lui un suivi normal, soient des rendez-vous de suivi avec un psychiatre approximativement chaque quatre à six semaines en parallèle avec des rendez-vous de case management toutes les six à huit semaines.

À la suite de l'obtention du consentement éclairé des participants, diverses informations les concernant (caractéristiques sociodémographiques, conditions de vie, niveau d'éducation, traitements prescrits) ont été recueillies. Tous les appels TIPS ont été effectués par une infirmière en psychiatrie diplômée. Elle a guidé les participants tout au long de l'étude en les accompagnant dans la résolution des problèmes pour les difficultés identifiées et en suivant l'efficacité de la solution la semaine suivante. Des rencontres mensuelles entre le

chercheur principal et l'infirmière permettaient d'évaluer la bonne utilisation des interventions TIPS, qui portent sur les aspects suivants : compréhension des traitements, présence aux rendez-vous, gestion des symptômes, abstention de substances et soutien social. En ce qui concerne le décompte des pilules (n'incluant pas uniquement les antipsychotiques, mais l'ensemble des traitements pris par les patients), il a été réalisé par un assistant de recherche en aveugle, préservant ainsi l'ignorance quant à l'appartenance des patients à un groupe spécifique (contrôle ou expérimental). Les participants étaient contactés par téléphone pour convenir d'un rendez-vous à leur domicile suite auquel deux chercheurs effectuaient le relevé des ordonnances médicales et réalisaient le décompte des pilules consommées. La mesure de l'adhésion aux traitements a été faite en divisant le nombre de pilules manquantes de leur emballage par le nombre de pilules prescrites durant la période écoulée puis en multipliant cela par 100 pour donner le pourcentage d'adhésion du patient. En ce qui concerne les traitements injectables, le pourcentage a été calculé en comparant le nombre d'injections documentées et le nombre d'injections prescrites durant la période de l'étude. Enfin, 15 cc de sang ont été prélevés au début de l'étude puis après six mois afin de comparer les concentrations sanguines des molécules antipsychotiques chez les participants.

L'analyse des résultats a tout d'abord commencé par l'utilisation de statistiques descriptives de base comme la distribution de fréquence*, la moyenne* et l'écart-type* afin d'obtenir un aperçu général des caractéristiques de l'ensemble des patients ayant contribué à l'étude (âge, niveau d'éducation, ethnicité ...). Puis l'utilisation de t-tests* a été requise pour examiner les différences de score sur le décompte des pilules et les niveaux sanguins de médicaments antipsychotiques entre les groupes à six mois. Enfin, un test chi carré* a été réalisé afin d'évaluer si les différences observées étaient statistiquement significatives.

Concernant les principaux résultats, il a été démontré tout d'abord que les caractéristiques suivantes n'étaient pas significativement associées au taux d'antipsychotique dans le sang ni à l'adhérence par décompte des pilules : âge, race, diagnostic, genre, dispositions de logement, niveau d'éducation ou prise d'un traitement sous forme d'injection. L'âge est corrélé négativement avec l'adhérence médicamenteuse non psychiatrique par décompte des pilules ($r = -0.32$, $p^* < 0.001$). Il a donc été conclu qu'avec l'augmentation de l'âge, l'adhésion aux traitements non psychiatriques baissait. Les t-tests n'avaient pas montré de différence significative entre les deux groupes concernant les différences de scores sur le décompte des pilules et les niveaux sanguins de traitements antipsychotiques. Le test chi carré quant à lui a révélé que la différence entre le taux sanguin au début de l'expérience des participants du groupe expérimental, dont 66% étaient dans une fenêtre thérapeutique,

et ceux du groupe contrôle (50%) n'était pas statistiquement significative. Cependant lors de la mesure à six mois, les taux sanguins étant dans une fenêtre thérapeutique étaient de 54.7% pour le groupe expérimental contre 32.7% dans le groupe contrôle ($\chi^2 = 5.2$, $df = 1$, $p = 0.023$). Dans l'ensemble, TIPS n'est pas significativement efficace lors du décompte des pilules, mais il a cependant démontré une certaine efficacité dans la mesure sanguine, car il a été montré que les patients recevant l'intervention TIPS ont mieux maintenus leurs taux d'antipsychotiques dans le sang que ceux du groupe contrôle.

4.1.1 Validité méthodologique

L'utilisation d'un échantillonnage* non probabiliste* a permis aux chercheurs de ne sélectionner que les sujets correspondant au mieux à leurs recherches et à leurs attentes afin d'avoir des résultats plus probants en lien avec la thématique étudiée.

Une randomisation a été effectuée par le biais d'un ordinateur qui attribuait aléatoirement des numéros à chaque participant de l'étude afin de les répartir dans le groupe contrôle ou expérimental. Cela augmente la validité interne* de l'étude, car ça permet de créer des groupes comparables et d'avoir une équivalence dans les variables* parasites entre les deux groupes. Un des chercheurs était également dans l'ignorance quant à la répartition des candidats dans les deux groupes, ce qui a permis de leur communiquer des informations similaires sans être influencé par le fait qu'un individu puisse appartenir au groupe expérimental ou au groupe contrôle. Enfin, un suivi de fidélité est également effectué tous les mois par un des chercheurs avec l'infirmière responsable des TIPS. Cela leur permet donc d'évaluer régulièrement la fidélité* de l'étude. Un formulaire de fidélité a été mis en place afin d'évaluer la qualité des interventions et de les perfectionner ou de les reconduire en cas de besoin sur la base d'un score prédéfini en avance. Le TIPS est mené par une infirmière qui a déjà utilisé cet outil dans le passé, ce qui favorise une meilleure maîtrise de l'outil. L'utilisation de tests statistiques paramétriques* (t-tests avec échantillons* indépendants et t-tests avec échantillons appariés) et non paramétriques* (chi carré) a permis de correctement étudier les hypothèses des chercheurs, et de garantir la robustesse des analyses effectuées. Ainsi la fiabilité* des conclusions tirées quant à l'impact d'une intervention de type TIPS sur l'adhésion médicamenteuse des patients souffrant de schizophrénie ou de troubles socioaffectifs est assurée.

Les auteurs annoncent cependant eux-mêmes des limitations dans leur étude. Ils mentionnent notamment la présence d'une incapacité de généraliser les résultats en lien avec le fait que l'étude n'ait été réalisée que dans un unique centre de soins et du fait qu'ils n'aient voulu se focaliser que sur des patients stables. Ils mentionnent également un biais*

d'attrition* de 43% qui a pu affecter les résultats de cette étude. Enfin, les chercheurs exposent également un biais de sélection* en lien avec le fait que des sujets qui sont non-adhérents à leurs traitements seraient moins enclins à participer à une étude de ce type ou à rester jusqu'au bout, ce qui peut réduire la validité externe* de cette recherche.

Une autre limite pouvant émerger de cette étude, bien que non explicitée par les chercheurs, concerne le protocole de prise de sang effectué au début et à la fin de la période de plusieurs mois. Ce processus peut être peu représentatif, laissant place à un potentiel biais si les patients décident d'ajuster leur adhésion au traitement antipsychotique juste avant la prise de sang finale. En effet, la prise de sang reflète la consommation du traitement à court terme, suggérant peut-être la nécessité d'une surveillance plus fréquente tout au long de l'étude. Cependant, cela pourrait décourager la participation des patients en raison de la contrainte supplémentaire imposée. Pour atténuer cette contrainte, une analyse capillaire initiale et finale aurait pu être envisagée pour estimer l'exposition cumulative aux traitements sur une période prolongée, réduisant ainsi le risque de biais associé à la prise sporadique de médicaments juste avant une mesure ponctuelle. En outre, il convient de noter que la méthode de décompte des pilules est sujette à la critique, car il est facile de retirer un médicament de son emballage sans le consommer.

4.1.2 Pertinence clinique

Afin d'accompagner au mieux les patients atteints de troubles du spectre de la schizophrénie, les auteurs mettent en avant l'importance du recueil de données. Ils mentionnent que l'adhésion aux traitements est fortement impactée par des facteurs personnels, sociétaux ainsi que de la maladie en soi comme le statut socioéconomique ou encore l'expérience d'effets secondaires des traitements. Il est donc primordial de mettre en place des interventions qui sont individualisées. Cette étude a montré que l'intervention téléphonique avait eu un impact sur le taux sanguin d'antipsychotiques des patients. Cela implique donc une certaine efficacité. Le TIPS présente des avantages tels que le potentiel d'avoir un recueil de données fidèle et efficace par l'existence d'un document de fidélité qui guide les entretiens. Il est aussi montré que le TIPS présente un avantage pécuniaire ainsi qu'un gain de temps comparé à des techniques de résolution de problème en face à face.

4.1.3 « Utilité pour la pratique professionnelle »

Cette étude permet de mettre en avant l'importance de trouver des interventions individualisées pour soutenir au mieux les patients atteints de troubles du spectre de la schizophrénie. Bien que les résultats ne montrent pas de différence significative lors du décompte global des comprimés pris par les patients (incluant antipsychotiques et autres médicaments prescrits pour d'autres conditions médicales), elle montre tout de même que

le taux sanguin d'antipsychotique était meilleur chez les patients ayant bénéficié de l'intervention TIPS. Cela met en lumière l'importance de suivi et de soutien chez les patients schizophrènes. Il est primordial de continuer à identifier et à mettre en place des interventions pour soutenir l'adhésion médicamenteuse, qui est un point essentiel dans l'amélioration du rétablissement ainsi que l'amélioration de la qualité de vie des patients.

4.2 Description de l'étude 2

Çetin, N., & Aylaz, R. (2018). The effect of mindfulness-based psychoeducation on insight and medication adherence of schizophrenia patients. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32(5), 737-744. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2018.04.011>

Cette étude, menée sous forme de modèle expérimental, vise à améliorer la pleine conscience et l'observance médicamenteuse chez les patients schizophrènes grâce à un programme de psychoéducation basé sur la pleine conscience. Afin de déterminer la taille de l'échantillon, une analyse de puissance* a été réalisée pour assurer une meilleure représentativité des résultats et les participants ont été choisis selon une méthode d'échantillonnage aléatoire simple*. Au départ, 188 patients avaient été recrutés pour participer à l'étude, mais un total de 53 patients a choisi de se retirer, laissant ainsi un échantillon de 135 patients pour cette analyse. Ces patients ont été sélectionnés dans deux centres communautaires de santé mentale (CMHCs) situés dans les provinces turques de Balıkesir et Eskişehir, selon une méthode de randomisation simple. Les 55 patients recrutés dans le centre de Balıkesir ont été assignés au groupe expérimental, tandis que les 80 patients d'Eskişehir ont constitué le groupe témoin. Les critères d'inclusion ont été stricts : les patients devaient être âgés de 18 à 65 ans, alphabétisés, ouverts à la communication et à la coopération, et avoir reçu un diagnostic de schizophrénie selon les critères du DSM-5 au cours de l'année précédente. Les patients présentant des exacerbations aiguës, ceux qui consommaient de l'alcool ou des substances psychoactives, ainsi que ceux souffrant d'autres conditions mentales rendant la communication et la collaboration difficiles, comme un retard mental ou une démence, ont été exclus de l'étude.

Dans cette étude, deux instruments d'évaluation ont été utilisés pour recueillir des données sur les patients : le premier instrument, le Medication Adherence Rating Scale (MARS), a été choisi en raison de sa haute compréhensibilité. Il évalue le niveau d'observance médicamenteuse des patients. Le MARS comprend dix questions fermées, où les patients répondent par oui ou non pour évaluer leur comportement et leur attitude au cours de la semaine précédente. Chaque réponse positive vaut un point et chaque réponse négative vaut zéro, avec un score total allant de zéro à dix. Un score entre zéro et sept indique une adhésion médiocre au traitement médicamenteux. La cohérence interne* de cet outil,

mesurée par l'alpha de Cronbach*, était de 0.73. Le deuxième instrument est la Beck Cognitive Insight Scale (BCIS), qui mesure le niveau d'insight des patients. Cette échelle se présente sous la forme d'une échelle de Likert* de 15 questions, subdivisée en deux dimensions : l'expression de soi et la confiance en soi. Le score total peut varier de -18 (minimum) à +27 (maximum), et un score bas indique un faible taux d'insight chez la personne interrogée. La cohérence interne de cet outil était de 0.67 pour l'expression de soi, 0.68 pour l'estime de soi, et un score total de 0.69, mesurés par l'alpha de Cronbach. Les participants ont rempli ces formulaires dans les salles d'entraînement des centres, en répondant aux questions lues individuellement par le chercheur, un processus prenant environ 30 minutes. Les données prétest ont été collectées en février 2016 à partir des groupes expérimental et témoin, en utilisant le Formulaire d'Informations Descriptives, l'Échelle d'Insight Cognitive de Beck et l'Échelle de Notation de l'Adhérence Médicamenteuse. Après un programme de psychoéducation basé sur la pleine conscience administrée au groupe expérimental, les données post-test ont été collectées en mai 2016, en utilisant les mêmes instruments.

Les données de recherche ont été analysées à l'aide du logiciel SPSS 17. Pour évaluer les caractéristiques descriptives des patients, les pourcentages, les moyennes et les écarts-types ont été utilisés. Le test du chi carré a été employé pour comparer les variables de contrôle entre les groupes expérimental et témoin. Pour comparer les moyennes des scores entre les deux groupes, le test t pour groupes indépendants a été appliqué. De même, le test t pour groupes appariés a été utilisé pour comparer les moyennes des scores à l'intérieur d'un même groupe. Le seuil de signification retenu dans cette étude était de $p < 0.05$.

En ce qui concerne les résultats, les comparaisons des scores moyens pré et post-tests de BCIS totaux et les sous-échelles des patients des groupes expérimental et témoin ont été discutées. Dans le groupe expérimental, la moyenne du score post-test de la BCIS était de $4,89 \pm 6,05$, tandis que dans le groupe témoin, elle était de $0,68 \pm 5,67$. La différence entre les moyennes post-test de la BCIS des patients des groupes expérimental et témoin était statistiquement significative ($p < 0,05$). Les changements dans les scores moyens pré et post-test de la BCIS des patients des deux groupes ont également été examinés. Bien que le groupe expérimental ait vu une légère amélioration au niveau de l'échelle « Expression de soi » et du score total de la BCIS ainsi qu'une discrète diminution du score « Confiance en soi », la différence entre les scores moyens pré et post-test s'est révélée statistiquement non significative ($p > 0,05$). De plus, dans le groupe témoin, le score prétest de la sous-échelle "Confiance en soi" a augmenté de manière attendue, passant de $10,41 \pm 4,29$ à

11,31 \pm 4,33, et la différence entre les scores moyens pré et post-test s'est révélée statistiquement significative ($p < 0,05$). La comparaison des scores moyens pré et post-test à la MARS des patients des groupes expérimental et témoin a également été discutée. Lorsque les scores moyens post-test de la MARS ont été examinés, ils ont été déterminés à 1,76 \pm 0,42 chez les patients du groupe expérimental et à 1,50 \pm 0,50 chez les patients du groupe témoin, et la différence entre les scores moyens post-test était statistiquement significative ($p < 0,05$). En résumé, les résultats ont indiqué des améliorations significatives dans les scores post-test dans le groupe expérimental. Il a donc été constaté que l'intervention basée sur la pleine conscience a augmenté l'insight cognitif et l'adhésion médicamenteuse des patients dans le groupe expérimental.

4.2.1 Validité méthodologique

L'étude adopte une conception méthodologiquement solide en utilisant un modèle expérimental avec un groupe témoin prétest et post-test. Cette approche permet de comparer les résultats avant et après l'intervention, ainsi que de les comparer entre le groupe expérimental et le groupe témoin, renforçant ainsi la validité des résultats obtenus. Une analyse de puissance a été effectuée pour déterminer la taille de l'échantillon, garantissant ainsi sa représentativité et la capacité à détecter des différences significatives entre les groupes. Pour éviter les biais de sélection, une méthode d'échantillonnage aléatoire simple a été utilisée, assurant à chaque membre de la population une chance égale d'être inclus dans l'étude. Des critères d'inclusion et d'exclusion clairs ont été définis pour sélectionner des participants répondant aux critères spécifiques de l'étude, assurant ainsi l'applicabilité des résultats à la population cible. Les outils de collecte de données utilisés sont scientifiquement validés et adaptés à la compréhension des patients, ce qui renforce la fiabilité des mesures recueillies. De plus, l'évaluation de la cohérence interne à l'aide des coefficients alpha de Cronbach témoigne de la fiabilité des mesures et de la validité des résultats obtenus.

Les auteurs reconnaissent plusieurs limites de leur étude. Tout d'abord, elle a été menée dans des CMHCs situés dans différents centres provinciaux, ce qui peut limiter la généralisation des résultats, car ces derniers ne sont applicables qu'au groupe de l'étude. De plus, les mesures post-test n'ont été effectuées qu'une seule fois, sans possibilité de suivi, ce qui pourrait restreindre la compréhension à long terme de l'efficacité de l'intervention. Une autre limite concerne le biais d'attrition, car un nombre non négligeable de participants a quitté l'étude pour diverses raisons, compromettant ainsi la représentativité de l'échantillon restant. Des variables externes non contrôlées, telles que les traitements antipsychotiques spécifiques, les facteurs socio-économiques ou d'autres

interventions thérapeutiques, pourraient également influencer les résultats. Enfin, bien que des outils validés aient été utilisés, certaines mesures, comme l'échelle d'insight cognitive, pourraient être sujettes à des biais de réponse* ou à des interprétations subjectives des participants. Malgré ces limites, l'approche méthodologique reste solide, offrant une base robuste pour évaluer l'efficacité de l'intervention basée sur la pleine conscience dans le traitement des patients schizophrènes.

4.2.2 Pertinence clinique

La pertinence clinique de cette étude réside dans sa contribution à la compréhension des effets potentiels d'un programme de psychoéducation basé sur la pleine conscience sur l'insight et l'observance médicamenteuse chez les patients schizophrènes. Les résultats de cette recherche ont montré des améliorations significatives dans l'insight cognitif et l'adhésion médicamenteuse dans le groupe expérimental, suggérant la psychoéducation basée sur la pleine conscience comme une stratégie prometteuse dans la prise en charge des patients schizophrènes. Ces résultats sont pertinents du point de vue clinique, car ils soulignent l'importance des approches psychothérapeutiques complémentaires dans le traitement de la schizophrénie, en complément des traitements médicamenteux traditionnels. Cela pourrait conduire à une prise en charge plus holistique et personnalisée des patients, en tenant compte de leurs besoins psychologiques et émotionnels ainsi que de leurs symptômes cliniques. Cependant, des études supplémentaires avec des échantillons plus robustes sont nécessaires pour confirmer ces résultats et évaluer pleinement l'impact clinique de l'intervention basée sur la pleine conscience dans le traitement de la schizophrénie.

4.2.3 Utilité pour la pratique professionnelle

Les infirmiers peuvent utiliser les résultats de cette étude pour plaider en faveur de l'intégration de programmes de psychoéducation dans les soins de routine, mettant ainsi en lumière l'importance des aspects psychologiques et émotionnels de la maladie en plus des traitements médicamenteux. De plus, elle met en évidence l'importance de l'insight chez les patients schizophrènes, ce qui peut guider les infirmiers dans leur interaction et leur communication avec leurs patients, les aidant à mieux comprendre leur maladie et à reconnaître l'importance du suivi médicamenteux. Enfin, l'étude souligne l'importance de l'observance médicamenteuse chez les patients schizophrènes, mettant en avant le rôle crucial des infirmiers dans l'éducation des patients sur l'importance du suivi du traitement et dans l'identification des obstacles à l'observance, en proposant des solutions adaptées. En résumé, cette étude fournit aux infirmiers des informations précieuses sur l'efficacité de la psychoéducation basée sur la pleine conscience, ainsi que sur l'insight cognitif et

l'observance médicamenteuse, ce qui peut contribuer à améliorer les résultats cliniques et la qualité de vie des patients schizophrènes.

4.3 Description de l'étude 3

Fang, S., Liao, D., Huang, C., Hsu, C., Cheng, S., & Shao, Y. J. (2020). The effectiveness of long-acting injectable antipsychotics versus oral antipsychotics in the maintenance treatment of outpatients with chronic schizophrenia. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*, 35(3), e2729. <https://doi.org/10.1002/hup.2729>

Cette étude de cohorte* basée sur la population vise à étudier les résultats de patients schizophrènes chroniques recevant pendant un an un traitement de maintenance soit sous la forme d'antipsychotiques injectables à action prolongée (LAIAs) soit sous la forme d'antipsychotiques oraux (OAPs). Les participants de cette étude ont été recrutés en utilisant la Base de données de recherche de l'Assurance Maladie Nationale (NHIRD) de Taiwan qui regroupe 99% des 23 millions de personnes vivant à Taiwan. La NHIRD contient les données médicales en lien avec les diagnostics des maladies, les procédures, les prescriptions, les informations démographiques et les profils d'enrôlement de tous les bénéficiaires de la NHIRD. Les patients étudiés devaient avoir entre 15 et 65 ans en 2011, avoir un diagnostic de schizophrénie depuis au moins trois ans au 1^{er} janvier 2011, ne pas avoir été hospitalisés en 2011 et devaient utiliser des antipsychotiques depuis au moins six mois. Les patients devaient recevoir soit uniquement des traitements sous forme LAIAs ou uniquement OAPs. La forme LAIAs était divisée en deux sous-catégories : antipsychotiques de première génération (FGA) et antipsychotiques de deuxième génération (rispéridone). Sur cette base, 40,194 patients ont été inclus à l'étude, 948 sous LAIAs et 39,246 sous OAPs.

Les critères pris en compte pour interpréter les résultats de cette étude étaient : le nombre d'hospitalisations psychiatriques, le nombre total de jours hospitalisés en psychiatrie, ainsi que le taux de visites et le nombre moyen de visites aux urgences psychiatriques. Les chercheurs ont également considéré nombre de covariables telles que : l'âge au moment du diagnostic, le sexe, la durée de la maladie, les comorbidités psychiatriques (troubles de l'humeur, troubles anxieux, abus de substances, abus d'alcool) et l'utilisation de services psychiatriques pendant la période de référence. Les analyses ont été ajustées aux covariables en utilisant la pondération par l'inverse de la probabilité de traitement (IPTW) pour équilibrer les différences dans les caractéristiques initiales entre les patients ayant reçus uniquement les LAIAs et ceux uniquement les OAPs. Les poids ont été calculés en fonction des scores de propension* (PS) : $1/PS$ pour le groupe LAIA et $1/(1 - PS)$ pour le groupe OAP. Les PS ont été estimés à l'aide d'une régression logistique* regroupée ajustée

pour les covariables présentes. Des modèles de régression logistique ont été utilisés pour estimer les risques d'hospitalisation psychiatrique et de visite aux urgences psychiatriques associés aux LAIAs et aux OAPs. Des modèles de régression linéaire* ont été employés pour estimer le nombre total de jours d'hospitalisation psychiatrique associés aux LAIAs et aux OAPs. Des modèles de Poisson* et binomiaux négatifs ont été présentés pour estimer le nombre de visites aux urgences psychiatriques associées aux LAIAs et aux OAPs. Des estimations brutes et ajustées par IPTW ont été générées dans chaque modèle. Les données ont été analysées en utilisant le logiciel SAS version 9.4 et le seuil de signification retenu dans cette étude était de $p < 0.05$.

Pour ce qui est des résultats, il a d'abord été démontré que les patients recevant uniquement des LAIAs étaient significativement plus âgés, avec une durée de maladie plus longue et une prédominance féminine. Ils étaient également moins susceptibles de présenter des troubles de l'humeur, des troubles anxieux, des troubles bipolaires et des troubles liés à l'alcool, mais étaient, en revanche, plus susceptibles de recevoir des soins psychiatriques à domicile que ceux recevant uniquement des OAPs. Après avoir appliqué la IPTW (moyenne = 1.0, écart-type = 0.3), une pseudo-population de 2,174 patients ne recevant que des LAIAs et de 39,278 patients de recevant que des OAPs a été créé. Il a été montré que pendant la période de suivi, 8.3% (3,340 patients) ont été hospitalisés, dont 55 patients qui recevaient des LAIAs (5.8%) et 3,289 patients qui recevaient des OAPs (8.4%). Ensuite, les patients recevant uniquement des LAIAs présentaient un risque* significativement plus faible d'hospitalisation psychiatrique ($OR^* = 0.63$) et des durées d'hospitalisations plus courtes que les patients sous OAPs (coefficient $[b] = -15.49$). Bien que le pourcentage de patients consultant les urgences psychiatriques étaient similaires entre les deux groupes ($OR = 0.96$), le nombre moyen de visites était significativement plus bas chez les patients recevant uniquement des LAIAs (coefficient $[b] = -0.24$). Ensuite, les patients recevant des LAIAs de FGA ou de rispéridone présentaient un risque d'hospitalisation plus faible ($OR = 0,58$ ($p < 0.01$) pour les FGA et $OR = 0,73$ ($p < 0.01$) pour la rispéridone) et des durées d'hospitalisation plus courtes par rapport aux patients sous OAPs, mais sans présenter de différence statistiquement significative en raison du petit nombre de patients. Enfin, il n'y avait pas de différence significative dans les pourcentages de patients ayant eu une visite aux urgences psychiatriques entre les patients recevant des LAIAs de FGA ou de rispéridone et ceux recevant un traitement par OAPs, mais les patients des deux groupes de LAIAs avaient un nombre plus faible de visites aux urgences (coefficient $[b] = -0.18$; ($p = 0.04$) pour FGA et coefficient $[b] = -0.39$; ($p < 0.01$) pour rispéridone). En résumé, les résultats ont montré que, pendant la période de suivi, les patients sous traitements uniquement par LAIAs présentaient un risque significativement

plus faible d'hospitalisation psychiatrique et de visites aux urgences, avec des durées d'hospitalisation plus courtes, par rapport à ceux recevant uniquement des OAPs.

4.3.1 Validité méthodologique

Les auteurs soulignent plusieurs forces de leur étude. Tout d'abord, ils mettent en avant l'homogénéité de leur échantillon, excluant les patients recevant une combinaison de LAIAs et d'OAPs, ce qui limite la variabilité des traitements et permet une meilleure évaluation de l'efficacité des LAIAs par rapport aux OAPs dans le contexte de la schizophrénie. De plus, l'étude se concentre sur les patients chroniques en traitement de maintenance, ce qui est pertinent pour obtenir des informations sur la gestion à long terme de la maladie. Ils soulignent également la prise en compte des comorbidités psychiatriques lors de l'ajustement des différences entre les groupes de traitement, ce qui permet de mieux contrôler les facteurs de confusion* potentiels. En outre, l'étude présente d'autres aspects méthodologiques renforçant sa validité. Les auteurs ont utilisé une approche standardisée pour définir les expositions aux antipsychotiques en utilisant le système de classification anatomique thérapeutique chimique, facilitant ainsi la comparabilité des résultats et renforçant la validité interne. L'utilisation de la méthode IPTW pour ajuster les différences de caractéristiques de base entre les groupes de traitement est une approche robuste qui contrôle efficacement les biais de confusion potentiels. Ensuite, les auteurs ont utilisé différents modèles statistiques, tels que la régression logistique, la régression linéaire et les modèles de Poisson, offrant ainsi une perspective complète sur les effets des antipsychotiques. Enfin, une analyse de sensibilité* a été effectuée pour examiner l'impact des différents types de LAIAs sur les résultats cliniques, permettant ainsi de mieux comprendre les effets spécifiques des médicaments et de vérifier la robustesse des conclusions.

Malgré ses points forts, cette étude présente certaines limitations que les auteurs ont identifiées. Tout d'abord, des facteurs non mesurés tels que la gravité des symptômes, la fonction cognitive et les effets indésirables pourraient influencer les résultats, introduisant ainsi un biais et limitant la validité interne de l'étude. De plus, certaines données importantes telles que les facteurs socio-économiques, le soutien social des patients ou les préférences personnelles des psychiatres ne sont pas disponibles dans la base de données, ce qui pourrait limiter la capacité de contrôler complètement les facteurs de confusion potentiels. Enfin, bien que les résultats indiquent des avantages significatifs pour les LAIAs par rapport aux OAPs chez les patients chroniques en traitement de maintenance, leur généralisation à des populations présentant une schizophrénie plus instable ou sévère pourrait être limitée. Cela souligne la nécessité de prudence dans l'interprétation et l'application des

résultats dans d'autres contextes cliniques. En résumé, malgré une méthodologie solide avec des analyses statistiques appropriées et une prise en compte des principaux facteurs de confusion, il est important de reconnaître les limitations inhérentes de cette étude et d'interpréter les résultats avec prudence.

4.3.2 Pertinence clinique

La pertinence clinique de cette étude réside dans son impact direct sur la pratique médicale et les soins aux patients atteints de schizophrénie. En effet, il est souvent complexe de sélectionner le traitement le plus adapté pour les patients schizophrènes. Les résultats de cette étude fournissent des données probantes sur l'efficacité des LAIAs par rapport aux OAPs dans le contexte du traitement de maintenance. En démontrant que les LAIAs sont associés à un risque réduit d'hospitalisation psychiatrique et à une diminution de visites aux urgences par rapport aux OAPs, cette étude suggère que l'utilisation des LAIAs peut contribuer à une meilleure gestion de la schizophrénie et à une réduction des coûts associés aux soins de santé mentale. Cela peut également conduire à une amélioration de la qualité de vie des patients en réduisant les interruptions de traitement et en prévenant les épisodes de rechute. Il a également été pertinent d'analyser l'efficacité des LAIAs de première et de deuxième génération en fonction des caractéristiques des patients afin de permettre une approche plus personnalisée de la gestion de la schizophrénie, ce qui peut contribuer à une meilleure réponse thérapeutique et à une réduction des effets indésirables. Il serait maintenant intéressant de mener d'autres études comparatives randomisées pour évaluer précisément les effets des différents types de LAIAs sur les résultats cliniques à long terme.

4.3.3 Utilité pour la pratique professionnelle

Cette étude offre plusieurs implications importantes pour la pratique infirmière. Tout d'abord, elle permet aux infirmiers d'aider les patients à prendre des décisions éclairées sur le choix entre les LAIAs et les OAPs en fonction de leur situation clinique individuelle. Les professionnels de la santé peuvent utiliser ces résultats pour éduquer les patients sur les avantages et les inconvénients des différents types de traitements antipsychotiques, aidant ainsi les patients à comprendre l'importance de la thérapie de maintenance dans la gestion de la schizophrénie et à prendre des décisions informées sur leur traitement. Cela peut renforcer la confiance des patients dans leur traitement et améliorer les résultats à long terme. De plus, les résultats préconisant les traitements par LAIAs impliquent la nécessité d'une administration régulière par un infirmier, ce qui permettrait un meilleur suivi de l'observance du patient. En résumé, cette étude fournit aux infirmières une base solide pour améliorer la prise en charge des patients atteints de schizophrénie en les aidant à

sélectionner les traitements les plus appropriés, à surveiller les effets secondaires et à promouvoir l'adhésion au traitement.

4.4 Description de l'étude 4

Lee, E., & Jang, M. H. (2021). The Influence of Body Image, Insight, and Mental Health Confidence on Medication Adherence in Young Adult Women with Mental Disorders. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(8), 3866.
<https://doi.org/10.3390/ijerph18083866>

Cette étude descriptive* transversale* quantitative a pour objectif d'investiguer l'impact de l'image corporelle (IC), de l'insight et de la confiance en la santé mentale (référant à un sentiment d'efficacité personnelle) sur l'adhésion médicamenteuse parmi des jeunes femmes adultes souffrant de schizophrénie et trouble bipolaire en Corée. Afin de créer un échantillon représentatif, la taille de ce dernier, calculée en utilisant le programme G*Power 3.1.9.2, a été fixée à 143. Les chercheurs ont inclus 172 participantes en tenant compte d'un taux de retrait de 20%. Les critères d'inclusion étaient que les participantes soient de jeunes femmes de 19 et 45 ans diagnostiquées de schizophrénie ou de trouble bipolaire par un psychiatre depuis l'âge de 19 ans, et ne présentant pas de psychose sévère, évaluée par un score de l'échelle d'évaluation psychiatrique brève (BPRS) en dessous de 36. Les participantes devaient être capables de communiquer et de comprendre le questionnaire. Toutes les participantes présentant un trouble neurocognitif, un trouble addictif ou une psychose sévère ont été exclues. L'ensemble des participantes a été recruté parmi des patientes ambulatoires de deux hôpitaux de Corée, à Séoul et dans la province de Gyeonggi ou parmi des jeunes femmes fréquentant des institutions communautaires de santé mentale.

La collecte de données de cette étude a été faite entre août et septembre 2018. Différents questionnaires ont été remplis par les participantes à l'étude. Tout d'abord, l'Échelle d'auto-évaluation de l'IC a été utilisée pour évaluer le niveau de distorsion de l'IC chez les patientes. Elle est composée de 24 items sous forme d'échelle de Likert allant de « pas du tout » (0) à « absolument » (4) où un haut score indique une attitude très négative face à son IC. Sa fiabilité a été démontrée par un coefficient d'alpha de Cronbach à 0.87. Les chercheurs ont également utilisé la version coréenne de l'échelle du manque de conscience du trouble mental (SUMD-K) qui est composée de neuf items sous forme d'échelle de Likert allant de « pas applicable » (0) à « pas d'accord » (3), avec un score haut indiquant un mauvais niveau d'insight. Sa fiabilité a été montrée par un coefficient d'alpha de Cronbach à 0.70. Ensuite, la version coréenne de l'échelle de la confiance en la santé mentale a été exploitée, se présentant également sous forme d'échelle de Likert allant de « pas confiant

du tout » (0) à « très confiant » (5) avec un haut score indiquant une confiance haute. Son coefficient d'alpha de Cronbach était de 0.93. Enfin, les chercheurs ont utilisé la version coréenne de l'échelle d'évaluation de l'adhésion médicamenteuse, composée de dix items avec des scores de zéro pour la non-adhérence et un pour l'adhérence aux médicaments, avec un haut score indiquant une bonne observance des traitements. Dans cette étude, la formule de Kuder-Richardson* 20 a produit une valeur de 0.73. Les participantes ont dû remplir plusieurs questionnaires dans une pièce où seules les participantes à l'étude et les chercheurs avaient accès, après avoir dû répondre aux BPRS et SUMD-K avec les chercheurs. Les participantes ont rempli les autres questionnaires seules avant de les déposer dans une enveloppe scellée afin de préserver l'anonymat.

L'analyse des données a été réalisée avec le programme SPSS version 25.0. Les caractéristiques générales des participantes ont été analysées à l'aide de statistiques descriptives, et les corrélations entre l'adhésion aux médicaments et les facteurs associés ont été analysées à l'aide des coefficients de corrélation de Pearson*. Afin d'examiner les facteurs influençant le degré d'adhésion aux médicaments, une analyse de régression multiple* a été utilisée. Parmi les caractéristiques générales, les variables qui influençaient significativement l'adhésion aux médicaments ont été incluses dans le modèle de régression. Les variables nominales ont été incluses en tant que variables fictives pour l'analyse. Les résultats montrent que plusieurs caractéristiques sont significativement liées à l'adhésion aux médicaments chez les participants. Ces caractéristiques incluent l'âge ($F = 2,95$, $p = 0,042$), la religion ($t = -2,06$, $p = 0,041$), le niveau de confiance envers les psychiatres ($F = 5,40$, $p = 0,006$), la durée du traitement ($F = 4,48$, $p = 0,005$), et la non-adhérence aux régimes de médication en raison de la prise de poids ($t = -2,61$, $p = 0,010$). En résumé, les participantes âgées de 30 à 39 ans ont une meilleure adhésion aux médicaments que celles de moins de 29 ans, les participantes religieuses ont une meilleure adhésion que celles qui ne le sont pas, et une meilleure adhésion est observée chez celles qui ont confiance en leurs psychiatres et qui sont traitées depuis plus de 20 ans. De plus, parmi celles qui ont pris du poids après avoir commencé les antipsychotiques, celles qui n'ont pas modifié elles-mêmes leur médication en raison de la prise de poids ont une meilleure adhésion aux médicaments que celles qui l'ont fait. Ensuite, l'adhésion à la médication présentait des corrélations négatives statistiquement significatives avec l'IC ($r = -0,616$, $p < 0,001$) et l'insight ($r = -0,397$, $p < 0,001$), tandis qu'elle présentait une corrélation positive statistiquement significative avec la confiance en la santé mentale ($r = 0,565$, $p < 0,001$). Enfin, le modèle de régression expliquait 42,9% de la variance ($R^2 = 39,2\%$). L'IC était la variable prédictive la plus forte ($\beta = -0,32$, $p < 0,001$), suivie dans l'ordre par l'insight ($\beta = -0,24$, $p = 0,002$) et la confiance en la santé mentale ($\beta = 0,24$, $p = 0,004$).

4.4.1 Validité méthodologique

Le fait que la taille de l'échantillon ait été calculée à l'aide d'un logiciel spécifique en prenant compte des paramètres tels que le seuil de signification, la taille de l'effet et la puissance statistique* renforce la fiabilité des résultats et la capacité de généralisation des conclusions. Les chercheurs se sont également assurés d'utiliser des instruments de mesure validés et standardisés, ce qui permet de garantir que les mesures utilisées sont appropriées et fiables pour évaluer les différentes variables de cette étude. Ils ont également utilisé des méthodes statistiques appropriées pour analyser les données récoltées, ce qui permet de tirer des conclusions valides à partir des résultats trouvés. Enfin, le respect des principes éthiques est primordial pour la validité et la crédibilité* de toute étude. Les chercheurs ont obtenu l'approbation des comités d'éthique pertinents, ils ont suivi des procédures éthiques rigoureuses tout au long de l'étude et on prit des mesures pour protéger les droits et le bien-être des participantes.

Les auteurs posent, cependant, eux-mêmes des limites à leur étude. En effet, ils mettent en avant un biais de sélection venant du fait que les participantes étaient des jeunes femmes souffrant de troubles mentaux dans une certaine région, ce qui rend la généralisation des résultats plus compliquée. Ils avancent également le fait que les patientes étudiées étaient considérées comme chroniques, ce qui est à nouveau un frein pour la généralisation des résultats à tous les patients souffrant de troubles mentaux.

En conclusion, dans l'ensemble, cette étude présente une validité méthodologique solide, caractérisée par les points forts identifiés précédemment. Bien que quelques limitations aient été identifiées, ces éléments renforcent la crédibilité des résultats et leur applicabilité potentielle pour la pratique infirmière et la recherche future.

4.4.2 Pertinence clinique

Cette étude identifie des facteurs spécifiques qui sont associés à une mauvaise adhésion médicamenteuse chez des patientes atteintes de schizophrénie et de trouble bipolaire. En examinant ces différentes variables, cette étude fournit des informations pertinentes pour comprendre les défis spécifiques auxquels les patients schizophrènes sont confrontés dans la prise de leur traitement médicamenteux. Les résultats de cette étude ont des implications directes pour le développement d'interventions spécifiques visant à améliorer l'adhésion médicamenteuse chez les patients schizophrènes. Cette étude permet d'apporter une autre dimension à la prise en charge des patients atteints de troubles du spectre de la schizophrénie. De manière similaire aux articles précédents, elle met en lumière qu'une prise en charge globale est nécessaire afin d'avoir un impact direct sur la stabilisation de la

pathologie qui se fait par le biais des traitements médicamenteux. Plus précisément, cette étude révèle l'importance de l'évaluation et le suivi de l'IC des patients. Cette approche semble être particulièrement adaptée pour les jeunes patientes, ces dernières représentant le groupe dont le schéma corporel et l'adhésion thérapeutique étaient les plus affectés. En résumé, cette étude offre des perspectives cliniques précieuses qui peuvent guider les pratiques de soins et contribuer à une meilleure qualité de vies des patients schizophrènes.

4.4.3 Utilité pour la pratique professionnelle

Cette étude est très intéressante pour la pratique infirmière, car elle fournit des informations essentielles sur les facteurs qui influent sur l'adhésion médicamenteuse chez les patients schizophrènes. Les infirmiers jouent un rôle central dans la prise en charge globale des patients atteints de troubles mentaux et la compréhension des défis spécifiques liés à l'adhésion au traitement est cruciale pour offrir des soins de qualité et individualisés. Les résultats de cette étude peuvent guider les infirmiers dans l'identification des patients à risque d'une faible adhésion médicamenteuse et dans la conception d'interventions de soutien adaptées à leurs besoins spécifiques. De plus, en intégrant les enseignements tirés de cette étude dans la pratique infirmière, les infirmiers peuvent jouer un rôle crucial dans l'amélioration des résultats cliniques des patients schizophrènes, tels que la réduction des symptômes, la prévention des rechutes et l'amélioration de la qualité de vie. En fournissant un soutien continu et individualisé aux patients dans la gestion de leur traitement médicamenteux, les infirmiers peuvent contribuer de manière significative à leur rétablissement et à leur bien-être global.

4.5 Description de l'étude 5

Choi, Y.-A., & Kweon, Y.-R. (2023). Drug Attitude and Medication Adherence of Patients with Early Psychosis in South Korea: Mediating Effect of Medication Adherence Self-Efficacy. <i>Patient Preference and Adherence</i> , 17, 1247-1255. Embase. https://doi.org/10.2147/PPA.S408781

Cette étude descriptive transversale quantitative a pour objectif d'examiner l'effet médiateur de l'auto-efficacité en manière d'adhérence au traitement médicamenteux (MASE) sur la relation entre l'attitude envers les traitements (DA) et l'adhérence aux traitements médicamenteux (MA) chez les patients atteints de psychose précoce. Afin de créer un échantillon représentatif, le logiciel G*Power 3.1.9 a été utilisé et a déterminé que la taille minimum de l'échantillon devait être de 160 participants. Les chercheurs ont alors inclus 190 participants dans l'étude, puis, après 24 exclusions, l'échantillon total était de 166 patients. Les critères d'inclusion étaient que les participants devaient être âgé de 20 ans minimum, ils devaient fréquenter le service ambulatoire de l'hôpital national universitaire de

Chonnam en Corée du Sud, devaient avoir été diagnostiqués de schizophrénie par un psychiatre après un épisode de psychose, ils devaient être sous traitements antipsychotiques et devaient être capables de comprendre, écrire et répondre aux questionnaires fournis pour l'étude. Les patients présentant un score d'impression clinique global supérieur à quatre, consommant des substances, présentant un trouble mental ou neurologique, présentant une maladie somatique grave, ayant des difficultés à comprendre et participer à l'étude en lien avec un dysfonctionnement cognitif et étant traité par un traitement injectable à action longue durée ont été exclus de l'étude.

Les données de l'étude ont été collectées entre le 1er janvier et le 16 août 2019 après avoir recueilli le consentement écrit de tous les participants. L'étude a investigué 11 caractéristiques sociodémographiques. Les instruments choisis pour la collecte de données sont des instruments auto-déclarés par les auteurs. On y trouve l'Inventaire 10-DA qui évalue l'attitude face aux traitements. Cet inventaire comprend dix items, six qui évaluent les sentiments subjectifs positifs en lien avec les traitements antipsychotiques et quatre évaluant les sentiments négatifs. Les questions se répondent par oui ou non, la réponse oui donnant un point positif et la réponse non un point négatif. Un résultat positif démontre donc une réponse subjective positive aux traitements. Cet outil présente une valeur Kuder-Richardson Formula 20 de 0.70. Ils ont également utilisé une échelle évaluant MASE. Celle-ci évaluait le type de traitement, le temps d'administration, le degré de dosage-traitement, les effets secondaires, le poids économique et la confiance en l'adhésion au traitement. Cette échelle présente huit items mesurés sur une échelle de Likert de cinq points allant de « pas du tout » (1) à « toujours » (5). Un score haut indique un MASE haut. Le coefficient alpha de Cronbach de cet instrument était de 0.83. Enfin, la MA a été mesurée par une échelle comprenant sept items mesurés par une échelle de Likert en cinq points où un haut score indiquait une haute MA. Le coefficient alpha de Cronbach de cet outil était de 0.85.

L'analyse des données a été réalisée par le logiciel IBM SPSS version 25.0. Les auteurs ont utilisé une analyse de fréquence pour identifier les caractéristiques démographiques et cliniques. Ensuite, une analyse des statistiques descriptives a été effectuée afin d'identifier la moyenne et l'écart-type des variables de recherches. Puis un t-test et un one-way ANOVA* ont été réalisés pour examiner les différences de MA selon les caractéristiques démographiques et une analyse du coefficient de corrélation de Pearson a été utilisé pour examiner la relation entre les variables de l'étude. Une analyse de régression linéaire multiple a été conduite pour déterminer si MASE servait de médiateur entre DA et MA. Finalement, ils ont vérifié la signifiante de l'effet médiateur de MASE en utilisant une méthode de bootstrap à l'aide de SPSS Process Macro.

En ce qui concerne les résultats, il a été démontré que la MA s'améliorait chez les personnes ayant une bonne relation avec leur famille ($F=7,64$, $p<0,001$). 115 patients ont répondu qu'ils géraient leurs médicaments eux-mêmes (69,3%), ce qui était significativement plus élevé que la proportion de ceux qui ne géraient pas eux-mêmes leur médication ($t=-3,16$, $p<0,01$). En ce qui concerne les corrélations, MA a montré une corrélation positive significative avec toutes les variables. Plus précisément, MA était positivement corrélé avec DA ($r=0,393$, $p<0,001$) et MASE ($r=0,697$, $p<0,001$). De plus, DA était positivement corrélé avec MASE ($r=0,334$, $p<0,001$). Pour l'analyse de l'effet médiateur, les auteurs ont utilisé une méthode en trois étapes. Pour la première étape, ils ont analysé l'effet de DA sur MASE en tant que variable médiane, ce qui a confirmé que DA avait un effet significatif sur MASE ($\beta=0,334$, $p<0,001$). Pour la deuxième, ils ont analysé l'effet de DA sur MA en tant que variable dépendante et DA avait un effet significatif sur MA ($\beta=0,386$, $p<0,001$). Puis, à la troisième étape, MASE a été ajouté en tant que variable indépendante, avec DA, et MA a été ajouté en tant que variable dépendante : DA avait un effet statistiquement significatif sur MA ($\beta=0,172$, $p<0,01$), et MASE avait également un effet significatif sur MA ($\beta=0,660$, $p<0,001$). Ces résultats suggèrent que DA et MA sont partiellement médiatisés par MASE. DA expliquait 14,4% de la variance de MA, et le modèle incluant à la fois DA et MASE expliquait 53,4% de la variance de MA. À la suite du test d'effet médiateur, l'effet indirect de MASE sur la relation entre DA et MA n'incluait pas zéro entre la valeur limite inférieure (0,124) et la valeur limite supérieure (0,361) du niveau de confiance ; par conséquent, cet effet était statistiquement significatif.

4.5.1 Validité méthodologique

La validité de cette étude est renforcée par plusieurs aspects de sa conception et de sa méthodologie. Il s'agit ici d'une étude descriptive transversale, ce qui offre une méthode efficace et rapide pour capturer des données sur une population à un moment donné afin de brosser un portrait instantané et d'identifier des associations potentielles entre les variables. Ce type d'étude est souvent réalisé comme première étape de la recherche pour explorer une question d'intérêt avant de procéder à des études plus approfondies. De plus, l'utilisation de la méthode de bootstrapping pour vérifier les effets médiateurs renforce la robustesse des conclusions.

Les auteurs avancent cependant des limites à leur étude. Ils mettent en avant que du fait que leur étude est transversale, elle ne permet pas d'établir de relation causale entre les variables, les participants n'étant évalués qu'une seule fois au cours de l'étude. Ils exposent également le fait que 12,6% des participants ont été exclus au cours des analyses à cause de données manquantes, ce qui pourrait affecter les résultats de l'étude. Il semble aussi

important de rajouter que les auteurs avaient des critères d'inclusion et d'exclusions très précis, ce qui peut compromettre la généralisation des résultats à une population en dehors de celle de l'étude. Plus généralement, cette étude, par son utilisation d'une approche transversale, permet de décrire les caractéristiques associées aux patients atteints de psychose précoce, et d'identifier des tendances qui permettront d'orienter des recherches et interventions ultérieures.

4.5.2 Pertinence clinique

Cette étude fournit des informations utiles sur les facteurs influençant la prise de médicaments chez les patients. Les résultats mettent en évidence l'importance de l'attitude des patients envers leurs traitements dans la compréhension de leur adhésion médicamenteuse. En identifiant une corrélation positive entre ces deux notions, l'étude souligne l'importance de prendre en compte les perceptions subjectives des patients lors de la mise en place d'interventions de santé mentale. De plus, l'étude met en lumière le rôle médiateur de l'auto-efficacité d'administration des médicaments (MASE) dans la relation entre l'attitude envers les médicaments et l'adhérence au traitement. En montrant que l'effet de l'attitude envers les médicaments sur l'adhérence est partiellement médié par la perception de l'auto-efficacité des patients dans la gestion de leur traitement, l'étude suggère que renforcer la confiance des patients dans leur capacité à prendre leurs médicaments peut améliorer leur adhérence. Enfin, les résultats soulignent l'importance de la prise en charge holistique des patients atteints de psychose précoce, en mettant en évidence l'impact positif du soutien familial sur l'adhérence au traitement. Cela met en lumière le besoin de programmes de soutien familial et d'interventions personnalisées visant à renforcer les relations familiales et à favoriser une meilleure adhérence aux traitements chez ces patients.

4.5.3 Utilité pour la pratique professionnelle

Les résultats de cette étude soulignent l'importance des facteurs identifiés pour l'adhérence aux traitements, mettant en avant leur pertinence pour les infirmiers lors de l'évaluation des patients et de la planification des interventions de soins. Le rôle crucial du soutien familial dans l'observance médicamenteuse est également mis en évidence, soulignant ainsi l'importance de l'implication de la famille dans le processus de soins. En intégrant ces résultats dans leur pratique, les infirmiers peuvent concevoir des interventions individualisées visant à renforcer la motivation intrinsèque des patients à suivre leurs traitements et à fournir un soutien éducatif aux familles pour améliorer l'adhérence chez les patients atteints de psychose précoce.

4.6 Description de l'étude 6

Lim, M., Li, Z., Xie, H., Tan, B. L., & Lee, J. (2021). The Effect of Therapeutic Alliance on Attitudes Toward Psychiatric Medications in Schizophrenia. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 41(5), 551-560.
<https://doi.org/10.1097/JCP.0000000000001449>

Cette étude transversale a, selon ses auteurs, 3 objectifs principaux. Le premier objectif était, tout d'abord, d'examiner les facteurs individuels, cliniques et de la médication associée avec l'attitude face aux traitements chez les patients présentant une psychose. Le second objectif portait sur le fait de comparer l'attitude face aux traitements et l'alliance thérapeutique entre les patients ayant identifié leur psychiatre comme étant leur professionnel de la santé clé et ceux ayant choisi un autre professionnel. Enfin, ils voulaient déterminer les prédicteurs clés de l'attitude face aux traitements. Ils ont alors recruté 95 patients ambulatoires de l'Institut de Santé Mentale de Singapour présentant un diagnostic primaire de schizophrénie ou de trouble schizo-affectif. Les critères d'inclusion de l'étude étaient que les patients soient âgés de 21 et 65 ans et qu'ils soient capables de parler et comprendre l'anglais. Les patients consommant des substances illicites ou présentant un handicap intellectuel ont été exclus.

L'étude s'est déroulée de janvier 2015 à mars 2016. Après avoir reçu une explication détaillée des objectifs et des procédures de l'étude, les participants ont été invités à donner leur consentement éclairé par écrit. L'évaluation comprenait un entretien clinique réalisé par un psychologue de recherche qualifié et des infirmiers spécialisés, ainsi que la distribution de questionnaires d'auto-évaluation. Dans le cadre de cette étude, plusieurs instruments ont été employés pour évaluer les diverses variables étudiées. Initialement, la DAI-10 a été utilisée pour évaluer l'attitude des patients à l'égard de la médication psychiatrique. Cette échelle, sous forme d'auto-évaluation, requiert que les participants répondent par vrai ou faux, où un résultat positif indique une attitude positive envers la médication. Ensuite, l'ISMI-Brief a été utilisée pour évaluer la stigmatisation. Cette échelle, présentée sous forme de l'échelle de Likert, indique un niveau important de stigmatisation avec un score plus élevé. L'alliance thérapeutique a été évaluée à l'aide de l'échelle Haq-II, également sous forme de l'échelle de Likert, où un score plus élevé reflète une alliance thérapeutique positive. Les détails de la prescription d'antipsychotiques, incluant le type (typique ou atypique), la dose quotidienne en équivalent chlorpromazine, la voie d'administration et le nombre total de médicaments pris quotidiennement, ont été consignés. En ce qui concerne les facteurs cliniques, l'échelle PANSS a été employée pour évaluer les symptômes psychiatriques, avec un score plus élevé indiquant des symptômes

plus sévères. La CDSS a été utilisée pour évaluer les symptômes dépressifs. La BAC-SF a quant à elle évalué la cognition, tandis que la PSP a mesuré le fonctionnement. Afin de prévenir les influences de l'ordre des questions, les participants ont rempli les questionnaires d'auto-évaluation séparément, entre les entretiens cliniques et les tâches cognitives, selon la séquence suivante : BAC-SF, DAI-10, PANSS, HAq-II, CDSS, ISMI et PSP. Des données sociodémographiques et des informations cliniques ont également été recueillies au début de l'évaluation. Les résumés descriptifs des facteurs individuels, médicaux et cliniques ont été comparés entre les psychiatres et d'autres professionnels de la santé pour détecter des différences potentielles pouvant affecter les analyses ultérieures. Les variables continues non normalement distribuées ont été examinées à l'aide de tests de Kruskal-Wallis*, tandis que les variables catégorielles ont été évaluées avec des tests du chi carré ou des tests exacts de Fisher*. Les associations entre attitudes médicamenteuses et alliances thérapeutiques ont été analysées à l'aide du coefficient de corrélation de Spearman*, en tenant compte de la non-normalité des données. La force de l'association a été interprétée selon des critères prédéfinis (de 0.1 à 0.3 corrélation faible, 0.3 à 0.5 corrélation modérée, > 0.5 grande corrélation). Les prédicteurs de l'attitude médicamenteuse ont été identifiés par régression multiple avec moindres carrés pondérés, en raison de l'absence d'homoscédasticité. Toutes les analyses ont été effectuées avec IBM SPSS (version 23), en utilisant un seuil de signification de $P < 0,05$.

En ce qui concerne les résultats principaux, parmi les participants, 46,3% ont identifié le psychiatre comme leur professionnel de la santé, tandis que 49,5% ont désigné un autre professionnel de la santé. Seulement 15,8% des patients ont été considérés comme non adhérents selon le DAI, un taux inférieur à celui rapporté dans la littérature, qui est d'au moins 20%. L'analyse a révélé que l'âge et la durée de la maladie étaient modestement corrélés à une attitude plus positive envers les médicaments ($\rho = 0,293$, $P = 0,004$ et $\rho = 0,234$, $P = 0,022$ respectivement). De plus, les participants présentant des comorbidités médicales ont montré une attitude plus positive envers les médicaments ($\mu = 5,075$, $SD = 4,517$) par rapport à ceux sans comorbidités ($\mu = 2,296$, $SD = 5,676$, $P = 0,018$), bien que l'effet soit considéré comme faible ($\eta^2 = 6\%$). Une stigmatisation interne plus élevée était modérément corrélée à une attitude plus négative envers les médicaments ($\rho = -0,323$, $P = 0,001$), tandis que le manque d'insight était faiblement corrélé à une attitude plus négative ($\rho = -0,241$, $P = 0,019$). Aucun facteur médicamenteux n'a été associé à l'attitude envers les médicaments. En ce qui concerne les facteurs cliniques, les symptômes positifs de la PANSS, la sévérité des symptômes dépressifs selon la CDSS et le fonctionnement selon la PSP étaient significativement associés à l'attitude envers les médicaments. L'alliance

thérapeutique a été identifiée comme un déterminant clé de l'attitude face aux traitements chez les individus présentant une psychose.

4.6.1 Validité méthodologique

Cette étude présente une méthodologie rigoureuse qui éclaire les attitudes envers la médication psychiatrique et l'alliance thérapeutique chez les patients souffrant de schizophrénie ou de troubles schizo-affectifs. Plusieurs points méthodologiques sont à souligner. Tout d'abord, le processus d'échantillonnage s'est étalé sur une période de 15 mois au sein d'un établissement de santé mentale renommé à Singapour, favorisant ainsi une représentation diversifiée et fidèle de la population ciblée. De plus, la méthodologie d'évaluation a été approfondie, incluant des entretiens cliniques et des questionnaires autoadministrés, réalisés par des professionnels de la santé formés, renforçant ainsi la fiabilité et la validité des données recueillies. Par ailleurs, les instruments de mesure utilisés, tels que le DAI-10, l'ISMI-Brief et le HAQ-II, sont des instruments validés et largement reconnus dans la littérature, ce qui augmente la validité des mesures des variables étudiées. Les propriétés psychométriques du Haq-II ont été établies, démontrant une cohérence interne adéquate, une fiabilité test-retest et une validité convergente. Enfin, l'utilisation de méthodes statistiques appropriées pour analyser les données, telles que les tests de corrélation et les analyses de régression, apporte une robustesse supplémentaire à l'étude.

Cependant, malgré ces points forts, plusieurs limitations doivent être prises en compte. Premièrement, la taille relativement restreinte de l'échantillon (95 participants) pourrait limiter la généralisabilité des résultats à d'autres populations ou contextes. De plus, l'utilisation d'évaluations auto-rapportées pour certaines variables, telles que l'adhésion médicamenteuse, pourrait introduire des biais potentiels de réponse. Enfin, des biais de sélection pourraient être présents en raison de l'exigence pour les participants de comprendre et de s'exprimer en anglais, excluant potentiellement certains individus de la population cible. En raison des limitations citées, il est important de porter une attention particulière lors de l'interprétation de ses résultats et lors de l'évaluation de la portée et l'applicabilité des conclusions de l'étude

4.6.2 Pertinence clinique.

Cette étude revêt une pertinence clinique significative, car elle offre des informations précieuses sur les attitudes envers la médication psychiatrique et l'alliance thérapeutique chez les patients souffrant de schizophrénie ou de troubles schizo-affectifs. Comprendre ces attitudes est crucial pour améliorer l'adhésion au traitement et les résultats cliniques

chez ces populations. En identifiant les facteurs associés à des attitudes positives ou négatives envers la médication, il est plus facile d'adapter les interventions pour répondre aux besoins spécifiques des patients. De plus, en explorant l'impact de l'alliance thérapeutique sur la médication, cette étude fournit des informations essentielles pour renforcer la relation thérapeutique et favoriser un traitement efficace. En conclusion, cette recherche contribue à améliorer la qualité des soins pour les patients atteints de psychose.

4.6.3 Utilité pour la pratique professionnelle

Pour les infirmiers, cette étude offre des perspectives précieuses pour leur pratique professionnelle. Tout d'abord, en comprenant les attitudes des patients envers la médication psychiatrique, les infirmiers peuvent mieux collaborer avec eux pour favoriser l'adhésion aux traitements. Ils peuvent également utiliser ces informations pour fournir un soutien émotionnel et éducatif aux patients concernant leurs médicaments, ce qui peut améliorer la gestion des symptômes et la qualité de vie. De plus, en reconnaissant l'importance de l'alliance thérapeutique dans le contexte de la prise en charge des troubles mentaux, les infirmiers peuvent renforcer leurs compétences relationnelles et communicationnelles pour établir des relations thérapeutiques solides avec les patients. Cela pourra favoriser un environnement de soins plus collaboratif et centré sur le patient. En résumé, cette étude fournit aux professionnels de la santé des informations utiles pour améliorer leur pratique professionnelle en matière de prise en charge des patients atteints de schizophrénie, en mettant l'accent sur le côté relationnel de l'adhésion au traitement.

4.7 Synthèse des principaux résultats

Pour améliorer la compréhension et établir des liens avec la question de recherche initiale, il est essentiel de synthétiser les résultats des six articles analysés.

Les résultats peuvent être divisés en deux thèmes. D'une part, les facteurs impactant l'adhésion médicamenteuse des patients schizophrènes et d'autre part, les interventions infirmières permettant l'amélioration de l'observance des traitements dans un contexte de suivi ambulatoire.

Tout d'abord, l'étude de Beebe et al. (2017) souligne que l'observance thérapeutique est influencée par divers facteurs personnels, systémiques et liés à la maladie, tels que la complexité du traitement, les effets secondaires des médicaments et le statut socio-économique. Lim et al. (2021) corroborent ces constatations en identifiant certains facteurs individuels associés à une meilleure adhésion, comme un âge plus élevé, une longue durée de la maladie, une faible stigmatisation interne et un bon niveau d'insight. Cependant, un faible niveau de fonctionnement (par exemple, l'inactivité sociale, l'instabilité sociale) et la

présence de symptômes dépressifs ont été associés à une attitude moins favorable envers le traitement et à une non-observance (Lim et al., 2021). En outre, Lee et Jang (2021) avancent que la non-observance est souvent liée à une IC négative, un faible insight et une auto-efficacité réduite, car les traitements antipsychotiques peuvent souvent entraîner une prise de poids.

Les différentes études présentées dans ce travail proposent toutes des interventions visant à améliorer l'adhésion médicamenteuse des patients schizophrènes afin de mieux gérer leur condition, toutes s'accordant sur l'importance des traitements antipsychotiques pour favoriser une évolution positive de la maladie. Chaque étude explore des pistes pour développer des interventions complémentaires à la prise de médicaments afin de favoriser cette observance. Néanmoins, Fang et al. (2020) ne proposent pas d'interventions autres que la prise d'antipsychotiques, mais recommandent la prise de traitements injectables afin de diminuer le risque de rechute et l'utilisation des services psychiatriques aigus. Beebe et al. (2017) suggèrent de développer des interventions directement axées sur l'observance médicamenteuse, soulignant le rôle des professionnels de la santé dans l'évaluation et le soutien de la prise régulière des médicaments, à côté d'interventions concernant l'éducation sur le but des traitements, les effets escomptés et des effets indésirables. Lee et Jang (2021) mettent l'accent sur l'importance d'identifier les raisons sous-jacentes à la non-observance des traitements, soulignant le besoin pour les infirmiers d'évaluer systématiquement ces raisons pour promouvoir l'observance médicamenteuse en conséquence. De même, Lim et al. (2021) identifient l'alliance thérapeutique comme facteur clé de l'adhésion médicamenteuse chez les patients schizophrènes et proposent de renforcer les attitudes des patients envers les médicaments ainsi que les avantages de maintenir ou d'augmenter leur niveau de fonctionnement. Enfin, Cetin et Aylaz (2018) ainsi que Choi et Kweon (2023) soulignent l'importance de la psychoéducation dans le traitement de la schizophrénie, avec des approches variées telles que, respectivement, la psychoéducation basée sur la pleine conscience ou sur les traitements directement. Choi et Kweon (2023) ajoutent une dimension supplémentaire en mettant en avant l'importance du soutien de l'entourage. Ils insistent sur le fait qu'impliquer les familles et les proches des patients dans le processus de soin est également crucial pour une prise en charge efficace.

5 Discussion

À la suite de l'analyse des différentes études, divers résultats ont été obtenus. Il est désormais important de les confronter à des sources secondaires afin d'approfondir la réponse à la question de recherche : « Quelles sont les stratégies infirmières (I) pour

améliorer l'adhésion médicamenteuse (O) des patients adultes souffrant de schizophrénie en milieu psychiatrique ambulatoire (P) ? »

5.1 Discussion des résultats

Lors de la présentation des principaux résultats de cette revue de la littérature, il a été observé que ceux-ci se concentraient sur deux thèmes majeurs : les facteurs qui impactaient l'adhésion médicamenteuse et les interventions infirmières envisageables pour son amélioration.

Tout d'abord, différentes études avaient avancé des facteurs influençant l'adhésion ou la non-adhésion médicamenteuse chez les patients schizophrènes. Les facteurs ressortant principalement dans les études analysées dans cette revue de la littérature étaient des facteurs personnels tels que l'âge, la durée de la maladie, la stigmatisation interne et le niveau d'insight, ainsi que des facteurs liés aux traitements tels que la complexité de ce dernier, ses effets secondaires et son coût (Beebe et al., 2017; Lee & Jang, 2021; Lim et al., 2021). Dans leur revue systématique, Cahaya et al. (2022) soulignent que la non-adhésion médicamenteuse des patients atteints de schizophrénie est influencée par plusieurs facteurs, y compris la pathologie elle-même, le patient, des facteurs environnementaux ainsi que la relation entre le patient et le soignant. Il est donc important de prendre en compte ces facteurs afin de créer des interventions adaptées aux besoins du patient. La revue systématique de Guo et al. (2023) est en accord avec cela, en mettant en avant que des facteurs tels que la durée de la pathologie, sa sévérité, le niveau d'insight et la survenue de comorbidité impactent de manière significative l'adhésion médicamenteuse des patients schizophrènes (OR : 1.41, 95% CI : 1.08–1.21, I² = 75.4, P < 0.05). Lee et Jang (2021) ont souligné l'importance de prendre en compte ces facteurs lors de la prise en charge des patients schizophrènes, en mettant en évidence l'impact de la prise de poids engendrée par les traitements antipsychotiques sur l'IC et la poursuite du traitement. Cette vision est également partagée par Loots et al. (2021), dans leur revue systématique, qui ont également identifié les effets secondaires des traitements comme une composante majeure de la non-adhésion médicamenteuse chez les patients schizophrènes. Il a aussi été démontré que ces facteurs liés aux traitements étaient les facteurs de risques les plus importants dans l'adhésion médicamenteuse (Guo et al., 2023). Lors de l'analyse des différents articles de cette revue de la littérature, il avait été constaté par Lim et al. (2021) que l'alliance thérapeutique jouait un rôle essentiel dans l'observance des traitements médicamenteux, car elle permettait de renforcer les attitudes du patient envers les traitements médicamenteux et d'augmenter leur niveau de fonctionnement. Dans leur revue systématique, Cahaya et al. (2022) vont également dans ce sens en exposant la

nécessité d'établir une relation de confiance entre le thérapeute et le patient lors de mise en place d'interventions.

Ensuite, différentes interventions avaient été mises en avant lors de la synthèse des résultats des différentes recherches analysées dans ce travail. Il a été observé que les traitements injectables ont un impact significatif sur l'adhésion médicamenteuse des patients atteints de schizophrénie. Plus précisément, il a été démontré que par rapport aux traitements par voie orale, les traitements injectables de longue durée réduisent de manière significative le risque de rechute et le nombre d'hospitalisations dans des établissements psychiatriques (Fang et al., 2020). Cependant, Guo et al. (2023) ont exprimé des réserves dans leur revue systématique concernant l'utilisation de ces traitements injectables. Ils soulignent que bien que certaines études montrent leur efficacité pour améliorer l'adhésion médicamenteuse, ces traitements présentent des problèmes liés à la tolérance individuelle des patients ainsi qu'à leur coût élevé, ce qui constitue une contrainte économique importante pour les patients. Dans leur recherche, Beebe et al. (2017) avaient présenté une intervention téléphonique qui portait sur les aspects suivants : compréhension des traitements, présence aux rendez-vous, gestion des symptômes, abstention de substances et soutien social. Ils avaient démontré que ces interventions étaient efficaces sur le taux sanguin d'antipsychotique, mais pas sur la valeur du décompte des pilules. Dans le domaine de l'utilisation de la technologie pour contribuer à une amélioration de la prise des traitements, la revue systématique de Cahaya et al. (2022) a identifié que l'utilisation de SMS quotidien afin de rappeler aux patients de prendre leurs traitements et de se présenter à leurs rendez-vous avait été significativement efficace. Ils avancent que ce type d'intervention est avantageuse aussi bien par sa facilité d'utilisation, mais aussi par son gain de temps et son coût bas. Loots et al. (2021) ont trouvé des résultats allant également dans ce sens avec des interventions par SMS avec une amélioration de l'adhésion médicamenteuse avec une taille d'effet modérée de 0.64 après trois mois de suivi et après six mois. Cependant, ils avancent que les interventions téléphoniques ainsi que par SMS se focalisant sur la résolution des problèmes et de thérapie de comportement cognitif n'avaient pas démontré de bénéfice pour l'adhésion des patients.

En outre, plusieurs interventions centrées sur la psychoéducation des patients, l'identification des causes sous-jacentes de la non-observance des traitements, ainsi que l'implication de leurs proches dans le processus de prise en charge ont été identifiées comme des éléments essentiels dans le domaine de l'adhésion aux traitements médicamenteux chez les patients schizophrènes (Çetin & Aylaz, 2018; Choi & Kweon, 2023; Lee & Jang, 2021). Différentes revues de la littérature ont également souligné les

avantages de la psychoéducation pour améliorer l'observance des médicaments chez les patients atteints de schizophrénie. Loots et al. (2021) ont constaté que huit des onze interventions éducatives examinées ont conduit à une amélioration significative de l'adhésion des patients. Ils soulignent que les sessions éducatives portaient sur le diagnostic, les symptômes, la médication, les rechutes ainsi que les bienfaits des traitements. De plus, il a été démontré que la psychoéducation contribuait à réduire le taux de rechute et la durée d'hospitalisation des patients tout en augmentant leur qualité de vie (Pamaiahgari, 2021). Choi & Kweon (2023) prônent la psychoéducation basée sur la pleine conscience, ce qui concorde avec les conclusions de Pamaiahgari (2021), qui place la psychoéducation basée sur la pleine conscience comme étant celle pouvant le plus diminuer les symptômes de la schizophrénie, suivie par la psychoéducation traditionnelle. Ces deux études se rejoignent également dans la notion de l'implication de la famille dans la prise en charge, une notion soutenue par les conclusions de Guo et al. (2023). Ces derniers ont identifié que le niveau de soutien familial des patients était un facteur protecteur pour l'adhésion médicamenteuse chez les patients schizophrènes, suggérant que plus le niveau de soutien était élevé, meilleure était l'adhésion médicamenteuse.

En conclusion, l'implication des infirmiers dans l'amélioration de l'adhésion médicamenteuse chez les patients schizophrènes revêt une importance capitale. En tenant compte des facteurs personnels et liés aux traitements qui influent sur l'observance des médicaments, les infirmiers peuvent jouer un rôle essentiel dans la conception et la mise en œuvre d'interventions adaptées aux besoins individuels des patients. En utilisant des approches telles que la psychoéducation, l'alliance thérapeutique et l'implication de la famille, les infirmiers peuvent contribuer de manière significative à améliorer l'observance des traitements et, par conséquent, la santé et le bien-être des patients schizophrènes.

5.2 Discussion de la qualité et de la crédibilité des évidences

Tout d'abord, cette revue de la littérature se concentre sur l'analyse d'articles récents, publiés entre 2017 et 2023, garantissant ainsi une certaine actualité dans les résultats examinés. Chaque article inclus dans l'analyse suit une structure similaire, comprenant une introduction, une partie méthodologique, une analyse des résultats, une discussion ainsi qu'une conclusion.

Parmi les six articles examinés, trois sont classés au niveau de preuve IV selon le tableau de la HAS (2013, p. 8), correspondant au grade C des recommandations. Ces études sont considérées comme ayant un faible niveau de preuve scientifique, car elles sont de type descriptif transversal (Choi & Kweon, 2023; Lee & Jang, 2021; Lim et al., 2021). En revanche, les études de Beebe et al. (2017) et Cetin & Aylaz (2018) sont, respectivement,

un essai randomisé contrôlé et un modèle expérimental, ce qui les classe au niveau de preuve I. Elles sont donc évaluées au grade A et B (Haute Autorité de santé, 2013, p. 8). L'étude de Fang & al. (2020) est une étude de cohorte classée au niveau de preuve II, correspondant également à un grade A ou B (Haute Autorité de santé, 2013, p. 8). Toutes les études incluses dans cette analyse ont été approuvées par un comité d'éthique et ont obtenu le consentement éclairé des participants.

Tous les articles analysés ont établi des critères d'inclusion et d'exclusion, ce qui permet de réduire les risques de biais d'attribution. L'étude de Beebe & al. (2017) a utilisé une randomisation pour répartir les participants entre un groupe de traitement ou à un groupe témoin, ce qui aide à minimiser les biais potentiels. Cependant, le recrutement des participants à partir d'un centre de santé mentale communautaire pourrait induire un biais de sélection si les caractéristiques des patients dans ce centre diffèrent de celles des patients dans d'autres contextes de soins de santé mentale. L'étude de Cetin & Aylaz (2018) semble avoir eu recours à un échantillonnage probabiliste* parmi les patients schizophrènes inscrits dans des centres de santé mentale communautaires de deux villes de Turquie. Cependant, un suivi à long terme n'a pas été effectué, ce qui pourrait limiter la généralisabilité des résultats. Toutes les autres études ont procédé à un échantillonnage non probabiliste avec des critères spécifiques d'inclusion et d'exclusion (Choi & Kweon, 2023; Fang et al., 2020; Lee & Jang, 2021; Lim et al., 2021). Néanmoins, les études de Lee & Jang (2021) et Choi & Kweon (2023) ont mentionné avoir effectué des calculs pour obtenir une taille d'échantillon adéquate. Seule l'étude de Fang & al. (2020) semble avoir pris en compte des covariables, ajustées dans les analyses pour tenir compte de leur effet potentiel sur les résultats cliniques.

5.3 Limites et critiques de la revue de la littérature

Cette revue de littérature présente plusieurs limitations. Tout d'abord, la recherche d'articles a été restreinte à seulement trois bases de données, ce qui a conduit à la sélection de seulement six articles, limitant ainsi le volume d'informations disponibles. De plus, les critères de sélection exigeaient que les articles aient au moins un auteur infirmier et qu'ils aient été publiés dans les cinq dernières années, ce qui a restreint encore davantage le champ de recherche.

Une autre limitation est que toutes les études incluses ont été menées dans des zones géographiques éloignées de la Suisse (USA, Corée du Sud, Taïwan, Turquie et Singapour), ce qui peut entraîner des divergences sur le plan culturel et social. En effet, les systèmes de santé variant d'un pays à l'autre, la transférabilité des résultats peut sembler initialement compliquée. Cependant, les interventions proposées dans ces études semblent applicables

et pertinentes pour le système de soins suisse, voire valaisan, ce qui suggère qu'elles pourraient être généralisées dans un contexte de santé suisse.

Enfin, ce Travail de Bachelor se concentrait sur les patients schizophrènes adultes en milieu ambulatoire, ce qui limite la généralisation des résultats à l'ensemble de la population schizophrène.

6 Conclusions

Cette revue de la littérature a permis de mettre en lumière des interventions infirmières permettant d'augmenter l'adhésion médicamenteuse chez des patients schizophrènes adultes ambulatoires. La dernière section de ce travail permet de proposer quelques pistes d'amélioration au niveau de la pratique, de la formation ainsi que de la recherche.

6.1 Propositions pour la pratique

Les interventions visant à augmenter l'adhésion médicamenteuse chez les patients schizophrènes ont une importance capitale dans le contrôle des symptômes, la prévention des rechutes et l'amélioration de leur qualité de vie, ce qui permet de réduire les hospitalisations et de favoriser une gestion efficace de leur maladie. Dans ce contexte, le renforcement des centres de suivi spécialisés dans le traitement des troubles psychotiques, tels que les Centres de Compétences en Psychiatrie et Psychothérapie, est essentiel. Ces centres offrent aux patients un suivi régulier et individualisé par une équipe multidisciplinaire comprenant des psychiatres, des psychologues et des infirmiers spécialisés. Cette approche permet une prise en charge holistique des patients, en prenant en compte leurs besoins médicaux, psychologiques et sociaux.

Parallèlement, le développement de programmes de psychoéducation revêt une importance capitale. Ces programmes fournissent aux patients schizophrènes et à leurs familles des informations essentielles sur la nature de la maladie, les effets des traitements, ainsi que des stratégies de gestion des symptômes et des effets secondaires. En mettant l'accent sur la pleine conscience et la gestion des symptômes, ces programmes peuvent aider les patients à mieux comprendre leur condition et à adopter des comportements favorables à une meilleure adhésion médicamenteuse.

Ensuite, il serait intéressant d'intégrer davantage les technologies de santé numériques telles que les applications mobiles de suivi de la prise de médicaments, des plateformes de téléconsultation ou encore des outils de rappel de médicaments pour faciliter la gestion et le suivi des traitements par les patients et les professionnels de la santé. Cela permettrait

un suivi de la médication ambulatoire sans avoir à convoquer le patient tous les jours ou à devoir passer à domicile.

Enfin, la sensibilisation du public et des professionnels de la santé sur le sujet de la schizophrénie et des défis liés à l'observance médicamenteuse est essentielle pour réduire la stigmatisation et encourager un environnement de soutien pour les patients. Des campagnes de sensibilisation peuvent aider à changer les attitudes et les perceptions autour de la schizophrénie, ce qui peut à son tour faciliter l'acceptation et l'engagement des patients dans leur traitement.

En combinant ces différentes approches, il est possible de développer des interventions efficaces pour améliorer l'adhésion médicamenteuse chez les patients schizophrènes, ce qui peut avoir un impact significatif sur leur qualité de vie et sur le cours de leur maladie.

6.2 Propositions pour la formation

En lien avec les résultats trouvés lors de la rédaction de ce travail, il serait maintenant important de développer davantage de points lors de la formation infirmière. Durant la formation Bachelor, la thématique de la schizophrénie est abordée dans le module de santé mentale 1 en première année, mais elle est abordée comme une présentation de la pathologie au sens large. Une intervention proposée serait de sensibiliser davantage les étudiants, tout au long de leur formation, aux enjeux de santé mentale, dont la schizophrénie, car les patients présentant des troubles psychiatriques ne se limitent pas aux centres spécialisés en psychiatrie. En effet, ces patients sont présents dans tous les domaines de médecine somatique et la compréhension approfondie des troubles mentaux, de leurs manifestations cliniques et de leur impact sur la santé physique est donc importante pour une bonne prise en charge. En sensibilisant les étudiants à ces aspects dès le début de leur formation, ils seront mieux préparés à reconnaître et à traiter les problèmes de santé mentale chez les futurs patients, contribuant à une meilleure qualité de soins et à une approche plus holistique des soins.

La HES-SO propose déjà diverses formations postgrades après l'obtention du Bachelor, notamment des « Certificate of Advanced Studies » (CAS) ou des « Diploma of Advanced Studies » (DAS). Parmi celles-ci, on trouve notamment le « CAS Psychiatrie » ainsi qu'un « CAS Psychiatrie de la personne âgée / Psychogériatrie », dispensés par la HES-SO Valais-Wallis.

6.3 Propositions pour la recherche

Tout d'abord, il semble essentiel d'initier de nouvelles études sur cette problématique, notamment en approfondissant le sujet étant donné le faible niveau de preuve observé dans la plupart des études analysées dans cette revue. Une orientation vers des études longitudinales* serait particulièrement pertinente pour évaluer l'efficacité à long terme des interventions visant à améliorer l'adhésion médicamenteuse chez les patients schizophrènes. Cette approche permettrait de déterminer si les améliorations observées dans l'observance médicamenteuse se maintiennent dans le temps et si elles ont un impact durable sur les résultats cliniques et fonctionnels des patients.

De plus, des études menées en Europe ou spécifiquement en Suisse, voire en Valais, sur les interventions infirmières visant à accroître l'adhésion médicamenteuse chez les patients schizophrènes adultes en milieu ambulatoire seraient bénéfiques. Cette approche permettrait de mieux cibler les besoins spécifiques des patients européens, suisses et valaisans, en tenant compte des particularités culturelles et des contextes de soins locaux.

Enfin, il serait pertinent d'examiner l'efficacité des interventions combinant différentes approches identifiées dans les articles analysés, telles que la psychoéducation, les interventions téléphoniques, etc. Évaluer les combinaisons les plus efficaces pour améliorer l'adhésion médicamenteuse revêt une importance cruciale, car il est essentiel de comprendre que les interventions infirmières et le suivi des patients schizophrènes reposent souvent sur une combinaison de stratégies adaptées aux besoins individuels des patients.

Pour conclure, cette revue de la littérature a permis d'apporter de nombreux éléments concernant des interventions infirmières permettant d'améliorer l'adhésion médicamenteuse chez les patients schizophrènes adultes en milieu ambulatoire. De plus, elle a également amené différentes propositions afin d'améliorer la pratique clinique infirmière, mais également la formation dans ce domaine.

Liste de références

- Association suisse de psychothérapie cognitive. (2019). *Qu'est-ce que la psychothérapie cognitivo-comportementale ? - ASPCo*. <https://www.aspc.ch/la-therapie-cognitive/>
- Beebe, L. H., Smith, K., & Phillips, C. (2017). Effect of a Telephone Intervention on Measures of Psychiatric and Nonpsychiatric Medication Adherence in Outpatients With Schizophrenia Spectrum Disorders. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 55(1), 29-36. <https://doi.org/10.3928/02793695-20170119-04>
- Berna, F., Schorr, B., Dormegny-Jeanjean, L. C., Clauss-Kobayashi, J., Bregeon, E., Causin, J.-B., de Crespin de Billy, C., Mainberger, O., Javelot, H., & Foucher, J. R. (2023). Réduire ou arrêter les antipsychotiques dans la schizophrénie, une pure folie ? *L'information psychiatrique*, 99(4), Article 4. <https://doi.org/10.1684/ipe.2023.2573>
- Bernard, P. (2011). Rôle de l'infirmière dans l'action de la santé mentale, sa situation actuelle en France et son évolution probable. *L'information psychiatrique*, 87(2), Article 2. <https://doi.org/10.1684/ipe.2011.0747>
- Bon, L. (2018). Réhabilitation psychosociale : Outils thérapeutiques et offre de soin. *PSN*, 16(1), Article 1. <https://doi.org/10.3917/psn.161.0007>
- Bonsack, C., Rexhaj, S., & Favrod, J. (2015). Psychoéducation : Définition, historique, intérêt et limites. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 173(1), 79-84. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2014.12.001>
- Buxeraud, J., & Faure, S. (2020). Les antipsychotiques. *Actualités Pharmaceutiques*, 59(594, Supplement), Article 594, Supplement. <https://doi.org/10.1016/j.actpha.2019.12.028>
- Cahaya, N., Kristina, S. A., Widayanti, A. W., & Green, J. (2022). Interventions to Improve Medication Adherence in People with Schizophrenia: A Systematic Review. *Patient preference and adherence*, 16, 2431-2449. <https://doi.org/10.2147/PPA.S378951>

- Ceraso, A., LIN, J. J., Schneider-Thoma, J., Sifakis, S., Tardy, M., Komossa, K., Heres, S., Kissling, W., Davis, J. M., & Leucht, S. (2020). Maintenance treatment with antipsychotic drugs for schizophrenia. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2020(8), Article 8. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008016.pub3>
- Çetin, N., & Aylaz, R. (2018). The effect of mindfulness-based psychoeducation on insight and medication adherence of schizophrenia patients. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32(5), 737-744. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2018.04.011>
- Choi, Y.-A., & Kweon, Y.-R. (2023). Drug Attitude and Medication Adherence of Patients with Early Psychosis in South Korea: Mediating Effect of Medication Adherence Self-Efficacy. *Patient Preference and Adherence*, 17, 1247-1255. Embase. <https://doi.org/10.2147/PPA.S408781>
- Crocq, M.-A., & Guelfi, J.-D. (2015). *DSM-5: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5e éd). Elsevier Masson.
- Fang, S., Liao, D., Huang, C., Hsu, C., Cheng, S., & Shao, Y. J. (2020). The effectiveness of long-acting injectable antipsychotics versus oral antipsychotics in the maintenance treatment of outpatients with chronic schizophrenia. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*, 35(3), e2729. <https://doi.org/10.1002/hup.2729>
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : Méthodes quantitatives et qualitatives* (3e édition). Chenelière Éducation.
- Franck, N. (2013). Clinique de la schizophrénie. *EMC - Psychiatrie*, 10(1), Article 1. [https://doi.org/10.1016/S0246-1072\(12\)59577-5](https://doi.org/10.1016/S0246-1072(12)59577-5)
- Gaillard, R., Berkovitch, L., & Olié, J.-P. (2018). La schizophrénie, une affaire de société. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 202(1-2), Article 1-2. [https://doi.org/10.1016/S0001-4079\(19\)30346-2](https://doi.org/10.1016/S0001-4079(19)30346-2)

- Gedda, M. (2015). Traduction française des lignes directrices PRISMA pour l'écriture et la lecture des revues systématiques et des méta-analyses. *Kinésithérapie, la Revue*, 15(157), 39-44. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.004>
- Guo, J., Lv, X., Liu, Y., Kong, L., Qu, H., & Yue, W. (2023). Influencing factors of medication adherence in schizophrenic patients: A meta-analysis. *Schizophrenia*, 9(1), 31. <https://doi.org/10.1038/s41537-023-00356-x>
- Harris, B. A., & Panozzo, G. (2019). Therapeutic alliance, relationship building, and communication strategies-for the schizophrenia population: An integrative review. *Archives of Psychiatric Nursing*, 33(1), Article 1. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2018.08.003>
- Haute Autorité de santé. (2013). *Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique : État des lieux*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-06/etat_des_lieux_niveau_preuve_gradation.pdf
- Haute Autorité de Santé. (2017). *ACTES ET PRESTATIONS AFFECTION DE LONGUE DURÉE Schizophrénies*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/lap_alld23_schizophr_juin_07.pdf
- HUG. (2022, février 2). *L'hôpital psychiatrique aux HUG : Un parcours de soin personnalisé - HUG*. <https://www.hug.ch/psychiatrie-adulte/hopital-psychiatrique-parcours-patient>
- Institut de recherche et de documentation pédagogique. (2016, décembre 13). *Coefficient de Kunder-Richardson (KR20 et KR21): IRDP:: Institut de recherche et de documentation pédagogique*. IRDP. <https://www.irdp.ch/institut/coefficient-kunder-richardson-kr20-kr21-2040.html>
- Kaiser, S., Berger, G., Conus, P., Kawohl, W., Müller, T. J., Schimmelmann, B. G., Traber, R., Trächsel, N., Vauth, R., & Seifritz, E. (2018a). Recommandations thérapeutiques de la SSPP pour le traitement de la schizophrénie. *Forum Médical Suisse – Swiss Medical Forum*. <https://doi.org/10.4414/fms.2018.03303>

- Kaiser, S., Berger, G., Conus, P., Kawohl, W., Müller, T. J., Schimmelmann, B. G., Traber, R., Trächsel, N., Vauth, R., & Seifritz, E. (2018b). Recommandations thérapeutiques de la SSPP pour le traitement de la schizophrénie. *Forum Médical Suisse – Swiss Medical Forum*. <https://doi.org/10.4414/fms.2018.03303>
- Klaus, F., Dorsaz, O., & Kaiser, S. (2018). Symptômes négatifs de la schizophrénie – état des lieux et implications pratiques. *Revue Médicale Suisse*, 14(619), Article 619. <https://doi.org/10.53738/REVMED.2018.14.619.1660>
- Kocak, F., & Fagnère, C. (2019). La schizophrénie, une psychose chronique. *Actualités Pharmaceutiques*, 58(582), Article 582. <https://doi.org/10.1016/j.actpha.2018.11.009>
- Krebs, M.-O., & CPNLF. (2015). *Signes précoces de schizophrénie*. Dunod.
- Lamothe, H., Lebain, P., Morello, R., & Brazo, P. (2019). Stress coercitif en unité de soins intensifs psychiatrique : Quel lien avec l'insight ? *L'Encéphale*, 45(6), Article 6. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2019.05.010>
- Larousse, É. (s. d.). *Définitions : Libéral - Dictionnaire de français Larousse*. Consulté 26 juin 2024, à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/lib%C3%A9ral/46969>
- Lee, E., & Jang, M. H. (2021). The Influence of Body Image, Insight, and Mental Health Confidence on Medication Adherence in Young Adult Women with Mental Disorders. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(8), 3866. <https://doi.org/10.3390/ijerph18083866>
- Lemey, C. (2018). Etats cliniques à haut risque de psychose : Dépistage et évaluation clinique. *French Journal of Psychiatry*, 1, S59. [https://doi.org/10.1016/S2590-2415\(19\)30145-X](https://doi.org/10.1016/S2590-2415(19)30145-X)
- Lim, M., Li, Z., Xie, H., Tan, B. L., & Lee, J. (2021). The Effect of Therapeutic Alliance on Attitudes Toward Psychiatric Medications in Schizophrenia. *Journal of Clinical*

Psychopharmacology, 41(5), 551-560.

<https://doi.org/10.1097/JCP.0000000000001449>

Loots, E., Goossens, E., Vanwesemael, T., Morrens, M., Van Rompaey, B., & Dilles, T. (2021). Interventions to Improve Medication Adherence in Patients with Schizophrenia or Bipolar Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(19), 10213. <https://doi.org/10.3390/ijerph181910213>

Mallorquí, A., Oliveira, C., Rios, J., Isla-Pera, M. P., Gil-Badenes, J., Amoretti, S., Bernardo, M., Vieta, E., Parellada, E., Garriga, M., & García-Rizo, C. (2023). Nurse-led lifestyle intervention in a cohort of schizophrenia patients treated with clozapine. *Archives of Psychiatric Nursing*, 46, 51-57. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2023.06.008>

Masquelier, J. Y., Cereyon, A., Poirier, M.-F., & Olié, J.-P. (2006). Quels rôles pour les soignants ? *Recherche en soins infirmiers*, 84(1), Article 1. <https://doi.org/10.3917/rsi.084.0029>

MSD. (2023). *Schizophrénie—Troubles psychiatriques*. Édition professionnelle du Manuel MSD. <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/troubles-psychiatriques/schizophr%C3%A9nie-et-troubles-apparent%C3%A9s/schizophr%C3%A9nie>

National Institute of Standards and Technology. (2021, octobre 1). 1.3.6.6.19. *Poisson Distribution*. <https://www.itl.nist.gov/div898/handbook/eda/section3/eda366j.htm>

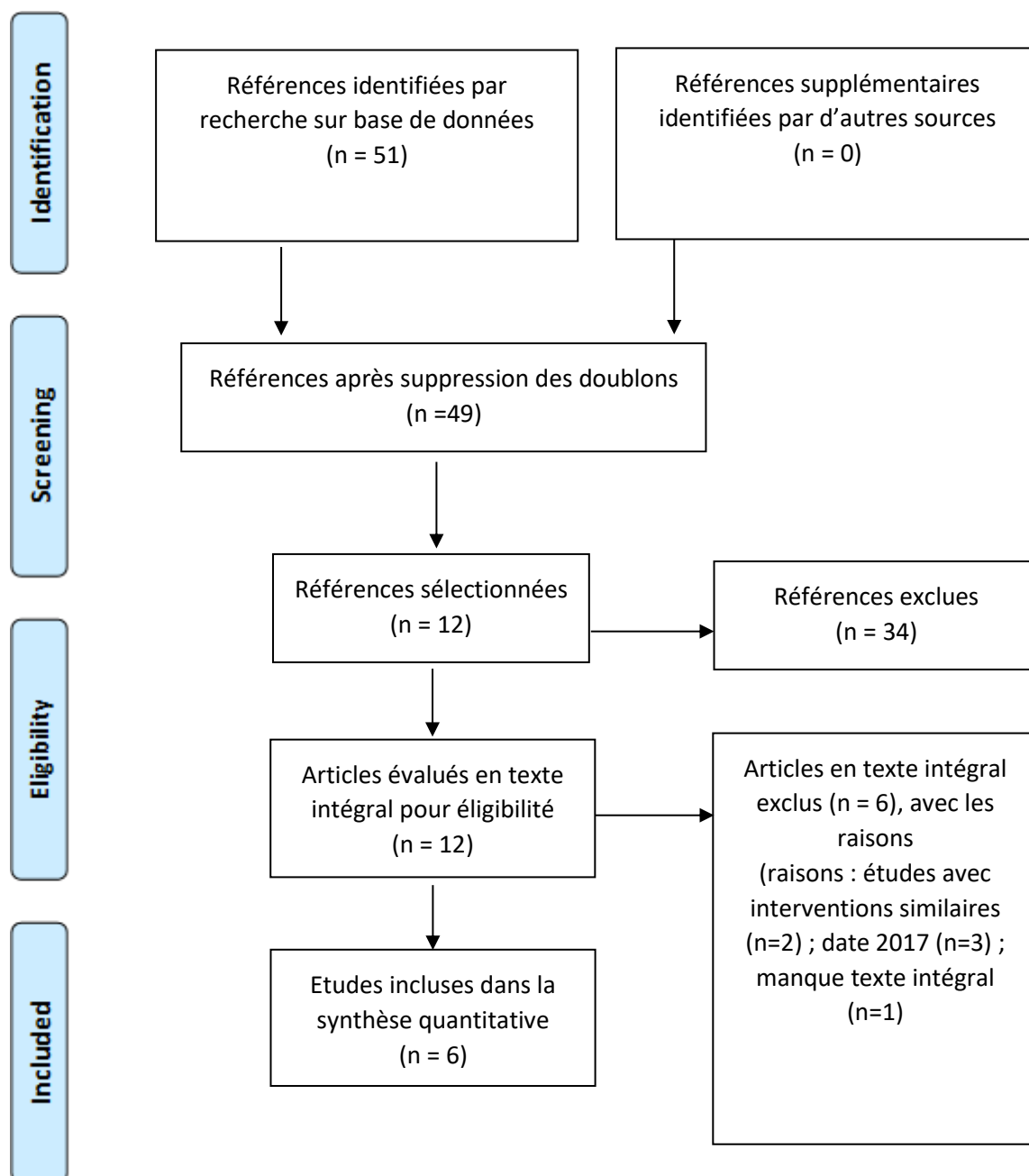
Obsan. (2023a). *Maladies mentales les plus fréquentes en traitement stationnaire* | Obsan. <https://ind.obsan.admin.ch/fr/indicator/obsan/maladies-mentales-les-plus-frequentes-en-traitement-stationnaire>

Obsan. (2023b). *Taux d'hospitalisation en soins aigus, psychiatrie et réadaptation* | Obsan. <https://ind.obsan.admin.ch/fr/indicator/obsan/taux-dhospitalisation-en-soins-aigus-psychiatrie-et-readaptation>

- Rousselot, Q. (2019). *Traitements des troubles psychotiques résistants : Des alternatives aux antipsychotiques, une revue de la littérature* (p. NNT : 2019LORR1085) [Other, Université de Lorraine]. <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03298328>
- Roy-Gelencser, C. (2022). *Insight, engouffrement et symptômes dépressifs chez les personnes atteintes de schizophrénie ou autre trouble psychotique*. 138.
- Schuler, D., Tusch, A., & Peter, C. (2020). *La santé psychique en Suisse : Monitoring 2020*. Observatoire suisse de la santé.
- Slim, K. (2007). *Lexique de la recherche clinique et de la médecine factuelle*. Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-2-294-70400-0.X5000-X>
- Tamminga, C. (2022, octobre). *Schizophrénie—Troubles psychiatriques*. Édition professionnelle du Manuel MSD. <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/troubles-psychiatriques/schizophr%C3%A9nie-et-troubles-apparent%C3%A9s/schizophr%C3%A9nie>
- van Driel, M., & Chevalier, P. (2008). *Glossaire Evidence-Based Medicine* (Minerva asbl).
- VIDAL. (2023, janvier 31). *Recommandations Schizophrénie*. VIDAL. <https://www.vidal.fr/maladies/recommandations/schizophrenie-1620.html>

7 Annexes

Annexe I : Diagramme de flux PRISMA 2009



(adapté de Gedda, 2015, p. 43)

Annexe II : Tableaux de recension des études

Beebe, L. H., Smith, K., & Phillips, C. (2017). Effect of a Telephone Intervention on Measures of Psychiatric and Nonpsychiatric Medication Adherence in Outpatients With Schizophrenia Spectrum Disorders. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 55(1), 29-36. <https://doi.org/10.3928/02793695-20170119-04>

Design	Échantillon	But(s), objectif(s)	Cadre de référence	Méthode(s) de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
Quantitatif Essai randomisé contrôlé	105 patients ambulatoires stables souffrant de troubles du spectre de la schizophrénie (n=105) recevant des soins dans un centre communautaire de santé mentale dans le sud-est des États-Unis.	Déterminer l'effet d'une intervention téléphonique par semaine dans la mesure quantitative de l'adhésion médicamenteuse de traitements psychiatriques et non psychiatriques sur 6 mois	Non mentionné	Une table de nombres aléatoires générée par ordinateur a été utilisée pour assigner aléatoirement les participants aux TIPS ou au traitement habituel. Pour les patients recevant le traitement habituel, des rendez-vous de suivi ont été fixés toutes les 4 à 6 semaines avec un psychiatre avec un rendez-vous de case management toutes les 6 à 8 semaines Les TIPS ont été réalisés par une infirmière en psychiatrie diplômée et préparée. Elle a guidé les patients en lien avec les difficultés qu'ils rencontraient, les a aidés à trouver des solutions et a évalué l'efficacité de la solution. Une rencontre entre le chercheur principal et l'infirmière se faisait 1x par mois. Le TIPS se tenait à une heure et un jour donné pour compter les comprimés et la mesure de l'adhésion a été faite avec un ratio entre les pilules manquantes et les pilules prescrites. Pour les injections, un ratio entre les injections documentées et celles prescrites et pour les niveaux de médicaments sériques, 15cc de sang était collecté dans le laboratoire de l'établissement.	Un essai randomisé contrôlé a été effectué puis des analyses secondaires ont été réalisées pour examiner la force et corrélation entre les caractéristiques démographiques et les mesures d'adhérences. L'analyse des données a commencé avec des graphiques de données et des statistiques descriptives de base comme : fréquence de distribution, moyennes et écarts-types, adaptés au niveau de mesures des variables. Des t-test ont été utilisés pour examiner les différences de scores sur le décompte des comprimés et les niveaux des sérums médicamenteux entre les groupes à 6 mois. Les auteurs ont utilisé des t-test échantillons indépendants et des t-tests échantillons appariés. Un test Chi carré a également été utilisé.	Les résultats montrent qu'il n'y avait pas de différences statistiques significatives en lien avec l'adhésion aux décomptes des comprimés sur 6 mois mais qu'un nombre statistiquement significatif de participants aux TIPS avaient maintenu des niveaux d'antipsychotiques plus grands que le groupe contrôle.
Niveau de preuve Niveau I	Echantillonnage Non probabiliste	Question(s) de recherche Non formulée				Conclusions Il est primordial de développer des interventions permettant de favoriser l'adhésion médicamenteuse afin de renforcer le rétablissement et la qualité de vie des patients souffrant de trouble du spectre de la schizophrénie. Pour cela, il est nécessaire d'identifier et tester de nouvelles approches pour agir sur ce problème multifactoriel
Paradigme Post-positiviste	>18 ans, Diagnostic de schizophrénie ou trouble schizo-affectif inscrit dans le dossier médical, pas d'hospitalisation pour une maladie mentale dans les 6 mois, parle anglais Critère(s) d'exclusion Diagnostic de retard mental, trouble neurologique, blessure au crâne	Hypothèse(s) L'adhésion aux traitements psychiatriques augmente. Variables VI : non mentionné VD : non mentionné		Ethique Approuvée par le comité d'éthique de l'université des auteurs. Le consentement éclairé écrit des participants a été obtenu.		Limites de l'étude L'étude ne se déroule que dans un seul site, cela limite la généralisation des résultats, le taux d'attrition de 43% a pu influencer les résultats d'intérêt. Des biais de sélection sont présents : les individus qui non-adhérents pourraient moins participer et cela limite la validité interne et externe de l'étude. Le critère d'inclusion demandant que le patient soit stable est aussi une limite à la généralisation des résultats chez les personnes ayant été hospitalisés récemment.

Çetin, N., & Aylaz, R. (2018). The effect of mindfulness-based psychoeducation on insight and medication adherence of schizophrenia patients. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32(5), 737-744. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2018.04.011>

Design	Échantillon	But(s), objectif(s)	Cadre de référence	Méthode(s) de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
Quantitatif Modèle expérimental Niveau de preuve Niveau 1 Paradigme Post-positiviste	<p>Echantillon de 188 patients recevant des soins dans des centres communautaires en santé mentale (CMHCs) dans les provinces de Balikesir et Eskisehir. Mais après le retrait de 39 patients de Balikesir et 19 de Eskisehir, l'échantillon final est constitué de 55 patients du centre de Balikesir (groupe expérimental) et 80 patients de celui d'Eskişehir (groupe contrôle) (n=135).</p> <p>Echantillonnage Probabiliste</p> <p>Critère(s) d'inclusion Entre 18 et 65 ans, être lettré, être ouvert à la communication et la coopération, être diagnostiqué de schizophrénie selon les critères du DSM-5 depuis la dernière année</p> <p>Critère(s) d'exclusion Patients avec des exacerbations aiguës, consommant activement de l'alcool ou des substances psychoactives, ayant une condition mentale ne permettant pas la communication ou la coopération (retard mental ou démence)</p>	<p>Augmenter la pleine conscience et l'adhésion médicamenteuse des patients schizophrènes avec un programme de psychoéducation basée sur la pleine conscience.</p> <p>Question(s) de recherche Pas formulée</p> <p>Hypothèse(s) H0 : L'insight et l'adhésion médicamenteuse ne changent pas (pas formulée) H1 : L'insight est plus haut dans le groupe expérimental que dans le groupe contrôle H2 : L'adhésion médicamenteuse est plus élevée dans le groupe expérimental que dans le groupe contrôle.</p> <p>Variables Non mentionnées</p>	Non mentionné	<p>L'échelle « Medication Adherence Rating Scale » (MARS) a été utilisée pour son haut niveau de compréhension afin d'analyser le comportement et l'attitude des patients sur 1 semaine. 10 questions répondues par oui ou non avec un score pouvant aller de 0 à 10. Un score bas démontre une mauvaise adhésion alors qu'un score haut démontre un haut niveau d'adhésion. Alpha de Cronbach 0.73</p> <p>Echelle "Beck Cognitive Insight Scale" (BCIS) est une échelle de type Likert contenant 15 questions. Chaque item est scoré de 0 à 3. L'échelle est subdivisée en 2 dimensions : la dimension « expression de soi » et « confiance en soi ». Le résultat peut aller de -18 à +27. Un score bas indique un insight bas. Alpha de Cronbach 0.67 pour expression de soi, 0.68 pour estime de soi, 0.69 en général.</p> <p>Collecte des données réalisée en lisant les questions aux patients dans les chambres d'entraînement de des deux centres en environ 30 minutes en moyenne. Un pré-test et post-test ont été effectué dans les 2 groupes. La psychoéducation a été donnée uniquement au groupe expérimental pendant 4 semaines en 8 sessions, soit 2 par semaines. La psychoéducation se déroulait sur 70 minutes avec des groupes de 8 à 12 personnes.</p> <p>Ethique Consentement écrit a été obtenu de tous les participants. Approbation éthique obtenue par la présidence du comité éthique de la recherche scientifique et de publication en science de la santé de l'université Malatya Inonu</p>	<p>Utilisation de pourcentage, moyenne et écart-type pour évaluer les patients en fonction de leurs caractéristiques descriptives.</p> <p>Chi carré pour comparer les variables de contrôle entre le groupe expérimental et contrôle, T-test groupe indépendant pour comparer les scores des moyennes entre les deux groupes, T-test groupes appariés pour comparer la moyenne du score au sein de soi-même.</p> <p>Le niveau de signification a été fixé à $p < 0.05$.</p> <p>Logiciels SPSS 17</p>	<p>La différence entre la moyenne totale du score du post-test du BCIS entre les 2 groupes était statistiquement significative. Les moyennes des scores du pré-test et du post-test du BCIS du groupe expérimental ont été examinées, il a été constaté que la différence entre les moyennes des scores du pré-test et du post-test était statistiquement non significative alors que celle pour le groupe contrôle était statistiquement significative.</p> <p>Pour les moyennes des scores du post-test du MARS, la différence entre les moyennes des scores du post-test est statistiquement significative.</p> <p>Conclusion Une intervention sur la pleine conscience a augmenté l'insight et l'adhésion médicamenteuse chez les patients du groupe expérimental. Des interventions psychosociales dans les centres de soins de la santé mentale pourrait contribuer à une amélioration traitement des patients schizophrènes.</p> <p>Limites de l'étude L'étude a été conduite dans des CMHCs de différentes provinces, la mesure de post test n'a été réalisée qu'une fois et il n'a pas été possible d'effectuer de suivi. Les résultats de l'études ne peuvent être généralisés que pour le groupe de l'étude.</p>

Fang, S., Liao, D., Huang, C., Hsu, C., Cheng, S., & Shao, Y. J. (2020). The effectiveness of long-acting injectable antipsychotics versus oral antipsychotics in the maintenance treatment of outpatients with chronic schizophrenia. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*, 35(3), e2729. <https://doi.org/10.1002/hup.2729>

Design	Échantillon	But(s), objectif(s)	Cadre de référence	Méthode(s) de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
Quantitatif Etude de cohorte Niveau de preuve Niveau 2 Paradigme Post-positiviste	40,194 patients atteints de schizophrénies à partir de la Base de données de recherche de l'Assurance maladie nationale de Taiwan en 2011 (n=40,194). 948 patients recevaient uniquement traitement injectable, 39,246 recevaient traitement oral uniquement Echantillonnage Non-probabiliste Critère(s) d'inclusion Patients entre ayant reçu un diagnostic de schizophrénie depuis au moins 3 ans et ayant entre 15 et 65 ans n'ayant pas été hospitalisés en 2011, et ayant reçu 1 an de traitement de maintenance. Critère(s) d'exclusion Patients ayant des informations manquantes sur le sexe ou l'âge (n=320)	Comparer l'utilisation des services psychiatriques entre les patients ayant reçu des antipsychotiques injectables à action prolongée (LAIA) et ceux ayant reçu des antipsychotiques oraux (OAPs) dans le traitement de maintenance de la schizophrénie chronique. Question(s) de recherche Est-ce que les LAIAs fournissent un meilleur contrôle aux patients que les OAPs dans la phase de maintenance de la schizophrénie Hypothèse(s) Pas formulées : H0 : pas de différence H1 : LAIAs plus efficaces H2 : OAPs plus efficaces Variables Non mentionnées	Antipsychotiques Antipsychotiques injectables à action prolongée Traitement de maintenance Schizophrénie	Une étude de cohorte basée sur la population utilisait la Base de données de recherche de l'Assurance maladie nationale (NHIRD) de Taiwan. L'exposition aux antipsychotiques a été obtenue à partir des données de réclamations de prescriptions ambulatoires et hospitalières en utilisant le code du Système de Classification Anatomique Thérapeutique Chimique N05A (antipsychotiques), mais en excluant N05AN (lithium). L'étude analysait l'utilisation des services psychiatriques chez des patients schizophrènes en traitement continu. Les données ont été tirées de la base de données de l'assurance maladie de Taiwan. Les résultats examinés incluaient l'hospitalisation, les jours passés à l'hôpital, les visites aux urgences psychiatriques et leur fréquence. L'exposition aux antipsychotiques a été relevée à partir des prescriptions médicales. Covariables ont été considérées. Ethique Cette étude a été revue et approuvée par le Comité d'examen institutionnel conjoint de l'Université médicale de Taipei. Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt et ils assurent que cet article ne contient aucune étude réalisée sur des participants humains par aucun des auteurs.	Pondération par l'inverse de la probabilité de traitement (IPTW) pour équilibrer différences dans caractéristiques initiales entre patients LAIA et OAP. Poids calculés en fonction des scores de propension (PS): 1/PS LAIA ; 1/(1-PS) OAP. Régression logistique pour les PS. Régression logistique pour estimer risques hospitalisation psychiatrique, visites urgences psychiatriques. 2 modèles de régression linéaires pour estimer le nombre de jour total d'hospitalisation. 2 modèles de Poisson et binomiaux négatifs utilisés pour estimer nombre de visites aux urgences psychiatriques. Estimations brutes et ajustées par IPTW générées à chaque modèle. Signification statistique p<0.05 Logiciels SAS vers. 9.4	LAIAs présentent risque significativement plus faible d'hospitalisation psychiatrique, durée plus courte. Pourcentages des patients ayant eu visite aux urgences psychiatriques similaires entre 2 groupes, nombre moyen de visites plus faibles chez LAIA. Patients recevant soit FGA et rispéridone ont risque hospitalisation plus faible, durée plus courte mais pas signification statistique. Conclusions Dans la période de maintenance du traitement, les patients schizophrènes chroniques qui reçoivent LAIAs ont risque plus bas de rechute and présente une réduction de l'utilisation des services psychiatriques Limites de l'étude Facteurs de confusions non mesurés possibles, facteurs pas pris en compte dans l'étude qui peuvent influencer résultats, population cible stables donc pas généralisation aux patients instables

Lee, E., & Jang, M. H. (2021). The Influence of Body Image, Insight, and Mental Health Confidence on Medication Adherence in Young Adult Women with Mental Disorders. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(8), 3866.
<https://doi.org/10.3390/ijerph18083866>

Design	Échantillon	But(s), objectif(s)	Cadre de référence	Méthode(s) de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
Quantitatif	147 patientes âgées entre 19 et 45 ans atteintes de maladies mentales suivies en ambulatoire dans les hôpitaux de Seoul et la province de Gyeonggi ou recevant une thérapie de réhabilitation dans des centres locaux de bien-être en Corée (n=147).	Investiguer l'impact de l'image corporelle (IC), l'insight et la confiance en la santé mentale sur l'observance médicamenteuse chez les jeunes femmes adultes souffrant de troubles mentaux.	Trouble mental Image corporelle Insight Adhérence médicamenteuse Femmes	Echelle de l'évaluation de l'image corporelle pour degré de distorsion de l'image corporelle. Alpha de Cronbach 0.87 Echelle d'évaluation de l'inconscience du trouble mental, version coréenne (SUMD-K). Alpha de Cronbach 0.70 Version coréenne de l'échelle de confiance en la santé mentale. Alpha de Cronbach 0.93. Version coréenne de l'échelle de l'observance médicamenteuse. Kuder-Richardson 20 a donné une valeur de 0,73. Données collectées entre août et septembre 2018 après approbation médecins et administrateurs des établissements. Les chercheurs ont distribué protocoles et ont obtenu consentement. Participants ont remplis seuls les formulaires et ont mis dans enveloppes scellées pour anonymat.	Caractéristiques générales des participants analysées par statistiques descriptives. Corrélations entre observance médicamenteuse et facteurs associés analysées avec coefficients de corrélation de Pearson. Analyse de régression multiple pour examiner facteurs influençant le degré d'observance. Parmi caractéristiques générales, les variables qui influençaient significativement observance ont été incluses dans modèle de régression. Les valeurs nominatives ont été incluses sous forme de variables factices.	Une moins bonne adhésion médicamenteuse est présente chez les participants en dessous de 30 ans, n'ayant jamais été hospitalisés, suivant un traitement depuis moins de 5 ans, ayant déjà arrêté le traitement à cause d'un gain de poids et n'ayant pas confiance en leur psychiatre. Plus l'IC est négative, plus l'observance est mauvaise. Meilleure adhésion quand bon insight et bonne confiance en la santé mentale. Adhésion médicamenteuse a une forte corrélation négative avec IC et l'insight mais corrélation positive avec confiance en la santé mentale.
Niveau de preuve	Niveau 4					
Paradigme	Echantillonnage	Question(s) de recherche		Ethique	Logiciels	Conclusions
Post-positiviste	Non-probabiliste	Pas formulée		Etude approuvée par le Comité d'éthique de la recherche de l'Université H et de l'Hôpital S à Séoul. Etude en accord avec la déclaration d'Helsinki. Les participants ont donné leur consentement écrit.	SPSS version 25.0 Programme G*Power 3.1.9.2	Les infirmiers devraient évaluer si la non-observance chez les jeunes femmes adultes est liée à IC et fournir une approche adaptée afin d'augmenter l'observance. Les prestataires de soins en santé mentale doivent tenir compte des variables qui ont montré des relations significatives dans cette étude afin d'aider à promouvoir l'observance médicamenteuse chez les participants.
	Critère(s) d'inclusion	Hypothèse(s)				Limites de l'étude
	Jeune femme de 19 à 45 ans diagnostiquée de schizophrénie ou trouble bipolaire, n'ayant pas de psychose sévère (Échelle d'évaluation psychiatrique brève (BPRS) < 36), capable de communiquer et comprendre le questionnaire	Non formulées				Biais de sélection ne permet pas de généraliser, les patients sont chroniques donc pas généralisation à tous patients souffrant de troubles mentaux, variables importantes pas prises en compte.
	Critère(s) d'exclusion	Variables				
	Trouble neurocognitif, psychose sévère (BPRS > 37)	VI : IC, insight, confiance en la santé mentale VD adhésion médicamenteuse				

Choi, Y.-A., & Kweon, Y.-R. (2023). Drug Attitude and Medication Adherence of Patients with Early Psychosis in South Korea : Mediating Effect of Medication Adherence Self-Efficacy. *Patient Preference and Adherence*, 17, 1247-1255. Embase.
<https://doi.org/10.2147/PPA.S408781>

Design	Échantillon	But(s), objectif(s)	Cadre de référence	Méthode(s) de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
Quantitatif Etude transversale descriptive	166 patients âgés de +20 ans utilisant service ambulatoire de l'hôpital national universitaire de Chonnam ayant eu un épisode psychotique et diagnostiqué de schizophrénie.	Examiner l'effet médiateur de l'auto-efficacité en matière d'adhérence au traitement médicamenteux (MASE) sur la relation entre l'attitude envers les médicaments (DA) et l'adhérence au traitement médicamenteux (MA) chez les patients atteints de psychose précoce.	Attitude envers les médicaments Effet médiateur Psychose précoce Adhésion médicamenteuse Auto-efficacité	DA Inventory-10 : évalue attitudes envers les traitements. Formule Kuder-Richardson 0.70 MASE : L'échelle d'auto-efficacité liée aux médicaments : mesure type de médicaments, temps d'administration, degré dosage-adhérence, effets secondaires, poids économique, confiance en le traitement. Alpha de Cronbach 0.83 MA : mesure l'étendue de l'adhérence au traitement médicamenteux. Alpha de Cronbach 0.85 Données récoltées entre le 1 juin et 16 août 2019. Questionnaires donnés à 190 patients mais 24 patients exclus donc analyse finale sur 166 patients	Analyse de fréquence pour identifier caractéristiques cliniques et démographiques ; analyses descriptives (moyenne et écart-type) ; t-test ; One Way ANOVA ; coefficient de corrélation de Pearson ; analyses de régression linéaire ; méthode de bootstrap Logiciels G*Power 3.1.9 IBM SPSS 25.0	Corrélation significative entre MA et DA ($r=0,393$, $p<0,001$), ainsi qu'entre MA et MASE ($r=0,697$, $p<0,001$). MASE a effet médiateur partiel sur l'association entre DA et MA. Modèle intégrant à la fois DA et MASE expliquait 53,4% de la variation de MA. L'analyse de Bootstrap a indiqué que MASE était un paramètre partiel significatif (intervalle de confiance* de la limite inférieure [CI] 0,114 ; intervalle de confiance de la limite supérieure CI 0,356). De plus, 64,5% des participants à l'étude étaient actuellement inscrits à l'université ou avaient un niveau d'éducation plus élevé. Conclusions MASE est un prédicteur majeur de l'adhérence au traitement médicamenteux et a un effet médiateur partiel sur DA et MA. Pour améliorer adhésion médicamenteuse, MASE devrait être amélioré en développer et en mettant en œuvre des programmes d'intervention appropriés. Education sur les médicaments devrait être dispenser pour promouvoir MASE. Limites de l'étude Design transversal implique que les relations entre les variables sont à un moment donné et n'autorise pas de faire des relations causales.
Niveau de preuve Niveau 4	Echantillonnage Non-probabiliste	Critère(s) d'inclusion				
Paradigme Post-positiviste	Suivre un traitement ambulatoire, diagnostic de schizophrénie après épisode de psychose, prendre des antipsychotiques, capable de comprendre, écrire et répondre aux questionnaires	Question(s) de recherche Est-ce que MASE affecte la relation entre DA et MA chez les patients atteints de psychose précoce ?				
	Critère(s) d'exclusion Score ≥ 4 sur échelle d'impression clinique globale, relation entre symptômes actuels et consommations de substance, maladie mentale ou neurologique, difficultés à comprendre et participer à l'étude, dysfonction cognitive, thérapie injectable à action prolongée	Hypothèse(s) Pas formulées Variables Non mentionnées		Ethique Etude approuvée par Comité d'examen institutionnel à l'Hôpital Universitaire National de Chonnam + standards éthiques de Déclaration d'Helsinki + consentement écrit		

Lim, M., Li, Z., Xie, H., Tan, B. L., & Lee, J. (2021). The Effect of Therapeutic Alliance on Attitudes Toward Psychiatric Medications in Schizophrenia. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 41(5), 551-560. <https://doi.org/10.1097/JCP.0000000000001449>

Design	Échantillon	But(s), objectif(s)	Cadre de référence	Méthode(s) de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
Quantitatif Etude transversale Niveau de preuve Niveau 4 Paradigme Post-positiviste	95 patients ambulatoires de l'institut de santé mental de Singapour ayant un diagnostic primaire de schizophrénie ou trouble schizo-affectif Echantillonnage Non-probabiliste Critère(s) d'inclusion Âge entre 21 et 65 ans, capacité de parler et de comprendre l'anglais pour compléter les questionnaires Critère(s) d'exclusion Utilisation de substances illicites, handicap mental	Examiner les facteurs individuels, cliniques et de médication associée avec l'attitude face aux traitements de patients avec psychose ; Comparer les scores de l'attitude face aux traitements et l'alliance thérapeutique chez les individus ayant identifié leur psychiatre comme professionnel clé et ceux qui ont identifié quelqu'un d'autre ; déterminer les prédictors clés de l'attitude face aux traitements Question(s) de recherche Pas formulée Hypothèse(s) Pas formulées Variables Non mentionnées	Alliance thérapeutique Attitude face aux médicaments Adhérence Schizophrénie	Collecte de donnée entre janvier 2015 et mars 2016. Les participants ont donné consentement écrit et ont pris part à des entretiens cliniques et ils ont dû remplir des questionnaires dans un ordre précis (BAC-SF, DAI-10, OANSS, Haq-II, CDSS, ISMI, PSP). Les auteurs ne donnent aucun alpha de Cronbach Attitude par rapport à médication psychiatrique évaluée avec DAI-10. Facteurs individuels évalués avec ISMI-Brief et Haq-II. Les facteurs de médicaments ont été évalués par le détail des prescriptions des antipsychotiques (typique ou atypique, dosage, voie d'administration, nombre total par jour de médication). Les facteurs cliniques ont été évalués par PANSS (symptômes psychiatriques), CDSS (symptômes dépressifs), BAC-SF (cognition), PSP (fonctionnement) Ethique L'étude a été approuvée par Comité d'examen spécifique au domaine du National Healthcare Group	Résumés descriptifs des facteurs individuel et cliniques analysés et comparés. Tests statistiques : Kruskal-Wallis (variables continues) ; Chi carré (variables catégorielles) ; Fisherman ou Test du rapport de vraisemblance (variables catégorielles non normales) ; Spearman (variables continues non normales) ; modèle de régression multiple (prédictors d'attitude envers les traitements) Signification statistique fixée à $p < 0.05$ Logiciels IBM SPSS version 23	Les facteurs associés à une attitude positive envers les médicaments psychiatriques incluent un âge avancé, une durée de maladie plus longue, la présence de comorbidités médicales, des niveaux plus bas de stigmatisation interne, une meilleure perspicacité, un fonctionnement plus élevé, une sévérité moindre des symptômes dépressifs et des symptômes positifs. Seule l'alliance thérapeutique présente une corrélation significative élevée avec l'attitude envers les médicaments. Les scores d'alliance thérapeutique entre les groupes de professionnels de la santé ne diffèrent pas significativement. Cependant, les participants qui considèrent les psychiatres comme ayant le plus contribué à leur rétablissement ont une attitude significativement plus positive envers les médicaments psychiatriques. Seuls deux facteurs, le Revised Helping Alliance Questionnaire et l'échelle de Performance Personnelle et Sociale, sont des prédictors significatifs de l'attitude envers les médicaments. Conclusions L'alliance thérapeutique a été identifiée comme un facteur majeur associé à l'attitude envers les traitements chez les individus souffrant de schizophrénie. Le niveau fonctionnel des patients peut aussi avoir un impact significatif sur leur attitude face aux traitements. Limites de l'étude Echantillon petit ; étude transversale donc pas de relation causale ; pas exploré les autres professionnels de la santé ; Certains facteurs pas inclus pouvant influencer les variables.

Annexe III : Pyramides des preuves

Figure 1 : Grade des recommandations

Grade des recommandations	Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature
A Preuve scientifique établie	Niveau 1 - essais comparatifs randomisés de forte puissance ; - méta-analyse d'essais comparatifs randomisés ; - analyse de décision fondée sur des études bien menées.
B Présomption scientifique	Niveau 2 - essais comparatifs randomisés de faible puissance ; - études comparatives non randomisées bien menées ; - études de cohortes.
C Faible niveau de preuve scientifique	Niveau 3 - études cas-témoins. Niveau 4 - études comparatives comportant des biais importants ; - études rétrospectives ; - séries de cas ; - études épidémiologiques descriptives (transversale, longitudinale).

(Haute Autorité de santé, 2013, p. 8)

Annexe IV : Glossaire méthodologique

Les termes définis dans ce glossaire méthodologique sont principalement issus de l'ouvrage de Fortin et Gagnon (2016) ainsi que différentes sources internet.

Analyse de la variance (ANOVA) : Test statistique paramétrique destiné à déterminer les différences entre trois groupes ou plus en comparant la variation intragroupe avec la variation intergroupes (p.497).

Analyse de puissance : Sert à déterminer la taille requise de l'échantillon pour les études corrélationnelles et expérimentales (p.277).

Base de données : Système organisé permettant de repérer des références à des documents, le plus souvent des articles de périodiques (p.497).

Biais : Toute influence ou action pouvant fausser les résultats d'une étude (p.497).

Biais d'attrition : Retrait de certains patients de l'analyse (Slim, 2007, p. 16).

Biais de réponse : Est présent quand certaines personnes approuvent certaines affirmations, et ce quel qu'en soit le contenu, ou quand les répondants ne donnent que les réponses socialement souhaitables (van Driel & Chevalier, 2008, p. 9).

Biais de sélection : Est présent quand l'altération des résultats est causée par une différence entre les personnes incluses ou exclues de l'étude. Par exemple, si on sélectionne systématiquement pour les inclure dans la recherche les personnes pour lesquelles l'intervention étudiée est la plus efficace (van Driel & Chevalier, 2008, p. 8).

CINHAL : Base de données qui répertorie des périodiques traitant des sciences infirmières et des sciences connexes de la santé (p.497).

Coefficient alpha de Cronbach : Indice de fidélité qui évalue la cohérence interne d'une échelle composée de plusieurs énoncés (p. 497).

Coefficient de corrélation : Indice du degré de relation linéaire entre deux variables dont la valeur se situe entre -1,00 et + 1,00 (p.497).

Coefficient de corrélation de Pearson (r) : Indice numérique qui exprime le degré de corrélation entre deux variables mesurées à l'échelle d'intervalle (p.497).

Coefficient de corrélation de Spearman (r) : Indice numérique qui résume le degré de corrélation entre deux variables mesurées à l'échelle ordinale (p.497).

Coefficient de Kuder-Richardson : Indice de fidélité qui évalue l'homogénéité d'un instrument d'évaluation ou de mesure lorsque l'on est en présence d'items dichotomiques (Institut de recherche et de documentation pédagogique, 2016).

Cohérence interne : Degré d'homogénéité de tous les énoncés d'un instrument de mesure (p.498).

Comité d'éthique de la recherche : Groupe de professionnels mandatés pour réviser les propositions de recherche soumises au regard des considérations éthiques (p.498).

Consentement : Acquiescement donné volontairement par une personne pour participer à une étude. Pour être valable, le consentement doit être libre, éclairé et continu (p.498).

Crédibilité : Critère servant à évaluer dans quelle mesure la description du phénomène vécu par les participants reflète la réalité interprétée (p.498).

Devis : Plan logique tracé par le chercheur en vue d'établir une manière de procéder susceptible de mener à la réalisation des objectifs (p.498).

Devis d'étude longitudinale : Etude dans laquelle les données sont recueillies à divers moments dans le temps afin de suivre l'évolution des phénomènes étudiés (p.498).

Devis d'étude transversale : Etude dans laquelle les données sont recueillies à un moment précis dans le temps en vue de décrire la fréquence d'apparition d'un événement et de ses facteurs associés (p.498).

Devis d'études descriptives : Variété de devis ayant pour but d'obtenir des informations précises sur les caractéristiques à l'intérieur d'un domaine particulier et de dresser un portrait de la situation (p.499).

Distribution de fréquences : Classement systématique de données, de la plus petite valeur à la plus grande, qui indique la fréquence obtenue pour chaque valeur (p.499).

Ecart type (s) : Mesure de dispersion évaluée à partir d'un échantillon et correspond à la racine carrée de la variance. Il tient compte de la distance de chacun des scores d'une distribution par rapport à la moyenne du groupe (p.499).

Echantillon : Sous-groupe d'une population choisie pour participer à une étude (p.499).

Echantillonnage : Processus au cours duquel on sélectionne un groupe de personnes ou une portion de la population pour représenter la population cible (p.499).

Echantillonnage aléatoire simple : Méthode d'échantillonnage probabiliste qui donne à chaque élément de la population une probabilité égale d'être inclus dans l'échantillon (p.499).

Echantillonnage non probabiliste : Choix d'un échantillon sans recourir à une sélection aléatoire (p.499).

Echantillonnage probabiliste : Choix d'un échantillon à l'aide de techniques aléatoires afin que chaque élément de la population ait une chance égale d'être choisi pour faire partie de l'échantillon (p.500).

Echelle de Likert : Echelle d'attitude constituée d'une série d'énoncés déclaratifs pour lesquels le répondant exprime son degré d'accord ou de désaccord (p.500).

Embase : Version en ligne d'Excerpta Medica, la base de données européenne pour les sciences biomédicales (van Driel & Chevalier, 2008, p. 30).

Essai contrôlé randomisé : Essai habituellement de phase III qui comporte la réalisation d'un tirage au sort (distribution ou allocation ou affectation aléatoire) pour répartir les patients dans les différents groupes de l'étude. L'ECR constitue la meilleure méthode de recherche clinique pour évaluer l'efficacité d'un traitement ou tester une hypothèse car la distribution aléatoire réduit le risque (Slim, 2007, p. 46).

Estimation par intervalle de confiance (IC) : Niveau de confiance selon lequel une gamme de valeurs comprises entre deux bornes contient la valeur du paramètre à estimer (p.500).

Etude de cohorte : Etude prospective longitudinale, comparative ou non, d'un groupe de patients (Slim, 2007, p. 21).

Facteur de confusion : Un facteur de confusion est un facteur qui présente une association avec le facteur de risque examiné, ou avec l'exposition, et avec le résultat. Un facteur de confusion peut affaiblir ou renforcer une association entre l'exposition et les résultats observés. Du fait de cette confusion, un lien inexistant dans la réalité peut être suggéré ou, au contraire, un lien réel peut être méconnu (van Driel & Chevalier, 2008, p. 43).

Fiabilité : Critère servant à évaluer l'intégrité des données d'études qualitatives en ce qui a trait à leur stabilité dans le temps et dans différentes conditions (p.501).

Fidélité : Constance des valeurs obtenues à l'aide d'un instrument de mesure (p.501).

MEDLINE : Base de données internationales en science de la santé (p.501).

Modèle Poisson : Modèle de comptage utilisé pour décrire le nombre d'événements se produisant sans un intervalle de temps ou d'espace fixe (National Institute of Standards and Technology, 2021).

Moyenne : Mesure de tendance centrale qui correspond à la somme d'un ensemble de valeurs divisée par le nombre total de valeurs (p.502).

Opérateurs logiques : Termes (ET, OU, SAUF ; AND, OR, NOT) qui servent à unir des mots clés dans un repérage documentaire (p.502).

OR : Odd Ratio : Le rapport des cotes (RC) est un rapport de risque. C'est le rapport entre le risque (cote) de survenue d'une maladie ou d'un événement dans un groupe et celui dans un groupe contrôle (Slim, 2007, p. 28).

P : La probabilité (p) qu'une différence soit due au hasard (p.420).

Paradigme : Conception du monde, système de représentation de valeurs et de normes qui impriment une direction particulière à la pensée et à l'action (p.502).

Paradigme interprétatif : Paradigme qui se fonde sur le postulat que la réalité est socialement construite à partir de perceptions individuelles susceptibles de changer avec le temps (p.502).

Post-positivisme : Vision de la science qui, contrairement au positivisme, reconnaît que toutes les observations sont faillibles et susceptibles d'erreurs (p.502).

Puissance statistique : Capacité d'un test à détecter une différence significative ou une relation existante entre des variables, ce qui revient à la probabilité de rejeter correctement une hypothèse nulle (p.503).

Recherche qualitative : Recherche qui met l'accent sur la compréhension et qui repose sur l'interprétation des phénomènes à partir des significations fournies par les participants (p.503).

Recherche quantitative : Recherche qui met l'accent sur la description, l'explication, la prédiction et le contrôle et qui repose sur la mesure de phénomènes et l'analyse de données numériques (p.503).

Régression linéaire : Procédure statistique qui permet d'estimer la valeur d'une variable dépendante en se fondant sur la valeur d'une variable indépendante (p.503).

Régression logistique : Procédure de régression qui permet d'analyser des relations entre plusieurs variables indépendantes catégorielles et une variable dépendante catégorielle et qui remplace la régression linéaire en présence d'une variable dépendante dichotomique (p.504).

Régression multiple : Analyse statistique multivariée servant à établir la relation prédictive entre une variable dépendante (Y) et un ensemble de variables indépendantes (X1, X2, ...)
(p.504)

Risque : Un risque représente une probabilité d'apparition d'un événement (van Driel & Chevalier, 2008, p. 76).

Scores de propension : Le score de propension est un indicateur de la propension à utiliser une modalité thérapeutique parmi deux (parfois plus). Il est calculé après recherche des facteurs prédictifs du choix thérapeutique, et correspond à la probabilité de recevoir un des traitements en fonction des variables observées avant traitement. Le score de propension cherche à évaluer avec un risque de confusion réduit l'impact des modalités thérapeutiques sur des critères comme la survie, la morbidité, les effets secondaires ou encore la qualité de vie...(Slim, 2007, p. 89).

Sensibilité : Capacité d'un instrument de mesure à déceler correctement la présence d'un état (maladie) (p.504).

Test de Fisher : Le test exact de Fisher est utilisé dans le cas de petits échantillons qui ne permettent pas d'employer le test du Chi2 (van Driel & Chevalier, 2008, p. 88).

Test de Kruskal-Wallis : Test non paramétrique remplaçant ANOVA quand les données ne satisfont pas aux postulats de normalité pour ce dernier. Il sert à déterminer s'il y a une différence dans la distribution des valeurs entre trois groupes ou plus. Il est approprié si les données sont ordinales (p.432).

Test du chi carré (x2) : Test inférentiel non paramétrique qui exprime l'importance de l'écart entre les fréquences observées et les fréquences théoriques. On l'utilise entre autres pour effectuer un test d'hypothèse concernant le lien entre deux variables qualitatives (p. 504).

Tests statistiques non-paramétriques : Procédures statistiques inférentielles utilisées pour des données nominales et ordinales, et dont la distribution normale ne repose pas sur des postulats rigoureux (p.504).

Tests statistiques paramétriques : Procédures statistiques servant à faire l'estimation des paramètres de la population et à vérifier des hypothèses en tenant compte des postulats sur la distribution des variables (p.504).

Test t : Test paramétrique servant à déterminer la différence entre les moyennes de deux populations (p.504).

Thésaurus : Répertoire des mots et des expressions utilisés pour indexer des documents (p.505).

Transférabilité : Critère servant à évaluer l'application éventuelle des conclusions issues d'études qualitatives à d'autres contextes ou groupes. Elle s'apparente à la généralisation (p.505).

Validité : Capacité d'un instrument à mesurer ce qu'il est censé mesurer (p.505).

Validité externe : Caractère d'une étude qui permet de généraliser les résultats à d'autres populations et contextes que ceux étudiés (p.505).

Validité interne : Caractère d'une étude expérimentale dans laquelle la variable indépendante est la seule cause du changement touchant la variable dépendante (p.505).

Variable : caractéristique ou propriété qui peut prendre diverses valeurs (p.505).